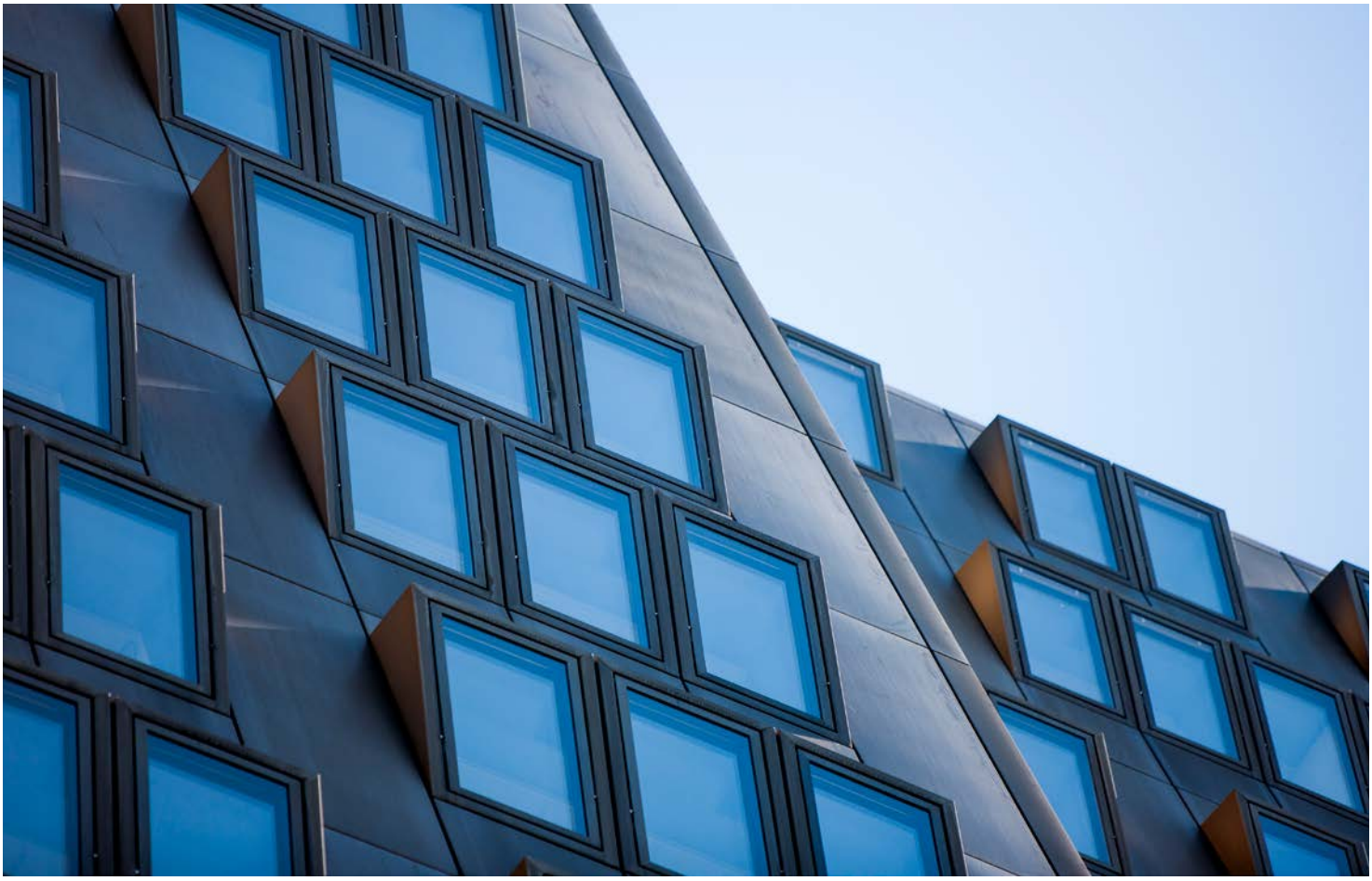
Rechnungshof Österreich

Unabhängig und objektiv für Sie.

Medizinische Rehabilitation – Organisation und Umsetzung

Reihe BUND 2024/35

Bericht des Rechnungshofes



III–68 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVIII. GP
Rechnungshof GZ 2024-0.835.163 (005.204)

Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes–Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punkteweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf– und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Rechnungshof Österreich
1030 Wien, Dampfschiffstraße 2
www.rechnungshof.gv.at
Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich
Herausgegeben: Wien, im November 2024

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8946
E–Mail info@rechnungshof.gv.at
facebook/RechnungshofAT
Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover, S. 6: Rechnungshof/Achim Bieniek

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 5

Prüfungsziel 7

Kurzfassung 7

Zentrale Empfehlungen 13

Zahlen und Fakten zur Prüfung 14

Prüfungsablauf und –gegenstand 15

Verantwortungsbereiche der Sozialversicherungsträger 16

Definition der Leistung und Medizinisches Leistungsprofil 16

Überblick über die Verträge und die Kapazitäten 21

Tarife Erwachsenenrehabilitation 23

Inhalt der Verträge 25

Kontrolle der Rehabilitationseinrichtungen 27

Umsetzung der Vertragsinhalte bei Kinder– und Jugendrehabilitation 31

Neue Vertragsabschlüsse 34
- Grundsatzentscheidung für Vergabeverfahren 34
- Durchführung der Vergabeverfahren 35
- Themen bei der Gestaltung der Ausschreibungen 39
- Befristungen und zeitliche Flexibilität 41
- Örtliche Zuordnung und Größe der Einrichtungen – stationäre psychiatrische Erwachsenenrehabilitation 43
- Berücksichtigung wirtschaftlicher Faktoren in den Zuschlagskriterien 46
- Umgang mit Unsicherheit bei der Kapazitätsplanung – ambulante Rehabilitation 49
- Größe der Einrichtungen – Kinder– und Jugendrehabilitation 53
- Zusammenfassung Vertragsabschlüsse 55

Antrags– und Genehmigungsprozess 57

Patientensteuerung 60

Eigene Einrichtungen 63
Kosten und Alleinstellungsmerkmale 63
Indikationen und Standorte 65
Rehabilitations–Informations–System 68

Resümee 72

Schlussempfehlungen 74

Anhang 78
Ressortbezeichnung und –verantwortliche 78

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auslastungsquoten der Rehabilitationseinrichtungen 2014 bis 2022 ____ 24

Tabelle 2: Anzahl der Kontrollen der Pensionsversicherungsanstalt 2016 bis Juni 2023 ____ 27

Tabelle 3: Durchgeführte Vergabeverfahren auf Basis der Rehabilitationspläne 2012 und 2016 ____ 36

Tabelle 4: Wesentliche Fragen und Reaktionen bei Vertragsgestaltung und Vergabeverfahren ____ 40

Tabelle 5: Stationäre psychiatrische Erwachsenenrehabilitation – Bedarf und Zuschlagsentscheidung ____ 44

Tabelle 6: Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche in Österreich ____ 54

Tabelle 7: Kosten in Rehabilitationseinrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) pro Tag und Tarife (Tagsätze) der Vertragspartner im Jahr 2022 ____ 63

Tabelle 8: Erreichte Erfolge und weiterer Handlungsbedarf bei der Organisation und Umsetzung der medizinischen Rehabilitation ____ 73

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der durch Eigene Einrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) abgedeckten Kapazitäten für stationäre Rehabilitation nach Indikationen (Stand 13. April 2023) 65

Abbildung 2: Rehabilitationseinrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) nach Anzahl der sanitätsbehördlich genehmigten Betten 2023 66

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BGBl.	Bundesgesetzblatt
bzw.	beziehungsweise
COVID	corona virus disease (Coronaviruskrankheit)
EG	Europäische Gemeinschaft
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
(f)f.	folgend(e)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HIV	Humanes Immun Defizienz Virus
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IT	Informationstechnologie
kg	Kilogramm
KG	Kommanditgesellschaft
km	Kilometer
Mio.	Million
MLP	Medizinisches Leistungsprofil
Mrd.	Milliarde
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
rd.	rund
RH	Rechnungshof
TZ	Textzahl
u.a.	unter anderem
z.B.	zum Beispiel

MEDIZINISCHE REHABILITATION – ORGANISATION UND UMSETZUNG

Im Jahr 2017 hatte der RH die Organisation der Leistungserbringung für die medizinische Rehabilitation durch die Pensionsversicherungsanstalt in mehreren Punkten kritisiert. Zwischenzeitlich verbesserte die Pensionsversicherungsanstalt die Leistungsdefinition, schrieb neue Verträge aus, verbesserte ihr Vertragspartnermanagement und die Qualitätssicherung und erneuerte die Patientensteuerung.

Weiteren Verbesserungsbedarf sah der RH bei der Tarifkalkulation, bei einer Individualisierung der Leistung und der Digitalisierung bzw. Qualität bei den Anträgen. Im Bereich der Kinder– und Jugendrehabilitation waren noch nicht alle Prozesse voll funktionsfähig, z.B. die Qualitätssicherung. Bei den Eigenen Einrichtungen wäre eine Weiterentwicklung in der Indikationsabdeckung und bei den Standorten (Investitionsbedarf, Wirtschaftlichkeit) sinnvoll:

Weiterentwicklung Medizinisches Leistungsprofil
(Individualisierung der Leistung)

↓

Standortkonzept
(Beseitigung von Ungleichgewichten nach Region, Indikation und Größe der Einrichtung)

Vertragspartnermanagement
(Kostenwahrheit, Standort, Bedarfsdeckung, Fristen)

Eigene Einrichtungen
(Standort, Indikation,
Durchführung Rehabilitations–Informations–System)

Qualitätsmanagement
(verspäteter Beginn bei Kinder– und Jugendlichenrehabilitation, Kontrolldichte an Rahmenbedingungen anpassen)

↓

Antragsprozess und Patientensteuerung
(zu wenig Information erfasst, Zuweisung zur bestgeeigneten Einrichtung)

↓

höhere Effektivität der Behandlung, Optimierung des Mitteleinsatzes

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Medizinische Rehabilitation – Organisation und Umsetzung

Prüfungsziel

Der RH überprüfte von Juni 2023 bis Oktober 2023 den Dachverband der Sozialversicherungsträger, die Pensionsversicherungsanstalt und die Österreichische Gesundheitskasse. Erhebungen fanden auch beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz statt. Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die Organisation und Umsetzung der medizinischen Rehabilitation durch die Sozialversicherungsträger zu beurteilen, insbesondere die Definition der Medizinischen Leistungsprofile, das Vertragspartnermanagement, das Tarifsystem, die Qualitätssicherung und Bearbeitung der Anträge der Versicherten sowie das System zur Zuweisung von Patientinnen und Patienten an die Leistungserbringer. Der RH knüpfte bei dieser Prüfung auch an Feststellungen und Empfehlungen aus seinem Bericht „Compliance im Vergabe– und Personalbereich in der Sozialversicherung“ (Reihe Bund 2017/7) an. Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2015 bis 2022.

Zeitgleich zu dieser Prüfung überprüfte der RH die Entwicklung und Steuerung der medizinischen Rehabilitation. Er legt darüber einen eigenen Bericht[1] vor.

Kurzfassung

Gemäß den Rechts– und Planungsgrundlagen war es Aufgabe der Sozialversicherungsträger, die konkreten Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu definieren, Entscheidungen über die Leistungsgewährung im Einzelfall zu treffen und die Leistungserbringung in Eigenen Einrichtungen oder bei Vertragspartnern zu organisieren. Aufgrund ihrer überwiegenden Fallzahlen – auf sie entfielen 74 % des Aufwands für Rehabilitationsverfahren – traf die Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**) dabei wesentliche Grundsatzentscheidungen. (TZ 2)

[1] RH–Bericht „Medizinische Rehabilitation – Entwicklung und Steuerung“ (Reihe Bund 2024/34)

Leistungsdefinition

Die PVA regelte die im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zu erbringenden Leistungen in Medizinischen Leistungsprofilen, die sie vertraglich mit den Leistungserbringern vereinbarte. Dabei strebte sie einen stärkeren Bezug auf konkrete Funktionseinschränkungen an (statt auf Diagnosen von Krankheiten) sowie ein stärkeres Eingehen auf die individuellen (auch arbeitsplatzbezogenen) Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Auf Basis von Plänen aus 2016 führte die PVA 2022 zunächst für die Eigenen Einrichtungen ein neues Medizinisches Leistungsprofil ein, ab Jänner 2024 war eine Ausrollung auch in den Vertragseinrichtungen vereinbart. (TZ 3)

Nach den Medizinischen Leistungsprofilen war vor Ort in der Rehabilitationseinrichtung ein individuelles Rehabilitationsziel zu vereinbaren. Dieses sollte durch verschiedene Therapien und Schulungen erreicht werden. Grundsätzlich war für jede Person ein Leistungsvolumen von 1.800 Therapie–Minuten vorgesehen. Abweichungen waren insbesondere durch Verlängerungen möglich, erfolgten aber nur in 3 % der Fälle. Die Art der Therapie (insbesondere aktive oder passive Therapie) konnte in drei Leistungskategorien (je nach Gesundheitszustand) unterschiedlich zusammengesetzt werden. Die Rehabilitation war aufgrund der einheitlichen Therapiezeit von 1.800 Minuten pro Patientin bzw. Patient noch in weiten Teilen eine standardisierte Leistung. Der RH hielt eine weitere Individualisierung für sinnvoll. (TZ 3)

Vertragspartnermanagement, Tarife, Visitation

Aufgrund der Differenzierung zwischen mehreren Indikationen, Standorten und Leistungserbringungsarten (stationär und ambulant) hatte die PVA ein komplexes System von mehr als 200 Rahmen– und bilateralen Verträgen zu administrieren. Von besonderer Bedeutung war die korrekte Erfassung der verfügbaren (und sanitätsbehördlich bewilligten) Ressourcen, da diese auch eine wichtige Grundlage für die Zuweisung der Patientinnen und Patienten an eine bestimmte Einrichtung war. Im Vergleich zum RH–Bericht „Compliance im Vergabe– und Personalbereich in der Sozialversicherung“ (Reihe Bund 2017/7, in der Folge: **Compliance–Bericht**) hatte die PVA deutliche Verbesserungen erreicht. (TZ 4)

Die Tarife waren je Indikation für alle Vertragspartner gleich, unabhängig von den konkreten Kosten der jeweiligen Einrichtung. Eine – extern erstellte – Kalkulation zeigte allerdings eine erhebliche Bandbreite der Kosten der Leistungserbringung insbesondere nach der Größe der Einrichtungen. (TZ 5)

Die Tarife stiegen seit 2015 (abgesehen von der Zeit der COVID–19–Pandemie) im Ausmaß der Inflation, obwohl sich die Auslastung vor der COVID–19–Pandemie erhöht hatte und Erleichterungen bei der Vorhaltung von Personal vereinbart wurden. Die PVA verfügte nicht für alle Indikationen über Tarifkalkulationen und wertete die wirtschaftlichen Ergebnisse der Vertragspartner nicht aus. Die PVA verzichtete auch auf einen Preiswettbewerb. (TZ 5)

Die PVA konnte nach Vorlage des Compliance–Berichts die Anzahl ihrer Kontrollen bei Vertragseinrichtungen und Eigenen Einrichtungen zunächst steigern. Eine Auswertung der PVA zeigte, dass die Rehabilitationseinrichtungen, die sie in den letzten Jahren geprüft hatte, im Durchschnitt die Qualitätsanforderungen zu einem hohen Grad erfüllten. Da aufgrund der COVID–19–Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 kaum Prüfungen vor Ort möglich waren, prüfte die PVA vor allem die COVID–Konzepte und nahm Teilvisitationen vor. Im Jahr 2022 und im ersten Halbjahr 2023 war die Anzahl der Visitationen geringer als vor der Pandemie. Die PVA verlängerte in ihren Vorgaben das maximale Intervall zwischen Visitationen von zwei auf fünf Jahre. Sie schloss in den Jahren vor der Gebarungsüberprüfung eine große Anzahl von neuen Verträgen ab und hatte damit weitere Einrichtungen zu visitieren. Zusätzlich war geplant, dass die PVA auf Ersuchen des Dachverbands der Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Dachverband**) die Vertragspartnerkontrolle in den Einrichtungen der Kinder– und Jugendrehabilitation übernehmen sollte. In diesem Bereich war eine systematische Qualitätskontrolle noch nicht eingerichtet. Die erste Visitation im Rahmen der Vertragspartnerkontrolle in einer Einrichtung der Kinder– und Jugendrehabilitation fand im Dezember 2023 statt. (TZ 7)

Verschiedene Vertragsbedingungen im Bereich der Kinder– und Jugendrehabilitation waren noch nicht umgesetzt, z.B. ein Monitoring der Wartezeiten und ein Beschwerdemanagement. (TZ 8)

Auswahl der Vertragspartner

Die PVA entschied im Jahr 2015, neue Verträge nur noch nach Durchführung eines Vergabeverfahrens abzuschließen. Im überprüften Zeitraum führten der Dachverband im Bereich der Kinder– und Jugendrehabilitation und die PVA für die Ausweitung der stationären psychiatrischen Rehabilitation für Erwachsene sowie der ambulanten Rehabilitation Vergabeverfahren durch. Die im Rehabilitationsplan ausgewiesenen Bedarfe konnten dadurch im Wesentlichen gedeckt werden. (TZ 9) Beschwerden von Mitbewerbern führten zu Nachprüfungsverfahren bei den Vergaben. Die Rechtsschutzinstanz entschied in zehn von elf Fällen für die PVA. (TZ 10)

Die PVA hatte die schwierige Aufgabe zu lösen, bei sich ändernden – und für Phase III der medizinischen Rehabilitation (langfristige Stabilisierung) fehlenden – Planungsvorgaben Vergabeverfahren durchzuführen. Mit Hinweis auf den erheblichen Aufwand der Ausschreibungen und auf die Notwendigkeit einer langfristigen Planung für die Bieter führte die PVA die Ausschreibungen nicht zeitlich kongruent mit den Planungszyklen durch. Sie erreichte ein hohes Maß an Flexibilität durch

- die Nutzung von Rahmenvereinbarungen,
- den dynamischen Hinweis auf die Rehabilitationspläne statt der Angabe konkreter anzubietender Mengen im Vergabeverfahren,
- eine Vertragsklausel zur möglichen Veränderung der Kapazitäten und
- einen Vertrag ohne Auslastungsgarantie.

Allerdings war dadurch für die Bieter die konkrete, tatsächlich nachgefragte Menge zur Zeit der Angebotslegung schwer vorhersehbar, was die Kalkulation des Angebots erschwerte. Im Bereich der Phase III gab es im Vergabeverfahren keine Mengenangaben. (TZ 15)

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung galten unterschiedliche vertragliche Laufzeiten bzw. Befristungsoptionen für Leistungsanbieter der medizinischen Rehabilitation. Es gab sowohl befristete Verträge bzw. Vereinbarungen für drei bzw. vier Jahre als auch unbefristete Verträge mit jährlicher Kündigungsmöglichkeit oder mit einem langfristigen Kündigungsverzicht. (TZ 12)

Die PVA überließ die Wahl der Standorte und die Größe der Einrichtungen im Wesentlichen den Bietern. So war der Einfluss auf eine optimale Struktur im Sinne der Standortwahl bzw. Standortverteilung und auf die Größe der Einrichtung gering. (TZ 13) Im Bereich der Kinder– und Jugendrehabilitation entstanden aufgrund der Verteilung auf vier Versorgungszonen und mehrere Indikationscluster letztlich sechs Standorte für einen Bedarf von 343 Betten. Dies bedingte eine entsprechend geringe Bettenzahl je Standort, was unter wirtschaftlichen, personellen und medizinischen Gesichtspunkten eine Herausforderung darstellte. (TZ 16)

Bei der Kinder– und Jugendrehabilitation wendete die Sozialversicherung erstmals das Instrument des Preiswettbewerbs an. Allerdings orientierten fünf von sechs erfolgreichen Bietern ihr Angebot sehr stark am Höchstpreis. Lediglich einer der Bieter bot einen wesentlich günstigeren Tarif. Die PVA begründete den Verzicht auf einen Preiswettbewerb mit einem Risiko für die Qualität. Demgegenüber stellte sie im Zuge ihrer Qualitätssicherungsmaßnahmen über 90 % Übereinstimmung mit den Qualitätsvorgaben fest. (TZ 7, TZ 14)

Die Struktur der Vertragspartner war historisch gewachsen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestanden Ungleichgewichte

- bei der regionalen Verteilung: Abweichung Soll– und Ist–Stände je Versorgungszone,
- bei der Größe der Einrichtungen: sehr unterschiedliche Anzahl der Betten,
- bei den Tarifen: unterschiedliche ökonomische Rahmenbedingungen je Indikation bzw. unterschiedliche Kostendeckungsgrade.

Über ein Konzept zur Bereinigung der Ungleichgewichte verfügte die PVA nicht. (TZ 10)

Antragsbearbeitung, Patientensteuerungssystem

Um über die Gewährung der Rehabilitation zu entscheiden und die bestgeeignete Einrichtung auszuwählen, war eine möglichst aussagekräftige Information im Antrag wesentlich. Der RH hatte im Compliance–Bericht empfohlen, die Antragstellung zu digitalisieren. Die Digitalisierung könnte Erleichterungen für die Ärztinnen und Ärzte bringen (z.B. durch einen automatischen Bezug zu Stammdaten) und Elemente der Qualitätssicherung umfassen (durch verpflichtend auszufüllende Felder). Der digitale Antrag könnte auch spezifische Informationen der Betroffenen je nach Indikation enthalten. Im Herbst 2023 waren noch keine Verbesserungen erreicht. Die PVA hatte aber auf Anregung des RH verschiedene Verbesserungen im Prozess unter Compliance–Gesichtspunkten vorgenommen (insbesondere die Auswertbarkeit der Entscheidungen sowie eine fixe Zuständigkeitsverteilung). (TZ 18)

Die PVA war bestrebt, eine objektiv nachvollziehbare Methode für die – auch wirtschaftlich relevante – Zuordnung von Patientinnen und Patienten zu einzelnen Einrichtungen zu entwickeln, ergänzte diese im überprüften Zeitraum um wichtige Parameter und entwickelte sie weiter. Sie versuchte, neben dem Patientenwunsch auch objektive Kriterien verstärkt zur Geltung zu bringen. Diese Steuerung war allerdings nicht erfolgreich und wurde nach einem halben Jahr wieder aufgegeben. Durch den zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Vorrang des Patientenwunschs war eine am objektiven Patientenbedarf orientierte Steuerung nur mehr eingeschränkt möglich. (TZ 19)

Eigene Einrichtungen

Die PVA betrieb 15 stationäre und zwei ambulante Eigene Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Leistungserbringung in Eigenen Einrichtungen war zwischen 33 % und 62 % teurer als bei Vertragspartnern. Die eigene Leistungserbringung brachte allerdings wichtige Informationen für die Steuerung und konnte bei medizinischen Spezialisierungen auch für die Patientinnen und Patienten zu einem Zusatznutzen führen. Hinsichtlich der Spezialisierungen (Alleinstellungsmerkmale) erreichte allerdings nur eine der 17 Einrichtungen alle Zielwerte, von den 31 vereinbarten Zielwerten waren neun erreicht. Abgesehen von diesen Alleinstellungsmerkmalen galten für die Eigenen Einrichtungen dieselben Medizinischen Leistungsprofile und Qualitätskriterien wie für die Vertragspartner. (TZ 20)

Der Anteil der durch die PVA selbst abgedeckten Leistungen lag bei Herz–Kreislauf–Erkrankungen bei 49 % und bei Stoffwechselerkrankungen bei 42 %, bei Neurologie und Onkologie dagegen unter 20 %. Für die psychiatrische Rehabilitation hatte die PVA trotz der steigenden Bedeutung dieses Bereichs keine Eigenen Einrichtungen. Die Größe der Eigenen Einrichtungen lag zwischen 101 Betten und 266 Betten, wobei die Kosten je Fall wesentlich auch von der Größe der Einrichtungen abhingen. In mehreren Eigenen Einrichtungen bestand erheblicher Investitionsbedarf. (TZ 21)

Die Implementierung eines Rehabilitations–Informations–Systems in den Eigenen Einrichtungen hatte statt 36 Monate rund neun Jahre gedauert und zu einer Kostenüberschreitung geführt. Im Zuge der Implementierung musste laut PVA die Auslastung der Eigenen Einrichtungen verringert werden, was bei Ausweichen auf Vertragspartnereinrichtungen zu Mehrkosten für die PVA führte. (TZ 22)

Handlungserfordernisse aus Sicht des RH

Auf Basis verbesserter Informationen über die Patientinnen und Patienten und einer Individualisierung der Leistungserbringung wäre die Leistungserbringung zu optimieren. Dabei wären jene Informationen von den Patientinnen und Patienten einzuholen, die für die Individualisierung der Leistung benötigt werden.

Stärker differenzierte Anforderungen würden es ermöglichen, ein differenziertes Angebot – regional, nach Größe, nach Indikationen – zu entwickeln, mit den Vertragspartnern sowie den Eigenen Einrichtungen umzusetzen und durch Qualitätssicherung zu gewährleisten. (TZ 23)

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

Pensionsversicherungsanstalt

- Die Leistungen und Therapiezeiten wären noch stärker an die konkreten Patientenbedürfnisse anzupassen, um die Versorgung möglichst effizient und effektiv zu gestalten. (TZ 3)

- Durch geeignete Instrumente (z.B. Tarifkalkulationen, Preiswettbewerb, Tarifdifferenzierung nach Unternehmensgröße) wäre sicherzustellen, dass das Tarifsystem für medizinische Rehabilitation für die Sozialversicherung wirtschaftliche bzw. sparsame Ergebnisse erzielt. (TZ 5)

- Gemeinsam mit der Prüfung der Standorte und Indikationen der Eigenen Einrichtungen (TZ 21) wäre die Leistungserbringung in Eigenen Einrichtungen auf ihre Zweckmäßigkeit zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen; zu berücksichtigen wären dabei die höheren Kosten, die Alleinstellungsmerkmale und der Nutzen der Eigenen Einrichtungen für einen medizinischen und wirtschaftlichen Erkenntnisgewinn. (TZ 20)

Dachverband der Sozialversicherungsträger; Österreichische Gesundheitskasse; Pensionsversicherungsanstalt

- Die Digitalisierung und Verbesserung des Prozesses zur Beantragung von medizinischer Rehabilitation wären prioritär umzusetzen; dabei wäre auf eine hohe Qualität (Vollständigkeit und Aussagekraft) der Angaben zu achten, um eine bestmögliche Leistung für die Betroffenen sicherstellen zu können. (TZ 18)

- Unter Nutzung der Erfahrungen der bisherigen Vergabeverfahren wären die Verträge mit den Anbietern der medizinischen Rehabilitation zu optimieren; dabei sollten insbesondere eine hohe Flexibilität bei Veränderungen in der Nachfrage, eine Optimierung der Größe der Einrichtungen und ihrer Lage sowie die Möglichkeiten des Preiswettbewerbs angestrebt werden. (TZ 17)

Zahlen und Fakten zur Prüfung

Medizinische Rehabilitation – Organisation und Umsetzung				
Rechtsgrundlage (Auswahl)	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. 189/1955 i.d.g.F. Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz (G–ZG), BGBl. I 26/2017 i.d.g.F. Bundesvergabegesetz 2006, BGBl. I 17/2006, außer Kraft getreten mit BGBl. I 65/2018; seit August 2018: Bundesvergabegesetz 2018, BGBl. I 65/2018 i.d.g.F. Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetz (KAKuG), BGBl. 1/1957 i.d.g.F.			
	Pensions-versicherungsanstalt	Österreichische Gesundheitskasse		Dachverband der Sozialversicherungs-träger
		Erwachsene	Kinder und Jugendliche	
	Anzahl 2022			
Anträge	213.044	11.748	2.555[1]	–
Genehmigungen[2]	152.123	9.583	2.545	–
durchgeführte Verfahren	134.461	5.959[3]	1.397	–
Qualitätskontrollen	24	–		–
	Anzahl 2023			
Eigene Einrichtungen	17	1	–	–
Vertragseinrichtungen	94	71	6	27
	Anzahl im überprüften Zeitraum			
Ausschreibungen	2	–	–	1[4]

[1] medizinisch beurteilt
[2] Bei der Differenz zwischen den Anträgen und Genehmigungen entfallen neben Ablehnungen auch rd. 12.000 Fälle auf Abtretungen, rd. 20.000 auf Verzichtsfälle, rd. 18.000 auf Widerrufe sowie auf kleinere Kategorien wie Sterbefälle.
[3] nur stationär; Zahlen zu ambulanten Verfahren nicht verfügbar
[4] Zwei Lose von elf wurden in einem neuen Vergabeverfahren wiederholt.

Quellen: Dachverband; ÖGK; PVA

Prüfungsablauf und –gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte von Juni 2023 bis Oktober 2023 den Dachverband der Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Dachverband**)[2], die Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**) und die Österreichische Gesundheitskasse (**ÖGK**)[3]. Erhebungen fanden auch beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Sozialministerium**)[4] statt.

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die Organisation und Umsetzung der medizinischen Rehabilitation zu beurteilen, insbesondere

- die Definition der Medizinischen Leistungsprofile,
- das Vertragspartnermanagement,
- das Tarifsystem,
- die Qualitätssicherung und Bearbeitung der Anträge sowie
- das System zur Zuweisung von Patientinnen und Patienten an die Leistungserbringer.

Der überprüfte Zeitraum umfasste die Jahre 2015 bis 2022; ergänzend ging der RH auch auf aktuellere und frühere Entwicklungen ein. Der RH knüpfte dabei an seine Feststellungen und Empfehlungen im Bericht „Compliance im Vergabe– und Personalbereich in der Sozialversicherung“ an (Reihe Bund 2017/7, in der Folge: **Compliance–Bericht**).

Zeitgleich überprüfte der RH die Entwicklung und Steuerung der medizinischen Rehabilitation. Er legt darüber einen eigenen Bericht[5] vor.

(2) Zu dem im Mai 2024 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen der Dachverband im Juni 2024, die ÖGK im Juli 2024 und die PVA im August 2024 Stellung. Das Sozialministerium, an das keine Empfehlungen im Bericht gerichtet sind, gab keine Stellungnahme ab. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen an den Dachverband und die PVA im November 2024. Gegenüber der ÖGK verzichtete er auf eine Gegenäußerung.

---

[2] Der Dachverband folgte am 1. Jänner 2020 dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nach. Der RH verwendet im vorliegenden Bericht einheitlich die Bezeichnung **Dachverband**.

[3] Die ÖGK ging mit 1. Jänner 2020 aus der Fusion der neun Gebietskrankenkassen hervor.

[4] Das für Soziales zuständige Ministerium wechselte im überprüften Zeitraum mehrmals seine Bezeichnung und Zuständigkeiten. Siehe dazu die Tabelle im Anhang. Im vorliegenden Bericht verwendet der RH einheitlich die Bezeichnung **Sozialministerium**.

[5] RH–Bericht „Medizinische Rehabilitation – Entwickung und Steuerung“ (Reihe Bund 2024/34)

Verantwortungsbereiche der Sozialversicherungsträger

2 Auf Grundlage der – im Bericht „Medizinische Rehabilitation – Entwicklung und Steuerung“ (TZ 6 f. bzw. TZ 17 f.) näher dargestellten – Rechtsgrundlagen und Planungsdokumente war es Aufgabe der Sozialversicherungsträger,

- die Leistung der medizinischen Rehabilitation näher zu definieren,
- die Leistungserbringung in Eigenen Einrichtungen oder bei Vertragspartnern zu organisieren,
- Entscheidungen über die Leistungsgewährung im Einzelfall zu treffen sowie
- die Betroffenen zu einzelnen Leistungserbringern zuzuordnen.

Ein wesentlicher Hintergrund für die Aufgabenerfüllung waren die Verdreifachung der Anzahl der Rehabilitationsverfahren bei der PVA im Zeitraum 2003 bis 2022 und die stärkere Ausdifferenzierung der medizinischen Rehabilitation (z.B. in stationäre und ambulante Rehabilitation).

Definition der Leistung und Medizinisches Leistungsprofil

3.1 (1) Wie im RH–Bericht „Medizinische Rehabilitation – Entwicklung und Steuerung“ (TZ 2) dargestellt, war der Inhalt der Leistung „medizinische Rehabilitation“ im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz[6] geregelt:

- einerseits über die Zielsetzung (z.B. Erhaltung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit),
- andererseits über die Einordnung in die Versorgung (Anschluss an die Krankenbehandlung)
- sowie durch eine Aufzählung von Erbringungsarten (insbesondere Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik).

Bestimmungen zur Art, Dauer oder Anzahl von Therapien waren im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz nicht enthalten. Dies zu konkretisieren war Aufgabe der Sozialversicherungsträger. Dabei hatte die PVA eine führende Rolle, weil 74 % des Aufwands für Rehabilitationsverfahren auf sie entfielen.

[6] BGBl. 189/1955 i.d.g.F.

Für wesentliche andere Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung (z.B. ärztliche Hilfe, Behandlung in Krankenanstalten) gab der Gesetzgeber allgemeine Kriterien vor (z.B. die ausreichende und zweckmäßige, das Ausmaß des Notwendigen nicht übersteigende Leistung). Die Entscheidungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte konkretisierten diese Kriterien. Die Leistungen waren im Wesentlichen für jede Betroffene und jeden Betroffenen individuell (z.B. Anzahl der Arztbesuche bis zur Genesung, Dauer des Krankenhausaufenthalts). Für die medizinische Rehabilitation war die Leistung traditionell stark standardisiert: ein dreiwöchiger Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik mit einer vorgegebenen Anzahl von Therapieeinheiten.

(2) Die medizinische Rehabilitation war in vier Phasen unterteilt:

- Phase I umfasste Frühmobilisation im Akutkrankenhaus,
- Phase II die Behandlung in einer Sonderkrankenanstalt,
- Phase III fand ambulant zur Stabilisierung der erreichten Effekte sowie zur langfristigen Veränderung des Lebensstils statt,
- Phase IV bezeichnete die langfristige ambulante Nachsorge, die ohne ärztliche Aufsicht erfolgen konnte (Langzeitrehabilitation).

(3) Die PVA gab den Rehabilitationseinrichtungen Anforderungen für die zu erbringende Leistung in Medizinischen Leistungsprofilen[7] vor. Diese bildeten die Basis für die therapeutischen, ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen. Sie enthielten insbesondere Mindestleistungsanforderungen

- zur Art und Anzahl der diagnostischen und ärztlichen Untersuchungen,
- zur Art, Anzahl und Dauer der therapeutischen Maßnahmen,
- zur Zusammenstellung aktiver und passiver Therapien,
- zum psychologischen Leistungsangebot,
- zu den Inhalten von Schulungen sowie
- zum Umfang von rehabilitativen Pflegemaßnahmen.

(4) Im September 2016 beschloss die PVA für die medizinische Rehabilitation die Entwicklung eines neuen Betreuungsmodells. Dieses sollte statt auf Diagnosen von Krankheiten auf Funktionseinschränkungen (ICF)[8] basieren (z.B. konkrete Bewegungseinschränkungen). Eine individuelle Festlegung von Rehabilitationszielen und daraus abgeleitet von zielgerichteten Rehabilitationsmaßnahmen sollte Verbesserungen bewirken. Die PVA setzte dieses Vorhaben in mehreren Schritten um:

- Ende 2018 führte die PVA das Konzept „RehaJET“ (Rehabilitation für Job, Erwerbsfähigkeit und Teilhabe) in den Eigenen Einrichtungen ein. Dabei sollten vor allem

[7] Bei Vertragseinrichtungen waren die Medizinischen Leistungsprofile Teil der vertraglichen Vereinbarung.

[8] **ICF** – International Classification of Functioning, Disability and Health

besondere berufliche Problemlagen[9] erkannt und arbeitsplatzbezogene Aspekte bei der Festlegung der individuellen Rehabilitationsziele und –maßnahmen berücksichtigt werden.

- Im Jahr 2021[10] formulierte die PVA das Medizinische Leistungsprofil „MLP 2.0“. Dieses galt für alle Indikationen (zuvor bestanden je Indikation unterschiedliche Leistungsprofile). Teil des „MLP 2.0“ war das „RehaLeistungsPortfolio (RLP)“, welches die fachlichen Inhalte der Leistungen beschrieb und z.B. die Therapieminuten, die maximalen Gruppengrößen sowie jene Berufsgruppen festlegte, die berechtigt waren, die Leistung zu erbringen.
- Ab 1. Jänner 2022 führte die PVA das neue Medizinische Leistungsprofil „MLP 2.0“ in ihren Eigenen Einrichtungen ein, passte es auf Basis der Anwendungserfahrungen an und entwickelte je ein eigenes Medizinisches Leistungsprofil für den stationären und den ambulanten Bereich sowie ein gesondertes Leistungsprofil für psychiatrische Rehabilitation.
- Mit 1. Jänner 2024 sah die PVA die neuen Medizinischen Leistungsprofile in den Eigenen Einrichtungen und vertraglich für alle Vertragseinrichtungen vor.

(5) Im Unterschied zu den früheren Medizinischen Leistungsprofilen sahen das „MLP 2.0“ sowie die darauffolgenden Medizinischen Leistungsprofile nicht verpflichtend vor, einen bestimmten Personalstand vorzuhalten. Die Rehabilitationseinrichtung konnte den Personalstand an die Bedarfslage anpassen (insbesondere an die Auslastung). In den Eigenen Einrichtungen setzte die PVA den Umstieg mit dem vorhandenen Personal weitgehend kostenneutral um. Den Vertragspartnern gewährte die PVA für die Einführung der neuen Medizinischen Leistungsprofile einen auf zwölf Monate befristeten Zuschuss für Umstellungskosten von 2,11 EUR je Tagsatz.

(6) Schwerpunkte der neuen Medizinischen Leistungsprofile waren die Festlegung individueller Rehabilitationsziele und eine individualisierte Rehabilitation. Ziel war, den Betroffenen jene Leistungen bereitzustellen, die sie für die jeweilige Erkrankung und den persönlichen Bedarf – Erwerbsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und soziale Lebenssituation – benötigten.

Dazu waren ein Grundmodul, die Rehabilitationsdiagnostik, die Rehabilitationstherapie und die Ergebnisanalyse vorgesehen. Weiters regelten die Medizinischen Leis-

[9] Die besondere berufliche Problemlage definiert die Diskrepanz zwischen dem individuellen Leistungsvermögen (psychisch/physisch) der Patientin bzw. des Patienten und den Anforderungen des individuellen Arbeitsplatzes.

[10] Im Mai 2021 fand das Kick–off für das Projekt „PVA 2030“ statt, welches fünf Programmsäulen vorsah. Die Programmsäule „Reha 2030“ enthielt die Vorhaben „MLP 2.0“ und „RehaLeistungsPortfolio (RLP)“.

tungsprofile mögliche Verlängerungen, Mindesttherapiezeiten sowie die Einstufung und Verteilung der Leistungsarten (aktive bzw. passive Therapien):

- Das Grundmodul beschrieb jene Leistungen, die jede Patientin und jeder Patient erhalten sollte. Dies betraf im Wesentlichen die Aufnahme– und Entlassungsuntersuchungen, Vorträge und Beratungsgespräche. Die Leistungen des Grundmoduls wurden nicht auf die vorgeschriebenen Mindesttherapiezeiten angerechnet.
- Die Rehabilitationsdiagnostik betrachtete die Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientinnen und Patienten mit Schwerpunkt auf berufliche Probleme und psychosoziale Belastungen. Sie beurteilte die Selbstständigkeit in Alltagsaktivitäten, die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit sowie Funktionseinschränkungen und stufte die Patientinnen und Patienten in eine von drei Leistungskategorien ein. Ein multiprofessionelles, interdisziplinäres Rehabilitationsteam bestimmte die Rehabilitationsziele.
- Die Rehabilitationstherapie legte je nach Leistungskategorie die zu erbringenden Leistungen fest (Therapieumfang, Verteilung auf aktive und passive Therapieleistungen, Schulungen sowie bei Bedarf aktivierende Pflegeleistungen).
- Die Ergebnisanalyse enthielt u.a. die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse und Therapiemaßnahmen, die definierten Rehabilitationsziele und den Grad der Zielerreichung zum Entlassungszeitpunkt, Entlassungsberatung sowie empfohlene weitere Maßnahmen.

Die PVA plante für die Phase der Umsetzung der neuen Medizinischen Leistungsprofile eine begleitende Kontrolle durch zusätzliche Visitationen und eine wissenschaftliche Begleitung durch die im chefärztlichen Bereich angesiedelte Abteilung „Forschung, Innovation und medizinische Leistungsentwicklung“. In den Medizinischen Leistungsprofilen waren Parameter definiert, zu denen die Einrichtungen ab Mitte 2025 Daten an die PVA zu liefern hatten, um eine Basis für die wissenschaftliche Begleitung zu schaffen.

(7) In den neuen Medizinischen Leistungsprofilen waren Mindesttherapiezeiten von 600 Minuten je Woche und insgesamt mindestens 1.800 Minuten (drei Wochen, Normdauer) vorgesehen.[11]

Konnte das Rehabilitationsziel innerhalb der bewilligten Aufenthaltsdauer nicht erreicht werden, so bestand die Möglichkeit einer Verlängerung für weitere Einzel– und Gruppenleistungen.

[11] Bei der Indikation Neurologie betrugen die Mindestaufenthaltsdauer vier Wochen sowie die Mindestbehandlungsdauer 2.400 Minuten. Für die psychiatrische Rehabilitation waren für Therapie ein Mindestaufenthalt von sechs Wochen und eine Mindestbehandlungsdauer von 7.200 Minuten vorgesehen. Für die ambulante Rehabilitation waren 3.000 Therapieminuten bzw. – bei der psychiatrischen Rehabilitation – 7.100 Therapieminuten vorgesehen. Im Falle der berufsbegleitend absolvierten Rehabilitation konnten die Therapieminuten in einem Zeitraum von sechs bis zehn Wochen absolviert werden. Neben der Therapiedauer und den Mindesttherapiezeiten der Rehabilitation Phase II waren in den Medizinischen Leistungsprofilen auch die Zeiten für die ambulante Rehabilitation Phase III geregelt.

Der RH wertete gemeinsam mit der PVA die Fälle des Jahres 2022 aus, in denen die Rehabilitationsdauer von der Normdauer abwich:

- In 12 % der Fälle (rd. 16.800 von rd. 134.500) gab es eine Verlängerung oder eine Verkürzung.
- Von den rd. 4.100 Verlängerungen wurden rd. 2.500 um eine Woche verlängert.
- Von den rd. 12.700 Verkürzungen wurde in rd. 2.300 Fällen die Rehabilitation einen Tag vor Ende vorzeitig abgebrochen, in rd. 1.400 Fällen in den ersten drei Tagen.

Die PVA erklärte einen Teil der Verlängerungen damit, dass vierwöchige Rehabilitationsaufenthalte, die 2022 nicht mehr vorgesehen, aber noch 2021 regulär genehmigt worden waren, im IT–System als Verlängerung abgebildet waren.

Weitere Individualisierungen der Anzahl und Dauer der Rehabilitationsleistungen, die sich nach dem Gesundheitszustand, der Leistungsfähigkeit und den Patientenbedürfnissen richteten, bestanden nicht.

3.2 Der RH hielt fest, dass die PVA im Jahr 2016 begann, die Rahmenbedingungen für die medizinische Rehabilitation zu verändern. Er sah in der stärker individualisierten Leistungserbringung und der Fokussierung der Rehabilitation auf die Teilhabe am sozialen und beruflichen Umfeld eine wichtige Weiterentwicklung. Der RH anerkannte auch, dass die PVA in den Medizinischen Leistungsprofilen Parameter für Datenlieferungen definierte und dass sie plante, die Daten wissenschaftlich auszuwerten.

Der RH merkte jedoch an, dass grundsätzlich nach wie vor einheitliche Mindesttherapiezeiten festgelegt waren – 1.800 Minuten Therapieeinheiten je Fall. Lediglich die Verteilung auf aktive und passive Leistungen konnte je nach Leistungsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten variieren. Die PVA nutzte die Möglichkeit der Verlängerung oder Verkürzung der Rehabilitation im Jahr 2022 nur selten.

Aus Sicht des RH wäre es sinnvoll, die Leistungen bzw. die Therapiedauer – analog zur ärztlichen Behandlung im Rahmen der Krankenbehandlung oder einer Behandlung in Krankenanstalten – weiter zu individualisieren, insbesondere im Hinblick auf den konkreten Gesundheitszustand, die Leistungsfähigkeit und die Bedürfnisse der Patientin bzw. des Patienten.

Der RH empfahl der PVA, die Leistungen und Therapiezeiten noch stärker an die konkreten Patientenbedürfnisse anzupassen, um die Versorgung möglichst effizient und effektiv zu gestalten.

3.3 Die PVA merkte in ihrer Stellungnahme an, dass sie das teilhabeorientierte Medizinische Leistungsprofil ständig weiterentwickle, um die Leistungen und Therapiezeiten an die konkreten Patientenbedürfnisse anzupassen.

Überblick über die Verträge und die Kapazitäten

4.1 (1) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung organisierte die PVA die medizinische Rehabilitation einerseits durch 17 Eigene Einrichtungen (TZ 20 f.), andererseits durch Verträge mit anderen Leistungserbringern. Im Jahr 2023 hatte die PVA Verträge über Kapazitäten von rd. 6.500 Betten für stationäre medizinische Rehabilitation und von rd. 18.300 Verfahren für ambulante Rehabilitation abgeschlossen. Die Verträge waren im Wesentlichen spezifisch für den Standort, die Indikation und die Leistungserbringung (stationär und ambulant). Es bestanden sowohl bilaterale Verträge zwischen einem einzelnen Sozialversicherungsträger und einem Vertragspartner als auch Rahmenverträge, die anderen Sozialversicherungsträgern die Möglichkeit boten, dem Vertrag beizutreten. Die PVA hatte daher ein System von mehr als 200 Rahmen– und bilateralen Verträgen zu verwalten.

Insgesamt verfügte die PVA mit Stand 1. Juli 2023 über 224 Verträge mit 82 Vertragspartnern und über 94 Vertragseinrichtungen, davon 145 Rahmenverträge und 79 bilaterale Verträge. 70 Verträge betrafen stationäre Rehabilitation, 154 Verträge ambulante Rehabilitation. Die PVA schloss im Zeitraum 2019 bis 2023 91 neue Rehabilitationsverträge ab, 84 davon im ambulanten Bereich.

Der Dachverband verfügte mit Stand 1. Juli 2023 über 34 stationäre Rehabilitationsverträge, die 26 Vertragspartner mit 27 Einrichtungen betrafen. Sechs Vertragseinrichtungen davon betrafen die Kinder– und Jugendrehabilitation.

(2) Die Inhalte der Verträge, insbesondere die Anzahl der verfügbaren und sanitätsbehördlich bewilligten Betten, stellten einen wichtigen Parameter für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten dar, die wiederum für die Vertragspartner von erheblicher wirtschaftlicher Bedeutung war (TZ 19). Die verfügbaren Kapazitäten je Vertragspartner waren in einer Datenbank erfasst. Im Compliance–Bericht (TZ 68)

hatte der RH dargestellt, dass die Werte nicht immer aktuell und nicht vollständig nachvollziehbar waren. Die Änderung der Werte unterlag keinem vollständigen Vier–Augen–Prinzip. Dies verhinderte, dass das Ziel einer ausgewogenen Zuteilung der Patientinnen und Patienten auf die Einrichtungen erreicht wurde. Der RH hatte empfohlen, die maßgeblichen Parameter im Vier–Augen–Prinzip zu bearbeiten; Eingriffe sollten schriftlich dokumentiert und ausreichend begründet werden.

Zur Zeit der gegenständlichen Gebarungsüberprüfung hatte die PVA festgelegt, wer Änderungen der Parameter durchführen durfte und wer darüber zu informieren war. Die Eingabe in die Datenbank unterlag nach den Vorgaben immer dem Vier–Augen–Prinzip. Die Art und der Grund der Änderung, das Datum und die durchführenden Personen waren zu dokumentieren. Die zuständige Abteilungsleitung, die Direktion des Geschäftsbereichs und eine weitere Abteilung wurden über die Änderung per E–Mail informiert. Der RH überprüfte stichprobenartig die Einhaltung der neuen Vorgaben und stellte fest, dass die Änderungen nachvollziehbar und entsprechend den Vorgaben dokumentiert waren.[12] Die PVA stimmte auch die verfügbaren Betten laut Datenbank mit der aktuellen – teilweise jedoch historisch bedingten – Bescheidlage nach dem Landeskrankenanstaltenrecht und den vertraglichen Bedingungen (z.B. Belegung von maximal zwei Betten je Zimmer) ab. Zuweisungen durch die PVA setzten sowohl tatsächlich verfügbare als auch rechtlich genehmigte und der Rehabilitation gewidmete Betten voraus.

4.2 Der RH wies darauf hin, dass die PVA über 200 Verträge in verschiedenen Formen zu administrieren hatte. Die Zahl der Verträge war im überprüften Zeitraum erheblich gestiegen. Der RH anerkannte, dass nunmehr Änderungen der verfügbaren Kapazitäten im Vier–Augen–Prinzip nachweisbar dokumentiert waren. Er sah darin einen wichtigen Schritt, um eine transparente Übersicht über die vertraglich verfügbaren Kapazitäten sicherzustellen.

[12] Es handelte sich z.B. um eine Verringerung der zur Verfügung stehenden Betten bei Umbau– und Sanierungsmaßnahmen.

Tarife Erwachsenenrehabilitation

5.1 (1) Für stationäre Rehabilitationsleistungen hatte der RH im Compliance–Bericht (TZ 60) kritisiert, dass die PVA bzw. der Dachverband ohne Preiswettbewerb, weitgehend ohne Kalkulationen und ohne Kenntnis der tatsächlichen Kostenstrukturen der Anbieter Tarife für einen Markt mit einem Volumen von über 1 Mrd. EUR festlegte. Die Angemessenheit der Tarife war nach Ansicht des RH nur im Rahmen einer Kalkulation überprüfbar. Der RH hatte daher empfohlen, aktuelle Kalkulationen als Grundlage der Tarife für Kuren und Rehabilitation zu erstellen.

Zur Zeit der gegenständlichen Gebarungsüberprüfung verfügte die PVA im Bereich der Onkologie über eine Kalkulation, die sie im Jahr 2017 mit Unterstützung einer externen Beratungsfirma erstellt hatte. Die Kalkulation ergab Kosten zwischen 164 EUR und 201 EUR pro Behandlungstag je nach Szenario und Größe der Einrichtung; die Kosten unterschieden sich somit um bis zu 37 EUR pro Tag. Ein System mit Kalkulationen für alle Indikationen lag nicht vor.

Ein Preiswettbewerb fand weiterhin nicht statt. Im Zuge der Vergabeverfahren hatte die PVA im Vorstand einen solchen Preiswettbewerb abgelehnt, weil das Risiko eines negativen Qualitätswettbewerbs bestehe. Auf maßgebliche Faktoren für unterschiedliche Kostenstrukturen (z.B. die Größe der Einrichtungen oder die Lage) ging das Tarifsystem nicht ein, es galten dieselben Tarife für größere und kleinere Einrichtungen. Der Dachverband und die PVA verfügten nach wie vor über keine Rechnungsabschlüsse oder andere Informationen der Leistungserbringer, aus denen ihre Kostenstrukturen erkennbar waren. Sie konnten daher die wirtschaftlichen Ergebnisse der Vertragspartner nicht auswerten.

(2) Am 20. März 2020 verordnete der Sozialminister aufgrund der COVID–19–Pandemie bis 1. Mai 2020 die Einstellung des Betriebs in nahezu allen Vertragseinrichtungen. Die Wirtschaftskammer Österreich als Vertreter der Vertragspartner und die PVA stimmten daraufhin „Empfehlungen zur Wiederaufnahme des Betriebes in Vertragseinrichtungen“ ab (z.B. Einhalten von Sicherheitsabständen, Reduktion von Gruppengrößen, Einzelbelegung aller Zimmer). Diese verstanden sich als Interpretation der in den sogenannten Lockerungsverordnungen enthaltenen Bestimmungen für Schutzmaßnahmen zur Minimierung des Infektionsrisikos. Weiters vereinbarten Vertreterinnen und Vertreter der Wirtschaftskammer Österreich und der Sozialversicherung eine Wertanpassung der Tarife für die Jahre 2020 und 2021 sowie einen Zuschlag zur Abdeckung von COVID–19–bedingten Mehraufwendungen. Ab 1. September 2022 entfielen diese Zuschläge.

(3) Bereinigt um die durch die COVID–19–Pandemie bedingten Zuschläge stiegen die Tarife – mit Ausnahme der Onkologie, bei der ein höherer Anstieg vereinbart wurde – im Ausmaß der Inflation. Es gab jedoch mehrere Faktoren, die abweichend von der allgemeinen Preissteigerung auch kostenentlastend wirkten.

(4) Die folgende Tabelle zeigt den Anteil der – durch Zuweisungen der ÖGK und der PVA – belegten Betten an den insgesamt verfügbaren Betten:

Tabelle 1: Auslastungsquoten der Rehabilitationseinrichtungen 2014 bis 2022

Jahr	Ist–Betten (Gesundheit Österreich GmbH)[1]	Belegung (Österreichische Gesundheitskasse und Pensionsversicherungsanstalt)[2]	Auslastung
	Anzahl		in %
2014	10.938	7.647	69,9
2015	11.032	7.866	71,3
2016	10.967	8.264	75,4
2017	11.382	8.731	76,7
2018	11.242	8.885	79,0
2019	11.550	9.039	78,3
2020	11.424	7.035	61,6
2021	11.487	8.279	72,1
2022	11.487	8.787	76,5

[1] Ist–Betten für die Jahre 2016 und 2020 gemäß Rehabilitationsplänen 2016 und 2020, die Werte für die übrigen Jahre stammen aus einer jährlichen Erhebung der Gesundheit Österreich GmbH; die Zählweise in diesen jährlichen Erhebungen änderte sich im dargestellten Zeitraum.
[2] hochgerechnet aus der Anzahl durchgeführter Rehabilitationsverfahren

Quellen: GÖG; ÖGK; PVA; Berechnung: RH

Die Auslastung stieg vor der COVID–19–Pandemie zwischen 2014 und 2018 durchgehend um insgesamt 9,1 Prozentpunkte an, 2019 ging sie geringfügig auf 78,3 % zurück. Dies war angesichts steigender Fallzahlen und restriktiverer Vergabe von Neuverträgen (siehe RH–Bericht „Medizinische Rehabilitation – Entwicklung und Steuerung“ (Reihe Bund 2024/34, TZ 20)) plausibel.

Weiters veränderte die PVA die Qualitätskriterien für die Vertragspartner: Während grundsätzlich für die gesamten vertraglich zugesicherten Betten das notwendige Personal vorzuhalten war, war ab 2020 nur noch die korrekte Leistungserbringung für die tatsächlich zugewiesenen Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Die Einrichtungen konnten somit nunmehr auf Basis der zugewiesenen Personen mittelfristig das benötigte Personal abschätzen und gegebenenfalls bei nicht vollständiger Auslastung durch Teilzeitbeschäftigte oder Urlaubsverbrauch ihre Kosten reduzieren.

5.2 Der RH kritisierte, dass die PVA noch nicht für alle Indikationen Tarifkalkulationen erstellt hatte und die wirtschaftlichen Ergebnisse der Vertragspartner nicht kannte. Er wies darauf hin, dass sich die PVA für ein Tarifsystem ohne Differenzierung nach Größe der Einrichtung entschieden hatte, obwohl diese in einer Kalkulation als maßgeblicher Kostenparameter ausgewiesen war. Die PVA verzichtete auch auf einen Preiswettbewerb. Obwohl die Auslastung vor der COVID–19–Pandemie gestiegen war und Erleichterungen bei den Personalvorgaben vereinbart wurden, stiegen die Tarife im Ausmaß der Inflation.

Der RH empfahl der PVA, durch geeignete Instrumente (z.B. Tarifkalkulationen, Preiswettbewerb, Tarifdifferenzierung nach Unternehmensgröße) sicherzustellen, dass das Tarifsystem für medizinische Rehabilitation für die Sozialversicherung wirtschaftliche bzw. sparsame Ergebnisse erzielt.

5.3 Die PVA nahm die Empfehlung in ihrer Stellungnahme zur Kenntnis.

Inhalt der Verträge

6.1 (1) Die Rehabilitationsverträge enthielten zahlreiche Qualitätsvorgaben, z.B. Qualitätskontrollen durch die PVA, Aus– und Fortbildung des Personals, Auskunftsverpflichtungen, Medizinische Leistungsprofile (TZ 3), Strukturqualität (etwa Personalschlüssel), Unterbringung.

Der RH hatte in seinem Compliance–Bericht (TZ 58) festgestellt, dass in den Rehabilitationsverträgen keine Sanktion vorgesehen war, wenn Qualitätsvorgaben verletzt wurden. Er hatte daher dem Dachverband und der PVA eine entsprechende Regelung empfohlen.

In Umsetzung dieser Empfehlung vereinbarte die PVA mit den Vertragspartnern als Beilage zu den Verträgen den „Maßnahmenkatalog für mehr Vertrauen, Transparenz, Verlässlichkeit und Nachvollziehbarkeit im Rahmen von Kontrollbesuchen in Vertragseinrichtungen“. Dieser enthielt auch Regelungen über eine Zuweisungseinschränkung bei Qualitätsmängeln. Außerdem nahm die PVA Vertragsklauseln in ihre neuen Verträge auf, die in bestimmten Fällen Vertragsstrafen vorsahen, z.B. bei verzögerter Aufnahme des Vollbetriebs oder bei Verletzung von Meldepflichten.

Wenn die PVA vertragswidrige Zustände feststellte, setzte sie Fristen zur Mängelbehebung und konnte Maßnahmen verhängen: Sie konnte die Patientenzuweisungen bis zur Beseitigung der Mängel einschränken (Zuweisungsreduktion) oder vorübergehend beenden (Zuweisungssperre) oder vorübergehende (Teil–)Sperren der Einrichtung verfügen. Bei massiven Leistungsmängeln konnte sie den Vertrag fristlos

kündigen. Die auf Basis des Maßnahmenkatalogs verfügten Folgen mussten nach Art, Umfang und Dauer im Verhältnis zum festgestellten Mangel angemessen und im Hinblick auf die wirtschaftlichen Folgen für die Einrichtung verhältnismäßig sein. Nach festgestellter Behebung des Mangels hob die PVA die Sanktionen wieder auf.

(2) In den Rehabilitationsverträgen des Dachverbands war ebenfalls das Recht auf Kontrollbesuche geregelt, die die PVA federführend für die Sozialversicherung durchführte. Dabei wandte sie den „Maßnahmenkatalog für mehr Vertrauen, Transparenz, Verlässlichkeit und Nachvollziehbarkeit im Rahmen von Kontrollbesuchen in Vertragseinrichtungen“ einschließlich allfälliger Sanktionen an. Bei einseitigen Änderungen durch Vertragseinrichtungen war eine Pönale vereinbart.

Der Dachverband setzte bei der Vergabe der Kinder– und Jugendrehabilitation die vom RH empfohlene Sanktionierungsmöglichkeit insofern um, als alle ausgeschriebenen Verträge Regelungen zu Vertragsstrafen und Sanktionen bei Qualitätsmängeln enthielten.

6.2 Der RH anerkannte, dass der Dachverband und die PVA die empfohlenen Regelungen über Sanktionen im Fall von Vertragsverletzungen umgesetzt hatten.

Kontrolle der Rehabilitationseinrichtungen

7.1 (1) Die PVA führte als größter Anbieter von Rehabilitationsmaßnahmen Qualitätskontrollen sowohl im eigenen Bereich als auch für die anderen Sozialversicherungsträger durch. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Kontrollen der PVA in den Jahren 2016 bis Juni 2023:

Tabelle 2: Anzahl der Kontrollen der Pensionsversicherungsanstalt 2016 bis Juni 2023

Art der Visitation	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023[1]	Summe 2016 bis 2022
	Anzahl[2]								
Erstvisitation	7	12	22	29	3	7	9	4	**89**
Routinevisitation	10	2	6	18	3	0	12	2	**51**
Teilvisitation	5	20	7	0	35	25	0	0	**92**
Prüfung COVID–Konzepte					128				**128**
außerordentliche Visitation	5	3	2	3	0	1	1	0	**15**
Nachvisitation	4	0	1	0	0	0	0	0	**5**
Begehung	5	1	39	3	7	6	2	1	**63**
Summe	**36**	**38**	**77**	**53**	**176**	**39**	**24**	**7**	**443**

[1] Stand 6. Juni 2023
[2] in Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge Aktiv, Kur und Rehabilitation

Quelle: PVA; Zusammenstellung: RH

Die PVA führte im Jahr 2016 36 Kontrollen durch und steigerte deren Anzahl bis 2018 auf 77 Kontrollen; im Jahr 2019 fanden 53 Kontrollen statt. Während der COVID–19–Pandemie führte die PVA im Jahr 2020 schwerpunktmäßig 128 Prüfungen der COVID–Konzepte durch und nahm 35 Teilvisitationen vor (2021: 25).

Gemäß ihren internen Vorgaben konnte sich die PVA bei Einrichtungen, die im Zuge der letzten Vollvisitation hinsichtlich der Organisation und des Medizinischen Leistungsprofils ein gutes Ergebnis erreicht hatten, bei der darauffolgenden planmäßigen Visitation auf eine Teilprüfung beschränken. Insgesamt führte die PVA im Jahr 2022 24 Kontrollen und von 1. Jänner bis 6. Juni 2023 sieben Kontrollen durch.

(2) Im überprüften Zeitraum stieg die Anzahl der Verträge der PVA stark an. Im Zeitraum 2019 bis 2023 kamen 91 neue Verträge hinzu. Die PVA hatte zum 1. Juli 2023 94 Vertragseinrichtungen (davon 47 ambulante und 47 stationäre).

Bei neuen Vertragseinrichtungen, oder wenn bei bestehenden Vertragseinrichtungen neue Indikationen hinzukamen, hatte die PVA gemäß ihrem Visitationskonzept nach Vertragsabschluss „grundsätzlich innerhalb von drei bis zwölf Monaten“ eine angekündigte Vollvisitation (Erstvisitation) durchzuführen. Die Zahl der Erstvisitationen stieg allerdings nicht entsprechend an: So führte die PVA im Jahr 2019 noch

29 Erstvisitationen durch, im Jahr 2022 nur neun. Laut PVA hätten Erstvisitationen erst stattfinden können, wenn ausreichend Rehabilitationsverfahren in den jeweiligen Indikationen abgeschlossen waren, um die Einhaltung des Medizinischen Leistungsprofils prüfen zu können.

(3) Im Compliance–Bericht (TZ 59) hatte der RH kritisiert, dass die PVA bei ihrer trägerübergreifenden Vertragspartnerkontrolle die selbst gesetzten Ziele weder bei der Kontrolldichte noch bei der Erledigungsdauer für Visitationsberichte erreicht hatte. Damals strebte die PVA an, jede Vertragseinrichtung einmal in zwei Jahren zu prüfen. Die tatsächliche Prüffrequenz war deutlich geringer. Der RH hatte deshalb der PVA im Compliance–Bericht empfohlen, die Kontrolldichte und die Erledigungsdauer an die internen Vorgaben anzupassen.

Gemäß dem zur Zeit der gegenständlichen Gebarungsüberprüfung gültigen Visitationskonzept der PVA sollte jede Gesundheitseinrichtung – u.a. abhängig von der Bewertung bei der letzten Visitation – zumindest einmal in fünf Jahren visitiert werden. Grund für diese Vorgabe war laut PVA die zunehmende Zahl der Vertragspartner (u.a. Aufnahme von Eigenen Einrichtungen sowie ambulanten Einrichtungen).

(4) Bei ihren Kontrollen prüfte die PVA die Einhaltung der Qualitätsvorgaben gesondert für die Bereiche Medizin und Organisation. Die Bewertung erfolgte in Form sogenannter „PVA–Logos“, die den Klassifizierungssymbolen von Hotelsternen nachgebildet waren und den Erfüllungsgrad (in %) der PVA–Qualitätsanforderungen ausdrückten. Die von der PVA in den Jahren 2019 bis 2023 geprüften Rehabilitationseinrichtungen wiesen einen Erfüllungsgrad im Bereich der Organisation zwischen 95,78 % (2019) und 98,19 % (2021), bei den Medizinischen Leistungsprofilen zwischen 91,15 % (2019) und 97,05 % (2020) auf; dies entsprach einer Qualitätsauszeichnung von durchschnittlich vier bzw. fünf Logos. In den Jahren 2020 bis 2023 gab es nur zwei außerordentliche Visitationen aufgrund von unvorhergesehenen Ereignissen (z.B. vermehrten Beschwerden).

Die PVA verhängte in den Jahren 2019 bis 2023 in fünf Einrichtungen Zuweisungsreduktionen bzw. –sperren. Eine sofortige Kündigung oder Vertragsauflösung wegen Leistungsmängeln gab es in diesem Zeitraum nicht. In einem Fall verlängerte die PVA einen befristeten Vertrag aufgrund wiederholt unzureichender Visitationsergebnisse nicht.

(5) Eine regelmäßige Vertragspartnerkontrolle bei der Kinder– und Jugendrehabilitation war bisher nicht eingerichtet. Auf Ersuchen des Dachverbands (im Namen aller Krankenversicherungsträger) sollte die PVA in Zukunft auch die Kontrolle der Kinder– und Jugend–Rehabilitationseinrichtungen in Zusammenarbeit mit den anderen Trägern durchführen. Die genaue Ausgestaltung der Kontrollen wurde zur

Zeit der Gebarungsüberprüfung noch vorbereitet. In einem Schreiben vom Jänner 2024 teilte der Dachverband mit, dass die PVA im Dezember 2023 die erste Visitation in einer Einrichtung der Kinder– und Jugendrehabilitation durchgeführt habe und bereits weitere Visitationen geplant seien. Ebenfalls geplant war, die Kinder– und Jugendrehabilitation auf qualitativer und quantitativer Ebene zu evaluieren.

7.2 (1) Der RH hielt fest, dass die PVA im Sinne der Empfehlung des RH im Compliance–Bericht, die Kontrolldichte an die Vorgaben anzupassen, bis 2018 die Anzahl der Kontrollen erhöhte. Da aufgrund der COVID–19–Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 kaum Prüfungen vor Ort möglich waren, prüfte die PVA vor allem COVID–Konzepte und führte Teilvisitationen durch. Im Jahr 2022 und im ersten Halbjahr 2023 war die Anzahl der Visitationen geringer als vor der Pandemie.

Der RH wies kritisch darauf hin, dass die PVA in ihren Vorgaben das maximale Intervall zwischen Visitationen von zwei auf fünf Jahre verlängerte. Er wies darauf hin, dass die PVA in den letzten Jahren eine große Anzahl von neuen Verträgen im Rehabilitationsbereich abschloss, deren Einrichtungen im Rahmen der Vertragspartnerkontrolle zu visitieren waren. Zusätzlich war geplant, dass die PVA aufgrund des Ersuchens des Dachverbands die Vertragspartnerkontrolle in den Einrichtungen der Kinder– und Jugendrehabilitation übernimmt.

Nach Ansicht des RH stellten regelmäßige Kontrollen der Vertragspartner eine wichtige Maßnahme zur Qualitätssicherung dar. Durch die neue Vertragslandschaft im Rehabilitationsbereich hatten sich die Rahmenbedingungen für die Vertragspartnerkontrolle der PVA verändert. Der RH war daher der Ansicht, dass die PVA insbesondere auf die Anzahl der Kontrollen, die Kontrolldichte und die Ergebnisse der Qualitätsüberprüfungen verstärkt achten sollte.

Der RH empfahl der PVA, bei der Vertragspartnerkontrolle die Kontrollmaßnahmen den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen, um die Qualität der Rehabilitationseinrichtungen für die Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Der RH hielt fest, dass die Anzahl der von der PVA verhängten Sanktionen in den letzten Jahren konstant niedrig war. Eine Auswertung der PVA zeigte, dass die von ihr in den Jahren 2019 bis 2023 geprüften Rehabilitationseinrichtungen im Durchschnitt die Qualitätsanforderungen zu einem hohen Grad erfüllten.

(2) Der RH kritisierte, dass im Bereich der Kinder– und Jugendrehabilitation eine systematische Qualitätskontrolle bisher nicht bestand: Eine erste Visitation einer Einrichtung fand erst im Dezember 2023 statt. Für die Zukunft waren nach einer Übereinkunft zwischen dem Dachverband und den Sozialversicherungsträgern regelmäßige Visitationen geplant.

Der RH empfahl dem Dachverband, der ÖGK und der PVA, in den Einrichtungen der Kinder– und Jugendrehabilitation regelmäßige Vertragspartnerkontrollen durchzuführen und sicherzustellen, dass die Qualitätsvorgaben eingehalten werden.

7.3 (1) Der Dachverband merkte in seiner Stellungnahme an, dass die Visitation zweier Einrichtungen bereits stattgefunden habe und das weitere Vorgehen mit der PVA und den Krankenversicherungsträgern abgestimmt werde.

(2) Die ÖGK hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass im Bereich der Kinder– und Jugendrehabilitation unter Organisation des Dachverbands und unter Einbeziehung der PVA bereits erste Evaluierungen stattgefunden hätten. Der Fachbereich Medizinischer Dienst der ÖGK habe im Rahmen dieser Qualitätskontrollen die medizinische Expertise übernommen. Im Dezember 2023 habe die erste Evaluierung einer Einrichtung, im Frühjahr 2024 eine Qualitätskontrolle in einer weiteren Einrichtung stattgefunden. Weitere Visitationen seien im Laufe des Jahres 2024 geplant.

(3) Die PVA nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung, bei der Vertragspartnerkontrolle die Kontrollmaßnahmen den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen, zur Kenntnis. Die Kontrollmaßnahmen würden in regelmäßigen Intervallen an sich verändernde Rahmenbedingungen angepasst.

Zur Empfehlung regelmäßiger Vertragspartnerkontrollen in den Einrichtungen der Kinder– und Jugendrehabilitation hielt die PVA fest, dass die grundsätzliche Zuständigkeit für Rehabilitationsmaßnahmen von Kindern und Jugendlichen bei den Krankenversicherungsträgern liege. Die PVA unterstütze aufgrund des Know–hows in diesem Bereich die Durchführung der Vertragspartnerkontrollen. Bereits im Jahr 2023 sei begonnen worden, alle Vertragseinrichtungen in diesem Bereich vor Ort zu visitieren; dieser Prozess werde im zweiten Halbjahr 2024 abgeschlossen sein.

Umsetzung der Vertragsinhalte bei Kinder– und Jugendrehabilitation

8.1 (1) In den Verträgen über die Leistungen der Kinder– und Jugendrehabilitation waren u.a. die Aufnahmekriterien, Struktur–, Prozess– und Ergebnisqualität, indikationsspezifische Vereinbarungen sowie Vereinbarungen über die Unterbringung und Mindeststandards verbindlich wie folgt geregelt:

- Information über Wartezeiten auf der Website:
  Daten über Wartezeiten auf Betten in stationären Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche lagen der ÖGK nicht vor. Gemäß ÖGK priorisierten die Einrichtungen selbst die Fälle und stimmten auch die Termine mit den Familien ab. Gemäß § 13 Abs. 5 des Vertrags über Leistungen der Kinder– und Jugendrehabilitation hatten sich die jeweiligen Einrichtungen verpflichtet, auf ihrer Website einen frei zugänglichen Überblick über Wartezeiten einzurichten und diesen aktuell zu halten. Die Vertragspartner setzten diesen Vertragsinhalt nicht bei allen Einrichtungen um.

- Monatliche statistische Aufzeichnungen über die Aufenthaltstage von Patientinnen und Patienten:
  Gemäß § 13 Abs. 5 des Vertrags über Leistungen der Kinder– und Jugendrehabilitation hatte jede Einrichtung dem Dachverband monatliche statistische Aufzeichnungen über die Aufenthaltstage zu übermitteln. Eine standardisierte, monatliche Auswertung über die Aufenthaltstage von unter 18–Jährigen – alle Sozialversicherungsträger übergreifend – konnte der Dachverband dem RH nicht vorlegen.

- Qualitätsmanagement:
  Gemäß § 15 des Vertrags über Leistungen der Kinder– und Jugendrehabilitation hatte jede Einrichtung ein Qualitätsmanagement zu führen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es für die Kinder– und Jugendrehabilitation noch kein umfassendes Qualitätsmanagementsystem – dieses sollte künftig die PVA wahrnehmen. Auch eine einheitliche, standardisierte und vernetzte Qualitätsdokumentation gab es nicht (TZ 7).

(2) Der leistungszuständige Sozialversicherungsträger bearbeitete eingehende Beschwerden; dafür lagen ihm Antrag, Befunde etc. vor. Langte eine Beschwerde z.B. bei der ÖGK ein, ging das Personal diesen Beschwerden nach (etwa durch die Kontaktaufnahme mit den Eltern bzw. ein Stellungnahmeersuchen an die Vertragseinrichtung). Den Dachverband als Vertragspartner der Leistungserbringer zogen die Sozialversicherungsträger nur in Fällen von allgemeiner Relevanz oder bei vertraglichen Themen hinzu. Die ÖGK plante zur Zeit der Gebarungsüberprüfung, einen internen, fachbereichsübergreifenden Prozess für Beschwerden zu implementieren

und in weiterer Folge gemeinsam mit dem Dachverband ein „Beschwerdemanagement“ einzurichten. Einen strukturierten, fachbereichs– und trägerübergreifenden Prozess zum Beschwerdemanagement gab es nicht.

8.2 Der RH kritisierte, dass nicht alle Vertragspartner ihrer Pflicht nachkamen, einen Überblick über Wartezeiten auf ihrer Website zu veröffentlichen.

Er empfahl dem Dachverband, auf die Veröffentlichung von Wartezeiten auf den Websites der stationären Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche hinzuwirken.

Der RH kritisierte, dass der Dachverband keine standardisierte, monatliche Auswertung über die Rehabilitations–Aufenthaltstage von unter 18–Jährigen – alle Sozialversicherungsträger übergreifend – vorlegen konnte. Dadurch wären auch die Auswirkungen diverser Maßnahmen (z.B. Rehabilitationsfreistellung für Eltern) besser messbar bzw. wäre eine gleichmäßige zeitliche Verteilung von Rehabilitationsaufenthalten besser steuerbar.

Der RH empfahl dem Dachverband, zu erheben, ob es bei der Inanspruchnahme besonders stark nachgefragte Monate gab (z.B. Ferienzeiten); eine gleichmäßige Inanspruchnahme wäre anzustreben.

Der RH kritisierte, dass es keinen strukturierten, trägerübergreifenden Prozess zum Beschwerdemanagement gab.

Er empfahl dem Dachverband, der ÖGK sowie der PVA, einen strukturierten, trägerübergreifenden Prozess zum Beschwerdemanagement in der Kinder– und Jugendrehabilitation einzurichten.

8.3 (1) Der Dachverband merkte in seiner Stellungnahme an, dass sich ausschließlich aus der Veröffentlichung von Wartezeiten nach Indikationen kein Rückschluss für den Einzelfall ziehen lasse, weil es in der Praxis innerhalb der Indikationen eine große Differenzierung zwischen unterschiedlichen Turnussen – sowohl nach Alter als auch nach anderen medizinischen Gesichtspunkten – gebe.

Grundsätzlich betrachte der Dachverband die Abstimmung der verfügbaren Ressourcen der Einrichtungen mit der Nachfrage und zeitlichen Verfügbarkeit der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Begleitpersonen als Sache der Einrichtungen. Aufgrund des im Arbeitsvertragsrechts–Anpassungsgesetz geschaffenen Freistellungsanspruchs der Eltern werde in Zukunft von einer gleichmäßigeren Inanspruchnahme ausgegangen. Diesbezügliche Verschiebungen bei den nachgefragten Monaten hätten aufgrund des Inkrafttretens der Bestimmung erst im November 2023 noch nicht beobachtet werden können.

Die Empfehlung, einen strukturierten, trägerübergreifenden Prozess zum Beschwerdemanagement in der Kinder– und Jugendrehabilitation einzurichten, nahm der Dachverband zur Kenntnis.

(2) Laut Stellungnahme der ÖGK würden Beschwerden oder auch Rückmeldungen im Regelfall in Patienten–Fragebögen erfolgen oder bei den Ombudsstellen bzw. auch direkt in den Fachbereichen einlangen. Wenn sich daraus eine Beschwerde ableiten lasse, werde der Fragebogen – sofern ein Zusammenhang mit vertraglichen Bestimmungen bestehe – an den Dachverband übermittelt. Auch ein direkter Kontakt mit den Eltern sei vorgesehen. Im Zuge der laufenden Digitalisierungsmaßnahmen sei angedacht, ein geeignetes technisches Tool zur Erfassung von Beschwerdefällen zu implementieren. In weiterer Folge sei eine Schnittstelle zum Dachverband zu prüfen und einzurichten.

(3) Die PVA hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass sie in das Beschwerdemanagement der Kinder– und Jugendrehabilitation nur am Rande involviert sei. Der Auftrag richte sich primär an die dafür zuständigen Krankenversicherungsträger.

8.4 Der RH entgegnete dem Dachverband, dass die Rehabilitationseinrichtungen zur Veröffentlichung über Wartezeiten auf ihren Websites vertraglich verpflichtet waren. Daher wäre auf die Einhaltung des Vertrags oder auf seine Änderung hinzuwirken. Wenn beim Management der Beginnzeitpunkte eines Rehabilitationsaufenthalts eine Bezugnahme auf die medizinischen Voraussetzungen notwendig ist, wären die dafür erforderlichen Informationen vertraglich zu regeln.

Neue Vertragsabschlüsse

Grundsatzentscheidung für Vergabeverfahren

9.1 (1) Die Rehabilitationsverträge der PVA enthielten weder eine Auslastungs– noch eine Zuweisungsgarantie. Die PVA begründete dies damit, dass das tatsächliche Zuweisungsvolumen von Parametern abhing, die nur zum Teil vorhersehbar waren, beispielsweise der Zahl der Anträge und Genehmigungen.

Auch die Verträge des Dachverbands im Bereich der Erwachsenenrehabilitation enthielten keine Auslastungs– bzw. Zuweisungsgarantie. Für Zuweisungen sollte der Bedarf an Behandlungen und nicht eine allenfalls zu füllende Kapazität von Anbietern relevant sein. Zur Zeit des Compliance–Berichts war daher unklar, ob es sich bei den Verträgen um Leistungs– oder Abrechnungsverträge handelte und ob sie einer Ausschreibungspflicht unterlagen.

Der RH hatte im Compliance–Bericht mehrere Probleme bei der Auswahl der Vertragspartner für medizinische Rehabilitation durch die PVA angesprochen: Die PVA war nicht von sich aus aktiv geworden, sondern hatte die Initiative den Bewerbern überlassen. Da sie die Verträge mit den Leistungsanbietern nicht zwingend als Dienstleistungsaufträge betrachtete, hatte sie auch keine Ausschreibungen durchgeführt. Das Verfahren zur Bedarfsprüfung beim jeweiligen Land und die Vertragsverhandlungen mit den Sozialversicherungsträgern waren wenig koordiniert. Die PVA hatte nicht alle Schriftstücke im Zusammenhang mit der Vertragsvergabe vollständig erfasst, teilweise waren Entscheidungen nicht ausreichend begründet. Der RH hatte im Compliance–Bericht (TZ 52 und TZ 65) der PVA empfohlen, der Auswahl der Anbieter sachliche Kriterien zugrunde zu legen und darauf zu achten, dass Entscheidungen über den Abschluss und die Gestaltung von Rehabilitationsverträgen nachvollziehbar und in ihren Begründungen transparent dokumentiert sind.

(2) Die PVA gründete im April 2015 eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung einer Vorgehensweise für zukünftige Vertragsvergaben. Aufgrund der Ergebnisse entschied der Vorstand im Juli 2015, künftig das Vergaberecht einzuhalten. Die Ausschreibungspflicht wurde im Juni 2015 auch vom Verfassungsdienst (auf Anfrage des Dachverbands zur Kinder– und Jugendrehabilitation) bejaht.

Nach einer Novelle des Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetzes im Jahr 2017[13] war eine Vertragszusage der Sozialversicherung grundsätzlich Voraussetzung für eine Errichtungsbewilligung. Die Sozialversicherung konnte nunmehr nach der Rehabilitationsplanung ein Vergabeverfahren durchführen und den Bestbieter ermitteln. Nur dieser erhielt die erforderlichen Bewilligungen.

[13] BGBl. 1/1957 i.d.F. BGBl. I 26/2017; siehe RH–Bericht „Medizinische Rehabilitation – Entwicklung und Steuerung“ (Reihe Bund 2024/34, TZ 18)

(3) Leistungen der stationären und ambulanten Rehabilitation qualifizierte die EU–Vergaberichtlinie[14] bzw. das Bundesvergabegesetz 2006[15] zur Zeit der Ausschreibungen als „nicht–prioritäre Dienstleistungen"; sie waren daher einem reduzierten Vergaberegime unterstellt. Die Sozialversicherungsträger hatten als öffentliche Auftraggeber unter Berücksichtigung der Vergabegrundsätze des Transparenzgebots und des Diskriminierungsverbots einen großen Spielraum bei der Wahl und Ausgestaltung des Vergabeverfahrens.

(4) Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung führte die Sozialversicherung drei Ausschreibungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation durch (TZ 10). Die drei Verfahren betrafen Dienstleistungsaufträge im Oberschwellenbereich mit EU–weiter Bekanntmachung.

9.2 Der RH anerkannte, dass durch die Novelle zum Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetz und die Entscheidung des Dachverbands bzw. der PVA im Jahr 2015, in Hinkunft Verträge im Bereich der medizinischen Rehabilitation nach dem Vergaberecht auszuschreiben, nunmehr klare Rahmenbedingungen bestanden. Dadurch konnten der Dachverband und die PVA die Verträge transparenter und sachlicher vergeben.

Durchführung der Vergabeverfahren

10.1 (1) Dachverband, ÖGK und PVA führten seit 2015 drei Vergabeverfahren für zusätzliche Leistungen durch, um die zusätzlichen Bedarfe laut Rehabilitationsplanung zu decken. Diese betrafen die Bereiche ambulante Rehabilitation, stationäre psychiatrische Rehabilitation für Erwachsene und Kinder– und Jugendrehabilitation.

Die Ausschreibungen als Dienstleistungsaufträge im Oberschwellenbereich mit EU–weiter Bekanntmachung wurden als zweistufige Verhandlungsverfahren mit Bestbieterprinzip durchgeführt. Die PVA vergab im überprüften Zeitraum keine neuen Verträge ohne Ausschreibungen. Davon unabhängig gab es aus Altverträgen Erweiterungen.

[14] Richtlinie 2004/18/EG über die Koordinierung der Verfahren zur Vergabe öffentlicher Bauaufträge, Lieferaufträge und Dienstleistungsaufträge bzw. die aktuelle Richtlinie 2014/24/EU über die öffentliche Auftragsvergabe und zur Aufhebung der Richtlinie 2004/18/EG

[15] BGBl. I 17/2006, außer Kraft getreten mit Inkrafttreten des Bundesvergabegesetzes 2018, BGBl. I 65/2018

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die drei Verfahren:

Tabelle 3: Durchgeführte Vergabeverfahren auf Basis der Rehabilitationspläne 2012 und 2016

	ambulante Rehabilitation	stationäre psychiatrische Erwachsenenrehabilitation	Kinder– und Jugendrehabilitation
ausschreibende Stelle	Pensionsversicherungsanstalt	Pensionsversicherungsanstalt	Dachverband
Indikationen	7 Indikationen	psychiatrische Rehabilitation	10 Indikationen
Ausschreibungsbeginn	Juli 2018	November 2017	September 2015
Abschluss des Vergabeverfahrens	September 2019	März 2019	November 2016
Ergebnis des Vergabeverfahrens	Rahmenvereinbarung[1] für 4 Jahre zum Abschluss von Rahmenverträgen	Rahmenvertrag[1] für 3 Jahre	Rahmenvertrag[1] unbefristet (langfristiger Kündigungs-verzicht)
Auftragswert in Mio. EUR	44,33	67,46	120
Zuschlagskriterien (Punktesystem)	medizinisch–therapeutisch (60), organisatorisch (35), Räumlichkeiten (5)	medizinisch–therapeutisch (50), organisatorisch[2] (35), Unterbringung (15)	Qualität (50), Preis (30), Fertigstellungszeitraum (20)
Erfüllungsorte	10 Städte	3 Versorgungszonen	4 Versorgungszonen
Lose (Anzahl)	10	3	11

[1] Eine Rahmenvereinbarung legt nur die Bedingungen für allfällige spätere Einzelverträge fest und gibt daher dem Auftraggeber mehr Flexibilität.
[2] Der Fertigstellungszeitraum war als Teil der organisatorischen Kriterien mit 10,5 Punkten bewertet.

Quellen: Dachverband; PVA; Zusammenstellung: RH

Für die Abwicklung verwendeten der Dachverband und die PVA eine elektronische Vergabeplattform.

Es gab insgesamt elf Nachprüfungsverfahren, davon fünf für die stationäre psychiatrische Erwachsenenrehabilitation und jeweils drei für die ambulante Rehabilitation und die Kinder– und Jugendrehabilitation. In einem Nachprüfungsverfahren wurde einem Antrag teilweise stattgegeben, was zu einer Wiederholung der Bewertung führte (ohne Auswirkung auf die ausgewählten Anbieter). In acht Fällen wurden die Anträge abgewiesen, in einem Fall zurückgewiesen, in einem weiteren Fall zurückgezogen. Die in den Rehabilitationsplänen 2012 (Kinder und Jugendliche) und 2016 (Psychiatrie) vorgesehenen Zusatzbedarfe konnten die Vergaben im überprüften Zeitraum im Wesentlichen decken.

(2) Es gab mehrere Hinweise auf Ungleichgewichte im Bestand der Verträge:

- Die historisch gewachsene räumliche Verteilung der Betten wich vom Sollzustand laut Rehabilitationsplanung ab. So waren in der Versorgungszone Ost rd. 700 Betten zu wenig, in der Versorgungszone Süd rd. 760 Betten zu viel eingerichtet.

- Die Größe der Einheiten war sehr unterschiedlich. Sie reichte von weniger als 50 Betten bis zu mehr als 400 Betten. Dies führte u.a. im Hinblick auf die einheitlichen Tarife und auf Synergieeffekte, die sich aus der Größe der Einrichtung ergaben, zu sehr unterschiedlichen wirtschaftlichen (aber auch medizinischen) Rahmenbedingungen.
- Mehrere Vertragspartner gaben an, dass die Tarife für die verschiedenen Indikationen wirtschaftlich nicht gleichwertig seien. So seien z.B. die Tarife bei der Indikation Stoffwechsel deutlich schlechter als bei der Indikation Bewegungs– und Stützapparat.

Konkrete Vorhaben zum Abbau der Ungleichgewichte bei den bestehenden Verträgen im stationären Bereich hatte die PVA nicht. Veränderungen müssten sowohl die Betriebs– und Errichtungsbewilligungen der Länder als auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (z.B. Baukosten, Vorteile durch Zusammenlegung von Einrichtungen) und auch das Vergaberecht berücksichtigen.

Für die Zeit ab dem Jahr 2020 sah der Rehabilitationsplan 2020 im stationären Bereich keinen Ausbaubedarf mehr vor. Die ambulante Rehabilitation sollte weiter ausgebaut werden. Für das Jahr 2025 war ein neuer Rehabilitationsplan vorgesehen.

10.2 Der RH anerkannte, dass der Dachverband und die PVA seit 2015 neue Verträge im Wege von Vergabeverfahren abschlossen und dass die Bedarfe dadurch im Wesentlichen gedeckt werden konnten. Beschwerden von Mitbewerbern führten zu Nachprüfungsverfahren bei den Vergaben. Die Rechtsschutzinstanz entschied in zehn von elf Fällen für den Dachverband bzw. für die PVA.

Der RH wies allerdings darauf hin, dass in der bestehenden Vertragsstruktur Ungleichgewichte – regional, strukturell und tariflich – vorlagen. Er sah kritisch, dass die PVA noch kein Konzept zur Bereinigung dieser Ungleichgewichte hatte. Der RH hielt es dabei für essenziell, die bisherigen Erfahrungen mit den Vergabeverfahren zu berücksichtigen.

Er empfahl der PVA, ein Konzept zu entwickeln, wie bestehende Ungleichgewichte in der Vertragspartnerstruktur – regional, strukturell und tariflich – ausgeglichen werden können.

10.3 Die PVA hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass Unterschiede in der regionalen Verteilung historisch gewachsen seien und sich daraus ergäben, dass noch nicht alle ambulanten Eignungsstandorte ausgeschrieben worden seien. Auch im Rahmen der Arbeiten zum Rehabilitationsplan 2025 werde darauf geachtet, weiterhin bestehende Unterschiede auszugleichen. Dies liege aber nicht im ausschließlichen Zuständigkeitsbereich der PVA, obwohl dies wünschenswert wäre. Die Interessen vor allem

der Länder würden hier eine wesentliche Rolle spielen. Aufgrund ihrer Zuständigkeit zur Bedarfsprüfung sei es nicht einfach möglich, Kapazitäten von einem Land in ein anderes zu „verschieben“. Zu beachten sei auch der Umstand, dass in der stationären Rehabilitation die regionale Verteilung aufgrund der langen Aufenthaltsdauer vernachlässigbar und somit eine gleichmäßige Verteilung auf die Länder bzw. Versorgungszonen auch nicht primär im Fokus der PVA liege, zumal dies auch nicht zu einem Mehrwert für die Versicherten führe. Im ambulanten Bereich, in dem die Erreichbarkeit eine zentrale Rolle spiele, seien Eignungsstandorte definiert und auf Betreiben der PVA erstmalig auch im Rehabilitationsplan 2020 die Kapazitäten auf diese bezogen worden.

Die Empfehlung zur Größe der Einrichtungen (sehr unterschiedliche Anzahl der Betten) und zu den Tarifen (unterschiedliche ökonomische Rahmenbedingungen je Indikation bzw. unterschiedliche Kostendeckungsgrade) nahm die PVA zur Kenntnis. Die Größe der Einrichtungen sei allerdings für die Patientinnen und Patienten von untergeordneter Bedeutung. In die wirtschaftliche Gestion der Bieter solle die PVA im Rahmen der Vergabeverfahren nur insoweit Einfluss nehmen und habe sie nur insoweit Einfluss nehmen wollen, als dies aus medizinischen oder rechtlichen Gründen geboten (gewesen) sei.

10.4 Der RH wies gegenüber der PVA darauf hin, dass der systematische Abbau von Ungleichgewichten bei den Verträgen ein mittel– und langfristiges Konzept erforderte, das in der Planung zu erstellen war. Dies könnte nach Ansicht des RH auch die erforderliche Einbindung der Länder ermöglichen und auch die Kosten einer regionalen Verschiebung im Hinblick auf ohnehin bestehenden Investitionsbedarf optimieren.[16]

Weiters entgegnete der RH, dass die Größe der Einrichtung als wesentlicher betriebswirtschaftlicher Parameter indirekt über die Tarife der PVA die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung beeinflusste. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

[16] siehe dazu auch RH–Bericht „Medizinische Rehabilitation – Entwicklung und Steuerung“ (Reihe Bund 2024/34, TZ 20)

Themen bei der Gestaltung der Ausschreibungen

11 Neben der rechtlich korrekten Durchführung war bei den Vergabeverfahren eine klare Zielvorstellung wesentlich, um eine sparsame, wirtschaftliche bzw. zweckmäßige Abdeckung des Bedarfs zu erreichen. Bei der Gestaltung der Ausschreibungen waren daher auch folgende Themen mitbestimmend:

- Veränderlicher Bedarf:
  Angesichts der Planung in den Rehabilitationsplänen – die alle vier bzw. fünf Jahre (Rehabilitationsplan 2025) erneuert wurden – und der teilweise langfristigen Investition der Vertragspartner (z.B. in Gebäude) stellte sich die Frage, wie schwankende Bedarfe berücksichtigt werden konnten. Dies vor allem für Bereiche, bei denen aufgrund neuer Leistungen die zukünftige Nachfrage nur schwer abschätzbar war (z.B. Kinder– und Jugendrehabilitation oder ambulante Rehabilitation). Die Frage betraf sowohl den Aspekt der Dauer einer Verpflichtung (z.B. Befristung von Verträgen oder Kündigungsmöglichkeiten) als auch die Quantifizierung der ausgeschriebenen Kapazitäten (Zahl der Betten bzw. Rehabilitationsverfahren).

- Ort und Größe der Einrichtungen:
  Ebenfalls fraglich war, wie stark die Sozialversicherungsträger die Größe der Einrichtungen und die genauen Standorte vorgeben oder ob diese Entscheidung die Bieter treffen sollten. Dies betraf sowohl die etwaige Optimierung bestehender Strukturen als auch die Einbindung neuer Einrichtungen. Zu beachten war dabei, dass die Rehabilitationsplanung unter dem Aspekt der Bedarfsdeckung erstellt war und sich in allen Bereichen auf vier Versorgungszonen bezog. Weiters war die medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle Größe einer Einrichtung zu berücksichtigen, die gegebenenfalls eine stärkere örtliche Konzentration zweckmäßig erscheinen ließ.

- Preis:
  Schließlich war zu klären, wie ein sparsamer, wirtschaftlicher bzw. zweckmäßiger Preis sichergestellt werden sollte. Während die PVA bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung von einem Preiswettbewerb Abstand nahm, weil sie darin Risiken für die Qualität sah, führte der Dachverband beim Vergabeverfahren für Kinder– und Jugendrehabilitation einen Preiswettbewerb durch.

Die folgende Tabelle listet wesentliche Fragen auf und gibt an, in welcher Form diese bei den einzelnen Vergabeverfahren bzw. bei den bestehenden Verträgen relevant waren:

Tabelle 4: Wesentliche Fragen und Reaktionen bei Vertragsgestaltung und Vergabeverfahren

	bestehende Verträge	neue Verträge		
		stationäre psychiatrische Erwachsenenrehabilitation	ambulante Rehabilitation	Kinder– und Jugendrehabilitation
Frage	Reaktionen			
Umgang mit Bedarfsänderungen	**keine Änderung geplant bei Ungleichgewichten nach Indikationen**	keine Auslastungsgarantie	keine Auslastungsgarantie, **dynamische Festlegung der nachgefragten Menge, Rahmenvereinbarung, mehrere Abrufe** als Reaktion auf steigenden Bedarf bei rollierender Planung (TZ 15)	keine Auslastungsgarantie, Nachverhandlungspflicht bei Abweichung als Reaktion auf neue Leistung
Beurteilung eines sparsamen, wirtschaftlichen bzw. zweckmäßigen Preises	historisch gewachsene Tarife	Tarif wie bestehende Verträge, **kein Preiswettbewerb**		**Preiswettbewerb, kalkulierter Höchstpreis** (TZ 14)
Vorgabe von Ort und Größe der Standorte	**Ungleichgewichte nach Regionen**	**gestaffelte Mindestgrößen, Regionalfaktor wieder aufgehoben** (TZ 13)	Zentrumslösung und Eignungsstandorte vorgegeben	elf Lose nach Versorgungszone und Indikation (TZ 16)
Zeitraum der Verpflichtung (TZ 12)	unbefristete Verträge, jährliche Kündigung möglich	Verträge zunächst auf drei Jahre befristet, dann unbefristet verlängert	Neuverträge teilweise zunächst auf vier Jahre befristet, dann unbefristet verlängert	unbefristete Verträge, langfristiger Kündigungsverzicht

Zusammenstellung: RH

Im Folgenden analysiert der RH die einzelnen Vergabeverfahren und leitet daraus Lessons Learned und wesentliche Aspekte ab, die bei der Weiterentwicklung der Verträge zu berücksichtigen wären.

Befristungen und zeitliche Flexibilität

12.1 (1) Der RH hatte in seinem Compliance–Bericht (TZ 58) festgestellt, dass die Rehabilitationsverträge der PVA grundsätzlich unbefristet waren; eine Kündigung war jährlich auch ohne Angabe von Gründen möglich.

(a) Der Dachverband schloss mit den Bestbietern nach Durchführung des Vergabeverfahrens „Kinder– und Jugendrehabilitation“ unbefristete Verträge mit einem langfristigen Kündigungsverzicht ab. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung zeigten sich bereits wesentliche Abweichungen von der Planung in der Auslastung und den benötigten Indikationen.[17]

(b) Die PVA schloss mit den Bestbietern im Vergabeverfahren „Ambulante Rehabilitation“ Rahmenvereinbarungen mit einer Laufzeit von vier Jahren ab. Die teilnehmenden Sozialversicherungsträger waren aufgrund der jeweiligen Rahmenvereinbarung berechtigt, aber nicht verpflichtet, Rahmenverträge für ihren Bedarf – zunächst befristet auf drei Jahre – abzuschließen.

(c) Nach Durchführung des Vergabeverfahrens „Psychiatrische stationäre Rehabilitation“ schloss die PVA mit den Bestbietern zunächst auf drei Jahre befristete Rahmenverträge ab, die es auch den anderen am Verfahren beteiligten Sozialversicherungsträgern (Rahmenvertragspartnern) ermöglichte, Leistungen abzurufen.

(2) Mit 1. Juli 2023 hatte die PVA fast die Hälfte der Rehabilitationsverträge (106 von 224 Verträgen) befristet abgeschlossen. Dies war im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass neue Verträge im ambulanten Bereich zunächst befristet waren. Danach war – bei Zufriedenheit mit den Leistungen – eine unbefristete Verlängerung möglich.

12.2 Der RH wies darauf hin, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung unterschiedliche vertragliche Laufzeiten bzw. Befristungen galten. Es gab sowohl befristete Verträge bzw. Vereinbarungen für drei oder vier Jahre als auch unbefristete Verträge mit jährlicher Kündigungsmöglichkeit oder Verträge mit einem langfristigen Kündigungsverzicht.

Der RH anerkannte, dass die PVA durch die Wahl und Ausgestaltung des Vergabeverfahrens für den Bereich der ambulanten Rehabilitation, insbesondere durch Vergabe von Rahmenvereinbarungen ohne Abnahmeverpflichtung, eine flexible und effiziente Möglichkeit zum Abruf von Leistungen schuf. Dadurch konnte die PVA auf Veränderungen in ihrem Bedarf flexibel reagieren. Während die PVA für drei bzw. vier Jahre gebunden war, schloss der Dachverband für die Kinder– und Jugendreha-

[17] siehe RH–Bericht „Medizinische Rehabilitation – Entwicklung und Steuerung“ (Reihe Bund 2024/34, TZ 15 f.)

bilitation unbefristete Verträge mit einem langfristigen Kündigungsverzicht ab. Er war dadurch weniger flexibel, um auf geänderte Rahmenbedingungen angemessen reagieren zu können (insbesondere im Hinblick auf neue Leistungen und die zukünftige Entwicklung der Nachfrage).

Der RH empfahl dem Dachverband und der PVA, bei der Ausgestaltung der Vergabeverfahren für medizinische Rehabilitation künftig darauf zu achten, ausreichend flexible Verträge abzuschließen, um auf geänderte Umstände eingehen zu können.

12.3 (1) Der Dachverband merkte in seiner Stellungnahme an, dass vertragliche Flexibilität – insbesondere bei den Hauptleistungspflichten – nur im Rahmen der vom Bundesvergabegesetz und von der Auslegung durch die Judikatur (z.B. Verwaltungsgerichtshof 15. März 2017, Ra 2016/04/0064 und Ra 2016/04/0065) gesetzten Grenzen zulässig sei. Eine allgemeine bzw. offene Flexibilisierungsmöglichkeit erscheine deshalb rechtlich kaum umsetzbar.

(2) Die PVA nahm die Empfehlung in ihrer Stellungnahme zur Kenntnis. Sie habe allerdings beginnend mit der Wahl des Vergabeverfahrens („Rahmenvereinbarung“) über die Ausgestaltung der Verträge (u.a. Laufzeit, Änderungsklausel, Abrufmöglichkeiten) auf größtmögliche Flexibilität unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen geachtet.

12.4 Der RH stellte gegenüber dem Dachverband klar, dass die Empfehlung zur Flexibilität in der Vertragsgestaltung nicht – wie in der vom Dachverband angeführten Judikatur – auf nachträgliche wesentliche Vertragsänderungen abzielte, die den Grundsätzen der Gleichbehandlung und der Transparenzpflicht entgegenstanden. Es sollte vertraglich ermöglicht werden, zeitnah mittels kurzer Vertragslaufzeiten und Kündigungsfristen auf eine veränderte Nachfrage reagieren zu können. Die vom Dachverband gewählte Methodik – unbefristete Verträge mit langfristigem Kündigungsverzicht – lief dieser Flexibilität zuwider. Der RH wies dabei beispielhaft auf die Vorgehensweise der PVA bei der Auftragsvergabe der ambulanten Rehabilitation hin.

Örtliche Zuordnung und Größe der Einrichtungen – stationäre psychiatrische Erwachsenenrehabilitation

13.1 (1) Der Rehabilitationsplan 2016 wies für die Indikation Psychiatrie einen Ist–Stand von 1.193 Betten in Österreich aus und prognostizierte bis zum Jahr 2020 einen Bedarf von 1.497 Betten. Somit war ein Kapazitätsausbau um 304 Betten notwendig. Die Fortschreibung dieser Werte in der sogenannten „Reha–Evidenz" wies im Jänner 2019 – infolge des Wegfalls von zuvor berücksichtigten Kapazitäten in Deutschland – einen Bedarf von 339 Betten aus. Dieser Bedarf war den Versorgungszonen Nord (134 Betten), Ost (117 Betten) und West (88 Betten) zugeordnet.[18] Nähere Vorgaben, etwa zur Lage innerhalb der Versorgungszonen bzw. zu Mindestgrößen, enthielt der Rehabilitationsplan 2016 nicht. Der RH hatte 2017 dem Sozialministerium und dem Dachverband in seinem Compliance–Bericht (TZ 47) empfohlen, die Bedarfsplanung des Rehabilitationsplans um eine Angebotsplanung zu ergänzen (z.B. hinsichtlich der Regionen bzw. der Anzahl und Größe der Einrichtungen).

(2) Die PVA veröffentlichte im November 2017 EU–weit eine Ausschreibung im zweistufigen Verhandlungsverfahren mit vorheriger Bekanntmachung zur Abdeckung des im Rehabilitationsplan 2016 ausgewiesenen Bedarfs. Sie teilte die Leistungen in drei Lose auf (für die Versorgungszonen Nord, Ost und West). Weitere Vorgaben zu den Standorten machte sie zunächst nicht. Ein Angebot war nur unter Einhaltung medizinisch sinnvoller Mindestgrößen möglich. Diese betrugen

- rd. 60 Betten für neu zu errichtende Einrichtungen, in denen Leistungen ausschließlich in der psychiatrischen Rehabilitation erbracht werden,
- rd. 25 Betten für neu zu errichtende Einrichtungen, in denen zusätzlich zur psychiatrischen Rehabilitation auch Leistungen in thematisch kombinierbaren Rehabilitationsindikationen erbracht werden,
- ein Bett im Fall der Erweiterung einer bereits bestehenden Einrichtung der psychiatrischen Rehabilitation, sofern insgesamt zumindest 59 Betten bereits vorhanden sind.

Die PVA wies in der Ausschreibung darauf hin, dass es aufgrund externer Faktoren – z.B. demografischer Entwicklungen oder Änderungen der gesundheitspolitischen Ziele – gegebenenfalls erforderlich sei, das Leistungsbild im Laufe der Leistungserbringung im Einvernehmen mit dem Vertragspartner zu adaptieren. Als Beispiele waren neben der Adaptierung des Medizinischen Leistungsprofils und der Anpassung der Tarife auch die Änderung der Zahl der Betten oder des Standorts angeführt.

[18] In der Versorgungszone Süd gab es einen Überschuss. Sie wurde daher nicht in der Ausschreibung berücksichtigt.

(3) In der zweiten Stufe des Vergabeverfahrens führte die PVA ein gebietsbezogenes Zuschlagskriterium („Verhältnisfaktor“) ein. Dabei wären Bieter mit Standorten in Ländern mit höherem Bedarf innerhalb einer Versorgungszone bevorzugt worden. Nach Beschwerden beim Bundesverwaltungsgericht musste die PVA die zweite Stufe des Vergabeverfahrens ohne Verhältnisfaktor wiederholen. Das Bundesverwaltungsgericht führte aus, dass ein Verhältnisfaktor grundsätzlich nicht rechtswidrig sei; das Kriterium hätte jedoch bereits früher bekannt gemacht werden müssen.

(4) Im März 2019 beurteilte die PVA die Letztangebote. Dabei waren (jeweils mit Subkriterien) medizinisch–therapeutische Aspekte mit 50 %, organisatorische Aspekte mit 35 % und die Unterbringung mit 15 % gewichtet. Mit den bestgereihten Bietern schloss die PVA jeweils einen Rahmenvertrag ab. Bieter wurden nach ihrer Reihung und ihren maximalen Kapazitäten sowie der medizinisch sinnvollen Mindestgröße berücksichtigt. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse:

Tabelle 5: Stationäre psychiatrische Erwachsenenrehabilitation – Bedarf und Zuschlagsentscheidung

Versorgungszone	Bedarf „Reha–Evidenz“	Ort	Vertragspartner	Zuschlag	Angebot	
					Minimum	Maximum
	Anzahl Betten			Anzahl Betten		
Nord	134	Bad Leonfelden	Kurhotel Bad Leonfelden GmbH & Co KG	74	100	
		Oberndorf bei Salzburg	Rehabilitationszentrum Oberndorf Betriebs–GmbH & Co KG	60	60	79
Ost	117	Gars	Psychosomatisches Zentrum Eggenburg GmbH	25	24	25
		Klosterneuburg	Pro Cor Medizinische Rehabilitation Gesellschaft m.b.H./BBRZ. Med GmbH	92	92	117
West	88	Münster	Reha Zentrum Münster Betriebs GmbH	26	40	
		Montafon/Schruns	Rehabilitationsklinik im Montafon Betriebs–GmbH	62	62	88
Summe	**339**			**339**		

Quelle: PVA; Zusammenstellung: RH

Letztlich ergaben sich sowohl die Lage der Standorte innerhalb der Versorgungszonen als auch die Größe der Einrichtungen erst am Ende des Verfahrens.

13.2 Der RH anerkannte, dass die PVA, nachdem der Rehabilitationsplan 2016 einen Zusatzbedarf in der psychiatrischen Erwachsenenrehabilitation ausgewiesen hatte, zeitnah eine Ausschreibung durchführte und damit den Bedarf decken konnte. Er

anerkannte auch, dass die PVA bei der Vergabe der Leistungen im jeweiligen Losgebiet eine medizinisch sinnvolle Mindestgröße voraussetzte.

Der RH wies allerdings darauf hin, dass die PVA die Wahl der Standorte innerhalb der Versorgungszone im Wesentlichen den Bietern überließ. So war der Einfluss auf eine optimale Struktur im Sinne der Standortwahl bzw. Standortverteilung und auf die Größe der Einrichtung eingeschränkt. Die PVA versuchte zwar, durch einen Verhältnisfaktor eine bedarfsgerechte Gewichtung innerhalb der Versorgungszonen vorzunehmen. Sie verabsäumte es jedoch, den Verhältnisfaktor bereits in der ersten Stufe des Vergabeverfahrens einzuführen. Somit unterblieb eine Gewichtung innerhalb der Versorgungszone.

Der RH empfahl der PVA, bei künftigen Vergabeverfahren alle wichtigen Kriterien, einschließlich gebietsbezogener Zuschlagskriterien, bereits ab Beginn des Vergabeverfahrens klar und transparent zu kommunizieren. Über den Rehabilitationsplan hinaus wäre ein Konzept für die Verteilung (Lage) und Größe der Einrichtungen zu entwickeln, um Strukturungleichgewichte zu vermeiden.

13.3 Die PVA hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass Unterschiede in der regionalen Verteilung historisch gewachsen seien und sich daraus ergäben, dass noch nicht alle ambulanten Eignungsstandorte ausgeschrieben worden seien. Auch im Rahmen der Arbeiten zum Rehabilitationsplan 2025 werde darauf geachtet, weiterhin bestehende Unterschiede auszugleichen. Dies liege aber nicht im ausschließlichen Zuständigkeitsbereich der PVA, obwohl dies wünschenswert wäre. Die Interessen vor allem der Länder würden hier eine wesentliche Rolle spielen. Aufgrund ihrer Zuständigkeit zur Bedarfsprüfung sei es nicht einfach möglich, Kapazitäten von einem Land in ein anderes zu „verschieben“. Zu beachten sei auch der Umstand, dass in der stationären Rehabilitation die regionale Verteilung aufgrund der langen Aufenthaltsdauer vernachlässigbar sei und somit eine gleichmäßige Verteilung auf die Länder bzw. Versorgungszonen auch nicht primär im Fokus der PVA liege, zumal dies auch nicht zu einem Mehrwert für die Versicherten führe. Im ambulanten Bereich, in dem die Erreichbarkeit eine zentrale Rolle spiele, seien Eignungsstandorte definiert und auf Betreiben der PVA erstmalig auch im Rehabilitationsplan 2020 die Kapazitäten auf diese bezogen worden.[19]

Die Empfehlung zur Größe der Einrichtungen (sehr unterschiedliche Anzahl der Betten) und zu den Tarifen (unterschiedliche ökonomische Rahmenbedingungen je Indikation bzw. unterschiedliche Kostendeckungsgrade) nahm die PVA zur Kenntnis. Die Größe der Einrichtungen sei allerdings für die Patientinnen und Patienten von untergeordneter Bedeutung. In die wirtschaftliche Gestion der Bieter solle die PVA im Rahmen der Vergabeverfahren nur insoweit Einfluss nehmen und habe sie nur

[19] RH–Bericht „Medizinische Rehabilitation – Entwicklung und Steuerung“ (Reihe Bund 2024/34, TZ 17)

insoweit Einfluss nehmen wollen, als dies aus medizinischen oder rechtlichen Gründen geboten (gewesen) sei.

13.4 Der RH wies gegenüber der PVA darauf hin, dass der systematische Abbau von Ungleichgewichten bei den Verträgen ein mittel– und langfristiges Konzept erforderte, das in der Planung zu erstellen war. Dies könnte nach Ansicht des RH auch die erforderliche Einbindung der Länder ermöglichen und auch die Kosten einer regionalen Verschiebung im Hinblick auf ohnehin bestehenden Investitionsbedarf optimieren.[20]

Weiters entgegnete der RH, dass die Größe der Einrichtung als wesentlicher betriebswirtschaftlicher Parameter indirekt über die Tarife der PVA die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung beeinflusste. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Berücksichtigung wirtschaftlicher Faktoren in den Zuschlagskriterien

14.1 (1) Die PVA gab in ihren Ausschreibungen für ambulante Rehabilitation und stationäre psychiatrische Erwachsenenrehabilitation die Preise vor. Die Auswahl der Bestbieter richtete sich daher im Wesentlichen nach Qualitätskriterien. Die vorgegebenen Tarife entsprachen den Tarifen der bestehenden Einrichtungen. Für die Mehrzahl der Tarife waren keine Kalkulationen vorhanden (TZ 5).

(2) Im Bereich der Kinder– und Jugendrehabilitation gab es noch keine vereinbarten Tarife für vergleichbare Einrichtungen. Der Dachverband machte daher den Tarif zu einem maßgeblichen Zuschlagskriterium.[21] Er lud die fünf bestqualifizierten Bewerber je Los der ersten Stufe zur zweiten Stufe des Vergabeverfahrens und damit zur Angebotslegung ein. In der zweiten Stufe des Vergabeverfahrens präsentierten die verbliebenen Bieter ihre Konzepte mündlich. Im Anschluss brachten Bieter im Rahmen einer „Bieter–Input–Runde“ Anregungen und Vorschläge für Optimierungen vor. Bei der Bewertung der Letztangebote waren die Tagsätze mit 30 %, der Zeitpunkt der Aufnahme des Vollbetriebs mit 20 % und die Qualität mit 50 % gewichtet. Das Kriterium der Qualität gliederte sich zusätzlich in Sub–Zuschlagskriterien.

[20] siehe dazu auch RH–Bericht „Medizinische Rehabilitation – Entwicklung und Steuerung“ (Reihe Bund 2024/34, TZ 20)

[21] Von insgesamt 42 Interessenten gaben 15 einen Teilnahmeantrag ab. In der ersten Stufe prüfte der Dachverband das Vorliegen von Ausschlussgründen und Eignungskriterien (finanzielle, wirtschaftliche und technische Leistungsfähigkeit). Im Anschluss bewertete der Dachverband die Teilnahmeanträge gemäß den Auswahlkriterien und reihte die Teilnahmeanträge nach der erreichten Punktezahl. Erfahrungen mit Kinderrehabilitation im jeweiligen Los waren am höchsten bewertet (andere Erfahrungen, z.B. Erwachsenenrehabilitation bzw. Betrieb von Kinderkliniken, geringer).

Tariflich setzte der Dachverband auf Grundlage eines externen Gutachtens einen Höchsttagsatz je Patientin bzw. Patient (250 EUR) und für Begleitpersonen fest. Letztangebote, die einen höheren Tagsatz als den Höchsttagsatz aufwiesen, schied der Dachverband aus. Er behielt sich vor, den Höchsttagsatz abhängig vom Ergebnis der Erstangebote bzw. der Verhandlungen in den Ausschreibungsunterlagen für die Letztangebote anzupassen. Der Zuschlag erging je Los an den Bieter, der das wirtschaftlich und technisch günstigste Angebot legte. Fünf Bieter orientierten sich beim Preis stark am Höchsttagsatz. Ein Bieter bot deutlich darunter an.

Die 2015 durchgeführte Ausschreibung der Lose 10 und 11 widerrief der Dachverband mangels zuschlagsfähigen Angebots, weil die angebotenen Tarife über dem Höchsttagsatz lagen. Diese Lose wurden 2017 noch einmal erfolgreich ausgeschrieben.

Im September 2022 hatten der Fachverband der Gesundheitsbetriebe der Wirtschaftskammer Österreich und die Krankenversicherungsträger sowie der Dachverband vereinbart, dass künftig die Ergebnisse der Tarifverhandlungen der Erwachsenenrehabilitation auch für die Kinder– und Jugendrehabilitation gelten.

(3) Zu Beginn der COVID–19–Pandemie befanden sich die Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche zum Großteil noch im Aufbau und die Auslastung war noch gering (in den Jahren 2018 und 2019 lag sie bei 40 %). Von Mitte März bis Ende Mai 2020 stellten diese Rehabilitationseinrichtungen pandemiebedingt den Betrieb ein. Die Auslastung sank auf 33 % im Jahr 2020.

In den Verträgen mit den Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche gab es keine Auslastungsgarantie. Auf Verlangen der Einrichtungen war jedoch bei maßgeblichen und länger andauernden Unterschreitungen der kalkulierten Behandlungstage über neue Tagsätze zu verhandeln. Die Ermittlung eines Ausgleichs bzw. eines neuen Tagsatzes hatte auf den im Vergabeverfahren kalkulierten Preiskomponenten, Mengen und Leistungsansätzen zu basieren. Die Sozialversicherung sagte nach der Einforderung entsprechender Verhandlungen Abschlagszahlungen in Form von Einmalzahlungen zu. Die Zahlungen wurden auf die Einrichtungen entsprechend ihren nachgewiesenen Verlusten aufgeteilt.

14.2 Der RH wies darauf hin, dass die Sozialversicherung bei der Kinder– und Jugendrehabilitation erstmals im Bereich der Rehabilitation das Instrument des Preiswettbewerbs anwandte. Er begrüßte grundsätzlich den Versuch, eine wirtschaftliche Leistungserbringung sicherzustellen. Er sah allerdings kritisch, dass fünf von sechs erfolgreichen Bietern ihr Angebot sehr nahe am Höchstpreis orientierten. Lediglich ein Bieter bot einen günstigeren Tarif.

Der RH merkte an, dass die PVA den Verzicht auf einen Preiswettbewerb mit einem Risiko für die Qualität begründete. Er verwies auf seine Feststellung, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen der PVA über 90 % Übereinstimmung mit den Qualitätsvorgaben erhoben hatten (TZ 7).

Der RH empfahl dem Dachverband, der ÖGK und der PVA, zu prüfen, welche Formen der Preisbildung unter welchen Rahmenbedingungen am besten geeignet sind, eine wirtschaftliche und qualitätsvolle Leistungserbringung sicherzustellen.

Der RH verwies weiters auf seine Empfehlung an die PVA, durch geeignete Instrumente (z.B. Tarifkalkulationen, Preiswettbewerb, Tarifdifferenzierung nach Unternehmensgröße) sicherzustellen, dass das Tarifsystem für die Sozialversicherung wirtschaftliche bzw. sparsame Ergebnisse erzielt (TZ 5).

14.3 (1) Der Dachverband und die PVA nahmen die Empfehlung in ihren Stellungnahmen zur Kenntnis.

(2) Die ÖGK merkte in ihrer Stellungnahme an, dass die Honorarverhandlungen immer in Kooperation aller Sozialversicherungsträger unter Leitung der PVA gemeinsam mit Vertretern der Vertragseinrichtungen und der Wirtschaftskammer Österreich stattfänden. Bei diesen Honorarverhandlungen werde sowohl auf die individuellen Gegebenheiten der Einrichtungen als auch die Gebarungsmöglichkeiten der Sozialversicherungsträger und die österreichische Wirtschaftslage Bezug genommen. Im Regelfall erfolge die Preisbildung indikationsspezifisch. Nur die Kinder– und Jugendrehabilitationseinrichtungen hätten eine Tarifgestaltung pro Einrichtung. Die qualitätsvolle Leistungserbringung prüfe die PVA im Rahmen von Visitationen.

Umgang mit Unsicherheit bei der Kapazitätsplanung – ambulante Rehabilitation

15.1 (1) Der Rehabilitationsplan 2016 wies einen Ist–Stand von 926 Therapieplätzen bzw. umgerechnet rd. 7.600 Rehabilitationsverfahren in Phase II für die ambulante Rehabilitation aus und prognostizierte einen Soll–Stand bis 2020 von umgerechnet rd. 10.200 Verfahren. Dies bedingte einen notwendigen zusätzlichen Kapazitätsaufbau für rd. 2.500 Verfahren. Für die Phase III enthielt der Rehabilitationsplan keinen Bedarf.

Der Bedarf war im Rehabilitationsplan 2016 nach Versorgungszonen und Ländern gegliedert, aber nicht auf Städte oder Ballungsräume konkretisiert. Es gab mehrere Kriterien, um Doppelstrukturen zu vermeiden und das Angebot wirtschaftlich zu gestalten: Bevölkerungsdichte und zentralörtliche Struktur, Erreichbarkeit im Straßen–Individualverkehr, Mindestpersonenanzahl im Einzugsbereich.

(2) Die PVA veröffentlichte im Juli 2018 EU–weit eine Ausschreibung zur Abdeckung des im Rehabilitationsplan 2016 und in der Reha–Evidenz ausgewiesenen Bedarfs für ambulante Rehabilitation. Sie teilte die zu erbringenden Leistungen in zehn Lose auf, wobei jedem Los eine Stadt zugeordnet war (Wien, Salzburg, Innsbruck, Klagenfurt am Wörthersee, Eisenstadt, Wels, Bregenz, Ried im Innkreis, Wörgl, Leibnitz).

Die Bieter hatten ihre geplanten Kapazitäten je Indikation für Phase II in der ersten Stufe des Vergabeverfahrens anzugeben. Sie konnten diese in der zweiten Stufe des Verhandlungsverfahrens noch ändern. In den Angeboten für die Phase III waren keine Kapazitäten anzuführen. Eine Teilnahme am Vergabeverfahren war vorzugsweise als Zentrumslösung möglich, das heißt, die Bieter mussten sich in ihren Angeboten mit insgesamt mindestens 25 Therapieplätzen in zumindest vier Indikationen in den vorgesehenen Landeshauptstädten und Wien oder in zumindest drei Indikationen in den anderen vorgesehenen Standorten beteiligen.

Die PVA wies in der Ausschreibung darauf hin, dass es wegen externer Faktoren – z.B. gesundheitspolitische Ziele, demografische Entwicklung, Änderung rechtlicher Grundlagen – gegebenenfalls erforderlich sei, das Leistungsbild im Laufe der Leistungserbringung im Einvernehmen mit dem Vertragspartner zu adaptieren (z.B. Adaptierung der Medizinischen Leistungsprofile, Änderung der Zahl der Therapieplätze, Erweiterung von Indikationen, Änderung des Standorts).

In der ersten Stufe des Vergabeverfahrens prüfte die PVA die eingereichten Teilnahmeanträge. Danach lud sie die verbliebenen Bieter zur zweiten Stufe ein. Dabei definierte sie den Bedarf pro Los in den Ausschreibungsunterlagen.[22] Die verbliebenen Bieter brachten im Rahmen von „Bieter–Input–Runden" Anregungen und Vorschläge zur Optimierung vor. Nach Einlangen der Letztangebote und deren kommissioneller Bewertung schloss die PVA mit den bestgereihten Bietern eine Rahmenvereinbarung ab. Dies auch deshalb, weil im Jahr 2020 ein neuer Rehabilitationsplan erstellt werden und durch Rahmenvereinbarungen ein hohes Maß an Flexibilität erhalten bleiben sollte. Leistungen aus der Rahmenvereinbarung konnten in Form von Einzelverträgen je Indikation zu beliebigen Zeitpunkten während der vierjährigen Laufzeit der Rahmenvereinbarung abgerufen werden.[23]

(3) In den Jahren 2019 bis 2022 schloss die PVA jeweils auf Basis der Rahmenvereinbarung Einzelverträge über die Erbringung von ambulanten Rehabilitationsleistungen mit den Bestbietern ab – in einem ersten Schritt im Jahr 2019 mittels Verträgen über insgesamt 3.907 ambulante Rehabilitationsverfahren.

Die PVA konnte die medizinisch und wirtschaftlich angestrebten Zentrumslösungen zum Zeitpunkt der Erstabrufe nicht an allen Standorten umsetzen. Sie begründete dies mit vorhandenen Bedarfszahlen und der restriktiven Vorgangsweise einiger Sanitätsbehörden.

In den Verträgen war neben einer bestimmten Kapazität für Rehabilitationsverfahren der Phase II vereinbart, dass auch – nicht näher quantifizierte – Verfahren der Phase III stattfinden konnten. Weiters war die Möglichkeit vorgesehen, einvernehmlich auch mehr Verfahren der Phase II als vorgesehen durchzuführen. Eine Auslastungsgarantie bestand nicht, die PVA konnte auch weniger Rehabilitationsverfahren zuweisen.

(4) Im Jahr 2020 wurde der Rehabilitationsplan 2020 beschlossen, der basierend auf einem Ist–Stand von rd. 14.000 ambulanten Rehabilitationsverfahren einen Soll–Stand von rd. 26.600 ambulanten Verfahren für 2025 in Phase II prognostizierte. Dies bedingte einen zusätzlichen Kapazitätsaufbau für rd. 12.600 Verfahren in der ambulanten Rehabilitation. Im Ist–Stand waren dabei die in der Rahmenvereinbarung vorgesehenen, aber noch nicht abgerufenen Kapazitäten bereits enthalten. Weitere Vergabeverfahren wurden nicht durchgeführt. Für die Phase III enthielt der Rehabilitationsplan 2020 erneut keine Planung. Zur Frage, wie ausgehend von einem

[22] Als spätestmöglichen Inbetriebnahmezeitpunkt legte die PVA den 31. Dezember 2020 fest. Das Kriterium „Erweiterung einer bestehenden Einrichtung" war als Subkriterium auf zweiter Ebene im Themenblock „Organisatorische Aspekte" mit einer Gewichtung von 5 % der maximal zu erreichenden 35 % bewertet.

[23] Die PVA schloss in Übereinstimmung mit den Planungsgrundlagen zum Planungshorizont 2020 Einzelverträge in mehreren Abrufen ab. Der ausgewiesene Bedarf wurde im Vergabeverfahren weitgehend abgedeckt. Soweit die zwischenzeitig neu beschlossenen Planungsgrundlagen einen erweiterten Bedarf zum Planungshorizont 2025 auswiesen, folgten weitere Abrufe.

Ist–Stand von rd. 7.600 Rehabilitationsverfahren (Rehabilitationsplan 2016) mit Abrufen von rd. 3.900 Verfahren ein Ist–Stand von rd. 14.000 Verfahren (Rehabilitationsplan 2020) erreicht werden konnte, wiesen sowohl die Gesundheit Österreich GmbH als auch die PVA darauf hin, dass 2016 die Erfassung der Ist–Kapazitäten noch auf einer ungünstigen Datengrundlage basiert habe.

(5) Aufgrund der neuen Planungsgrundlagen und des prognostizierten erhöhten Bedarfs rief die PVA im Jahr 2021 in einer zweiten Runde weitere 5.406 Rehabilitationsverfahren bei bereits bestehenden Vertragspartnern ab. Für Standorte, in denen die angebotenen Kapazitäten der bestehenden Vertragspartner bereits ausgeschöpft waren, schloss die PVA Verträge mit den nächstgereihten Partnern der Rahmenvereinbarung ab. Im Jahr 2023 rief die PVA in einer dritten Runde 1.943 weitere Verfahren ab.[24]

15.2 Der RH wies darauf hin, dass die PVA die schwierige Aufgabe zu lösen hatte, bei sich ändernden – und für die Phase III (Stabilisierung der erreichten Effekte sowie langfristige Veränderung des Lebensstils) fehlenden – Planungsvorgaben Vergabeverfahren durchzuführen. Mit Hinweis auf den erheblichen Aufwand der Ausschreibungen und die Notwendigkeit für die Bieter, längerfristig zu planen, führte die PVA die Ausschreibungen und Vertragsabschlüsse nicht zeitlich kongruent mit den Planungszyklen durch.

Die PVA erreichte ein hohes Maß an Flexibilität durch

- die Nutzung einer Rahmenvereinbarung,
- den dynamischen Verweis auf die Rehabilitationspläne statt der Angabe konkreter Mengen im Vergabeverfahren,
- eine Vertragsklausel zur möglichen Veränderung der Kapazitäten und
- einen Vertrag ohne Auslastungsgarantie.

Allerdings war dadurch für die Bieter – auch vor dem Hintergrund, dass Mengenvorgaben für die Phase III fehlten, was der RH kritisierte – die konkrete, tatsächlich nachgefragte Menge zur Zeit der Angebotslegung schwer vorhersehbar, was die Kalkulation des Angebots erschwerte. Der RH war daher der Ansicht, dass bei Bedarf die Planung einen mehr als fünfjährigen Zeitraum enthalten sollte.

Er empfahl dem Dachverband und der PVA, auf eine konkrete Planung der ambulanten Rehabilitation Phase III (Stabilisierung der erreichten Effekte sowie langfristige Veränderung des Lebensstils) im Rehabilitationsplan hinzuwirken.

[24] Für die Standorte Bruck an der Mur, Wiener Neustadt und St. Pölten hatte die PVA bereits in den Jahren 2015 und 2016 Einzelverträge nach einem Vergabeverfahren abgeschlossen. Da der Rehabilitationsplan 2020 auch für diese Standorte einen erhöhten Bedarf auswies, erhöhte die PVA einvernehmlich mit den Vertragspartnern die Kapazitäten in diesen Standorten um 771 Verfahren.

Der RH anerkannte, dass aufgrund der erforderlichen Erreichbarkeit die Standorte einzelnen Ballungszentren zugeordnet waren und dass die PVA durch die Vorgabe einer Zentrumslösung eine Zersplitterung der Angebotsstruktur zu vermeiden versuchte.

15.3 (1) Der Dachverband merkte in seiner Stellungnahme an, dass eine Berücksichtigung der ambulanten medizinischen Rehabilitation Phase III im Rehabilitationsplan 2025 vorgesehen sei.

(2) Auch laut Stellungnahme der PVA solle die medizinische Rehabilitation Phase III in die Planungsgrundlagen im Rehabilitationsplan 2025 einbezogen werden.

Größe der Einrichtungen – Kinder– und Jugendrehabilitation

16.1 (1) Dem Rehabilitationsplan 2012 war zu entnehmen, dass für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bis zum Jahr 2020 österreichweit ein Bedarf von 343 Betten sowie von 50 Betten für Angehörige gegeben war (familienorientierte Rehabilitation). Dafür wäre grundsätzlich ein einziges Zentrum ausreichend. Allerdings wäre damit das Kriterium der angemessenen Erreichbarkeit nicht optimal erfüllt. Die Rehabilitationseinrichtungen sollten außerdem in das System der vier Versorgungszonen einordenbar sein. Im Rehabilitationsplan wurden die Indikationen für die Kinder– und Jugendrehabilitation in vier Indikationscluster eingeteilt. Der Indikationscluster „mobilisierender Schwerpunkt" bestand z.B. aus den Indikationen Bewegungs– und Stützapparat (Mobilisierung), Kinderchirurgie, Neurologie, Neurochirurgie und Sonstige.[25]

In Kombination der Elemente Versorgungszonen, Indikationscluster, Erhaltung bestehender Einrichtungen und Erreichbarkeit definierte der Rehabilitationsplan 2012 elf Lose für die Ausschreibung. Die Lose waren dabei unterschiedlich groß, zwischen 15 Betten für Mental Health in der Versorgungszone West und 67 Betten für den mobilisierenden Schwerpunkt in der Versorgungszone Ost.

(2) Der Dachverband veröffentlichte im September 2015 ein EU–weites zweistufiges Verhandlungsverfahren im Oberschwellenbereich zur Abdeckung des im Rehabilitationsplan 2012 ausgewiesenen Bedarfs. Innerhalb der Versorgungszonen bewarben sich Bieter für verschiedene Kombinationen von Indikationsclustern.

[25] Die weiteren Indikationscluster waren:
- Mental Health bzw. psychosoziale Rehabilitation (u.a. Essstörungen, depressive Störungen, Angststörungen),
- Herz–Kreislauf–Erkrankungen (u.a. erworbene und angeborene Herzfehler) und Lungenerkrankungen (Pulmologie mit u.a. Asthma, Mukoviszidose),
- Krebserkrankungen (Onkologie) sowie Erkrankungen des Stoffwechselsystems (u.a. angeborene Stoffwechselstörungen, schwer einstellbarer Diabetes, Adipositas) und des Verdauungsapparats.

Im Ergebnis ergab sich folgende Verteilung:

Tabelle 6: Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche in Österreich

Versorgungszone	Standort	Einrichtung	Indikationen	Anzahl Betten
Nord	Rohrbach–Berg	Kinder– und Jugendrehabilitationszentrum Rohrbach–Berg	mobilisierender Schwerpunkt	36
			Herz–Kreislauf, Pulmologie	17
			psychosoziale Rehabilitation (Mental Health)	24
	St. Veit im Pongau	Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche St. Veit im Pongau	familienorientierte Nachsorge nach Krebserkrankung	20
			Stoffwechsel	12
Ost	Bad Erlach	Kinder– und Jugendrehabilitationszentrum Bad Erlach	mobilisierender Schwerpunkt	67
			psychosoziale Rehabilitation (Mental Health)	47
Süd	Judendorf–Straßengel	Klinik Judendorf–Straßengel GmbH Rehabilitationszentrum	mobilisierender Schwerpunkt	31
	Wildbad Einöd	OptimaMed Kinder– und Jugend–Rehabilitation Wildbad	Herz–Kreislauf, Pulmologie	28
			psychosoziale Rehabilitation (Mental Health)	24
West	Wiesing	OptimaMed Rehabilitationszentrum Wiesing	mobilisierender Schwerpunkt	22
			psychosoziale Rehabilitation (Mental Health)	15
Summe				**343**

Quelle: Dachverband; Zusammenstellung: RH

Somit entstanden für die flächendeckende stationäre Rehabilitation für Kinder und Jugendliche sechs Standorte mit teilweise sehr kleinen Einheiten (z.B. 31 Betten in Judendorf–Straßengel). Gesprächspartner des RH wiesen darauf hin, dass sich daraus unter dem Blickwinkel der medizinischen Spezialisierung, aber auch der Personalwirtschaft und unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten Herausforderungen ergaben.

16.2 Der RH wies darauf hin, dass in der Kinder– und Jugendrehabilitation sechs Standorte für einen Bedarf von 343 Betten entstanden, nicht zuletzt aufgrund der Verteilung auf vier Versorgungszonen und mehrere Indikationscluster. Die höhere Zahl der Standorte bedingte eine geringere Bettenzahl je Standort, was unter wirtschaftlichen, personellen und medizinischen Gesichtspunkten eine Herausforderung darstellte.

Der RH empfahl dem Dachverband, bei künftigen Maßnahmen zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche neben der geografischen und indikationsbedingten Verteilung der Einrichtungen auch die wirtschaftlichen, personellen und medizinischen Gesichtspunkte verstärkt zu berücksichtigen.

16.3 Der Dachverband nahm die Empfehlung in seiner Stellungnahme zur Kenntnis.

Zusammenfassung Vertragsabschlüsse

17.1 Der RH hob positiv hervor, dass durch die Anwendung des Vergaberechts bei der Auswahl der Vertragspartner für medizinische Rehabilitation eine transparentere Vorgehensweise mit Rechtsschutzmöglichkeiten umgesetzt wurde. Dies erhöhte allerdings die Komplexität der Vorgehensweise. Der RH anerkannte weiters, dass die wesentlichen in der Rehabilitationsplanung ausgewiesenen Bedarfe im dafür vorgesehenen Zeitfenster abgedeckt werden konnten. Bei Nachprüfungsverfahren entschied die Rechtsschutzinstanz in zehn von elf Fällen für den Dachverband bzw. für die PVA. (TZ 9, TZ 10)

Der RH wies jedoch auch darauf hin, dass die neu hinzugekommenen Kapazitäten einen relativ kleinen Teil der insgesamt erbrachten Leistungen darstellten und dass auch der Ausgleich von Ungleichgewichten in der bestehenden Struktur – etwa die Größe der Einrichtungen, Tarife und die regionale Verteilung – nunmehr dem Vergaberecht unterstand. Der RH verwies auf seine Empfehlung, diesbezüglich ein Konzept zu erstellen. (TZ 10)

Er merkte an, dass zu grundlegenden wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Durchführung der Vergabeverfahren erste Erfahrungen gewonnen werden konnten; dies betraf die Fragen,

- inwieweit ein Preiswettbewerb genutzt werden sollte (TZ 14),
- inwieweit Lage und Größe der Einrichtungen vorgegeben werden oder dem Angebot der Leistungserbringer obliegen sollten (TZ 13, TZ 16),
- und wie mit einer ungewissen Entwicklung der Nachfrage umgegangen werden sollte, z.B. durch Einsatz von Rahmenvereinbarungen oder Kündigungsmöglichkeiten (TZ 15).

17.2 Der RH empfahl dem Dachverband, der ÖGK und der PVA, unter Nutzung der Erfahrungen der bisherigen Vergabeverfahren die Verträge mit den Anbietern der medizinischen Rehabilitation zu optimieren. Dabei wären insbesondere eine hohe Flexibilität bei Veränderungen in der Nachfrage, eine Optimierung der Größe der Einrichtungen und ihrer Lage sowie die Möglichkeiten des Preiswettbewerbs anzustreben.

17.3 (1) Der Dachverband wiederholte in seiner Stellungnahme (siehe auch TZ 12), dass vertragliche Flexibilität – insbesondere bei den Hauptleistungspflichten – nur im Rahmen der vom Bundesvergabegesetz und von der Auslegung durch die Judikatur (z.B. Verwaltungsgerichtshof 15. März 2017, Ra 2016/04/0064 und Ra 2016/04/0065) gesetzten Grenzen zulässig sei. Eine allgemeine bzw. offene Flexibilisierungsmöglichkeit erscheine deshalb rechtlich kaum umsetzbar.

(2) Die ÖGK hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass großteils der Dachverband und die PVA die Verträge abschließen würden. Diesen (Rahmen–)Verträgen trete die ÖGK bei Bedarf bei.

(3) Die PVA nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis und verwies auf ihre Stellungnahmen in TZ 10 und TZ 12 bis TZ 15.

17.4 (1) Der RH stellte gegenüber dem Dachverband klar, dass die Empfehlung zur Flexibilität in der Vertragsgestaltung nicht – wie in der vom Dachverband angeführten Judikatur – auf nachträgliche wesentliche Vertragsänderungen abzielte, die den Grundsätzen der Gleichbehandlung und der Transparenzpflicht entgegenstanden. Es sollte vertraglich ermöglicht werden, zeitnah mittels kurzer Vertragslaufzeiten und Kündigungsfristen auf eine veränderte Nachfrage reagieren zu können. Die vom Dachverband gewählte Methodik – unbefristete Verträge mit langfristigem Kündigungsverzicht – lief dieser Flexibilität zuwider. Der RH wies dabei beispielhaft auf die Vorgehensweise der PVA bei der Auftragsvergabe der Ambulanten Rehabilitation hin (TZ 12).

(2) Der RH verwies gegenüber der PVA auf seine Gegenäußerungen in TZ 10 und TZ 13.

Antrags– und Genehmigungsprozess

18.1 (1) Der RH hatte im Compliance–Bericht (TZ 29 bis TZ 31) mehrere Probleme beim Antrags– und Genehmigungsprozess der PVA festgestellt: Es gab keine feste Geschäftseinteilung für die Bearbeitung von Kur– bzw. Rehabilitationsanträgen durch begutachtende Ärztinnen und Ärzte. Für Fälle, in denen amtsbekannte Personen wie Politikerinnen bzw. Politiker oder Mitglieder der Selbstverwaltung einen Antrag einer oder eines Versicherten persönlich übermittelten, bestanden keine klaren Regeln für die Bearbeitung.

Die PVA legte in der Folge fest, dass in den zuständigen Abteilungen der Landesstellen die Anträge nach Geburtsdatum der Antragstellenden auf die Bediensteten zur Bearbeitung aufgeteilt wurden. Persönlich abgegebene Anträge wurden eingescannt und ohne besondere Kennzeichnung an die zuständige Landesstelle zur weiteren Bearbeitung übermittelt.

(2) Für die Entscheidung über die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Rehabilitation und die Patientenzuordnung an die bestgeeignete Einrichtung war wesentlich, dass ausreichende Informationen über die medizinische und soziale Situation der Betroffenen vorlagen. Der RH hatte im Compliance–Bericht (TZ 29) kritisiert, dass die Informationen in Anträgen auf Kur– und Rehabilitationsverfahren eingeschränkt waren und die Begutachtungszeit sehr kurz war. Dies erschwerte eine sachgerechte Entscheidung über die Anträge. Die Entscheidung basierte auf mitgesandten Befunden; ein Datenaustausch zwischen den Sozialversicherungsträgern – z.B. Abrechnungsdaten der Krankenversicherung – fand nicht statt.

Diese Situation war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Wesentlichen unverändert. Die PVA stellte ein Formular zur Verfügung, das die Vorgeschichte, die antragsrelevante Diagnose und weitere patientenbezogene Informationen abfragte. Weiters war die vorgeschlagene Behandlung – Kur oder Rehabilitation – auszuwählen. Im Jahr 2022 führte die PVA nach Verhandlungen mit der Österreichischen Ärztekammer ein überarbeitetes Antragsformular ein, in dem neue Indikationen aufschienen, z.B. Onkologie und psychiatrische Rehabilitation. Weiters enthielt es die Möglichkeit der ambulanten Rehabilitation. Das neue Formular war weiterhin in Papierform auszufüllen.

Ein Antrag musste von einer Ärztin oder einem Arzt unterschrieben sein. Häufig waren jedoch – wie im Compliance–Bericht (TZ 29) festgestellt – die Angaben im Antrag (für deren Erstellung keine gesonderte Vergütung vorgesehen war) ungenügend. So fehlten etwa wichtige Informationen zur Krankengeschichte, zu wesentlichen Einschränkungen (z.B. Rollstuhl), Begleiterkrankungen (z.B. Sucht, HIV) oder zu speziellen Bedürfnissen (z.B. Notwendigkeit von Pflege oder einer Begleitperson). Fehlten z.B. Angaben zum Gewicht, konnte dieses für die Zuweisung an eine geeig-

nete Einrichtung (TZ 19) nicht berücksichtigt werden.[26] Zum Teil war die vorgeschlagene Behandlung nicht korrekt, z.B. Kur statt Rehabilitation, teilweise waren keine oder mehrere Indikationen angekreuzt.

(3) Die PVA plante gemeinsam mit dem Dachverband die Umsetzung eines digitalen „Kur– und Reha–Antrags"; diesem stimmte die Österreichische Ärztekammer im Jahr 2022 grundsätzlich zu. Im April 2023 fand das Kick–off–Meeting mit den anderen Sozialversicherungsträgern statt. Im Endausbau sollten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Anträge direkt an die Sozialversicherungsträger übermitteln können. Die ÖGK war im Arbeitskreis vertreten.

Nach Ansicht der PVA würde der digitale Antrag durch die zwingend notwendige Befüllung von Pflichtfeldern die Qualität der Informationen im Antrag erhöhen und durch eine automationsunterstützte Datenübernahme über eine Schnittstelle den Verwaltungsaufwand reduzieren. Im Rahmen des Projekts „ÖGK 2030 – Digitalisierung" plante auch die ÖGK einen digitalen Antrag, der es den Antragstellenden ermöglichen soll, ihre Anträge über „Meine ÖGK" elektronisch zu übermitteln.

18.2 Der RH anerkannte, dass die PVA die im Compliance–Bericht festgestellten Kritikpunkte beim Antrags– und Genehmigungsprozess insofern löste, als nunmehr ein objektives Kriterium – das Geburtsdatum der Antragstellenden – über die Zuweisung zur oder zum zuständigen Bediensteten entschied und persönlich überbrachte Anträge eingescannt sowie an die zuständige Stelle weitergeleitet wurden.

Der RH wies darauf hin, dass ausreichende Informationen über die medizinische und soziale Situation der Patientinnen und Patienten wesentlich waren, um über die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Rehabilitation und die Zuordnung an die bestgeeignete Einrichtung entscheiden zu können. Er beurteilte kritisch, dass sich die diesbezüglichen Rahmenbedingungen seit dem Compliance–Bericht nicht wesentlich verändert hatten. Die PVA setzte ab 2022 ein überarbeitetes Antragsformular ein; dieses war jedoch nach wie vor in Papierform auszufüllen. Dadurch bestand weiterhin das Risiko, dass wesentliche Angaben im Antrag unterblieben, und war eine digitale Verarbeitung erschwert.

Der RH empfahl dem Dachverband, der ÖGK und der PVA, die Digitalisierung und Verbesserung des Prozesses zur Beantragung von medizinischer Rehabilitation prioritär umzusetzen und dabei auf eine hohe Qualität (Vollständigkeit und Aussagekraft) der Angaben zu achten, um eine bestmögliche Leistung für die Betroffenen sicherstellen zu können.

[26] Dies war insofern maßgeblich, als für Patientinnen und Patienten mit starkem Übergewicht besonders ausgerüstete Einrichtungen zur Verfügung standen, z.B. hinsichtlich Mobiliar.

18.3 (1) Der Dachverband merkte in seiner Stellungnahme an, dass das Projekt in Arbeit sei.

(2) Die ÖGK hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass Maßnahmen zur Optimierung der Antragsadministration mit der Einführung des einheitlichen Bearbeitungsprozesses von einlangenden Anträgen im Jänner 2022 begonnen worden seien. Mit der geplanten Einführung des Webclients werde mit Jänner 2025 die bundesweite Fallbearbeitung implementiert.

Zusätzliche Digitalisierungsmaßnahmen würden schrittweise umgesetzt. Noch im Jahr 2024 solle die Übermittlung von Anträgen über einen App–Upload (Meine ÖGK) ermöglicht werden, ein „Webupload“ sei in Ausarbeitung und noch im Jahr 2024 solle die physische Eingangspost über einen zentralen Scan zur Verfügung gestellt werden. Zudem arbeite die ÖGK am Projekt „Digitaler Kur–Reha–Antrag“ der PVA bzw. des Dachverbands mit. Ein Hauptaugenmerk liege auf einer zielgerichteten, bedarfsgerechten Beantragung.

Begleitend zu den vorgesehenen Initiativen würden auch digitale Schnittstellen mitgedacht. Ziel sei eine wechselseitige Übermittlung von Anträgen und Dokumenten im Wege einer elektronischen Kommunikationsschiene. Erste Gespräche mit der PVA hätten bereits stattgefunden.

(3) Laut Stellungnahme der PVA habe sie bereits im Herbst 2021 begonnen, die ersten Schritte für ein neues digitalisiertes Antragsformular zu setzen. Sie rechne mit einer alsbaldigen Ausrollung.

Patientensteuerung

19.1 (1) Der RH hatte im Compliance–Bericht (TZ 68) darauf hingewiesen, dass aus wirtschaftlicher Sicht nicht der Abschluss eines Vertrags, sondern erst die Patientenzuweisung zu einer Einrichtung für diese entscheidend war. Da in vielen Fällen aus medizinischer Sicht mehrere Einrichtungen gleichermaßen geeignet waren, hatte der RH die Methodik der Entscheidung, welche Einrichtung Zuweisungen erhielt, als essenziell beurteilt.

(2) Da das von der PVA seit 2008 verwendete automationsunterstützte Patientensteuerungssystem mehrere maßgebliche Parameter nicht berücksichtigen konnte – z.B. die Möglichkeit ambulanter oder stationärer Leistungserbringung, die Entfernung der Einrichtung vom Wohnsitz der Betroffenen oder Alleinstellungsmerkmale bzw. Spezialisierung einzelner Einrichtungen –, startete die PVA im Oktober 2021 ein Projekt zur Entwicklung eines neuen Systems. Die Zuweisung sollte in den Genehmigungsprozess integriert werden. Das in der PVA entwickelte Patientensteuerungssystem 2.0 ersetzte ab September 2022 das zuvor eingesetzte System und wurde sowohl im Rehabilitations– als auch im Kurbereich verwendet.

Die Auswahl der Einrichtung durch das Patientensteuerungssystem 2.0 setzte die manuelle Eingabe von fachlich definierten Parametern voraus. Dies beinhaltete vor allem die medizinische Indikation, den Wohnort sowie mögliche sonstige Anforderungen (z.B. Rollstuhltauglichkeit, die Notwendigkeit von Dialyse). Eine im Antrag genannte Wunscheinrichtung wurde ebenso vermerkt.

Nach der Dateneingabe filterte das System die möglichen Leistungserbringer. Es berücksichtigte dabei, ob eine Einrichtung für die geforderte Indikation geeignet war, ob ausreichend Kapazität vorhanden war und ob Sperren vorlagen. War eine ambulante Rehabilitation aus medizinischen Gründen nicht möglich, wurden ambulante Einrichtungen nicht mehr berücksichtigt. Durch die Eingabe zusätzlicher Kriterien[27] konnte sich die Anzahl der möglichen Einrichtungen weiter verringern.

(3) Enthielt die Liste möglicher Einrichtungen die Wunscheinrichtung der Patientin bzw. des Patienten, genehmigte die PVA diese Einrichtung, sofern sie in einem Radius von 200 km zum Wohnort lag bzw. ab August 2023 in einem Radius von 300 km.

Gaben Patientinnen bzw. Patienten keinen Wunsch an oder war die Wunscheinrichtung nach der Filterung nicht mehr in der Auswahl, wählte die PVA aus den verblei-

[27] z.B. Möglichkeit zur Dialyse in der Einrichtung, Mitnahme eines Assistenzhundes, Patientinnen und Patienten mit mehr als 140 kg Körpergewicht, Rollstuhlfahrerinnen und –fahrer, Möglichkeit von Begleitpersonen aufgrund von Seh– oder Gehörbehinderung, Patientinnen und Patienten mit religiös bedingten Kostbedürfnissen

benden Einrichtungen anhand eines Punktesystems. Dabei wurden die Wohnortnähe, die Art der Rehabilitationsleistung (ambulant oder stationär) und die Einrichtungsart (Eigene Einrichtung der PVA oder Einrichtung von Vertragspartnern) berücksichtigt und bewertet. Es konnte ein Maximalwert von 100 Punkten erreicht werden. Die Wohnortnähe der Einrichtungen war mit maximal 40 Punkten gewichtet; für je 15 km zusätzlicher Entfernung erfolgte eine Abstufung um zwei Punkte. Bei der Einrichtungsart wurden 30 Punkte vergeben, wenn es sich um eine Eigene Einrichtung der PVA handelte. Für ambulante Rehabilitation gab es 30 Punkte. Bei Punktegleichstand erhielt jene Einrichtung den Vorzug, die eine niedrigere Auslastung aufwies.

Es bestand auch die Möglichkeit einer manuellen Auswahl, mit der direkt eine bestimmte Einrichtung vorgegeben werden konnte. Dies konnte der Chefärztliche Dienst durchführen und betraf vor allem Personen, deren Rehabilitation hochgradig spezialisierte Anforderungen aufwies (Alleinstellungsmerkmale[28]).

(4) Von September 2022 bis August 2023 änderte die PVA das Patientensteuerungssystem, indem sie den Patientenwunsch nicht mehr vorrangig behandelte. Als Folge der Änderung wurde für viele Personen eine ambulante Rehabilitation ausgewählt und hatte die PVA aufgrund von Wünschen der Betroffenen vermehrt nachzuarbeiten. Nach einer Evaluierung betrachtete die PVA ab August 2023 den Patientenwunsch neuerlich als vorrangig, sofern die gewünschte Einrichtung nach der Filterung noch in der Auswahl verblieb. Weiters wurde der Entfernungsradius für die Gewährung einer Wunscheinrichtung von 200 km auf 300 km erweitert. Die Änderungswünsche nach der Auswahl gingen daraufhin stark zurück.

(5) Die ÖGK bewilligte die im Antrag angegebene Wunscheinrichtung, sofern dort die Behandlung der angeführten Indikation möglich war. War keine Wunscheinrichtung angeführt, wählte die ÖGK eine passende Einrichtung aus. Die ÖGK verfügte über kein Patientensteuerungssystem.

19.2 Der RH anerkannte, dass die PVA Schritte setzte, eine objektiv nachvollziehbare Methode zur Zuordnung von Patientinnen und Patienten zu einzelnen Einrichtungen zu entwickeln, und diese im überprüften Zeitraum um wichtige Parameter ergänzte und weiterentwickelte.

Er anerkannte weiters, dass die PVA versuchte, neben dem Patientenwunsch auch Kriterien für die medizinisch und wirtschaftlich bestgeeignete Einrichtung einzubeziehen. Der RH merkte jedoch kritisch an, dass die PVA diese Steuerung nach einigen Monaten wieder beendete. Durch den zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Vorrang des Patientenwunschs war eine solche Steuerung nicht mehr möglich,

[28] z.B. Behandlung nach Herz– oder Lungentransplantation oder bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

sofern die gewünschte Einrichtung nach der Filterung im Patientensteuerungssystem 2.0 noch in der Auswahl verblieb.

Der RH wies darauf hin, dass angesichts einer fortschreitenden Individualisierung der Rehabilitation und einer Spezialisierung im Leistungsbereich eine Steuerung der Patientenzuordnung zur objektiv am besten geeigneten Einrichtung wichtig wäre. Nur bei medizinisch und sozial gleichwertigen Alternativen könnte der Patientenwunsch maßgeblich sein.

Der RH empfahl der PVA, zu prüfen, wie sie die Zuweisung zur optimal geeigneten Einrichtung wieder stärker nach sachlichen Kriterien gewichten könnte, etwa durch Information der Patientinnen und Patienten bzw. der Ärztinnen und Ärzte oder durch Verfeinerung der Kriterien. Dabei wäre auch die Akzeptanz der Betroffenen durch ausreichende Information über die Vorteile der vorgesehenen Zuordnung zu verbessern.

Der RH hielt kritisch fest, dass die ÖGK kein automatisiertes System zur Patientensteuerung einsetzte.

Er empfahl der ÖGK, eine objektiv nachvollziehbare Methode der Patientenzuordnung zu einzelnen Einrichtungen zu entwickeln, etwa im Sinne eines Patientensteuerungssystems.

Dabei wäre eine Abstimmung zwischen den Sozialversicherungsträgern und insbesondere mit der PVA wesentlich, um eine gleichmäßige Auslastung der Einrichtungen erreichen zu können.

19.3 (1) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.

(2) Auch die PVA nahm die Empfehlung in ihrer Stellungnahme zur Kenntnis. Die in der Vergangenheit gesetzten Maßnahmen würden laufend evaluiert; abhängig vom Ergebnis würden weitere Umsetzungsschritte gesetzt, um z.B. dringendere Anschlussheilverfahren priorisieren zu können. Des Weiteren erarbeite die PVA Maßnahmen zur Verbesserung der Zuweisungen in die optimal geeignete Einrichtung (z.B. Informationsveranstaltungen oder Online–Antragsformular mit Pflichtfeldern, um die Qualität der eingereichten Anträge zu steigern).

Eigene Einrichtungen

Kosten und Alleinstellungsmerkmale

20.1 (1) Die PVA betrieb zur Zeit der Gebarungsüberprüfung 17 Eigene Einrichtungen, in denen Rehabilitationsleistungen erbracht wurden, davon 15 stationäre Einrichtungen und zwei Einrichtungen für ambulante Leistungen. Sie stellte im vierten Quartal 2022 2.253 Betten zur Verfügung, die zu 84 % ausgelastet waren. Mit Stand 31. Dezember 2022 beschäftigte sie rd. 2.105 Personen (in Vollzeitäquivalenten) in ihren Eigenen Einrichtungen. Der Rechnungsabschluss der PVA für das Jahr 2022 wies 122,19 Mio. EUR für Rehabilitationsleistungen in Eigenen Einrichtungen aus.

Die folgende Tabelle zeigt die Kosten pro Tag in den Eigenen Einrichtungen im Vergleich zu den Tagsätzen der Vertragspartner:

Tabelle 7: Kosten in Rehabilitationseinrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) pro Tag und Tarife (Tagsätze) der Vertragspartner im Jahr 2022

Indikationsgruppe	Kosten pro Tag in Eigenen Einrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt[1]	Tarife (Tagsätze) der Vertragspartner[2]	Mehrkosten gegenüber Vertragspartnern
	in EUR		in %
Bewegungs– und Stützapparat	283	212,72	33
Pulmologie	307	200,80	53
Neurologie	450	287,68	56
Stoffwechsel	272	167,93	62
Herz–Kreislauf–Erkrankungen	335	206,57	62

[1] Median der Jahresdurchschnittswerte der einzelnen Einrichtungen
[2] Durchschnitt der Tarife im Jahr 2022 gewichtet nach Geltungsdauer (Tarife änderten sich zum 1. September 2022)

Quelle: PVA; Zusammenstellung: RH

Die Kosten der Eigenen Einrichtungen lagen in allen Indikationsgruppen über den Tarifen der Vertragspartner. Die PVA verwies dazu insbesondere auf verschiedene Qualitätsmerkmale ihrer Eigenen Einrichtungen sowie auf höhere Kosten durch den Einsatz spezialisierter Geräte, durch den Einsatz zusätzlichen bzw. besonders geschulten Personals sowie durch die Dienstordnung der Sozialversicherung (Kollektivvertrag). Auch die Durchführung von Pilotprogrammen würde zu erhöhten Kosten für die betroffenen Eigenen Einrichtungen führen. Es bestehe ein Commitment der Selbstverwaltung zur Erbringung dieser Leistungen.

(2) Die Eigenen Einrichtungen der PVA hatten jeweils spezifische Alleinstellungsmerkmale, insbesondere die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Erkrankungen. Die PVA gab den Eigenen Einrichtungen Zielwerte vor, bei welchem Anteil der Patientinnen und Patienten das Alleinstellungsmerkmal – z.B.

Behandlung nach Organtransplantationen, bei Dialysebedarf oder bestimmten Erkrankungen – zur Anwendung kommen sollte. Die Eigenen Einrichtungen erreichten die Ziele meist nicht.[29] Laut PVA würden die Alleinstellungsmerkmale nach der Gebarungsüberprüfung weiter überarbeitet.

Abgesehen von diesen – laut PVA mit höheren Kosten verbundenen – Alleinstellungsmerkmalen galten für die Eigenen Einrichtungen die gleichen Medizinischen Leistungsprofile[30] und die gleichen Qualitätskriterien wie für die Vertragspartner.

(3) Die PVA wies darauf hin, dass die Eigenen Einrichtungen noch weitere wichtige Funktionen hatten: Sie würden wertvolle Erkenntnisse zu medizinischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen liefern, ohne die eine Steuerung der Vertragspartner (z.B. durch die Entwicklung der Medizinischen Leistungsprofile, die Qualitätssicherung oder Tarifkalkulationen) nicht möglich sei.

20.2 Der RH wies darauf hin, dass die Leistungserbringung in Eigenen Einrichtungen zwischen 33 % und 62 % teurer war als bei Vertragspartnern. Er anerkannte grundsätzlich, dass die eigene Leistungserbringung wichtige Informationen für die Steuerung brachte und bei Einrichtungen mit Alleinstellungsmerkmalen auch für die Patientinnen und Patienten zu einem Zusatznutzen führen konnte. Angesichts der hohen Kostenunterschiede und der relativ geringen Nutzung der Alleinstellungsmerkmale hielt der RH jedoch eine Prüfung und gegebenenfalls Anpassung für erforderlich.

Der RH empfahl der PVA, gemeinsam mit der Prüfung der Standorte und Indikationen der Eigenen Einrichtungen (TZ 21) die Leistungserbringung in Eigenen Einrichtungen auf ihre Zweckmäßigkeit zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen; dabei wären die höheren Kosten, die Alleinstellungsmerkmale und der Nutzen für einen medizinischen und wirtschaftlichen Erkenntnisgewinn zu berücksichtigen.

20.3 Die PVA nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis. Sie bereite konkrete Projekte aufgrund entsprechender Beschlüsse des Verwaltungsrats bereits vor, zumal Handlungsbedarf auch aus wirtschaftlicher Sicht gegeben sei.

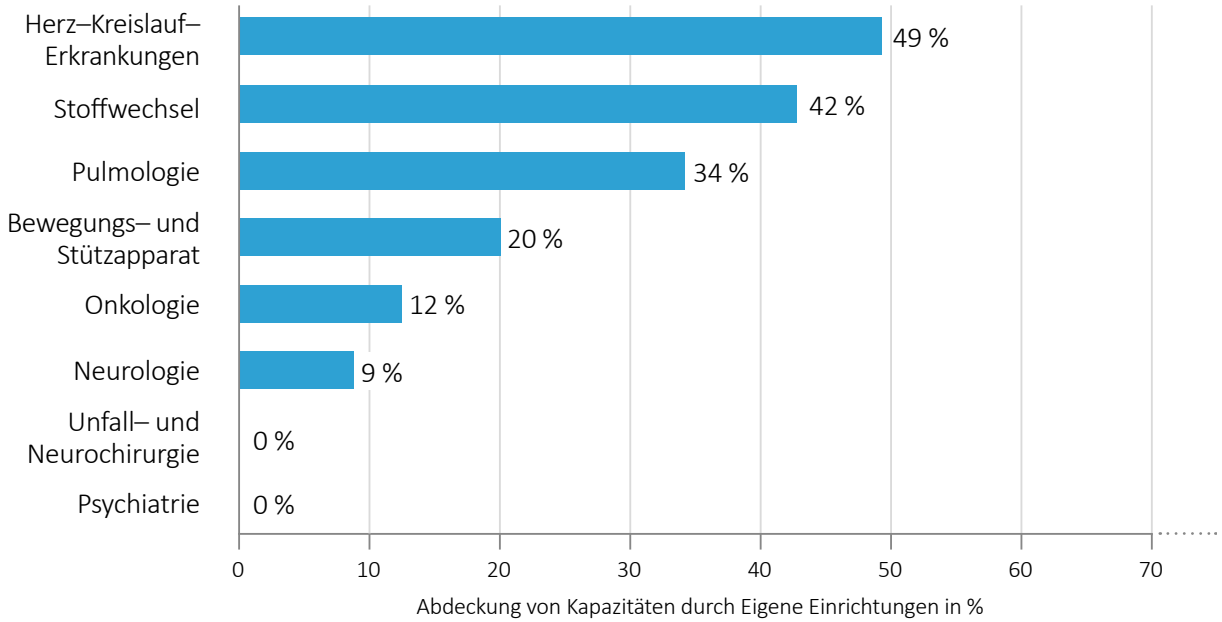
[29] Von den 17 Einrichtungen erreichte eine alle Zielwerte, von den insgesamt 31 vereinbarten Zielwerten waren neun erreicht. Die Zielwerte betrafen je Einrichtung zwischen 3 % und 40 % der Fälle. Sie wurden teilweise um mehr als die Hälfte unterschritten. Die PVA führte dazu aus, dass die starke Unterschreitung der Zielwerte hauptsächlich auf die erst kurz zurückliegende Einführung der Zielwerte zurückzuführen sei. Die Zielwerte seien noch nicht treffgenau gewesen.

[30] Die Eigenen Einrichtungen hatten die Möglichkeit, für spezielle Patientengruppen Alleinstellungsmerkmale zu definieren und im Rahmen eines Korridors bis zu weitere 600 Therapieminuten vorzusehen.

Indikationen und Standorte

21.1 (1) Die folgende Abbildung zeigt die durch Eigene Einrichtungen der PVA abgedeckten Kapazitäten für stationäre Rehabilitation aufgeschlüsselt nach Indikationen:

Abbildung 1: Anteil der durch Eigene Einrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) abgedeckten Kapazitäten für stationäre Rehabilitation nach Indikationen (Stand 13. April 2023)

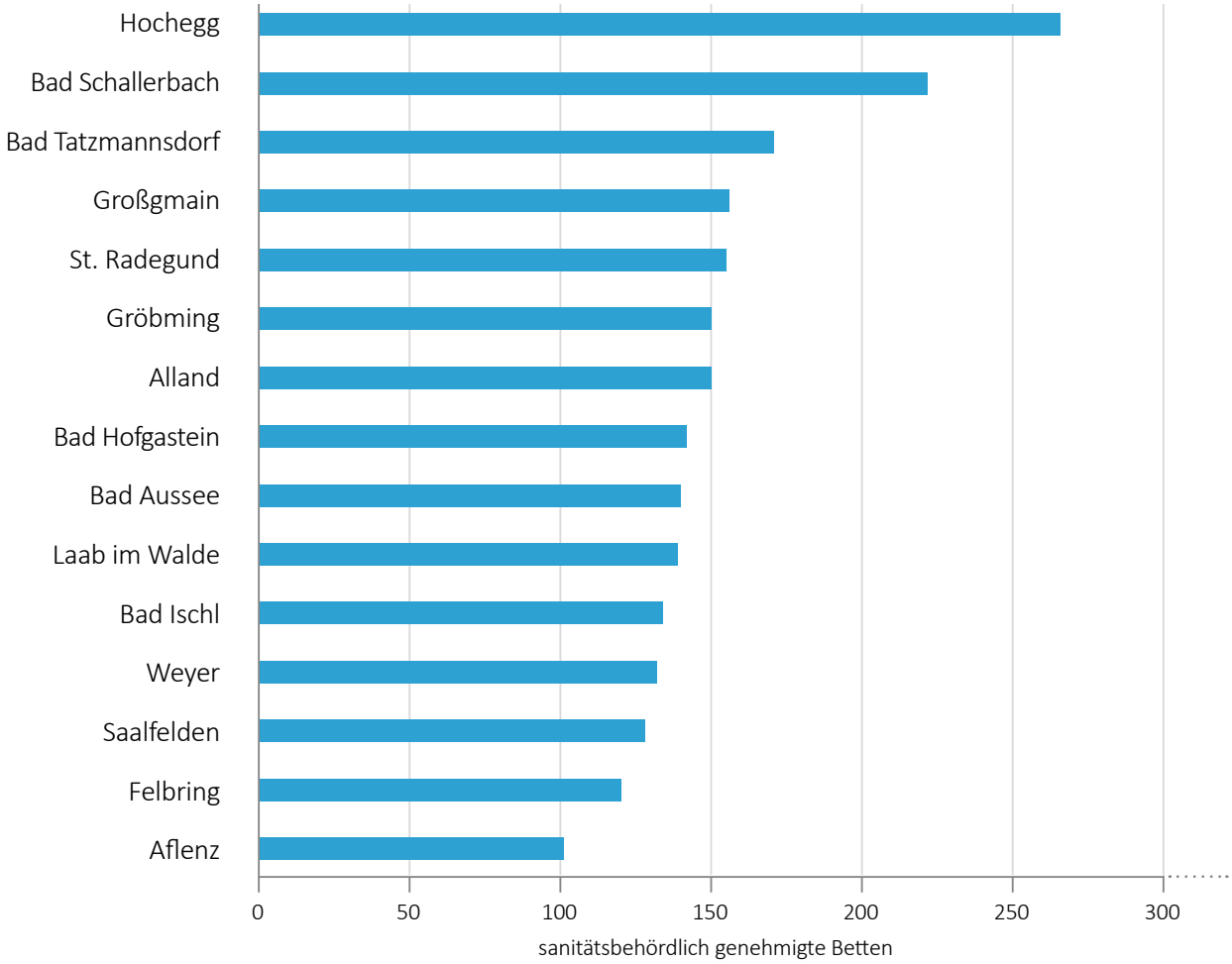


Quelle: PVA; Darstellung: RH

Der Anteil der durch die PVA selbst abgedeckten Leistungen lag bei Herz–Kreislauf–Erkrankungen bei 49 %, bei Stoffwechselerkrankungen bei 42 %, bei Neurologie und Onkologie unter 20 %. Im Bereich der psychiatrischen Rehabilitation hatte die PVA keine Eigenen Einrichtungen, obwohl dieser Bereich sowohl in der Rehabilitation als auch bei den Fallzahlen für Invaliditätspensionen stark anstieg.

(2) Die folgende Abbildung zeigt die Größe der Eigenen Einrichtungen nach der Anzahl der sanitätsbehördlich genehmigten Betten:

Abbildung 2: Rehabilitationseinrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) nach Anzahl der sanitätsbehördlich genehmigten Betten 2023



Quelle: PVA; Darstellung: RH

Die Eigenen Einrichtungen hatten im Jahr 2023 zwischen 101 und 266 Betten. Der RH verwies dazu auf die in TZ 5 beschriebene Tarifkalkulation zur Onkologie, die eine wesentliche Abhängigkeit der Kosten von der Einrichtungsgröße zeigte.

(3) Die PVA erstellte interne Steuerungsberichte über die Eigenen Einrichtungen, die auch den Investitionsbedarf bzw. die Abschreibungen von Gebäuden enthielten. Acht Eigene Einrichtungen wiesen dabei einen sogenannten „negativen Restbuchwert“ aus, was auf einen erheblichen Investitionsbedarf schließen ließ. Bei sechs Eigenen Einrichtungen lag der Investitionsbedarf über 10 Mio. EUR.

21.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass der Anteil der durch Eigene Einrichtungen abgedeckten Bettenkapazitäten nach Indikationsgruppen sehr unterschiedlich war und dass für die psychiatrische Rehabilitation keine eigenen Kapazitäten bestanden. Er wies darauf hin, dass die Größe der Eigenen Einrichtungen zwischen 101 Betten und 266 Betten lag und dass die Kosten von Einrichtungen wesentlich auch von ihrer Größe abhingen. Schließlich merkte der RH an, dass in mehreren Eigenen Einrichtungen ein zum Teil erheblicher Investitionsbedarf bestand.

Der RH empfahl der PVA, die Struktur der Eigenen Einrichtungen – vor dem Hintergrund des anstehenden Investitionsbedarfs – im Hinblick auf Indikationen, Standorte und Größe zu prüfen, um für die künftig angestrebte Leistungserbringung möglichst zielgerichtet zu investieren.

21.3 Die PVA nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis und verwies erneut darauf, dass sie konkrete Projekte aufgrund entsprechender Beschlüsse des Verwaltungsrats bereits vorbereite, zumal Handlungsbedarf auch aus wirtschaftlicher Sicht gegeben sei (TZ 20).

Rehabilitations–Informations–System

22.1 (1) Die PVA entschied im Februar 2010, ein Rehabilitations–Informations–System für ihre Eigenen Einrichtungen einzuführen. Vor dessen Implementierung verwendete die PVA für die medizinische, therapeutische und pflegerische Dokumentation sowie für die Therapieplanung in den Eigenen Einrichtungen unterschiedliche IT–Systeme. Fünf Einrichtungen nutzten „Clinic Ware", ein dezentral installiertes medizinisches Informations– und Kommunikationssystem. Die anderen zwölf Einrichtungen verfügten über kein medizinisches Informationssystem. Sie verwendeten Papierakten oder ein eigenes Programm für Befunde in einem Textverarbeitungsprogramm. Außerdem hatten die Eigenen Einrichtungen der PVA unterschiedliche Software–Subsysteme im Einsatz (Patientenverwaltung, Terminplanung und Laborsoftware).

Ziel des Projekts war es, die Verfügbarkeit einer zentralen, einheitlichen Software–Lösung für den medizinischen Krankenakt in allen Eigenen Einrichtungen der PVA auf zentraler Hardware unter Einbindung von bestehenden Software–Lösungen sicherzustellen. Dies sollte mit einer Harmonisierung der Abläufe verbunden sein.

Die PVA schrieb im Jahr 2010[31] EU–weit eine Software–Lösung und deren Implementierung in allen Rehabilitationseinrichtungen der PVA auf Grundlage des Bundesvergabegesetzes 2006 aus. Da für den Bereich der Rehabilitation noch kein derartiges IT–Produkt am Markt verfügbar war, musste es erst entwickelt werden. Mit Beschluss vom Februar 2012 beauftragte der Vorstand ein externes Projektcontrolling, um die Implementierung zu begleiten. Geplant war ein Projektende 36 Monate nach Auftragsvergabe, also Ende 2015. Im April 2012 beauftragte die PVA den Bestbieter mit der Implementierung. Ein von einem unterlegenen Bieter eingebrachter Nachprüfungsantrag beim Bundesvergabeamt war nicht erfolgreich.

Im Laufe des Jahres 2014 wurde in den zwölf Eigenen Einrichtungen ohne medizinisches Informationssystem das Rehabilitations–Informations–System in Betrieb genommen. In dieser Ausbaustufe waren die Bereiche Patientenadministration, Dokumentenablage und Abbildung der Krankengeschichte – z.B. Medikation oder Vitalwerte – abgedeckt.

(2) 2014 entschied die PVA, auch das bis dahin in den Eigenen Einrichtungen verwendete Terminplanungstool abzulösen. Sie beauftragte denselben Auftragnehmer im Rahmen eines Verhandlungsverfahrens, weil sie eine Trennung der Zusatzleistungen vom ursprünglichen Auftrag in technischer und wirtschaftlicher Hinsicht ohne wesentlichen Nachteil für die PVA nicht für möglich hielt.[32] Das System berücksich-

[31] „REIS–Implementierung eines Rehabilitations–Informationssystems" – Ausschreibung im Supplement zum Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften unter 2010/S 194–296619

[32] Die Kosten machten 0,49 Mio. EUR bei Auftragsvergabe sowie für eine Scope–Erweiterung 2017 0,48 Mio. EUR aus. Hinzu kamen laufende Betreuungskosten von rd. 2.000 EUR monatlich.

tigte die verfügbaren Ressourcen – wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Kompetenzen, Räume oder Termine – und ermöglichte eine gleichmäßige Verteilung der Leistungen.

Im Spätsommer 2016 setzte die PVA das Rehabilitations–Informations–System vollumfänglich erstmals als Pilotbetrieb in zwei Eigenen Einrichtungen ein. Ergänzend zur ersten Ausbaustufe 2014 waren zusätzlich Anforderungsmanagement und Terminplanung mit Schnittstellen zu Labor und Radiologie, eine erweiterte medizinische Dokumentation mit Medikationstool, Leistungsdokumentation und Archivierungsfunktion für die Krankenakte sowie die Abbildung des Pflegeprozesses umfasst. Die erste der beiden Eigenen Einrichtungen mit Pilotbetrieb startete den Echtbetrieb im Dezember 2016, die zweite im April 2017. Im Zuge des Pilotbetriebs nahm die PVA notwendige Anpassungen vor. Zur Vorbereitung auf den Einsatz in den weiteren Eigenen Einrichtungen wurden im Laufe des Jahres 2017 kontinuierlich Schulungen durchgeführt. Ab Mai 2019 war das Rehabilitations–Informations–System in allen Eigenen Einrichtungen in Betrieb.

Im März 2018 beriet der Vorstand der PVA über Verzögerungen in der Projektabwicklung und Probleme mit der Stabilität und Performance des Programms. Im August 2018 wurde im Vorstand berichtet, dass die Patientenzahl reduziert werden musste, um die Implementierung durchzuführen. In weiteren Sitzungen 2018 und 2019 wurde diskutiert, ob und in welcher Höhe durch die Verzögerungen ein finanzieller Schaden entstanden sei, wer diesen zu tragen habe und ob ein Projektabbruch sinnvoll sei bzw. Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden sollten. In weiterer Folge wurden Gutachten eingeholt und eine Mängelliste erstellt. Im Oktober 2018 setzte der Vorstand ein Prüfkomitee der Kontrollversammlung ein. Es wurde von Systemfehlern im Rehabilitations–Informations–System berichtet, bei denen Verwechslungen zur Gefährdung der Patientensicherheit geführt hätten; das medizinische Personal konnte diese aber abwenden. Die geringere Auslastung führte laut PVA zu Mehrkosten von 2,20 Mio. EUR.

In einer Sitzung knapp vor Jahreswechsel 2019/20 beschloss die PVA eine Gesamtabnahme mit einer Mängelliste und das weitere Vorgehen zur Behebung der Mängel. Die endgültige Projektabnahme fand im Jahr 2021 statt. Schadenersatzansprüche machte die PVA nicht geltend.

(3) Im Rahmen des Programms „PVA2020“ wurde das Projekt Rehabilitations–Informations–System sukzessive in den Regelbetrieb übergeführt. Das Rehabilitations–Informations–System war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in allen Eigenen Einrichtungen im Vollbetrieb.

Gegenüber dem RH wies die PVA auf folgende Erkenntnisse aus dem Projektverlauf für das weitere Vorgehen hin:

- Im Zuge der Konzeptionierung und Implementierung des Projekts habe sich herausgestellt, dass eine Digitalisierung der zuvor üblichen Prozesse nicht automatisch eine Optimierung sicherstellen könne. Zur Verbesserung wären Änderungen in den Prozessen zu überlegen und umzusetzen gewesen.
- Entgegen der Absicht, ein fertiges Projekt zu implementieren, sei es im Zuge des Projekts notwendig geworden, eine eigene Lösung zu entwickeln und weiterzuentwickeln.
- Die Akzeptanz der Bediensteten für neue Vorgehensweisen sei eine zentrale Erfolgsvoraussetzung.
- Die Integration der Terminplanung in das Projekt und die sukzessive Ausrollung in den 17 Eigenen Einrichtungen statt einer gleichzeitigen Freischaltung hätten die Umsetzung wesentlich verzögert.
- Die objektivierbare Erfassung von Performance–Kennzahlen und der Aufgabenerfüllung des Programms seien wesentlich, auch um die internen Diskussionen sachlich führen zu können.
- Den im Jahr 2012 geplanten Projektkosten von 7,89 Mio. EUR seien tatsächliche Projektkosten bis 2019 von 9,12 Mio. EUR gegenüberzustellen. Dafür habe die PVA die zusätzliche Funktionalität der Terminplanung umgesetzt. Die Verzögerung durch die sukzessive Ausrollung habe aufgrund der Vertragsgestaltung keine wesentlichen Mehrkosten für die PVA verursacht. Allerdings seien wegen der längeren Implementierungsphase und des erhöhten Beratungsbedarfs die Kosten für externe Projektbegleitung von 0,36 Mio. EUR bei 36 Monaten Projektdauer auf 2,22 Mio. EUR gestiegen.

Die PVA sei mit dem zur Zeit der Gebarungsüberprüfung implementierten Programm zufrieden, obwohl laufende Weiterentwicklungen erforderlich seien.

22.2 Der RH verwies darauf, dass ein einheitliches Rehabilitations–Informations–System eine sinnvolle Zielsetzung war, und merkte an, dass entsprechende Produkte zur Zeit der Ausschreibung noch nicht am Markt verfügbar waren. Er hielt kritisch fest, dass die 2012 begonnene Implementierung des Projekts statt 36 Monate rund neun Jahre (bis 2021) dauerte. Die Projektabwicklung führte zu einer Kostenüberschreitung. Laut PVA musste sie die Auslastung der Eigenen Einrichtungen im Zuge der Implementierung reduzieren, was bei Ausweichen auf Vertragspartnereinrichtungen zu Mehrkosten von 2,20 Mio. EUR für die PVA geführt habe.

Der RH erachtete es als ein wesentliches Element einer erfolgreichen Projektplanung, Prozessänderungen durch die Digitalisierung möglichst frühzeitig zu berücksichtigen sowie Aufwand und Nutzen von Neuentwicklungen zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer abzustimmen.

Der RH empfahl der PVA, bei künftigen IT–Projekten folgende Punkte als wesentliche Elemente einer erfolgreichen Projektplanung besonders zu berücksichtigen:

- Prozessänderungen durch die Digitalisierung,
- Aufwand und Nutzen von Neuentwicklungen in Abstimmung zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer,
- die Akzeptanz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für geänderte Vorgehensweisen,
- die Art der Ausrollung (gleichzeitig oder gestaffelt),
- die vorherige Definition des Leistungsumfangs und
- objektivierbare Kennzahlen zur Feststellung der Performance.

22.3 Die PVA nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis und merkte an, dass sie für zukünftige IT–Projekte bereits Projektmanagement–Prozesse aufgesetzt habe.

Resümee

23 Zusammenfassend hielt der RH fest, dass die PVA im überprüften Zeitraum wesentliche Verbesserungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation erreichen konnte: Sie reformierte die Medizinischen Leistungsprofile, aktualisierte das Patientensteuerungssystem und verbesserte die Nachvollziehbarkeit im Antragsprozess sowie im Vertragspartnermanagement. Weiters stellte sie durch eine Grundsatzentscheidung für die Durchführung von Vergabeverfahren eine höhere Transparenz und Rechtssicherheit im Umgang mit Vertragspartnern sicher. Der RH anerkannte diese Schritte als wesentliche organisatorische Weiterentwicklungen.

Dennoch sah der RH noch erhebliches Potenzial für eine Optimierung: Vor dem Hintergrund der Verdreifachung der Verfahren bei der PVA seit 2003 und der stärkeren Ausdifferenzierung der Leistungen könnte die Leistungserbringung effektiver und effizienter werden, insbesondere durch

- mehr Informationen über die Patientinnen und Patienten bei der Entscheidung über die Anträge,
- darauf basierend eine stärker sachlich (als am Patientenwunsch) orientierte Zuordnung zu bestimmten Leistungserbringern,
- eine Optimierung der Verträge und der Eigenen Einrichtungen nach regionalen und strukturellen Kriterien und
- eine weitere Individualisierung der Leistungserbringung und der Therapiezeiten auf Basis der individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten.

Aufgrund des erheblichen und wachsenden Leistungsvolumens und der unterschiedlichen Kosten (z.B. zwischen ambulanten und stationären Verfahren oder zwischen Eigenen Einrichtungen und Vertragspartnereinrichtungen) sah der RH durch diese Maßnahmen auch ökonomische Verbesserungsmöglichkeiten.

Die folgende Tabelle stellt die erreichten Erfolge dem weiteren – damit verschränkten – Handlungsbedarf gegenüber:

Tabelle 8: Erreichte Erfolge und weiterer Handlungsbedarf bei der Organisation und Umsetzung der medizinischen Rehabilitation

Thema	erreichte Erfolge	weiterer Handlungsbedarf	TZ
Definition der Leistungen	• Umstellung Medizinisches Leistungsprofil auf funktionale Betrachtung • Differenzierung von Leistungskategorien	weitere Individualisierung der Therapiezeiten und Leistungserbringung	TZ 4
neue Vertrags-abschlüsse	• Grundsatzentscheidung für Vergabeverfahren • drei Verfahren abgeschlossen	• weitere Entwicklung und Anpassung der Vertragspartnerstruktur (regional, Größe der Einrichtungen) • Berücksichtigung von Lessons Learned aus durchgeführten Vergabeverfahren	TZ 13
Vertragspartner-management	• Bereinigung der Datenbasis • Prozess für Änderungen der Parameter im Patientensteuerungssystem	Tarifkalkulationen und Strategie, um optimale Wirtschaftlichkeit sicherzustellen	TZ 4 TZ 5 TZ 7 TZ 8
Qualitätssicherung	• Erhöhung der Prüffrequenz • Reaktion auf COVID–19–Pandemie • Anpassung der Organisation	• Anpassung der Kontrolldichte an Rahmenbedingungen • Sicherstellung der Umsetzung auch in der Kinder– und Jugendrehabilitation	TZ 7 TZ 14
Antragsprozess	Nachvollziehbarkeit der Bearbeitung	Digitalisierung und Optimierung der verfügbaren Informationen	TZ 18
Patientensteuerung	• Anpassung des Verfahrens • Dokumentation der Parameter	Optimierung im Hinblick auf Verhältnis sachliche Gründe der Zuordnung zu Patientenwunsch	TZ 19
Eigene Einrichtungen	Implementierung eines einheitlichen Rehabilitations–Informations–Systems	Überprüfung der Struktur hinsichtlich Indikationen, Größe der Einrichtung und Nutzen im Vergleich zu den Kosten	TZ 20 TZ 21 TZ 22

Quelle: RH

Schlussempfehlungen

24 Zusammenfassend empfahl der RH

- dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (**Dachverband**),
- der Österreichischen Gesundheitskasse (**ÖGK**) und
- der Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**):

		Dach-verband	ÖGK	PVA
(1)	Die Leistungen und Therapiezeiten wären noch stärker an die konkreten Patientenbedürfnisse anzupassen, um die Versorgung möglichst effizient und effektiv zu gestalten. (TZ 3)			X
(2)	Durch geeignete Instrumente (z.B. Tarifkalkulationen, Preiswettbewerb, Tarifdifferenzierung nach Unternehmensgröße) wäre sicherzustellen, dass das Tarifsystem für medizinische Rehabilitation für die Sozialversicherung wirtschaftliche bzw. sparsame Ergebnisse erzielt. (TZ 5)			X
(3)	Bei der Vertragspartnerkontrolle wären die Kontrollmaßnahmen den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen, um die Qualität der Rehabilitationseinrichtungen für die Patientinnen und Patienten sicherzustellen. (TZ 7)			X
(4)	In den Einrichtungen der Kinder– und Jugendrehabilitation wären regelmäßige Vertragspartnerkontrollen durchzuführen und wäre sicherzustellen, dass die Qualitätsvorgaben eingehalten werden. (TZ 7)	X	X	X
(5)	Auf die Veröffentlichung von Wartezeiten auf den Websites der stationären Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche wäre hinzuwirken. (TZ 8)	X		
(6)	Es wäre zu erheben, ob es bei der Inanspruchnahme von Rehabilitation durch unter 18–Jährige besonders stark nachgefragte Monate gab (z.B. Ferienzeiten); eine gleichmäßige Inanspruchnahme wäre anzustreben. (TZ 8)	X		
(7)	Ein strukturierter, trägerübergreifender Prozess zum Beschwerdemanagement in der Kinder– und Jugendrehabilitation wäre einzurichten. (TZ 8)	X	X	X
(8)	Ein Konzept wäre zu entwickeln, wie bestehende Ungleichgewichte in der Vertragspartnerstruktur – regional, strukturell und tariflich – ausgeglichen werden können. (TZ 10)			X
(9)	Bei der Ausgestaltung der Vergabeverfahren für medizinische Rehabilitation wäre künftig darauf zu achten, ausreichend flexible Verträge abzuschließen, um auf geänderte Umstände eingehen zu können. (TZ 12)	X		X

		Dach-verband	ÖGK	PVA
(10)	Bei künftigen Vergabeverfahren wären alle wichtigen Kriterien, einschließlich gebietsbezogener Zuschlagskriterien, bereits ab Beginn des Vergabeverfahrens klar und transparent zu kommunizieren. Über den Rehabilitationsplan hinaus wäre ein Konzept für die Verteilung (Lage) und Größe der Einrichtungen zu entwickeln, um Strukturungleichgewichte zu vermeiden. (TZ 13)			X
(11)	Es wäre zu prüfen, welche Formen der Preisbildung unter welchen Rahmenbedingungen am besten geeignet sind, eine wirtschaftliche und qualitätsvolle Leistungserbringung sicherzustellen. (TZ 14)	X	X	X
(12)	Auf eine konkrete Planung der ambulanten Rehabilitation Phase III (Stabilisierung der erreichten Effekte sowie langfristige Veränderung des Lebensstils) im Rehabilitationsplan wäre hinzuwirken. (TZ 15)	X		X
(13)	Bei künftigen Maßnahmen zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche wären neben der geografischen und indikationsbedingten Verteilung der Einrichtungen auch die wirtschaftlichen, personellen und medizinischen Gesichtspunkte verstärkt zu berücksichtigen. (TZ 16)	X		
(14)	Unter Nutzung der Erfahrungen der bisherigen Vergabeverfahren wären die Verträge mit den Anbietern der medizinischen Rehabilitation zu optimieren. Dabei wären insbesondere eine hohe Flexibilität bei Veränderungen in der Nachfrage, eine Optimierung der Größe der Einrichtungen und ihrer Lage sowie die Möglichkeiten des Preiswettbewerbs anzustreben. (TZ 17)	X	X	X
(15)	Die Digitalisierung und Verbesserung des Prozesses zur Beantragung von medizinischer Rehabilitation wären prioritär umzusetzen; dabei wäre auf eine hohe Qualität (Vollständigkeit und Aussagekraft) der Angaben zu achten, um eine bestmögliche Leistung für die Betroffenen sicherstellen zu können. (TZ 18)	X	X	X
(16)	Es wäre zu prüfen, wie die Zuweisung zur optimal geeigneten Einrichtung wieder stärker nach sachlichen Kriterien gewichtet werden könnte, etwa durch Information der Patientinnen und Patienten bzw. der Ärztinnen und Ärzte oder durch Verfeinerung der Kriterien. Dabei wäre auch die Akzeptanz der Betroffenen durch ausreichende Information über die Vorteile der vorgesehenen Zuordnung zu verbessern. (TZ 19)			X
(17)	Eine objektiv nachvollziehbare Methode der Patientenzuordnung zu einzelnen Einrichtungen wäre zu entwickeln, etwa im Sinne eines Patientensteuerungssystems. (TZ 19)		X	

		Dach-verband	ÖGK	PVA
(18)	Gemeinsam mit der Prüfung der Standorte und Indikationen der Eigenen Einrichtungen wäre die Leistungserbringung in Eigenen Einrichtungen auf ihre Zweckmäßigkeit zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen. Dabei wären die höheren Kosten, die Alleinstellungsmerkmale und der Nutzen für einen medizinischen und wirtschaftlichen Erkenntnisgewinn zu berücksichtigen. (TZ 20)			X
(19)	Die Struktur der Eigenen Einrichtungen wäre – vor dem Hintergrund des anstehenden Investitionsbedarfs – im Hinblick auf Indikationen, Standorte und Größe zu prüfen, um für die künftig angestrebte Leistungserbringung möglichst zielgerichtet zu investieren. (TZ 21)			X
(20)	Bei künftigen IT–Projekten wären folgende Punkte als wesentliche Elemente einer erfolgreichen Projektplanung besonders zu berücksichtigen: • Prozessänderungen durch die Digitalisierung, • Aufwand und Nutzen von Neuentwicklungen in Abstimmung zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer, • die Akzeptanz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für geänderte Vorgehensweisen, • die Art der Ausrollung (gleichzeitig oder gestaffelt), • die vorherige Definition des Leistungsumfangs und • objektivierbare Kennzahlen zur Feststellung der Performance. (TZ 22)			X

Rechnungshof Österreich

Wien, im November 2024
Die Präsidentin:

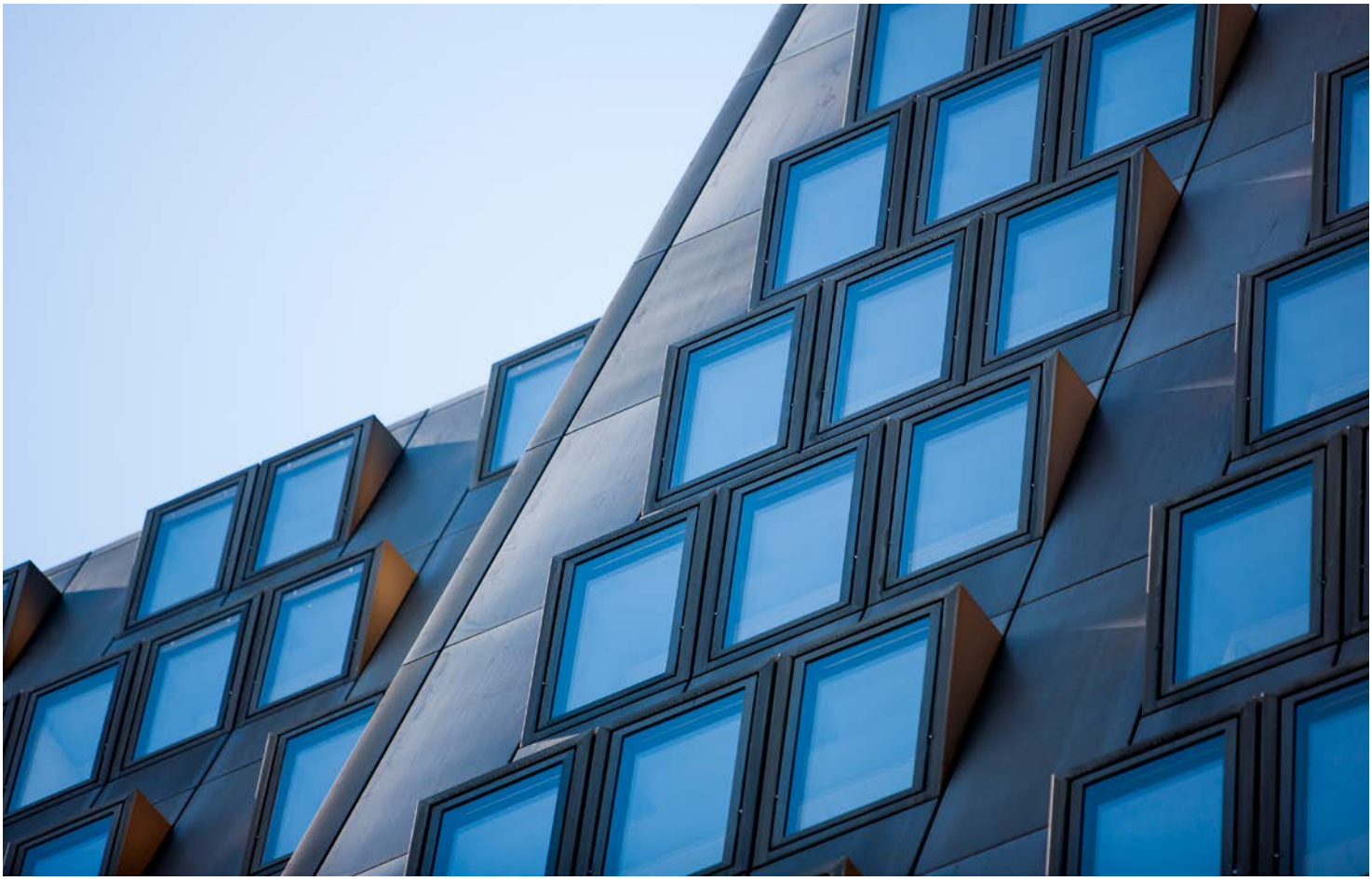
Dr. Margit Kraker

Anhang

Ressortbezeichnung und –verantwortliche

Tabelle A: Sozialministerium im Zeitraum 2015 bis 2022

Zeitraum	Bundesministerien-gesetz–Novelle	Ressortbezeichnung	Bundesminister/in
bis 7. Jänner 2018	BGBl. I 3/2009	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	bis 26. Jänner 2016: Rudolf Hundstorfer
			26. Jänner 2016 bis 18. Dezember 2017: Alois Stöger, diplômé
			18. Dezember 2017 bis 8. Jänner 2018: Mag.ª Beate Hartinger–Klein
8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020	BGBl. I 164/2017	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz	8. Jänner 2018 bis 22. Mai 2019: Mag.ª Beate Hartinger–Klein
			22. Mai 2019 bis 3. Juni 2019: Dr. Walter Pöltner
			3. Juni 2019 bis 7. Jänner 2020: Mag.ª Dr.in Brigitte Zarfl
			7. Jänner 2020 bis 29. Jänner 2020: Rudolf Anschober
seit 29. Jänner 2020	BGBl. I 8/2020	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	29. Jänner 2020 bis 19. April 2021: Rudolf Anschober
			19. April 2021 bis 8. März 2022: Dr. Wolfgang Mückstein
			seit 8. März 2022: Johannes Rauch

Quelle: Parlament; Zusammenstellung: RH

R
H