



**VEREINTE
NATIONEN**



INTOSAI

**DIE PRÜFUNG DES ÖFFENTLICHEN
GESUNDHEITSWESENS DURCH OBERSTE
RECHNUNGSKONTROLLBEHÖRDEN**

Bericht über das 14. VN/INTOSAI-Seminar
über staatliche Finanzkontrolle

Wien
27. bis 31. März 2000

ST/ESA/PAD/SER.E/22



**VEREINTE
NATIONEN**



INTOSAI

Division of Public Economics and Public Administration, Department of Economic and Social Affairs (DESA)

**DIE PRÜFUNG DES ÖFFENTLICHEN
GESUNDHEITSWESENS DURCH OBERSTE
RECHNUNGSKONTROLLBEHÖRDEN**

Bericht über das 14. VN/INTOSAI-Seminar
über staatliche Finanzkontrolle
Wien
27. bis 31. März 2000

INHALTSVERZEICHNIS

I. Einleitung.....	1
II. Einführungsvorträge - Zusammenfassung	4
III. Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse des Seminars.....	8
IV. Hauptbeiträge.....	14
1. Vereinigte Staaten von Amerika: Die Rolle der Obersten Rechnungskontrollbehörden bei der Bekämpfung von Unregelmäßigkeiten im Rahmen staatlicher Gesundheitsfürsorgeprogramme	14
2. Schweiz: Die Prüfung von Projekten im Gesundheitsbereich am Beispiel des Projektes zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln	23
3. Österreich: Die Prüfung von Krankenanstalten durch ORKB	33
4. Mexiko: Wirtschaftlichkeitsprüfung der medizinischen Versorgung durch eine Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens in Regionen, die ein hohes Maß an wirtschaftlicher und sozialer Rückständigkeit aufweisen.....	46
5. Frankreich: Die Prüfung des öffentlichen Gesundheitswesens durch Oberste Rechnungskontrollbehörden.....	56
6. Europäischer Rechnungshof: Aspekte des Gesundheitswesens als Prüfungsobjekt des Europäischen Rechnungshofes.....	65
V. Berichte der Arbeitsgruppen.....	69
1. Bericht der Arbeitsgruppe 1 (englischsprachige Arbeitsgruppe).....	69
2. Bericht der Arbeitsgruppe 2 (französischsprachige Arbeitsgruppe).....	75
3. Bericht der Arbeitsgruppe 3 (deutschsprachige Arbeitsgruppe).....	78
4. Bericht der Arbeitsgruppe 4 (spanischsprachige Arbeitsgruppe)	83

Anlagen	87
I. Vereinte Nationen: Role of Supreme Audit Institutions and the Audit of Public Health Services	87
II. Liste der Beiträge	96
III. Liste der Teilnehmer:	98
IV. Liste der Vortragenden:	101
V. Liste der Beobachter:	102
VI. Tagungssekretariat:	103

I. EINLEITUNG

Vom 27. bis 31. März 2000 fand in Wien, Österreich, das von den Vereinten Nationen und der INTOSAI gemeinsam veranstaltete interregionale Seminar zum Thema "Die Prüfung des öffentlichen Gesundheitswesens durch Oberste Rechnungskontrollbehörden" statt. Bei dieser Veranstaltung handelte es sich um das 14. interregionale Seminar, welches im Zusammenwirken zwischen der Division of Public Economics and Public Administration, Department of Economic and Social Affairs (DESA) und der Internationalen Organisation Oberster Rechnungskontrollbehörden (INTOSAI) organisiert wurde.

Die DESA hatte in der Vergangenheit schon mehrfach Schulungsmaßnahmen initiiert, um Entwicklungsländer bei der Stärkung ihrer staatlichen Finanzkontrolle zu unterstützen. Im Rahmen dieser Schulungsaktivitäten wurden von den Vereinten Nationen in Zusammenarbeit mit der INTOSAI im Abstand von zumeist zwei Jahren internationale Schulungsprogramme zum Thema staatliche Finanzkontrolle veranstaltet. In den vergangenen 29 Jahren fanden dreizehn derartige Veranstaltungen statt, die sich mit folgenden Themenstellungen auseinandersetzten:

1. Allgemeine Grundsätze, Methoden und Ziele der Rechnungskontrolle und die damit zusammenhängenden institutionellen Probleme (1971)
2. Techniken und Methoden der Obersten Rechnungskontrollbehörden zur Verbesserung der staatlichen Finanz- und Leistungskontrolle (1973)
3. Öffentliches Haushalts- und Rechnungswesen, die Stellung der Obersten Rechnungskontrollbehörden in den leistungsorientierten Staaten, Rechnungsprüfung bei öffentlichen Unternehmungen (1976)
4. Grundsätze der Finanzkontrolle, Organisationsprüfung, Leistungskontrolle und die Prüfung öffentlicher Unternehmungen (1979)
5. Begriffe der Rechnungskontrolle, Kontrolle der Steuereinnahmen, Kontrolle der staatlichen Finanzierungsinstitutionen im Dienste der Entwicklung und Leistungskontrolle der öffentlichen Unternehmungen (1981)
6. Art und Umfang der internen Management-Kontrollsysteme, die Rolle der Innenrevision in internen Management-Kontrollsystemen, öffentliche Finanzkontrolle und interne Management-Kontrollsysteme in den Entwicklungsländern (1984)
7. Prüfung von größeren Entwicklungsprogrammen (1986)
8. Anwendung von Richtlinien für die Finanzkontrolle im öffentlichen Sektor (1988)
9. Abrechnung und Prüfung von Entwicklungshilfeprogrammen, EDV-Prüfung (1990)
10. EDV-Prüfung - Erfahrungsaustausch, Möglichkeiten und Herausforderungen- ein Workshop (1992)
11. Umstrukturierung des öffentlichen Sektors (1994)
12. Die Rolle der Obersten Rechnungskontrollbehörden im Kampf gegen Korruption und Mißwirtschaft (1996)

13. Die Rolle der Obersten Rechnungskontrollbehörden bei der Prüfung öffentlicher Bauten (1998)

Das jüngste Seminar war der Rolle der Obersten Rechnungskontrollbehörden (ORKB) bei der Prüfung des öffentlichen Gesundheitswesens gewidmet.

Insgesamt nahmen ca. 50 Personen an der Veranstaltung teil, darunter Mitarbeiter von ORKB aus Entwicklungsländern und osteuropäischen Reformstaaten. Die Vortragenden wurden von den Vereinten Nationen, dem Europäischen Rechnungshof und diversen ORKB gestellt (Teilnehmerliste siehe Anhang).

Das Seminar wurde am 27. März 2000 mit einer Plenarsitzung eröffnet und endete am 31. März 2000 nach insgesamt neun Plenarsitzungen und drei Treffen der vier Arbeitsgruppen sowie dem Besuch einer Krankenanstalt.

Während des 14. UN/INTOSAI-Seminars wurden unter anderem folgende Themen behandelt:

1. Der Beitrag der ORKB zur Verhinderung von Unregelmäßigkeiten bei staatlichen Gesundheitsprogrammen
2. Die Prüfung von Gesundheitsprogrammen am Beispiel der Betreuung Drogensüchtiger
3. Die Prüfung von Krankenanstalten durch ORKB
4. Wirtschaftlichkeitsprüfung der medizinischen Versorgung ökonomischer und sozialer Randgruppen
5. Die Prüfung der Sozialversicherung in Frankreich
6. Finanzielle Aktivitäten der EU im medizinischen Bereich – Prüfungsmethoden des Europäischen Rechnungshofes

Darüber hinaus berichteten Lesotho (AFROSAI), Samoa (SPASAI), Antigua und Barbuda (CAROSAI), Malaysia (ASOSAI), Marokko (ARABOSAI), Malta (EUROSAI) und Bolivien (OLACEFS) über die Prüfung des öffentlichen Gesundheitswesens in ihren Ländern.

Der Überblick über das Programm zeigt deutlich, wie umfassend und intensiv der gesamte Themenkomplex behandelt wurde.

Im Anschluss an die Hauptreferate hatten die Teilnehmer im Rahmen von allgemeinen Diskussionen und Podiumsdiskussionen die Möglichkeit zum intensiven Gedankenaustausch und zur Herausarbeitung der wichtigsten Aspekte. Anschließend wurden im Rahmen mehrerer Arbeitsgruppen Erfahrungen zu den wichtigsten Themen des Seminars im kleinen Kreis ausgetauscht und Schlussfolgerungen und Empfehlungen erarbeitet.

Die Vertreter einzelner ORKB boten im Rahmen ihrer Erfahrungsberichte wertvolle Einblicke in die Aufgaben und die Möglichkeiten der Obersten Rechnungskontrollbehörden bei der Prüfung des öffentlichen Gesundheitswesens und informierten die übrigen Teilnehmer über die besonderen Schwierigkeiten und Aufgaben, mit denen sie auf diesem Gebiet konfrontiert sind.

Die Schaffung gesetzlicher und administrativer Rahmenbedingungen zur Verhinderung von Misswirtschaft bei der Finanzierung und Umsetzung staatlicher Gesundheitsprogramme; die Weiterbildung und Schulung von Rechnungsprüfern zur Verbesserung des fachlichen Know-hows, das sie benötigen, um Mängel bei der Umsetzung staatlicher Gesundheitsprogramme aufzudecken; die Durchsetzbarkeit von Prüfungsfeststellungen (Sanktionsmöglichkeiten); die Wirtschaftlichkeitsprüfung des öffentlichen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung finanzieller, wirtschaftlicher (Kapital- und Folgekosten) und technischer Aspekte; fachliches Know-how der Prüfer bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen, sowie die Möglichkeit einer internationalen oder bilateralen Zusammenarbeit von ORKB bei gemeinsam finanzierten Projekten wurden von den Teilnehmern als besonders wichtige Fragen erachtet. Insbesondere wurde auch darauf hingewiesen, dass Prüfer sowohl fachliches Know-how und technisches Rüstzeug für die Prüfung als auch fachliche Kompetenz im zu prüfenden Bereich mitbringen müssen, um die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit öffentlicher Gesundheitssysteme tatsächlich überprüfen zu können. Derartige Prüfungen stellen hohe Anforderungen an die fachliche Kompetenz und das Know-how der Mitarbeiter von ORKB.

II. EINFÜHRUNGSVORTRÄGE - ZUSAMMENFASSUNG

Der Präsident des Österreichischen Rechnungshofes und Generalsekretär der INTOSAI, Dr. Franz Fiedler, begrüßte die Teilnehmer. Er hob die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen den Vereinten Nationen und der INTOSAI in Form der nun schon seit Jahren stattfindenden interregionalen Seminaren und Expertenrunden zum Thema staatliche Finanzkontrolle hervor. Die Prüfung des öffentlichen Gesundheitswesens wurde deshalb als Thema für das 14. UN/INTOSAI-Seminar gewählt, weil dieser Fragenkomplex für zahlreiche Länder insofern von Bedeutung ist, als die Regierungen oftmals enorme Beträge aus öffentlichen Mitteln für die Errichtung und Erhaltung von Krankenanstalten ausgeben, ohne zuvor jedoch eine entsprechende Bedarfsprüfung durchzuführen. So wurde festgestellt, dass zahlreiche Krankenanstalten und staatliche Gesundheitssysteme am tatsächlichen Bedarf vorbeigeplant und –errichtet wurden, Anlass für Misswirtschaft und hohe finanzielle Verluste waren und sich negativ auf den Staatshaushalt auswirkten.

In seiner Eröffnungsrede hob Dr. Fiedler hervor, dass eine der wichtigsten Aufgaben der öffentlichen Hand die Erhaltung der Volksgesundheit und somit die Erhaltung der Gesundheit der einzelnen Menschen ist. Diese stellt ein immaterielles Gut dar, das einer Bewertung nicht zugänglich ist. Jedoch verlangt die Erhaltung der Volksgesundheit den Einsatz von materiellen Ressourcen der öffentlichen Hand. Der Staat hat sowohl dafür Sorge zu tragen, dass die Einwohner ein größtmögliches Maß an Gesundheit erreichen und erhalten können als auch dass die öffentlichen Mittel einer bestmöglichen Verwendung zugeführt werden. Somit befindet sich der Staat bei der Organisation des Gesundheitswesens in einem dauernden Spannungsverhältnis zwischen dem Auftrag, das immaterielle Gut Volksgesundheit zu schützen und der Aufgabe, dieses Ziel mit materiell beschränkten Ressourcen bestmöglich zu erfüllen.

In einer modernen Gesellschaft beschränkt sich der Begriff des Gesundheitswesens nicht bloß auf die ärztliche Versorgung der Bevölkerung, sondern erfährt eine gewaltige Ausweitung des Betätigungsfeldes in folgende Bereiche:

1. Krankenbetreuung
Diese erfolgt einerseits in Spitälern, wobei sich beim Bau und beim Betrieb Unregelmäßigkeiten, Korruption und Misswirtschaft ergeben können, und andererseits durch niedergelassene Ärzte.
2. Präventivmedizin:
3. Betreuung Suchtkranker
4. Sozialversicherung (Krankenversicherung)
5. Staatliche Gesundheitsprogramme

Die Erfüllung dieser Aufgaben durch den Staat bedarf enormer finanzieller Einsätze durch die öffentliche Hand. Die Finanzkontrolle dieser Geldmittel liegt neben anderen auch im Aufgabenbereich der obersten Rechnungskontrollbehörden. Durch den medizinischen Fortschritt kam es in den letzten Jahren zu großen Ausgabensteigerungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, dies teilweise durch die zunehmende technologische Durchdringung der Medizin, durch die nahezu lückenlose Versorgung von immer mehr Menschen und – bedingt durch die bessere medizinische Versorgung- zu einer gewaltigen Steigerung der Lebenserwartung, wodurch sich neue Probleme hinsichtlich der Altenversorgung ergaben, die weitere finanzielle Erfordernisse und damit budgetäre Belastungen mit sich brachten.

Eine der Herausforderungen für die obersten Rechnungskontrollbehörden stellt die Aufgabe dar, zu überprüfen, ob die knappen öffentlichen Mittel bestmöglich und zweckmäßig eingesetzt wurden.

Durch die hohen Ausgaben im Bereich des Gesundheitswesens ist darin auch ein hohes Einsparungspotential gelegen. Geschäftemacherei, unzulässige Auftragsvergaben beim Bau von Spitälern, überhöhte Ärztehonorare und vieles mehr sind Anlass zur Kritik von obersten Rechnungskontrollbehörden, wobei sich jedoch der Prüfungsauftrag der obersten Rechnungskontrollbehörden nicht in bloßer Kritik erschöpfen sollte, sondern auch konstruktive Empfehlungen enthalten sollte.

Abschließend dankte Dr. Fiedler den Vereinten Nationen für die gute Zusammenarbeit hinsichtlich dieses Seminars sowie den obersten Rechnungskontrollbehörden, die Vortragende zu diesem Seminar entsandt haben und appellierte an alle Seminarteilnehmer, mit ihrem fachlichen Know-how und ihrer Erfahrung zum Erfolg der Veranstaltung und damit zur Verbesserung der staatlichen Haushalts- und Wirtschaftsführung in ihren Ländern beizutragen.

Im Namen der Vereinten Nationen hieß Mr. Bouab als Vertreter der Division of Public Economics and Public Administration, Department of Economic and Social Affairs (DESA), die Teilnehmer willkommen und hob hervor, welche hohen Stellenwert die Vereinten Nationen derartigen Seminaren und Veranstaltungen beimisst und welche wichtige Rolle solche Schulungsprogramme insbesondere in den Entwicklungsländern für die Verbesserung der gesamten Haushalts- und Wirtschaftsführung spielen.

Für das 14. UN/INTOSAI-Seminar sei insofern ein Thema von allgemeinem Interesse gewählt worden, als das öffentliche Gesundheitswesen in allen Ländern eine wichtige Rolle spiele und mit hohen öffentlichen Ausgaben verbunden sei. Da die Prüfungsverfahren in vielen Fällen nicht klar festgelegt seien und der Einsatz von Geldern im öffentlichen Gesundheitswesen oft nicht wirksam überprüft werde, erwachse vielen Ländern ein volkswirtschaftlicher Schaden und bestehe zudem die Gefahr, dass

Ressourcen nicht bestmöglich eingesetzt würden. Die ORKB sollten auch danach trachten, den Entscheidungsträgern objektive und verlässliche Informationen zur Verfügung zu stellen. Voraussetzung dafür seien optimal ausgebildete und motivierte Mitarbeiter und brauchbare Normen. Mit Hilfe von klar umrissenen Prüfungszielen, Prüfungsprogrammen und Prüfungsnormen, Ordnungs-, Rechtmäßigkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie von Prüfungsberichten, die die wichtigsten Probleme aufzeigen und Empfehlungen formulieren, könne zu einem effizienteren Einsatz der Mittel im öffentlichen Gesundheitswesen beigetragen werden.

Das öffentliche Gesundheitswesen wird auch in Zukunft – sowohl aufgrund der stark ausgeprägten sozialen und humanitären Komponente als auch aufgrund der hohen Ausgaben - zu den wichtigen Wirkungsbereichen der öffentlichen Hand zählen. Mit regelmäßig und gezielt angesetzten Prüfungen des öffentlichen Gesundheitswesens können die Obersten Rechnungskontrollbehörden einen wirksamen Beitrag zur Erfüllung der Rechenschaftspflicht des Staates und zum wirksamen und wirtschaftlichen Einsatz öffentlicher Mittel leisten. Die Durchführung derartiger Prüfungen stellt jedoch hohe Anforderungen. Ein gegenseitiger Erfahrungs- und Informationsaustausch erleichtert den ORKB diese schwierige Aufgabe und trägt dazu bei, dass Prüfungen effizienter durchgeführt werden können.

Mr. Bouab verließ seiner Hoffnung Ausdruck, das 14. UN/INTOSAI-Seminar möge den ORKB praktische Erkenntnisse für die Durchführung von Prüfungen und die Erstellung von Berichten über das staatliche Gesundheitswesen vermitteln und so zur Verbesserung der staatlichen Mittelbewirtschaftung in den jeweiligen Ländern beitragen.

Der Fachvorsitzende Dr. James Robertson sagte in seiner Begrüßungsrede, das Thema der Konferenz, die Prüfung des öffentlichen Gesundheitswesens, sei in allen Ländern ein wichtiges Thema. Im Gesundheitswesen würden hohe Ausgaben getätigt, die mit der Entwicklung neuer Medikamente und neuer Behandlungsmethoden weiter in die Höhe getrieben werden. Auch die medizinischen Geräte würden nicht nur immer besser, sondern auch ihr Ankauf und ihr Einsatz in den Spitälern immer teurer.

Die demographische Entwicklung spiele beim Kostenanstieg im Gesundheitswesen ebenfalls eine Rolle. Die Lebenserwartung steigt, während gleichzeitig in vielen Ländern der Bevölkerungsanteil der jungen Menschen zunimmt. Die gesundheitliche Versorgung der beiden Gruppen an der Basis und an der Spitze der Alterspyramide sei jedoch besonders kostenintensiv.

Da für medizinische Leistungen keine unbegrenzten Ressourcen zur Verfügung stehen, müssen diese Leistungen so sparsam, wirksam und wirtschaftlich wie möglich erbracht werden. Die ORKB könne entscheidend nicht nur zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit,

sondern auch zur Gewährleistung der Ordnungs- und Rechtmäßigkeit der Ausgaben beitragen.

Gleichzeitig sei bei den Anspruchsberechtigten ein neues Qualitätsbewusstsein entstanden, verbunden mit der Forderung nach größerer Transparenz, einem kritischen Vergleich zwischen den einzelnen Leistungserbringern sowie nach der Garantie, dass jede Behandlung dem höchsten Standard entsprechen muss.

Angesichts dieser wachsenden Forderung nach mehr Transparenz gewinne die Prüfung des Gesundheitswesens und damit auch diese Konferenz umso größere Aktualität.

Für die Praxis sei es ganz wichtig, dass die Kriterien für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit korrekt definiert und ständig an die neuen Gegebenheiten angepasst würden. Dafür müssten die Prüfer jedoch die entsprechenden Methoden entwickeln, wobei die Fallstudien, die im weiteren Verlauf des Seminars vorgestellt werden würden, in diesem oft schwierigen Bereich eine große Hilfe darstellen könnten.

Nach einer Methode kann jedoch nur dann vorgegangen werden, wenn die Durchführung sorgfältig geplant wird, damit die entsprechenden Beweismittel zusammengetragen werden können. Doch damit sei die Aufgabe des Prüfers noch nicht erschöpft. Eine Prüfung hat nur dann Sinn und Zweck, wenn aufgrund ihrer Ergebnisse die entsprechenden Veränderungen herbeigeführt werden. Daher müsse die Einhaltung der Rechenschaftspflicht gewährleistet werden, damit die aus der Prüfung resultierenden Einsichten und Empfehlungen tatsächlich zur Kenntnis genommen und umgesetzt würden. Wie in jedem anderen Bereich sei natürlich auch im Gesundheitswesen die Unabhängigkeit des Prüfers Voraussetzung dafür, dass ein offener und konstruktiver Dialog stattfinden kann.

III. KURZE ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DES SEMINARS

1. Die Wirtschaftlichkeit des staatlichen Gesundheitswesens ist für jedes Land unabhängig von der Höhe der zur Verfügung stehenden Ressourcen von zentraler Bedeutung. Die Seminarteilnehmer gelangten zu der Auffassung, dass im Zentrum der Analyse der Patient stehen müsse, und dass mit den vorhandenen Ressourcen eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung erzielt bzw. zusätzliche Mittel eingesetzt werden müssten, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Da, wie weiters festgehalten wurde, die staatliche Finanzkontrolle dazu entscheidend beitragen kann, wählten die Seminarteilnehmer für ihre Arbeit das Motto: bei der Verbesserung des öffentlichen Gesundheitswesens „etwas bewirken.“

2. Die Delegierten konnten sich bei ihrer Arbeit auf die solide Grundlage stützen, die die Vereinigten Staaten, die Schweiz, Österreich und Mexiko mit vier ausführlichen Impulsreferaten lieferten.

Damit wurden folgende Themen abgedeckt:

- die Prüfung eines staatlichen Gesundheitssystems (Medicare);
- die Prüfung eines speziellen gesundheitspolitischen Programms (zur Betreuung Drogensüchtiger);
- die Prüfung einer medizinischen Versorgungseinrichtung (am Beispiel einer österreichischen Krankenanstalt); und
- die Prüfung der medizinischen Versorgung ökonomischer und sozialer Randgruppen.

3. Darüber hinaus hatte bereits im Vorfeld jedes Land eine Fülle von Informationen eingebracht, auf die die Teilnehmer ebenfalls zurückgreifen konnten. Hinzu kamen noch Beiträge der Delegierten von Samoa, Lesotho, Antigua und Barbuda, Malaysia, Marokko, Malta und Bolivien. Ein Besuch des Wiener Allgemeinen Krankenhauses stand ebenfalls auf dem Programm.

4. Die in den Impulsreferaten vorgestellten Themen wurden in vier Arbeitsgruppen im Detail behandelt. Obwohl das in den Arbeitsgruppen diskutierte Prüfungsgebiet sehr weit gesteckt war, kristallisierten sich zahlreiche einheitliche Feststellungen und Schlussfolgerungen heraus.

5. Die Arbeitsgruppen stellten einhellig fest, dass nicht nur die Wirtschaftlichkeit, sondern auch die Ordnungs- und Rechtmäßigkeit des öffentlichen Gesundheitswesens überprüft werden muss. Einig war man sich auch darüber, dass Wirtschaftlichkeitsprüfungen exakt vorbereitet und unter Beiziehung diverser Experten sowie nach

geeigneten Methoden, insbesondere der Bewertung nach passenden Prüfungskriterien, durchgeführt werden müssen. Die Teilnehmer unterstrichen insbesondere die Notwendigkeit, realistische und praktikable Empfehlungen abzugeben und darauf zu achten, dass diese auch umgesetzt werden, sowie die Wichtigkeit der Prüfungsverfolgung, um sicherzustellen, dass mit den Empfehlungen tatsächlich die gewünschten Effekte erzielt werden.

Auswahl und Umfang von Prüfungen des Gesundheitswesens

6. Die Arbeitsgruppen berieten darüber, wie Prüfungsgegenstände ausgewählt und welche Überlegungen dabei berücksichtigt werden sollten:

- Ordnungsmäßigkeitsprüfungen sind wichtig;
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen (Prüfungen der Sparsamkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit) sollten ebenfalls durchgeführt werden;
- für die Auswahl und die Festlegung des Prüfungsumfangs kann es hilfreich sein, auszuloten, wie hoch das Risiko im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit ist. Ob ein solches besteht, kann unter anderem anhand folgender Indikatoren festgestellt werden:
 - Fehlen von gesundheitspolitischen, programm- oder projektbezogenen Zielen,
 - keine Reihung der Ziele nach Prioritäten,
 - unzureichende Managementinformationssysteme,
 - keine Beurteilung früherer gesundheitspolitischer Maßnahmen, Programme und Projekte,
 - keine oder nur unzureichende Indikatoren zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Input, Output und Ergebnissen,
 - keine adäquaten Verfahren für die Umsetzung bzw. Überwachung von politischen Maßnahmen, Programmen oder Projekten;
- zur Auswahl von Prüfungsgegenständen können Fachleute herangezogen werden, wobei jedoch stets zu hinterfragen ist, ob deren Meinung tatsächlich objektiv und umfassend ist;
- die finanzielle Tragweite (Höhe der Ausgaben) kann ein Kriterium für die Auswahl von Prüfungsgegenständen sein;
- die Kosten für die Prüfung sollten nicht höher sein als ihr Nutzen. Allerdings können bei Gesundheitsausgaben andere als finanzielle Aspekte ebenfalls eine wichtige Rolle spielen und eine Prüfung auch bei geringen Ausgaben rechtfertigen (anderweitige Bedeutung);

- die ORKB kann untersuchen, nach welchen Indikatoren die Leistung des öffentlichen Gesundheitswesens bewertet wird und in welchen Punkten es Abweichungen gibt.

Prüfungskriterien

7. Die Teilnehmer stimmten mit den Arbeitsgruppen darin überein, dass Kriterien zur Leistungsbeurteilung zwar äußerst wichtig, aber nicht immer einfach zu definieren sind. Dies trifft in besonderem Maße für die Indikatoren zur Messung der Qualität von Gesundheitsleistungen zu. Hier kamen die Arbeitsgruppen zu folgendem Ergebnis:

- einige Länder haben für die Messung der Effizienz und Qualität der gesundheitlichen Versorgung bereits wertvolle Vorarbeit geleistet (einige Delegationen hatten zu diesem Thema Unterlagen mitgebracht);
- die Normen für das Rechnungswesen stellen eine klare Grundlage für Ordnungsmäßigkeitsprüfungen dar;
- Gesundheitsleistungen können auch an den von den Programmverantwortlichen herangezogenen Richtlinien bzw. Leistungsindikatoren gemessen werden;
- es können Indikatoren zur Bewertung der Sparsamkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Erbringung von Gesundheitsleistungen sowie deren Resultate und Folgewirkungen entwickelt werden;
- vom Prüfer ist Kreativität gefordert;
- Projektergebnisse können an den Zielsetzungen und Folgewirkungen sowie an dem mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen verbundenen finanziellen Aufwand gemessen werden;
- auch eine Bewertung anhand der politischen, Programm- bzw. Projektziele sollte erfolgen;
- spezifische Prüfungskriterien sind unter anderem
 - die Mortalität
 - die Morbidität
 - die Ausstattung mit medizinischen Geräten bzw. deren Auslastung
 - das ordnungsgemäße Führen von Aufzeichnungen
 - Kindersterblichkeit, Totgeburten
 - Schlüssel medizinisches Personal/Betten
 - Lebenserwartung
 - Patientenzufriedenheit

Prüfungsmethoden

8. Die Arbeitsgruppen verwiesen auf zahlreiche potentiell nützliche Prüfungsmethoden. Je nachdem, unter welchen Umständen die jeweilige Prüfung durchgeführt wird, kommen folgende Methoden in Frage:

- persönliche Befragungen;
- Durchsicht von Belegen und anderen Unterlagen, um Informationen zu sammeln oder mündliche Aussagen zu erhärten;
- statistische Analysen;
- Metaanalyse (Synthese bereits vorliegender Forschungsergebnisse)
- Aussendung von Fragebögen, Telefonumfragen, Direktbefragungen;
- Beziehung von Fachleuten;
- Einschau vor Ort ;
- stichprobenartige Überprüfung;
- vergleichende Studien und Benchmarking;
- Einblick in politischen Kontext und Situation von Zielgruppen;
- mehrgleisiges Vorgehen;
- Simulationen;
- verdeckte Ermittlung.

Anforderungen an Know-how, Erfahrung und Ausbildung der Prüfer

9. Die Forderung der Arbeitsgruppen, Prüfungsteams müssten über das geeignete Know-how verfügen, fand allgemeine Zustimmung. Die Gruppen gelangten zu der Auffassung, dass

- eine breite Palette an Fachwissen aus Bereichen wie Recht, Sozialwissenschaften, Technik und Statistik erforderlich ist, und
- das erforderliche Know-how, sofern es nicht im Prüfungsteam selbst vorhanden ist, auch von externen Fachleuten oder anderen Personen, die vorübergehend im Prüfungsteam mitarbeiten (evtl. Mitarbeiter anderer ORKB), beigesteuert werden kann, was allerdings mit hohen Kosten verbunden sein kann.

Präsentation von Prüfungsergebnissen und Prüfungsverfolgung

10. Nach Ansicht der Arbeitsgruppen ist es äußerst wichtig, dass Prüfungsergebnisse wirksam präsentiert werden. Dazu erarbeiteten die Arbeitsgruppen unter anderem folgende Vorschläge:

- die Aussagen in Prüfungsberichten müssen durch Prüfungsnachweise ausreichend abgesichert sein;
- für die geprüfte Stelle muss klar ersichtlich sein, dass Empfehlungen und Schlussfolgerungen aufgrund von Prüfungsnachweisen getroffen wurden;
- der geprüften Stelle ist in jedem Fall das Recht auf Stellungnahme zu den Schlussfolgerungen und Empfehlungen einzuräumen;
- um ein kooperatives Verhalten von Seiten der geprüften Stelle zu erreichen, sind realistische Empfehlungen günstiger als übertriebene Forderungen. Oft erweist sich ein zwangloses Gespräch mit der geprüften Stelle als sehr hilfreich;
- es muss klar sein, welche Ziele mit der Prüfung verfolgt werden;
- wenn der Prüfer auf Sekundärunterlagen zurückgreift, die nicht direkt nachgeprüft wurden, muss darauf ausdrücklich hingewiesen werden;
- für die Veröffentlichung der Ergebnisse muss gesorgt werden;
- im Zuge der Prüfungsverfolgung muss sichergestellt werden, dass die Prüfungsempfehlungen von der zuständigen Behörde zeitnah zur Kenntnis genommen werden;
- die Prüfung muss verfolgt werden, um sicherzustellen, dass Prüfungsempfehlungen umgesetzt werden;
- auch die Ergebnisse, die dank der Umsetzung der Empfehlungen erzielt wurden, müssen verfolgt werden;
- erforderlichenfalls sind weitere Prüfungen zu speziellen Punkten durchzuführen.

11. Außerdem sollte, wie die Gruppen weiters hervorhoben, zur geprüften Stelle ein möglichst freundschaftliches, konstruktives Verhältnis aufgebaut werden.

Schlussfolgerungen

12. Die Delegierten bedankten sich für die Möglichkeit zur Zusammenarbeit und zum Austausch von Informationen, Erfahrungen und Wissen zu dem so wichtigen Thema „Prüfung des öffentlichen Gesundheitswesens“. Gelobt wurden auch die Qualität der Beiträge und der reibungslose Ablauf des Seminars.

13. Die Teilnehmer freuten sich darauf, die Ergebnisse des Seminars in der Praxis anzuwenden. Sie drückten die Hoffnung aus, weiterhin regelmäßig Erfahrungen und Prüfungsergebnisse und –berichte untereinander und mit der INTOSAI austauschen zu können. Sie schlugen vor, die INTOSAI solle diese Informationen auf allen zur Verfügung stehenden Wegen verbreiten und eigene Seminare zur Projektevaluierung organisieren. Außerdem wäre es von Vorteil, wenn den Prüfern über die INTOSAI Schulungsaufenthalte bei erfahrenen Schwesterbehörden ermöglicht werden könnten.

14. Insgesamt werteten die Delegierten das 14. UN/INTOSAI-Seminar äußerst positiv und zeigten sich optimistisch, dass dank der intensiven und fruchtbaren Arbeit bei der Verbesserung des öffentlichen Gesundheitswesens tatsächlich „etwas bewirkt“ werden könne.

IV. HAUPTBEITRÄGE

1. Vereinigte Staaten von Amerika:

Die Rolle der Obersten Rechnungskontrollbehörden bei der Bekämpfung von Unregelmäßigkeiten im Rahmen staatlicher Gesundheitsfürsorgeprogramme

Auf die Frage, warum er Banken ausraube, antwortete Willie Sutton, ein erfolgreicher Bankräuber der Dreißiger Jahre: „Weil dort das Geld ist“. Diese Antwort erklärt auch die landesweite Besorgnis über Betrugsfälle im Rahmen von Medicare, dem größten staatlich finanzierten Krankenversicherungsprogramm der Vereinigten Staaten. Die Kosten dieses Programms, das für eine Vielzahl von Gesundheitsfürsorgeleistungen und -mitteln für ältere und behinderte Amerikaner aufkommt, belaufen sich insgesamt auf etwa 200 Mrd. US\$ pro Jahr. Dieser hohe Aufwand stellt geradezu eine Einladung zur Ausnutzung des Medicare-Systems dar, „weil eben dort das Geld ist.“¹

Die komplexe Aufgabe der Überwachung des Medicare-Programms wird im wesentlichen von den folgenden Stellen wahrgenommen:

- Den Medicare-Vertragspartnern: dabei handelt es sich um private Versicherungsunternehmen, die von der öffentlichen Hand mit der Durchführung der für das Programm erforderlichen laufenden Verwaltungsaufgaben beauftragt werden.
- Der Health Care Financing Administration (HCFA): diese im Department of Health and Human Services (HSS) angesiedelte Behörde ist das seitens der Regierung für die Verwaltung von Medicare sowie die Rekrutierung, Leitung und Überwachung der Medicare-Vertragspartner verantwortliche Organ.
- Dem HHS Office of the Inspector General (OIG): dieses Amt dient der Regierung als interne Revisionsstelle für alle staatlichen Gesundheits- und Sozialprogramme.
- Dem U.S. General Accounting Office (GAO): das GAO dient der Legislative als externe Revisionsstelle für alle staatlichen Programme.

Bevor wir auf die Aufgabe des GAO bei der Prüfung dieses aus Bundesmitteln finanzierten Programms eingehen, sehen wir uns zuerst den Aufbau von Medicare an. Medicare funktioniert im Prinzip wie eine Versicherung, die als Dritter die Bezahlung von durch private Ärzte, Krankenhäuser, Gerätelieferanten und andere Anbieter von Gesundheitsfürsorgediensten erbrachten Leistungen übernimmt. Medicare bietet selbst keine

¹ Seit 1990 ermittelt das GAO jedes Jahr jene staatlichen Programme und Stellen, bei denen die Gefahr von Verschwendung, Betrug, Mißbrauch und Mißwirtschaft am größten ist. Diese Institutionen werden als „stark gefährdet“ angesehen und formell entsprechend eingestuft. Da bei Medicare hunderte Milliarden Dollar auf dem Spiel stehen, ist Medicare immer wieder auf der Toprisiko-Liste des GAO zu finden.

Leistungen an, die Erbringer der von Medicare finanzierten Leistungen sind keine Staatsbediensteten.¹

Die HCFA schließt mit privaten Versicherungen, die im Rahmen ihrer kommerziellen Tätigkeit bereits als Zahler von Dienstleistungen im Gesundheitswesen auftreten, Verträge über die Abwicklung von Medicare-Zahlungen ab. Gegenwärtig hat die HCFA mit etwa 58 Unternehmen, die auch als Medicare (Claims Administration) Contractors (Medicare-Vertragspartner) bezeichnet werden, Verträge abgeschlossen. Die Medicare-Vertragspartner sind für die Entgegennahme von Zahlungsanträgen, die Beurteilung deren Rechtmäßigkeit und deren prompte Bezahlung zuständig und stehen damit an vorderster Front im Kampf gegen Irrtümer und betrügerische Abrechnungen seitens der Leistungserbringer, die, sofern sie nicht verhindert oder entdeckt werden, schwere finanzielle Verluste zur Folge haben können. Im Fiskaljahr 1998 bearbeiteten die Medicare-Vertragspartner pro Arbeitstag Anträge im Wert von durchschnittlich mehr als 700 Millionen US\$.

Die Aufgabe des GAO ist es, der Legislative - also dem Kongreß der Vereinigten Staaten - über die Wirksamkeit der Vorkehrungen, mit denen die Vertragspartner Medicare vor irrtümlichen oder betrügerischen Zahlungsanträgen schützen, sowie über die Effektivität der Überwachung der Vertragspartner durch die HCFA Bericht zu erstatten.² Auf Aufforderung von Kongreßausschüssen führt das GAO häufig Überprüfungen der durch die HCFA gegenüber den Medicare-Vertragspartnern wahrgenommenen Aufsichtstätigkeit unter besonderer Berücksichtigung von Fragen wie der Angemessenheit der innerbetrieblichen Kontrollen der Vertragspartner, von Betriebs- und Finanzdaten und der in Programmen enthaltenen besonderen Schutzvorkehrungen zur Vermeidung irrtümlicher Auszahlungen durch (siehe beiliegende Liste von Berichten zu diesen Themen).

1. Art der bei Medicare-Abrechnungen festgestellten Unregelmäßigkeiten

Wo große Summen im Spiel sind, bietet praktisch jedes Refundierungsverfahren einen natürlichen Anreiz zum Betrug. Die aufsichtsführenden Stellen müssen die Schwachstellen eines Systems in bezug auf betrügerische Handlungen daher kennen und wissen, wie diese systematisch festgestellt werden können. Bei Medicare sind in erster Linie die Vertrags-

¹ Das Programm finanziert sich aus von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bezahlten Sozialversicherungssteuern, durch das US-Finanzministerium verwalteten allgemeinen Steuermitteln und monatlichen Beiträgen der Anspruchsberechtigten.

² Das GAO überprüft auch die Zahlungs- und Preisfestsetzungsmethoden von Medicare sowie aktuelle Vorschläge zur Reformierung der Finanzierungsstruktur des Programms. Daneben überprüft das GAO auch die gesundheitsbezogenen Programme anderer HHS-Stellen, darunter jene des Center for Disease Control and Prevention, der Food and Drug Administration und der National Institutes of Health, sowie Gesundheitsprogramme der Ministerien für Verteidigung und Veteranenangelegenheiten.

partner für die Überwachung des Programms und die Aufdeckung betrügerischer Handlungen zuständig.

Fehlerhafte Abrechnungen und sonstige Unregelmäßigkeiten seitens der Leistungserbringer stehen einem von den Vertragspartnern zu bearbeitenden Gesamtvolumen von 900 Millionen Anträgen pro Jahr gegenüber, die von etwa einer Million Erbringern von Gesundheitsdienstleistungen bzw. Materiallieferanten eingereicht werden. Jeder im Rahmen von Medicare gestellte Refundierungsantrag muß verwaltungstechnischen Erfordernissen und Leistungsregeln entsprechen. So muß ein Antrag z.B. den Namen des Anspruchsberechtigten in korrekter Schreibweise, seine Medicare-Nummer und weitere Angaben über seine Anspruchsberechtigung aufweisen, bevor eine Auszahlung möglich ist. Auch muß sich der Antrag auf eine „gedeckte“ Leistung beziehen, d.h. eine dem Anspruchsberechtigten gelieferte Leistung, die im Rahmen des Medicare-Programmes zulässig ist. Da Millionen von Anträgen für relativ geringe Beträge eingereicht werden, können die Antragsbearbeiter der Medicare-Vertragspartner vor deren Auszahlung nicht allzu viel Zeit oder Geld auf deren Kontrolle aufwenden. Die Vertragspartner müssen daher analytische Verfahren entwickeln, mit denen verdächtige Anträge rasch erkannt und entweder sofort zurückgewiesen oder zur weiteren Überprüfung ausgesondert werden können.

Unzulässige Abrechnungsmethoden sind z.B. das sogenannte „Upcoding“, bei dem der Leistungserbringer eine durchgeführte Behandlung falsch darstellt und teurere Verfahren oder Posten in Rechnung stellt; „Phantom“-Abrechnungen, bei denen ein Leistungserbringer nicht erbrachte Leistungen verrechnet; und die Erbringung von mehr Behandlungen oder Leistungen als aufgrund einer Diagnose notwendig oder angemessen sind. Die folgende Aufstellung zeigt Beispiele für Unregelmäßigkeiten, d.h. wie Leistungserbringer gelegentlich versuchen, das Programm zu betrügen und warum eine sorgfältige Überprüfung von Abrechnungen unerlässlich ist.

1.1 Beispiele für Unregelmäßigkeiten bei der Abrechnung

- Medicare leistete an eine Psychologen-Gruppenpraxis Zahlungen für psychotherapeutische Einzelsitzungen von 45 bis 50 Minuten Länge. Drei Psychologen dieser Gruppe verrechneten pro Tag zwischen 17 und 42 Sitzungen, die sie angeblich mit Bewohnern eines Pflegeheims durchgeführt hatten. An vielen Tagen hätte der Psychologe mit der größten Anzahl von Abrechnungen mehr als 24 Stunden ununterbrochen tätig sein müssen, um auf den behaupteten Leistungsumfang zu kommen.
- Pflegeeinrichtungen sind für Betrüger besonders attraktiv, da hier viele Medicare-Anspruchsberechtigte an einem Ort zusammenkommen, was es skrupellosen Abrechnern von Medicare-Leistungen ermöglicht, in großem Stil abzusahnen. In manchen Fällen werden außenstehenden Leistungserbringern, die regelmäßig Patienten in Pflegeheimen besuchen, die Patientenunterlagen zur Verfügung gestellt, womit sie Zugang zu den für die Verrechnung mit Medicare erforderlichen Daten erhalten. In einem Fall bezahlte Medicare während eines Zeitraums von 6 Monaten an einen Fußorthopäden \$ 143.580 für die Durchführung von chirurgischen Eingriffen an mindestens 4.400 Patienten eines Pflegeheims. Wären diese Leistungen gerechtfertigt gewesen, hätte der Fußorthopäde an fünf Tagen pro Woche mindestens 34 Patienten pro Tag behandeln müssen.
- Bei automatischen Antragsbearbeitungssystemen kann während der Bearbeitung eines Antrags noch vor einer Auszahlung die Möglichkeit zur online-Abfrage von Daten früherer Anträge geboten werden. Mit einem solchen System kann ein Prüfer die aktuell zu bearbeitenden Anträge mit jenen vergleichen, die für die jeweilige Behandlung oder den entsprechenden Posten bereits einmal in der Vergangenheit durch den Leistungserbringer eingereicht wurden. Ohne diese Funktion können Prüfer vor einer Auszahlung verdächtige Anstiege bei Refundierungen, die innerhalb eines kurzen Zeitraums auftreten, nicht feststellen. Im vierten Quartal eines Jahres bezahlte ein Medicare-Vertragspartner einem Lieferanten z.B. \$ 211.900 für Verbandsmaterial. Ein Jahr später zahlte der Vertragspartner demselben Lieferanten mehr als \$ 6 Millionen - also einen um 2800 Prozent höheren Betrag - ohne irgendeinen Verdacht zu schöpfen.

*Quelle: Medicare: Control Over Fraud and Abuse Remains Elusive
(GAO/T-HEHS-97-165, 26. Jun, 1997).*

2. Systematische Vorgangsweise zur Feststellung von Unregelmäßigkeiten bei der Abrechnung

In manchen Ländern führt das Rechnungsprüfungsamt der Regierung direkte Kontrollen auf ähnliche Weise wie die Medicare-Vertragspartner durch, wobei die von den Vertragspartnern bei der Prüfung von Abrechnungen gewonnenen Erfahrungen sehr nützlich sein können. Zur Abwehr von betrügerischen Handlungen gehen die Vertragspartner Hinweisen von Medicare-Patienten nach und überprüfen auch die Ordnungsmäßigkeit der Qualifikationen von Leistungserbringern, wenngleich es fraglich ist, ob diese Überprüfungsverfahren die effizienteste Vorgangsweise zur Aufdeckung von Unregelmäßigkeiten bei Abrechnungen darstellen. Da nicht jeder Antrag kontrolliert werden kann, wählen die Vertragspartner Stichproben aus. Manche dieser Stichproben werden vor der Auszahlung überprüft, andere erst nach Erhalt der Zahlung durch den Leistungserbringer.

2.1 Überprüfung von Anträgen vor der Auszahlung

Die Überprüfung von Anträgen vor deren Auszahlung ist eine der wichtigsten Maßnahmen, die Medicare zur Betrugsabwehr durchführt. Die Vertragspartner überprüfen Anträge sowohl in Hinblick auf die Einhaltung der Abrechnungsvorschriften als auch hinsichtlich der Deckung der Leistungen durch die Versicherung. In die zur Antragsbearbeitung eingesetzte Software sind Bearbeitungsschritte einprogrammiert, durch die Anträge, die unvollständig sind oder widersprüchliche Angaben enthalten, zurückgewiesen werden. Fehlt z.B. eine Ziffer in der Abrechnungsnummer eines Leistungserbringers oder stimmen die angegebenen Ziffern nicht mit anderen Angaben überein, verweigert der Computer automatisch die Zahlung bis die Daten korrigiert werden. Bestimmte Bearbeitungsschritte weisen mehrfach eingereichte Anträge automatisch zurück. Andere sondern Anträge aus, die aus medizinischer Sicht offensichtlich nicht notwendige Leistungen enthalten. So könnte ein Programmschritt z.B. die Bearbeitung eines Antrags auf Bezahlung eines Knöchelröntgens verweigern, wenn die auf dem Antrag vermerkte Diagnose auf Herzkrankheit lautet. In einem solchen Fall könnte der Antrag durch Kontrolllore des Vertragspartners - üblicherweise eine Krankenschwester oder einen Mediziner - noch genauer überprüft werden.

2.2 Kontrolle nach der Auszahlung

Durch Kontrollen nach erfolgter Auszahlung sollen Unregelmäßigkeiten oder typische Fehlrechnungen mittels einer Analyse bereits ausgezahlter Anträge erkannt werden. Die Kontrolllore eines Vertragspartners versuchen, in den Abrechnungen eines Leistungserbringers zunächst spezifische Unregelmäßigkeiten festzustellen und unterziehen die Daten dieser Anträge daraufhin einer genaueren Prüfung. Mit diesem Ansatz können nicht nur unehrliche Leistungsabrechner identifiziert, sondern auch spezifische Dienstleistungen, Verfahren oder Posten festgestellt werden, deren Bezahlung durch Medicare nicht klar geregelt ist.

Die Kontrolloren des Vertragspartners untersuchen die Anträge zunächst auf Muster, die von der Norm abweichen. Sie beobachten Abrechnungsmuster, um Leistungserbringer festzustellen, die mehr Leistungen pro Patient abrechnen als ihre Kollegen. Daneben überwachen sie auch die Aufwandsentwicklung und vergleichen die aktuellen Ausgaben für bestimmte Leistungen und Verfahren mit jenen früherer Perioden.

Dieser gezielte Ansatz kann zur Durchführung eingehender Überprüfungen der von bestimmten Leistungserbringern eingereichten Anträge führen. Üblicherweise werden die Anträge jener Leistungserbringer geprüft, deren Abrechnungen Unregelmäßigkeiten aufweisen. In solchen Fällen kontrollieren die Prüfer des Vertragspartners eine Stichprobe von für Patienten eines bestimmten Leistungserbringers eingereichten Anträgen genauer, um festzustellen, ob die Leistungen gerechtfertigt waren - d.h. medizinisch notwendig und durch Medicare gedeckt waren und auch tatsächlich erbracht wurden - und ob sie entsprechend den Medicare-Regeln abgerechnet wurden. Solche Prüfungen sind arbeitsintensiv, da sie oft die Durchsicht medizinischer Unterlagen und die Befragung von Patienten und Leistungserbringern erfordern. Ergibt sich aus einer Prüfung, daß Zahlungen für nicht notwendige oder nicht zulässige Leistungen erfolgten, sind die Mitarbeiter des Vertragspartners dafür verantwortlich, die zu Unrecht ausgezahlten Gelder wieder zurückzufordern. Gibt es Hinweise auf kriminellen Vorsatz, kann der Vertragspartner den Fall den Aufsichtsbehörden - in vielen Fällen dem HHS Inspector General - zur weiteren Untersuchung und möglichen gerichtlichen Verfolgung übergeben.

3. Überwachung der Zahler von Medicare-Rechnungen

In Ländern, in denen staatlich finanzierte Gesundheitsfürsorgeprogramme privatwirtschaftlich verwaltet werden, kann das Rechnungsamt der Regierung eine Kontrollfunktion ähnlicher Art übernehmen, wie sie von der HCFA für Medicare ausgeübt wird. Die HCFA hat dafür zu sorgen, daß die Medicare-Vertragspartner ihre Aufgaben genau und effizient erfüllen, d.h. berechnete Ansprüche zur Auszahlung bringen und unberechtigte zurückweisen. Die Behörde verlangt von den Vertragspartnern die Vorlage vollständiger und genauer Angaben über ihre Leistungen. Daneben muß aufgrund des Federal Managers' Financial Integrity Act 1982 und des Chief Financial Officers Act 1990 jede Regierungsbehörde für sämtliche Vermögenswerte, für die sie verantwortlich ist, ein Rechnungs- und internes Kontrollsystem einrichten und führen.¹ In Erfüllung dieser Bestimmung verlangt die HCFA von den Medicare-Vertragspartnern, die einen großen Teil der Mittel, für die die Letztverantwortung bei der HCFA liegt, kontrollieren, alljährlich die Vorlage von Bestätigungen über die in Rechnungswesen und Verwaltung bestehenden internen

¹ Ein bedeutender Teil der Fakten, durch die der Kongreß von der Bedeutung und Notwendigkeit dieses Gesetzes überzeugt wurde, war vom GAO vorgelegt worden.

Kontrollen. Diese Bestätigungen müssen hinreichend gewährleisten, daß die Vertragspartner die geltenden Gesetze beachten und daß ihre Geschäftsabläufe durch entsprechende Vorkehrungen gegen Verschwendung, Verlust und widerrechtliche Verwendung geschützt sind.

Im Rahmen der Prüfung der Jahresabschlüsse der HCFA schätzte das HHS Office of the Inspector General, daß die Vertragspartner im Fiskaljahr 1997 mehr als 20 Mrd. US\$ und im Fiskaljahr 1998 12 Mrd. US\$ zu Unrecht ausgezahlt hatten. Neunzig Prozent der 1998 zu Unrecht erfolgten Zahlungen wurden durch eine Kontrolle der medizinischen Unterlagen aufgedeckt, d.h. durch eine Überprüfung, ob medizinische Leistungen durch Medicare gedeckt, angemessen, notwendig und zulässig waren. Außerdem stellte der Inspector General in beiden Jahren wesentliche Schwächen im internen Kontrollsystem der HCFA und in jenen der Vertragspartner fest.

Im Juli 1999 legte das GAO auf Aufforderung des Kongresses der Vereinigten Staaten einen Bericht über die Kontrolle der Medicare-Vertragspartner durch die HCFA vor. Der Bericht ließ die Aufsichtsführung der HCFA über die Medicare-Vertragspartner in einem ungünstigen Licht erscheinen und zeigte den unzureichenden Schutz des Programms vor weiterem kostspieligem Mißbrauch auf. Als symptomatisch für die mangelhafte Aufsichtstätigkeit der HCFA wurde festgestellt, daß sich seit 1993 sechs Medicare-Vertragspartner in zivil- oder strafrechtlichen Verfahren zu verantworten hatten, nachdem ihnen rechtswidrige Handlungen vorgeworfen worden waren. Die Vertragspartner waren unter anderem beschuldigt worden, Anträge vor der Auszahlung nicht auf Rechtmäßigkeit überprüft, Leistungsdaten gefälscht und nur unzureichende betriebliche Kontrollmechanismen eingesetzt zu haben. Das GAO stellte weiters fest, daß die HCFA es den Vertragspartnern trotz dieser Vorkommnisse weiterhin gestattet hatte, selbst Bestätigungen über ihre internen Kontrollsysteme auszustellen und nur selten das ordnungsgemäße Funktionieren der Kontrollen überprüft und die von den Vertragspartnern gemeldeten Daten kontrolliert hatte. Da sich die HCFA einfach auf die von den Vertragspartnern gemeldeten Finanz- und Leistungsdaten verlassen hatte, konnte sie weder die Richtigkeit der von den Vertragspartnern gemeldeten Forderungen noch die Zuverlässigkeit der hinsichtlich Pünktlichkeit, Umfang und Genauigkeit der Antragsbearbeitung gemachten Angaben gewährleisten.

Den Kontrollverfahren der HCFA fehlten sowohl eine klare Ausrichtung als auch das Prinzip der Rechenschaftspflicht, die Vertragspartnern erhielten kaum klare Leistungsvorgaben, und im Rahmen der Aufsichtstätigkeit wurden nur in beschränktem Maß Prioritäten gesetzt. Als Folge davon wurden laut GAO wesentliche Sicherheitsvorkehrungen für Auszahlungen jahrelang nicht geprüft. Im Zuge der Untersuchungen des GAO und als Reaktion auf dessen Bericht bestätigte die HCFA die Existenz von Mängeln in den Kontrollabläufen und leitete Maßnahmen zu deren Verbesserung ein.

4. Schlußfolgerungen

Die Botschaft für jene, die Programme der öffentlichen Hand überwachen, ist klar. Die Philosophie eines Willie Sutton zeigt uns deutlich, daß ein großes und komplexes, staatlich finanziertes Programm für Betrüger, die sich unerkannt bereichern wollen, eine große Verlockung darstellt. Ständige Wachsamkeit kann den Schaden jedoch in engen Grenzen halten. Im Falle des amerikanischen Medicare-Programms bestehen komplexe Kontrollfunktionen auf verschiedenen Ebenen: unter Vertrag genommene Rechnungszahler prüfen jene, die Leistungen verrechnen; eine Regierungsbehörde kontrolliert die Rechnungszahler; und die internen und externen Revisionsstellen der Regierung überwachen die für das Programm verantwortliche Behörde. Schlampiges Wirtschaften und mangelnde Kontrollen auf einer dieser Ebenen führen zu hohen finanziellen Verlusten. Da potentiell Milliarden Dollar auf dem Spiel stehen, müssen staatlich finanzierte Gesundheitsprogramme sorgfältig überwacht werden. Die Rechnungskontrollbehörden haben sicherzustellen, daß geeignete Kontrollmechanismen vorhanden und wirksam sind.

BERICHTE DES GAO ZU DIESEM THEMA

Medicare Contractors: Despite Its Efforts, HCFA Cannot Ensure Their Effectiveness or Integrity (GAO/HEHS-99-115, 14. Juli 1999).

Medicare Fraud and Abuse: DOJ's Implementation of False Claims Act Guidance in National Initiatives Varies (GAO/HEHS-99-170, 6. August 1999).

Medicare: HCFA's Use of Anti-Fraud-and-Abuse Funding and Authorities (GAO/HEHS-98-160, 1. Juni 1998).

Medicare Fraud and Abuse: Summary and Analysis of Reforms in the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 and the Balanced Budget Act of 1997 (GAO/HEHS-98-18R, 9. Oktober 1997).

Medicare: Recent Legislation to Minimize Fraud and Abuse Requires Effective Implementation (GAO/T-HEHS-98-9, 9. Oktober 1997).

Medicare Automated Systems: Weaknesses in Managing Information Technology Hinder Fight Against Fraud and Abuse (GAO/T-AIMD-97-176, 29. September 1997).

Medicare: Control Over Fraud and Abuse Remains Elusive (GAO/T-HEHS-97-165, 26. Juni 1997).

High-Risk Series: Medicare (GAO/HR-97-10, Februar 1997).

Medicare: Millions Can Be Saved by Screening Claims for Overused Services (GAO/HEHS-96-49, 30. Januar 1996).

High-Risk Series: Medicare Claims (GAO/HR-95-8, Februar 1995).

Medicare: Inadequate Review of Claims Payments Limits Ability to Control Spending (GAO/HEHS-94-42, 28. April 1994).

Medicare: Greater Investment in Claims Review Would Save Millions (GAO/HEHS-94-35, 2. März 1994).

High-Risk Series: Medicare Claims (GAO/HR-93-6, Dezember 1992).

2. Schweiz:

Die Prüfung von Projekten im Gesundheitsbereich am Beispiel des Projektes zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln

1. Einleitung

Ziel der Ausführungen ist aufzuzeigen, welche Prüfungen die Eidg. Finanzkontrolle als oberste Rechnungskontrollbehörde (ORKB) der Schweiz in Zusammenhang mit einem Projekt zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln durchgeführt hat und welche Umstände zu diesen Prüfungen geführt haben. Dazu bedarf es zum besseren Verständnis des Themas einige einleitende Worte zum Projektumfeld und zu den Akteuren aus Sicht der Finanzaufsicht.

1.1 Die Drogenproblematik in der Schweiz Ende der achtziger Jahre

Ende der achtziger Jahre trat mit dem Entstehen offener Drogenszenen in einigen Städten der Schweiz das Drogenproblem schlagartig ins öffentliche Bewusstsein. Der Bund entwickelte ein drogenpolitisches 4-Säulen-Modell. Neben der Prävention wird darin sowohl den Bedürfnissen der Abhängigen und ihrer Angehörigen nach Hilfe und Therapie als auch den Bedürfnissen der Bevölkerung nach Sicherheit und öffentlicher Ordnung Rechnung getragen.¹

1.2 Projekt zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln

1.2.1 1992: Befristete Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und zur Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger

1992 wurde mit der Verabschiedung der befristeten „Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und zur Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger“;² nachgenannt PROVE-Verordnung, eine rechtliche Grundlage für den Start eines Forschungsprogrammes für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln gelegt. Die PROVE-Verordnung stützt sich auf die Artikel 8 Absatz 5, 15c und 30 des Betäubungsmittelgesetzes³. Dieses Gesetz stellt die

¹ Vergleiche dazu: Die heroingestützte Behandlung, Bundesamtes für Gesundheit, April 1999, S. 6, S. 12.

² SR 812.121.5; AS 1992 2213.

³ Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe, SR 812.121.

Basis für den Kampf gegen den illegalen Drogenmissbrauch in der Schweiz dar. Es regelt den Gebrauch von Betäubungsmitteln zu medizinischen Zwecken und verbietet Produktion, Handel, Besitz und Konsum von Betäubungsmitteln für eine nicht-medizinische Verwendung. Die PROVE-Verordnung wurde 1994, 1996 und 1997 angepasst und verlängert. Sie galt schliesslich mit einer Änderung vom Dezember 1997 bis zum Inkrafttreten einer gesetzlichen Regelung zur ärztlichen Verschreibung von Heroin.¹ Die PROVE-Verordnung regelte die wissenschaftliche Forschung von Massnahmen zur Drogenprävention, zur Verbesserung der Gesundheits- und Lebenssituation sowie zur Senkung der Beschaffungskriminalität.

1.2.2 1994 - 1996: Wissenschaftliches Forschungsprojekt

Das mit der PROVE-Verordnung verbundene Forschungsprojekt mit der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE²) - insbesondere von Heroin - ist im 4-Säulen-Modell des Bundes unter der Therapiesäule einzugliedern. Die Versuche zur ärztlichen Heroinverschreibung waren definiert als wissenschaftliches Forschungsprojekt mit dem Ziel, die therapeutische Heroinverschreibung auf Machbarkeit und Erfolg zu prüfen. Sie verfolgten das Ziel, diejenigen Drogenabhängigen zu erreichen, die durch alle therapeutischen und sozialen Netze gefallen sind. Die Versuche bedurften verschiedener Bewilligungen, umfangreichen Vorarbeiten und einer wissenschaftlichen Begleitung und Kontrolle³.

Das eigentliche wissenschaftliche Forschungsprojekt war 1996 abgeschlossen. Durch Verlängerungen der PROVE-Verordnung fielen aber für den Bund auch später noch Ausgaben an.

1.2.3 1998: Schaffung einer definitiven gesetzlichen Grundlage

Der Versuch zeigte positive Ergebnisse. Die definitive Einführung der ärztlichen Verschreibung von Heroin als anerkannte Therapie erforderte die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage. Die heroingestützte Behandlung wurde mit einem dringlichen Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1998 ein fest verankerter Bestandteil der bundesrätlichen 4-Säulen-Politik.

Der Bundesbeschluss gelangte aufgrund des ergriffenen Referendums am 13. Juni 1999 zur Volksabstimmung. Nach lebhaften Meinungsäusserungen von Gegnern und Befürwortern des Bundesbeschlusses über die ärztliche Verschreibung von Heroin in den

¹ längstens jedoch bis zum 31. Dezember 2000.

² PROjekt zur VErschreibung von Betäubungsmitteln.

³ Vergleiche dazu: Botschaft zu einem Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 18. Februar 1998, Bundesblatt Nr. 14, 14. April 1998.

Medien, welche auch die politische Brisanz des Themas zeigten, wurde er schliesslich angenommen.

1.3 Die Hauptakteure aus Sicht der Finanzaufsicht des Bundes betreffend PROVE

Aus Sicht der Finanzaufsicht (ORKB) sind für PROVE insbesondere die folgenden Akteure zu erwähnen:

1.3.1 Das Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Das Bundesamt für Gesundheit (nachgenannt Bundesamt) ist eine Verwaltungseinheit der zentralen Bundesverwaltung. Ihm sind gemäss einschlägigen Rechtsgrundlagen¹ unter anderem folgende Aufgaben zugeteilt: Vorbereitung und Vollzug der Erlasse über das öffentliche Gesundheitswesen, insbesondere über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die Prävention gegen Suchtkrankheiten, die Betäubungsmittel, den Strahlenschutz und über den Verkehr mit Giften. Das Bundesamt beschreibt seine Leitidee² im Leitbild wie folgt: „Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) trägt massgeblich dazu bei, der Bevölkerung ein Leben bei guter Gesundheit zu ermöglichen. Es misst sein Handeln an den Auswirkungen auf die Gesundheit.“ Die Rechnung des Bundesamtes für das Jahr 1998 weist Ausgaben im Umfang von rund 131 Millionen Franken aus.

1.3.2 Die Behandlungsstellen

Für die Durchführung der Versuche wurden 18 Behandlungsstellen bewilligt, davon eine in einer Strafvollzugsanstalt. Alle anderen sind Polikliniken zur ambulanten Behandlung³.

1.3.3 Die Finanzdelegation der eidgenössischen Räte (FinDel)

Das Gremium (6 Mitglieder des Parlamentes) der Finanzdelegation der eidgenössischen Räte (FinDel, nachgenannt Finanzdelegation) ist mit besonderen Kompetenzen ausgestattet. Die Finanzdelegation prüft und überwacht den Finanzhaushalt des Bundes. Sie gliedert sich in drei Sektionen, die aus je einem Mitglied des Nationalrates und des Ständerates bestehen. Ihr obliegt die laufende, nähere Prüfung und Überwachung des

¹ Verordnung vom 9. Mai 1979 über die Aufgaben der Departemente, Gruppen und Ämter, Artikel 5, SR 172.010.15.

² Unser Leitbild, Bundesamt für Gesundheit, November 1996, S. 5.

³ Vergleiche dazu: Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Synthesebericht der Forschungsbeauftragten, Ambros Uchtenhagen, Felix Gutzwiller, Anja Dobler-Mikola (Hrsg.), Institut für Suchtforschung und Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Juni 1997 (nachgehend zitiert: „Synthesebericht“), S. 2.

Finanzhaushaltes des Bundes. Unter anderem hat sie die Möglichkeit, der Eidgenössischen Finanzkontrolle Sonderaufträge zu erteilen¹.

1.3.4 Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK)

Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) ist das oberste Finanzaufsichtsorgan im Bund und damit die oberste Rechnungskontrollbehörde der Schweiz (ORKB). Sie legt ihr jährliches Prüfprogramm autonom fest. Die EFK unterstützt die Finanzdelegation und den Bundesrat in der Oberaufsicht und Aufsicht über die Verwaltung und Betriebe. Der Personalbestand der EFK beträgt rund 80 Personen.

1.4 Die wissenschaftliche und finanzielle Begleitforschung

Es wurden vom Bundesamt gestützt auf die PROVE-Verordnung verschiedene Studien in Auftrag gegeben, beispielsweise:

Der Abschlussbericht zu den Versuchen für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln empfiehlt die Weiterführung der heroingestützten Behandlung. Diese soll aber weiterhin restriktiv gehandhabt werden und auf die Zielgruppe der schwer Heroinabhängigen ausgerichtet bleiben².

Eine Studie zur gesamtwirtschaftlichen Bewertung der PROVE-Versuche im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse³ ergab, dass sich die errechneten Durchschnittskosten in den ambulanten Behandlungsstellen pro Patient und Tag auf 51 Franken belaufen. Es wurde ein volkswirtschaftlicher Gesamtnutzen von 96 Franken errechnet, der auf Einsparungen bei Strafuntersuchungen und Gefängnisaufenthalten wie auch auf der Verbesserung des Gesundheitszustandes beruht. Nach Abzug der Kosten ergab das einen Nutzen von 45 Franken pro Patiententag.

¹Art. 7 FKG SR 614.0, Art. 13 Abs. 2 des Reglementes vom 8. November 1985 für die Finanzkommissionen und die Finanzdelegation der eidg. Räte, SR 171.126.

² Vergleiche dazu: Synthesebericht.

³Vergleiche dazu: Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln, Schlussbericht der Health Econ AG, 1997, S. 117 zitiert in der Botschaft zu einem Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 18. Februar 1998, Bundesblatt Nr. 14, 14. April 1998 und in Die heroingestützte Behandlung, Bundesamt für Gesundheit, April 1999, S. 6, (Zahlen gerundet).

2. Die Prüfungen der EFK beim Bundesamt

2.1 Prüfauftrag der Finanzdelegation an die EFK

Artikel 4 der PROVE-Verordnung hält die Unterstützung durch den Bund bei der wissenschaftlichen Begleitforschung und bei den Versuchen fest:

- 1 Der Bund übernimmt im Rahmen der bewilligten Kredite teilweise oder ganz die Kosten der wissenschaftlichen Begleitforschung zu den ausgewählten Projekten und Versuchen.
- 2 Er kann an die Kosten von ausgewählten Projekten und Versuchen, an deren Durchführung er ein besonderes Interesse hat, Finanzhilfe leisten.

Die Versuche wurden neben dem Bund von Kantonen, Gemeinden, privaten Trägerschaften, Krankenkassen und von den Patientinnen und Patienten selber finanziert¹.

Im August 1993 wurde die EFK von der Finanzdelegation beauftragt, ein Konzept für eine finanzielle Begleitung der Versuche mit ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln zu erstellen. Das Konzept wurde von der EFK in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt ausgearbeitet und die Finanzdelegation hat davon zustimmend Kenntnis genommen.

Es ist anzunehmen, dass obenerwähnter Auftrag der Finanzdelegation auch wegen der politischen Brisanz des Vorhabens, Heroin in einem vom Bund finanziell unterstützten Forschungsprogramm an Süchtige abzugeben, formuliert wurde. Im Konzept an die Finanzdelegation wurde unter anderem folgendes Vorgehen definiert:

- Es sind für die Bundesbeiträge schriftliche Verträge abzuschliessen.
- Die Beiträge pro Versuch in der Buchhaltung des BAG (Bundesamt) zu erfassen.
- Bei Versuchen, die abgebrochen werden, sind Schlussabrechnung zu erstellen und evtl. Bundesbeiträge zurückzufordern.
- Pro Jahr und Versuch ist eine Abrechnung über die ausbezahlten Bundesbeiträge zu erstellen und die Abrechnung der Finanzdelegation zuzustellen.

¹Vergleiche dazu: Botschaft zu einem Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 18. Februar 1998, Bundesblatt Nr. 14, 14. April 1998, Ziffer 42.

2.2 Der Gesamtversuchsplan

Der wissenschaftliche Projektumfang wurde in einem Gesamtversuchsplan¹ vom 1. November 1993 festgehalten, der am 24. Januar 1994 von der Direktion des Bundesamtes genehmigt wurde. Dies geschah gestützt auf den Artikel 10 der PROVE-Verordnung welcher u.a. dem Bundesamt die Festlegung der Anordnung der Versuche in einem Gesamtplan und die Auswahl der Versuche aufgrund der Anordnung überträgt. Im Versuchsplan wurden auch die Behandlungsplätze zugeteilt. Diese Zuteilung bildete wiederum eine Basis für die Verträge des Bundesamtes mit den Trägern der Behandlungsstellen.

Bereits im Oktober 1994 beschloss der Bundesrat, einerseits eine Umverteilung der Behandlungsplätze hin zu mehr Heroinbewilligungen vorzunehmen und andererseits die Zahl der Behandlungsplätze zu erhöhen. Insgesamt erhöhte sich die Zahl der Behandlungsplätze von 700 auf 1000, wovon 800 gegenüber ursprünglich 250 für die Abgabe von Heroin bestimmt waren².

2.3 Prüfungshandlungen

Aufgrund des Auftrages der Finanzdelegation hat die EFK die Ausgaben des Bundesamtes von Rechnungsjahr 1993 bis 1998 jährlich überprüft. Grundlage bildete die Angaben resp. Abrechnungen des BAG. Den jährlichen Ausgaben von mehreren Millionen Franken für PROVE wären von der EFK ohne Auftrag der Finanzdelegation bei den regelmässigen ordentlichen Prüfungen im Rahmen der Finanzaufsicht beim Bundesamt aufgrund der Risikoanalyse - bei welcher auch das finanzielle Gewicht beurteilt wird - vermutlich nicht dieselbe Beachtung geschenkt worden. Die Ausgaben für PROVE betragen jährlich nur einige Prozente des gesamten Budgets des Amtes von wie bereits erwähnt rund 131 Millionen Franken (1998). Nach Überprüfung der Abrechnungen erfolgte eine jährliche Berichterstattung direkt an die Finanzdelegation.

In den Verträgen mit den Trägern der Behandlungsstellen wurde neben der zu erbringenden Leistung vom finanziellen Aspekt her unter anderem die folgenden Punkte geregelt:

- Die finanzielle Unterstützung des Bundesamtes pro zugewiesenem Behandlungsplatz.
- Der Zahlungsmodus: Die Höhe der Teilzahlungen und der Schlusszahlung.

¹Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen, Bundesamt für Gesundheit, Überarbeitete Fassung vom 24. Mai 1995.

²Aufgrund der Änderung der PROVE-Verordnung vom Oktober 1994 wurde die Änderung des Gesamtversuchsplans vom Bundesrat 1995 genehmigt.

- Die Zahlung erfolgt gegen jeweilige Rechnungstellung beim Auftraggeber.
- Die Schlusszahlung erfolgt nach Genehmigung von Schlussabrechnung und -bericht.
- Der Auftrag ist erst beendet, wenn die Schlussabrechnung vom Bundesamt genehmigt wurde.
- Hat der Auftraggeber nach Massgabe der genehmigten Schlussabrechnung dem Beauftragten zuviel ausbezahlt, muss der Beauftragte die zuviel erhaltenen Beiträge zurückerstatten.

Auch für die wissenschaftliche Begleitevaluation wurden entsprechende Verträge mit den Beauftragten abgeschlossen.

Die Abrechnungen der ersten Jahre konnten mit geringem zeitlichen Aufwand kontrolliert werden. Diese betrafen vor allem die Zahlungen an die Versuchsstellen, Ausgaben für die Beschaffung von Betäubungsmitteln und der wissenschaftlichen Begleitevaluation. Das Projekt befand sich in der Anfangsphase und war noch relativ übersichtlich. Die ausbezahlten Beträge wurden anhand der abgeschlossenen Verträge vor Ort im Bundesamt überprüft. Hierzu ist zu erwähnen, dass das Bundesamt von der EFK mit öffentlichen Verkehrsmitteln in 10 Minuten erreichbar ist. Das Vertragscontrolling des Bundesamtes hatte sich insgesamt in der Vergangenheit bewährt. Die Prüfungen wurden jeweils mit der Projektleitung und dem Finanzdienst des Bundesamtes koordiniert.

Das Bundesamt führte in seinem Vertragssystem sogenannte „Sammelverträge“ ein. Mit den Sammelverträgen wurden die Ausgaben im System rund um die Projekte unter einer einheitlichen Vertragsnummer gesammelt. An zusätzlichen Ausgaben fielen zum Beispiel Ausgaben für Tagungen und Workshops an, welche für den Erfahrungsaustausch und die Weiterbildung für die Projektmitarbeitenden organisiert wurden. Es fielen auch Veranstaltungen mit Dritten an, die in die Fragestellungen involviert waren. Beispielsweise wurde eine Tagung mit kantonalen Polizeikommandanten durchgeführt. Ein weiterer wichtiger Aspekt bildete die Öffentlichkeits- und Pressearbeit.

Mit der Ausweitung des Gesamtversuchsplans 1995 erfolgten verschiedene Vertragsänderungen und es wurden neue Verträge erstellt. Ab 1995 musste zwischen sogenannten laufenden Projekten und neuen Projekten unterschieden werden.

Für die Abrechnung des Rechnungsjahres 1996 führte infolge der Vertragsänderungen und der neuen Verträge die pauschale Abgeltung je Behandlungsplatz zu Diskussionen zwischen dem Bundesamt und der EFK, da zwar die effektiv belegbare Zahl an Behandlungsplätzen gemäss Bundesamt auf maximal 1000 beschränkt war, jedoch keine Beschränkung der eigentlichen Anzahl Platzfinanzierungen bestand. Aus den Rechtsgrundlagen ging in der Tat keine Beschränkung der Platzfinanzierung hervor. Die EFK empfahl aufgrund dieser Feststellung bei künftigen Projekten mit gleichem oder ähnlichem

Finanzierungssystem die finanzielle Unterstützung durch den Bund unmissverständlich an die Bewilligungen zu koppeln.

Die Änderung der PROVE-Verordnung im Februar 1996¹ führte dazu, dass trotz Beendigung der Begleitforschung mit der abschliessenden Veröffentlichung der Ergebnisse im Juni 1997², den Drogenabhängigen, welche bis zum Schluss an den Versuchen teilgenommen haben, bei entsprechender medizinischen Indikation weiterhin Betäubungsmittel ärztlich verschrieben werden konnten. Der Bund konnte an die Kosten der ärztlichen Verschreibung in dem Masse Finanzhilfe leisten, in dem er die abgeschlossenen Versuche finanziell unterstützt hatte. Das Bundesamt hat aufgrund der Verordnungsänderung für das Jahr 1997 neue Verträge mit den Trägern der Behandlungsstellen abgeschlossen. Im Bundesamt wurde PROVE als Projekt weitergeführt.

Ende Dezember 1997³ wurde die Verordnung noch einmal geändert. Im Rahmen des Gesamtversuchsplans konnten neue Versuchspersonen aufgenommen werden, soweit dies für die wissenschaftliche Abklärung zusätzlicher Forschungsfragen erforderlich war.

Mit der zunehmenden Komplexität des Projektes wurde der Abklärungs- und Rückfrageaufwand wegen Vertragserneuerungen aufgrund der Anpassungen der PROVE-Verordnung in den Jahren 1996 und 1997 für die EFK grösser. Dazu kam, dass die Projektleitung im Bundesamt mit ihren zunehmend beanspruchten Ressourcen von der Kernaufgabe des Bundesamtes her dem wissenschaftlichen Aspekt grösseren Beachtung schenkte als finanziellen Fragestellungen. Dies führte zu vermehrten auch schriftlichen und zeitaufwendigen Rückfragen der EFK.

Im Jahr 1998 wechselte die Projektleitung im Bundesamt. Dank einer frühzeitigen Kontaktaufnahme mit der verantwortlichen Person und der äusserst konstruktiven Zusammenarbeit des Bundesamtes mit der EFK konnte der zeitliche Aufwand der EFK wieder etwas reduziert werden.

Für die Beschaffung der Substanzen, d.h. Einkauf, Verarbeitung, Auslieferung, stand dem Bundesamt ein sogenanntes Abrechnungskonto zur Verfügung. Die EFK stellte fest, dass das Bundesamt auf diesem Konto Ende 1996 einen erheblichen Sollsaldo auswies. Für die Lieferung der Substanzen wurden den Abgabestellen Rechnung gestellt. Aufgrund der Feststellung des relativ hohen Sollsaldos verlangten wir eine Abrechnung über das Konto und eine Bestätigung des Warenlagers per Ende 1998. Ende 1998 war der hohe Sollsaldo mit den Einnahmen aus Rechnungstellung abgebaut.

¹ Änderung vom 21. Februar 1996.

² Synthesebericht.

³ Änderung vom 15. Dezember 1997.

Mit der Schaffung einer definitiven gesetzlichen Grundlage verlangte die Finanzdelegation einen Schlussbericht des Bundesamtes über die finanzielle Abwicklung des ganzen Projektes PROVE durch das Bundesamt für die Jahre 1993 bis 1998. Ab 1999 wurde die ärztliche Verschreibung von Heroin in das allgemeine Geschäft des Bundesamtes integriert und nicht mehr explizit als Projekt geführt.

2.4 Prüfungsergebnis

Aufgrund der durchgeführten oben beschriebenen jährlichen Prüfungen im Bereich der Ordnungs- und Rechtmässigkeit konnte die EFK bestätigen, dass die Mittel des Bundesamtes für die Drogenversuche insgesamt zweckentsprechend eingesetzt wurden. Es gab Bemerkungen zu spezifischen finanzhaushaltrechtlichen Aspekten.

2.5 Schlussfolgerungen aus diesem Projekt für die Finanzaufsicht

- Das Abschliessen von Verträgen mit den Trägern der Versuchsstellen erwies sich als zweckmässig.
- Es zeigte sich, dass aufgrund der speziellen Umstände, der Komplexität des Themas und der häufigen Änderungen der Rahmenbedingungen die EFK für diese Prüfungen und für das Einlesen in die Thematik einen überdurchschnittlichen zeitlichen Einsatz leisten musste.
- Die Änderungen brachten auch die Projektleitung des Bundesamtes unter vermehrten zeitlichen Druck. Eine sofortige persönliche Kontaktaufnahme der EFK um den Anliegen der Finanzaufsicht den nötigen Nachdruck zu verleihen, hätte möglicherweise früher erfolgen sollen. Eine frühzeitige persönliche Kontaktaufnahme empfiehlt sich unbedingt.
- Die permanente, für über eine Zeitperiode von sechs Jahren andauernde Begleitung der EFK im Bereich der Ausgaben des Bundesamtes für dieses politisch relativ brisante Projekt hat sich insgesamt bewährt.
- Die bei externen Institutionen und Beratungsbüros in Auftrag gegebene wissenschaftliche und finanzielle Begleitforschung ergeben auch für die EFK eine Bestätigung des wirkungsvollen Einsatzes von Bundesmitteln.

3. Zusammenfassung

Die Ausgaben des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) für das Forschungsprojekt mit der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE) wurde aufgrund eines Auftrages der Finanzdelegation von der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) als oberste Rechnungskontrollbehörde (ORKB) der Schweiz über sechs Jahre bezüglich Finanzaufsicht begleitet. Die jährlichen Prüfungen im Bereich der Ordnungs- und Rechtmässigkeit zeigten insgesamt ein gutes Resultat. Der zeitliche Aufwand dafür war überdurchschnittlich. Bei komplexeren Projekten mit erheblichen Änderungen der Rahmenbedingungen während der Laufzeit empfiehlt sich eine frühe persönliche Kontaktaufnahme mit der durchführenden Verwaltungsstelle. Extern durchgeführte Begleitevaluationen ergeben auch für die ORKB eine gewisse Bestätigung für den wirkungsvollen Einsatz von Bundesmitteln.

3. Österreich:

Die Prüfung von Krankenanstalten durch ORKB

1. Prüfungszuständigkeiten

Nach Art 121 Abs 1 der österreichischen Bundesverfassung ist der Rechnungshof zur Überprüfung der Gebarung des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände, der Gemeinden und anderer durch Gesetz bestimmter Rechtsträger berufen, wobei unter Gebarung jedes Verhalten, das finanzielle Auswirkungen hat, zu verstehen ist.

Die Bundesverfassung, das Rechnungshofgesetz sowie das Krankenanstaltengesetz (als Spezialbestimmung) regeln die Zuständigkeiten des Rechnungshofes zur Gebarungskontrolle von Krankenanstalten. Folgende Bestimmungen sind maßgebend:

- 1) Der Überprüfung durch den RH unterliegen Stiftungen, Fonds und (Kranken-) Anstalten, die von Organen des Bundes, eines Landes, einer Gemeinde oder von Personen verwaltet werden die hierzu von Organen des Bundes, eines Landes oder einer Gemeinde bestellt sind (zB Landes- und Gemeindekrankenanstalten).
- 2) Der Überprüfung durch den RH unterliegen öffentlich-rechtliche Körperschaften soweit sie mit Bundes-, Landes-, oder Gemeindemitteln gebaren (zB Ordenskrankenanstalten).
- 3) Der Überprüfung durch den RH unterliegen die Sozialversicherungsträger (zB Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation).

Damit unterliegen alle Krankenanstalten - mit Ausnahme der privaten Krankenanstalten die keine öffentlichen Zuschüsse erhalten - der Kontrolle durch den Rechnungshof.

2. Prüfungsaufträge

Die österreichische Bundesverfassung normiert, dass der RH in Angelegenheiten der Bundesgebarung als Organ des Nationalrates und in Angelegenheiten der Länder-, Gemeindeverbände-, und Gemeindegebarungen als Organ des betreffenden Landtages tätig wird. Der RH ist ferner von der Bundesregierung und von den Landesregierungen unabhängig.

Diese Unabhängigkeit kommt darin zum Ausdruck, dass der RH sein Prüfprogramm, die Prüfungsschwerpunkte und seine Prüfmethodik im eigenen Wirkungsbereich festlegt.

Allerdings können dem RH besondere Gebarungsüberprüfungen auf Beschluss der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes und der Länder bzw auf Verlangen ihrer Mitglieder aufgetragen werden. Derartige Überprüfungen hat er auch auf begründetes Ersuchen der Bundesregierung oder eines Bundesministers oder einer Landesregierung durchzuführen.

In Bezug auf die Überprüfung von Krankenanstalten ist der RH bislang in erster Linie selbst tätig geworden und nur in Einzelfällen erfolgten Prüfungen aufgrund von Landtagsbeschlüssen oder auf Ersuchen von Landesregierungen. Zum Beispiel prüfte der RH auf Ersuchen von Landesregierungen die Beschaffung von medizin-technischen Grossgeräten und Neubauten von Krankenanstalten.

3. Prüfungsziele

Die Prüfungsziele sind durch österreichische Bundesverfassung im Art 126 b Abs 5 sowie im Rechnungshofgesetz festgelegt. Die Überprüfungen des RH haben sich demnach auf

- die ziffernmäßige Richtigkeit,
- die Übereinstimmung mit den bestehenden Vorschriften,
- die Sparsamkeit,
- die Wirtschaftlichkeit und
- die Zweckmäßigkeit zu erstrecken.

Darüberhinaus ist der RH bei seiner Kontrolltätigkeit verpflichtet sowohl die Möglichkeit der Herabminderung oder Vermeidung von Ausgaben, als auch der Erhöhung oder Schaffung von Einnahmen wahrzunehmen. Die Bundesverfassung nimmt bei der Reihung der Prüfungsziele keine Prioritäten vor. Es gibt jedoch eine eindeutige Tendenz zur stärkeren Ausprägung der Prüfungsziele Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit. Die stärkere Beachtung des Prüfungsziels Wirtschaftlichkeit gegenüber der Ordnungsgemäßheit prägte in den letzten beiden Jahrzehnten besonders die Überprüfung von Krankenanstalten. Mit der besonderen Betonung des Prüfungsziels der Zweckmäßigkeit - also der Frage der Optimierung der der geprüften Stelle obliegenden Aufgabenerfüllung - bietet sich dem RH ein weitreichendes Prüffeld, das nicht nur auf die Überprüfung von Krankenanstalten begrenzt ist, sondern auch weite Bereiche des allgemeinen Gesundheitswesens miteinschließt.

4. Zielkonflikte

Die österreichischen Krankenanstalten haben sich in den letzten Jahrzehnten zu modernen Dienstleistungsbetrieben entwickelt und sind daher prüftechnisch Unternehmen gleich zu stellen. Die unternehmerischen Gestaltungsmöglichkeiten der Betreiber von Krankenanstalten sind jedoch wegen strenger gesetzlicher Regelungen über die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten sehr eingeschränkt. In diesem Spannungsverhältnis findet sich der RH bei seinen Krankenhausprüfungen, wenn er bpsw die gesetzliche Verpflichtung zur Sicherstellung von Krankenanstaltspflege beachten muß und zugleich den Betrieb einer Krankenanstalt für unzweckmäßig hält. Für den RH ist es daher bei der Überprüfung von Krankenanstalten eine besondere Herausforderung, das Spannungsverhältnis zwischen Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit aufzuzeigen und den gesetzgebenden Körperschaften entsprechende Maßnahmen zu empfehlen.

Ein weiteres Spannungsverhältnis eröffnet sich für den RH bei der Beurteilung von volkswirtschaftlichen vice versa betriebswirtschaftlichen und ökonomischen vice versa ökologischen Prüfkriterien über das Krankenanstalten- und Gesundheitswesen. Beispiele dafür liefern die Tatsachen, dass:

- Krankenanstalten aufgrund des gesetzlichen Versorgungsauftrages, Betriebe mit schlechter Ertragslage sind und gleichzeitig hohe Bedeutung für den Arbeitsmarkt haben;
- für den überwiegende Teil der Finanzierung von Krankenanstalten die öffentlichen Haushalten aufkommen müssen und
- Krankenanstalten oftmals die einzige wirtschaftliche Überlebensgarantie für Regionen sind.

Die Überprüfungen von Krankenanstalten, wie auch alle anderen Überprüfungen, durch den österreichischen Rechnungshof dürfen sich daher grundsätzlich nicht auf eines der Prüfziele konzentrieren, sondern es ist Pflicht umfassende Feststellungen zu treffen und die Zielkonflikte mit all ihren Konsequenzen aufzuzeigen. Damit soll den Berichtsadressaten, Nationalrat und Landtage, die erforderliche Information gegeben werden, zur Lösung des Zielkonfliktes allenfalls die notwendig zu erscheinenden Maßnahmen zu ergreifen. Der RH hat sich einer Beurteilung von politischen Zielsetzungen zu enthalten, nicht aber hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Auswirkungen und der Effizienz der Zielerreichung. In Prüfberichten, wo politische Zielsetzungen teilweise oder gänzlich fehlen, liegt es am RH fehlende Ziele zu substituieren und sie seiner Prüfungstätigkeit zugrunde zu legen. Ein Beispiel dazu ist die erst kürzlich durchgeführte Überprüfung der seit 1997 in Österreich neu geltenden Krankenhausfinanzierung, wo in der staatsvertraglichen Regelung zwischen Bund und Länder die Zielsetzungen der Finanzierungsvereinbarung nur rudimentär festgelegt wurden.

5. Grundsätze des Krankenanstaltenwesens

Rechtliche Grundsätze

Die Österreichische Bundesverfassung legt ua im Art 12 fest, dass die Gesetzgebung über Grundsätze in den Angelegenheiten über die Heil- und Pflegeanstalten (Krankenanstalten) Bundessache ist, während die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung Landessache ist. Das bedeutet ein Bundeskrankenanstaltengesetz und neun unterschiedliche Landeskrankenanstaltengesetze. Hinzu kommt, dass der zweite Teil des Bundeskrankenanstaltengesetzes für die Universitätsklinken unmittelbar anzuwendendes Bundesrecht ist.)

Finanzierungsgrundsätze

Die Finanzierung der österreichischen Krankenanstalten erfolgt auf dualem Weg, dh im Wesentlichen durch Beiträge der Sozialversicherungen und durch Steuermittel im Wege des Finanzausgleiches zwischen Bund, Länder und Gemeinden. Darüberhinaus werden Krankenanstalten durch Einnahmen von den Patienten oder über private Versicherungen finanziert. Ein seit 1997 neu eingeführtes umfassendes Finanzierungssystem führte nicht zu einer vereinheitlichten Krankenhausfinanzierung, sondern zu weiteren Unterschieden zwischen den Bundesländern.

Grundsätze der Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung im Sinne einer gleichmäßigen und bedarfsgerechten Sicherstellung von Krankenhausleistungen erfolgt durch die auf Staatsvertragsbasis beruhenden Planungskompetenz des Bundes und der generellen Regelungskompetenz der Bundesländer.

6. Prüfbereiche

Vom RH wurden hinsichtlich der Überprüfung des Krankenanstaltenwesens folgende Prüfbereiche erfaßt.

Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltenpflege

- Prüfung von Krankenhaus-Betriebsgesellschaften
- Krankenhaus(neu)bauten
- Prüfungen über den medizinischen Bedarf im Zusammenhang mit Krankenanstaltenplanung

- Prüfung des medizinischen Angebotes im Rahmen von Raumordnungskonzepten
- Flächendeckende Versorgungsleistungen (ZB Kardiologie, Psychiatrie)
- Betriebsformen von Krankenanstalten
- Aufbau- und Ablauforganisation in Krankenanstalten

Krankenhaus-Finanzierung

- Prüfung von Finanzierungskonzepten für das Krankenhaus- (Gesundheits-) wesen
- Prüfungen über Förderungen und Investitionen im Gesundheitswesen

Allgemeine Krankenanstaltenprüfungen

- Personal, Finanzen, Beschaffung, Organisation

Sonderprüfungen

- Rehabilitationszentren
- Rettungswesen

7. Prüfobjekte

Vom österreichischen Rechnungshof werden folgende Krankenanstalten überprüft:

- Allgemeine (Akut) Krankenanstalten. Das sind jene Krankenanstalten die Patienten ohne Unterschied des Geschlechtes, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung, stationär oder ambulant behandeln und dementsprechend mit medizinischen Einrichtungen ausgestattet sind.
- Sonderkrankenanstalten die für die Behandlung von Patienten mit bestimmten Krankheiten oder für Personen bestimmter Altersstufen eingerichtet sind. (ZB Unfallkrankenhäuser, Rehabilitationszentren, Anstalten für Geisteskrankheiten, etc)

In Österreich gibt es 315 Krankenanstalten mit rd 70 200 Betten. Das entspricht einer Bettendichte von rd 8,8 Krankenhausbetten je 1000 Einwohner. Aufgeteilt nach der Rechtsträgerschaft (Eigentümer im weiteren Sinne) lassen sich die Krankenanstalten folgendermaßen einordnen:

Rechtsträger	Anzahl der Anstalten	Anzahl der Betten
Bund	12	679
Bundesländer	83	34 546
Gemeindeverbände	12	2 481
Gemeinden	56	9 780
Sozialversicherungsanstalten	39	5 833
Ordenskrankenanstalten	48	11 850
Vereine	15	1 415
Privatpersonen	50	3 612
SUMME	315	70 196

Der Gebarungsüberprüfung des Rechnungshofes unterliegen jedoch nur jene Krankenanstalten die aus öffentlichen Mitteln Zuschüsse erhalten. Der Umfang der Gebarungsüberprüfung ist demnach geringer und weist folgende Leistungsziffern auf:

Anzahl der Krankenanstalten:	230
Anzahl der Betten:	55 300
Stationäre Patienten:	1,9 Mill
Anzahl der Belagstage:	14,8 Mill
Ambulante Behandlungen:	60 Mill
Durchschnittliche Behandlungsdauer:	7,6 Tage
Jährliche Gesamtkosten:	rd 7,7 Mrd US\$
Jährliche Kosten je Bett:	rd 98 500 US\$
Kosten je Pflgetag:	rd 310 US\$

Wie aus den bisherigen Ausführungen entnommen werden kann, ist durch die zersplitterte, österreichische Krankenhausstruktur ein einheitliches schematisch vorgegebenes Prüfungsverfahren durch den Rechnungshof, wie bei anderen Prüfgebieten, nicht möglich. Schon durch die Vielzahl der Rechtsträger und die Aufteilung des Krankenanstaltenwesens auf neun Bundesländer werden die Prüfer mit unterschiedlichen gesetzlichen Bestimmungen aber auch mit unterschiedlichen Auffassungen über gesundheitspolitischen Erfordernissen konfrontiert. Man kann davon ausgehen, daß die Krankenhausstrukturen in Österreich neunmal anders sind.

8. Prüfungsorganisation

Der Rechnungshof beschäftigt dzt 330 Mitarbeiter wovon 247 in 36 Abteilungen im Prüfdienst tätig sind. Die Prüfung des Gesundheitswesens wird von 4 Abteilungen mit 26 Mitarbeitern wahrgenommen. Die Prüfung von Krankenanstalten erfolgt durch zwei Abteilungen mit 14 Mitarbeitern. Die Aufteilung des Prüfgebietes über die Krankenanstalten auf zwei Prüfabteilungen erfolgt nach den neun Bundesländern, wobei einer Abteilung die drei Universitätskliniken Wien, Graz und Innsbruck zugeordnet sind. Ziel der Aufteilung ist eine möglichst gleichmäßige Aufgabenverteilung unter Beachtung ausreichender Prüfungsintervalle. Weiters sollen regionale, über die Bundesländergrenzen hinausgehende Versorgungsräume (zB Vorarlberg und Tirol, Oberösterreich und Salzburg) prüftechnisch gemeinsam erfasst werden.

In den beiden "Krankenhausabteilungen" sind folgende Mitarbeiter im Einsatz:

<u>Funktion</u>	<u>Abteilung 45</u>	<u>Abteilung 47</u>
Abteilungsleiter	Bautechniker	Jurist
Stellvertreter	A-Beamter	Jurist
Prüfungsleiter	Ökonom	Ökonom
Prüfer	Ökonom	Ökonom
Prüfer	Jurist	B-Beamter
Prüfer	B-Beamter	B-Beamter
Prüfer	B-Beamter	
Prüfer	B-Beamter	

Bei Spezialprüfungen werden auch Prüfer anderer Abteilungen oder externe Experten hinzugezogen.

9. Prüfungsplanung

Die vom RH beabsichtigten Prüfungen basieren auf einem jährlich zu erstellenden Prüfungsplan. Für den Prüfungsplan unterbreiten die Prüfabteilungen jeweils drei Vorschläge die sich nach folgenden Kriterien orientieren:

- Gebarungsumfang
- auffällige Veränderung beim Prüfobjekt (zB Neubau)
- Erkenntnisse der letzten Gebarungsüberprüfung
- zeitlicher Abstand zur letzten Gebarungsüberprüfung
- Veränderung wesentlicher Kenngrößen

Die Auswahl von drei Prüfvarianten werden von den Prüfabteilungen aufgrund folgender Hilfsmittel getroffen:

- Ein Prüfungsobligo umfasst alle Prüfobjekte mit Stammdaten, Wirtschaftsdaten und Organisations-Kenndaten
- Eine Nutzwertanalyse reiht die Prüfobjekte vorwiegend nach Kosten-Kenndaten
- Jahrlange Sachkenntnis der Prüfabteilungen (Kostenrechnungsergebnisse)
- Art der Prüfung (Allgemeine Prüfung, Schwerpunktprüfung, Projektprüfung, Systemprüfung, Querschnittsprüfung, Nachprüfung).

Der Präsident des RH wählt aus den Vorschlägen eine Variante aus und genehmigt den Prüfungsplan für das darauffolgende Jahr.

10. Prüfungsablauf

Nach Entscheidung über das Prüfobjekt läuft der Prüfungsprozess nach folgenden Phasen ab.

- *Abgrenzung der Verantwortung und der Aufgaben*
Klärung der Prüfverantwortung
Festlegung der Prüfungsinhalte und Prüfungsstrategien
- *Prüfungsvorbereitung*
Vorselektion der Sachkenntnisse und vorhandenen Unterlagen
Absenden des Prüfauftrages
Einholung von Auskünften (zB durch Fragebögen)
- *Prüfung vor Ort*
Erhebungsgespräche
Prüfung von Unterlagen
Abklären von Sachverhalten
- *Schlussbesprechung*
Vortragen der erhobenen Sachverhalte
Vorläufige Beurteilungen
Redaktionelle Bearbeitung durch den Prüfungsleiter (Verantwortung)
Abfertungsverfahren im Dienstwege

- *Stellungnahmeverfahren*
 Aufarbeiten der Stellungnahme der überprüften Stelle
 Erstellen der Gegenäußerung durch Prüfabteilung
 Abfertigungsverfahren im Dienstwege

- *Tätigkeitsbericht*
 Redaktionelle Bearbeitung des Tätigkeitsberichtes
 Zusenden des Tätigkeitsberichtes an Nationalrat oder Landtag
 Verhandlung des Tätigkeitsberichtes vor Ausschüssen

11. Annex: Overview of audit fields

FINANZEN		
<i>Gegenstand</i>	<i>Prüfmaßstäbe</i>	<i>Methoden</i>
Einnahmen Sozialversicherung Rechtsträger Private Veranlagung	Höchstmögliche Einnahmenerzielung	Gesetzliche Regelungen Verträge Voranschlags/Rechnungs- abschlussvergleich
Ausgaben Personalausgaben Sachausgaben Investitionen	Einhaltung des jährlich vorgegebenen Ausgabe- volumens	Voranschlags/Rechnungs- abschlussvergleich G&V Rechnung Bilanz Haushaltslisten Monatsberichte
Controlling Managementinformations system Kostenrechnung	Leistungsentwicklung Betriebsergebnisentwicklung Personalplanungsentwicklung Gesetzliche Vorschriften	Inner- und außerbetriebliche Vergleiche Zeitreihenvergleiche Umlageverfahren

PERSONAL		
<i>Gegenstand</i>	<i>Prüfmaßstäbe</i>	<i>Methoden</i>
Personalbedarf Fachärzte Ärzte in Ausbildung Pflegedienst Verwaltung Fremde Dienste	Besetzung, Kennziffern nach DKG, Durchschnittswerte anderer Krankenanstalten	Kennziffernvergleiche Schlüssel Arzt/Bett Schlüssel DKS/Bett Pflegeminuten/Patient Bed./Bett oder Fall
Dienstpläne Einhalten gesetzlicher Vorschriften wie zB Krankenanstalten- Arbeitszeitgesetz	Wochenstunden Überstunden Wochenendstunden Bereitschaftsdienste Fortbildungszeiten Urlaube	Durchsicht der Dienstpläne
Besoldung Dienstverhältnis Einstufungen Zulagen Nebengebühren	Gesetzliche Vorschriften	Durchsicht der Personalakte
Qualitätssicherung Qualifikation Arbeitszufriedenheit	Fortbildungsmaßnahmen Personalwechsel Krankenstände	Personalaufzeichnungen

MEDIZIN		
<i>Gegenstand</i>	<i>Prüfmaßstäbe</i>	<i>Methoden</i>
Vorhalteleistungen Krankenanstalt Med. Abteilungen Med. Großgeräte	Bedarf Bedarf Bedarf	Einzugsgebiet, Studien Diagnoseschlüssel Überweisungen, Auslastung
Funktionsdienste Stationsdienst Ambulanzdienst Op-Dienst Anästhesie/Intensiv Apotheke Bildgebende Verfahren Labor Physikalische Therapie etc	Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter, Auslastung der Einrichtung, Vorratshaltung, Einhaltung der Vor- schriften,	Dienstpläne, Personalakte Leistungsziffern, Zeitanalysen, Informationsbeschaffung vor Ort
Qualitätssicherung QS aufgrund gesetzlicher Vorschriften freiwillige QS	Einhaltung gesetzlicher Vorschriften Qualitätsberichte Patientenumfragen	Verantwortliche Schwerpunkte Standards Umsetzung Protokollierung Qualitätsportfolio
Fremde Dienste Med. Fremdleistungen Konsiliarärzte Rettungswesen	Notwendigkeit Behandlungsspektrum Zusammenarbeit mit KA	Kosten Diagnoseschlüssel Zweckmäßigkeit

ORGANISATION		
<i>Gegenstand</i>	<i>Prüfmaßstäbe</i>	<i>Methoden</i>
Aufbauorganisation Rechtsträger Führungsstruktur Anstaltsleitung	Verwaltungseinheit Körperschaft ö Rechtes Private Gesellschaft Entscheidungsfindung Einflußnahme auf KA Zuständigkeiten	Gesetzliche Bestimmungen; Geschäftsein- teilung Geschäftsverteilung, Organisationsvorschriften Anstaltsordnung, Leistungsprotokolle, Dienstleistungsanweisungen
Ablauforganisation Personalmanagement Finanzbereich Patientenverwaltung	Zeichnungsberechtigung Zeichnungsberechtigung Aufnahme-/Entlassungs- management	Dienstrechtsverfahren Budgetverwaltung Dokumentationswesen
Funktionsdienste Op- Bereich Ambulanzbereich Schreibdienst Wäscheversorgung Reinigungsdienst Technik etc	Wirtschaftlichkeit Zweckmäßigkeit Sparsamkeit	Terminplanung Leistungsziffern Personalquoten Statistiken Logistik Kennziffernvergleiche Vorschriften

BAUWESEN		
<i>Gegenstand</i>	<i>Prüfmaßstäbe</i>	<i>Methoden</i>
Vorhaben Neubau Altbausanierung Erweiterung Standardverbesserung	Bedarf Leistungssteigerungen Qualitätsverbesserung Auflagen	Beschlüsse Bedarfsberechnungen bestehende Bausubstanz Vorschriften
Beauftragung Ausschreibungsverfahren Zuschlagserteilung	Vergabevorschriften	Rechnerische Richtigkeit Bewertungsverfahren Reihung
Projektentwicklung Fertigstellungstermin Kostenrahmen Zweckerfüllung	Bauzeitplan Kostenberechnungen Zielvorgaben bestätigt	Termineinhaltungen Kostenfeststellung Nutzergespräche

4. Mexiko:

Wirtschaftlichkeitsprüfung der medizinischen Versorgung durch eine Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens in Regionen, die ein hohes Maß an wirtschaftlicher und sozialer Rückständigkeit aufweisen

Ab den 40-iger Jahren, in denen in Mexiko die Industrialisierung einsetzt, wird das Sozialversicherungswesen zu einer Angelegenheit des Staates, der besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird und für die aus diesem Grund jährlich beträchtliche und ständig steigende öffentliche Mittel bereitgestellt werden.

Diese Aufgabe ist in den Bestimmungen der Verfassung der Vereinigten Staaten von Mexiko begründet, in denen das Recht der Bevölkerung auf Gesundheit verankert ist.

Aus organisatorischer Sicht besteht das öffentliche Sozialversicherungssystem in Mexiko aus einem nationalen System, dessen Aufgabe es ist, die medizinische Versorgung der Arbeitnehmer auf dem Land und in der Stadt sicherzustellen. In dieses System sind Verwaltungsinstanzen wie die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen (Servicios de Salud Pública) eingebunden, welche von der Bundesregierung in den 32 Bundesstaaten der Republik Mexiko koordiniert werden und sowohl die medizinische Grundversorgung als auch die fachärztliche Betreuung sicherstellen.

Weiters ist die mexikanische Sozialversicherungsanstalt (Instituto Mexicano del Seguro Social), die für die medizinische Versorgung der Landarbeiter, der Arbeiter und der im Dienstleistungssektor und im Handel beschäftigten Arbeitnehmer sowie deren Familien zuständig ist, Teil dieses Systems. Das IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), in Mexiko unter dieser Abkürzung bekannt, ist eine Körperschaft, die aus den Beiträgen der versicherten Arbeitnehmer und der Arbeitgeber sowie durch Mittel der Bundesregierung, aber auch über die Bezahlung der vom Einzelnen in Anspruch genommenen Leistungen finanziert wird.

Ein weiterer Bestandteil des öffentlichen Sozialversicherungssystems in Mexiko sind die sogenannten Sozialversicherungsanstalten der Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst, und zwar sowohl auf Bundesebene als auch im Bereich der Regierungen der 31 Bundesstaaten der Republik. Die Tätigkeit dieser Anstalten wird über die Sozialversicherungsbeiträge der versicherten Arbeitnehmer und aus den Mitteln des Arbeitgebers, in diesem Fall der Staat, finanziert.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß das IMSS innerhalb des Sozialversicherungssystem die Anstalt mit der größten Reichweite ist und derzeit 47% der beinahe 100 Millionen Mexikaner erfaßt.

Das IMSS wurde 1943 per Gesetz mit dem Ziel geschaffen, den Arbeitnehmern und ihren Familien im Falle von Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, im Alter oder Todesfall ausreichenden und entsprechenden Schutz zu gewähren.

Im Laufe der nunmehr 57-jährigen Geschichte dieser Anstalt wurde der im Gesetz vorgesehene Schutz nicht nur auf das Gesundheitswesen, sondern auch auf die Mittel zur Bestreitung des Lebensunterhalts ausgedehnt, für den Fall, daß Krankheit oder Alter den Arbeitnehmer vorübergehend oder dauerhaft an der weiteren Ausübung seiner Erwerbstätigkeit hindern. Dazu kommen Aktionen, die darauf abzielen, die Aufnahme der versicherten Arbeitnehmer zu fördern und ihnen Möglichkeiten zur Aus- und Weiterbildung zu bieten, um ihren Lebensstandard und ihre Lebensqualität zu verbessern; weiteres Aktionen, die darauf abzielen, künstlerische und kulturelle Neigungen zu pflegen und eine bessere Nutzung der Freizeit zu ermöglichen.

Das umfassende und vielfältige Angebot der Sozialversicherungsanstalt, die Eingliederung immer größerer sozialer Gruppen, die über keine von einem Arbeitgeber entlohnte Beschäftigung verfügen (Studenten, Schuhputzer, Bauern mit geringen Einkünften und selbständig Erwerbstätige u.a.) sowie immer wiederkehrende Wirtschaftskrisen in den beiden letzten Jahrzehnten haben die finanzielle Lage und damit die Handlungsfähigkeit der Anstalt schwer belastet.

Aus diesem Grund wurde 1996 ein neues Sozialversicherungsgesetz verabschiedet, um das finanzielle Überleben der Sozialversicherungsanstalt zu gewährleisten.

Die Bedeutung dieser Einrichtung im Rahmen des mexikanischen Sozialversicherungssystems läßt sich auch daran ermessen, daß ihr durchschnittlicher Jahresanteil an den Sozialausgaben des Bundes in den Jahren 1996 – 1998 bei 56,0% lag. Diese wiederum machten insgesamt 15% der Ausgaben des ordentlichen Bundeshaushaltes aus (dieser umfaßt nicht Zinszahlungen für Inlands- und Auslandsverschuldung, den Anteil der Transferzahlungen an die Bundesstaaten und Gemeinden und die Finanzhilfe zur finanziellen Sanierung der Banken).

Im gleichen Zeitraum wuchs die Zahl der Anspruchsberechtigten des IMSS pro Jahr durchschnittlich um 6,9%, und die planmäßigen Ausgaben der Anstalt stiegen real um 14,4% im Jahresdurchschnitt.

Bundesstaaten wie Veracruz, Michoacán, Chiapas, Hidalgo, Oaxaca und Guerrero, die den höchsten Grad an wirtschaftlicher und sozialer Rückständigkeit aufweisen, verzeichneten

einen größeren Anstieg der Zahl der Anspruchsberechtigten und sind gleichzeitig jene Bundesstaaten, in denen die planmäßigen Ausgaben real überdurchschnittlich stark gestiegen sind.

Diese und andere Gründe haben dazu geführt, daß das IMSS in den letzten Jahren mehrmals Budgetüberschreitungen (Ausgaben, die über den zugewiesenen Budgetmitteln lagen) verzeichnet hat, im besonderen im Bereich der sogenannten “Ausstattung und Materialbeschaffung” für die Gesundheitsversorgung.

Obwohl man sicherlich erklären kann, warum die Sozialversicherungsanstalt mehr ausgegeben hat als ihr an Mitteln zugewiesen worden sind, führt die Oberste Rechnungskontrollbehörde Mexikos in Ausübung eines Mandates des Abgeordnetenhauses des Kongresses der Union, jener parlamentarischen Institution, der die Genehmigung und Prüfung der Mittelzuweisung und des Budgetvollzuges durch die Bundesregierung obliegt, derzeit eine Wirtschaftlichkeitsprüfung des IMSS durch.

Als Bezugswert für die Prüfung wird die Budgetüberschreitung des Jahres 1998 in Höhe von 27,9% herangezogen, die die Sozialversicherungsanstalt beim Ankauf von Medikamenten und Heilbehelfen für die Betreuung der Anspruchsberechtigten verzeichnete, deren Zahl im Vergleich zum Jahr 1997 um 6,3%, das sind 2,7 Millionen Personen, anstieg.

Zu diesem Zweck wurde ein Prüfungsschema auf Grundlage der folgenden drei Elemente entworfen: Planung, Ausführung und Darstellung der Ergebnisse.

Diesbezüglich ist festzuhalten, daß das Element der Planung zusammen mit dem allgemeinen Ziel der Rechnungsprüfung festgelegt wurde, und da es sich bei der Prüfung um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung handelt, wurde dieses Ziel durch eine Reihe spezifischer Ziele ergänzt und aufgegliedert.

Die durchgeführte Planung umfaßte weiters die Auswahl der Strategie und Methoden, die für die Erreichung der gesteckten Ziele notwendig und zweckmäßig erschienen. Außerdem wurde die Durchführung eines Pilotversuches für die Prüfung vorgesehen, der in ausgewählten medizinischen Einrichtungen durchgeführt wurde, um den Umfang der Rechnungsprüfung mit entsprechender Genauigkeit abstecken zu können.

Die Rechnungsprüfung selbst wird auf der Grundlage eines Arbeitsprogramms durchgeführt, in dem das für die Prüfung erforderliche Personal sowie die erforderlichen Mittel festgesetzt wurden, wobei als Zeitraum für die Durchführung 18 Arbeitswochen vorgesehen wurden, die die verschiedenen Prüfungsabschnitte wie die Durchführung der Feldarbeit, die Ausarbeitung des Vorberichtes, die Konfrontierung der geprüften Körperschaft mit den Ergebnissen und die Erstellung des Prüfberichtes umfassen.

Um nun die durchgeführte Wirtschaftlichkeitsprüfung an praktischen Beispielen zu verdeutlichen, werden im folgenden die wesentlichsten Aspekte derselben beschrieben, wobei jedoch darauf hingewiesen werden muß, daß es sich bei den Ergebnissen um die Ergebnisse des Pilotversuches handelt:

1. Allgemeines Ziel
2. Spezifische Ziele
3. Umfang der Rechnungsprüfung
4. Prüfungsmethoden
5. Der Prüfung vorausgehendes Verfahren (Pilotversuch)
6. Ergebnisse

BEGRÜNDUNG FÜR DIE PRÜFUNG DES IMSS

Im Bundeshaushalt für das Jahr 1998 wies das IMSS im Kapitel "Ausstattung und Materialbeschaffung" eine Budgetüberschreitung in Höhe von 27,9% im Vergleich zu den vom Abgeordnetenhaus bewilligten Mittel auf, was hauptsächlich auf die Mittelzuweisungen für Medikamente und Heilbehelfe zurückzuführen war. Gleichzeitig stieg die Zahl der Anspruchsberechtigten im Vergleich zu 1997 um 6,3% (2,7 Millionen Personen). Es erschien daher notwendig, die Gründe für diese Anschaffungen und die Qualität der damit erbrachten Leistungen im Bereich der medizinischen Versorgung einer Prüfung zu unterziehen.

1. Allgemeines Ziel

Bewertung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit beim Ankauf von medizinischen Geräten, Medikamenten und Heilbehelfen und bei der medizinischen Versorgung durch das IMSS.

2. Spezifische Ziele

- Überprüfung der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und der Verwaltungsvorschriften durch das IMSS bei der Auftragsvergabe und beim Ankauf von medizinischen Geräten, Medikamenten und Heilbehelfen.
- Überprüfung der Aufzeichnungen betreffend Buchführung und Mittelausstattung beim Ankauf von Medikamenten auf Einhaltung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen und Kontrolle der Bestandsverzeichnisse.

- Bewertung der Effizienz und der Wirtschaftlichkeit beim Einsatz der zu Diagnosezwecken verwendeten medizinischen Geräte in den ausgewählten medizinischen Einrichtungen.
- Überprüfung der Versorgung der ausgewählten medizinischen Einrichtungen mit Medikamenten, um festzustellen, ob diese für die Betreuung der Anspruchsberechtigten ausreichend und entsprechend war.
- Bewertung der Qualität der medizinischen Versorgung auf den drei Versorgungsebenen.
- Überprüfung der Erstellung der Krankengeschichten in Übereinstimmung mit der offiziellen mexikanischen Norm (Norma Oficial Mexicana) und der Norm der Sozialversicherungsanstalt (Norma Institucional), die im Verfahrenshandbuch betreffend Informatik in der Medizin und Krankenhausarchive (Manual de Procedimientos de las Áreas de Informática Médica y Archivos Clínicos) festgelegt ist.

3. Umfang der Rechnungsprüfung

Die Prüfungstätigkeit konzentriert sich auf den Ankauf von medizinischen Geräten, Medikamenten und Heilbehelfen sowie auf die medizinische Versorgung in Einrichtungen der ersten Ebene (Allgemeinmedizin), der zweiten Ebene (allgemeine Krankenhäuser der Region) und der dritten Ebene (Spezialkliniken) in den Außenstellen in den Bundesstaaten Michoacán und Veracruz.

4. Prüfungsmethoden

In den sechs Bundesstaaten mit der größten wirtschaftlichen Rückständigkeit (Veracruz, Michoacán, Chiapas, Hidalgo, Oaxaca und Guerrero) wurden die Gesamtausgaben des IMSS festgestellt und dann Veracruz y Michoacán ausgewählt, da sie innerhalb dieser Gruppe 58,6% der Mittel auf sich vereinigten.

Weiters wurden acht medizinische Einrichtungen ausgewählt, die die drei Versorgungsebenen repräsentieren, wobei vor allem jene berücksichtigt wurden, die die höchsten Ausgaben für Medikamente, Heilbehelfe und medizinische Geräte verzeichneten, so daß die getroffene Auswahl in den Außenstellen Michoacán und Veracruz (Norden und Süden) 51,8% bzw. 40,0% der von der Sozialversicherungsanstalt in diesen Bundesstaaten für die angeführten Titel getätigten Gesamtausgaben ausmacht.

Im Zuge der Feldbesuche wird eine repräsentative Auswahl der zu Diagnosezwecken eingesetzten medizinischen Geräte getroffen, es werden Berichte zur Bewertung ihres effizienten und wirtschaftlichen Einsatz verlangt, und es werden Fragebögen an das die Geräte bedienende Personal verteilt.

Es werden Unterlagen angefordert, die bestätigen, daß die Medikamente für die Betreuung der Anspruchsberechtigten in den Einrichtungen ausreichend und entsprechend sind; weiters werden das leitende und das ärztliche Personal, die Krankenschwestern, die Arzneimittelverantwortlichen, das Lagerpersonal und die Anspruchsberechtigten mit Hilfe von Fragebögen um Stellungnahme gebeten.

Es werden Unterlagen angefordert, die belegen, daß die Heilbehelfe für die Versorgung der Anspruchsberechtigten ausreichend und zweckmäßig sind. Das leitende Personal, das Lagerpersonal und die Krankenschwestern werden gebeten, mittels Fragebogen Stellung zu nehmen.

Im Zuge der Feldbesuche wird eine repräsentative Auswahl von Anspruchsberechtigten, die pro Tag die Dienste der Einrichtungen in Anspruch nehmen, getroffen, um mit Hilfe von Fragebögen eine Bewertung der Qualität der medizinischen Versorgung und der Medikamentenausstattung vornehmen zu können.

Es wird weiters eine repräsentative Auswahl von Krankengeschichten auf Grundlage der Zahl jener Anspruchsberechtigten getroffen, die im Jahr 2000 die medizinischen Einrichtungen in Anspruch nehmen, um zu überprüfen, ob die offizielle mexikanische Norm und die von der Sozialversicherungsanstalt erstellten Normen eingehalten werden.

5. Der Prüfung vorausgehendes Verfahren (Pilotversuch)

Vor den Feldbesuchen wurde ein Pilotversuch durchgeführt, für den in städtischen Gebieten mit hoher wirtschaftlicher Rückständigkeit medizinische Einrichtungen der drei Versorgungsebenen ausgewählt wurden, mit dem Ziel, die Vorgangsweise festzulegen, die Nützlichkeit der Fragebögen und Formulare zu unterstreichen, um den anwendbaren gesetzlichen Rahmen abzustecken und jene Unterlagen zu definieren, die zur Überprüfung der medizinischen Geräte, der Medikamente und Heilbehelfe dienen. Es muß darauf hingewiesen werden, daß bei diesem Pilotversuch die finanziellen und gesetzlichen Aspekte außer Acht gelassen wurden, da die Methoden zur Überprüfung derselben vorgegeben sind und es hierbei um die Prüfung von bereits erfaßten Tätigkeiten geht.

Eine Verallgemeinerung der dargestellten Ergebnisse ist nicht zulässig, da die Größe der für den Pilotversuch herangezogenen Auswahl nicht ausreicht, um die Angemessenheit und die Qualität der Fragebögen und der in den ausgewählten medizinischen Einrichtungen durchzuführenden Prüfverfahren nachzuweisen; dennoch verdeutlichen sie die Art der Probleme, mit denen die Sozialversicherungsanstalt zu kämpfen hat, da die in den Archivunterlagen zu diesem Thema enthaltenen Teilinformationen mit den Prüfungsfeststellungen übereinstimmen.

6. Ergebnisse des Pilotversuchs

Unter diesem Punkt werden nur die wichtigsten Ergebnisse dargestellt, die mit Hilfe der bereits erwähnten Fragebögen und durch die Überprüfung der Formulare, Krankengeschichten, Aufzeichnungen und Rechnungen ermittelt wurden, welche von den im Pilotversuch erfaßten medizinischen Einrichtungen zur Verfügung gestellt wurden.

6.1 Spezifisches Ziel: Bewertung der Effizienz und der Wirtschaftlichkeit beim Einsatz der zu Diagnosezwecken verwendeten medizinischen Geräte in den ausgewählten medizinischen Einrichtungen.

MASSNAHMEN	ERGEBNISSE
1. Anhand des Verzeichnisses der medizinischen Geräte der Einrichtungen wurden 35 Geräte ausgewählt und eine körperliche Inspektion derselben vorgenommen, um festzustellen, ob sie sich tatsächlich in der medizinischen Einrichtung befinden, ob sie eingesetzt werden und ob das zur Bedienung derselben ausgebildete Personal vorhanden ist.	Die 35 Geräte waren vorhanden und entsprachen der Zahl im Bestandsverzeichnis; 17 Geräte waren im Einsatz, die übrigen 18 Geräte werden nie oder kaum benötigt.
2. Es wurden 17 Fragebögen an die Ärzte und/oder Techniker, die die Geräte verwenden, ausgeteilt, um ihren Einsatz und die damit verbundene Problematik in Erfahrung zu bringen.	Die Ergebnisse weisen darauf hin, daß bei drei Geräten die Mittel für den Betrieb nicht ausreichen; 16 Geräte werden täglich verwendet und eines ab und zu; nur 14 Geräte sind in einwandfreiem Zustand.
3. Es wurde der letzte Bericht über den Einsatz jener 18 Geräte angefordert, die zum Zeitpunkt des Besuches nicht in Betrieb waren, um ihre Einsatzhäufigkeit festzustellen.	Dreizehn der 18 Geräte werden nicht verwendet, weil es keinen Bedarf gibt; 2 werden wegen fehlender Mittel nicht eingesetzt, und die verbleibenden Geräte (3) werden kaum eingesetzt.

6.2 Spezifisches Ziel: Überprüfung der Versorgung der ausgewählten medizinischen Einrichtungen mit Medikamenten, um festzustellen, ob diese für die Betreuung der Anspruchsberechtigten ausreichend und entsprechend war.

MASSNAHMEN	ERGEBNISSE
<p>1. Überprüfung der Unterlagen, die den Eingang der Medikamente in den medizinischen Einrichtungen bestätigen.</p> <p>2. Fragebögen an Ärzte, Krankenschwestern, Anspruchsberechtigte und Arzneimittelpersonal (betreffend den Medikamentenverbrauch) der ersten und zweiten Versorgungsebene (erfolgte nicht in der Spezialklinik, da die Apotheke nicht direkt diesem Krankenhaus unterstellt ist).</p>	<p>Aus den geprüften Rechnungen geht hervor, daß die Medikamentenkosten die vom IMSS vorgesehenen Kosten übersteigen.</p> <p>Aus dem Bestandsverzeichnis geht hervor, daß die Nachfrage in einigen Fällen die bewilligte Ausstattung übersteigt.</p> <p>Aus der Befragung der Ärzte (105 Befragte) ging hervor, daß 58,1% die Rezepte ihrer Patienten häufig wegen mangelnder Medikamente umschreiben müssen; 66,7% gaben an, daß die Grundausstattung für die von ihnen behandelten Erkrankungen unzureichend ist.</p> <p>Aus den Angaben der Krankenschwestern (192 Befragte) ging hervor, daß 66,1% nicht über die für ihre Tätigkeit notwendigen Medikamente verfügen.</p> <p>Bei den Anspruchsberechtigten (300 Befragte) stellte sich heraus, daß 62,7% nicht alle verschriebenen Medikamente erhielten.</p> <p>In der Apotheke (2 Befragte) erfuhren wir, daß ihnen nicht alle Medikamente zur Verfügung gestellt werden und daß in den Monaten Dezember und Jänner der größte Mangel auftritt.</p>

6.3 Spezifisches Ziel: Bewertung der Qualität der medizinischen Versorgung auf den drei Versorgungsebenen.

MASSNAHMEN	ERGEBNISSE
1. Es wurden die Mechanismen der Aufsicht über das ärztliche Personal auf den drei Versorgungsebenen überprüft.	Es besteht eine direkte Aufsicht durch die Leitung der jeweiligen medizinischen Einrichtung, was durch die entsprechenden Unterlagen belegt wurde.
2. Der Standard der Patientenbetreuung durch den Arzt wurde nur in der Einrichtung für Allgemeinmedizin untersucht, da es in den Krankenhäusern aufgrund der Leistungen, die sie erbringen, nicht möglich ist, einen Standard zu definieren.	Das Ziel der Patientenbetreuung wurde erreicht, da das Fernbleiben vom Dienst bei den Ärzten gering war und bei der Frühschicht nur 4% betrug.
3. Weiters wurde der Standard der Patientenbetreuung durch die Krankenschwestern je Stockwerk der Spitalseinheiten und pro Arbeitsschicht untersucht.	<p>Im Allgemeinen Krankenhaus der Region wurde eine Verschlechterung der Qualität der Betreuung der stationär behandelten Patienten um 21,4% aufgrund des Fernbleibens der Krankenschwestern von der Arbeit festgestellt.</p> <p>Im Falle der Spezialklinik wurde eine Verschlechterung der Qualität der Betreuung der stationär behandelten Patienten um 29,3% aufgrund des Fernbleibens der Krankenschwestern von der Arbeit festgestellt.</p>
4. Zur Bewertung der Qualität der medizinischen Versorgung wurden 300 Anspruchsberechtigte befragt.	87,7% der Anspruchsberechtigten waren der Meinung, von den Ärzten klar über ihre Krankheit informiert worden zu sein; 90,3% meinten, daß sie deutlich über die erforderliche Behandlung und Betreuung aufgeklärt wurden; 94,3% waren der Ansicht, vom Arzt taktvoll behandelt worden zu sein. Diese Ergebnisse entsprechen den Verbesserungsrichtlinien für eine umfassende medizinische Betreuung (Lineamientos de Mejora para la Atención Médica Integral), die für die medizinische Versorgung erstellt wurden.

	33,7% gaben an, daß sie von den Arzthelferinnen oder Ordinationshilfen nicht ausreichend informiert und entsprechend behandelt wurden, was den Richtlinien der Sozialversicherungsanstalt zuwiderläuft.
--	---

6.4 Spezifisches Ziel: Überprüfung der Erstellung der Krankengeschichten in Übereinstimmung mit der offiziellen mexikanischen Norm (Norma Oficial Mexicana) und der Norm der Sozialversicherungsanstalt (Norma Institucional), die im Verfahrenshandbuch betreffend Informatik in der Medizin und Krankenhausarchive (Manual de Procedimientos de las Áreas de Informática Médica y Archivos Clínicos) festgelegt ist.

MASSNAHMEN	ERGEBNISSE
1. Anhand der vom IMSS erstellten Vorschriften für die Erstellung der Krankengeschichte wurden Formulare ausgearbeitet; es wurden 338 Krankengeschichten anhand dieser Formulare überprüft.	In den drei medizinischen Einrichtungen lag im Durchschnitt folgendes Ergebnis vor: 98,2% enthalten die Patientenmappe (persönliche Daten des Patienten); 23,8% enthalten keine entsprechend aufbereitete Krankengeschichte; und 95,7% enthalten die Anmerkungen des Arztes und die verordneten Medikamente.
2. Es wurden 105 Ärzte der drei Versorgungsebenen befragt, um festzustellen, ob sie über die für die Erstellung der Krankengeschichte notwendigen Unterlagen verfügen.	60.3% gaben an, nicht über ausreichende Unterlagen zu verfügen, was in den Krankengeschichten festgehalten wurde.

7. Schlußfolgerung

Auf Grundlage der Informationen, die nach Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorliegen werden, wird der Rechnungshof in der Lage sein, die Effizienz, die Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beurteilen, mit der das IMSS 1998 seine Aufgaben beim Ankauf und der Beschaffung von Medikamenten und Heilbehelfen erfüllt hat. Gleichzeitig wird die Qualität der medizinischen Versorgung in den ausgewählten Bundesstaaten der Republik bewertet.

Ausgehend von den Prüfergebnissen werden die entsprechenden Empfehlungen formuliert werden, um sicherzustellen, daß diese bedeutende Institution ihre Tätigkeit optimieren kann mit dem Ziel, dem mexikanischen Volk bestmöglich zu dienen.

5. Frankreich:
**Die Prüfung des öffentlichen Gesundheitswesens durch Oberste
Rechnungskontrollbehörden**

1. Einleitung - Versuch einer Begriffsbestimmung

Was versteht man überhaupt unter „Gesundheitspolitik“? Zunächst einmal die Tatsache, dass der Staat neben seinen sonstigen Aufgaben auch für die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zuständig ist. Man könnte sagen, Gesundheitspolitik besteht darin, Prioritäten dafür festzulegen, wie die finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen im Kampf gegen Krankheiten und gegen die größten Gesundheitsgefahren eingesetzt werden sollen und diese Prioritäten umzusetzen; es gilt den Bedarf der Bevölkerung im Bereich der medizinischen Versorgung möglichst exakt zu ermitteln und durch ein entsprechendes Angebot an präventiven und kurativen Leistungen möglichst adäquat abzudecken. Welches die Inhalte einer solchen „Politik“ sind und wie sie konkret umgesetzt werden, hängt von zahlreichen Faktoren ab: vom generellen Entwicklungsstand, von der Kompetenzverteilung zwischen einzelnen Verantwortungsträgern bzw. zwischen privaten und öffentlichen Stellen, von der Organisationsstruktur der Verwaltung (insbesondere vom Grad der Dezentralisierung). Gesundheitspolitik ist stets die Summe einer Vielzahl von Einzelmaßnahmen, die mehr oder weniger gut aufeinander abgestimmt sind.

Für die Prüfung in diesem Bereich können theoretisch drei unterschiedliche Herangehensweisen gewählt werden, die in der Praxis stets Hand in Hand gehen .

a) Prüfung ausgehend von gesundheitspolitischen Programmen

Kontrolliert werden können hier nur jene Bereiche, für die es ein konkretes politisches Programm gibt, zu dessen Finanzierung eigene Mittel bereitgestellt werden:

- Bekämpfung der größten Gesundheitsgefahren,
- Krankheiten, für die es spezifische Programme gibt,
- die Steuerungsmechanismen, die das Verhältnis zwischen Akteuren und Entscheidungsträgern, insbesondere in Finanzierungsbelangen, bestimmen,
- die Gebarung im staatlichen Bereich des Gesundheitswesens.

- b) *Prüfung ausgehend von jenen Akteuren und Institutionen, die als Rechtsträger bzw. als Betreiber der Einrichtungen des Gesundheitswesens fungieren*

Zu diesen Akteuren gehören zahlreiche öffentlich-rechtliche Körperschaften von der Weltgesundheitsorganisation WHO über die Nationalstaaten bis zu den Gemeinden.

- c) *Einrichtungen, welche mit der Forschung und der Produktion von Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitswesen befasst sind: Pharmalaboratorien, Krankenanstalten, Krankenkassen, usw.*

Für jeden dieser Bereiche gibt es nun wiederum eigene Stellen, die mit der externen Kontrolle betraut ist. In erster Linie sind hier jene zu nennen, die für die Beurteilung der Qualität und der Angemessenheit der medizinischen Versorgung zuständig sind: die Prüfung der Sicherheit von medizinischen Eingriffen und Heilbehandlungen, die Kontrolle ärztlichen Handelns durch die Krankenkassen. Diese Art der Kontrolle ist jedoch für die hier anwesenden Vertreter der Obersten Rechnungskontrollbehörden primär nicht relevant.

Was nun die Prüfung durch Oberste Rechnungskontrollbehörden betrifft, so erweist sich die Herangehensweise ausgehend von den Trägerinstitutionen und Akteuren deshalb als am zielführendsten, weil es bedeutend einfacher – und auch leichter nachvollziehbar – ist, das Angebot im Bereich der medizinischen Versorgung und die Finanzierungsmechanismen zu durchleuchten als zu beurteilen, ob ein „Bedarf“ tatsächlich besteht und wie gesundheitspolitische Programme zu bewerten sind, deren Umfang und Inhalt in der Regel keineswegs klar umrissen sind: Denn abgesehen davon, dass es nicht immer ganz einfach ist, festzustellen, was überhaupt Gegenstand der Prüfung zu sein hat, sind in jede Maßnahme, die einigermaßen ins Gewicht fällt, meist mehrere Entscheidungsträger involviert, die häufig nicht ein- und demselben externen Kontrollorgan unterliegen.

Und schließlich sei noch angemerkt – und auch das versteht sich eigentlich von selbst - dass unser Thema natürlich umso weiter gesteckt ist, je höher jener Anteil an den Kosten für die Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung ist, der aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert wird. Auf Frankreich bezogen bedeutet dies für 1998, dass 75,5 % der laufenden Ausgaben für medizinische Güter und Dienstleistungen aus Mitteln der Sozialversicherung und 11,3 % von den Privathaushalten gedeckt worden sind; der verbleibende Restbetrag ging zu Lasten von privaten Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit, Vorsorgeeinrichtungen und Versicherungsgesellschaften. Da die Einnahmen der Sozialversicherung ausschließlich aus Steuern und steuerähnlichen Abgaben finanziert werden, stellt das Gesundheitswesen einen umfangreichen Bereich für die staatliche Finanzkontrolle dar.

2. Institutioneller Rahmen und Reformen

Sowohl der institutionelle Rahmen als auch die Finanzierungsmechanismen im Gesundheitswesen waren in jüngster Zeit tiefgreifenden Veränderungen unterworfen, die auch für die Durchführung externer Kontrollen ganz neue Rahmenbedingungen geschaffen haben.

2.1 Der institutionelle Rahmen

Zuständig für Gesundheitspolitik und für sämtliche Belange der sozialen Sicherheit ist in erster Linie der Staat.

- Es gibt 4 zentrale Verwaltungsbehörden, die dem Gesundheitsministerium unterstellt sind¹
 - die Behörde für Gesundheit
 - die Behörde für das Krankenanstaltenwesen
 - die Behörde für Soziale Sicherheit
 - die Behörde für Forschung, Evaluierungsstudien und Statistik

- sowie deren Aussenstellen, u.a.
 - die Regionalbehörden für Gesundheit und Sozialpolitik
 - die Regionalen Ämter für das Krankenanstaltenwesen, die die Aufsicht über die Krankenanstalten haben

Die medizinische Versorgung wird sichergestellt durch den Bereich der Krankenanstalten (die zu 80 % öffentlich-rechtliche Anstalten sind) einerseits und die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte, die konservativ tätig sind, andererseits, wobei der Zugang zu sämtlichen Versorgungseinrichtungen praktisch unbeschränkt gewährleistet ist.

Die Kosten für die medizinische Versorgung werden von der Krankenversicherung übernommen: Kosten für Arztbesuche bei frei praktizierenden Ärzten werden in der Höhe eines im Rahmen der Konvention festgelegten Pauschaltarifes rückvergütet. Für den Patienten fällt, außer bei einer Reihe von schwerwiegenden Erkrankungen, die behördlich festgelegt sind, ein Selbstbehalt an.

Die Krankenkassen überweisen den Krankenanstalten ein Budget, mit dem diese 95 % ihrer Ausgaben decken können.

Die Krankenkassen werden von variabel zusammengesetzten Institutionen geführt, in deren Gremien Arbeitnehmer und Arbeitgeber paritätisch vertreten sind. Neben der

¹ Gegenwärtig sind im Ministerium für Beschäftigung und Solidarität 4 traditionelle Ressorts – sowohl Arbeit und Beschäftigung als auch Gesundheit und Solidarität - zusammengefaßt.

allgemeinen Krankenversicherung gibt es Sonderkassen für die Bediensteten der gemeinwirtschaftlichen und der öffentlichen Unternehmen.

2.2 Angesichts chronischer Defizite und infolge einer Reihe schwerwiegender Zwischenfälle im Gesundheitsbereich zu Beginn der 90er Jahre wurden eine Reihe von Neuerungen durchgeführt

2.2.1 Die für das öffentliche Gesundheitswesen zuständigen Institutionen wurden gestärkt und diversifiziert. Es wurden gleich mehrere Sonderbehörden ins Leben gerufen:

- die Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ANAES (Amt für Akkreditierung und Evaluierung im Gesundheitswesen), die in erster Linie mit der Akkreditierung der Krankenanstalten betraut ist
- die Agence française de Sécurité Sanitaire des produits de santé (frz. Amt für Sicherheit auf dem Heilmittelsektor), das in erster Linie über die Zulassung von Medikamenten zu entscheiden hat
- die Agence française du Sang (frz. Amt für Blut und Blutderivate)
- das Etablissement français des Greffes (frz. Behörde für Organspenden)
- das Institut de Veille Sanitaire (Institut für Monitoring im Gesundheitswesen)
- das Office de protection contre les rayonnements ionisants (Amt für Strahlenschutz)

Diese Stellen unterliegen allesamt der Aufsicht des Gesundheitsministeriums.

2.2.2 Neue Steuerungsinstrumente auf gesetzlicher Basis wurden geschaffen

Seit 1996 wird vom Parlament jedes Jahr ein Gesetz zur Finanzierung der Sozialen Sicherheit verabschiedet, welches für jeden der vier großen Bereiche

- Krankenversicherung
- Alters- und Hinterbliebenenrente
- Arbeitsunfälle
- Familie

die Haushaltsmittel festschreibt und die Ausgabenziele fixiert.

Das Gesetz schreibt innerhalb des Gesamtausgabenvolumens für die Krankenversicherung das nationale Ausgabenziel für die Krankenversicherung fest, welches von der Regierung wiederum vier „Töpfen“ zugeordnet wird, die jeweils „gedeckelt“ sind und die Ausgabenobergrenzen für die Bereiche ambulante Versorgung, Krankenanstalten, sozialmedizinische Einrichtungen und Privatkliniken fixieren.

Ziele für 1999:	- Ambulante Versorgung	267,5
(in Milliarden Francs)	- Krankenanstalten	249,0
	- Sozialmedizinische Einrichtungen	44,0
	- Privatkliniken	38,0

Der den Krankenanstalten (Spitälern) zugeordnete „Topf“ wird regional aufgeteilt. Innerhalb der einzelnen Regionen wird wiederum jeder einzelnen Krankenanstalt von der staatlichen Agence régionale d’hospitalisation AHR (Regionale Behörde für das Krankenanstaltenwesen) ein bestimmtes Budget zugeteilt.

3. Externe Kontrolle

Die externe Kontrolle wird durch den Rechnungshof und die regionalen Rechnungskammern ausgeübt. Hier wurde das bisherige Instrumentarium kürzlich insofern erweitert, als der Rechnungshof nunmehr dazu verpflichtet ist, dem Parlament einmal jährlich einen Bericht darüber vorzulegen, wie das Gesetz zur Finanzierung der Sozialen Sicherheit umgesetzt wurde.

3.1 Traditionelle Kontrolle

Der Rechnungshof prüft nachgängig die Mittel, die vom Staat zur Finanzierung der Gesundheitspolitik bereitgestellt wurden. Diese Haushaltsansätze belaufen sich im konkreten Fall lediglich auf etwa 6 Milliarden Francs. Sie werden im Rahmen der jährlichen Kontrolle der Durchführung des Haushaltsgesetzes (Budgets) geprüft.

Darüber hinaus prüft der Rechnungshof die öffentlich-rechtlichen Anstalten des Staates (die vorgenannten Behörden), die entsprechenden Dachverbände der Sozialversicherungsträger, d.h. im konkreten Fall die staatliche Krankenversicherungsanstalt der unselbständig Erwerbstätigen, sowie die Regionalbehörden für den Krankenanstaltenbereich.

Außerdem koordiniert er sämtliche externen Nachkontrollen der regionalen und lokalen Krankenkassen¹. Diese Kontrollen werden von Prüfer-Teams durchgeführt, die den

¹ Es gibt etwas mehr als 1000 Kranken-, Pensions- und Familienbeihilfenkassen, in deren Kassen die Sozialversicherungsbeiträge fließen.

auswärtigen Dienststellen des Finanz-, des Sozial- und des Landwirtschaftsministeriums angehören und auf regionaler Ebene innerhalb der regionalen Ausschüsse für die Finanzkontrolle der Sozialversicherungsträger, der sogenannten COREC, zusammengestellt werden.

Geprüft werden die Rechnungsabschlüsse und die Gebarung sämtlicher vorgenannter Institutionen. Geprüft wird in regelmäßigen Abständen (etwa alle 4 bis 5 Jahre), fallweise auch in Form von Querschnittsprüfungen zu spezifischen Themen.

Auch die Krankenanstalten werden alle 4 bis 5 Jahre von den regionalen Rechnungskammern geprüft.

Zu Themen von beiderseitigem Interesse, wie beispielsweise die Politik im Bereich der Psychiatrie, der öffentliche Dienst im Anstaltsbereich, die Gebarung der Spitäler, führen der Rechnungshof und die regionalen Rechnungskammern auch gemeinsame Prüfungen durch.

Abgeschlossen werden diese Prüfungen mit

- einer Beurteilung der Rechnungsabschlüsse und damit verbundenen Be- oder Entlastung der Rechnungsführer, sowie
- Bemerkungen zur Gebarung, die sowohl der geprüften Stelle selbst als auch der jeweiligen Aufsichtsbehörde (Präfektur bzw. Ministerium) zugeleitet werden.

3.2 Berichterstattung

Neben dieser traditionellen Prüfungstätigkeit erstellt der Rechnungshof neuerdings auch einen Bericht über die Umsetzung des Gesetzes zur Finanzierung der Sozialen Sicherheit im vorangegangenen Jahr (im September 99 über das Ende 97 für das Jahr 98 verabschiedete Gesetz). Dieser Bericht muss dem Parlament vorgelegt werden, noch bevor dieses über das Gesetz für das Folgejahr berät.

Der Bericht hat primär folgende Kernaussagen zu treffen:

- eine Analyse der Art und Weise, wie das Gesetz umgesetzt wurde,
- eine Analyse der Rechnungsabschlüsse sämtlicher Sozialversicherungsträger,
- einen Überblick über den Inhalt der Berichte und der Bemerkungen, welche von den mit der Prüfung der lokalen Institutionen betrauten Ausschüssen vorgelegt wurden.

Darüber hinaus zielt der Bericht jedoch auch darauf ab, dem Parlament Informationen und Analysen als Anregung für die Debatten zum Thema „Soziale Sicherheit“ zu liefern und an

die Verwaltungsbehörden und die Sozialversicherungsträger gerichtete Empfehlungen zu formulieren.

Aus diesem Grunde behandelt der Bericht zusätzlich zu den oben angesprochenen Kernaussagen jedes Jahr ein anderes großes Thema, das im Detail abgehandelt wird, sowie verschiedene, gezielt ausgewählte, ausgabenseitig unmittelbar relevante Fragen. Hauptthema für 1998 und 1999 war beispielsweise die Frage, wie man die hohen Kosten für Krankheit, einschließlich der Medikamentenkosten, in den Griff bekommen könnte, für 2000 wurde die Notwendigkeit einer besseren Abstimmung zwischen Gesundheitspolitik und Krankenversicherung am Beispiel Krebs als Thema gewählt.

Bei der Erstellung dieses Berichtes geht der Rechnungshof gemäß seiner üblichen Arbeitsweise vor: Einschau an Ort und Stelle, Analyse der Berichte im Kollegium, Übermittlung der Feststellungen und Empfehlungen an die geprüfte Stelle zur Stellungnahme und anschließende Vorlage des Berichtes im Parlament.

Damit er seine neue Aufgabe unter optimalen Bedingungen erfüllen kann, wurde der Rechnungshof umorganisiert: eine seiner sieben Kammern ist nunmehr ausschließlich mit der Prüfung der Gesundheitspolitik und der Sozialen Sicherheit befaßt. Diese Kammer verfügt über einen Mitarbeiterstab, der 40 Ganztagskräften entspricht, von denen die Hälfte allein mit der Vorbereitung des Jahresberichtes befaßt ist. Nach seiner Vorlage beim Parlament wird der Bericht vor den Sonderausschüssen beider Kammern des Parlamentes mehrmals verlesen und eingehend disskutiert. Die Untersuchungen, deren Ergebnisse im Bericht präsentiert werden, wurden ja zum Teil von diesen Ausschüssen gefordert.

4. Abschließende Bemerkungen

Das gegenwärtige Instrumentarium ist für eine echte Beurteilung teilweise noch zu neu. Nichtsdestotrotz haben sich im Zuge der Prüfungen bereits einige Probleme sowohl sachlicher als auch organisatorischer Natur herauskristallisiert.

4.1 Probleme sachlicher Natur

Den klassischen Problemen im Zusammenhang mit der Haushalts- und Wirtschaftsführung kommt eher untergeordnete Bedeutung zu, während das Hauptproblem in der Schwierigkeit liegt, das Risiko zu managen, d.h. tatsächlich in der Lage zu sein, den Kostenanstieg wirksam bremsen zu können. Dass in jüngster Zeit eine Entspannung der Lage eingetreten ist, ist nämlich vielmehr auf das Einsetzen eines deutlichen Konjunkturaufschwunges zurückzuführen und nicht etwa darauf, dass Maßnahmen zur Eindämmung der Kostenexplosion gegriffen hätten.

Die Kosten im Gesundheitswesen sind umso schwieriger in den Griff zu bekommen, je komplexer die Strukturen der medizinischen Versorgung und der Finanzierung der damit verbundenen Ausgaben (die wie bereits erwähnt zu mehr als $\frac{1}{2}$ aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert werden) aufgebaut sind. Was auf der einen Seite ausgegeben wird, wird auf der anderen Seite wieder eingenommen. Die Anliegen der Anstaltsmediziner sind grundverschieden von jenen der niedergelassenen Ärzte, und die sehr uneinheitliche Vertretung durch unterschiedlichste Standesvertretungen macht das Ausverhandeln von Vereinbarungen nicht eben leichter.

Weiters gibt es keine „explizite“ vernünftige Abstimmung zwischen gesundheitspolitischen Programmen, insbesondere im Vorsorgebereich, und den entsprechenden Regelungen für die Kostenübernahme. Das System der medizinischen Versorgung hat sich unkoordiniert auf der Grundlage dezentral getroffener Entscheidungen entwickelt.

4.2 Probleme organisatorischer Natur

Mit dem Gesetz zur Finanzierung der Sozialen Sicherheit ist in wichtigen Belangen, die der Staat für seine Bürger regelt, absolute Transparenz gewährleistet, was dem Staat seine Aufgabe nicht unbedingt erleichtert. Es existieren jetzt nämlich parallel zueinander zwei verschiedene „Haushaltsgesetze“, die zwar völlig verschiedenartig, in vielerlei Hinsicht jedoch miteinander verquickt sind: so ist das Gesamtbudget des Staates niedriger als die Mittel, die insgesamt für das Budget zur Finanzierung der Sozialen Sicherheit zur Verfügung stehen (1.660 bzw. 1.852 Milliarden im Jahre 1999).

Das neue Gesetz hat aufgezeigt, wo die Schwachstellen bei den Informations- und Analyseprozessen liegen: wir brauchen einheitliche Rechnungsabschlüsse, die rasch verfügbar sind; Verzeichnisse, in denen sämtliche Vorgänge lückenlos erfasst werden; umfangreiche Datenbanken. Es wird nur dann möglich sein, die Kosten einzudämmen und dabei den Akteuren möglichst großen individuellen Freiraum zu lassen, wenn Studien über Morbidität und Lebensstil massiv vorangetrieben werden.

Der Wirksamkeit der Prüfung von Krankenanstalten sind auch deshalb Grenzen gesetzt, weil es für die Beurteilung medizinischer Tätigkeiten keine von allen Seiten anerkannten Maßstäbe, Normen und Bewertungsinstrumente gibt. Jede Anstalt ist rein rechtlich gesehen völlig autonom. Vorsitzender des Verwaltungsrates ist jeweils der Bürgermeister der betreffenden Gemeinde.

Eine ORKB mit einem allgemeinen Prüfungsauftrag stößt hier sehr rasch an ihre Grenzen: sie kann zwar die Ordnungsmäßigkeit von Transaktionen und Handlungen überprüfen und versuchen, Unregelmäßigkeiten und Mängel aufzuzeigen, durch die überflüssige Mehrkosten verursacht werden. Sie kann jedoch nicht überprüfen, ob das Angebot an medizinischen Leistungen angemessen ist und ob einzelne Entscheidungen, die Ärzte oder

Patienten treffen, gerechtfertigt sind oder nicht. Und sie kann Steuerungsmechanismen, deren Inhalte – unter politischer Kontrolle - von Vertretern der medizinischen Berufe und von Experten festgelegt und umgesetzt werden, keinesfalls ersetzen. Denn letztlich geht es einzig und allein darum, zu erreichen, dass jeder einzelne der Akteure wirtschaftliche Überlegungen in sein Handeln mit einbezieht.

6. Europäischer Rechnungshof: Aspekte des Gesundheitswesens als Prüfungsobjekt des Europäischen Rechnungshofes

1. EU-Maßnahmen im Gesundheitswesen

1.1 Politikbereiche mit Bezug zur Gesundheit.

Die Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft sehen in Art. 152 explizit das "Gesundheitswesen" als Politikbereiche vor. Die Schwerpunkte liegen dabei auf der Ergänzung der Politiken der Mitgliedstaaten, Verbesserung der Gesundheit, Verhütung und Ursachenerkämpfungen von Humankrankheiten und die Bekämpfung von weitverbreiteten schweren Krankheiten.

Die Finanzmittel der EU sind deshalb auf diese politischen Prioritäten auszurichten.

Gegenwärtig lassen sich - aus organisatorischer Sicht- folgende Bereiche herauskristallisieren, in denen *das* Gesundheitswesen Gegenstand politischer, juristischer und finanzieller Aktivitäten darstellt:

- Gesundheits- und Verbraucherschutz
- Beschäftigung und Soziales
- Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
- Forschung und Entwicklung.

(Siehe dazu <http://europa.eu.int/comm/health>)

1.2 EU-Forschungs- und Entwicklungspolitik

Der größte EU-Einzelposten im Bereich Medizin und Gesundheit betrifft das 5. Rahmenprogramm zur Forschung- und Entwicklung, in dem ein Schwerpunkt (key action) den Bereich "Lebensqualität und Management lebender Ressourcen" betrifft (siehe dazu: <http://europa.eu.int/comm/research/fp5>).

2. Medizinische Forschungsvorhaben

2.1 Schwerpunkte im Forschungsrahmenprogramm

Das 5. Forschungsrahmenprogramm (FRP) hat für die Laufzeit 1999-2002 Finanzmitteln in der Höhe von 14.158 m ecus vorgesehen.

Die Mittelverwaltung erfolgt durch die Generaldirektion "Forschung" in der Europäischen Kommission was die indirekten Forschungsvorhaben anbelangt und in der Generaldirektion "Gemeinschaftliche Forschungsstelle - GFS" was die direkte Forschung betrifft. Die finanzielle Beteiligung der Europäischen Union erfolgt in Form einer Ko-Finanzierung teilweise komplexer Forschungs- und Demonstrationsvorhaben, die von der Grundlagenforschung bis zur angewandten Forschung reichen. Die Auswahl der Forschungsvorhaben durchläuft einen mehrstufigen Selektionsprozeß in dem sowohl wissenschaftliche als auch finanzielle Aspekte als Kriterium herangezogen werden. Die direkte Auszahlung an die Projektträger vollzieht sich im wesentlichen in drei Etappen: einen Vorschuß bei Vertragsabschluß, Zwischenzahlung in Form von Erstattungen und einer Abschlußzahlung nach Abnahme der Forschungsergebnisse. Projekte werden i.d.R. von einem Projektkonsortium durchgeführt, in dem mindestens 2 EU-Mitgliedstaaten vertreten sein müssen.

2.2 Prüfungsansatz des ERH bei Forschungsvorhaben

Basierend auf den allgemeinen Prüfungszielen des Hofes, wie sie in den Verträgen und der Haushaltsordnung definiert sind, und unter Anwendung des Prüfungshandbuches erfolgt die Prüfung in bestimmten Etappen. Nach einer thematischen Eingrenzung wird eine Vorstudie und anschließend das Prüfungskonzept ("APM") erstellt.

Einer Phase intensiver Aktenprüfung folgen die Vor-Ort-Kontrollen, die Berichterstellung und Verbreitung der Ergebnisse.

2.2.1 Thematische Eingrenzung

Zeitlich, personell und finanziell begrenzte Ressourcen zwingen zu einer wohldefinierten Eingrenzung des Prüfungsbereiches. Eine Vorstudie dient diesem Zweck. Dieser Studie folgt ein detaillierter Prüfungsplan ("APM"), der die Prüfungsziele sowie den zeitlichen- und organisationellen Ablauf festlegt.

2.2.2 Etappen der Prüfungshandlungen

Die eigentlichen Prüfungshandlungen konzentrieren sich danach auf die Aktenprüfung in den Dienststellen der Kommission in Brüssel und an den Orten der Zuwendungsempfänger in ganz Europa und darüberhinaus. Während der verschiedenen Prüfungsphasen sichert ein mehrstufiges Berichtswesen: "Flash mission report" - Prüfungsbericht - Sektorbrief - die systematische Erfassung und Auswertung der Kontrollergebnisse. In der "output"-Phase werden diese zu dem zu veröffentlichenden Bericht verdichtet (Jahresbericht, Sonderbericht) und in das Entlastungsverfahren der Europäischen Haushaltsbehörden eingebracht.

2.2.3 Adressaten der Prüfungsergebnisse und follow-up

Die Prüfungserkenntnisse sind in erster Linie an das Europäische Parlament und den Rat gerichtet. Sie werden jedoch im Amtsblatt veröffentlicht und sind somit der breiten Öffentlichkeit zugänglich. Wichtige potentielle Informationsnutzer sind naturgemäß die nationalen Verwaltungen, Forschungseinrichtungen und die Industrie, aber auch die nationalen Rechnungsprüfungsorgane, die ähnliche Prüfungsobjekte auf ihrer Ebene kontrollieren.

3. Übersicht über Kontrollen im Bereich Medizin und Gesundheit

Der ERH hat selbst bisher noch keine Schwerpunktprüfung im Gesundheitswesen durchgeführt. Allerdings kontrolliert er jährlich die Verwaltungsmittel der speziell auf Gesundheitsthemen ausgerichteten Satelliten-Einrichtungen. Dem Hof liegen allerdings aus dem Zeitraum 1992-1999 42 Berichte der internen Kontrolle der Kommission bezüglich einzelner Forschungsvorhaben aus diesem Bereich vor.

4. Bedeutung von Kosten-Nutzen Analysen

Generell wird bei den Prüfungen von Vorhaben, für die die EU finanzielle Zuwendungen zur Beschaffung von (Groß-) Geräten oder für Infrastrukturinvestitionen einschließlich Bauvorhaben gewährt, die Evaluierung der Kosten-Nutzen-Relationen einen wichtigen Teil der Prüfung ausmachen. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind ferner die Effekte und Zielerreichung der Vorhaben zu evaluieren.

5. Abgrenzung zur traditionellen Prüfung im Gesundheitswesen

Die EU finanziert keine Personal - und Verwaltungskosten des öffentlichen Gesundheitswesens, sodaß dieser traditionelle Teil der operativen öffentlichen Ausgaben auch nicht Gegenstand der Prüfungen durch den ERH ist.

V. BERICHTE DER ARBEITSGRUPPEN

1. Bericht der Arbeitsgruppe 1 (englischsprachige Arbeitsgruppe)

1. Einleitung

Die Vertreter der ORKB der anglophonen Länder befassten sich einige Tage lang mit Fragen von gemeinsamem Interesse im Zusammenhang mit der Prüfung von Gesundheitsprogrammen in den einzelnen Ländern. Die Diskussion konzentrierte sich dabei in erster Linie auf grundlegende Probleme wie z. B. auf die Frage, wie Prüfungsgegenstände ausgewählt, vernünftige Kriterien und Methoden für die Durchführung von Prüfungen entwickelt und wie Prüfungsempfehlungen optimal präsentiert werden können. Ausgehend von den spezifischen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Prüfung von Gesundheitsprogrammen zeigte sich bald, dass der Prüfer hier sehr oft vor genau denselben Grundproblemen steht wie bei Prüfungen in anderen Bereichen. Somit kommt in zahlreichen der in diesem Bericht angeführten Überlegungen unser generelles Bestreben zum Ausdruck, auf sinnvolle, nützliche und zeitnahe Art zu prüfen.

Im vorliegenden Beitrag werden die Ergebnisse unserer Diskussionen zusammengefasst. Darüber hinaus wurde eine Reihe von weiteren Beiträgen ausgearbeitet, die näher auf die einzelnen Teilaspekte eingehen.

2. Auf Seiten der ORKB erforderliches Know-how

Es wurde übereinstimmend festgestellt, dass Experten bei der Prüfung spezieller Gegenstände aus dem Gesundheitsbereich zwar eine wichtige Rolle spielen, es jedoch schwierig und teuer ist, solche Experten als ständige Mitarbeiter einer ORKB zu beschäftigen. Als wesentlich günstiger wurde es erachtet, einen Mitarbeiterstab aus Prüfern mit fundiertem Grundwissen im Bereich der Finanzkontrolle aufzubauen und diesen bei Bedarf durch externe Fachleute als Berater zu verstärken.

Abgesehen von medizinischen Fachkräften kommen Statistiker und EDV-Spezialisten als Fachleute, die zur Prüfung des Gesundheitswesens einen wertvollen Beitrag leisten könnten, in Frage. Diese sind zwar ebenso wie medizinische Berater mit hohen Kosten verbunden, welche jedoch angesichts der relativ großen Bandbreite und möglichen Brisanz

der Materie sehr wohl gerechtfertigt erscheinen. Bei Medizinern ist zu beachten, dass diese nach den bisherigen Erfahrungen der ORKB mit Kritik an Standeskollegen in der Regel äußerst zurückhaltend sind, sodass nach Möglichkeit entweder Mediziner beigezogen werden sollten, die nicht mehr aktiv sind oder solche, die ein besonderes Interesse daran haben, dass wirklich objektiv geprüft wird. Auch in Bezug auf interne Schulungsprogramme sowohl für grundlegendes Wissen als auch für Spezialgebiete der Rechnungsprüfung wurde darauf hingewiesen, dass solche Programme zwar extrem wichtig, aber auch sehr teuer sind.

3. Auswahl von Prüfungsgegenständen

Zahlreiche ORKB sind durch ihr gesetzliches Mandat dazu verpflichtet, bestimmte Arten von Prüfungen laufend durchzuführen. Viele andere wiederum halten es für vordringlich, in Bereichen, die besonders anfällig für Misswirtschaft oder gar Betrug sind, aktiv zu werden. Da für diese Aktivitäten eventuell umfangreiche Ressourcen aufgewendet werden müssen, muss sehr gut überlegt werden, welche zusätzlichen Gegenstände für eine Prüfung oder Evaluierung in Frage kommen.

Zum Thema Risikoerhebung kam man nach langer, eingehender Debatte zu dem Schluss, dass diese eine legitime Entscheidungsgrundlage für die Auswahl möglicher zusätzlicher Prüfungsgegenstände darstellt. Bei einer seriösen Erhebung spielen zahlreiche Faktoren eine Rolle, von denen letztlich die wichtigsten berücksichtigt und entsprechend gewichtet werden müssen, um ein optimales Resultat zu erzielen. Wir kamen zu dem Schluss, dass die einzelnen Risikofaktoren leicht quantifizierbar sein müssen und ihre Gewichtung auch für Außenstehende nachvollziehbar sein muss. Risikoerhebungen sind zwar ein Instrument, mit dessen Hilfe wichtige Prüfungsgegenstände identifiziert werden können; das Gespür des Prüfers können sie jedoch nicht ersetzen. Ein Faktor, der beispielsweise berücksichtigt werden könnte, wäre die Tatsache, dass es sich um eine Materie handelt, die das ganze Land betrifft.

4. Verhältnis zwischen ORKB und geprüften Stellen

Nach eingehender Debatte gelangte die Arbeitsgruppe zu dem Schluss, dass die ORKB verpflichtet ist, bei der Durchführung von Prüfungen taktvoll und diplomatisch vorzugehen. Die größte Schwierigkeit besteht darin, den Respekt der geprüften Stelle zu erlangen, was man am ehesten erreicht, indem man glaubhaft vermittelt, dass die Prüfung professionell abläuft und zu Ergebnissen führen wird, die zu einer deutlichen Verbesserung des Programms beitragen werden. Wesentlicher schwieriger sieht die Sache aus, wenn durch die Prüfung Verfehlungen der Programmverantwortlichen oder ihrer Mitarbeiter aufgedeckt werden. Durch professionelles Agieren und ein gewisses Maß an Bescheiden-

heit kann jedoch sehr viel zur Schaffung eines Klimas beigetragen werden, das die erfolgreiche Durchführung der Prüfung möglich macht.

Die ORKB sollte sich bereits im Vorfeld Gedanken darüber machen, zu welchen Konflikten es unter den jeweiligen Prüfungsbedingungen eventuell kommen könnte, und sich darauf einstellen. So könnten beispielsweise die Programmverantwortlichen, sobald es um sehr technische Fragen geht, automatisch vom Englischen zu ihrer Landessprache übergehen. Dasselbe könnte passieren, wenn sie sich in die Enge getrieben fühlen oder wenn der Prüfer Sachverhalte anspricht, die umfangreiche Erklärungen erforderlich machen. Für solche Fälle sollte es im Prüfungsteam einen Mitarbeiter geben, der der Landessprache mächtig ist.

5. Der Nutzen von Wirksamkeitsprüfungen

Die Gruppe stellte fest, dass Wirksamkeitsprüfungen, bei denen aufgezeigt wird, wie groß der Nutzen eines Programms im Verhältnis zu seinen Kosten ist, ein außerordentlich nützliches Instrument für die ORKB darstellen. Solche Prüfungen könnten in vielen Fällen Hand in Hand mit Ordnungs- und Rechtmäßigkeitsprüfungen durchgeführt werden und würden den Nutznießern des Programms dessen Nutzen unter einem neuen Blickwinkel vor Augen führen. Selbst wenn im Zuge der Wirksamkeitsprüfung Mängel aufgedeckt werden, kann die ORKB gleichzeitig konstruktive Empfehlungen formulieren, wie das Programm abgeändert werden kann, um seinen Zweck besser zu erfüllen.

Es wurde uns mitgeteilt, dass es einigen ORKB nicht gestattet ist, derartige Prüfungen durchzuführen, während andere wiederum nicht über die dafür erforderlichen zusätzlichen personellen Ressourcen verfügen. Da diese Art von Prüfungen jedoch unbestritten einen großen Nutzen darstellen, wurde übereinstimmend festgehalten, dass alle ORKB nach einer Möglichkeit suchen sollten, zumindest ab und zu Wirksamkeitsprüfungen durchzuführen.

6. Die Festlegung von Prüfungskriterien

Die Arbeitsgruppe stimmte darin überein, dass die Festlegung von Kriterien für Ordnungs- und Rechtmäßigkeitsprüfungen problemlos möglich ist. Bei Ordnungsmäßigkeitsprüfungen ist nach allgemein anerkannten Prüfungsnormen und nach Prüfungsverfahren, die zum Großteil ebenfalls vorgegeben sind, vorzugehen. Bei Rechtmäßigkeitsprüfungen sollte die ORKB, wie übereinstimmend festgestellt wurde, zunächst die Gesetze und Vorschriften überprüfen, die für das jeweilige Programm gelten, und auf dieser Grundlage die Kriterien für das weitere Vorgehen festlegen. Wesentlich schwieriger ist es hingegen, Kriterien für

die Durchführung von Wirksamkeitsprüfungen festzusetzen, da es für diesen Bereich noch keine verbindlichen Normen gibt.

Bei der Auswahl der richtigen Kriterien für Wirksamkeitsprüfungen ist vom Prüfer Kreativität gefordert. Eine Möglichkeit bestünde beispielsweise darin, zum jeweiligen Prüfungsgegenstand vorliegende wissenschaftliche Forschungsarbeiten heranzuziehen, oder von einer Expertengruppe Vorschläge für geeignete Kriterien für die konkret anstehende Prüfung einzuholen. Eine andere Variante bestünde darin, zur Bewertung der Ergebnisse bestimmte Eckdaten heranzuziehen, wie z. B. die im vorangegangenen Jahr erzielte Leistung, oder die Leistung einer angrenzenden Provinz mit gleichen Voraussetzungen wie die geprüfte. Schließlich würden auch die Programmverantwortlichen davon profitieren, wenn für das zu prüfende Programm Kriterien zur Leistungsbewertung, also quantifizierbare Programmziele, die laufend evaluiert werden können, festgelegt würden. Normalerweise legt nicht der Prüfer, sondern der Programmverantwortliche selbst die Kriterien für die Leistungsbeurteilung fest; der Prüfer kann jedoch seinen Einfluss dahingehend geltend machen, dass Programmziele festgelegt werden, die beide Seiten für gut befinden. Eine Leistungsbeurteilung kann sich an Ergebnissen orientieren, wie z.B. der Senkung der Mortalitäts- bzw. Morbiditätsrate um einen bestimmten Prozentsatz. Sie kann aber auch gewisse Abläufe zur Bewertung heranziehen wie z.B. den Zugang zur medizinischen Versorgung an einem bestimmten Ort, oder Wartezeiten für bestimmte Behandlungen.

7. Die Auswahl von Prüfungsmethoden

Nachdem zahlreiche unterschiedliche Methoden eingehend erörtert worden waren, einigte sich die Gruppe auf vier besonders gängige Methoden, die bei vielen Prüfungen eine Rolle spielen: Befragung von Mitwirkenden am Programm, Sammeln von Prüfungsbelegen, statistische Auswertung, und Metaanalyse. Am gängigsten sind die beiden erstgenannten Methoden, die häufig parallel angewandt werden, um die Belege, die mit der einen Methode gesammelt wurden, durch die andere zu erhärten. Dazu wurde angemerkt, dass mündliche Befragungen allein (das Einholen von Aussagen als Prüfungsnachweis) kein sehr großes Gewicht haben und nach Möglichkeit stets durch andere Nachweise erhärtet werden sollten. Wen er befragt, und unter welchen Umständen er den Aussagen Glaubwürdigkeit beimisst, hat der Prüfer zu entscheiden. Zweifelt er die Verlässlichkeit der Aussagen an, so erhebt sich die Frage, ob nicht weitere Zeugen befragt oder weitere Belege geprüft werden sollten. Um hier die richtige Entscheidung zu treffen, sollte der Prüfer möglichst unvoreingenommen und flexibel an die Sache herangehen und unter Umständen auch bereit sein, vom ursprünglichen Prüfungsplan abzuweichen und zusätzliche oder andere Techniken für den Prüfungsnachweis einzusetzen.

Mit Hilfe statistischer Analysen können auch dann Schlussfolgerungen über komplexe Zusammenhänge gezogen werden, wenn Transaktionen oder Vorkommnisse nur stichprobenartig überprüft werden können. Auch Metaanalysen stellen ein wertvolles Instrument dar – ganz besonders in sehr spezifischen Fachbereichen, in denen dem Prüfer die notwendige Sachkenntnis fehlt. Metaanalysen liefern dem Prüfer die Grundlage, auf der er Hintergrundinformationen einholen kann, und erleichtern in vielen Fällen die Festlegung von Prüfungskriterien- und verfahren für die jeweilige Prüfung.

8. Die Präsentation von Prüfungsfeststellungen

Die Arbeitsgruppe stimmte darin überein, dass Prüfungsfeststellungen umso eher umgesetzt werden, je klarer sie formuliert und je überzeugender sie präsentiert werden. Darunter ist zu verstehen, dass nicht nur sämtliche Prüfungserkenntnisse, sondern und auch die zugrunde liegenden Informationen angeführt sein sollten, aufgrund derer der Prüfer zu seinen Schlussfolgerungen gelangt ist. Um den Programmverantwortlichen die Möglichkeit zu geben, die Dringlichkeit von Feststellungen richtig einzuordnen, sollten aufgezeigte Mängel stets im gesamten Kontext dargestellt werden. Anhand von Beispielen lässt sich der Standpunkt des Prüfers oftmals leichter veranschaulichen und auch die Dringlichkeit von Gegenmaßnahmen unterstreichen.

Entscheidend dafür, ob Prüfungsfeststellungen richtig interpretiert werden, ist jedoch die Art und Weise, wie sie präsentiert werden. Sie sollten kurz gesagt so formuliert sein, dass dem Leser die aus den Feststellungen resultierenden Empfehlungen und die zur Lösung der aufgezeigten Probleme erforderlichen Maßnahmen logisch erscheinen.

9. Sicherstellen, dass Empfehlungen umgesetzt werden

Auch wenn Empfehlungen auf noch so stichhaltigen Erkenntnissen beruhen, kommt es immer wieder vor, dass die Programmverantwortlichen nur wenig dazu geneigt sind, Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Und wenn es auch schwierig ist, Maßnahmen durchzusetzen, so kann man mit Hilfe bestimmter Techniken doch versuchen, die Wahrscheinlichkeit für ihre Umsetzung zu erhöhen. Eine Möglichkeit besteht darin, die Angelegenheit in einem amikalen Gespräch mit den Programmverantwortlichen zu klären und diese so weit zu bringen, dass sie von sich aus einsehen, dass etwas getan werden muss. Dies setzt jedoch in vielen Fällen voraus, dass der Prüfer seine Karten, einschließlich des Prüfungsnachweises, offen auf den Tisch legt. Wichtig ist weiters, dass Empfehlungen stets an die Personen gerichtet werden, die zur Lösung des jeweiligen Problems tatsächlich befugt sind. Sonst kann es vorkommen, dass wohl der Wille zur Verbesserung da ist, die Hände jedoch mangels an Befugnissen gebunden sind.

Empfehlungen werden umso eher befolgt, je konstruktiver und konkreter sie sind. Wirksame Empfehlungen lauten nicht: “Lösen Sie das Problem”, oder “Machen Sie es in Zukunft besser“, sondern zeigen konkrete Lösungsansätze auf, deren Umsetzung dem Programm zu größerem Erfolg verhelfen würde. Und nicht zuletzt sollte die ORKB ein System zur Verfolgung von früheren Prüfungsempfehlungen entwickeln, um sicherzugehen, dass diese tatsächlich umgesetzt wurden. Wird jedoch ein einzelner Mitarbeiter der ORKB alleine mit dieser Prüfungsverfolgung betraut, so besteht die Gefahr, dass diese auf offizieller Ebene der Behörde nicht mehr weiterverfolgt und überhaupt nie durchgeführt wird. Diese Gefahr besteht besonders dann, wenn der verantwortliche Mitarbeiter aus der ORKB ausscheidet oder einer anderen Abteilung zugeteilt und dort mit anderen Prüfungsaufgaben betraut wird.

10. Schlussfolgerung

Die anglophone Arbeitsgruppe hielt abschließend fest, dass eine relevante, zeitnahe und nützliche Prüfungstätigkeit den Prüfer vor zahlreiche Herausforderungen stellt. Dabei stehen im wesentlichen alle ORKB, wenn auch in mehr oder minder großem Ausmaß, vor den gleichen Problemen. Eine der Grundvoraussetzungen für jede erfolgreiche Prüfungstätigkeit sind effiziente, engagierte und gut ausgebildete Mitarbeiter. Hier hat dieses Seminar einen wertvollen Beitrag zur Schulung von Mitarbeitern geleistet, indem sowohl fachliches Know-how vermittelt als auch Einblick in die Art und Weise gewährt wurde, wie die einzelnen Schwesterbehörden an die spezifischen Probleme der Finanzkontrolle in ihren jeweiligen Ländern herangehen.

Das steigende Bewusstsein um die Wichtigkeit von Prüfungen des Gesundheitswesens in den meisten Ländern könnte in Zukunft größeres Fachwissen in komplexeren Prüfungsverfahren und medizinischen Belangen erforderlich machen. Bis jedoch Mittel und Wege gefunden werden, um die Prüfungsteams durch hoch spezialisierte, aber gleichzeitig sehr teure Fachkräfte zu verstärken, wäre unser Vorschlag, „auf Altbewährtes zurückzugreifen“. Da Gesundheitsprogramme im Prinzip nicht anders aufgebaut sind als andere Programme, können auch hier altbewährte Prüfungsmethoden, bei Bedarf gewürzt mit einem Schuss Kreativität, durchaus mit Erfolg angewandt werden.

**2. Bericht der Arbeitsgruppe 2
(französischsprachige Arbeitsgruppe)**

Evaluierung eines Gesundheitsprojektes durch die ORKB

1. Einleitung

Zunächst stellte die Arbeitsgruppe fest, dass die Evaluierung von staatlichen Gesundheitsprojekten für die ORKB eine Reihe von Schwierigkeiten mit sich bringt, die insbesondere dadurch bedingt sind, dass die ORKB mit dieser Art von Prüfungen völliges Neuland betreten. Bevor man sich dem eigentlichen Thema, der Evaluierung eines konkreten Gesundheitsprojektes, zuwandte, stellte die Gruppe eine Reihe von grundsätzlichen Überlegungen an.

2. Grundsätzliche Überlegungen

Bevor eine Projektevaluierung überhaupt ins Auge gefasst werden kann, ist es unerlässlich, sich Gewissheit über die Ordnungsmäßigkeit des zu evaluierenden Projektes zu verschaffen. Es wäre ein Fehler, mit der Evaluierung eines Projektes zu beginnen, dessen Ordnungsmäßigkeit nicht zweifelsfrei belegt ist. Die Ordnungsmäßigkeit sollte entweder von der ORKB selbst oder gegebenenfalls von einer dazu autorisierten Wirtschaftsprüfungskanzlei bescheinigt werden.

Falls ein externer Wirtschaftsprüfer mit dieser Prüfung beauftragt wird, muss der von diesem vorgelegte Bericht von der ORKB genau geprüft werden, wobei danach getrachtet werden sollte, dafür so wenig interne Ressourcen wie irgend möglich aufzuwenden.

3. Notwendige Etappen bei der Evaluierung der Qualität eines Gesundheitsprojektes

3.1 Festlegen einer Herangehensweise an die Prüfung

Um den Umfang für die Prüfung der Sparsamkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit eines derartigen Projektes abzustecken, sollte man sich bereits vor Beginn der Prüfung eine Methode zurechtlegen. Zunächst müssen für das jeweilige Projekt eine Reihe grundlegender Fragen abgeklärt werden müssen:

- Wurden Ziele festgelegt ?
- Wurden diese Ziele nach Prioritäten gereiht?
- Gibt es Indikatoren (für den Input oder die Ergebnisse)?
- Wurde eine Machbarkeitsstudie durchgeführt ?
- Wurde festgelegt, nach welchem Schema das Projekt umgesetzt werden soll?
- Gibt es einen Mechanismus zur Projektüberwachung?
- Wie lauten die wichtigsten Projektdaten?
- Wurden alle an dem Projekt beteiligten Personen und Stellen offiziell erfasst ?
- Was ist über das Gesundheitswesen im allgemeinen und das konkrete Projekt im besonderen bekannt?

Zum Abschluss dieser Phase, während der es darum geht, sich ein möglichst genaues Bild über das Projekt zu verschaffen, sollte es dann möglich sein, zu entscheiden, auf welche Punkte sich die Prüfung konzentrieren soll, also die Schwerpunkte für die Prüfung festzusetzen.

3.2 Festlegung der Prüfungsschwerpunkte

Sobald die Prüfungsschwerpunkte festgelegt sind, kann ein Prüfungsprogramm entworfen werden. Bei der Prüfung von Gesundheitsprojekten sollten unter anderem die folgenden Aspekte mitberücksichtigt werden:

- Anhörung von Experten aus dem Gesundheitsbereich (wobei der Prüfer hier stets eine kritische Haltung einnehmen und sich beispielsweise fragen sollte, ob solche Fachleute auch wirklich eine unabhängige Meinung vertreten)
- Beurteilung der Projektergebnisse aus rein fachlicher (medizinischer) Sicht ;
- Überprüfung von Kosten und Projektmanagement;
- Frage nach der Übereinstimmung von Ergebnissen und Zielen (Analyse der Indikatoren);
- Vergleichende Untersuchungen (Heranziehen von Vergleichswerten bei Fehlen von Normen);
- Frage, ob und warum angestrebte Ziele nicht erreicht wurden.

Sobald die Prüfungsschwerpunkte festgelegt und für gut befunden worden sind, kann die Evaluierung vorbereitet und in weiterer Folge tatsächlich durchgeführt werden. So führt die gemäß den festgelegten Schwerpunkten durchgeführte Prüfung automatisch zu Ergebnissen, aus denen wiederum Schlussfolgerungen gezogen und in weiterer Folge Vorschläge und Empfehlungen abgegeben werden können.

Da es sich bei Evaluierungen um eine spezielle Form von Prüfungen handelt, schlägt die Arbeitsgruppe vor, dabei unter anderem auf folgende Hilfsmittel zurückzugreifen:

- Befragungen (auf der Grundlage von im Vorfeld ausgearbeiteten Fragebögen)
- Auswertung von Berichten und statistischen Daten
- Festlegung von Schlüsseln oder anderen spezifischen Indikatoren
- Makroanalyse und Stichproben (Test einer repräsentativen Auswahl)
- Simulation (Projektion, Extrapolation, Generalisierung)
- Analyse der Leistungsindikatoren
- Beiziehen von in- und ausländischen Experten
- Mehrdimensionale komparative Studien (vgl. 3.2).

4. Abschließende Bemerkungen

Als ganz spezifische Art von Prüfungen stellen Evaluierungen eine schwierige und heikle Aufgabe dar, die sich quer durch alle Länder ganz besonders schwierig gestaltet, sobald es um Fragen aus dem Gesundheitsbereich geht. Angesichts der äußerst vielschichtigen Problematik scheint eine intensive internationale Zusammenarbeit zwischen den ORKB aller Länder ein Gebot der Stunde. Die INTOSAI sollte eine solche Zusammenarbeit unterstützen und fördern, beispielsweise durch folgende Maßnahmen:

- Alle ORKB sollten dazu eingeladen werden, ihre Erfahrungen auf dem Gebiet der Projektevaluierung (Methoden, Berichte, etc.) regelmäßig an die INTOSAI zu übermitteln.
- An die INTOSAI ergeht die Bitte, diese Informationen mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln zu verbreiten (auf dem Postweg, durch Veröffentlichung auf ihrer Homepage, usw.).
- Es sollten eigene Seminare zum Thema Projektevaluierung abgehalten werden.
- Die INTOSAI sollte Schulungsaufenthalte für Rechnungsprüfer bei Schwesterbehörden mit größerer Erfahrung auf diesem Gebiet organisieren.

3. Bericht der Arbeitsgruppe 3 (deutschsprachige Arbeitsgruppe)

Überprüfung von Gesundheitseinrichtungen (Krankenanstalten)

1. Einleitung

Die von der deutschsprachigen Arbeitsgruppe als wesentlich erachteten Voraussetzungen beziehungsweise Kriterien für eine effiziente Überprüfung von stationären Gesundheitseinrichtungen (Krankenanstalten) berücksichtigen neben den im österreichischen Hauptreferat angeführten Aspekten auch die diesbezüglichen Aussagen der im Seminar vorgelegten Länderbeiträge. Das Ergebnis der Gruppenarbeit ist in den folgenden 6 Hauptthemenkreisen zusammengefasst.

2. Maßnahmen zur Prüfungsvorbereitung

Für die Erfassung der Prüfungszuständigkeit dient im österreichischen Rechnungshof das "Prüfungsobligo", eine vollständige Sammlung der zu prüfenden Gesundheitseinrichtungen als Grundlage für die Prüfungsplanung.

Von großer Bedeutung für einen effizienten Prüfungseinstieg ist die laufend gewartete Sammlung von Krankenhaus-Stammdaten, wie zB von Leistungs- und Wirtschaftsdaten, von Kostenrechnungsdaten, von medizinischen Behandlungsdaten (in Österreich erfasst vom zuständigen Bundesministerium) und von gesetzlichen Normen zur Sicherstellung der stationären Versorgung. Letzteres um vor allem auch die Erreichung des gesetzlich vorgegebenen Versorgungszieles bei Wahrung der Beraterfunktion für den politischen Entscheidungsträger überprüfen zu können.

Zur Auswahl der Prüfobjekte (Krankenanstalten) sollten – vor allem auch für eine Reihung nach der Prüfungswürdigkeit - nachfolgende Kriterien berücksichtigt werden:

- offenkundige Mängel im medizinischen und ablauforganisatorischen Bereich
- auffällige Veränderungen von Leistungsdaten und Kosten
- Gebarungsumfang (Jahresbudgets)
- aktuelle Vorkommnisse beziehungsweise Themen
- zeitlicher Abstand zur letzten Überprüfung

3. Prüfkriterien

Als vorrangige Prüfkriterien bezeichnete die Arbeitsgruppe

die Ordnungsmäßigkeit, die vor allem hinsichtlich der Übereinstimmung mit allen für die medizinische Versorgung erlassenen gesetzlichen Vorschriften zu hinterfragen ist,

die Richtigkeit der Rechenwerke, die auf ihre Vollständigkeit, Gesetzmäßigkeit, Aussagekraft und korrekte Führung zu überprüfen sind,

die Zweckmäßigkeit, wobei zu kontrollieren wäre, ob ein nach Einwohnerzahl und Krankheitsbildern bedarfsorientiertes Angebot medizinischer Leistungen vorliegt beziehungsweise ob diese Leistungen in den nach Ausstattungsgrad und Versorgungsmöglichkeiten abgestuften zuständigen Gesundheitseinrichtungen erbracht werden (ausgehend von der Basisversorgung durch Alternativmedizin und niedergelassener Ärzteschaft sowie aufsteigend über Ambulatorien, Standardkrankenanstalten und Schwerpunktkrankenanstalten bis zur spitzenmedizinischen Versorgung in zentralen Universitätskliniken),

die Sparsamkeit, unter der im Krankenanstaltenwesen grundsätzlich die Erreichung des gebotenen Versorgungszieles mit möglichst geringem Einsatz öffentlicher Mittel zu verstehen ist und für deren Einhaltung unter anderem die Anwendung von Vergaberichtlinien für Investitionen und Einkauf, eine landesweit ausgewogene Personalbewirtschaftung und eine optimale Auslastung der Anstalt und ihrer medizintechnischen Ausstattung als Prüfmaßstab heranzuziehen ist sowie

die Wirtschaftlichkeit, die am Einsatz der öffentlichen Mittel für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung unter Beachtung des zeitgemäßen medizinischen Standards sowie an den nationalen und internationalen Kennziffern zu messen wäre, wie beispielsweise

- an der Anzahl der jährlichen Untersuchungen an einem medizinischen Großgerät (Gammaknife, Herzkatheter, MRI uam) und
- an allgemein anerkannten beziehungsweise vom zuständigen Ministerium ausgearbeiteten Berechnungsgrundlagen und -formeln (siehe nachstehende Tabelle).

Berechnungsgrundlagen

Kosten

Kosten je Bett

Kosten je Pfl egetag

Kosten je stationärem Patienten

Kosten je Beschäftigten

Kosten je Untersuchungs- und
Behandlungsplatz

Kosten je ambulantem Patient

Kosten je Leistung (Behandlung) gesamt

Kosten je Frequenz gesamt

Kosten der Mahlzeiten je Pfl egetag

Kosten je kg Wäsche

Kosten je Werkstattstunde

Berechnungsformeln

Durchschnittlich belegte Betten: $\frac{\text{Pfl egetage}}{365 (366)}$

Durchschnittliche Auslastung: $\frac{\text{Pfl egetage} \times 100}{\text{Betten} \times 365 (366)}$

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer $\frac{\text{Pfl egetage}}{\text{Patienten}}$

Personalfaktor: $\frac{\text{Durchschnittlich belegte Betten}}{\text{Beschäftigte}}$

Stationäre Patienten: $\frac{\text{Aufnahmen} + \text{Entlassungen} + \text{Verstorbene}}{2}$

4. Prüfungsaufwand

Der für eine Krankenanstaltenprüfung durch die ORKB notwendige Sach- und Personalaufwand sollte grundsätzlich den durch das Prüfungsergebnis erfahrungsgemäß zu

erwartenden und im vorhinein annähernd quantifizierbaren Verbesserungen beziehungsweise Einsparungen angepasst sein. Sollte eine Überprüfung von nicht quantifizierbaren Themen, wie zB die Vorhaltung der medizinischen Qualität oder die Einhaltung von Standards erforderlich sein, ist von diesem Auswahlkriterium eine Ausnahme zu machen.

5. Prüfungsmethoden

Als wesentliche Methoden für eine erfolgversprechende Überprüfung von Krankenanstalten durch die ORKB haben zu gelten:

- Prüfungshandlungen in der Krankenanstalt selbst, wie beispielsweise die örtliche Einsichtnahme in räumliche Gegebenheiten und örtliche Aufzeichnungen, die Führung von Interviews vor Ort, die örtliche Überprüfung der vorhandenen Aufbau- und Ablauforganisation, die Feststellung der tatsächlichen Verantwortlichkeiten und die Funktionsweise der internen Kontroll- und EDV-Systeme.
- Anforderung und Auswertung schriftlicher Unterlagen, wie Bilanzen, Rechnungsbelege, Statistiken, Kostenrechnungsdaten, Personalaufzeichnungen, Protokolle, Fragebögen, Planungsdaten uam.
- Soll-Ist-Vergleiche, d.h. Vergleiche zwischen dem vorgegebenen Versorgungsziel und den tatsächlich erbrachten Versorgungsleistungen sowie die
- Überprüfung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch Kontrolle der im Krankenhaus vorgehaltenen beziehungsweise laufend ergänzten Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen und ablauforganisatorischen Qualität.

Bei allen Prüfungsmethoden wäre darauf zu achten, dass

- allfälligen Stichproben ein ausreichendes Sample zugrunde gelegt wird,
- für Interviews geeignete Gesprächspartner ausgewählt werden,
- Fragebögen sowie Zusatzfragen gleichermaßen zielorientiert wie verständlich abgefasst werden,
- Unterlagen und Belege vollständig und im Original zur Verfügung stehen,
- der Datenschutz nicht verletzt wird und ein hinreichendes Vertrauensverhältnis zwischen Prüfer und Geprüften vorhanden ist.

6. Qualifikation des Prüferteams

Dem Prüferteam sollten unter Hinweis auf die große Anzahl der zu überprüfenden Fachbereiche im Krankenanstaltenwesen vorzugsweise Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler, Juristen und Techniker (Bau- und Medizintechniker) angehören. Anlassbezogen wären auch externe Fachkräfte, wie bspw. Mediziner, Pflegefachkräfte, EDV-Experten ua. beizuziehen.

7. Präsentation von Prüfungsergebnissen

Zur erfolgreichen Vorlage von Prüfungsergebnissen, dh zur Präsentation eines Ergebnisses, welches zur Behebung von Mängeln und zum Aufgreifen von Empfehlungen geeignet ist, ist vor allem für eine nachvollziehbare Darstellung als auch für eine entsprechende Veröffentlichung zu sorgen. Der Prüfbericht sollte jedenfalls Angaben über Prüfungsgegenstand und Prüfungsziel sowie über Zielerreichung und Kenndaten der Krankenanstalt enthalten und in Sachverhalt und Kritik/Empfehlung gegliedert sein. Anzuschließen wären eine Stellungnahme der überprüften Stelle zur Wahrung des Parteiengehörs, wobei dem ORKB die Möglichkeit einer Gegenäußerung einzuräumen ist. Die Veröffentlichung kann grundsätzlich als Voll- sowie als Teilbericht erfolgen und wäre letztlich auch der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Nicht weiter verfolgte kritische Feststellungen der ORKB bzw nicht verwirklichte Empfehlungen sollten vorzugsweise als Grundlage für Follow-up-Prüfungen herangezogen werden.

4. Bericht der Arbeitsgruppe 4 (spanischsprachige Arbeitsgruppe)

Die Prüfung des öffentlichen Gesundheitswesens in rückständigen Regionen

1. Prüfungsumfang

Bei der Prüfung sollten nicht nur finanzielle Aspekte berücksichtigt, sondern auch die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit öffentlicher Gesundheitseinrichtungen evaluiert werden. Dies könnte etwa durch Befragungen sowohl der Erbringer als auch der Empfänger von Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens erfolgen. Die sozialen Auswirkungen auf diese spezielle Bevölkerungsgruppe, die für solche Kosten-Nutzen-Analysen herangezogen wurde, müssen ebenfalls mitberücksichtigt werden.

2. Informationsbedarf

Voraussetzung dafür ist die genaue Kenntnis der folgenden Aspekte:

- genaue Details der Gesundheitspolitik und der speziellen öffentlichen Gesundheitsprogramme für die Bereiche mit der höchsten Rückständigkeit und die Stellen, die mit ihrer Durchführung betraut sind
- die genaue Höhe der verfügbaren Ressourcen
- Zielgruppen und Zielgebiete
- Programmziele
- Indikatoren für die Bewertung der politischen Ergebnisse
- Informationssysteme und interne Kontrollmechanismen der für die Umsetzung der Programme zuständigen Stellen

Bei der Prüfung der medizinischen Versorgung von stark benachteiligten Randgruppen müssen sowohl Aspekte der Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung als auch solche der Ordnungs- und Rechtmäßigkeitsprüfung mit einbezogen werden. Dies bedeutet, dass

- die für die Umsetzung spezieller Programme vorgesehenen internen Kontrollmechanismen zumeist äußerst mangelhaft oder gar nicht existent sind;
- im Hinblick auf eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung betont werden muss, wie wichtig es ist, zu überprüfen, ob die erwarteten Ergebnisse

von Gesundheitsprogrammen tatsächlich erreicht wurden und deshalb auch die Frage gestellt werden muss, welcher Effekt mit den eingesetzten Ressourcen erzielt wurde;

- diese Ressourcen für eine große Bevölkerungsgruppe gedacht sind und deshalb auch möglichst effizient eingesetzt werden sollten.

3. Auswahl der Prüfungsgegenstände

Klarerweise sollten die durch eine Prüfung verursachten Kosten den daraus resultierenden Nutzen nicht übersteigen. Trotzdem dürfen, wenn die Entscheidung für die Durchführung einer Prüfung einmal gefallen ist, nicht nur finanzielle Aspekte ausschlaggebend sein, sondern müssen auch qualitative Aspekte eine Rolle spielen.

4. Verhältnis zur geprüften Stelle

Um ein möglichst gutes Einvernehmen mit der geprüften Stelle herzustellen, sollte die ORKB folgende Regeln beachten:

- den Mitarbeitern der geprüften Stelle gegenüber sollte ein freundliches, den Führungskräften gegenüber ein unparteiisches und kooperatives Verhalten an den Tag gelegt werden;
- mit der Innenrevision der geprüften Stelle sollte ein möglichst gutes, kooperatives Verhältnis hergestellt werden;
- der geprüften Stelle sollte die Prüfung stets im Vorhinein angekündigt werden.

5. Von den Prüfern mitzubringendes Know-how und Erfahrung

Gemäß den Normen für die Finanzkontrolle und den generellen Anforderungen an Rechnungsprüfer kann festgehalten werden, dass den Mitarbeitern der ORKB im Zuge einer regulären Ausbildung umfangreiche Kenntnisse auf folgenden Gebieten vermittelt werden müssen: Rechnungsprüfung, Verwaltung, Engineering, Rechnungswesen, EDV, Erfahrung im öffentlichen Gesundheitswesen. Außerdem sollten sie nach ethischen Gesichtspunkten und im Bewusstsein um ihre soziale Verantwortung, die ein objektives und unabhängiges Vorgehen im Interesse der Allgemeinheit verlangt, an ihre Prüfungstätigkeit herangehen.

In der heutigen Zeit ist es unerlässlich, dass spezialisierte Prüfer aus den verschiedenen Bereichen der Finanzkontrolle im Rahmen einer Prüfung zusammenarbeiten, da nur so das erforderliche Know-how, das für eine adäquate Leistung erforderlich ist und auch zu einem effizienten Ergebnis führt, zur Verfügung gestellt werden kann.

In manchen Fällen ist es nicht möglich, neben der Wirksamkeit auch die Wirtschaftlichkeit zu prüfen, und zwar aus folgenden Gründen:

- es gibt keine politischen oder strategischen Ziele
- es gibt keine Indikatoren
- die Bewertung von Ergebnissen und Auswirkungen würde zu viel Zeit in Anspruch nehmen
- vorhandene Informationen sind für eine Evaluierung nicht verlässlich genug

6. Prüfungskriterien

Anhand der nachstehenden Kriterien kann die Wirtschaftlichkeit im großen und ganzen überprüft werden:

- Mortalitätsrate
- Vergleich der Ausstattung der einzelnen Spitäler mit medizinischen Geräten
- Anzahl der Behandlungen
- Lebend- und Totgeburten
- Schlüssel Betten/Ärzte
- Schlüssel Betten/Schwestern
- Lebenserwartung
- Patientenzufriedenheit
- Geräteauslastung

7. Präsentation der Prüfungsergebnisse

Für ihr Urteil tragen die Prüfer die volle Verantwortung und sollten es daher entsprechend begründen. Sie sollten als Prüfungsnachweis nur solche Fakten heranziehen, die sie selbst nachprüfen und deren Richtigkeit sie gewährleisten können. Werden als Nachweis Sekundärunterlagen herangezogen, so sollte im Bericht ausdrücklich darauf hingewiesen werden.

Prüfungsfeststellungen und –empfehlungen sollten objektiv, konstruktiv und knapp präsentiert werden. Empfehlungen sollten zudem so formuliert werden, dass sie für die geprüfte Stelle auch wirklich durchführbar sind.

8. Prüfungsverfolgung

Die Prüfungsmethode sieht folgende Etappen vor: Planung, Durchführung, Berichtslegung und Prüfungsverfolgung. Die Prüfungsverfolgung ist insofern äußerst wichtig, als sie es ermöglicht, ex post vor Ort zu überprüfen, ob die geprüfte Stelle tatsächlich jene Maßnahmen zur Behebung aufgezeigter Mängel ergriffen hat, die von den Prüfern empfohlen bzw. von ihrer eigenen Führung vorgeschlagen wurden.

Daher ist eine Prüfung unserer Meinung nach nicht mit der Präsentation der Prüfungsfeststellungen, sondern erst nach erfolgter Nachprüfung und erfolgreicher Umsetzung der Empfehlungen abgeschlossen.

ANLAGEN

I. Vereinte Nationen:

Role of Supreme Audit Institutions and the Audit of Public Health Services

1. A brief note on Supreme Audit Institutions

SAI structures and relationships with INTOSAI

The structure, functions, and the status of the supreme audit institutions (SAI) vary from country to country due their respective historic development, political systems, culture, language and regional affiliations. Some SAIs have long traditions, developed over hundreds of years, while others are fairly new. Notwithstanding the variances, it is remarkable that SAIs from all over the world have joined hands under the common umbrella of the International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) and have formulated common codes and standards to which they can individually and collectively subscribe. This, in part, reflects the march towards globalization.

Impact of globalization and accountability

The pervasive impact of globalization is causing countries to re-examine the role of the state in governance, including the types of and methods by which services to the citizens are delivered. Governments are responding by experimenting and implementing alternate ways of delivering service economically and efficiently with better assurance that planned results and outcomes are achieved. The citizens, armed with universally accessible information, on the other hand, are making increasing demands for responsive institutions and accountability for the resources used in delivering services and the results achieved in a transparent way.

INTOSAI has defined public accountability “as the obligation of persons or entities, including public enterprises and corporations, entrusted with public resources to be answerable for the fiscal, managerial and program responsibilities that have been conferred on them, and to report to those that have conferred these responsibilities on them.” This implicitly assumes the existence of a well defined accountability structure – a structure that consists of systems for delegating authority and reasonably stable organizational structures governed by rules, regulations, procedures and systems that can account for the implementation of the delegated authority. The accountability structure, at the highest level, encompasses the three branches of government – i.e. the legislature, executive and

judiciary, found in most modern democratic governments and individuals at the lowest level of every department, office, branch or entity at all levels of government.

The SAIs' play a critical role in completing the final loop in the accountability cycle. The SAIs' have the onerous task of independently and objectively examining the accounts and other reports prepared by the executive and submitting reports of the results of audits directly or indirectly to the supreme authority, which in most cases would be the elected legislatures and by extension, the citizens. The publication of such audit reports is the most public manifestation of the critical role SAIs play in the public accountability framework.

In the course of their efforts to reform their governance institutions, many countries have found that the capacity of their SAIs needed to be strengthened, partly because of the need to extend audit coverage to areas, which were previously not within their domain. International organizations, including the UN, UNDP and the World Bank Group, having been assisting these SAIs through technical cooperation projects through the cooperation of INTOSAI and other more advanced SAIs.

SAIs and INTOSAI standards

Notwithstanding the fact that the roles and responsibilities of SAIs' are normally determined by the mandates bestowed on them by their national laws, the INTOSAI auditing standards provide invaluable professional guidance on how the SAIs may be organized and how they may implement their mandate more effectively. The standards have also identified the various types of audits that may be conducted. Full scope governmental auditing is defined to include regularity and performance audits. Regularity auditing encompasses the attestation of financial statements and reports as well as review of compliance with applicable laws, regulations and rules and established standards, policies and procedures. Regularity audit would also require the review of the adequacy of internal control systems and internal audits. Performance audits, on the other hand, includes the review of the "economy, efficiency and effectiveness" aspects of government operations.

The demands being placed on governments for greater accountability makes it almost imperative for SAIs to embrace full scope audits. As postulated in the INTOSAI guidelines, by undertaking full scope audits, the SAIs will be able to better fulfill their roles within the accountability framework of their respective countries. And in the process, SAIs could also become an important catalyst for change. SAIs can have a profound effect on the way governments formulate programmes and fund those programmes as well as the methods by which programmes are implemented and managed. In so doing, the SAIs would have added value to their work and contributed significantly to nation building efforts.

2. A brief note on public health services

Before discussing the specific role of SAIs in the audit of public health services, it will be useful to discuss some of the current issues in public health management.

Access to health-care and human rights

Access to reasonable health-care at an affordable cost has long been considered as a basic human right by most countries and all international organizations. It is noteworthy that this human right is even specifically enshrined in the constitutions of some countries. Chile's constitution, for example, states that the government has an obligation to "protect free and egalitarian access to actions that promote, protect, restore health and rehabilitate the health status of individuals".

Good health contributes to the overall quality of life as well as to productivity. Many diseases are not fatal, but disabling. For example some 1 billion people suffer from anemia and this has an obvious debilitating effect on productivity and on health-care costs. Good health contributes to human capital and this is essential to economic growth and national development. This indeed is recognized by the following decisions with respect to health made in recent world conferences:

- All countries should seek to make primary health care, including reproductive health care, available universally by the end of the current decade;
- Governments should promote full access to preventive and curative health-care to improve the quality of life, especially of the vulnerable and disadvantaged groups and in particular women and children;
- Governments should provide more accessible, available and affordable primary health-care services of high quality, including sexual and reproductive health-care.

Developments in world health

The last fifty years has seen impressive gains in world health. People live longer, fewer children and their mothers die in childbirth and many serious diseases have been controlled or eliminated. Factors influencing these trends include:

- Increasing income levels and reduction of poverty;
- Education, particularly of girls and women;
- Adequate food, clean water, and sanitation;

- Health-related public policies and intervention; and
- Scientific and technological advancements.

Because of the disparities in the factors mentioned earlier, the development of world health has been uneven not only among regions and countries, but also within countries. The average life expectancy in industrialized countries exceed 70, while the comparable figure in many developing countries, particularly those in the sub-sahara region, ranges from 45 to 55. A similar pattern is also evident in child mortality rates. Similar patterns, though not as drastic, are also noted among the poorer segments of populations of high- and middle-income countries.

The world bank estimates that a minimum package of public health and clinical interventions in low-income and middle-income countries would require USD 12 and USD 22 per person per year respectively. The world bank estimates that the majority of the world's 1.3 billion people who live in absolute poverty, with incomes of less than USD 1 per day, lack adequate access to essential health services and other basic amenities such a potable water, sanitation and elementary education. In a way, these facts points to the enormity of the problem faced by the world today.

Public health service expenditures

Global spending on health-care in 1994 amounted to about USD 2,330 billion or 9 per cent of gdp, making it one of the largest sectors in the world economy. Industrialized countries accounted for about USD 2,080 billion of the amount. On the other hand, low- and middle-income countries, which accommodate 84 per cent of the world's population, spent USD 250 billion or 11 per cent of the total health expenditure. Notwithstanding the disparities, the sheer size of the health expenditures and the criticality of health outcomes warrant critical examination of the economic and financial policies affecting health-care as well as the management of health systems.

Financing public health services - public and private sector mix

No government can provide health services to meet all the possible needs of its population. However, in many developed countries and middle-income countries, governments have become central to social policy and health care. In the industrialized countries, the publics sector finances nearly 60 per cent of health expenditures. Whereas, in the developing countries, the public sector's share varies from 40 to 60 percent. In some countries such as india and syria, the share is only 30 per cent.

The involvement of governments in health-care is justified both on grounds of: (i) equity – i.e. securing access by the population, particularly the disadvantaged, to health; and

(ii) economic efficiency – in many respects health is a “public good” and hence private markets are inefficient or incapable of providing the service.

On the basis of empirical evidence, economists have concluded that a mixture of both private-public involvement leads to the best results in health-care provision. The optimal mixture will obviously depend on the circumstances prevailing in each country and obviously there cannot be “one size fits all”. The relative capacity of both government organizations as well as the private sector to finance and provide a reasonable package of services will mainly determine the mix.

In order to optimize the use of scarce resources, governments on their part need to carefully plan the provision of a universally accessible, publicly financed packages of public health measures and clinical services, which can help resolve major health problems. Where feasible, governments should actively promote private expenditure on the clinical interventions in the package.

Governments also have a special responsibility to ensure that the health service programmes are properly targeted at the poor and disadvantaged communities and also ensure easy accessibility.

Types of services and methods of delivery

The provision of public health services by governments normally involves a wide range of programmes or activities, some of which are as follows:

- Regulatory – ensuring standards of professionals and private sector services and quality and safety control of drugs, equipment, facilities, etc.;
- Preventive public health services – public hygiene education, nutrition, sanitation, health screening, surveillance, immunization etc.;
- Primary care – provision of general clinical and specialized clinical day care in hospitals and outreach clinics targeted at specific groups – general public, maternity and child care, dental care, dispersed rural population, senior citizens etc.;
- Institutionalized clinical care – hospitals, homes both for general and specialized cases etc.;
- Procurement of drugs, medical supplies and equipment;
- Construction of facilities;
- Research and development; and
- Human development – professional education and development.

The type of health systems chosen to deliver health services may vary from country to country. Many governments deliver the services directly through government departments, hospitals and clinics. Some governments, on the other hand, deliver much of the services

through private sector participation such as self-financing ngos and trusts using various systems of contracting. Most countries in africa and latin america follow the former model while many of the high-income countries, tend to follow the latter model. Many countries also delegate delivery of a mix of health services to sub-national governments through a combination of grants and subsidies.

While each model of health delivery may have its own advantages and disadvantages, it is clear that the competencies required to manage each model are different. Where governments contract private providers or delegate sub-national governments to deliver services, transparent quality and cost control systems need to be established and managed. Such institutional competencies are generally deficient in the low- and middle-income countries.

Many countries also charge user fees ranging from nominal charges to full cost recovery. Many positive and negative issues arise in this respect and raises a range of issues relating from equity to the administrative efficiency of collection.

Enhancing performance of public health services

Increasing health-care budgets alone would not necessarily guarantee the achievement of desired outcomes. Health-care systems have not always been responsive and successful in delivering the right quantity and quality of services. Evidence shows that government spending on health services in many developing countries tends to have benefited the well to do more than the poor. On the other hand, the poor quality of services has caused patients, even in the poorest of countries, to frequently use their meager resources to turn to private providers.

In the last two decades, rich and poor countries alike, have been struggling to design more effective and acceptable policies and operating systems that are capable of delivering responsive, cost-effective and affordable health-care in the public domain. Studies of different policies and delivery systems continue to show that reforms are necessary for:

- Improving equity in access to a range of preventive and clinical services through: (i) reduced geographic, financial, cultural and other barriers; and (ii) interventions that address conditions that are frequent and inexpensive to treat;
- Raising efficiency in the use of scarce resources through better governance, management and accountability mechanisms that promote decentralization and the use of market incentives and minimize opportunities for waste and misuse;
- Improving the effectiveness of interventions through improved clinical management skills; design of more effective basic preventive and clinical packages; improvement in treatment protocols with limited drug formularies; and research and training in efficacy and cost of different interventions;

- Raising the quality of care through incentives, improved information, training and accreditation systems, peer reviews, inspection systems and routine surveillance; and
- Maximizing consumer satisfaction through improved interaction with clients.

3. Audit of public health services

Planning – macro level

Most SAIs have very wide mandates, but limited resources to fulfill the onerous tasks and therefore choices have to be made as to when specific audits are to be conducted and the amount of resources to be allocated to that effort. Auditing standards do provide guidance on the parameters that should be used in planning the work programme of SAIs.

However, based purely on the sheer size of national public expenditures, health-care services should rank very high on the list of activities requiring attention of most SAIs. Further, as noted earlier, the range of services involved; the various modes of service delivery; as well as the evolving political, ethical and economic issues surrounding health services are likely to present daunting challenges to even the most advanced SAIs in terms of the modalities and the audit approaches to be used. The audit of health service programmes would require a review of a wide range of inputs - staffing; travel; procurement or contracting for supplies, services, equipment, construction; maintenance of facilities and equipment and so on.

Audit scope

Subject to the respective mandates of each SAI, health services area would benefit from the application of full scope audits, which was alluded to earlier. The impact such audits are likely to accrue on policy makers as well as managers in terms of accountability for results could be profound.

Audit execution planning

In planning the audit of the health services itself, auditors no doubt would have to clearly identify and analyze the range of risks and vulnerabilities involved. The nature of some of the problems and issues identified in recent research reports were noted earlier. Among the highest risks are obviously: (i) the failure to attain results and outcomes expected of specific health service programmes; and (ii) improper use of resources due to bad management practices, including inadequate planning and coordination, uneconomic procurements, wastefulness, misuse through fraud, misappropriation and corruption etc.

Internal controls

The audit programmes formulated as a result of the risk analysis would obviously seek to determine if managers have indeed established efficient and effective internal control environments necessary to address the identified risks.

Some very interesting discussion papers have been submitted for this conference. We will note that in Mexico, because of inadequate supply of appropriate drugs and nurse absenteeism, the quality of medical care suffered. In the US, on the other hand, it is estimated that care providers were overpaid about USD 12 billion and GAO concludes that sloppy management and poor internal oversight could result in significant financial losses to the government. In Switzerland, the SAI, after a complex audit of a small but controversial programme, concluded that the funds were used properly and effectively for the approved purpose., though subsequent clarifications had to be made with respect to entitlements. All the weaknesses noted could be attributed to the strength or weakness of the management control systems.

While on the subject of control, it must be noted that government systems have been widely criticized for being burdened with excessive regulations and bureaucracy that not only do not add value, but also inhibit efficiency and innovation. The need to control soaring health-care costs, as already pointed out, requires innovations. Auditors in reviewing control systems should carefully weigh the costs and benefits of existing controls as well as those that they recommend to management.

Performance measures

Many governments are reorienting public sector activities to performance and results. As you may know “results based budgeting” is slowly becoming the norm among public sector entities. Implicit in this budgeting system is that management would clearly define performance standards and quantify planned outputs or results. Such systems would also require management to establish proper management information systems, which can be used to collect pertinent data and analyze results. Such clear statements of objectives and expected results as well as supporting systems, if objectively developed, could greatly facilitate auditors establish audit criteria against which to measure their findings, such as shown in the paper submitted by Austria.

SAIs should seriously consider making appropriate recommendations to management where: (i) programme objectives as well as credible and measurable performance targets are not clearly defined; and (ii) performance targets are not being used to monitor actual performance and correct programme directions in a timely way.

Benchmarking performance and best practices

Very often managers in the public sector do not establish performance measurement standards or if they do, they are not realistic or are not revised on the basis of actual experience. Auditors should be mindful of the benefits of using benchmarking and ‘best practice’ examples and ought to use these wherever possible and feasible. Benchmarks can be established on the basis of performances in different units within the organization, different public organizations within the country and by private sector organizations within the country. International benchmarks can also be used ,where appropriate adjustments can be made to local conditions.

Exchanging and obtaining information to improve quality of audit

Discussion forums such as this seminar provide the means for auditors the world over to exchange experiences in the different approaches and techniques used in audits. We further hope that this will provide SAIs and their staff the impetus to slowly establish networks across borders to compare notes and information as to how different approaches can be used in practical terms. The internet has made the world a global village and has enabled the exchange of information at almost no cost.

Numerous SAIs have established their own web sites and post their audit reports and other technical publications on these sites. For instance, you will find that the uk SAI web site has some interesting audit reports on health services, including one on ‘inpatient admissions and bed management in acute hospitals’. Almost all-international organizations have useful web sites. The world bank and who web sites provide some very useful information on health-care services.

4. Conclusion

Public health services will continue to remain a significant activity of governments both in terms of the profound humanitarian and equity issues it entails as well as the level of resources it consumes. Supreme audit institutions, through the regular and properly planned audits of public sector health services can contribute effectively to public accountability and the efficient and effective use of resources. The challenges presented by such audits are immense. Through the sharing of experiences and information the burden can be reduced and more effective audits conducted.

II. Liste der Beiträge

1. Länderpapiere der ORKB

Äthiopien	Jordanien	Mauritanien
Algerien	Kape Verde	Mauritius
Antigua und Barbuda	Katar	Namibia
Armenien	Lesotho	Nepal
Bhutan	Libanon	Oman
Bolivien	Malawi	Polen
Burkina Faso	Malaysia	Samoa
Chile	Malediven	Tunesien
Guinea-Bissau	Malta	Türkei
Israel	Marokko	

2. *Vorträge der ORKB*

Verfasser	Organisation	Titel
Frau Leslie Aronovitz	Vereinigte Staaten von Amerika	Die Rolle der Obersten Rechnungskontrollbehörden bei der Bekämpfung von Unregelmäßigkeiten im Rahmen staatlicher Gesundheitsfürsorgeprogramme
Hr. Didier Monnot Frau Regula Durrer	Schweiz	Die Prüfung von Projekten im Gesundheitsbereich am Beispiel des Projektes zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln
DI Heinrich Krautstoff Mag. Peter Straka Hermann Wawra Dr. Martin Bartos	Österreich	Die Prüfung von Krankenanstalten durch ORKB
C.P. Juan Calderón Montelongo	Mexiko	Wirtschaftlichkeitsprüfung der medizinischen Versorgung durch eine Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens in Regionen, die ein hohes Mass an wirtschaftlicher und sozialer Rückständigkeit aufweisen.
Hr. Gabriel Mignot	Frankreich	Die Prüfung des öffentlichen Gesundheitswesens durch Oberste Rechnungskontrollbehörden
Hr. Hendrik Fehr	Europäischer Rechnungshof	Aspekte des Gesundheitswesens als Prüfungsobjekt des Europäischen Rechnungshofes

3. *Beiträge anderer Organisationen*

Verfasser	Organisation	Titel
Hr. Abdel Hamed Bouab	Vereinte Nationen	The Role of Supreme Audit Institutions in Auditing the Public Health Care Sector

III. Liste der Teilnehmer:

Hr. Negusie JEMBERE
Head of an Audit Department
P.O. Box 457
Addis Abeba
Äthiopien
Tel: ++251 (1) 56 18 40, 56 18 41
Fax: ++251 (1) 55 25 94

Frau Khadidja MESSAOUDI
Présidente de Chambre
38 Avenue Ahmed Ghermoul
16000 Alger
Algerien
Tel: ++213 (2) 68 43 41, 67 17 46
Fax: ++213 (2) 67 18 58
E-mail: cdc@wissal.dz

Frau Arah ARMSTRONG
Director of Audit
Member of the INTOSAI Governing Board
The Social Security Annex
High Street
St John's/Antigus W.I.
Antigua und Barbuda
Tel: ++1 (268) 462 - 0022, 5960
Fax: ++1 (268) 462 - 0357 (- 1622)

Frau Ruzan ZAZYAN
Head of International Loans and Credits Audit
Dep.
Baghramian Ave. 19
375095 Yerevan
Armenien
Tel: ++374 (2) 52 33 32
Fax: ++374 (2) 58 85 42
E-mail: vpal1@parliament.am

Frau Zhanna GEVORGYAN
Leading specialist of Brieth Analytical and
Information Methodological Department
Baghramian Ave. 19
375095 Yerevan
Armenien
Tel: ++374 (2) 52 33 32
Fax: ++374 (2) 58 85 42
E-mail: vpal1@parliament.am

Hr. Dawa TENZIN
Deputy Chief Auditor
Post Box 191
Thimphu
Bhutan
Tel: ++975 2 32 23 88, 32 21 12, 32 21 11
Fax: ++975 2 32 34 91
E-mail: raa-md@druknet.net.bt

Lic. Fidel QUISBERT Condori
Contador Publico
Casilla Postal 432
432, La Paz
Bolivien
Tel: ++591 (2) 37 00 78, 33 14 14 ext. 501 o ext.
408
Fax: ++591 (2) 811 35 22 (811 35 21)
E-mail: cgr@ceibo.entelnet.bo

Hr. Amos OUBDA
Inspecteur d'Etat
01 B.P. 617
Ouagadougou 01
Burkina Faso
Tel: ++226 31 16 09 (31 39 16)
Fax: ++226 30 57 04 (31 49 26)

Hr. Victor Manuel ASTUDILLO Parra
Contador Auditor de la Contraloria Regional del
Biobío
calle O"Higgins N° 403
Concepción
Chile
Tel: ++56 (41) 24 17 01, 21 30 93 (244 208)
Fax: ++56 (41) 23 65 71

Frau Kaie KARNIOL
Audit Manager
Narva mnt.4
EE-15013 Tallinn
Estland
Tel: ++372 640 07 02, 640 07 00, 640 07 721
(Intern. Liaision)
Fax: ++372 661 60 12
E-mail: kaie.karniol@sao.ee

Dr. Francisco ROSA Cá
Juge-Conseiller du Tribunal de Comptes
Avenida Pansau na Isna
Caixa postal No 478
Bissau
Guinea-Bissau
Tel: ++245 22 20 40, 22 20 50
Fax: ++245 20 22 09, 20 34 95

Frau Ziona ALON
Assistant Director
Rashi St. 66
P.O. Box 1081
Jerusalem 91010
Israel
Tel: ++972 (2) 531 51 01, 531 51 06
Fax: ++972 (2) 531 51 50
E-mail: rothyosh@netvision.net.il

Hr. Ali Saleh ATEYYAT
Supervisor Auditor
P.O. Box 950334
Amman
Jordanien
Tel: ++962 (6) 593 01 74 - 593 01 79, 593 01 91,
-08 30, -08 43, -19 14
Fax: ++962 (6) 593 11 80
E-mail: audit.b@nic.net.jo

Frau Natalina LIMA de Fátima Spencer
Assistante de Vérification
C.P. 126
Prédio da Diocesana Center
Asa Praia
Kap Verde
Tel: ++238 62 35 52/66
Fax: ++238 62 35 51

Hr. Abdullah Hilal AL-KUWARI
P.O. Box 2466
Doha
Katar
Tel: ++974 44 10 00
Fax: ++974 41 21 01
E-mail: qsab@qatar.net.qa

Frau Manako Leocadia RAMONATE
Senior Auditor
P.O. Box 502
Maseru
Lesotho
Tel: 00266 (3) 23 904 or 14 247
Fax: 00266 (3) 103 66

Frau Mirvat MORKOS
Controllor
Al Kantari - Rue de l'Armée
Immeuble Rizk Helou
Beyrouth
Libanon
Tel: ++961 (1) 86 02 36; 86 02 52; 37 30 41
Fax: ++961 (1) 42 46 95, 37 30 40
E-mail: President@coa.gov.lb,
zmaalouf@coa.gov.lb

Hr. Laudon Alfred NAZOMBE
Assistant Auditor General
P.O. Box 30045
Capital City/Lilongwe 3
Malawi
Tel: ++265 78 07 00
Fax: ++265 78 30 71

Frau Zainun TAIB
Senior Auditor
Pejabat Ketua Audit Negara
Jalan Cenderasari
MAL-50518 Kuala Lumpur
Malaysia
Tel: 0060 (3) 443 65 69, 294 64 22
Fax: 0060 (3) 227 37 497, 291 30 30, 293 02 64
E-mail: jbaudit@audit.gov.my

Hr. Mohamed HUSSAIN
Deputy Director of Audit
Huravee Building (3rd Floor)
Male' 20-05
Malediven
Tel: ++960 32 39 38
Fax: ++960 31 64 30
E-mail: maldago@dhivehinet.net.mv

Hr. Harold P. DARMENIA
Notre Dame Ravelin
Floriana CMR 02
Malta
Tel: ++356 22 40 13, 4, 5
Fax: ++356 22 07 08
E-mail: nao.malta@magnet.mt

Hr. Abdelaziz EZZAIDI
magistrat à la Cour des comptes
44 Av. de France, Agdal
B.P. 706
Rabat
Marokko
Tel: ++212 (7) 77 21 00, 77 30 32
Fax: ++212 (7) 68 03 77, 77 31 68

Hr. BÂ SAÏDOU Moussa
Président de la Chambre des Finances Publiques
B.P. 592
Nouakchott
Mauretanie
Tel: 00222 (2) 25 34 04, 25 51 55, 25 71 95,
25 33 37-549
Fax: 00222 (2) 549 64

Frau Kim Chow CHAN MOO LUN
Principal Auditor
14th Floor Air Mauritius Centre
John Kennedy Street
Port-Louis
Mauritius
Tel: ++230 212 20 96-97, 212 30 91
Fax: ++230 211 08 80
E-mail: auditdep@bow.intnet.mu

Frau L. VAN SCHALKWYK
Private Bag 13299
Windhoek 9000
Namibia
Tel: ++264 (61) 23 74 43
Fax: ++264 (61) 22 43 01
E-mail: lvanschalkwyk@oag.gov.na

Hr. Raja Ram SEDHAIN
Assistant Auditor General
P.O. Box No. 13328
Kathmandu
Nepal
Tel: ++977 (1) 262381, 262415, 262417, 262649
Fax: ++977 (1) 26 27 98
E-mail: oagnp@mail.com.np

Hr. Younis AL TOOBI
The Palace - Muscat
P.O. Box 727
Muscat, Postal Code 113
Oman
Tel: ++968 73 62 20, 73 62 17, 73 62 19
Fax: ++968 740 - 264

Frau Danuta GAJDUS
Deputy Director of Health and Physical Culture
Dep.
P.O.Box P-14
PL-00-950 Warszawa
Polen
Tel: ++48 (22) 825 81 93
Fax: ++48 (22) 825 89 67
E-mail: wsm@nik.gov.pl, nik@nik.gov.pl

Hr. Tamaseu Leni WARREN
Controller and Chief Auditor
P.O. Box 13
Apia
Samoa
Tel: ++685 254 23, 205 51
Fax: ++685 241 67

Hr. Ömer KARAMOLLAOGLU
Auditor
06100 Ulus Ankara
Türkei
Tel: ++90 (312) 311 23 28, 311 21 69
Fax: ++90 (312) 310 65 45
E-mail: omer.karamollaoglu@hazine.gov.tr

Hr. Taoufik BOUFAIED
magistrat conseiller à la Cour de Comptes
25, Avenue de la Liberté
1004 Tunis
Tunesien
Tel: 00216 (1) 83 10 33, 75 36 82, 83 13 75
Fax: 00216 (1) 83 12 53

IV. Liste der Vortragenden:

Hr. Gabriel MIGNOT
Président de la 6e Chambre
13, rue Cambon
F-75100 Paris
Frankreich
Tel: ++33 (1) 42 985 973
Fax: ++33 (1) 42 989 657
E-mail: Gmignot@ccomptes.fr

Prof. Dr. Hendrik FEHR
Abteilungsleiter
CDCG 2/04 (Gebäude)
12, rue Alcide de Gasperi
L-1615 Luxemburg
Luxemburg
Tel: ++352 43 98 - 45503
Fax: ++352 43 98 - 46503
E-mail: hendrik.fehr@eca.eu.int

C.P. Juan CALDERÓN Montelongo
Subcontador Mayor de Hacienda
Av. Coyoacán No. 1501, Cal del Valle
Delegation Benito Juárez
México D.F. C.P. 06600
Mexiko
Tel: ++52 (5) 524 12 65
Fax: ++52 (5) 534 18 91
E-mail: cmhasesor@mexis.com

DI Heinrich KRAUTSTOFL
Fach 240
A-1033 Wien
Österreich
Tel: ++43 (1) 711 71-8239
Fax: ++43 (1) 711 71-8494

Mag. Peter STRAKA
Fach 240
A-1033 Wien
Österreich
Tel: ++43 (1) 711 71-8342
Fax: ++43 (1) 711 71-8494

Hr. Herrmann WAWRA
Fach 240
A-1033 Wien
Österreich
Tel: ++43 (1) 711 71-8180
Fax: ++43 (1) 711 71-8494

Dr. Martin BARTOS
Fach 240
A-1033 Wien
Österreich
Tel: ++43 (1) 711 71-8344
Fax: ++43 (1) 711 71-8494

Hr. Didier MONNOT
Monbijoustrasse 51a
CH-3003 Bern
Schweiz
Tel: ++41 (31) 323 10 48
Fax: ++41 (31) 323 11 00
E-mail: didier.monnot@efk.admin.ch

Frau Regula DURRER
Monbijoustrasse 51a
CH-3003 Bern
Schweiz
Tel: ++41 (31) 323 10 48
Fax: ++41 (31) 323 11 00

Dr. James ROBERTSON
Director, Health
157-197 Buckingham Palace Road
Victoria
London SW1W 9SP
Vereinigtes Königreich
Tel: ++44 (171) 798 - 7821, oder ++44 (20)
7798-7821
Fax: ++44 (171) 931 - 9072
E-mail: nao@gtnet.gov.uk

Frau Leslie ARONOVITZ
Suite 700
200 W. Adams St.
Chicago, Il. 60606
Vereinigte Staaten von Amerika
Tel: ++1 (312) 220-7767
Fax: ++1 (312) 220-7726
E-mail: aronovitzl.chro@gao.gov

V. Liste der Beobachter:

Hr. Jens PETERSEN-THUMSER
Fachbereichsleiter in der DSE/ZWS
Postfach 27 06 61
D-13476 Berlin-Tegel
Deutschland
Tel: ++49 (30) 43 99 6 - 333
Fax: ++49 (30) 43 99 6 - 336
E-mail: j.petersen@dse.de

VI. Tagungssekretariat:

Hr. Abdel Hamed Bouab
Officer-in-Charge Public Finance and Enterprise
Management Branch
United Nations
PFBDB / DGPAF / DDSMS
Room DC1-0964
New York, N.Y. 10017
Vereinigte Staaten
Tel: ++1 (212) 963 - 8406, 963 - 2916
Fax: ++1 (212) 963 - 9681

Dr. Franz Fiedler
Präsident des Rechnungshofes
Generalsekretär der INTOSAI
Rechnungshof
Fach 240
A-1033 Wien
Österreich
Tel: ++43 (1) 711 71 - 8456
Fax: ++43 (1) 712 94 25

Mag. Reinhard Rath
Abteilungsleiter
Rechnungshof
Fach 240
A-1033 Wien
Österreich
Tel: ++43 (1) 711 71 - 8350
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Dr. Gertrude Schlicker
Abteilungsleiter Stellvertreterin
Rechnungshof
Fach 240
A-1033 Wien
Österreich
Tel: ++43 (1) 711 71-8330
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Mag. Michaela Ott - Spracklin
Rechnungshof
Fach 240
A-1033 Wien
Österreich
Tel: ++43 (1) 711 71-8473
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Mag. Monika Gonzalez-Koss
Rechnungshof
Fach 240
A-1033 Wien
Österreich
Tel: ++43 (1) 711 71-8474
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Fr. Claudia Simeonoff
Rechnungshof
Fach 240
A-1033 Wien
Österreich
Tel: ++43 (1) 711 71-8478
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Fr. Gabriela Eger
Rechnungshof
Fach 240
Österreich
Tel: ++43 (1) 711 71-8572
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Fr. Andrea Vilimek
Rechnungshof
Fach 240
A-1033 Wien
Österreich
Tel: ++43 (1) 711 71-8228
Fax: ++43 (1) 712 94 25

Hr. Georg Jerabek
Rechnungshof
Dampfschiffstraße 2
Fach 240
A-1033 Wien
Österreich
Tel: ++43 (1) 711 71-8434
Fax: ++43 (1) 712 94 25