



Der
Rechnungshof

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich
in der Sozialversicherung

Reihe BUND 2017/7

R
|
H

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	10
Kurzfassung	15
Kenndaten	33
Prüfungsablauf und –gegenstand	33
Teil I – Compliance Management System	36
Grundsätzliches	36
Einrichtung eines Compliance Management Systems	36
Fehlende Elemente des Compliance Managements	40
Compliance Management zu geschäftsprozessübergreifenden Risiken	42
Aufgabenverteilung zwischen Vorstand und Bediensteten	45
Kontrollarchitektur (Kontrollversammlung und Innenrevision)	52
Prüfprozesse in der Verwaltung	68
Befangenheitsregelungen in der Selbstverwaltung	69
Compliance Officer und Whistleblower-System	71
EDV-Bereich	73
Zusammenfassung: Grundsätzliches	76
Compliance Management zu geschäftsprozessspezifischen Risiken	78
Übersicht	78
Zusammenfassung: Nicht prioritäre Dienstleistungen	78
Zusammenfassung: Sonstige Vergaben (Beschaffungen)	81
Zusammenfassung: Personal	82

Teil II – Nicht prioritäre Dienstleistungen:	
Medizinische Rehabilitation _____	83
Rechtsgrundlagen und Gebarungsvolumen _____	83
Definitionen, Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten _____	83
Abgrenzung zwischen Kur und Rehabilitation _____	87
Gebarungsvolumen und Fallzahl _____	91
Zusammenfassung _____	95
Genehmigung von Kur- und Rehabilitationsverfahren _____	96
Genehmigungsprozesse _____	96
Ergebnisse des Prozesses _____	101
Zusammenfassung _____	114
Auswahl von Anbietern von Rehabilitationsverfahren _____	115
Überblick und Prüfungsvorgehen _____	115
Rechtsgrundlagen und Richtlinien des Hauptverbands _____	116
Wesentliche Schritte zur Auftragsvergabe _____	118
Bedarfsplanung _____	120
Koordination zwischen Land und Sozialversicherung _____	129
Grundlegende Ausgestaltung der Vertragsbeziehung _____	140
Interne Abwicklung der Auswahl der Leistungserbringer in der PVA _____	152
Auswirkungen der dargestellten Mängel auf die Versorgungszonen _____	159
Aktuelle Entwicklungen _____	161
Patientensteuerungssystem _____	163
Zusammenfassung _____	166

Teil III – Weitere nicht prioritäre Dienstleistungen	168
Relevantes Gebarungsvolumen	168
Grundlegende rechtliche Einordnung der Verträge	170
Unterschiede zwischen den Beschaffungsregimes	173
Maßnahmen in Schwerpunktbereichen	175
Zusammenfassung nicht prioritäre Dienstleistungen	176
Teil IV – Sonstige Vergaben (Beschaffungen)	179
Prüfungsvorgehen	179
Datenverfügbarkeit zu Beschaffungen	180
Beschaffungsvolumen	180
Beschaffungscontrolling	182
Vorgaben zu Beschaffungen	185
Rechtliche Grundlagen	185
Anzahl der beschaffenden Stellen	186
EDV–Unterstützung bei Beschaffungen	189
Vergleichsangebote	191
Wertgrenzen und interne Zuständigkeitsverteilung	193
Umsetzung der Vorgaben in der Praxis	195
Bedarfsplanung und Bedarfsmeldung	195
Wahl des Vergabeverfahrens und Ermittlung des Auftragswerts	196
Einholung und Dokumentation von Vergleichsangeboten	198
Prüfung der Zuverlässigkeit der Lieferanten	199

Handlungsbefugnis gemäß interner Kompetenzregelung _____	200
Rückwirkende Genehmigung _____	202
Dokumentation der Auftragserteilung _____	203
Sonstige Feststellungen _____	203
Struktur der internen Vorgaben _____	203
Strategie für Beschaffungen _____	205
Strategische Zielsetzungen _____	205
Nutzung externer Beschaffungsdienstleister _____	207
Risikomanagement und Kontrollsysteme _____	208
Zusammenfassung sonstige Vergaben (Beschaffungen) _____	211
Teil V – Personal _____	212
Prüfungsvorgehen _____	212
Einleitung _____	213
Personalstand der überprüften Sozialversicherungsträger _____	213
Datenlage bei AUVA, BVA und PVA _____	214
Regelungskompetenzen im Personalbereich _____	216
Dienstpostenplan _____	218
Vorgaben zum Dienstpostenplan _____	218
Ausnahmen und Sonderregelungen im Dienstpostenplan _____	220
Einhaltung des Dienstpostenplans _____	221
Stellenbesetzung und Stellenausschreibung _____	223
Verbindliche Regelungen _____	223

Stellenbeschreibung und Stellenausschreibung _____	224
Interne und externe Stellenausschreibung _____	226
Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber; Dokumentation der Entscheidung _____	229
Vergütungssystem _____	231
Allgemeines _____	231
Höherreihung von Akademikerinnen und Akademikern _____	231
Auseinanderfallen von Gehalt und Funktion _____	232
Führungszulagen _____	233
Sonderverträge _____	235
Belohnungen, Prämien und außerordentliche Vorrückungen _____	238
Außerdienststellungen und Entlassungsmanagement _____	239
Befangenheiten und Interessenkonflikte _____	240
Befangenheit bei familiärem Naheverhältnis _____	240
Nebenbeschäftigung _____	243
Zusammenfassung Personal _____	245
Beantwortung der Fragen des Prüfungsverlangens _____	246
Schlussempfehlungen _____	250

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Zusammensetzung und Tätigkeit der Kontrollversammlungen	58
Tabelle 2:	Anzahl der Prüfungen der Innenrevision 2012 bis 2014	67
Tabelle 3:	Personalausstattung der Innenrevision im Jahr 2014	67
Tabelle 4:	Zuständigkeiten für Heilverfahren im Überblick	85
Tabelle 5:	Aufwendungen für Kuren und Rehabilitation 2010 bis 2014	91
Tabelle 6:	Durchgeführte Aufenthalte bzw. Heilverfahren 2014	93
Tabelle 7:	Anträge auf Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt und deren Erledigungen, BVA und PVA 2014	103
Tabelle 8:	Anträge und Bewilligungen bei BVA und PVA 2014, Anzahl je 1.000 Anspruchsberechtigte	105
Tabelle 9:	Antragsstatistik Kur- und Rehabilitationsverfahren Landesstellen PVA 2014	108
Tabelle 10:	Vergleich des Soll- und Ist-Stands von Betten in den Versorgungszonen laut Rehabilitationsplan 2012	123
Tabelle 11:	Tarife pro Tag für stationäre Rehabilitation	145
Tabelle 12:	Anzahl und Umsatz der Vertragspartner der BVA 2014	169
Tabelle 13:	Beschaffungsvolumina aus der Finanzbuchhaltung 2012 bis 2014	181
Tabelle 14:	Vergleich verfügbarer Beschaffungsdaten 2014	183
Tabelle 15:	Anzahl der beschaffenden Organisationseinheiten	187
Tabelle 16:	Wertgrenzen für Beschaffungen 2014	193
Tabelle 17:	Obmannverfügungen bei der AUVA bei Beschaffungen	201

Tabelle 18: Über die BBG abgerufene Beschaffungsvolumina 2012 bis 2014 _____	207
Tabelle 19: Personalstand im Überblick, Jahresdurchschnitt 2013 _____	213
Tabelle 20: Verfügbarkeit Compliance-relevanter Personaldaten _____	214
Tabelle 21: Stellenbesetzungen 2012 bis 2014 _____	227
Tabelle 22: Antworten zu den Fragen des Prüfungsverlangens _____	247

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Verwaltungskörper der Sozialversicherungsträger _____	46
Abbildung 2:	Entwicklung der Anzahl der Kur- und Rehabilitationsaufenthalte 2003 bis 2014 (alle Sozialversicherungsträger) _____	88
Abbildung 3:	Verteilung nach Anzahl der Kur- und Rehabilitationsverfahren pro Person bei BVA und PVA, 2008 bis 2014 _____	106
Abbildung 4:	Wesentliche Schritte zum Vertragsabschluss im Rehabilitationsbereich _____	118

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
AVG	Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz
BBG	Bundesbeschaffungsagentur
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BKA	Bundeskanzleramt
BKK	Betriebskrankenkassen
B-KUVG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
bspw.	beispielsweise
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
BVergG	Bundesvergabegesetz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
etc.	et cetera
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUR	Euro
f./ff.	folgende
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GVA	Gesundheitsvorsorge Aktiv
Hrsg.	Herausgeber
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IKS	Internes Kontrollsystem
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
IT	Informationstechnologie
ITSV GmbH	IT-Services der Sozialversicherung GmbH
i.V.m.	in Verbindung mit

KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
leg. cit. lit.	legis citatae (der zitierten Vorschrift) litera (Buchstabe)
Mio. Mrd. m.w.N.	Million(en) Milliarde(n) mit weiteren Nachweisen
Nr.	Nummer
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
rd.	rund
RH	Rechnungshof
Rs	Rechtssache
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
Rz	Randziffer
S.	Seite(n)
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SVD	SVD-Büromanagement GmbH
TOP	Tagesordnungspunkt
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
UKH	Unfallkrankenhaus
usw.	und so weiter
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VfSlg.	Sammlung der Erkenntnisse und wichtigsten Beschlüsse des VfGH
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)

WGKK Wiener Gebietskrankenkasse

Z Ziffer

z.B. zum Beispiel

Wirkungsbereich der Bundesministerien

für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

für Finanzen

für Gesundheit und Frauen

Compliance im Vergabe– und Personalbereich in der Sozialversicherung

Ein systematisches Compliance Management mit Rücksichtnahme auf die besonderen finanziellen und organisatorischen Risikofaktoren fehlte in den drei überprüften Sozialversicherungsträgern AUVA, BVA und PVA. Die Regelungen zur Abstimmung zwischen Selbstverwaltung und Büro, zur Vermeidung von Befangenheiten für Mitglieder der Selbstverwaltung und für die Entlastung des Vorstands durch die Kontrollversammlung waren nicht ausreichend. Die Innenrevision war hinsichtlich der Ressourcenausstattung und ihrer Unabhängigkeit nicht ausreichend stark. Die Einrichtung eines Compliance Officers und eines Systems zum Umgang mit „Whistleblowern“ fehlte. Verbesserungen im IT–Bereich waren notwendig.

Die Organisation der Kuren und Rehabilitation war hinsichtlich der Rechtsgrundlagen, der Planung, der Vertragsgestaltung, der Tariffindung, der Auswahl der Vertragspartner und der Compliance zu verbessern. Ein erheblicher Teil der Rehabilitationsleistungen (insbesondere für Pensionistinnen und Pensionisten) basierte auf einer für Gesundheitsvorsorge geschaffenen Rechtsgrundlage. Dies beeinträchtigte sowohl die Rechtsposition der Einzelnen als auch die Steuerungsmöglichkeit der öffentlichen Hand. Die PVA entschied über Anträge auf Basis kurzer Antragsformulare und gegebenenfalls mitgesandter Befunde, obwohl die Krankenversicherungsträger über umfassende Daten verfügten. Wesentliche Compliance–relevante Prozesselemente (feste Geschäftseinteilung, Dokumentation der Entscheidungsträgerinnen und –träger) waren bei BVA und PVA unzureichend eingerichtet. Mangels statistischer Weisungen war keine verlässliche Statistik über die Genehmigungspraxis der einzelnen Träger verfügbar. Die PVA lehnte – im Einklang mit internen Vorgaben – wesentlich mehr Kuranträge ab als die BVA. Die Regelungen zur Vermeidung übermäßiger Inanspruchnahme waren nicht einheitlich.

Die Planung der Angebote der Rehabilitation war unverbindlich und lückenhaft, es existierte kein Konzept zum Ausgleich von regionalen Ungleichgewichten. In den Verträgen mit den Leistungserbringern waren die Konsequenzen von Leistungsmängeln nicht ge-

regelt. Die Tariffindung erfolgte ohne Preiswettbewerb und ohne Kostenkalkulation im Verhandlungsweg. Bei der Auswahl der Vertragspartner wurden die Sozialversicherungsträger nicht von sich aus aktiv, um den festgestellten Bedarf zu decken, sondern überließen die Initiative einzelnen Bewerbern. Das Verfahren zur Prüfung des Bedarfs war zweigeteilt: in ein Bedarfsprüfungsverfahren beim Land und in die Vertragsverhandlungen mit den Sozialversicherungsträgern. Die Instrumente der Koordinierung zwischen Land und Sozialversicherungsträger waren weitgehend unverbindlich und wurden unzureichend wahrgenommen. Bei der Auswahl von Bewerbern war nicht die Qualität oder der Preis, sondern die zeitliche Reihenfolge der Antragstellung maßgeblich („Windhundprinzip“). Die PVA erfasste nicht alle Schriftstücke im Konnex mit der Vertragsvergabe vollständig, die Zuordnung der Unterlagen zu den Geschäftsfällen war nicht eindeutig. Teilweise waren Entscheidungen nicht begründet. Die Aufgaben von Planung, Tarifikalkulation, Auswahl der Vertragspartner und Vertragsgestaltung waren teilweise zersplittert.

Während der Gebarungsüberprüfung gestaltete die PVA die Vergabe von Verträgen für Rehabilitation grundlegend um. Die Abstimmung der landesbehördlichen Verfahren mit den nunmehr vorgesehenen Ausschreibungen in der Sozialversicherung sowie die interne Reorganisation und die Prozessvorgaben für die vollständige interne Dokumentation in der PVA waren jedoch noch ausständig.

Die drei überprüften Sozialversicherungsträger hatten keinen Gesamtüberblick über ihr Beschaffungsvolumen, obwohl dieses insgesamt (ohne Kuren und Rehabilitation) bei rd. 423,55 Mio. EUR im Jahr 2014 lag. Die Beschaffung war auf insgesamt 73 Organisationseinheiten aufgeteilt, eine einheitliche EDV-Unterstützung fehlte. Strategische Ziele mit operativen Vorgaben fehlten, der Vorstand als geschäftsführendes Organ beschränkte sich überwiegend auf die Beschlussfassung zu einzelnen Beschaffungsvorgängen. Die internen Vorgaben zur Einholung von Vergleichsangeboten waren im überprüften Zeitraum nicht ausreichend. Systematische Ex-post-Kontrollen fanden nur unzureichend statt. Ein Risikomanagementsystem war nicht eingerichtet.

Die Dienstpostenpläne der drei Sozialversicherungsträger waren nicht verbindlich, ein systematisches trägerübergreifendes Controlling fehlte bzw. blieb weitgehend wirkungslos. Verbindliche Regelungen über den Stellenausschreibungs- und Stellenbesetzungsprozess fehlten bzw. wurden nicht eingehalten. Die Regelungen zur Vermeidung von internen Interessenkonflikten bzw. Befangenheiten waren nicht ausreichend präzise.

Kurzfassung

Prüfungsziel

Der RH führte gemäß Art. 126b Abs. 4 Bundes–Verfassungsgesetz und aufgrund eines Antrags vom April 2015 gemäß § 99 der Geschäftsordnung des Nationalrats (**GOGNR**) eine Gebarungsüberprüfung zum Thema Compliance im Vergabe– und Personalbereich in der Sozialversicherung durch – konkret in der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (**AUVA**), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (**BVA**) und der Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**). (**TZ 1**)

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung der Rechtmäßigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit wesentlicher ausgewählter Prozesse in den Bereichen Compliance Management, Leistungsgewährung im Kur– und Rehabilitationswesen, Beschaffung nicht prioritärer Dienstleistungen (insbesondere im Rehabilitationswesen), Beschaffung prioritärer Produkte und Dienstleistungen sowie Personalwirtschaft. (**TZ 1**)

Teil I – Compliance Management System

Einrichtung eines Compliance Management Systems

Weder die AUVA noch die BVA oder die PVA hatte ein explizites Compliance Management System eingerichtet. Sie verfügten zwar über einzelne Compliance–relevante Maßnahmen, deren Schwerpunkte im Bereich des Leistungsrechts und in operativen Maßnahmen lagen, es fehlten jedoch wesentliche Elemente wie strategische Vorgaben und Ziele, eine systematische Risikoeinschätzung oder eine regelmäßige Evaluierung. (**TZ 2, TZ 3**)

Compliance Management zu geschäftsprozessübergreifenden Risiken

Struktur der Finanzierung

Die Finanzierungsstruktur der überprüften Sozialversicherungsträger bot keine Anreize z.B. für eine sparsame Beschaffung: Im Bereich der Pensionsversicherung trug ohnehin der Bund etwaige Mehraufwendungen; sowohl die AUVA als auch die BVA hatten ein hohes Reinvermögen, auf das der Gesetzgeber mit einer Senkung der Beiträge reagierte. Etwaige Effizienzgewinne führten somit zu einer Reduktion der Einnahmen. (**TZ 4**)

Aufgabenverteilung zwischen Vorstand und Bediensteten

Die Aufgabenverteilung zwischen Vorstand und Bediensteten der drei überprüften Sozialversicherungsträger war nicht sachgerecht, dies insbesondere im Hinblick auf den Personalstand von mehr als 12.700 VZÄ (Stand 2013) und den hohen Gesamtaufwand (im Jahr 2014 bei der PVA 32,039 Mrd. EUR), im Hinblick auf die große Vielfalt und Komplexität der Aufgaben (komplexe EDV-Projekte, Betrieb von Krankenanstalten, Entscheidungen über Veranlagung und Immobilien etc.), auf die fehlenden strategischen bzw. Controllingvorgaben des Vorstands bei gleichzeitig operativer Aufgabenwahrnehmung durch den Vorstand und im Hinblick auf die geringe Frequenz der Sitzungen (ein Mal im Monat oder seltener) sowie die große Anzahl der Mitglieder des Vorstands (14 bis 16 Personen). (TZ 5)

So entstand das Risiko, dass die Sozialversicherungsträger strategische Controlling- und Steuerungsaufgaben (z.B. Vergabecontrolling, Bedarfsplanung, verbindliche Prozesse für Stellenbesetzungen) nicht ausreichend wahrnahmen; dass sie operative Entscheidungen ohne ausreichende Befassung im Detail trafen; dass Kontrolllücken entstanden, weil die Innenrevision als Organ des „Büros“ die Entscheidungen der Selbstverwaltung nicht hinterfragte. (TZ 5)

Kontrollarchitektur

Die Kontrollversammlung hatte u.a. die gesamte Gebarung des Versicherungsträgers ständig zu überwachen und den Rechnungsabschluss zu überprüfen. Es war unklar, auf welcher Basis sie den Antrag auf Entlastung des Vorstands konkret entschied. Insbesondere war nicht klar geregelt, dass sich die Kontrollversammlung vor einer Antragstellung zur Entlastung des Vorstands von der Funktionsfähigkeit und Angemessenheit des Internen Kontrollsystems (IKS) zu überzeugen hatte. (TZ 6)

Da Ressourcen für eine systematische Belegkontrolle oder analytische Prüfhandlungen in der Regel fehlten, waren nur eine eingeschränkte Prüftiefe und Abdeckung der relevanten Bereiche möglich; eine risikoorientierte Prüfauswahl war nicht sichergestellt. Dies beeinträchtigte die Aussagekraft der Entlastung des Vorstands. (TZ 7)

Die Kontrollversammlung wurde von denselben Interessenvertretungen besetzt wie der Vorstand. Für die Mitglieder der Kontrollversammlung war keine Mindestqualifikation vorgesehen. Ein Mitglied der Kontrollversammlung verwendete nach eigenen Angaben im Durchschnitt nur zwischen vier Tagen und 22,5 Tagen im Jahr für seine Tätigkeit. Die Erreichung eines angemessenen Prüfumfangs und einer angemessenen Prüftiefe stellte mit diesem Ressourceneinsatz eine große Herausforderung dar. (TZ 8)

Für Sozialversicherungsträger bestand keine ausdrückliche gesetzliche Regelung für Einrichtung, Aufgaben und Arbeitsweise der Innenrevision. Die tatsächlich eingerichteten Innenrevisionen waren der Generaldirektion zugeordnet; ein direktes Kommunikationsrecht mit dem Vorstand und der Kontrollversammlung war nicht vorgesehen. Die Prüfkompentenz der Innenrevision war wesentlich eingeschränkt, da sie die Entscheidungen der Selbstverwaltung nicht überprüfen konnte. (TZ 9)

In der BVA und in der PVA waren Personen mit der Leitung der Innenrevision betraut, die gleichzeitig Managementverantwortung trugen. Dies beeinträchtigte die Unabhängigkeit der Innenrevision. (TZ 10)

Die personelle Ausstattung der Innenrevision war sehr unterschiedlich: Während in der BVA ein Bediensteter der Innenrevision rechnerisch für 140 Bedienstete zuständig war, waren es bei der AUVA fast 1.000 Bedienstete. Die teils geringe Anzahl durchgeführter Prüfungen der Innenrevision (z.B. sechs Prüfungen bei der PVA im Jahr 2012 bzw. bei der AUVA im Jahr 2013) war auch auf eine geringe Ressourcenausstattung und bei der AUVA auf die Belastung mit Zusatzaufgaben zurückzuführen. (TZ 11)

Im Bereich der internen Verwaltung der Sozialversicherungsträger gab es – z.B. bei Beschaffungen – teilweise keine entsprechenden Prüfprozesse. Wie mit möglichen Befangenheiten von Funktionärinnen und Funktionären in den Verwaltungskörpern der Sozialversicherungsträger umzugehen war, war nicht geregelt. Bei keinem der drei überprüften Sozialversicherungsträger war zur Zeit der Gebarungüberprüfung ein Compliance Officer oder ein Whistleblower-System eingerichtet. (TZ 12, TZ 13, TZ 14)

Die EDV wies Sicherheitsmängel auf: Die AUVA verfügte über kein aktuelles SAP-Berechtigungskonzept für die Finanzbuchhaltung und keine schriftlichen Unterlagen zur Prüfung des Funktionstrennungsprinzips. Bei keinem der drei Sozialversicherungsträger fand eine regelmäßige Prüfung des SAP-Berechtigungskonzepts durch interne oder externe Prüferinnen und Prüfer statt. Weder die BVA noch die PVA hatte eine Passwortrichtlinie. Die SAP-Zugriffe der Support-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter externer Dienstleister von BVA und PVA wurden nicht mittels SAP Security Audit Log mitprotokolliert. (TZ 15, TZ 16, TZ 17, TZ 18)

Teil II – Nicht prioritäre Dienstleistungen: Medizinische Rehabilitation

Rechtsgrundlagen und Gebarungsvolumen

Die Pensionsversicherung übernahm ohne klare rechtliche Grundlage, nur auf Basis eines sogenannten Erlasses, die Rehabilitation der Pensionistinnen und Pensionisten; damit finanzierte der Bund rd. 315,48 Mio. EUR bzw. rd. 58.000 Verfahren, wofür primär die Krankenversicherung leistungszuständig wäre. (TZ 24)

Rehabilitation für Pensionistinnen und Pensionisten war keine Pflichtaufgabe, sondern nur eine freiwillige Leistung. Zumindest bei Anschlussheilverfahren (z.B. nach einer Hüftoperation oder einem Schlaganfall) war dies nicht gerechtfertigt, weil Anschlussheilverfahren in der Regel im Anschluss an ein akutmedizinisches Ereignis erfolgten und somit eine Notwendigkeit für den medizinischen Erfolg darstellten. (TZ 24)

Für den Bereich der freiwilligen Leistung war die finanzielle Lage des jeweiligen Versicherungsträgers gesetzlich als Steuerungskriterium vorgesehen. Dieses Kriterium wirkte zwar in der Krankenversicherung, nicht aber bei der Pensionsversicherung, da einerseits faktisch die Leistung zu erbringen war, andererseits keine Vorgaben vom BMF über die Auslegung des Kriteriums der finanziellen Lage existierten. Die Entscheidung über eine Rehabilitation durch die Pensionsversicherung war auch operativ unzweckmäßig, da die Krankenversicherungsträger über umfangreichere Daten zur medizinischen Beurteilung der Anträge verfügten und unmittelbar auf die Historie der abgerechneten Leistungen zurückgreifen konnten. Stattdessen war die PVA grundsätzlich auf die Angaben im Kurantrag bzw. übermittelte Befunde angewiesen. (TZ 24)

Auch aus Compliance-Gesichtspunkten boten die unklare Rechtsgrundlage, die reduzierten Entscheidungsgrundlagen (keine Kenntnis über bisher abgerechnete Leistungen), die fehlende finanzielle Steuerung und die unklaren Begriffe und Abgrenzungen zwischen Kuren und Rehabilitation keine ausreichende Grundlage für die Gestaltung einer ordnungsgemäßen, wirtschaftlichen und zweckmäßigen Vollziehung. (TZ 24, TZ 25)

Eine trägerübergreifende Gesamtdarstellung des Aufwands für medizinische Rehabilitation und Kuren war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung weder im BMGF noch im BMASK noch im Hauptverband verfügbar. Nach Berechnungen des RH lag das Gebarungsvolumen nach starken Steigerungen in der Vergangenheit (von 2010 bis 2014 um rd. 26 %) im Jahr 2014 bei rd. 1,028 Mrd. EUR. Der größte Anstieg entfiel mit rd. 70 % auf die Rehabilitation in der Pensionsversicherung, bei der zusätzliche Aufwendungen direkt vom Bund zu tragen waren. (TZ 26)

Genehmigung von Kur– und Rehabilitationsverfahren

Die Informationen auf den Anträgen auf Kur– und Rehabilitationsverfahren waren sehr eingeschränkt (nur wenige Schlagworte). In Verbindung mit der kurzen Zeit, die den begutachtenden Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stand, erschwerte dies eine sachgerechte Entscheidung. Für die Bearbeitung von Kur– bzw. Rehabilitationsanträgen bestand innerhalb der Sozialversicherungsträger keine feste Geschäftseinteilung; für Fälle, in denen amtsbekannte Personen wie Politikerinnen bzw. Politiker oder Mitglieder der Selbstverwaltung einen Antrag von Versicherten persönlich übermittelten, gab es keine klare Regelung zur Bearbeitung. Ob bestimmte Begutachterinnen und Begutachter aus dem chefärztlichen Bereich ein anderes Genehmigungsverhalten aufwiesen als andere, war nicht auswertbar. Dadurch war vor dem Hintergrund von Compliance–Gesichtspunkten nicht überprüfbar, ob solche Fälle nach sachlichen Kriterien entschieden wurden. (TZ 29, TZ 30, TZ 31, TZ 32)

Das BMASK hatte keine Vorgaben zu einheitlichen Statistiken über die Anträge und Genehmigungen erstellt. Dies erschwerte eine Steuerung zur Sicherstellung einer einheitlichen Vollziehung. (TZ 33)

Die Ablehnungsrate bei Kuren lag bei der PVA bei rund einem Drittel, bei der BVA dagegen nur bei rd. 10 %; die „informelle“ Mindestablehnungsquote bei Kuren bei der PVA (20 % bis 30 %) war nicht sachgerecht. Die AUVA führte keine Statistik über die Genehmigungsquote. (TZ 34)

Die BVA bewilligte anteilig wesentlich mehr Kuren, die PVA wesentlich mehr Rehabilitationsaufenthalte. Der Anteil der Versicherten, die wiederholt Kur– bzw. Rehabilitationsaufenthalte in Anspruch nahmen, lag bei der BVA höher als bei der PVA. Bei der PVA zeigte sich eine große Streuung zwischen den Landesstellen bei den Genehmigungsquoten und bei den Vorladungen zur Begutachtung. Die Inanspruchnahme von Kur– und Rehabilitationsverfahren war bei Bediensteten der BVA und der PVA höher als bei den sonstigen Anspruchsberechtigten dieser Träger. (TZ 35, TZ 36, TZ 37, TZ 38)

Auswertungen über die Inanspruchnahme der Kur– und Rehabilitationsverfahren nach Wirtschaftssectoren oder Dienstgebern fehlten. Solche Auswertungen könnten wichtige Informationen für die betriebliche Gesundheitsvorsorge, für die gezielte Prävention und für ein compliancegerechtes Handeln liefern. (TZ 38)

Die Anwendung der Regelungen des Hauptverbands, um eine übermäßige Inanspruchnahme von Kuren auszuschließen, unterschied sich zwischen den überprüften Trägern, eine einheitliche Umsetzung war nicht gegeben. (TZ 39)

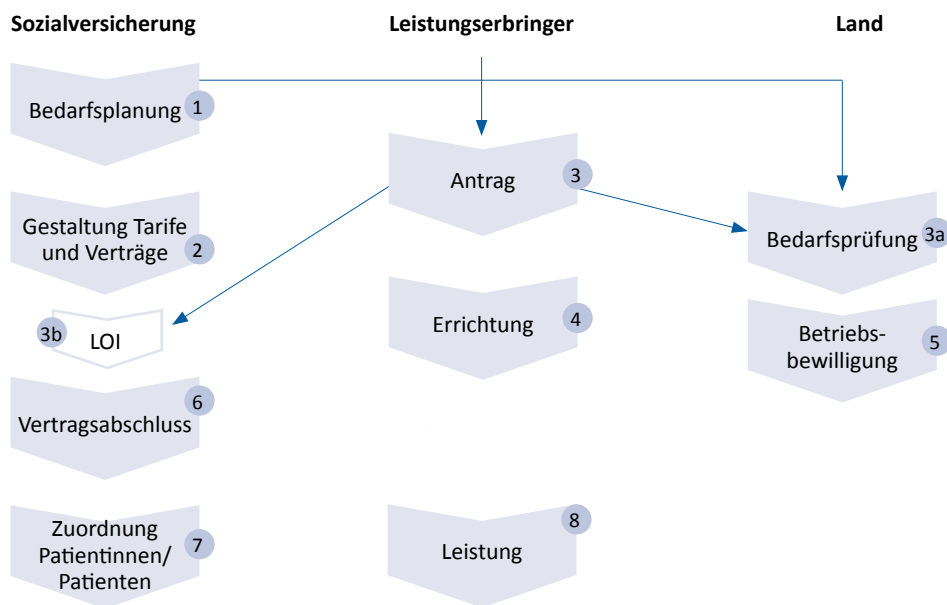
Auswahl von Anbietern von Rehabilitationsverfahren

Rechtsgrundlagen und Vergabeschritte

Die Organisation der Leistungen der Sozialversicherungsträger war je nach Art der Leistung bzw. je nach konkreter vertraglicher Ausgestaltung unterschiedlichen vergaberechtlichen Grundsätzen unterworfen. Die exakte vergaberechtliche Einordnung des Vertragsverhältnisses zwischen Versicherungsträger und Anbieter war in der Regel nicht möglich. Konkretisierende Richtlinien des Hauptverbands zu den relativ offenen rechtlichen Vorgaben fehlten. (TZ 42)

Das Verfahren zum Zustandekommen von Verträgen im Bereich der Rehabilitation unterlag einer grundsätzlichen Zweiteilung zwischen Sozialversicherungsträgern und dem jeweiligen Land. Sie entschieden teilweise nach unterschiedlichen Kriterien, in getrennten Verfahren und für unterschiedliche regionale Bereiche: (TZ 43)

Wesentliche Schritte zum Vertragsabschluss im Rehabilitationsbereich



LOI = Letter of Intent

Quelle: RH

Bedarfsplanung

Grundlage der Bedarfsplanung der Sozialversicherungsträger waren Rehabilitationspläne (zuletzt der Rehabilitationsplan 2012), die der Hauptverband etwa alle drei bis vier Jahre in Auftrag gab und die für die Versorgungszonen Nord, Süd, Ost

und West¹ die benötigte Zahl von Betten bzw. Plätzen einschätzten. Diese Planung wies wesentliche Schwächen auf:

- Im Zeitraum 2007 bis 2015 unterschied sich die tatsächliche Entwicklung wesentlich von den geplanten Werten der Rehabilitationspläne; z.B. hätte die Bettenzahl um 4 % steigen sollen, tatsächlich war sie – bereits bis 2014 – um 30 % gestiegen. Die Planung hatte aktuelle politische bzw. rechtliche Vorgaben nicht berücksichtigt. (TZ 44)
- Ein Konzept zur Lösung der regionalen Ungleichverteilung fehlte. Österreichweit fehlten in den Jahren 2012 bis 2015 rd. 1.160 Betten für Rehabilitationsleistungen; nach Zonen betrachtet bestand allerdings in den Zonen West und Ost insgesamt ein Bedarf von rd. 1.930 Betten, in den Zonen Nord und Süd dagegen ein Überstand von rd. 770 Betten. (TZ 45)
- Obwohl seit 2011 gesetzlich im Bereich der Pensionsversicherung auch eine ambulante Form der Rehabilitation vorgesehen war, bot die Planung für die ambulante Rehabilitation keine ausreichende Entscheidungsgrundlage für einen bestimmten Standort; die regionale Differenzierung war zu gering, die Beschränkung auf ambulante Rehabilitation der Phase 2 (= stationär ersetzende ambulante Rehabilitation) zu beanstanden. Die Strategie der PVA zur ambulanten Rehabilitation unterschied sich wesentlich von jener des Hauptverbands. Zudem hatte die Sozialversicherung nicht die kostengünstige Leistungserbringung, sondern die Auslastung bestehender Einrichtungen als maßgebliches Kriterium für die Planung formuliert. (TZ 46)
- Der Rehabilitationsplan stellte lediglich eine Prognose des nachgefragten Bedarfs dar, enthielt jedoch keine konkrete Angebotsplanung. Da ein Forum bzw. eine Grundlage für die entsprechenden Entscheidungen fehlte, gingen einzelne Elemente einer solchen Angebotsplanung trotzdem in den Rehabilitationsplan ein. Diese entfalteten jedoch keine Bindungswirkung. (TZ 47)

Der Rehabilitationsplan war öffentlich zugänglich und enthielt für vier Versorgungszonen in Fünf–Jahres–Zeiträumen eine Gesamtzahl der benötigten Plätze je Indikation. Die Initiative für einen neuen Vertragsabschluss ging vom Anbieter dieser Leistungen aus. Die Sozialversicherungsträger gestalteten somit die Versorgung bzw. den Ausbau des Angebots nicht selbst, sondern waren von der Zeitplanung der Anbieter abhängig. Teilweise waren jedoch Informationen aus dem Rehabilitationsplan verschiedenen Parteien bereits vor der Veröffentlichung bekannt. (TZ 48)

¹ Versorgungszone Ost umfasst Wien, Niederösterreich und das nördliche Burgenland, Versorgungszone Süd das südliche Burgenland, die Steiermark und Kärnten, West umfasst Tirol und Vorarlberg und Nord Salzburg und Oberösterreich.

Koordination zwischen Land und Sozialversicherung

Durch den Parallellauf der Planung im Auftrag des Hauptverbands und der Bedarfsprüfungsverfahren der Länder sowie durch die Auswahl von Vertragspartnern durch die Sozialversicherungsträger war eine Konsistenz der Entscheidungen und Kriterien nicht sichergestellt. Dadurch war ein einheitlicher Vergabevorgang bzw. eine Ausschreibung unter mehreren Wettbewerbern wesentlich erschwert. (TZ 49)

Die Zeiträume, während denen ein positiver Bedarfsprüfungsbescheid andere Anbieter blockierte („Sperrwirkung“), variierte zwischen den Bundesländern. Der positive Bedarfsprüfungsbescheid sperrte die anderen Anbieter auch dann, wenn der Adressat des Genehmigungsbescheids tatsächlich keine Einrichtung errichtete. (TZ 50)

Die Koordinationsinstrumente zwischen Land und Sozialversicherung waren nicht ausreichend bzw. nicht zweckmäßig; die mangelnde Abstimmung zwischen Ländern und Sozialversicherungsträgern war daher ein wesentliches Hindernis für eine zweckmäßige Erbringung von Rehabilitationsleistungen (TZ 56):

- Obwohl wesentliche Inhalte des Rehabilitationsplans auch Teil des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) waren, hatten ihn die Länder noch nicht in die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) umgesetzt. Die somit nicht verbindliche Bedarfsfeststellung war ein Risikofaktor. (TZ 51)
- Die Beauftragung von Leistungserbringern für Rehabilitation erfolgte nach dem Prinzip der zeitlichen Reihenfolge des Einlangens des Antrags („Windhundprinzip“). Dies widersprach einer sachlichen Auswahl des am besten geeigneten Vertragspartners. Das Abstellen auf den Zeitpunkt der Antragstellung – etwa im Gegensatz zu einem geplanten Fertigstellungszeitpunkt – war auch kein geeignetes Kriterium, um eine rasche Versorgung herzustellen, da die Antragstellung noch keine zeitnahe Umsetzung eines konkreten Projekts garantierte. Das Windhundprinzip erhöhte auch das Compliance–Risiko. (TZ 52)
- Die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger in den Bedarfsprüfungsverfahren der Länder trugen nur unzureichend zur Koordination bei. Die Sozialversicherungsträger beantworteten die von den Ländern gestellten Fragen nicht. Eine abgestimmte oder zumindest koordinierte Stellungnahme gelang nicht. Entgegen dem Beschluss der Bundes–Zielsteuerungskommission war die Vorgehensweise zur Einholung von Stellungnahmen von den Sozialversicherungsträgern zwischen den einzelnen Ländern immer noch unterschiedlich. (TZ 53)

- Die zur Koordination von Soll- und Ist-Stand geschaffene Rehabilitations-Evidenz, in der z.B. Anträge auf Errichtung einer Krankenanstalt sowie der jeweilige Verfahrensstand mit den relevanten Betten- bzw. Platzzahlen eingetragen wurden, war hinsichtlich Aktualität und Korrektheit der Daten verbesserungswürdig. (TZ 54)
- Sowohl zur Erstellung des Rehabilitationsplans als auch als Gutachterin in den Bedarfsprüfungsverfahren der Länder war die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) vorgesehen. Sie hatte in dieser Doppelrolle aber unterschiedliche Kriterien anzuwenden und arbeitete für unterschiedliche Auftraggeber, eine Konsistenz der Entscheidungen war damit nicht sichergestellt. (TZ 55)

Grundlegende Ausgestaltung der Vertragsbeziehung

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestanden einerseits bilaterale Verträge (zwischen Sozialversicherungsträger und Anbieter) und andererseits Rahmenverträge zwischen Hauptverband und Anbieter, denen anschließend einzelne Sozialversicherungsträger beitraten. Das Nebeneinander von bilateralen Verträgen und Rahmenverträgen ohne klare Abgrenzung, welchem Zweck welche Vertragsstruktur dienen sollte, war unzweckmäßig. (TZ 57)

Die Verträge waren weder eindeutig als Verrechnungs- noch als Dienstleistungsvertrag gekennzeichnet, weshalb unklar war, ob und in welchem Umfang das Vergaberecht anwendbar war. Es bestand keine Verpflichtung der Anbieter, bestimmte Kapazitäten freizuhalten und keine Verpflichtung der Sozialversicherungsträger, bestimmte Zuweisungen vorzunehmen. Zu den klaren Qualitätsregeln in den Verträgen gab es keine Regelungen über die Sanktion bei deren Verletzung. (TZ 58)

Bei der PVA war eine trägerübergreifende Vertragspartnerkontrolle eingerichtet. Jedoch erreichte die PVA die selbst gesetzten Ziele weder bei der Kontrolldichte ihrer Vertragspartner noch bei der Erledigungsdauer für Berichte. (TZ 59)

Die PVA bzw. der Hauptverband legten ohne Preiswettbewerb, weitgehend ohne Kalkulationen und ohne Kenntnis der tatsächlichen Kostenstrukturen der Anbieter Tarife fest – dies für einen Markt mit einem Volumen von über 1 Mrd. EUR. Die PVA wies in den am stärksten steigenden Indikationsgruppen (Psychiatrie und Onkologie) keine Expertise aus Eigenen Einrichtungen auf. Die Kalkulationen, die tatsächlich durchgeführt wurden, dienten zwar als Grundlage für Normkosten in ganz Österreich, bildeten aber ihrer Methodik nach adaptierte Einzelkosten einzelner Anbieter ab. Dass dadurch unterschiedliche Anbieter unterschiedlichen wirtschaftlichen Nutzen aus Vertragsabschlüssen mit der PVA ziehen konnten, war ein erhebliches Compliance-Risiko. (TZ 60)

Die Zuständigkeit für Tarifikalkulation, Vertragsgestaltung, Qualitätssicherung und Festlegung der Leistungsverpflichtungen war bei der PVA nicht organisatorisch gebündelt. Die mangelnde Abstimmung führte dazu, dass im Projekt „Gesundheitsvorsorge Aktiv“ (höhere Therapieintensität als im regulären Kurbetrieb, aber geringere als in der Rehabilitation) die Gründe für die Tarifhöhe nicht exakt nachvollziehbar waren und irrtümlich eine Valorisierung erfolgte. (TZ 60)

Der Hauptverband und die PVA hatten für die Vergabe von Rehabilitationsleistungen unterschiedliche Grundsatzentscheidungen – mit dem Preis oder nur der Qualität als Zuschlagskriterium – getroffen. (TZ 60)

Im Herbst 2013 beschloss der Vorstand der PVA, vier bilaterale Verträge zur Durchführung des Pilotprojekts „Gesundheitsvorsorge Aktiv“ abzuschließen. Die Tarifikalkulation dafür konnte die PVA nicht vorlegen. Die Therapieeinheiten stiegen in diesem Projekt weniger stark als die Tarife. Es war nicht nachvollziehbar dokumentiert, warum aufgrund der von der PVA festgelegten Kriterien die Entscheidung zugunsten der ausgewählten Einrichtungen fiel. (TZ 61)

Interne Abwicklung der Auswahl der Leistungserbringer in der PVA

Bei der Prozessdarstellung der PVA zum Auswahlverfahren fehlten wesentliche Schritte von Vergabevorgängen (z.B. die Information an die potenziellen Anbieter und die Art des weiteren Kontakts). Der Katalog der Entscheidungskriterien erfasste die maßgeblichen Aspekte (z.B. Zentrumslösung = Verbindung mehrerer Indikationen an einem Standort) nicht vollständig. Dieses Abweichen der tatsächlichen Vorgehensweise von den geregelten Inhalten bedeutete ein erhebliches Compliance-Risiko. (TZ 62)

Bei der PVA archivierten mehrere Stellen parallel Vorgänge zu Verträgen mit Anbietern von Rehabilitationsleistungen in Datenbanken bzw. in Papierform. Nicht alle Vorgänge waren dokumentiert. Die Datenbank ermöglichte nur sehr eingeschränkt Auswertungen. Mangels eindeutiger Identifikation der Vertragspartner bzw. Einrichtungen waren einzelne Vorgänge nicht eindeutig zuordenbar. (TZ 63)

Die PVA gab nicht verbindlich vor, welche Entscheidungsgrundlagen zu dokumentieren waren. Die Ausführlichkeit der Entscheidungsbegründungen und die aufgenommenen Informationen waren stark einzelfallabhängig. Manche Stellungnahmen für Errichtungsbewilligungsverfahren waren nicht nachvollziehbar. (TZ 64)

Die Zuständigkeitsregeln innerhalb der PVA waren für die Planung und Steuerung der Rehabilitation nicht ausreichend; es war nicht klar erkennbar, wie und in wessen Verantwortung die vielfältigen Aufgaben zur Steuerung des Rehabilitationsbe-

reichs bzw. der Gesundheitsvorsorge (rd. 1 Mrd. EUR) konkret erfolgen sollten. Wesentliche Entscheidungen (z.B. Auswahl der Vertragspartner, Tarifgestaltung) konnten nach dem Ausscheiden der zuständigen Stellvertreterin des Generaldirektors bzw. des Chefarztes nicht mehr nachvollzogen werden. (TZ 65)

Auswirkungen der dargestellten Mängel auf die Versorgungszonen

In keinem der untersuchten Versorgungsfelder (Psychiatrie, Neurologie, Onkologie) entwickelte sich das Angebot im überprüften Zeitraum in den untersuchten Zonen gemäß der Planung. Teilweise fehlten Soll–Prozesse (Leistungsprofil, Rehabilitationsplan) bzw. folgten die Entscheidungen diesen Soll–Prozessen nicht. Sowohl Überschreitungen (Psychiatrie, Neurologie) als auch Unterschreitungen (Onkologie) der Planung waren festzustellen. (TZ 66)

Aktuelle Entwicklungen

Die PVA versuchte während der Gebarungsüberprüfung des RH, die Vergabe von Verträgen im Rehabilitationsbereich umzugestalten. In Zukunft sollte unter der Steuerung durch den Vorstand auf Basis eines Masterplans durch Ausschreibungen eine transparente Vergabe erfolgen. Die PVA war zudem bemüht, während der Erarbeitung des neuen Verfahrens anstehende Entscheidungen in geordneter Weise zu treffen. Die daraufhin stattgefundenen Ausschreibungen hatten jedoch nicht zu zusätzlichen Bewerbungen geführt und hinsichtlich der Zuschlagskriterien bzw. der Auswahl der Anbieter noch wenig Transparenz geschaffen. (TZ 67)

Patientensteuerungssystem

Aus wirtschaftlicher Sicht war nicht der Abschluss eines Vertrags, sondern erst die Zuweisung von Patientinnen und Patienten zu einer Einrichtung für die Anbieter entscheidend. Die PVA nutzte zur Zuweisung ein Patientensteuerungssystem, konnte jedoch den Algorithmus der EDV–Applikation und die Eingangsparameter für die Zuweisung der Patientinnen und Patienten nicht zeitnah transparent darstellen. Die Eingangsparameter waren nicht aktuell, Änderungen unterlagen keinem Vier–Augen–Prinzip und für einen konkret vorgefundenen Eingriff in die Parameter lag keine schriftliche Weisung mit klarer Begründung vor. (TZ 68)

Teil III – Weitere nicht prioritäre Dienstleistungen

Neben den Kur– und Rehabilitationsleistungen erbrachten die Sozialversicherungsträger noch weitere nicht prioritäre Leistungen, bei denen sie auf Dritte zurückgriffen. Der RH ermittelte das dabei maßgebliche Gebarungsvolumen mit rd. 14,468 Mrd. EUR, überwiegend im Bereich der Krankenversicherung. Allein die

BVA hatte mehr als 17.000 Vertragspartner im Bereich von Gesundheitsprodukten bzw. –dienstleistungen. (TZ 70)

Wesentliche Bereiche der Vertragsabschlüsse über Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsprodukte unterlagen gesetzlichen Sonderregimen, die außerhalb des Vergaberechts festgelegt waren. Die rechtlichen Anforderungen und die Einordnung der Verträge waren unbestimmt und damit auch die Risikoeinschätzung der Erfüllung dieser Anforderungen. Eine diesbezügliche Fehleinschätzung konnte beachtliche vergaberechtliche Konsequenzen haben und eine Neugestaltung der Organisation der Versorgung würde zeitliche und personelle Ressourcen erfordern. (TZ 71)

Die Sonderregime im ASVG (Ärztliche Hilfe, Heilmittel etc.) unterschieden sich erheblich (z.B. in den Fristen für die Verfahrensdauer, in den zulässigen Preisbändern). Eine vergaberechtliche Einschätzung der unterschiedlichen Sonderregime war nicht verfügbar. In bestimmten Bereichen wich die Praxis der Vertragspartnerauswahl von den ursprünglich gesetzlich vorgesehenen Regimen ab (z.B. Psychotherapie). Teilweise (z.B. bei Heil- und Sondennahrung) nutzte die Sozialversicherung zur Erzielung ökonomischer Vorteile das Instrument der öffentlichen Ausschreibung. Die Praxis zeigte dabei erhebliche Schwierigkeiten (Verzögerungen, Rechtsstreitigkeiten). (TZ 72, TZ 73)

Teil IV – Sonstige Vergaben (Beschaffungen)

Datenverfügbarkeit zu Beschaffungen

Keiner der drei überprüften Sozialversicherungsträger konnte auf Nachfrage des RH sein Beschaffungsvolumen im überprüften Zeitraum vollständig beziffern. Weder die Gesamtsumme noch eine Aufteilung nach Art des Beschaffungsvorgangs (Vergabeart), genehmigender Stelle oder Produktgruppe war vollständig verfügbar. Das vom RH anhand der Bestands- und Aufwandskonten näherungsweise ermittelte Beschaffungsvolumen lag im Jahr 2014 insgesamt bei rd. 423,55 Mio. EUR (AUVA rd. 196,50 Mio. EUR, BVA rd. 54,04 Mio. EUR, PVA rd. 173,02 Mio. EUR). (TZ 76)

Auch hatte keiner der drei überprüften Träger ein Beschaffungscontrolling über das gesamte Beschaffungsvolumen eingerichtet (Formulierung von Zielen, Festlegung von Kennzahlen zur Messung der Zielerreichung, Prozesse zur Datenerfassung, Berichtswesen). Den überprüften Trägern fehlten daher wesentliche managementrelevante Informationen, z.B. über die Art der Vergabeverfahren, eine Zuordnung des Beschaffungsvolumens zu genehmigenden Stellen oder eine vollständige Gliederung nach Warengruppen und Lieferanten. Auch aus Compliance-Gesichtspunkten war die schlechte Datenlage kritisch. (TZ 77)

Vorgaben zu Beschaffungen

Bei den drei überprüften Sozialversicherungsträgern bestanden insgesamt 73 und je Sozialversicherungsträger bis zu 30 beschaffende Organisationseinheiten. Die Zuständigkeiten waren zwischen Hauptstellen, Landesstellen, Eigenen Einrichtungen und innerhalb der Hauptstellen zwischen verschiedenen Abteilungen aufgeteilt. Diese hohe Zahl der mit Beschaffungen befassten Organisationseinheiten erschwerte die Übersicht. (TZ 79)

Die Zuständigkeitsverteilung war teilweise komplex, nicht jede war zweckmäßig: So gab es z.B. in der AUVA für das Rehabilitationszentrum und das Unfallkrankenhaus zwar einen gemeinsamen Verwaltungsleiter, aber unterschiedliche Genehmigungswege für Beschaffungen. (TZ 79)

Die drei überprüften Sozialversicherungsträger führten ihre Beschaffungen nicht durchgängig automationsunterstützt durch und verwendeten keine einheitlich auswertbaren EDV-Lösungen. Dies erschwerte es, rasch und mit angemessenem Ressourcenaufwand einen Gesamtüberblick über ihre Beschaffungen zu erhalten. (TZ 80)

In der AUVA waren für die laufende Nachbeschaffung von Verbrauchs- und Verbrauchsgütern keine verpflichtenden Vergleichsangebote einzuholen. Die BVA hatte die Bestimmung zur Einholung von Vergleichsangeboten unbestimmt formuliert. Die PVA hatte die Wertgrenze zur Einholung von Vergleichsangeboten mit 50.000 EUR sehr hoch angesetzt. (TZ 81)

Für die Genehmigung von Beschaffungen galten in den überprüften Trägern unterschiedliche Wertgrenzen. Zum Beispiel lag für Beschaffungen durch die Abteilungsleitung die Genehmigungsgrenze bei der PVA drei Mal so hoch wie bei der BVA und mehr als 18 Mal so hoch wie bei der AUVA. Mangels Auswertungen darüber, wie viele Beschaffungsvorgänge bzw. welche Umsätze durch wen erfolgten, waren die Auswirkungen der unterschiedlichen Wertgrenzen unklar. In der AUVA war die Zuordnung von Geschäftsfällen zu einzelnen Produktkategorien und dementsprechend die Zuständigkeit für Beschaffungen unklar. (TZ 82)

Umsetzung der Vorgaben in der Praxis

Bei der AUVA und der BVA war kein trägerweit verpflichtend zu verwendendes Bedarfsanforderungsformular bzw. –tool eingerichtet, um wirtschaftliche, fehlerfreie und leicht kontrollierbare Arbeitsabläufe zu ermöglichen und den Bedarf nachvollziehbar zu dokumentieren. (TZ 83)

Die vom RH untersuchten Beispielfälle in der AUVA und in der PVA zeigten Defizite bei der Berechnung des Auftragswerts, insbesondere bei Verträgen mit längerer Laufzeit und bei Produkten, deren Gleichartigkeit zu prüfen wäre. Auch war in Beispielfällen die vorgesehene Angebotseinholung vor Auftragserteilung nicht immer erfolgt. Bei einem Beispielfall der AUVA erfolgte die Leistungserbringung bereits vor der Genehmigung durch den Verwaltungsausschuss des Vorstands; die Genehmigung erging rückwirkend. In Einzelfällen wurden Aufträge mündlich erteilt. (TZ 84, TZ 85, TZ 88, TZ 89)

Die BVA und die PVA hatten bei Direktvergaben keine Prüfung von Befugnis, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit der Auftragnehmer dokumentiert. Die AUVA führte diese Überprüfungen zwar durch, aber die Informationen daraus waren nicht für alle beschaffenden Organisationseinheiten zugänglich. (TZ 86)

Die PVA hatte in einigen Fällen die Handlungsbefugnisse für Beschaffungen (z.B. Altpapierentsorgung, Bewachungsdienstleistungen) nicht eingehalten. In einem Fall genehmigte die Stellvertreterin des Generaldirektors der PVA im Jahr 2012 an einem Tag drei Aufträge an dasselbe Beratungsunternehmen zum selben Projekt. Jeder Auftrag für sich lag unter der maßgeblichen Wertgrenze, alle zusammen darüber. (TZ 87)

Bei den drei überprüften Sozialversicherungsträgern gab es eine Vielzahl von internen Vorgaben für die Abwicklung von Beschaffungen. In wichtigen Bereichen waren diese jedoch nicht eindeutig, Beispielfälle fehlten. Gerade in diesen Bereichen (z.B. Berechnung des Auftragswerts, Einholung von Vergleichsangeboten, interne Zuständigkeit) war es zu Fehlern gekommen. (TZ 91)

Strategie für Beschaffungen

Alle drei überprüften Sozialversicherungsträger waren bestrebt, durch eine Konzentration der Beschaffungsagenden eine Vereinheitlichung und Standardisierung und durch die Bündelung der Beschaffungsvorhaben günstigere Konditionen zu erzielen. Keiner der überprüften Träger hatte jedoch im überprüften Zeitraum quantifizierte strategische Beschaffungsziele mit Bezug zum gesamten Beschaffungsvolumen (z.B. ein Einsparziel, qualitative Verbesserungen in bestimmten Bereichen etc.) formuliert. Der Vorstand beschränkte sich jeweils auf die Beschlussfassung

des Jahresvoranschlags und des Investitionsplans sowie die Genehmigung einzelner Beschaffungsvorgänge. (TZ 92)

Die Sozialversicherungsträger nutzten vermehrt die Möglichkeit, bei Beschaffungen auf externe Dienstleister zurückzugreifen. Zwischen 2012 und 2014 stieg z.B. das Beschaffungsvolumen über die Bundesbeschaffung GmbH (BBG) insgesamt um rd. 55 %. (TZ 93)

Risikomanagement und Kontrollsysteme

Im überprüften Zeitraum hatte keiner der überprüften Sozialversicherungsträger ein Risikomanagementsystem für den Beschaffungsbereich implementiert. Sie verfügten lediglich über einzelne Elemente (wie z.B. ABC-Analyse, Analyse der Preisangemessenheit). Die systematische Kontrolle von Beschaffungen war – neben dem Management – mangels eigener Prüfsysteme der allgemeinen Kontrollarchitektur, insbesondere der Innenrevision überlassen. Die Intensität der Auseinandersetzung der Innenrevisionen mit Vergaben divergierte stark zwischen den drei überprüften Trägern und war bei der AUVA und der BVA sehr gering. (TZ 94)

Teil V – Personal

Personalstand, Datenlage, Regelungskompetenz

Der Personalstand aller Sozialversicherungsträger lag im Jahresdurchschnitt 2013 bei rd. 26.200 Bediensteten (VZÄ); jener der drei überprüften Sozialversicherungsträger bei 12.739 Bediensteten (VZÄ). Keiner der drei überprüften Träger hatte festgelegt, welche Compliance-relevanten Daten im Personalbereich verfügbar sein mussten. Insbesondere die AUVA, aber auch die BVA und die PVA konnten Compliance-relevante Unterlagen nicht vollständig vorlegen. (TZ 97, TZ 98)

Der Hauptverband hatte keine Richtlinien in Compliance-relevanten Bereichen der Stellenausschreibung und Stellenbesetzung sowie zu Aspekten der Befangenheit erlassen. Eine Regelung auf Ebene des Hauptverbands hätte gegenüber einer Regelung auf Ebene der einzelnen Sozialversicherungsträger Vorteile, da gerade hinsichtlich Compliance-relevanten Fragen eine größere Distanz von konkreten Interessenslagen bei einzelnen Sozialversicherungsträgern die Transparenz fördern könnte. (TZ 99)

Dienstpostenplan

Zweck des Dienstpostenplans war es, einen betriebswirtschaftlich sparsamen Personalstand sicherzustellen. Konkretere Regelungen dazu fehlten jedoch in der Richtlinie des Hauptverbands; auch Konsequenzen bei Überschreitung des Dienstpostenplans waren nicht geregelt. Ein trägerübergreifender Dienstpostenvergleich bzw. eine Rückmeldung des Hauptverbands an die Sozialversicherungsträger über Auffälligkeiten bei der Dienstpostenplangestaltung erfolgte nicht. (TZ 100)

Da eine Analyse über die jeweiligen Ist–Stände bzw. Rückmeldung dazu an die Sozialversicherungsträger unterblieb, boten die umfangreichen Quartalsmeldungen keinen steuerungsrelevanten Mehrwert. Eine Analyse war dadurch erschwert, dass die Richtlinie zum Dienstpostenplan eine Soll–Planung auf Organisationsebene und eine Ist–Meldung je Gehaltsstufe vorsah. Ein Soll–Ist–Vergleich, aus dem etwaige Über– oder Unterstände je Organisationsebene ersichtlich wären, war so nicht möglich. (TZ 100)

Indem wesentliche Bereiche (z.B. Ausbildung oder Projektarbeit) von den Dienstpostenplänen und damit vom Controlling ausgenommen waren, war die Funktion des Dienstpostenplans, eine sparsame Verwaltung sicherzustellen, weiter eingeschränkt. (TZ 101)

Im Unterschied zur AUVA stellten die BVA und die PVA in ihrem Dienstpostenplan lediglich den Soll–Stand der Dienstposten dar. Die überprüften Sozialversicherungsträger wichen in unterschiedlichem Ausmaß von ihren Dienstpostenplänen ab; die BVA überschritt den Soll–Stand beträchtlich, sie stellte auch einzelne Personen außerhalb des Dienstpostenplans an. (TZ 102)

Stellenbesetzung und Stellenausschreibung

Lediglich die AUVA konnte detaillierte verbindliche Regelungen zum Prozess der Stellenausschreibung und Stellenbesetzung vorlegen. Unter Compliance–Gesichtspunkten war es jedoch unabdingbar, dass die Besetzung insbesondere höherwertiger Dienstposten bestimmten, allgemein festgelegten und verbindlichen Regeln folgte; dies schon deshalb, um den Anschein von Intransparenz oder Bevorzugung bestimmter Personen im Einzelfall zu vermeiden. (TZ 103)

Die Regelung der AUVA, wonach sich die Ausschreibung an den dokumentierten Anforderungen der zu besetzenden Position zu orientieren hatte, war zweckmäßig. Derartige Regelungen gab es bei der BVA erst seit Dezember 2014 in Form eines Aktenvermerks und bei der PVA gar nicht. (TZ 104)

Die AUVA und die PVA verfügten nicht über vollständige Stellenbeschreibungen; bei der BVA und der PVA bestanden Abweichungen zwischen Stellenbeschreibung und Stellenausschreibung. (TZ 104)

Die überprüften Sozialversicherungsträger führten – über die gesetzlichen Vorschriften hinaus – nur in Ausnahmefällen externe Ausschreibungen durch. Bei externen Ausschreibungen stand ihnen im Durchschnitt ein deutlich größerer Bewerberkreis offen. Die AUVA machte offene Stellen auch über die Anforderungen der Dienstordnung hinaus intern bekannt, allerdings konnte sie – entgegen ihren eigenen Vorgaben – keine vollständigen Unterlagen zur Zahl der Bewerberinnen und Bewerber vorlegen. (TZ 105)

Die AUVA, die BVA und die PVA hatten kein stringentes Prozedere für die Personalauswahl; dadurch war die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der einzelnen Auswahlentscheidungen wesentlich beeinträchtigt. Insbesondere fehlten bei der AUVA wesentliche Unterlagen zur Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen (z.B. die Ergebnisse der Bewertung von Bewerberinnen und Bewerbern in Hearings). Die BVA besetzte Stellen ohne entsprechende Ausschreibung bzw. Bewerbung. (TZ 106)

Vergütungssystem

Die Dienstordnung der überprüften Sozialversicherungsträger enthielt eine klare Regelung der Vergütung für alle Bediensteten. (TZ 107)

Die drei Sozialversicherungsträger nutzten die Möglichkeit der Höherreihung von Akademikerinnen und Akademikern sehr unterschiedlich: die AUVA als Automatismus, die BVA als selten gewährte Bonifikation und die PVA seit 2003 nicht mehr. Sowohl die Vorgehensweise der BVA als auch die der PVA war aus Gründen der Sparsamkeit nachvollziehbar; jene der AUVA war zu beanstanden. (TZ 108)

In Einzelfällen bezahlten die AUVA und die BVA ein Gehalt, das höher war, als es der ausgeübten Funktion entsprach. Dadurch entstand der AUVA und der BVA ein zusätzlicher Personalaufwand. (TZ 109)

Die Dienstordnung gewährte den Sozialversicherungsträgern erheblichen Spielraum bei der Bemessung der individuellen Führungszulagen ihrer Bediensteten. Bei der PVA erhöhte sich die Zulage stufenweise mit Dauer der Ausübung der Funktion. Die AUVA und die BVA hingegen nutzten die Spielräume nicht für eine Anreizwirkung, sondern gewährten den Führungskräften ab deren Besetzung die maximale Zulagenhöhe. (TZ 110)

Alle drei überprüften Sozialversicherungsträger schlossen Sonderverträge ab, der Einsatz der Sonderverträge war aber nicht immer nachvollziehbar. Die AUVA änderte ab dem Jahr 2014 ihre bisherige restriktive Vorgehensweise, um qualifizierten Bewerberinnen und Bewerbern eine marktorientierte Entlohnung zu bieten. Sie gewährte vier Personen Sonderverträge. Die dabei erfolgte Anrechnung von 18 Jahren Vordienstzeiten bei Anstellung einer Organisationsassistentin mit den Anforderungen von Matura und allgemeinen organisatorischen und sozialen Fähigkeiten bei der AUVA war unangemessen hoch. Bei der BVA betrafen die Sonderverträge eine bestimmte Berufsgruppe, was mittelfristig in der Dienstordnung allgemein geregelt werden sollte. Bei der PVA profitierten von Sonderverträgen ausschließlich Führungskräfte und insbesondere solche der obersten Führungsebene. (TZ 111)

Positiv war, dass die AUVA, die BVA und die PVA im überprüften Zeitraum nur in besonderen Einzelfällen mit entsprechender Begründung Belohnungen, Prämien und außerordentliche Vorrückungen gewährten. (TZ 112)

Außerdienststellungen und Entlassungsmanagement

Die überprüften Träger verzichteten in den Jahren 2012 bis 2014 in Summe an rd. 1.300 Personentagen bei aufrechten Bezügen auf die Dienstleistung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Für die Außerdienststellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gab es nur unzureichend festgelegte Prozesse; die jeweils gesetzten Maßnahmen waren nicht ausreichend dokumentiert. (TZ 113)

Befangenheiten und Interessenkonflikte

Die AUVA und die PVA konnten keine aktuelle und vollständige Liste mit familiären Naheverhältnissen ihrer Bediensteten vorlegen. Die Einhaltung der Vorgaben zu Befangenheiten war dadurch nicht kontrollierbar. Die Dienstordnung schloss nicht alle Fälle von Befangenheiten aufgrund familiärer Naheverhältnisse aus. In Einzelfällen waren bei den überprüften Sozialversicherungsträgern durch Vertretungsregelungen Genehmigungswege mit Entscheidungen durch familiär nahestehende Personen entstanden. (TZ 114)

Eine Risikoanalyse für Nebenbeschäftigungen und Definitionen von Unvereinbarkeiten bzw. Vorgaben für die Nutzung der Aufzeichnungen über Nebenbeschäftigungen gab es bei keinem der überprüften Sozialversicherungsträger. Auch verfügte keiner der Träger über eine vollständige, zentral elektronisch auswertbare Liste aller gemeldeten Nebenbeschäftigungen. Sinnvoll war die Vorgehensweise der AUVA, Nebenbeschäftigungen zunächst befristet zu genehmigen. (TZ 115)

Kenndaten

Rechtsgrundlagen	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955 i.d.g.F., Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG), BGBl. Nr. 219/1965 i.d.g.F.			
	2012	2013	2014	Veränderung
AUVA	in VZÄ			in %
Bedienstete	4.789,04	4.891,29	4.935,07	+3,0
	in Mio. EUR			
Beschaffungsvolumen	212,34	184,64	196,50	-7,5
Gesamtaufwand	1.291,88	1.356,26	1.387,31	+7,4
<i>davon</i>				
<i>Heilverfahren¹</i>	58,92	60,64	61,87	+5,0
<i>Personalaufwand</i>	390,06	408,14	423,92	+8,7
BVA	in VZÄ			
Bedienstete	1.475,86	1.483,73	1.505,47	+2,0
	in Mio. EUR			
Beschaffungsvolumen	53,00	42,72	54,04	+2,0
Gesamtaufwand	1.618,91	1.648,35	1.723,10	+6,4
<i>davon</i>				
<i>Heilverfahren¹</i>	103,22	104,60	110,26	+6,8
<i>Personalaufwand</i>	100,14	104,50	108,17	+8,0
PVA	in VZÄ			
Bedienstete	6.274,28	6.367,81	6.341,12	+1,1
	in Mio. EUR			
Beschaffungsvolumen	136,61	162,92	173,02	+26,7
Gesamtaufwand	29.637,88	30.865,50	32.039,09	+8,1
<i>davon</i>				
<i>Heilverfahren¹</i>	588,22	634,77	671,08	+14,1
<i>Personalaufwand</i>	363,43	375,21	380,73	+4,8

Rundungsdifferenzen möglich

¹ medizinische Rehabilitation und Kuren

Quellen: AUVA; BVA; PVA; Hauptverband; RH

Prüfungsablauf und –gegenstand

- (1) Der RH führte von Juni bis Dezember 2015 eine Gebarungsüberprüfung zum Thema Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung, konkret in der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (**AUVA**), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (**BVA**) und der Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**)

durch. Die Prüfung erfolgte gemäß Art. 126b Abs. 4 Bundes-Verfassungsgesetz (**B-VG**) aufgrund eines Antrags gemäß § 99 der Geschäftsordnung des Nationalrats (**GOGNR**) der Abgeordneten Schwentner, Mückstein, Freundinnen und Freunde vom 24. April 2015.

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung der Rechtmäßigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit wesentlicher ausgewählter Prozesse in den Bereichen

- Compliance Management,
- Leistungsgewährung im Kur- und Rehabilitationswesen,
- Beschaffung nicht prioritärer Dienstleistungen, insbesondere im Rehabilitationswesen,
- Beschaffung prioritärer Produkte und Dienstleistungen und
- Personalwirtschaft (ohne Personalverrechnung).

Zeitgleich zur Prüfung des RH waren Verfahren anderer Behörden anhängig. Nichtziele der Prüfung waren daher die Beurteilung der vergabekontrollrechtlichen, arbeitsrechtlichen bzw. strafrechtlichen Fragestellungen und die Feststellung der jeweils dafür maßgeblichen Sachverhalte²; dies hat durch die zuständigen Gerichte bzw. Behörden zu erfolgen. Der RH nahm zu diesen Verfahren nur soweit Bezug, als dies zur Beurteilung seiner Prüfungsfragen erforderlich war, insbesondere zur Beurteilung allgemeinerer Prozesse.

Prüfungshandlungen setzte der RH bei der AUVA, der BVA und der PVA. Weiters holte er Informationen beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (**Hauptverband**), beim BMASK und beim BMGF ein.

Soweit die Feststellungen des RH allgemeine Mängel betrafen oder aufgrund der Stichprobenauswahl nicht auf einzelne Träger beschränkt werden konnten, richtete der RH seine Empfehlungen an alle drei überprüften Sozialversicherungsträger. Bei klar einem bestimmten Sozialversicherungsträger zuordenbaren Mängeln richtete der RH seine Empfehlungen nur an diesen.

² Dabei ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die Einvernahme von Privatpersonen oder die forensische Sichtung bzw. Beschlagnahme von Unterlagen diesen Behörden teilweise möglich ist, dem RH jedoch nicht zur Verfügung steht.

(2) Der RH konkretisierte den Prüfungsgegenstand wie folgt:

a) Hinsichtlich der überprüften Stellen wählte er die AUVA, die BVA und die PVA aus. Somit deckte die Prüfung Sozialversicherungsträger aus den Bereichen Unfallversicherung, Krankenversicherung und Pensionsversicherung ab.

b) Unter Bezug auf verschiedene aktuelle Ereignisse³ erweiterte der RH den im Prüfungsverlangen auf „Überprüfung der Vergabeverfahren“ eingeschränkten Prüfungsgegenstand auf eine umfassendere Analyse des Compliance Managements im Bereich der Sozialversicherung und dessen Anwendung im Vergabewesen, im Personalbereich und in ausgewählten Bereichen der Leistungsgewährung (insbesondere bei der Genehmigung von Kur- und Rehabilitationsaufenthalten).

(3) Der überprüfte Zeitraum umfasste die Jahre 2012 bis 2014. Soweit erforderlich nahm der RH auch auf frühere bzw. aktuellere Entwicklungen Bezug.

(4) Mit 1. Juli 2016 änderten sich Kompetenzbereich und Bezeichnung des Gesundheitsressorts (von BMG auf BMGF). Der RH verwendete durchgehend die neue Bezeichnung des BMGF.

(5) Zu dem im August 2016 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die AUVA, die BVA, das BMGF und das BMF im Oktober 2016 Stellung, die PVA sowie der Hauptverband und das BMASK im November 2016. Der RH erstattete im Februar 2017 seine Gegenäußerungen.

(6) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme allgemein auf zur Zeit der Stellungnahme laufende Entwicklungen, insbesondere die Neugestaltung der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen, durch die das Zusammenspiel öffentlich-rechtlicher Planung und privatrechtlicher Vertragsvergabe neue Grundlagen erhalten solle und „durch die es gegebenenfalls zu einer Umsetzung auch der Empfehlungen des RH kommt“. Weiters werde das laufende Vergabeverfahren über Leistungen der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wertvolle Erkenntnisse bringen. Dabei werde erstmals versucht, Vertragsbeziehungen der Rehabilitation bundesweit, träger- und länderübergreifend über ein formelles Verfahren nach dem Vergaberecht zu gestalten.

³ Im Oktober 2014 trat die Obfrau der AUVA zurück, nachdem das BMGF eine Reihe von Problemstellungen kritisiert hatte. Im März 2015 sprach die PVA eine fristlose Entlassung einer Generaldirektorstellvertreterin aus, dies u.a. im Zusammenhang mit Vorwürfen zu Vergabeverfahren. Weiters berichteten mehrere Medien im Frühjahr 2015 über „Postenschacher“ und unzulässige Vorgehensweisen im Zusammenhang mit Heilverfahren in der BVA.

(7) Insbesondere im Zusammenhang mit der Aufgabenverteilung zwischen Vorstand und Bediensteten (TZ 5) sowie mit der Zusammensetzung und dem Ressourceneinsatz der Kontrollversammlung (TZ 8) verwiesen die überprüften Stellen in ihren Stellungnahmen auf die verfassungsrechtliche Einrichtung der Träger der gesetzlichen Sozialversicherung als Selbstverwaltungskörper und auf die daraus resultierenden Organisationsgrundsätze. Das BMASK, das BMGF, die AUVA und die PVA gaben dabei auch zu bedenken, ob die Umsetzung der diesbezüglichen Empfehlungen des RH nicht mit einem unzulässigen Eingriff in die Selbstverwaltung verbunden sei.

(8) Der RH stellte dazu ausdrücklich klar, dass er mit seinen Empfehlungen keine Einschränkungen der Selbstverwaltung anstrebte. Nach Auffassung des RH setzte allerdings die Verwirklichung der in den Stellungnahmen angeführten Vorteile der Selbstverwaltung (Demokratisierung der Verwaltung, Solidarisierung der Entscheidungen) auch eine sachliche Begründung und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen und eine klare Zuordenbarkeit von Verantwortung voraus. Auch in seinen Empfehlungen zur Unabhängigkeit und zur Expertise der Mitglieder der Kontrollversammlung vermochte der RH keinen Eingriff in das Prinzip der Selbstverwaltung erkennen.

Teil I – Compliance Management System

Grundsätzliches

Einrichtung eines Compliance Management Systems

2.1 (1) Die Sozialversicherungsträger waren zur Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften verpflichtet und hatten dies wirksam und zweckmäßig sicherzustellen (§§ 424 bzw. 449 ASVG). Das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz⁴ forderte zudem von allen Verbänden die nach den Umständen gebotenen technischen, organisatorischen und personellen Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten (§ 3 Abs. 3 Z 2 leg. cit.).⁵

(2) Verschiedene nationale⁶ und internationale Standards und Richtlinien beschäftigten sich mit der Gestaltung von Compliance Management Systemen, d.h. der Festlegung von Grundsätzen und Maßnahmen, die auf die Sicherstellung eines re-

⁴ BGBl. I Nr. 151/2005 i.d.g.F.

⁵ Das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz galt nicht für juristische Personen, die in Vollziehung der Gesetze handelten (was allerdings z.B. auf Einkäufe nicht zutrif).

⁶ z.B. Bundes-Public Corporate Governance Kodex (B-PCGK)

gelkonformen Verhaltens der Einrichtung selbst, ihrer Bediensteten und gegebenenfalls Dritter (z.B. Zulieferer) abzielen⁷ (z.B. ON-Regel⁸ 192050 in Österreich, Standard 980 des deutschen Instituts für Wirtschaftsprüfer sowie Regelungen der OECD⁹ und der UNO¹⁰). Sie folgten im Aufbau einem Kreislauf von Zieldefinition, Risikodefinition, Entwicklung von Maßnahmen (z.B. Organisation, Prozesse, Kommunikation) und Evaluation.¹¹ Compliance Management Systeme sollten geeignet sein, mit hinreichender Sicherheit sowohl Risiken für wesentliche Regelverstöße rechtzeitig zu erkennen, als auch solche Regelverstöße zu verhindern.¹² Dazu gehört auch, mit bereits eingetretenen Verstößen angemessen umzugehen.

(3) Eine ausdrückliche gesetzliche Bestimmung, welche Regelungen über ein Internes Kontrollsystem (**IKS**)¹³ oder ein Compliance Management System für Sozialversicherungsträger anzuwenden waren und wie dieses auszugestalten war, gab es nicht (im Gegensatz z.B. zu Organisationseinheiten, die dem Wertpapieraufsichtsrecht unterlagen). Die Sozialversicherungsträger hatten die Grundsätze der systematischen Sicherstellung regelkonformen Verhaltens daher selbst festzulegen.

(4) Weder die AUVA noch die BVA oder die PVA hatten ein explizites Compliance Management System eingerichtet; sie verfügten jedoch über einzelne Elemente eines Compliance Management Systems (siehe **TZ 3**). Die BVA gab an, im Herbst 2014 eine Grundsatzentscheidung zur Implementierung eines Risikomanagementsystems getroffen zu haben. Bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle (Ende 2015) lag noch kein Endergebnis vor.

⁷ Compliance meint „Rechts- und Regelkonformität, d.h. die Übereinstimmung des Handelns (...) mit der Rechtsordnung, betrieblichen und anderen Regelungen“ (vgl. Stober/Ohrtmann (Hrsg.), Compliance, Handbuch für die öffentliche Verwaltung (2015) S. 2).

⁸ ON-Regeln sind Dokumente, deren Verbindlichkeit zwischen den auf breitem Konsens basierenden ÖNORMEN und solchen Spezifikationen liegt, die bspw. von einem oder einigen Unternehmen oder Institutionen erarbeitet werden.

⁹ z.B. die im Jahr 2005 veröffentlichten OECD Guidelines on Corporate Governance of State Owned Enterprises

¹⁰ z.B. Anti-Corruption Ethics and Compliance Handbook for Business (UNODC, OECD, World Bank). Andere Quellen waren z.B.: Business Principles for Countering Bribery (Transparency International), Rules on Combating Corruption (International Chamber of Commerce).

¹¹ Im Folgenden bezieht sich der RH vor allem auf die österreichischen ON-Regeln.

¹² Auch ein nach einer angemessenen Konzeption eingerichtetes und wirksam durchgeführtes Compliance Management System kann keine Garantie dafür bieten, dass die Regeln immer eingehalten oder Verstöße durch das System aufgedeckt und geahndet werden. Inhärente Beschränkungen ergeben sich insbesondere daraus, dass Maßnahmen auch in Bezug auf ihre Kosten angemessen sein müssen bzw. Kontrollen durch Zusammenarbeit mehrerer Personen umgangen werden können.

¹³ vgl. den Bericht des RH „Gewährung von Ausgleichszulagen in der Pensionsversicherung“, Reihe Bund 2015/9, TZ 17

2.2

Der RH erachtete es für nachteilig, dass weder die AUVA noch die BVA oder die PVA im überprüften Zeitraum über ein explizites Compliance Management System verfügten.

Er war der Ansicht, dass ein systematisches Compliance Management für die wirksame Sicherstellung von regelkonformem Verhalten zweckmäßig und notwendig war. Dieses musste im Bereich der Sozialversicherung nicht zwingend einzelnen Regelwerken, die in anderen Sektoren entwickelt worden waren, folgen, sollte aber jedenfalls eine Zieldefinition, eine Risikoeinschätzung sowie gezielte Maßnahmen und Instrumente zu deren Evaluierung enthalten.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, einen systematischen Compliance-Ansatz zu verfolgen und ein Compliance Management System einzurichten.

2.3

(1) Das BMF sagte in seiner Stellungnahme zu, seine Aufsichtsorgane jedenfalls dahingehend zu sensibilisieren, dass die Sozialversicherungsträger der Empfehlung des RH künftig mit einem adäquaten Compliance Management System Rechnung tragen.

(2) Das BMGF anerkannte in seiner Stellungnahme die Bemühungen des RH zur Bestandsaufnahme diverser Instrumente des Compliance Managements und wies zusätzlich auf die Verschärfungen im Korruptionsstrafrecht hin. Auch die Sozialversicherungsträger hätten entsprechende Maßstäbe und Regelungen nachzuvollziehen. Das BMGF sei bereit, Aktivitäten der Versicherungsträger zur Implementierung eines Compliance Management Systems zu unterstützen. Die Festlegungen des Public Corporate Governance Kodex seien bei den Sozialversicherungsträgern bereits weitgehend analog vorgesehen, aber ein umfassendes und systematisches Compliance Management System existiere derzeit (auch) im Bereich des Bundes nicht. Eine diesbezügliche gesetzliche Regelung hielt das BMGF nicht für erforderlich.

(3) Laut Stellungnahme des BMASK nehme es selbstverständlich die einschlägigen Empfehlungen des RH auf. Es werde als Aufsichtsbehörde eine Weiterentwicklung der vorhandenen Instrumente durch die betroffenen Versicherungsträger in die vom RH angeführte Richtung fördern und unterstützen.

Die bestehenden internen Kontroll– und Überwachungsmechanismen (Vier–Augen–Prinzip, funktionsbezogene Aufgabenerfüllung, nachträgliche Kontrolle, klare Aufgabenaufteilung durch Gesetz und Geschäftsordnung, Prüfständigkeiten bei Kontrollversammlung, Einrichtung einer Innenrevision etc.) könnten allerdings bereits als zentrale Elemente eines Compliance Management Systems bezeichnet

werden. Der Fokus dieser Maßnahmen im Bereich des Leistungsrechts und in operativen Maßnahmen entspreche der impliziten Entscheidung des Gesetzgebers, den Schwerpunkt auf jene Bereiche zu legen, die finanziell den weitaus größten Aufwand verursachten. Auch in den vom RH konkret geprüften Bereichen des Vergabe– und Personalwesens hätten die Sozialversicherungsträger bereits entsprechende weiterführende Maßnahmen gesetzt.

(4) Die AUVA wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass eine (ausdrückliche) gesetzliche Verpflichtung zur Einführung eines Compliance Management Systems fehle. Inzwischen dürfte sich jedoch eine „Regel der Technik“ (auch im Sinne einer Rechtspflicht nach § 2 Strafgesetzbuch (**StGB**) bzw. einer zivilrechtlichen Garantstellung) entwickelt haben, wonach ein derartiges System in großen arbeitsteiligen Organisationen einzurichten sei. Mittelfristig werde daher auch in der Sozialversicherung kein Weg daran vorbeiführen.

(5) Wie die BVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, führe ein Compliance Management System zu erheblichen Kosten und sei daher bislang nicht umgesetzt worden. In der BVA bestünden jedoch ein Risikomanagement sowie ein IKS.

(6) Die PVA wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass es keine ausdrückliche gesetzliche Verpflichtung zur Gestaltung von IKS oder Compliance Management Systemen für die Sozialversicherung gebe. Die Sozialversicherungsträger hätten daher die Grundsätze der systematischen Sicherstellung regelkonformen Verhaltens selbst festzulegen.

Die PVA habe dem RH im Rahmen der Gebarungsüberprüfung eine umfangreiche Stellungnahme über 15 im Bereich Compliance implementierte Maßnahmen übermittelt. Soweit der RH ausführe, die PVA verfüge nur über einzelne Elemente eines Compliance Management Systems, könne sie sich des Eindrucks nicht erwehren, der RH habe dahingehend ihre Anstrengungen nicht in ausreichendem Maße gewürdigt.

2.4

(1) Der RH hob zunächst hervor, dass laut den Stellungnahmen offenbar weitgehend Unklarheit bzw. uneinheitliche Auffassungen über die bestehenden Anforderungen vorlagen. Während das BMASK und das BMGF die Entwicklung der Sozialversicherungsträger abwarten wollten, hielt die PVA dafür eine gesetzliche Regelung bzw. übergreifende Vorgaben für unerlässlich. Die Unterschiede zwischen konkreten Maßnahmen und einem systematischen Compliance Management System waren nicht ausreichend bewusst.

(2) Der RH betonte weiters, dass die Einrichtung eines Compliance Management Systems im Rahmen des gesetzlichen Auftrags zu einer zweckmäßigen Verwaltungsführung erforderlich war, und damit seines Erachtens auch gesetzlich bereits gefordert war. Der RH wies in diesem Zusammenhang auf die erheblichen Risiken bei Compliance–Verstößen hin (z.B. darauf, dass in der PVA über mehrere Quartale hinweg die Vergabe neuer Verträge aufgeschoben werden musste, oder auf hohe Schadenersatzzahlungen in der Privatwirtschaft bei Regelverstößen).

(3) Unverzichtbar waren nach Auffassung des RH zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags jedoch ein systematischer Zugang, eine Risikoeinschätzung, die Entwicklung konkreter Maßnahmen als Reaktion auf die erkannten Risiken und die Evaluierung der Eignung bzw. Wirkung der Maßnahmen. Umfang und Ausgestaltung hingen von den Anforderungen des jeweiligen Sozialversicherungsträgers ab. Eine Verknüpfung mit einem Risikomanagementsystem bzw. einem IKS wäre nach Auffassung des RH zweckmäßig.

(4) Gegenüber der PVA stellte der RH klar, dass er ihre Maßnahmen einer ausführlichen Würdigung unterzogen hatte. In der PVA fehlten jedoch wesentliche Elemente (siehe dazu **TZ 3**), insbesondere eine Risikoeinschätzung, die schlüssige Ableitung der Maßnahmen aus den erkannten Risiken und eine regelmäßige Überprüfung, ob die getroffenen Maßnahmen die entsprechenden Risiken wirksam adressierten. Der RH verwies auch auf die in **TZ 21**, **TZ 22** und **TZ 23** ausführlich dargestellten Probleme in den Bereichen Personal und Vergaben.

Fehlende Elemente des Compliance Managements

3.1 (1) Die Sozialversicherungsträger hatten einzelne Elemente eines Compliance Management Systems implementiert:

- ein Leitbild und die darin verankerte Führungsverantwortung,
- die allgemeine Pflichtenangelobung von Bediensteten gemäß § 460 Abs. 5 ASVG,
- die Festlegung allgemeiner Pflichten der Bediensteten in der Dienstordnung,
- die Tätigkeit der Kontrollversammlung,
- die Tätigkeit der Innenrevision,
- ein im Jahr 2014 beschlossener Ethik–Kodex,

- interne Prüf- und Kontrollsysteme (etwa Oberbegutachtungen für ärztliche Gutachten, Teams zur Qualitätssicherung bei Vertragspartnern im Rehabilitationsbereich oder Prüfabteilungen zur Kontrolle von Pensionsberechnungen).

Eine systematische Risikoeinschätzung und eine regelmäßige Evaluierung, ob die identifizierten Risiken durch die Maßnahmen wirksam adressiert werden, konnten die Sozialversicherungsträger nicht vorlegen.

(2) Die Schwerpunkte der Maßnahmen aller drei Sozialversicherungsträger lagen im Bereich des Leistungsrechts und in operativen Maßnahmen. In wichtigen Bereichen fehlten jedoch strategische Vorgaben bzw. Leitlinien, die der Vorstand als geschäftsführendes Organ festzulegen hätte, wie z.B.

- Ziele und Controllingvorgaben für das Vergabewesen (siehe [TZ 77](#)),
- Richtlinien für die Auswahl von Bediensteten (siehe [TZ 103](#)) oder
- allgemeine Grundsätze für die Bedarfsplanung und Angebotsplanung im Rehabilitationsbereich (siehe [TZ 44](#), [TZ 47](#)).

3.2

(1) Der RH hielt kritisch fest, dass in der AUVA, der BVA und der PVA – obwohl sie einzelne Compliance-relevante Maßnahmen gesetzt hatten – wesentliche Elemente eines systematischen Compliance-Ansatzes – wie strategische Vorgaben und Ziele, eine systematische Risikoeinschätzung oder eine regelmäßige Evaluierung – nicht vorhanden waren.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, in dem einzurichtenden Compliance Management System (siehe [TZ 2](#)) u.a. Strategien und Ziele festzulegen, Risikobereiche zu definieren sowie Maßnahmen zur Sicherstellung der Compliance und zur Systematik der Evaluierung der Zielerreichung vorzusehen.

(2) Im Folgenden beurteilte der RH wesentliche Compliance-Risikobereiche der überprüften Sozialversicherungsträger, sowohl geschäftsprozessübergreifende (Struktur der Finanzierung, Aufgabenverteilung zwischen Vorstand und Bediensteten, Kontrollarchitektur) als auch geschäftsprozessspezifische (Personalwirtschaft, Beschaffungsprozess, Gewährung von Heilverfahren).

3.3

Laut Stellungnahme der PVA gehe der Vorwurf des RH, dass bei der PVA wesentliche Elemente eines systematischen Compliance Management Ansatzes fehlten, ins Leere, da entsprechende Vorgaben sinnvollerweise nur trägerübergreifend durch den Hauptverband bzw. den Gesetzgeber erfolgen müssten.

3.4 Der RH entgegnete der PVA, dass sich aus der gesetzlichen Anforderung der zweckmäßigen Verwaltungsführung in Verbindung mit den Entwicklungen des „Standes der Technik“ (wie z.B. entsprechender nationaler und internationaler Standards) die vom RH geforderten Mindestelemente eines Compliance Management Systems (Risikobeurteilung, systematische Entwicklung von Gegenmaßnahmen, regelmäßige Evaluierung der Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen) ableiten ließen (siehe schon **TZ 2**). Solange der Gesetzgeber keine weiteren Vorgaben traf, oblag es den einzelnen Trägern, die erforderlichen Schritte zu setzen. Der RH blieb daher bei seiner Empfehlung.

Compliance Management zu geschäftsprozessübergreifenden Risiken

Struktur der Finanzierung

4.1 (1) Nach § 80 ASVG trug der Bund in der Pensionsversicherung (**PV**) den Betrag, um den die Aufwendungen die Erträge überstiegen. Dabei unterschied das Gesetz nicht zwischen Leistungen (d.h. der Differenz zwischen Pensionen und Beiträgen) und der Verwaltung. Ein höherer Einkaufspreis für Sachaufwendungen oder eine höhere Vergütung für einen Bediensteten war für die PVA selbst daher insofern nicht relevant, als ein höherer Aufwand lediglich den Bundesbeitrag erhöhte. Der Bund wiederum war zwar als Aufsichtsbehörde¹⁴ in Entscheidungen eingebunden, dies allerdings primär in Hinblick auf die Rechtmäßigkeit der Verwaltung. Bei Fragen der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit hatten sich die Aufsichtsbehörden auf wichtige Fragen zu beschränken und in die Selbstverwaltung der Versicherungsträger nicht unnötig einzugreifen (§ 449 ASVG).

(2) Die BVA verfügte über erhebliche Rücklagen,¹⁵ wobei gleichzeitig im Rahmen des Kassensanierungspakets 2009 bzw. der Gesundheitsreform 2012 Ausgabenobergrenzen für die Versicherungsleistungen vereinbart waren. Der Gesetzgeber hatte auf die hohen Rücklagen durch eine (befristete) Absenkung der Beiträge reagiert. Im Jahr 2016 senkte die BVA den Behandlungsbeitrag ab.

¹⁴ Aufsichtsbehörde über den Hauptverband, die PVA und die Pensionsinstitute ist der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, über die sonstigen Versicherungsträger die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen. Der Bundesminister für Finanzen kann zu den Sitzungen der Verwaltungskörper der Pensionsversicherungsträger und des Hauptverbands eine Vertreterin bzw. einen Vertreter zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes entsenden.

¹⁵ Im Jahr 2014 verfügte die BVA über ein Reinvermögen von rd. 809,34 Mio. EUR.

(3) Die AUVA verzeichnete über einen längeren Zeitraum eine sinkende Anzahl von Arbeitsunfällen bei unverändertem Unfallversicherungsbeitrag. Auch die AUVA baute so erhebliche Rücklagen auf.¹⁶ Der Gesetzgeber senkte den Beitragssatz zur Unfallversicherung im Jahr 2014 ab.

4.2

Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Finanzierungsstruktur der überprüften Sozialversicherungsträger keine Anreize z.B. für eine sparsame Beschaffung bot:

- Im Bereich der Pensionsversicherung trug ohnehin der Bund etwaige Mehraufwendungen.
- Sowohl die AUVA als auch die BVA hatten ein hohes Reinvermögen, auf das der Gesetzgeber mit einer Senkung der Beiträge reagierte. Etwaige Effizienzgewinne führten somit zu einer Reduktion der Einnahmen.

Der RH hielt es daher für zweckmäßig, diese Anreize zu optimieren. Die verantwortliche Organisation sollte bspw. von einer sparsamen Führung der Personalwirtschaft und einem wirtschaftlichen Einkauf auch selbst und langfristig profitieren.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, die grundsätzliche Finanzierungsstruktur bei der Erstellung der Risikobeurteilung für ein Compliance Management System zu berücksichtigen. Dies könnte z.B. durch die Formulierung konkreter Ziele zur sparsamen Mittelverwendung bei der Verwaltung öffentlicher Mittel erfolgen.

Vor dem Hintergrund der Finanzierungsstruktur der Sozialversicherungsträger und insbesondere in Hinblick auf den hohen Bundesbeitrag bei der Pensionsversicherung empfahl der RH dem BMASK, dem BMGF und dem BMF, im Rahmen ihrer Aufsichtstätigkeit auf die Einführung eines adäquaten Compliance Management Systems hinzuwirken.

4.3

(1) Laut Stellungnahme des BMF werde es seine Aufsichtsorgane dahingehend sensibilisieren, dass die Sozialversicherungsträger künftig mit einem adäquaten Compliance Management System den Empfehlungen des RH Rechnung tragen.

(2) Das BMASK verwies in seiner Stellungnahme auf § 441e Abs. 2a ASVG und die darin angesprochenen und umgesetzten Verwaltungskostenziele. Zudem habe jeder Sozialversicherungsträger bei der Erstellung seiner Dienstpostenpläne auf die Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu achten. Die Verantwortung zur ordnungsgemäßen Umsetzung dieser Vorgaben obliege der Selbstverwaltung der einzelnen Versicherungsträger. Im Rahmen ihrer Aufsichtstätigkeit sei die Einflussnahme der zuständigen Bundesministerien nach § 449 Abs. 1

¹⁶ Die AUVA verfügte im Jahr 2014 über ein Reinvermögen von rd. 1,148 Mrd. EUR.

ASVG beschränkt. Eine weitergehende Einflussnahme durch die Aufsichtsbehörde solle in Hinblick auf die Eigenständigkeit der Selbstverwaltung der Versicherungsträger unterbleiben, die bestehende Regelung sei ausreichend.

(3) Das BMGF wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die Sozialversicherungsträger ohnehin gesetzlich zur Einhaltung der Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit verpflichtet seien. Dies werde durch mehrere Kontrollmechanismen – nicht zuletzt auch den RH – laufend präsent gehalten. Die Anreizfunktion bei einer Non–Profit–Organisation, die mit dem Gemeinwohl dienenden Aufgaben betraut sei, lasse sich nicht mit privatwirtschaftlichen Unternehmen vergleichen. Sozialversicherungsträger sollten mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln ihre Aufgaben bestmöglich erledigen. Dass dabei entstehende finanzielle Ungleichgewichte durch Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen im Rahmen der politischen Abstimmungsprozesse im Bedarfsfall ausgeglichen werden könnten, illustrierten die vom RH aufgezeigten Beispiele der Beitragssatzsenkung bei AUVA und BVA.

(4) Wie die AUVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, beachte sie generell den Grundsatz der Sparsamkeit. In diesem Sinne seien auch interne Richtlinien in Zusammenhang mit dem Beschaffungswesen und der Personalwirtschaft sowie Ziele der Balanced Scorecard zu sehen.

(5) Die BVA verwies in ihrer Stellungnahme darauf, ein Compliance Management System aus Kostengründen bisher nicht eingeführt zu haben. Sie verfüge aber über ein Risikomanagement und ein IKS.

(6) Laut Stellungnahme der PVA hätten ihre Selbstverwaltung und das Büro ihre Geschäftsführung so ressourcenschonend wie möglich im Hinblick auf ihre gesetzlichen Verpflichtungen ausgeübt. So habe die PVA den Verwaltungskostendeckel unterschreiten können.

4.4

(1) Der RH merkte zunächst grundsätzlich an, dass die Abweichung von einem Soll–Zustand in der Natur eines „Risikos“ liegt. Der bloße Verweis darauf, dass der Sollzustand ohnehin definiert sei (d.h. dass die Sozialversicherungsträger sparsam und zweckmäßig agieren), kann daher die Risikoeinschätzung bzw. Maßnahmen zur Kontrolle und Gegensteuerung ebenso wenig ersetzen wie der Hinweis der PVA, dass bisher das Risiko nicht eingetreten sei (da sie immer sparsam gehandelt habe). Der RH verwies in diesem Zusammenhang im Übrigen auf seine Feststellungen in früheren Berichten (z.B. „Fusion der Pensionsversicherungsanstalten der Arbeiter und Angestellten“ (Reihe Bund 2007/8): Fusionsaufwand von rd. 114,8 Mio. EUR ohne konkrete Finanzziele, vermeidbare Mehraufwendungen von rd. 23 Mio. EUR; „Einführung des Pensionskontos“ (Reihe Bund 2011/8): Personalüberhang; „Lie-

genenschaftsverkäufe ausgewählter Sozialversicherungsträger und Anmietung der Roßbauer Lände 3 durch die Universität Wien“ (Reihe Bund 2014/1): Mängel im Bietverfahren).

(2) Dem BMGF entgegnete der RH, dass es ohne ein detailliertes Zielsteuerungssystem eine erhebliche Herausforderung für den Gesetzgeber darstellte, korrekt und gegebenenfalls entgegen den Anreizen der jeweiligen inhaltlich spezialisierten Organisation zu beurteilen, wann die wirtschaftliche Situation eine Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erforderte. Er verwies dabei auf seinen Bericht „Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3), wonach der Bund im Bereich der Krankenversicherung rd. 1,036 Mrd. EUR zugeschossen hatte, obwohl auch ohne diese Mittel die Rücklagen der Träger insgesamt gesehen das gesetzlich normierte Ausmaß erreichten. Er hielt es weiters ohne entsprechende Steuerung für nicht gesichert, dass etwaige Kürzungen durch den Gesetzgeber die erwünschten Maßnahmen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit (im Gegensatz zu Kürzungen bei den Versicherten) anstoßen.

(3) Gegenüber dem BMASK räumte der RH ein, dass die Verwaltungskostenziele nach § 441e ASVG in die vom RH empfohlene Richtung gehen. Er verwies allerdings auf seine Kritik der mangelnden konkreten Ausgestaltung der Verwaltungskostenziele, wie zuletzt in seinem Bericht „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3, TZ 40) dargelegt (Aufsetzen auf historischen Ausgangswerten statt Normvorgaben, Fehlen einer Verbindung mit Output-Zielen etc.). Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Aufgabenverteilung zwischen Vorstand und Bediensteten

5.1

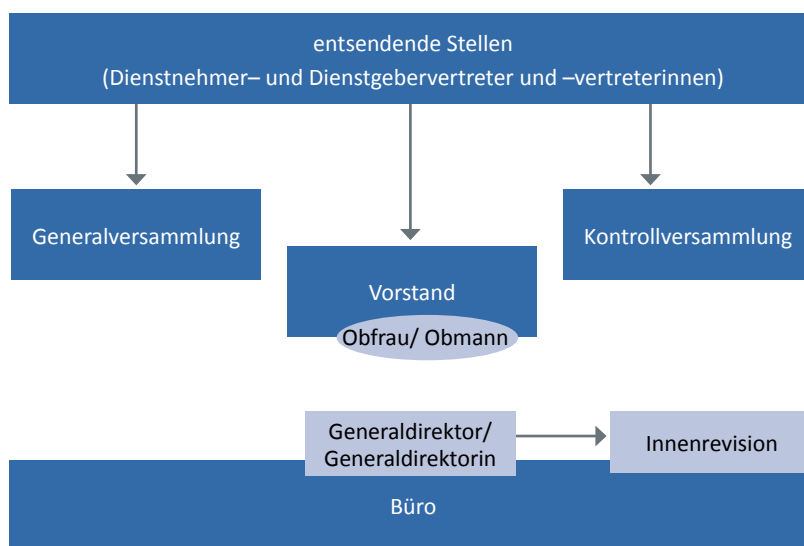
(1) Nach § 434 ASVG stellte der Vorstand – ein Organ der Selbstverwaltung – das geschäftsführende Organ der Sozialversicherungsträger dar. Der Vorstand konnte – unbeschadet seiner Verantwortung – Ausschüsse einsetzen und diesen bzw. dem Obmann oder der Obfrau einzelne Aufgaben übertragen. Die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten konnte der Vorstand dem sogenannten „Büro“ übertragen. Welche Aufgaben der Vorstand an das Büro delegierte, war weitestgehend ihm überlassen.

Dem Vorstand stand als Kontrolleinrichtung die Kontrollversammlung gegenüber. Die öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen bestellten – wie beim Vorstand¹⁷ – die Mitglieder der Kontrollversammlung. Ihre Aufgabe war insbesondere die ständige Überwachung der gesamten Gebarung des Sozialversicherungsträgers,

¹⁷ § 421 ASVG. Bei der PVA hatte der Vorstand 15 Mitglieder (2/3 von Dienstnehmer-, 1/3 von Dienstgeberseite), bei der AUVA 14 Mitglieder (je zur Hälfte von Dienstnehmer- und Dienstgeberseite) (jeweils §§ 426, 428 ASVG), bei der BVA 16 Personen (3/4 von Dienstnehmer-, 1/4 von Dienstgeberseite; §§ 138, 139a B-KUVG).

die Prüfung des Rechnungsabschlusses und die Zustimmung zu gewissen Beschlüssen des Vorstands (TZ 6, TZ 7, TZ 8):

Abbildung 1: Verwaltungskörper der Sozialversicherungsträger



Die Obfrau bzw. der Obmann war auch Mitglied des Vorstands. Die Vorstandsmitglieder waren auch Mitglieder der Generalversammlung.

Die Mitglieder der Kontrollversammlung durften nicht Mitglieder der Generalversammlung sein.

Quelle: RH

Innerhalb des Büros war eine Innenrevision eingerichtet. Diese war der Generaldirektion als Stabsstelle zugeordnet. Sie prüfte die Tätigkeit der Bediensteten der Sozialversicherungsträger auf sachliche und rechnerische Richtigkeit sowie Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit (TZ 9, TZ 10, TZ 11).

(2) Der Vorstand der drei überprüften Sozialversicherungsträger war mit jeweils 14 bis 16 Personen besetzt. Die Tätigkeit im Vorstand begründete kein Dienstverhältnis zum Versicherungsträger; die Mitglieder des Vorstands erhielten Sitzungsgelder.¹⁸ Vorstandssitzungen fanden einmal im Monat, teilweise auch seltener statt.

Die drei überprüften Sozialversicherungsträger beschäftigten im Jahr 2013 zusammen insgesamt mehr als 12.700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (VZÄ) (siehe TZ 97), der Gesamtaufwand lag zwischen 1,387 Mrd. EUR (AUVA) und 32,039 Mrd. EUR (PVA). Die Aufgaben der Sozialversicherungsträger reichten von der Steuerung großer EDV-Projekte über die Administration von Bauvorhaben bis zum Betrieb von Krankenanstalten und der Durchführung des Leistungswesens.

¹⁸ § 420 Abs. 5 ASVG

(3) Die Vorschriften über die Delegation von Aufgaben an das Büro im Anhang zur Geschäftsordnung des Vorstands waren teilweise sehr kasuistisch und eher auf einzelne Geschäftsfälle als auf Managementaufgaben ausgerichtet. Beispielsweise betraf die einzige Delegationsvorschrift zum Rehabilitationswesen (abgesehen von der Entscheidung über Anträge der Versicherten) die Vereinbarung von Vergütungen. Zu Bedarfsplanung, Vertragspartnerauswahl, Qualitätssicherung, Tarifsystemen etc. gab es keine Delegationsvorschrift (siehe [TZ 55](#)). In Vergabefragen betrafen die Delegationsvorschriften einzelne Transaktionen innerhalb bestimmter Wertgrenzen, aber z.B. nicht das Vergabecontrolling oder das Risikomanagement.

(4) Der Vorstand traf regelmäßig operative Entscheidungen, wie z.B.

- die Auftragsvergabe von einzelnen Beschaffungsvorgängen (etwa einen Traktorenkauf für eine Eigene Einrichtung),
- die Besetzung einzelner Stellen auch im mittleren Dienst,¹⁹
- den Abschluss einzelner Verträge mit Rehabilitationseinrichtungen.

Diese Entscheidungen waren nicht durch die Innenrevision überprüfbar, da diese als Organ des Büros nicht für Entscheidungen der Selbstverwaltung zuständig war.

(5) In wichtigen Bereichen fehlten strategische Vorgaben bzw. Leitlinien, z.B.:

- Ziele und Controlling-Vorgaben für das Vergabewesen,
- Richtlinien für die Auswahl von Bediensteten oder
- allgemeine Grundsätze für die Bedarfsplanung und Angebotsplanung im Rehabilitationsbereich.

5.2

(1) Der RH hielt die Aufgabenverteilung zwischen Vorstand und Bediensteten für nicht sachgerecht, dies insbesondere im Hinblick auf

- den hohen Gesamtaufwand (im Jahr 2014 bei der AUVA 1,387 Mrd. EUR, bei der PVA 32,039 Mrd. EUR),
- die große Vielfalt und Komplexität der Aufgaben (komplexe EDV-Projekte, Betrieb von Krankenanstalten, Entscheidungen über Veranlagung und Immobilien etc.),

¹⁹ Beispielsweise beschloss der Vorstand bei der PVA monatlich durchschnittlich rund zehn bis 20 Personalentscheidungen und mehrere Beschaffungsvorgänge.

- die fehlenden strategischen Vorgaben bzw. Controllingvorgaben des Vorstands (siehe **TZ 3**) bei gleichzeitig operativer Aufgabenwahrnehmung durch den Vorstand,
- die geringe Frequenz der Sitzungen und die große Anzahl der Mitglieder des Vorstands.

So entstand nach Ansicht des RH das Risiko,

- dass die Sozialversicherungsträger strategische Controlling– und Steuerungsaufgaben (z.B. Vergabecontrolling, Bedarfsplanung, verbindliche Prozesse für Stellenbesetzungen) nicht ausreichend wahrnahmen;
- dass die Sozialversicherungsträger operative Entscheidungen ohne ausreichende Befassung im Detail trafen.

Der RH empfahl daher der AUVA, der BVA und der PVA, eine klare Regelung zu strategischen Managementaufgaben (z.B. Beschaffungsziele und Controlling, Richtlinien zum Vorgehen in Personalprozessen) zu schaffen.

(2) Der RH hielt fest, dass sich die Kontrollfunktion der Innenrevision als Organ des Büros nicht auf die Selbstverwaltung erstreckte. Wie unter **TZ 6** ff. dargestellt, war jedoch die Kontrollversammlung nur bedingt in der Lage, operative analytische Kontrollschritte in einem dem Detailgrad der Vorstandsbeschlüsse angemessenen Ausmaß zu setzen. Nach Besetzung, Ressourcenausstattung und Selbstverständnis nahm sie eher strategische Kontrollfunktionen wahr. Der RH kritisierte, dass dadurch eine Kontrolllücke bei operativen Entscheidungen durch den Vorstand entstand.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, die Entscheidung operativer Fragen geeigneten Kontrollvorgängen zu unterwerfen, z.B. der Zuständigkeit der Innenrevision, die eine entsprechende operative Kontrolle sicherstellen können.²⁰

Der Vorstand sollte nur jene operativen Fragen selbst entscheiden, die er auch vollständig beurteilen kann; außerhalb dieses Spektrums stellte ein Beschluss des Vorstands nur eine Kenntnisnahme der Arbeit des Büros dar. Dies konnte zwar Transparenz und Breite der Diskussion sicherstellen, aber nicht die Einhaltung der notwendigen operativen Vorkehrungen (z.B. Einhaltung Vergabevorschriften, Sachlichkeit der Spezifikationen etc.).

²⁰ Bei der AUVA war ein Verwaltungsrat – in Form eines Ausschusses zum Vorstand – eingerichtet.

5.3

(1) Das BMASK wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass der Gesetzgeber die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung als Selbstverwaltungskörper eingerichtet hatte und dies gewisse Entscheidungsabläufe und Entsendemodalitäten bedinge. Selbstverständlich seien laufend die konkrete Sinnhaftigkeit und Effizienz einzelner Delegationsvorschriften des Vorstands zu evaluieren und allfällige Schwachpunkte aufzugreifen. Dem Vorstand komme aber – unabhängig von einer Delegation – die prinzipielle Zuständigkeit für die gesamte Geschäftsführung und die Verantwortung für diese zu. Die Kontrollversammlung sei für die Prüfung der gesamten Gebarung des jeweiligen Trägers zuständig (§ 436 ASVG). Die Generalversammlung habe über die grundlegenden finanziellen Rahmenbedingungen (Beschluss über den Voranschlag und Rechnungsabschluss) zu entscheiden, ihr komme die Entlastung des Vorstands sowie das Satzungsrecht zu (§ 433 ASVG).

Aufgrund der gesetzlich vorgegebenen Organisationsstruktur könne etwa die Innenrevision als Teil des Büros Akte der Selbstverwaltung nicht überprüfen, hiezu sei die Kontrollversammlung berufen. Inwieweit die Innenrevision unterstützend für die Prüfungen der Kontrollversammlung eingesetzt werden könne, sei zu prüfen und obliege der Entscheidung der zuständigen Selbstverwaltung.

(2) Das BMGF stimmte in seiner Stellungnahme dem RH zu, dass die Delegation von Aufgaben durch den Vorstand an Ausschüsse und das Büro in mancher Hinsicht verbesserungswürdig sei. Auch sollten die Erarbeitung und Beschlussfassung strategischer Zielsetzungen forciert werden, wozu es bereits einzelne Vorgaben gebe (insbesondere Balanced Scorecard, Investitionsplan bzw. Jahresvoranschlag).

Allerdings liege die Gesamtverantwortung bei der durch den Entsendevorgang demokratisch legitimierten Selbstverwaltung. Daraus folge, dass dieser grundsätzlich die Entscheidung freistehe, in welchem Ausmaß sie die Geschäftsführungsaufgaben delegiere bzw. inwieweit sie dabei inhaltliche Vorgaben mache. Wenn sich daher ein Vorstand eines Sozialversicherungsträgers die Entscheidung über jede Einstellung von Personal oder Vertragsabschlüsse vorbehalte, so sei dies zur Kenntnis zu nehmen. Zudem sei die Verantwortung des Vorstands auch bei delegierten Aufgaben gegeben und werde auch von Vorständen einer Aktiengesellschaft keine vollständige Detailkenntnis zu den von ihnen zu verantwortenden Angelegenheiten erwartet.

(3) Die AUVA verwies in ihrer Stellungnahme hinsichtlich der Empfehlung, dass der Vorstand nur jene operativen Fragen selbst entscheiden solle, die er auch vollständig beurteilen kann, auf § 434 ASVG und den darauf beruhenden Anhang zur Geschäftsordnung des Vorstands.

Die Innenrevision sei als Instrument der Generaldirektion in ihrer Prüfkompetenz auf das Büro und seine Aufgabenstellung beschränkt, während die Kontrollversammlung die Geschäftsführung, also den Vorstand zu kontrollieren habe. Würde die Kontrollversammlung Themen, die die Innenrevision geprüft habe, automatisch nicht mehr prüfen, könnte sich das Büro einer Prüfung durch die Kontrollversammlung entziehen.

(4) Laut Stellungnahme der BVA würde ein durchgehendes Zielsteuerungssystem zu erheblichen Kosten führen, weshalb sie es bislang nicht umgesetzt habe. Allerdings bestünden verbindliche Regelungen in der BVA (diverse Dienstverfügungen, Handbücher etc.). Ihre Einhaltung stellten die Innenrevision und die Kontrollversammlung sicher.

Die BVA nehme die Empfehlung zur Sicherstellung geeigneter Kontrollen mit dem Hinweis, dass die Kontrolle der Entscheidungen der Selbstverwaltungsgremien durch Kontrollversammlung und Organe der Aufsicht gesetzlich festgelegt sei, zur Kenntnis.

(5) Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, der RH verkenne das im Bereich der sozialen Selbstverwaltung gesetzlich vorgegebene Vorstandsmodell. Der Vorwurf der nicht sachgerechten Aufgabenverteilung zwischen Vorstand und Büro sei nicht nachvollziehbar. Gerade durch die nur in einzelnen Fällen übertragene Zuständigkeit an andere Organe könne sich der Vorstand das für die Gesamtstrategie der Geschäftsführung nötige Handlungspouvoir vorbehalten. Dies verhindere nicht, in Zukunft entsprechende tiefergehende strategische Leitlinien zu beschließen, doch bedürfe es diesbezüglich entsprechender Vorgaben des Hauptverbands oder Gesetzgebers. Die Anzahl der Mitglieder sei durch das Gesetz vorgegeben, die Sitzungsfrequenz (eine Sitzung im Monat) erscheine auch im Hinblick auf den hohen Gesamtaufwand und die Vielfalt und Komplexität der Aufgaben angemessen. Strategische Vorgaben würden immer wieder erstellt (z.B. die Umgestaltung der Vergabe von Gesundheitsdienstleistungen).

Nach den verfassungsrechtlichen Vorgaben der sozialen Selbstverwaltung hätten neben den extern prüfenden Institutionen (wie dem RH) intern nur die Kontrollversammlung bzw. deren Prüfkomitee die Möglichkeit zur direkten Kontrolle von Selbstverwaltungskörpern. Die Kontrollversammlung könne die Innenrevision dabei sinnvoll einbinden. Eine Ausweitung der Kompetenzen der Innenrevision bedürfe aus Sicht der PVA einer (verfassungs-)gesetzlichen Vorgabe. Eine indirekte Kontrolle der Selbstverwaltung durch die Innenrevision erfolge ohnehin, soweit die Gremien mit Berichten der Innenrevision befasst würden.

5.4

(1) Der RH hielt gegenüber dem BMGF und der PVA fest, dass es im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Grundlagen Aufgabe des Vorstands war, festzulegen, welche Entscheidungen er selbst traf, welche er unter strategischen Vorgaben bzw. Berichtspflichten delegierte oder welche er ohne Vorgaben dem Büro überließ. Dementsprechend hatte er auch Sitzungsfrequenz bzw. Vorbereitungsarbeiten sinnvoll festzulegen. Die Ausgestaltung der Delegationsvorschriften war somit nicht einfach zur Kenntnis zu nehmen, sie stellte vielmehr einen Akt der Gebarung dar, der nach den Anforderungen der Zweckmäßigkeit zu gestalten war.

Wenn der Vorstand es inhaltlich für nötig hielt, Einzelentscheidungen (Personalbesetzungen auch auf unteren Ebenen, Vertragsabschlüsse bei einzelnen Beschaffungen) zu treffen, wäre er nach Ansicht des RH verpflichtet, sich einen vollständigen Überblick über den einzelnen Geschäftsfall zu verschaffen und für die dabei getroffenen Entscheidungen der Transaktion auch die volle Verantwortung zu übernehmen (z.B. die Bewerberauswahl, die Definition der technischen Spezifikationen, die Auswahl des Vergabeverfahrens etc.). Dafür wäre angesichts der Vielfalt und Komplexität der Entscheidungen (Geschäftsfälle) eine wesentlich höhere Sitzungsfrequenz erforderlich. Das bloße Bestätigen von Entscheidungen – ohne den vollständigen Überblick über den jeweiligen Geschäftsfall – wäre weder eine sachgerechte Vorgehensweise noch ein strategisches Handlungspouvoir für eine Gesamtstrategie.

(2) Gegenüber dem BMGF bezweifelte der RH, dass der Vorstand eines privaten Unternehmens in der Größenordnung der PVA (Umsatz von über 30 Mrd. EUR) nur einmal monatlich mit der Geschäftsführung befasst wird. Auch war die Verantwortung des Vorstands keine Garantie für einen tatsächlichen Schadensausgleich, weil z.B. Probleme bei der Durchsetzung von Haftungen dem entgegenstehen. Der RH verwies dazu auf seinen Bericht „Vermögensmanagement ausgewählter Kranken- und Unfallversicherungsträger“ (Reihe Bund 2014/15, TZ 40): Hier war die Geltendmachung von Ersatzansprüchen bei Verlusten aus Wertpapiergeschäften unterblieben, weil Rechtswidrigkeit und Verschulden nicht „in hinreichender Intensität evident“ gewesen waren. Nach Ansicht des RH war daher eine Vermeidung unsachgerechter Entscheidungen einer Regelung der Schadenstragung vorzuziehen.

Dem Argument des BMGF, wonach z.B. Jahresvoranschläge Vorgaben für strategische Ziele darstellten, entgegnete der RH, dass das Budget bzw. die jährliche Investitionsplanung nicht ausreichten, da diese gerade Compliance-relevante Fragen – wie Vergabe- oder Personalbesetzungsprozesse – nicht umfassten. Entsprechende zu definierende Vorgaben wären durch Controlling-Prozesse zu ergänzen (z.B. Berichte, welche Vergabeanteile durch Direktvergaben erledigt werden, wie oft es nur eine Bewerberin bzw. einen Bewerber gibt etc.). Wie der RH ausführlich darstellte (TZ 21 ff.), fehlten derartige Berichtsprozesse weitgehend.

(3) Ähnliches galt in der Folge für die von BMASK, BMGF, AUVA, BVA und PVA vorgebrachten Argumente zu den Kontrollprozessen: Behielt sich der Vorstand die Entscheidung im Einzelfall vor, musste auch die Kontrollversammlung ihre Kontrollaufgabe entsprechend operativ wahrnehmen. Konnte sie dies (z.B. aus Ressourcengründen) nicht, konnte sie sich gegebenenfalls mit der (hauptberuflichen, spezialisierten) Innenrevision abstimmen. Dem stand jedoch entgegen, dass die Innenrevision (wie unter **TZ 9** beschrieben) lediglich über den Umweg der Generaldirektion berichten sollte und auch von dieser Aufträge erhielt. Soweit also die Innenrevision als ungeeignet gesehen wird, Entscheidungen des Vorstands zu kontrollieren, führte an der operativen Verantwortung der Kontrollversammlung kein Weg vorbei.

Gegenüber der AUVA hielt der RH fest, dass seine Empfehlung keinen Umkehrschluss implizierte, wonach die Kontrollversammlung nicht prüfen konnte, wenn die Innenrevision bereits Prüfschritte gesetzt hatte.

Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung. Die Verwirklichung der in den Stellungnahmen angeführten Vorteile der Selbstverwaltung (Demokratisierung der Verwaltung, Solidarisierung der Entscheidungen) setzte wesentlich auch deren sachgerechten Einsatz voraus, insbesondere sachliche Begründung der Entscheidungen, Nachvollziehbarkeit der Entscheidung und klare Zuordenbarkeit von Verantwortung. Der RH stellte ausdrücklich klar, dass er mit seinen Empfehlungen keine Einschränkung der Selbstverwaltung, sondern ihre sachgerechte Umsetzung anstrebte.

Kontrollarchitektur (Kontrollversammlung und Innenrevision)

Kontrollversammlung

6.1 (1) Bei den Sozialversicherungsträgern war gemäß § 419 ASVG (bzw. § 130 B-KUVG) eine Kontrollversammlung einzurichten. Als Prüforgang war sie gemäß § 436 ASVG (bzw. § 147 B-KUVG) u.a. dazu berufen, die gesamte Gebarung des Versicherungsträgers ständig zu überwachen und den Rechnungsabschluss zu überprüfen.²¹

Als Ergebnis ihrer Prüftätigkeit stellte die Kontrollversammlung in der Generalversammlung gegebenenfalls den Antrag auf Entlastung des Vorstands. Eine gesetzliche Regelung, auf welcher Basis – z.B. Testierung des IKS, Bestätigung des Funktionierens eines Compliance Management Systems, Mindestabdeckung eines bestimmten Volumens durch die Prüftätigkeit – der Antrag der Kontrollversammlung auf Entlastung des Vorstands zu erfolgen hatte, gab es nicht. Auch die Kontroll-

²¹ Der Vorstand und die Generaldirektion waren verpflichtet, die Kontrollversammlung in ihrer Tätigkeit mit Belegen und Auskünften zu unterstützen. Die Kontrollversammlung war auch berechtigt, an den Sitzungen des Vorstands und der Generalversammlung beratend teilzunehmen.

versammlungen selbst hatten dazu in ihren Geschäftsordnungen keine Festlegung getroffen.

(2) In allen Jahren des überprüften Zeitraums beantragten die Kontrollversammlungen der AUVA, der BVA und der PVA nach einem Bericht über ihre Prüftätigkeit in der Generalversammlung die Entlastung des Vorstands. Die Generalversammlung beschloss jeweils die Entlastung.

6.2

Der RH kritisierte, dass es unklar war, auf welcher Basis die Kontrollversammlung den Antrag auf Entlastung des Vorstands konkret entschied. Der RH wies insbesondere kritisch darauf hin, dass nicht klar geregelt war, dass sich die Kontrollversammlung vor einer Antragstellung zur Entlastung des Vorstands von der Funktionsfähigkeit und Angemessenheit des IKS zu überzeugen hatte.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, klare Regeln festzulegen, unter welchen Voraussetzungen eine Entlastung des Vorstands erfolgen sollte; die Funktionsfähigkeit und Angemessenheit des IKS, die Einschätzung der bestehenden Risiken, dagegen getroffener Maßnahmen und eine Evaluierung ihrer Wirksamkeit wären jedenfalls zu berücksichtigen. Er empfahl dem BMASK, dem BMGF und dem BMF, im Rahmen ihrer Aufsichtstätigkeit darauf hinzuwirken.

6.3

(1) Das BMF wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass ein Änderungsbedarf primär durch die zuständigen Fachressorts BMASK und BMGF zu beurteilen sei. Dessen ungeachtet seien die Aufsichtsorgane des BMF dahingehend zu sensibilisieren, dass die Sozialversicherungsträger der Empfehlung des RH in Zukunft Rechnung tragen.

(2) Laut Stellungnahme des BMASK komme der Kontrollversammlung die Prüfung der gesamten Gebarung des Versicherungsträgers zu. Sie habe diese „ständig zu überwachen“. Auf Basis dieser Prüftätigkeit, bei deren Ausgestaltung die Kontrollversammlung einen gewissen Spielraum inne habe, sei dann die konkrete Entscheidung über die Antragstellung auf Entlastung des Vorstands zu treffen. Die vom RH angesprochenen Punkte (Vorhandensein und Funktionsfähigkeit) eines IKS seien nur als ein Teilbereich der Gebarung anzusehen.

(3) Das BMGF führte in seiner Stellungnahme aus, dass die der Kontrollversammlung obliegende Kontrolle der „gesamten Gebarung“ nicht nur die ausdrücklich genannte „Buch- und Kassenführung“ sowie den Rechnungsabschluss umfasse. Die Kontrollversammlung habe sich auch mit der Einhaltung der Grundsätze von Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu befassen. Dazu habe sie einen gewissen gesetzlichen Spielraum, den die einzelnen Sozialversicherungsträger unterschiedlich ausfüllten, wie der RH in **TZ 7** und **TZ 8** feststellte.

Als Ergebnis ihrer Überwachungstätigkeit habe die Kontrollversammlung sodann jährlich eine Entscheidung über die Antragstellung auf Entlastung des Vorstands zu treffen, die – analog zur Entlastung des Vorstands bei Aktiengesellschaften – die Überzeugung des Prüfungsgremiums zum Ausdruck bringe, dass die Geschäftsführung ordnungsgemäß erfolgt sei und keine haftungsbegründenden Pflichtverletzungen vorliegen. Ansonsten hätte die Kontrollversammlung einen Antrag gemäß § 436 Abs. 6 ASVG zur Verfolgung von Ansprüchen gegen Mitglieder des Vorstands an die Generalversammlung zu stellen. Auch Aktiengesetz und GmbH-Gesetz normierten keine Kriterien oder Voraussetzungen für die Entlastung. Die Rechtslehre stelle die Rechtswirkung der Entlastung dort ebenfalls in einen Zusammenhang mit der Geltendmachung von Ersatzansprüchen bzw. deren allfälliger Präklusion.

(4) Gemäß Stellungnahme der AUVA sei die Kontrollversammlung verpflichtet, sich selbst eine Geschäftsordnung zu geben (vgl. § 456a ASVG). Daraus lasse sich ableiten, dass es Sache des jeweiligen Verwaltungskörpers sei, welche Inhalte – abgesehen von den Regelungen über die Verhandlungsleitung, Berichterstattung, Antragsrechte und Protokollführung – zusätzlich in die Geschäftsordnung aufgenommen würden.

(5) Laut Stellungnahme der BVA finde eine laufende Überprüfung der Gebarung durch die Kontrollversammlung statt. Die BVA habe ein IKS sowie ein Risikomanagementsystem eingeführt.

(6) Die PVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, es habe nicht zuletzt auch die Kontrollversammlung auf eine Verstärkung der Innenrevision hingewirkt. Diese sei personell aufgewertet und spezifisch geschult worden, sodass sie nunmehr wieder verstärkt Prüfungen durchführen könne. Hinsichtlich der Voraussetzungen zur Entlastung des Vorstands sei es im Sinne einer einheitlichen Vollziehung wünschenswert, wenn diese nicht jeder einzelne Sozialversicherungsträger, sondern der Gesetzgeber einheitlich für alle Sozialversicherungsträger normiere.

6.4

Der RH wiederholte gegenüber dem BMASK, dem BMGF und den überprüften Sozialversicherungsträgern, dass derzeit keine klaren Regelungen (weder im Gesetz noch in Festlegungen der Sozialversicherungsträger selbst) vorlagen, welche Prüfurteile der Kontrollversammlung erforderlich waren, um eine Entlastung des Vorstands zu beantragen. Dementsprechend war auch unklar, welche Prüfschritte zur Erlangung eines Prüfurteils erforderlich waren. Die Ausführung der BVA, es finde eine laufende Überprüfung der Gebarung statt, brachte diesbezüglich keine Klarstellung. Analog zu den Regelungen bei börsennotierten Unternehmen käme eine Aussage über die Funktionsfähigkeit der Kontrollsysteme und über die Richtigkeit des Rechnungsabschlusses dafür in Frage. Voraussetzung für eine solche Aussage

wäre eine Beurteilung der Risiken, die schlüssige Ableitung der Maßnahmen und eine Evaluierung ihrer Funktionsfähigkeit.

Der RH hob gegenüber der AUVA hervor, dass die Befugnis zur Erstellung einer Geschäftsordnung deren Inhalte nicht einer Überprüfung nach dem Maßstab der Zweckmäßigkeit entzog. Gegenüber der PVA hob der RH hervor, dass ohne gesetzliche Vorgaben die Konkretisierung der Prüfungshandlungen der Kontrollversammlung den einzelnen Sozialversicherungsträgern oblag. Der RH hielt hierzu eine Koordinierung bzw. einen Erfahrungsaustausch zwischen den Sozialversicherungsträgern bzw. Kontrollversammlungen für zweckmäßig.

7.1

(1) Für die Kontrollversammlungen der AUVA, der BVA und der PVA gab es jeweils eine Geschäftsordnung. Diese regelte hauptsächlich organisatorische Belange. Regelungen zur Prüftätigkeit (Details einer risikoorientierten Prüfungsauswahl, Prüfmethodik und Prüfungsumfang – bspw. analytische Prüfhandlungen oder systematische Belegkontrolle – etc.) fehlten.

Die Vorsitzenden der Kontrollversammlungen beschrieben dem RH gegenüber den Prüfungsablauf wie folgt: Die Prüferinnen und Prüfer übermittelten den geprüften Einrichtungen vorab einen Fragebogen und führten dann eine in der Regel eintägige Einschau vor Ort durch. Anschließend erstellten sie einen Kurzbericht und legten ihn der Generaldirektion vor. Ressourcen für eine tatsächliche systematische Belegkontrolle oder analytische Prüfhandlungen (etwa Datenbankprüfungen) gab es nur in Ausnahmefällen bei Klausuren anlässlich der Erstellung der Jahresabschlüsse.

(2) Die PVA beauftragte in einem Fall auf Anregung der Kontrollversammlung anlässlich von Vorwürfen gegen die Stellvertreterin des Generaldirektors eine externe Prüfeinrichtung. Diese legte nach einer intensiven Prüfung von elektronischen Aufzeichnungen verbunden mit einer Belegeinsicht einen umfassenden Bericht vor.

Die Kontrollversammlungen konnten selbst keine Aufträge für derartige Prüfungen erteilen, da sie keine Vertretungsbefugnis nach außen hatten. Die Kontrollversammlung der PVA musste daher den Vorstand – bzw. aufgrund bestehender Delegationsregeln das Büro – bitten, den externen Prüfauftrag zu vergeben.

(3) Auf Nachfrage des RH legte die AUVA eine Liste mit Einschauen und Sitzungsterminen vor. Demnach fielen jeweils zwischen sechs und elf Einschauen je Jahr an.

Die BVA legte eine Liste mit zwischen 16 und 18 Prüfungen pro Jahr vor. Die Kontrollversammlung der BVA führte von 2012 bis 2014 jährlich Prüfungen in den neun Landes–/Außenstellen sowie den vier Rehabilitations–/Therapiezentren mit unterschiedlichen Schwerpunkten durch.

Die Kontrollversammlung der PVA bildete aus ihrer Mitte ein Prüfkomitee, das Arbeitsbesuche bei Landesstellen, bei Eigenen Einrichtungen und bei Vertragspartner-einrichtungen machte sowie bei der Hauptstelle thematische Prüfungen durchführte. Laut PVA fänden jährlich rd. 20 Sitzungstermine mit Bezug zu Arbeitsbesuchen an verschiedenen Standorten bzw. mit Behandlung bestimmter Themen statt.

7.2

Der RH kritisierte, dass das Vorgehen der Kontrollversammlungen nur eine eingeschränkte Prüftiefe und eine nur teilweise Abdeckung der relevanten Bereiche ermöglichte; eine risikoorientierte Prüfauswahl war nicht sichergestellt. Dies beeinträchtigte die Aussagekraft der Entlastung des Vorstands.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, eine der Bedeutung der Entlastung des Vorstands entsprechende Abdeckung und Prüftiefe der Prüfungen der Kontrollversammlung sicherzustellen. Die erforderliche Abdeckung wäre auf Basis einer systematischen, risikoorientierten Prüfungsplanung sicherzustellen. Je nach Einschätzung der Risiken hielt der RH weiters konkrete analytische Prüfhandlungen – wie bspw. eine systematische Belegeinsicht oder Datenauswertung – für erforderlich. Soweit dafür externe Expertinnen und Experten erforderlich waren, wäre die entsprechende Leistungsinanspruchnahme durch die Kontrollversammlung sicherzustellen.

7.3

(1) Laut Stellungnahme der AUVA sei es eine Verpflichtung der Kontrollversammlung, sich selbst eine Geschäftsordnung zu geben und deren Inhalte festzulegen. Dies entspreche dem Wesen der Selbstverwaltung.

(2) Die PVA beschrieb in ihrer Stellungnahme die Auswahl der Prüfungsthemen und den Prüfungsablauf. Sie beurteilte ihre Themenauswahl als risikoorientiert. Den vom RH dargestellten Prüfungsablauf könne sie nicht nachvollziehen. Ablauf und Tiefe der Prüfungen der Kontrollversammlung der PVA stünden nicht von vornherein fest, sondern würden auch von den laufenden Ergebnissen der Prüfungen beeinflusst. Wenn Prüfergebnisse auf höhere Risiken hinwiesen, würden die Prüfungen auch vertieft und gegebenenfalls ausgeweitet. So habe die PVA nach Vorwürfen gegen die ehemalige Stellvertreterin des Generaldirektors aufgrund des Zeitdrucks und des benötigten forensischen Know–hows eine externe Prüfung beauftragt.

7.4

(1) Der RH wiederholte gegenüber der AUVA, dass die Befugnis der Kontrollversammlung, sich selbst eine Geschäftsordnung zu geben, diese nicht vom Erfordernis einer zweckmäßigen Verwaltung ausnahm.

(2) Der PVA entgegnete der RH, dass sie dem RH keine Einschätzung der bestehenden Risiken vorgelegt hatte. Er konnte daher auch keine risikoorientierte Prüfungsplanung erkennen. Zum Ablauf der Prüfungen wies der RH zunächst erneut darauf hin, dass für die Mitwirkung externer Prüferinnen und Prüfer die Beauftragung durch die überprüften Organe selbst erforderlich war. Der RH begrüßte die im Zusammenhang mit der Entlassung der Stellvertreterin des Generaldirektors im Anlassfall vorgenommene Vertiefung der Prüfungshandlungen. Er wiederholte aber, dass aufgrund des geringen Ressourceneinsatzes nach Auffassung des RH konkrete, systematische und analytische Prüfungshandlungen nur sehr eingeschränkt möglich waren (siehe **TZ 8**: vier Arbeitstage je Mitglied). Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

8.1

(1) Die Verwaltungskörper eines Sozialversicherungsträgers waren gemäß § 419 ASVG (bzw. § 130 B-KUVG) jeweils mit Vertreterinnen und Vertretern der Dienstnehmer- und Dienstgeberseite zu besetzen; im Vorstand bzw. in der Kontrollversammlung verfügten wechselseitig jeweils die Dienstnehmer- bzw. die Dienstgebervertreterinnen und -vertreter über die Mehrheit.

(2) Für die Mitglieder der Kontrollversammlung in der Sozialversicherung gab es keine Vorschriften hinsichtlich ihrer Mindestqualifikation. Im Aufsichtsrat einer – vom Kontrollvolumen vergleichbaren – großen Aktiengesellschaft musste gemäß § 92 Aktiengesetz²² ein Mitglied des Prüfungsausschusses Finanzexperte sein. Für Versicherungen im privaten Bereich galten noch zusätzliche Qualifikationsvorgaben.

Bereits in seinem Bericht „Vermögensmanagement ausgewählter Kranken- und Unfallversicherungsträger“²³ hatte der RH Defizite im Bereich Mitarbeiterqualifikation festgestellt und Anforderungsprofile sowie gegebenenfalls Weiterbildungsmaßnahmen empfohlen.

(3) Hinsichtlich des Umfangs der Tätigkeit der Kontrollversammlung gaben die überprüften Sozialversicherungsträger folgende Selbsteinschätzung ab:

²² BGBl. Nr. 98/1965 i.d.g.F.

²³ Reihe Bund 2014/15, TZ 34

Tabelle 1: Zusammensetzung und Tätigkeit der Kontrollversammlungen

	AUVA	BVA	PVA
	Anzahl		
Mitglieder der Kontrollversammlung	6	12	12
Personentage	90 (Prüfumfang)	270 Tage gesamt, davon rd. 102 für Prüfungen	50 (für Sitzungen)
Tage pro Mitglied	> 15	22,5	> 4
	in Mrd. EUR		
Gesamtaufwand des Sozialversicherungsträgers 2014	1,387	1,723	32,039

Quellen: AUVA; BVA; PVA; RH

Bei einem Gesamtaufwand im Jahr 2014 zwischen 1,387 Mrd. EUR (AUVA) und 32,039 Mrd. EUR (PVA) lag der Ressourceneinsatz der Mitglieder der Kontrollversammlung im Schnitt der überprüften drei Jahre zwischen vier Tagen (PVA) und 22,5 Tagen (BVA) je Mitglied und Jahr.²⁴

8.2

(1) Der RH wies darauf hin, dass zwar eine wechselseitige Kontrolle zwischen Dienstnehmer- und Dienstgebervertreterinnen und -vertretern innerhalb der Verwaltungskörper der Sozialversicherungsträger bestand. Allerdings wurde die Kontrollversammlung von denselben Interessenvertretungen besetzt wie der Vorstand. Der RH sah in der Inanspruchnahme von externen, nicht von den Interessenvertretungen bestellten Mitgliedern eine Möglichkeit, den Anschein von Befangenheit in Hinblick auf Intensität und Glaubwürdigkeit der Kontrolle zu vermeiden.

(2) Der RH wies kritisch darauf hin, dass bei den überprüften Sozialversicherungsträgern – im Unterschied zu den Vorgaben im Aktiengesetz – keine Mindestqualifikation für die Mitglieder der Kontrollversammlung vorgesehen war.

(3) Der RH wies weiters kritisch darauf hin, dass ein Mitglied der Kontrollversammlung nach eigenen Angaben der Sozialversicherungsträger im Durchschnitt nur zwischen vier Tagen und 22,5 Tagen im Jahr für seine Tätigkeit verwendete. Angesichts der Komplexität und des Gebarungsvolumens der Sozialversicherungsträger stellte die Erreichung eines angemessenen Prüfumfanges und einer angemessenen Prüftiefe mit diesem Ressourceneinsatz ohne externe Unterstützung eine große Herausforderung dar.

²⁴ Unterstützende Arbeit durch Dritte (z.B. Wirtschaftsprüfer) erfolgte nur in Ausnahmefällen.

Der RH empfahl dem BMASK, dem BMGF, dem Hauptverband, der AUVA, der BVA und der PVA, Vorkehrungen für die Unabhängigkeit der Mitglieder der Kontrollversammlungen zu treffen, ihre Mindestqualifikation sicherzustellen und dafür zu sorgen, dass Aufgabenwahrnehmung und Ressourceneinsatz in einem angemessenen Verhältnis stehen.

8.3

(1) Das BMASK, das BMGF, die AUVA und die PVA wiesen in ihren Stellungnahmen zunächst auf § 421 ASVG hin. Demnach hätten die entsendeberechtigten Stellen (d.h. Interessenvertretungen der Bediensteten und Dienstgeber) u.a. auf die fachliche Eignung der Versicherungsvertreterinnen und –vertreter zu achten. Die Verwaltungskörpermitglieder wären zur unparteiischen Ausübung ihres Amtes verpflichtet. Zu bedenken sei, ob die Umsetzung der Empfehlungen des RH nicht mit einem unzulässigen Eingriff in die Selbstverwaltung verbunden sei.

(2) Das BMASK vermisste weiters in seiner Stellungnahme einen konkreten Vorschlag, wie eine weitergehende Unabhängigkeit der Mitglieder der Kontrollversammlung im Einklang mit diesem Prinzip hergestellt werden könne. Der konkrete Ressourceneinsatz bleibe letztlich eine Frage, die das zuständige Organ der Selbstverwaltung selbst zu entscheiden habe.

(3) Das BMGF bestätigte in seiner Stellungnahme, dass das Gesetz keine Regelungen betreffend Unabhängigkeit oder Mindestqualifikationen für Versicherungsvertreterinnen und –vertreter der Kontrollversammlung festlege. Das BMGF würde sich einer Diskussion über eine gesetzliche Regelung darüber nicht verschließen, die vom federführenden BMASK einzuleiten wäre. Ziel müsse eine sinnvolle Verbesserung der Kontrolle sein. Eine Abkehr vom System der Selbstverwaltung sei allerdings nicht vorstellbar; eine Entsendung weiterer Personen der Aufsichtsbehörden in die Kontrollversammlung sei nicht zweckmäßig.

(4) Der Hauptverband hob in seiner Stellungnahme hervor, dass weder er noch die einzelnen Sozialversicherungsträger Einfluss auf die entsendeberechtigten Stellen hätten und daher auch keine Vorkehrungen im Zusammenhang mit der Entsendung treffen könnten. Die auf die Wahlen in die Vertretungskörper der entsendeberechtigten Stellen gegründete demokratische Legitimation der Versicherungsvertreterinnen und –vertreter sei eine wesentliche Grundlage des Gesamtsystems. Der Hauptverband habe zwar nach § 31 Abs. 4 Z 5 lit. b ASVG die Aufgabe, für die fachliche Information der Versicherungsvertreterinnen und –vertreter vorzusorgen, er praktiziere dies aber – vor dem oben geschilderten Hintergrund – nicht aktiv, sondern nur auf Anforderung der jeweiligen Stellen. Einschlägige, meist informelle Informationsveranstaltungen bzw. Besprechungen gebe es durchaus.

(5) Laut Stellungnahme der PVA bewirkten die Regelungen über die Verwaltungskörper eine versichertennahe und sachkundige Verwaltung für die betroffenen Personengruppen, stärkten das Solidaritätsbewusstsein und demokratisierten die Verwaltung. Gleichzeitig stellte die Aufsicht des Bundes die Wahrung der Interessen all jener Menschen sicher, die mit ihren allgemeinen Abgaben indirekt ebenfalls Mittel zur Sozialversicherung beitragen.

In der PVA seien die erforderlichen Mindestqualifikationen zu jeder Zeit erfüllt, die Mitglieder des Prüfungsausschusses hätten Qualifikationen in der Betriebsführung, in der Leistung von Interessenvertretungen, als Betriebsrat, sowie fachlich in den Bereichen Sozialrecht, Finanzpolitik bzw. Banken- und Versicherungswesen, Gesundheitswesen etc. Es sei nicht klar, welche weiteren Anforderungen der RH anspreche, eine Regelung analog zum Aktienrecht (wonach ein Mitglied des Prüfungsausschusses Finanzexperte sein müsse) sei mangels Inanspruchnahme des Kapitalmarkts durch die PVA nicht relevant.

Der PVA erschien es auch nicht gerechtfertigt, den Umfang der Prüftätigkeit vom Gesamtaufwand des Versicherungsträgers abhängig zu machen. Zwar verwalte die PVA eines der höchsten Budgets in Österreich, jedoch bestünden die Aufwendungen überwiegend aus laufenden Versicherungsleistungen. Diese seien gesetzlich genau geregelt und würden der Überprüfung durch die Sozialgerichte unterliegen.

Der derzeitige Ressourceneinsatz entspreche den Intentionen des ASVG. Er sei wahrscheinlich höher als vom RH dargestellt, da der RH zwar die Sitzungstätigkeit, nicht aber die Vorbereitungszeit bzw. die Erstellung der Protokolle einrechne. Die Funktionen in der Kontrollversammlung würden ehrenamtlich wahrgenommen.

8.4

(1) Der RH hielt gegenüber dem BMASK, dem BMGF, der AUVA und der PVA fest, dass er keinen Eingriff in das Prinzip der Selbstverwaltung darin erkennen konnte, wenn er an die Selbstverwaltungsgremien Empfehlungen zur Ausübung ihrer Funktion – konkret zur Qualifizierung, zu einer etwaigen Erhöhung des Ressourceneinsatzes oder zu Befangenheiten – richtete. Die Umsetzung dieser Empfehlungen würde die demokratische Legitimation der gesetzlich vorgesehenen Stellen nicht reduzieren.

(2) Zur Festlegung von Mindestqualifikationen nahm der RH den Hinweis der überprüften Stellen auf, wonach ein entsprechender Auftrag zur Beachtung einer fachlichen Eignung gesetzlich in § 421 ASVG vorgesehen war; ebenso den Hinweis des Hauptverbands, dass das ASVG für den Hauptverband ausdrücklich eine gesetzliche Aufgabe zur Vorsorge für die fachliche Information der Versicherungsvertreterinnen und –vertreter enthielt. Der RH wiederholte in diesem Zusammenhang seine Kritik, dass die im Gesetz genannte fachliche Eignung bzw. der Auftrag zur fachlichen Information der Versiche-

rungsvertreterinnen und –vertreter nicht näher konkretisiert war und somit weitgehend ohne praktische Bedeutung blieb. Er hielt es – auch im Rahmen einer demokratischen Besetzung von Gremien – für wesentlich, dass die fachlichen Anforderungen für eine Funktion klar waren und entsprechend berücksichtigt wurden. Dies galt insbesondere dann, wenn die Gremien operative Entscheidungen trafen, z.B. zu Liegenschaftstransaktionen, Vermögensverwaltung oder Vergaben (siehe [TZ 4 ff.](#)). Nur dann könnten die von der PVA genannte fachkundige Verwaltung und Solidarisierung erfolgreich umgesetzt werden. Zum Hinweis der PVA, sie sei nicht am Kapitalmarkt tätig, wies der RH darauf hin, dass die PVA Zahlungen im Umfang von über 35 Mrd. EUR über das Bankensystem abwickelte.

(3) Der RH konnte das Argument der PVA nicht nachvollziehen, dass der Umfang der Geschäftstätigkeit keinen Einfluss auf den Umfang der Prüftätigkeit habe, zumal dies in klarem Widerspruch zur grundsätzlichen Logik einer risikoorientierten Prüftätigkeit stand. Er erinnerte daran, dass die von der PVA angesprochene Überprüfung durch Sozialgerichte und damit die Möglichkeit von Rechtsmitteln in Leistungsangelegenheiten wohl nur vor zu niedrigen (nicht aber vor zu hohen) Leistungen schützte und die Ermittlung der korrekten Leistungen (z.B. die Berechnungen für die Kontoerstgutschrift) keineswegs einfach nachvollziehbar war sowie komplexe IT-Lösungen zur Voraussetzung hatte.

(4) Bezüglich seiner Empfehlung zur Verstärkung der Unabhängigkeit wäre es für den RH denkbar, wenn z.B. die Aufsichtsbehörden eine bestimmte Anzahl der Mitglieder der Kontrollversammlung entsendeten, die Mitglieder bestimmter Berufsstände (z.B. Wirtschaftsprüferinnen und Wirtschaftsprüfer oder Expertinnen und Experten in wesentlichen betroffenen Fachbereichen) waren. Dadurch könnten sowohl Unabhängigkeit als auch Expertise hergestellt werden, ohne die demokratische Legitimation der Selbstverwaltung zu gefährden, die durch die jeweiligen Mehrheiten und die Besetzung des Vorstands und der Generalversammlung sichergestellt war.

(5) Der RH hob gegenüber der PVA hervor, dass die Versicherungsvertreterinnen und –vertreter zur sachgerechten Ausübung ihrer Ämter gesetzlich verpflichtet waren. Er sah diese Verpflichtung in der Intention des ASVG als vorrangig gegenüber der Überlegung, dass die geringe Vergütung nur einen geringen Ressourceneinsatz (Ehrenamtlichkeit) bedeuten könne. Der RH verblieb daher bei seinen Empfehlungen.

Innenrevision

9.1

(1) Für Sozialversicherungsträger bestand im Unterschied zum Bund keine ausdrückliche gesetzliche Regelung für Einrichtung, Aufgaben und Arbeitsweise der Innenrevision.²⁵ Allerdings setzte die Dienstordnung der Sozialversicherungsträger das Bestehen einer Innenrevision und ihre Tätigkeit (Prüfung auf sachliche und rechnerische Richtigkeit sowie auf Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit) voraus.²⁶

(2) Gemäß Punkt 1111 der Standards des IIA (Institute of Internal Auditors) musste die Leitung der Internen Revision direkt mit der Geschäftsleitung (Vorstand) und dem Überwachungsorgan (Kontrollversammlung) kommunizieren und zusammenarbeiten.

Die Innenrevisionen der Sozialversicherungsträger waren Stabsstellen der Generaldirektion (siehe auch **TZ 5**). Nach den internen Regelungen hatte die Innenrevision keine Prüfkompetenz für die Selbstverwaltung und konnte demnach Entscheidungen des Vorstands und seiner Ausschüsse nicht prüfen. Ein direktes Kommunikationsrecht mit der Geschäftsleitung oder dem Überwachungsorgan (ohne vorherige Zustimmung der Generaldirektion) war nicht vorgesehen.

(3) Nach Punkt 1000 der Standards des IIA mussten Aufgabenstellung, Befugnisse und Verantwortung der Internen Revision formell in einer von Geschäftsleitung und Überwachungsorgan zu genehmigenden Geschäftsordnung der Internen Revision bestimmt sein. Die Geschäftsordnung der Internen Revision sollte auch die Berichtslinie der Leitung der Internen Revision an Geschäftsleitung und Überwachungsorgan und den Umfang der Revisionstätigkeit bestimmen.

Weder bei der AUVA noch bei der BVA gab es eine Geschäftsordnung der Innenrevision. Die PVA hatte eine Dienstanweisung mit Regelungen zu Funktion, Stellung, Aufgaben und Kompetenzen der Innenrevision sowie einem Grundschema des Prüfablaufs. Diese Dienstanweisung war nicht von Vorstand bzw. Kontrollversammlung beschlossen. Im Vergleich dazu enthielt bspw. die Revisionsordnung der WGKK zusätzlich besondere Regelungen zur Unabhängigkeit, zur Erstellung eines Jahresprüfplans oder zu Anforderungen an ihre Mitglieder.

²⁵ § 7 Abs. 4 Bundesministeriengesetz 1986

²⁶ § 37f Abs. 3 Z 1 lit. i (Leitung) und § 37e Abs. 3 Z 6 lit. g Dienstordnung A für die Angestellten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs 2005 (DO.A 2005)

9.2

(1) Der RH hielt es für zweckmäßig, eine ausdrückliche rechtliche Verpflichtung zur Einrichtung einer Innenrevision auch für Sozialversicherungsträger vorzusehen und Regelungen für deren Ausgestaltung zu treffen.²⁷ Der RH kritisierte, dass die Innenrevision mit der Geschäftsleitung (dem Vorstand) und dem Überwachungsorgan (der Kontrollversammlung) nicht direkt kommunizieren konnte.

Der RH empfahl dem BMASK und dem BMGF, auf eine ausdrückliche gesetzliche Regelung der Einrichtung, Kompetenz, Aufgabenstellung und Unabhängigkeit der Innenrevision in den Sozialversicherungsträgern hinzuwirken.

(2) Der RH beurteilte neuerlich (siehe **TZ 5**) kritisch, dass die Innenrevisionen als Einrichtungen des Büros keine Prüfständigkeit für Entscheidungen der Selbstverwaltung hatten. Im Hinblick auf die operativen Entscheidungen des Vorstands (bzw. auch der Obfrau/des Obmanns) – z.B. Vergaben über einer bestimmten Wertgrenze, Personalbesetzungen, Vertragsabschlüsse – sah der RH darin eine wesentliche Einschränkung der Prüfkompetenz der Innenrevision. Im Hinblick auf die vergleichsweise geringen Ressourcen der Kontrollversammlung lag darin auch inhaltlich eine wesentliche Einschränkung der Prüfungsdichte in der Sozialversicherung.

Der RH empfahl daher der AUVA, der BVA und der PVA, eine ausreichende Überprüfung grundsätzlich aller Entscheidungen inklusive jener der Selbstverwaltung sicherzustellen.

(3) Der RH kritisierte schließlich, dass die interne Organisation, personelle Ausstattung, organisatorische Unabhängigkeit und Prüftätigkeit der Innenrevision weder bei der AUVA noch bei der BVA in einer Revisionsordnung und bei der PVA nur in einer Dienstanweisung festgelegt waren.

Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, Revisionsordnungen zu erlassen und von Vorstand und Kontrollversammlung genehmigen zu lassen.

9.3

(1) Laut Stellungnahme des BMASK obliege die Regelung der konkreten organisatorischen Stellung und Aufgaben der Innenrevision den Organen der Selbstverwaltung und wäre dort zu treffen. Die laufende Prüfung der gesamten Gebarung sei jedenfalls und grundlegend Aufgabe der Kontrollversammlung als dafür gesetzlich eingerichtetem Selbstverwaltungsorgan.

²⁷ siehe auch im Bericht des RH „Interne Revisionen in ausgegliederten Rechtsträgern des Bundes“ (Reihe Bund 2010/1) die Empfehlung in TZ 5

(2) Das BMGF wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass auch für den Bund die Einrichtung einer Innenrevision nicht rechtlich erforderlich sei; eine gesetzliche Regelung über die Stellung und Aufgaben der Innenrevision bei Sozialversicherungsträgern wäre daher überschießend. Derartiges sei innerhalb des Sozialversicherungsträgers anhand der jeweiligen Zweckmäßigkeit festzulegen.

Hinsichtlich der Prüfständigkeit der Innenrevision verwies das BMGF auf die Ausführungen zu **TZ 5**, wonach die Überwachung der Geschäftsführung der Kontrollversammlung obliege, die ihre Prüfmethodik eigenständig festlege. Es sei möglich, rechtskonforme und zweckmäßige Vorgangsweisen zu entwickeln, die der Kontrollversammlung die Expertise der Innenrevision nutzbar machen könnte. Dass die Innenrevision als Teil des Büros keine Prüfständigkeit für Akte der Selbstverwaltung habe, ergebe sich aus der Struktur der Sozialversicherungsträger.

(3) Wie die AUVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, sei die Erstellung einer Revisionsordnung als Ziel in die Balanced Scorecard 2017 aufgenommen worden. Im Übrigen könne nicht in die Selbstverwaltung eingegriffen werden.

(4) Die BVA nahm die Empfehlung, eine Revisionsordnung zu erlassen, in ihrer Stellungnahme zur Kenntnis. Der Empfehlung, eine ausreichende Überprüfung grundsätzlich aller Entscheidungen (auch jener, die der Selbstverwaltung vorbehalten sind) durch die Innenrevision sicherzustellen, entgegnete die BVA, dass die Kontrollversammlung und die Aufsicht durch BMGF und BMF die Überprüfung der Entscheidungen der Selbstverwaltung sicherstellten. Die Überprüfung eines Selbstverwaltungsorgans durch ein Büroorgan (Innenrevision) widerspreche dem System der Selbstverwaltung.

(5) Laut Stellungnahme der PVA decke ihre „Allgemeine Dienstanweisung Nr. 2“ im Wesentlichen die Erfordernisse einer Revisionsordnung ab. Sie enthalte Regelungen über Funktion und Aufgabenstellung, Befugnisse, Verantwortung und Stellung der Innenrevision sowie über die Berichtslinie an den leitenden Angestellten und die Rechte der Innenrevision. Die Verantwortung für die Genehmigung liege beim leitenden Angestellten, der vom Begriff „Geschäftsleitung“ im Sinne des Standards des IIA umfasst sei. Die Genehmigung der Revisionsordnung durch die Kontrollversammlung sei nach der derzeitigen Rechtslage nicht vorgesehen, da die Angelegenheiten mit Zustimmungserfordernis der Kontrollversammlung in § 437 ASVG taxativ aufgezählt seien.

Entgegen den Ausführungen des RH prüfe die Innenrevision der PVA „indirekt“ auch Entscheidungen, die der Selbstverwaltung vorbehalten seien, insbesondere Vergaben und Vertragsabschlüsse. So prüfe sie bei Vergabeentscheidungen, die aufgrund der Auftragshöhe der Vorstand zu treffen habe, ob bei der Vergabe-

entscheidung vorangegangenen Tätigkeit des Büros die Vergabevorschriften eingehalten worden seien und ob die Durchführung der Vorstandsbeschlüsse korrekt erfolgt sei. Überdies nehme die Leiterin der Innenrevision der PVA an den Sitzungen des Vorstands teil und könne daher mitverfolgen, ob die Beschlussfassung durch den Vorstand rechtmäßig erfolge.

9.4

(1) Der RH merkte zunächst grundsätzlich an, dass seine Empfehlungen auf eine ausreichende Überprüfung aller Entscheidungen abzielten. Bei Entscheidungen des Vorstands bestand durch die fehlende Zuständigkeit der Innenrevision einerseits und die mangelnde Ausstattung der Kontrollversammlung für operative, analytische Prüfungshandlungen andererseits eine Kontrolllücke.

(2) Dem BMASK und dem BMGF entgegnete der RH, dass der bloße Verweis auf eine trägerinterne Regelung nicht ausreichte und eine gesetzliche Regelung notwendig war, wie die im Folgenden geschilderten operativen Probleme der Innenrevisionen (z.B. die geringe Anzahl von Prüfungen und Ressourcen bei der AUVA) zeigten.

(3) Der RH merkte weiters an, dass Kontrollberichte zur Erfüllung ihrer Aufgabe an jene Stelle gehen müssten, die selbst die Verantwortung trug und die konkrete Abwicklung delegierte (d.h. an den Vorstand). Aufgrund des eingeschränkten Ressourceneinsatzes der Kontrollversammlung (siehe **TZ 8**) wäre die Kenntnisnahme der Berichte der Innenrevision – nicht über Vortrag der Generaldirektion in Bausch und Bogen, sondern durch unmittelbare Berichte der Innenrevision selbst – erforderlich. Dadurch wäre auch die Information der Aufsichtsbehörden sichergestellt.

10.1

(1) Gemäß Punkt 1130.A1 der Standards des IIA hatten Bedienstete der Internen Revision von der Beurteilung von Geschäftsprozessen abzusehen, für die sie zuvor verantwortlich waren. Die Objektivität konnte als beeinträchtigt angenommen werden, wenn eine Interne Revision oder ein Interner Revisor eine Aktivität prüfte, für die sie oder er im Verlauf des vorangegangenen Jahres verantwortlich war.

(2) In der BVA war der Leiter der Innenrevision gleichzeitig Stellvertreter des Generaldirektors und damit u.a. als Geschäftsbereichsleiter für Vergaben und die Wirtschaftsabteilung verantwortlich.

In der PVA leitete der Generaldirektor während der karenzbedingten Abwesenheit der Leiterin der Innenrevision in den Jahren 2013 und 2014 auch über ein Jahr lang diese Abteilung.

In der AUVA lag keine entsprechende Unvereinbarkeit vor.

10.2 Der RH kritisierte, dass in der BVA und in der PVA Personen die Innenrevision leiteten, die gleichzeitig für alle bzw. für wesentliche Verwaltungsaufgaben verantwortlich waren. Dies beeinträchtigte die Unabhängigkeit der Innenrevision.

Der RH empfahl der BVA und der PVA, in Zukunft die Leitung der Innenrevision nicht mit Personen zu besetzen, die auch für Verwaltungsaufgaben verantwortlich sind.

10.3 (1) Laut Stellungnahme der BVA sei der Leiter der Abteilung Innenrevision in Personalunion auch Leiter eines Geschäftsbereichs. Dienstrechtlich sehe die BVA keine Möglichkeit, Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer aus einzelnen Abteilungen (z.B. Innenrevision) von einer Ausschreibung bzw. Bestellung von vornherein auszuschließen.

(2) Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, ihr leitender Angestellter habe zwar für die Dauer der mutterschaftsbedingten Abwesenheit der Leiterin der Innenrevision die Abteilungsleitung der Innenrevision an sich gezogen, aber gleichzeitig den Abteilungsleiter-Stellvertreter dieser Abteilung mit der Wahrnehmung der Leitung im fachlichen Bereich beauftragt. Lediglich die Personalangelegenheiten habe der leitende Angestellte persönlich wahrgenommen bzw. im Einzelfall den Leiter der Abteilung Personalverwaltung mit deren Erledigung beauftragt.

10.4 Der RH hielt gegenüber der BVA fest, dass seine Empfehlung nicht darauf abzielte, bestimmte Personen von einer Bewerbung auszuschließen, sondern darauf, dass bestimmte Funktionen nicht gleichzeitig ausgeübt werden sollten. Im Falle einer Besetzung einer Geschäftsbereichsleitung mit der Leiterin oder dem Leiter der Innenrevision wäre die Funktion der Innenrevisionsleitung anders zu besetzen.

11.1 (1) Die nachstehende Tabelle stellt die Anzahl der Innenrevisionsprüfungen in der AUVA, der BVA und der PVA in den Jahren 2012 bis 2014 gegenüber:

Tabelle 2: Anzahl der Prüfungen der Innenrevision 2012 bis 2014

	2012	2013	2014	Summe
	Anzahl			
AUVA	7	6	9	22
BVA	1 (Schwerpunkt IKS) ¹	15	15	31
PVA	6	11	9	26

¹ Im Rahmen dieser Prüfung evaluierte die Innenrevision das IKS in der gesamten BVA (alle Organisationseinheiten der Hauptstelle, Landesstellen inklusive Außenstellen, Eigene Einrichtungen usw.) auf Leitungs- und Mitarbeiterebene. Es handelte sich somit um einen Sonderfall.

Quellen: AUVA; BVA; PVA

Die Innenrevisionen der überprüften Sozialversicherungsträger führten jährlich zwischen sechs und 15 Prüfungen durch. Die Innenrevision in der AUVA war mit einer Reihe weiterer Zusatzaufgaben²⁸ betraut, die Ressourcen banden und die Anzahl möglicher Prüfungen verringerten.

Die Themenauswahl der Innenrevisionen unterschied sich erheblich. Beispielsweise setzte nur die PVA einen Schwerpunkt auf Vergabeprüfungen (vgl. [TZ 94](#)). Eine Begründung der Themenschwerpunkte durch eine Risikobewertung konnte keiner der drei überprüften Sozialversicherungsträger vorlegen.

(2) Die nachstehende Tabelle zeigt die Personalausstattung der Innenrevision in der AUVA, der BVA und der PVA und stellt die Anzahl der tatsächlichen VZÄ den Stellen im Dienstpostenplan im Jahr 2014 gegenüber:

Tabelle 3: Personalausstattung der Innenrevision im Jahr 2014

	AUVA	BVA	PVA
	in VZÄ		
Dienstposten lt. Dienstpostenplan	6	12	13
Ist-Stand	5	10,73	10
Gesamtzahl Bedienstete pro Sozialversicherungsträger	4.935	1.505	6.341
Bedienstete je Innenrevision VZÄ	987	140	634

Quellen: AUVA; BVA; PVA; Hauptverband

In der AUVA halbierte sich der Personalstand der Innenrevision von 9,2 VZÄ im Jahr 1995 auf 4,7 VZÄ im Jahr 2005. Seit dem Jahr 2009 waren nicht mehr als fünf VZÄ in der Innenrevision tätig. Die Innenrevision der BVA beschäftigte rund elf

²⁸ Die Innenrevision begleitete bspw. externe Prüfungen durch das Bundesministerium oder den RH und befasste sich mit parlamentarischen Anfragen.

VZÄ während des überprüften Zeitraums. Im Dienstpostenplan der PVA waren für die Innenrevision im überprüften Zeitraum 13 Dienstposten vorgesehen, in den einzelnen Jahren waren jedoch Stellen unbesetzt (z.B. drei Stellen im Jahr 2014).

11.2 Der RH wies auf die sehr unterschiedliche personelle Ausstattung der Innenrevision hin: Während in der BVA ein Bediensteter der Innenrevision rechnerisch für 140 Bedienstete zuständig war, waren es bei der AUVA fast 1.000 Bedienstete. Eine risiko-basierte sachliche Begründung für diese Unterschiede konnte der RH nicht feststellen.

Der RH wies auf die teils geringe Anzahl durchgeführter Prüfungen der Innenrevision hin (z.B. sechs Prüfungen bei der PVA im Jahr 2012 bzw. bei der AUVA im Jahr 2013) und führte dies auch auf eine geringe Ressourcenausstattung und bei der AUVA auf die Belastung mit Zusatzaufgaben zurück.

Der RH empfahl der AUVA und der PVA, für die Prüftätigkeit der Innenrevision die Personalausstattung zu erhöhen.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, für die Prüfungsauswahl der Innenrevision verstärkt einen risikoorientierten Ansatz zu verfolgen.

11.3 (1) Die AUVA sagte in ihrer Stellungnahme zu, gemäß der Empfehlung des RH eine Erhöhung der Personalausstattung der Innenrevision zu prüfen. Zur Prüfungsauswahl verfolge die Innenrevision einen risikoorientierten Ansatz, indem sie aktuelle Entwicklungen AUVA-intern und -extern bei der Prüfungsauswahl berücksichtige.

(2) Laut Stellungnahme der PVA werde ihre Innenrevision künftig bei der Erstellung des Jahresprüfplans noch stärker als bisher einen risikoorientierten Ansatz verfolgen. Die Personalausstattung der Innenrevision habe sie zwischenzeitlich erhöht.

Prüfprozesse in der Verwaltung

12.1 Die Sozialversicherungsträger waren historisch primär auf die Gewährung ihrer jeweiligen Kernleistungen ausgerichtet, z.B. auf die Berechnung und Auszahlung von Pensionen. Für diese Aufgabe verfügten sie über eigene Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter, entsprechende Ausbildungen, IKT-Unterstützung und Prüfungssysteme.

Im Bereich der internen Verwaltung, wie z.B. bei Beschaffungen, waren teilweise keine gleichwertigen Prüfprozesse eingerichtet.

12.2 Der RH hielt kritisch fest, dass es im Bereich der internen Verwaltung der Sozialversicherungsträger – z.B. im Bereich der Beschaffungen – teilweise keine entsprechenden Prüfprozesse gab.

Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, bei der Einrichtung eines Compliance Management Systems neben ihren Kernaufgaben gegenüber den Versicherten auch ihre interne Verwaltung zu berücksichtigen.

12.3 (1) Die AUVA sagte dies zu.

(2) Die BVA gab in ihrer Stellungnahme zu bedenken, dass ein entsprechendes Compliance Management System zu erheblichen Kosten führen würde und bereits ein Risikomanagement sowie ein IKS bestünden.

(3) Die PVA verwies auf die in ihrer Stellungnahme zu **TZ 2** genannten 15 Maßnahmen zum Thema Compliance Management. Gerade was den Beschaffungsbereich betreffe, habe sie in dem dem RH übermittelten Schreiben an das BMASK vom 27. Februar 2015 detailliert die entsprechenden Compliance-relevanten Prüfprozesse im Vergabebereich aufgelistet.

12.4 Der RH wies gegenüber der BVA und der PVA – wie bereits zu **TZ 2** und **TZ 3** – darauf hin, dass ein systematisches Compliance Management mit einem Risikomanagement oder einem IKS verknüpft werden sollte. Wesentlich wären – über einzelne Maßnahmen hinaus – ein systematischer Zugang, eine Risikoeinschätzung, die Entwicklung konkreter Maßnahmen und deren Evaluierung. Der RH wies weiters auf die erheblichen Risiken bei Compliance-Verstößen hin (z.B. darauf, dass in der PVA über mehrere Quartale hinweg die Vergabe neuer Verträge aufgeschoben werden musste) und hielt daher einen systematischen Compliance-Ansatz für unabdingbar. Er verblieb bei seiner Empfehlung.

Befangenheitsregelungen in der Selbstverwaltung

13.1 Für die Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungskörpern der Selbstverwaltung (insbesondere Vorstand und Kontrollversammlung) regelte § 420 ASVG, dass die mit dem jeweiligen Sozialversicherungsträger in regelmäßiger geschäftlicher Beziehung stehenden Personen diese Funktion nicht ausüben konnten.

Darüber hinausgehende Regelungen und detailliertere Bestimmungen, wann welche Informationen über mögliche Befangenheiten an wen zu melden waren, gab es nicht.

13.2 Der RH kritisierte, dass nicht geregelt war, wie mit möglichen Befangenheiten von Funktionärinnen und Funktionären in den Verwaltungskörpern der Sozialversicherungsträger umzugehen war.

Der RH war der Meinung, dass gewisse geschäftliche Nahebeziehungen (bspw. berufliche Tätigkeiten, Gesellschaftsbeteiligungen) gegenüber der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungskörpers bei Antritt der Funktion und nicht erst bei Eintreten einer etwaigen Befangenheit zu melden waren.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA daher die Konkretisierung einer Meldepflicht durch Festlegung, wann, in welcher Form und an wen etwaige Befangenheiten bekanntzugeben sind, wer darüber zu entscheiden hat und welche Sanktionen bei mangelnder Meldung eintreten sollten.

13.3 (1) Das BMGF wies in seiner Stellungnahme ergänzend auf die Geschäftsordnungen der Sozialversicherungsträger hin. Demnach sei eine allfällige Befangenheit nach § 7 Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz (AVG) zu beurteilen und wahrzunehmen.

(2) Laut Stellungnahme der AUVA habe sie den Mitgliedern der Selbstverwaltung das Thema Befangenheit in Erinnerung gerufen. Des Weiteren werde sie in das Strategiepapier zum Thema Compliance einen Punkt zur Vorgehensweise bei Befangenheit von Mitgliedern der Selbstverwaltung aufnehmen.

(3) Die PVA verwies in ihrer Stellungnahme auf ihre bisherigen Maßnahmen zum Compliance Management sowie ergänzend auf die einschlägigen Bestimmungen in den Geschäftsordnungen des Vorstands und der Kontrollversammlung. Angesichts der bisherigen Erfahrung in diesem Zusammenhang scheine eine weitere Konkretisierung nicht notwendig.

13.4 (1) Der RH wies gegenüber dem BMGF darauf hin, dass § 7 AVG (der über die Geschäftsordnungen indirekt anwendbar war) regelte, wann Befangenheit vorlag, aber nicht, wer, wann und wem im Kontext der Sozialversicherung eine Befangenheit mitzuteilen hatte, wie eine Entscheidung über Zweifelsfragen erfolgen sollte und welche Sanktionen bei Nichtmeldung eintreten sollten.

(2) Der RH hielt im Unterschied zur PVA gerade die Erfahrungen der letzten Jahre (z.B. in der AUVA) für einen ausreichenden Anlass, eine explizite und konkretere Regelung zu treffen. Er verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Compliance Officer und Whistleblower-System

14.1

(1) Bei keinem der überprüften Sozialversicherungsträger war im überprüften Zeitraum 2012 bis 2014 ein Compliance Officer im Sinne der ON-Regel 192050 „Compliance Management Systeme – Anforderungen und Anleitung zur Anwendung“ eingerichtet.

Nach dieser Regelung hatte ein Compliance Officer die Geschäftsleitung bei der Entwicklung, der Einführung, der Aufrechterhaltung, der regelmäßigen Überprüfung und bei der Verbesserung des Compliance Management Systems zu beraten und zu unterstützen. Sie oder er musste dazu

- mit ausreichenden Befugnissen ausgestattet sein;
- in Bezug auf ihre oder seine Aufgaben weisungsfrei sein;
- die Möglichkeit zur direkten Kommunikation mit der Geschäftsleitung haben;
- über die für ihre oder seine Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse verfügen und mit den Tätigkeiten der Organisation grundsätzlich vertraut sein;
- auf die Organisation bezogene Kenntnisse über Compliance-relevante Vorgänge, Regeln, Compliance-Risiko-Bewertung, Monitoring und Auditing haben;
- mindestens einmal jährlich einen Compliance-Report erstellen; dieser Report war der Leitung der Organisation zur Kenntnis zu bringen.

(2) Bei keinem der überprüften Sozialversicherungsträger war ein Whistleblower-System im Sinne der ON-Regel 192050 eingerichtet.

Nach dieser Regelung mussten Organisationsmitglieder Regelverstöße melden können. Dabei war sicherzustellen, dass

- die Identität der Meldenden auf deren Wunsch grundsätzlich vertraulich behandelt wurde;
- die Meldung auch anonym erfolgen konnte;
- Sanktionen gegen gutgläubig Meldende ausgeschlossen waren, sofern sie nicht am Regelverstoß beteiligt waren;
- die Möglichkeit der Meldung den Organisationsmitgliedern bekannt war;

- alle Meldungen behandelt wurden;
- zur Behandlung von aufgedeckten Regelverstößen ein Verfahren festgelegt war.

(3) Bei der AUVA, der BVA und der PVA war jeweils eine Ombudsstelle eingerichtet. Diese fungierte in erster Linie als Beschwerdestelle für Kundinnen und Kunden und beschränkte die Tätigkeit demnach auf das Leistungsrecht.

14.2 Der RH hielt kritisch fest, dass es bei der AUVA, der BVA und der PVA weder einen Compliance Officer noch ein Whistleblower-System gab. Nach Ansicht des RH hätten die betroffenen Sozialversicherungsträger den einen oder anderen Anlassfall für die aktuelle Prüfung mit einem Whistleblower-System zu einem früheren Zeitpunkt lösen können.²⁹

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, einen Compliance Officer mit ausreichenden Befugnissen zu installieren und ein Whistleblower-System einzuführen.

14.3 (1) Die AUVA gab in ihrer Stellungnahme zu bedenken, dass die Empfehlung des RH, einen Compliance Officer mit ausreichend Befugnissen zu installieren und ein Whistleblower-System einzuführen, zumindest dienstrechtlich problematisch (Weisungsfreiheit) sei.

(2) Laut Stellungnahme der PVA sei eine sozialversicherungsweite Vorgehensweise mit Handlungsanleitung sinnvoll. Die PVA stehe der Einrichtung eines Compliance Officers und eines Whistleblower-Systems positiv gegenüber. Ein Whistleblower-System sei allerdings bislang mangels Bedarfs nicht notwendig gewesen. In diversen Dienststellen bestünde die Möglichkeit, über einen Beschwerdebriefkasten anonym zu kommunizieren.

14.4 (1) Im Unterschied zur AUVA konnte der RH keinen Grund erkennen, warum ein Whistleblower-System dem Dienstrecht der Sozialversicherungsträger widersprechen sollte.

(2) Zu den Ausführungen der PVA merkte der RH an, dass er eine Koordination zwischen den Sozialversicherungsträgern grundsätzlich für zweckmäßig hielt, ihr Fehlen aber die einzelnen Träger nicht von ihren Aufgaben entbinden konnte.

²⁹ siehe die positiven Würdigungen des RH zu Compliance Officer Funktionen und Whistleblower-Systemen in seinen Berichten „ÖBB-Unternehmensgruppe: Unternehmensstruktur und Teilnehmungsmanagement“, Reihe Bund 2013/11, TZ 29 und „Anti-Claimmanagement und Korruptionsbekämpfung bei Straßen- und Bahnbauprojekten“, Reihe Niederösterreich 2012/1

EDV-Bereich

Berechtigungsmanagement

15.1 (1) Für den ordnungsgemäßen Betrieb einer betriebswirtschaftlichen Applikation war u.a. ein Berechtigungskonzept bzw. -management erforderlich. Mit Hilfe eines Berechtigungskonzepts wurde sichergestellt, dass jede SAP-Nutzerin und jeder SAP-Nutzer nur die für ihre bzw. seine Tätigkeit notwendigen Rechte erhielt.

(2) Bei der BVA und bei der PVA war das SAP-Berechtigungskonzept für das Standardprodukt FIWI zur Zeit der Gebarungüberprüfung auf aktuellem Stand. Das SAP-Berechtigungskonzept für die Finanzbuchhaltung der AUVA stammte aus dem Jahr 1998 und war nicht aktuell.

(3) Das SAP-Funktionstrennungsprinzip besagte, dass in bestimmten Prozessen die Aufgaben so zu trennen waren, dass nicht ein Bediensteter den gesamten Prozess allein unkontrolliert bearbeiten konnte. Mittels einer Matrixdarstellung war überprüfbar, ob das Funktionstrennungsprinzip erfüllt war. Im Gegensatz zu BVA und PVA verfügte die AUVA für das SAP-Modul Finanzbuchhaltung über keine schriftlichen Unterlagen, die eine Prüfung des Funktionstrennungsprinzips ermöglicht hätten.

15.2 Der RH kritisierte, dass die AUVA kein aktuelles SAP-Berechtigungskonzept für die Finanzbuchhaltung und keine schriftlichen Unterlagen zur Prüfung des Funktionstrennungsprinzips hatte.

Der RH empfahl der AUVA, das Berechtigungskonzept für die Finanzbuchhaltung zu aktualisieren und Unterlagen zu erstellen, aus denen die Einhaltung des Funktionstrennungsprinzips hervorgeht.

15.3 Die AUVA führte in ihrer Stellungnahme aus, ihr Berechtigungskonzept sei bedingt durch das lange Bestehen noch in sogenannten Einzel- und Sammelprofilen abgebildet. Die Berechtigungen seien ausreichend strukturiert und restriktiv. Im Zuge der bevorstehenden Anpassung des Berechtigungskonzepts sollten alle bestehenden Berechtigungen auf Gültigkeit bzw. Notwendigkeit überprüft und gleichzeitig dokumentiert werden.

Jährliche Systemprüfungen

16.1 Bei keinem der drei Sozialversicherungsträger fand eine – etwa bei Aktiengesellschaften übliche – jährliche Prüfung des SAP-Berechtigungskonzepts und der Einhaltung des Funktionstrennungsprinzips statt, weder durch interne (z.B. Innenrevision) noch durch externe Prüferinnen und Prüfer.

16.2 Der RH kritisierte das Unterbleiben jährlicher SAP-Systemprüfungen bei der AUVA, der BVA und der PVA.

Er empfahl den drei Sozialversicherungsträgern jährliche SAP-Systemprüfungen, damit sichergestellt ist, dass etwaige Fehlkonfigurationen und Schwachstellen aufgedeckt und die rechtlichen und betrieblichen Vorgaben eingehalten werden.

16.3 (1) Die AUVA sagte in ihrer Stellungnahme zu, künftig eine jährliche SAP-Überprüfung auf Gültigkeit und Berechtigung in den Fachbereichen durchzuführen.

(2) Die BVA sagte in ihrer Stellungnahme zu, eine diesbezügliche Anfrage an die ITSV GmbH zu stellen.

(3) Laut Stellungnahme der PVA trete sie im Zusammenhang mit dem System SAP-FIWI weder als IT-Dienstleister noch als IT-Betreiber auf. Seit Einführung des Systems SAP-FIWI bedienen sich die Geschäftsbereiche Wirtschaft und Finanz der PVA der externen Dienstleistung des SV-Competence Centers SAP.

Das Competence Center betreibe die SAP-FIWI-Mandanten für alle Sozialversicherungsträger (abgesehen von der AUVA). Der Empfehlung zur regelmäßigen SAP-Systemprüfung könne also nur insoweit nachgekommen werden, als diese im Zuge des SAP-Lenkungsausschusses bzw. der SAP-Kundenplattform eingebracht und mit den anderen Trägern zur Diskussion gestellt würde.

Passwortrichtlinien

17.1 Die korrekte Wahl und Verwendung von Passwörtern unterstützte maßgeblich die Sicherheit der Zugriffsrechteverwaltung des Systems. Eine Passwortrichtlinie schrieb Anforderungen für Passwörter eines EDV-Systems vor (z.B. Mindestanzahl an Zeichen, maximale Gültigkeitsdauer etc.).

Die AUVA verfügte über eine Passwortrichtlinie und hatte diese in ihrem SAP-System technisch umgesetzt. Weder BVA noch PVA konnten eine Passwortrichtlinie für ihre SAP-Systeme vorweisen, sie hatten auch keine Passwortrichtlinie für SAP-FIWI technisch umgesetzt.

17.2 Der RH kritisierte, dass die BVA und PVA weder Passworrichtlinien vorlegen konnten noch dass sie solche technisch umgesetzt hatten.

Er empfahl der BVA und der PVA, umgehend eine Passworrichtlinie für SAP-FIWI zu formulieren und technisch umzusetzen, damit sichergestellt ist, dass der Systemzugriff nur berechtigten Personen und nur im Rahmen der festgelegten Regeln möglich ist.

17.3 (1) Laut Stellungnahme der BVA seien entsprechende Passworrichtlinien über die ITSV GmbH in Ausarbeitung.

(2) Laut Stellungnahme der PVA gebe es keinen Zusammenhang zwischen dem „berechtigten und regelkonformen Zugriff“ und einer allfälligen Passworrichtlinie. Strengere und geregelte Passworrichtlinien erhöhten lediglich den Schutz vor unerlaubtem und kriminellen Missbrauch bestehender Zugänge. Die Anregung zur Erhöhung der Sicherheitsstandards sei jedoch jedenfalls zu begrüßen. Die PVA werde diesen Vorschlag in die zuständigen Gremien des SAP-Competence Centers einbringen.

17.4 Der RH sah entgegen der Stellungnahme der PVA durchaus einen Zusammenhang zwischen sicheren Passwörtern und einem berechtigten und regelkonformen Zugriff. Er verblieb bei seiner Empfehlung und sah der von der PVA zugesagten Umsetzung entgegen.

Protokollierung der Zugriffe

18.1 Die ständige Aktivierung und regelmäßige Auswertung von SAP-Protokolldateien von sicherheitsrelevanten Ereignissen ist eine wesentliche Sicherheitsmaßnahme für den Betrieb von SAP-Systemen.³⁰

Die SAP-Zugriffe der Support-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter bestimmter externer Dienstleister³¹ wurden von den FIWI SAP-Systemen von BVA und PVA nicht mitprotokolliert. Damit war nicht nachvollziehbar, wer wann welche Änderungen vorgenommen hatte. In der AUVA wurden die Zugriffe der (internen) Support-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter auf das SAP-System mitprotokolliert.

³⁰ Durch Änderungen am Benutzerstamm konnten Administratorinnen und Administratoren einer SAP-Benutzerin oder einem SAP-Benutzer Berechtigungen zuweisen oder auch entziehen.

³¹ Der SAP-Betrieb für BVA und PVA wurde bis zum 30. Juni 2014 vom SAP-CCC (Customer Care Center) der WGKK durchgeführt, danach übernahm die ITSV GmbH das SAP-CCC der WGKK.

18.2 Der RH kritisierte, dass in der BVA und PVA die SAP-Zugriffe von Support-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern externer Dienstleister nicht mitprotokolliert wurden.

Er empfahl der BVA und der PVA, umgehend sicherzustellen, dass auch die SAP-Zugriffe der Support-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter des externen Dienstleisters auf die FIWI SAP-Systeme mittels SAP Security Audit Log mitprotokolliert werden. Weiters empfahl er, diese Logs auch regelmäßig auszuwerten.

18.3 (1) Laut Stellungnahme der BVA bereite die ITSV GmbH entsprechende Maßnahmen vor; eine Umsetzung mit vertretbarem Aufwand bleibe abzuwarten.

(2) Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, sie könne in ihrer Rolle als Kunde des Competence Centers SAP den Einsatz von SAP Security LOG empfehlen und auch entsprechende regelmäßige Auswertungen anfordern. Es sei aber dahingestellt, inwieweit die „Selbstausswertung“ des externen IT-Dienstleisters eine Erhöhung der Sicherheit darstelle. Es sei mit erhöhten Kosten für die Versicherungsgemeinschaft zu rechnen.

18.4 Der RH entgegnete der PVA, dass eine Protokollierung von Eingriffen in Echtzeiten zum Stand der Technik gehörte und nicht zu wesentlichen Zusatzkosten führen sollte.

Zusammenfassung: Grundsätzliches

19 Der RH hielt fest, dass grundsätzliche Fragestellungen des Compliance Managements bei den überprüften Sozialversicherungsträgern verbesserungswürdig waren:

- Die AUVA, die BVA und die PVA hatten kein systematisches Compliance Management eingerichtet. Compliance-Ziele, Risiken, Maßnahmen und eine Evaluierung der Wirksamkeit waren nicht definiert; die Sozialversicherungsträger zogen sie somit nicht als Grundlagen für die jährliche Entlastung des Vorstands heran.
- Auf die besonderen Risikofaktoren im Umfeld der Sozialversicherung wurde bisher in den internen Kontrollsystemen nicht speziell eingegangen, insbesondere auf die Probleme der Anreizwirkung der Finanzierungsstruktur.

- Die Aufgabenverteilung zwischen Selbstverwaltung und Büro war nicht optimal abgestimmt, wodurch insbesondere bei der Wahrnehmung strategischer Aufgaben und der durchgängigen Kontrolle operativer Entscheidungen Kontrolllücken möglich waren.
- Für Mitglieder der Selbstverwaltung war kein Prozess zur Vermeidung von Befangenheiten (Meldepflichten insbesondere bei Antritt der Funktion, Entscheidungsmodalität über etwaige Befangenheiten, Sanktionen bei mangelnder Meldung) eingerichtet.
- Die Mitglieder der Kontrollversammlung hatten nicht klar festgelegt, welche analytische Basis sie für die Empfehlung der Entlastung des Vorstands benötigen. In diesem Zusammenhang war auch die von den Kontrollversammlungen erreichte Prüftiefe in Hinblick auf die von ihnen zu beantragende Entlastung des Vorstands kritisch zu hinterfragen.
- Die Kontrollversammlungen bestanden ausschließlich aus Vertreterinnen und Vertretern von Dienstgeber– und Dienstnehmerseite. Es gab keine formalen Vorkehrungen für die Einbeziehung externer Mitglieder in die Kontrollversammlungen.
- Die Innenrevisionen wiesen sowohl hinsichtlich ihrer Unabhängigkeit als auch hinsichtlich ihrer Ressourcenausstattung und ihres Zugangs zur Geschäftsleitung und zum Überwachungsorgan Schwächen auf.
- Keiner der drei überprüften Sozialversicherungsträger verfügte im überprüften Zeitraum über einen Compliance Officer und ein Whistleblower–System.
- Das Compliance Management im IT–Bereich wies Mängel auf, z.B. hinsichtlich Aktualität der Berechtigungskonzepte, regelmäßiger Prüfung der Berechtigungskonzepte, Passwörterkonzept und Dokumentation und Auswertung der Logs.
- Anders als im Leistungsbereich fehlten im internen Verwaltungsbereich teilweise ausreichende Prüfressourcen für eine ausreichende Prüfdeckung.

Compliance Management zu geschäftsprozessspezifischen Risiken

Übersicht

20 Nach der Beurteilung der geschäftsprozessübergreifenden Compliance–Risikobereiche der drei überprüften Sozialversicherungsträger in Teil I (**TZ 4 ff.**) folgt in den Teilen II bis V (**TZ 24 ff.**) die Beurteilung ausgewählter geschäftsprozessspezifischer Compliance–Risikobereiche:

- Teil II: Nicht prioritäre Dienstleistungen – Medizinische Rehabilitation (**TZ 24 ff.**);
- Teil III: Weitere nicht prioritäre Dienstleistungen (Leistungen der Ärztinnen und Ärzte, Heilmittel, Krankenanstalten, Heime etc.) (**TZ 70 , TZ 71, TZ 72, TZ 73, TZ 74**);
- Teil IV: Sonstige Vergaben (Beschaffungen) (**TZ 75 ff.**);
- Teil V: Personal (**TZ 96 ff.**).

Zur Unterstützung für die elektiven und/oder eiligen Leserinnen und Leser sind der detaillierten Darstellung der Prüfungsfeststellungen und Empfehlungen zu den Teilen II bis V in den folgenden **TZ 21, TZ 22, TZ 23** Zusammenfassungen der geschäftsprozessspezifischen Compliance–Risikobereiche vorangestellt:

Zusammenfassung: Nicht prioritäre Dienstleistungen

21 Der RH hielt zum Bereich der Heilverfahren (d.h. Kur und Rehabilitation) sowie weiterer Gesundheitsprodukte und –dienstleistungen zusammenfassend folgende Kritikpunkte fest:

- Da der Gesetzgeber keine Entscheidung getroffen hatte, ob Rehabilitation für Pensionistinnen und Pensionisten verpflichtend vorgesehen werden sollte, basierte ein erheblicher Teil der Rehabilitationsleistungen auf einer für andere Konstellationen geschaffenen Rechtsgrundlage. Dies beeinträchtigte sowohl die Rechtsposition der Einzelnen als auch die Transparenz der Darstellung, die Steuerungsmöglichkeit der öffentlichen Hand und die Klarheit, welchen Zweck die Leistung selbst erfüllen sollte. (**TZ 25, TZ 26**)

- Mangels entsprechender statistischer Weisungen war weder der Gesamtaufwand für Rehabilitation und Kuren verfügbar, noch eine verlässliche Statistik über das Antragsverhalten und die Genehmigungspraxis der einzelnen Träger. Dies war umso schwerwiegender, als die Sozialversicherungsträger Steuerungsaufgaben wahrzunehmen hatten (insbesondere hinsichtlich der Kuren als freiwilliger Leistung) und die Anzahl der Aufenthalte in den letzten Jahren stark angestiegen war. (TZ 27)
- Da aus finanziellen Gründen (Bundesbeitrag) die Zuständigkeit für Rehabilitation bei der Pensionsversicherung angesiedelt war, mussten die Anträge auf Basis sehr kurzer Antragsformulare und gegebenenfalls mitgesandter Befunde entschieden werden, obwohl die Krankenversicherung über umfassende historische Daten der abgerechneten Leistungen verfügte. Die Entscheidungsgrundlagen waren damit sehr reduziert. (TZ 30)
- Für die Genehmigung oder Ablehnung von Kur- und Rehabilitationsaufenthalten bestand keine feste Geschäftseinteilung. Auswertungen über die Entscheidungsstatistik der einzelnen Begutachterinnen und Begutachter waren nicht möglich. Regelungen zum Umgang mit von Einflussträgerinnen und -trägern persönlich übermittelten Anträgen fehlten. (TZ 31, TZ 32, TZ 33)
- Die Auswertung des RH über die Genehmigungsquoten und Häufigkeit der Inanspruchnahme zeigte auffällige Unterschiede zwischen den einzelnen Trägern, die bisher nur unzureichend analysiert wurden. Die Regelungen über die Vermeidung übermäßiger Inanspruchnahme waren unterschiedlich. Analysen nach Wirtschaftsklassen bzw. Dienstgeber fehlten bisher ebenfalls. (TZ 34 ff.)
- Die Auswahl der Leistungserbringer für Rehabilitation wies grundsätzliche Schwächen auf; dies hinsichtlich

der (mit großen Unsicherheiten verbundenen) Planung des Bedarfs, (TZ 44, TZ 45, TZ 46, TZ 47, TZ 48, TZ 49)

- der (nur unvollständig vorhandenen) Planung der gewünschten Angebotsstruktur, (TZ 48)
- der Gestaltung der Verträge (keine Regelung der Konsequenzen von Leistungsmängeln), (TZ 58, TZ 59)
- der Tariffindung (weder Preiswettbewerb noch Kostenkalkulation), (TZ 61, TZ 62)

- der Abstimmung mit den Bedarfsprüfungsverfahren der Länder (unzureichende Koordinierung, unterschiedliche Kriterien) (TZ 50) und
 - der Auswahlkriterien (zeitliche Reihenfolge statt Leistungsqualität oder Preis). (TZ 53)
- Die Abwicklung der Vertragspartnerauswahl in der PVA wies ebenfalls wesentliche Mängel auf: Nicht alle Schriftstücke waren nachvollziehbar dokumentiert (eindeutig zugeordnet, vollständig erfasst). Teilweise waren Entscheidungen nicht begründet. Einzelne Anträge wurden sichtlich nach anderen als den formal vorgesehenen Kriterien entschieden (z.B. Hinweis auf einen anderen Zeithorizont der Bedarfseinschätzung oder einen anderen räumlichen Bezug, Hinweis auf zusätzliche Kriterien wie die Bündelung verschiedener Indikationen in Zentren etc.). Im Büro waren die Aufgaben zersplittert; nach dem Abgang des Chefarztes und der zuständigen Generaldirektor–Stellvertreterin waren mehrere Vorgänge nicht schlüssig nachvollziehbar. (TZ 63, TZ 64, TZ 65, TZ 66)
- Als Folge der genannten Mängel war die Entwicklung des Angebots in den vom RH analysierten Versorgungsbereichen (jeweils definiert als Schnittmenge einer Indikation und einer Versorgungszone) überwiegend abweichend von den Planungen erfolgt. (TZ 67)
- Während der Gebarungsüberprüfung des RH versuchte die PVA, die Vergabe von Verträgen grundlegend umzugestalten. In Zukunft sollte unter der Steuerung durch den Vorstand auf Basis eines Masterplans durch Ausschreibungen eine transparente Vergabe erfolgen. Der RH begrüßte diese Vorhaben, wies aber darauf hin, dass die gesetzliche Regelung, die statistischen Weisungen sowie die Regelung der Abstimmung der landesbehördlichen Verfahren mit den Ausschreibungen in der Sozialversicherung noch offen waren. Weiters waren eine interne Reorganisation und Prozess– und Dokumentationsvorgaben für die Entscheidungsverfahren in der PVA noch ausständig. Die bereits abgewickelten Ausschreibungen waren mehr als Übergangslösung zur Bereinigung bestehender Konflikte zu sehen denn als Musterbeispiele für die neue transparente Vorgehensweise. Weitere Reformschritte waren daher nötig. (TZ 68)

- Neben dem im Detail analysierten Bereich der Kur und Rehabilitation lag eine Vielzahl weiterer Beschaffungsvorgänge für nicht prioritäre Dienstleistungen (Gesundheitsprodukte und –dienstleistungen) vor. Der RH ermittelte das relevante Gebarungsvolumen mit rd. 14,468 Mrd. EUR; alleine die BVA wies mehr als 17.000 Verträge aus. Trotz der Umstellung der Vorgehensweise bei der Rehabilitation (Ausschreibung statt informelle Vergaben) nahmen die Sozialversicherungsträger keine umfassende Risikobewertung hinsichtlich ihres Vorgehens bei den übrigen Vergaben vor. Es gab weder Vorgaben, wie die abstrakten rechtlichen Kriterien der Nichtdiskriminierung bzw. der Transparenz umzusetzen waren, noch eine klare Einordnung der abgeschlossenen Verträge in die vergaberechtlich relevanten Kategorien (z.B. Konzessions-, Dienstleistungs- oder Verrechnungsvertrag). Es bestanden sehr unterschiedliche Systeme nebeneinander, ohne dass die Unterschiede im Hinblick auf ihre vergaberechtlichen Konsequenzen bewertet wurden. (TZ 70, TZ 71, TZ 72, TZ 73, TZ 74)

Zusammenfassung: Sonstige Vergaben (Beschaffungen)

22

Der RH hielt im Bereich sonstige Vergaben (Beschaffungen) zusammenfassend folgende Kritikpunkte fest:

- Die drei überprüften Sozialversicherungsträger hatten keinen Gesamtüberblick über ihr Beschaffungsvolumen, obwohl dieses insgesamt bei rd. 423,55 Mio. EUR im Jahr 2014 lag. (TZ 76)
- Bei den drei überprüften Sozialversicherungsträgern gab es insgesamt 73 beschaffende Organisationseinheiten, eine einheitliche EDV-Unterstützung fehlte. (TZ 80, TZ 81)
- Die drei überprüften Sozialversicherungsträger hatten keine strategischen Ziele mit operativen Vorgaben gesetzt, der Vorstand als geschäftsführendes Organ beschränkte sich überwiegend auf die Beschlussfassung hinsichtlich einzelner Beschaffungsvorgänge. (TZ 94)
- Die internen Vorgaben zur Einholung von Vergleichsangeboten waren im überprüften Zeitraum nicht ausreichend. (TZ 81)

- Die untersuchten Einzelfälle von Beschaffungen wiesen u.a. folgende Mängel auf: uneinheitliche Bedarfsmeldungen, Direktvergaben trotz eines hohen Beschaffungsvolumens, unklare interne Zuständigkeiten im Hinblick auf die festgelegten Wertgrenzen, mangelnde Dokumentation von Vergleichsangeboten, teilweise fehlende Überprüfung der Zuverlässigkeit der Anbietenden bei Direktvergaben, rückwirkende Genehmigungen für bereits erbrachte Leistungen und mündliche Bestellungen. (TZ 84 ff.)
- Systematische Ex–post–Kontrollen der Vergaben fanden nur unzureichend statt. Ein Risikomanagementsystem war nicht eingerichtet. Die Innenrevision befasste sich nur bei der PVA ausführlicher mit Beschaffungsvorgängen; jedoch war die Abdeckung gemessen am gesamten Vergabevolumen gering. (TZ 94)

Zusammenfassung: Personal

23

Aus Compliance–Gesichtspunkten bestanden u.a. folgende Mängel im Bereich Personal:

- Keiner der drei Sozialversicherungsträger konnte Compliance–relevante Unterlagen im Bereich der Personalwirtschaft vollständig vorlegen. (TZ 98)
- Der Dienstpostenplan sollte einen betriebswirtschaftlich sparsamen Personalstand fördern, er musste auch an den Hauptverband gemeldet werden. Konkretere Regelungen – bspw. zu einem verpflichtenden Soll–Ist–Vergleich – fehlten jedoch, ein trägerübergreifender Dienstpostenvergleich fand nicht statt, bei Überschreitungen des Dienstpostenplans oder Auffälligkeiten bei seiner Ausgestaltung gab es keine Rückmeldungen des Hauptverbands oder Konsequenzen. (TZ 100, TZ 101, TZ 102)
- Lediglich die AUVA konnte detaillierte verbindliche Regelungen zum Prozess der Stellenausschreibung und Stellenbesetzung vorlegen; bei der BVA und der PVA fehlten umfassende verbindliche Regelungen. Die Sozialversicherungsträger hatten in der Praxis kein stringentes Prozedere für die Personalauswahl, wodurch Nachvollziehbarkeit und Transparenz beeinträchtigt waren. Bei der BVA stellte der RH in Einzelfällen Stellenbesetzungen von Führungskräften ohne Ausschreibung und Bewerbung fest, bei der AUVA fehlten wesentliche Unterlagen zur Nachvollziehbarkeit der Personalentscheidungen. Externe Ausschreibungen offener Stellen wurden nur in wenigen Fällen durchgeführt. (TZ 103, TZ 104, TZ 105, TZ 106)

- Hinsichtlich des Vergütungssystems hielt der RH die Regelungen unter Compliance-Gesichtspunkten grundsätzlich für angemessen, jedoch die Kontrolle der Einhaltung bzw. die Stringenz der Anwendung für verbesserungsfähig, bspw. in Hinblick auf Sonderverträge oder die Höherreihung von Akademikerinnen und Akademikern. (TZ 107, TZ 108, TZ 109, TZ 110, TZ 111, TZ 112)
- Die Regelungen zu Befangenheiten und Interessenkonflikten durch familiäre Naheverhältnisse und Nebenbeschäftigungen waren aus Compliance-Gesichtspunkten nicht ausreichend. Auch die Dokumentation war mangelhaft. (TZ 114, TZ 115)

Teil II – Nicht prioritäre Dienstleistungen: Medizinische Rehabilitation

Rechtsgrundlagen und Gebarungsvolumen

Definitionen, Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten

24.1

(1) Nach § 300 ASVG hatten die Pensionsversicherungsträger Vorsorge für die Rehabilitation von Versicherten und Bezieherinnen und Beziehern einer Pension aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit zu treffen. Ziel der Rehabilitation war insbesondere die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben, um eine Pensionsleistung zu vermeiden.³² Alterspensionistinnen und –pensionisten oder Angehörige waren daher nicht anspruchsberechtigt.

(2) Nach § 154a ASVG gewährten auch die Krankenversicherungsträger Rehabilitation. Diese diente dazu, den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern. Der Gesundheitszustand der Betroffenen sollte soweit wieder hergestellt werden, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen. Diese Leistung der Krankenversicherung war auch für Pensionistinnen und Pensionisten sowie Angehörige vorgesehen.

(3) Sowohl die Leistungen der Pensionsversicherung als auch die der Krankenversicherung waren sogenannte Pflichtaufgaben, das heißt

³² Rehabilitation umfasste daher nach der Definition der Pensionsversicherung – neben sozialen und beruflichen Maßnahmen – insbesondere medizinische Maßnahmen mit dem Ziel, die zu rehabilitierenden Personen bis zu einem solchen Grad ihrer Leistungsfähigkeit herzustellen, der sie in die Lage versetzte, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd einnehmen zu können.

- die Sozialversicherung musste diese Aufgaben übernehmen (im Gegensatz zu freiwilligen Leistungen, die nur unter Bedacht auf die finanzielle Lage des Trägers zu erbringen waren),
- es bestand aber kein individueller Rechtsanspruch (im Gegensatz zu den Pflichtleistungen, bei denen eine gerichtliche Durchsetzung möglich war).
- Möglich war allerdings eine gerichtliche Überprüfung der Ermessensentscheidung, wobei auch Kriterien wie die finanzielle Situation der Betroffenen und des Sozialversicherungsträgers sowie die ständige Praxis gegenüber anderen Versicherten relevant sein konnten.

Die nach den Gesetzesmaterialien bereits für 1994 geplante Umwandlung der Rehabilitation für Angehörige sowie Pensionistinnen und Pensionisten in der Krankenversicherung in eine Pflichtleistung war bis zum Frühjahr 2016 noch nicht erfolgt.

(4) Nach § 307d ASVG konnten Pensionsversicherungsträger³³ unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit Versicherten sowie Pensionistinnen und Pensionisten Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge gewähren (z.B. Kuren). Welche konkrete Steuerungsfunktion die Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit angesichts der Regelung zum Bundesbeitrag (der Bund trägt den Abgang der Pensionsversicherung) haben sollte, konnte dem RH nicht konkret erläutert werden. Seitens des BMF gab es keine Vorgaben, welche Beträge für diese freiwillige Leistung verwendet werden konnten.

Nach § 155 ASVG konnten auch Krankenversicherungsträger – ebenfalls unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Lage – Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (darunter Kuraufenthalte) gewähren. Im Bereich der Krankenversicherung war kein Bundesbeitrag vorgesehen.

(5) Tatsächlich übernahm die Pensionsversicherung unter Bezugnahme auf die zitierten Rechtsvorschriften zur Gesundheitsvorsorge auch Rehabilitationsleistungen für (Alters–)Pensionistinnen und Pensionisten (nicht jedoch für Angehörige).

Inhaltlich begründete dies die PVA mit der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, die über das Pflegegeld den Bund finanziell belaste. Als Rechtsgrundlage wurde dem

³³ unter Berücksichtigung des Fortschritts der Medizin und der Auslastung der zur Verfügung stehenden Einrichtungen

RH ein als „Erlass“ bezeichnetes Schreiben des BMASK aus dem Jahr 1999 vorgelegt.³⁴

Laut Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018 sollte zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Rehabilitations-Gesamtstrategie ab 2015 Rehabilitation für alle Seniorinnen und Senioren von der Pensionsversicherung angeboten werden. Eine entsprechende Änderung der Rechtsgrundlagen war bisher nicht erfolgt.

(6) Somit übernahm die Pensionsversicherung Rehabilitation als Pflichtaufgabe für „Aktive“, als freiwillige Leistung unter dem Titel der Gesundheitsvorsorge für Pensionistinnen und Pensionisten, jedoch keine Leistungen für die Angehörigen. Für diese erbrachte die Krankenversicherung Leistungen der Rehabilitation:³⁵

Tabelle 4: Zuständigkeiten für Heilverfahren im Überblick

		Aktive	Alterspensionistinnen und -pensionisten	Angehörige
Pensionsversicherung	Rehab	Pflichtaufgabe; zur Wiedereingliederung in das Berufsleben	als freiwillige Leistung zur Gesundheitsvorsorge möglich	keine Leistungen
	Kur	als freiwillige Leistung zur Gesundheitsvorsorge möglich		
Krankenversicherung	Rehab	Pflichtaufgaben, zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung und des angemessenen Platzes in der Gesellschaft ohne Hilfe		
	Kur	als freiwillige Leistung		

Quellen: ASVG; BMASK; RH

(7) Die Träger der Krankenversicherung verfügten hinsichtlich der Personen, die Anträge auf Kur- oder Rehabilitationsaufenthalte stellten, über umfassende Daten zu abgerechneten Leistungen der Krankenbehandlung. Die Träger der Pensionsversicherung verfügten nicht über diese Daten.

Zwischen Krankenbehandlung und Rehabilitation bestanden zunehmend Wechselwirkungen (z.B. bei ambulanter Rehabilitation bzw. beim Zusammenspiel von psychotherapeutischen Maßnahmen bei psychiatrischen Problemen).

³⁴ Das BMASK hatte den Erlass in Reaktion auf einen Bericht des RH (Reihe Bund 1999/2) erstellt, in dem dieser darauf hingewiesen hatte, dass die Leistungen der Krankenversicherung durch Beiträge gedeckt waren, die Leistungen der Pensionsversicherung aber den Bundesbeitrag erhöhten. Gesetzlich sei (damals bezogen auf sogenannte Anschlussheilverfahren) eine primäre Zuständigkeit der Krankenversicherungsträger vorgesehen. Das BMASK hatte dem RH damals zugestimmt, dass eine primäre Zuständigkeit der Krankenversicherungsträger bestehe und eine klarere rechtliche Regelung wünschenswert wäre. Die beschriebene Praxis (d.h. die Übernahme von Anschlussheilverfahren durch die Pensionsversicherung) sei jedoch rechtlich gedeckt.

³⁵ Die Unfallversicherung wiederum erbringt die Leistungen im Fall von Arbeitsunfällen.

24.2

(1) Der RH kritisierte, dass die Pensionsversicherung ohne klare rechtliche Grundlage, nur auf Basis eines sogenannten Erlasses, die Rehabilitation der Pensionistinnen und Pensionisten übernahm und damit der Bund rd. 315,48 Mio. EUR (siehe [TZ 26](#)) bzw. rd. 58.000 Verfahren finanzierte, wofür primär die Krankenversicherung leistungszuständig wäre.

Weiters wies er darauf hin, dass Rehabilitation für Pensionistinnen und Pensionisten keine Pflichtaufgabe war, sondern nur eine freiwillige Leistung darstellte. Zumindest bei Anschlussheilverfahren (z.B. nach einer Hüftoperation oder einem Schlaganfall) schien dies dem RH nicht gerechtfertigt, weil Anschlussheilverfahren in der Regel im Anschluss an ein akutmedizinisches Ereignis erfolgten und somit eine Notwendigkeit für den medizinischen Erfolg darstellten.

(2) Für den Bereich der freiwilligen Leistung war die finanzielle Lage des jeweiligen Versicherungsträgers gesetzlich als Steuerungskriterium vorgesehen. Dieses Kriterium wirkte zwar in der Krankenversicherung, nicht aber bei der Pensionsversicherung, da einerseits faktisch die Leistung zu erbringen war, andererseits keine Vorgaben vom BMF über die Auslegung des Kriteriums der finanziellen Lage existierten.

Nach Ansicht des RH war die Entscheidung über eine Rehabilitation durch die Pensionsversicherung auch operativ unzweckmäßig, da die Krankenversicherungsträger über umfangreichere Daten zur medizinischen Beurteilung der Anträge verfügten und unmittelbar auf die Historie der abgerechneten Leistungen zurückgreifen konnten. Stattdessen war die PVA grundsätzlich auf die Angaben im Kurantrag bzw. übermittelte Befunde angewiesen.

Auch aus Compliance–Gesichtspunkten boten die unklare Rechtsgrundlage, die reduzierten Entscheidungsgrundlagen (keine Kenntnis über bisher abgerechnete Leistungen) und die fehlende finanzielle Steuerung – in Verbindung mit der unklaren Abgrenzung der Leistungsarten (siehe [TZ 25](#)) – keine geeignete Grundlage für die Gestaltung einer ordnungsgemäßen, wirtschaftlichen und zweckmäßigen Vollziehung.

[Der RH empfahl dem BMASK und dem BMGF, auf eindeutige Begriffe und eine verbesserte rechtliche Regelung der Zuständigkeiten für Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge hinzuwirken.](#)

24.3

(1) Das BMASK wies in seiner Stellungnahme auf das Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018 hin. Demnach solle zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Rehabilitations–Gesamtstrategie sichergestellt werden, dass ab 2015 Rehabilitation für alle Seniorinnen und Senioren

durch die Pensionsversicherung angeboten wird. Eine Rehabilitations-Gesamtstrategie für alle Seniorinnen und Senioren sei bislang aus finanziellen Gründen noch nicht umgesetzt.

(2) Das BMGF verwies in seiner Stellungnahme auf den „Reformpfad Pensionen“, den die Bundesregierung im März 2016 beschlossen habe. Ein wesentlicher Teil davon sei dem Thema Rehabilitation und Rehabilitationsabläufe gewidmet.

Bei Umsetzung der Empfehlungen des RH sei mit Kostenverschiebungen und Mehrkosten zu rechnen.

24.4 Der RH entgegnete dem BMGF, er könne nicht erkennen, warum die empfohlene verbesserte Regelung der Zuständigkeiten zu Mehrkosten führen sollte.

Abgrenzung zwischen Kur und Rehabilitation

25.1 (1) Sowohl Kur- als auch Rehabilitationsleistungen wurden nur auf Antrag gewährt. Die Wahl des Heilverfahrens (Kur oder Rehabilitation) entschied der jeweilige Träger. Das heißt, der Träger konnte Kuranträge in Rehabilitationsanträge umwandeln und umgekehrt. Dies erfolgte z.B. dann, wenn der Gesundheitszustand einer Antragstellerin oder eines Antragstellers eine bestimmte Intensität oder Art der Behandlung erforderte oder gerade unmöglich machte. Eine trägerübergreifende, einheitliche Definition, wie dies erfolgen sollte bzw. wo die Grenze zwischen Kur und Rehabilitation lag, existierte nicht.

Die Gesprächspartnerinnen und -partner des RH³⁶ beschrieben die Unterschiede zwischen Kuren und Rehabilitation unterschiedlich:

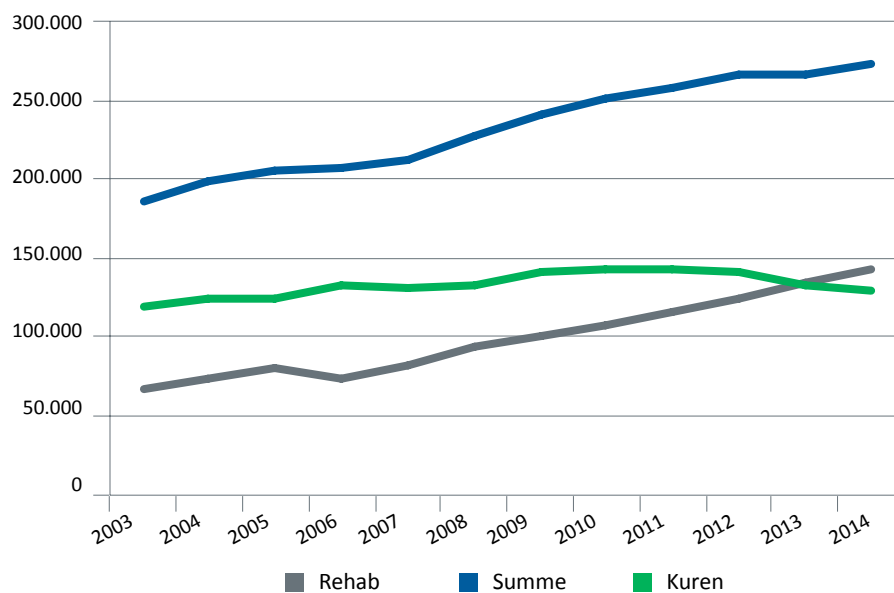
- Sie verwiesen auf die unterschiedlichen Funktionen der Vorsorge bzw. nachgängigen Wiederherstellung der Gesundheit.
- Beide Maßnahmen bestanden weitgehend aus ähnlichen Leistungen (etwa Bewegungseinheiten, Massagen, Vorträgen etc.), wenn auch in unterschiedlicher Intensität (messbar z.B. in der Dauer der Therapieeinheiten pro Tag bzw. pro Aufenthalt).
- Ein Unterschied betraf die Ausstattung von Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation (z.B. die durchgängige ärztliche Versorgung bzw. die Genehmigung von Rehabilitationseinrichtungen als (Sonder-)Krankenanstalt mit entsprechender sanitätsbehördlicher Aufsicht).

³⁶ Der RH führte Gespräche mit dem chefarztlichen Dienst der PVA, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Verwaltung der Versicherungsträger, Anbietern von Rehabilitations- bzw. Kurleistungen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der zuständigen Bundesministerien.

- Eine weitere Perspektive betraf die unterschiedliche Bandbreite und Ausrichtung: Insbesondere bei der Rehabilitation erfolgte die individuelle Vereinbarung von Rehabilitationszielen (z.B. bei der Mobilisierung nach einem Schlaganfall bzw. bei Spezialfällen (z.B. nach Herz-Lungen-Transplantationen)). Demgegenüber war der bei weitem überwiegende Anteil der Kuren Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats zugeordnet.
- Schließlich wurde auf den Begriff der „Anschlussheilverfahren“ als einer Subgruppe der Rehabilitationsverfahren hingewiesen, die innerhalb einer festgelegten Dauer nach einem Akutereignis (etwa einer Hüftoperation oder einem Schlaganfall) erfolgten und die in der Regel bereits das Krankenhaus beantragte. Im Gegensatz zu „sonstigen“ Rehabilitationen seien diese Verfahren besonders klar indiziert und auch sachlich eindeutig abgegrenzt.

(2) Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Anzahl der Kur- und Rehabilitationsaufenthalte:

Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl der Kur- und Rehabilitationsaufenthalte 2003 bis 2014 (alle Sozialversicherungsträger)



Quellen: GÖG; Hauptverband

Im Bereich der Rehabilitation war ein starker Anstieg der Aufenthalte von 67.139 auf 142.447 (rd. 112 %) erkennbar, wohingegen die Aufenthalte im Bereich der Kuren nur in geringem Ausmaß von 118.777 auf 129.828 anstiegen (9 %). Die Gesamtentwicklung beider Heilverfahren zeigte einen Anstieg der Aufenthalte von 185.916 auf 272.275 (rd. 46 %).

(3) Im dargestellten Zeitraum änderte sich die Einordnung der Versorgung bestimmter Krankheitsfälle von Kur auf Rehabilitation. Dadurch erfolgte ein überproportionaler Anstieg der Rehabilitationsfälle. So waren bei der PVA im Jahr 2006 noch rd. 3.500 Kuraufenthalte im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und rd. 2.400 Kuraufenthalte im Bereich Neurologie verzeichnet.³⁷ Ab dem Jahr 2009 gab es aufgrund der Festlegungen des Chefarztes der PVA keine solchen Aufenthalte mehr, die Betroffenen wurden vielmehr im Bereich Rehabilitation versorgt.

Bei einzelnen Indikationen war diese Entwicklung besonders stark ausgeprägt: Alleine im überprüften Zeitraum 2012 bis 2014 gingen die Aufenthalte für Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats in Kurheimen um 714 Bettenäquivalente³⁸ zurück, während die Aufenthalte für Orthopädische Rehabilitation um 485 Bettenäquivalente anstiegen.

(4) Eine Bedarfsplanung erfolgte nur für Rehabilitation, nicht für Kuren (siehe [TZ 44](#), [TZ 45](#), [TZ 46](#), [TZ 47](#), [TZ 48](#)). Eine Fortschreibung des Anstiegs der Rehabilitationsaufenthalte ohne Berücksichtigung der Substitutionseffekte mit Kuraufenthalten ließ jedoch einen wesentlichen Aspekt der Nachfrageentwicklung außer Acht.

(5) Innerhalb der PVA lagen die Genehmigungsquoten für Heilverfahren im Vergleich der Bundesländer relativ ähnlich, Genehmigungsquoten von Kuren und Rehabilitation jedoch deutlich unterschiedlich (siehe [TZ 37](#)). Vertreterinnen und Vertreter der PVA führten dazu im Gespräch mit dem RH aus, dass es nicht auszuschließen sei, dass die Zuteilung zu einer Kur bzw. Rehabilitation in den Landesstellen unterschiedlich erfolge.

25.2

(1) Der RH hielt fest, dass Kuren und Rehabilitationen nicht ausreichend klar bestimmt und voneinander abgegrenzt waren.

Die Rehabilitation sollte nach einer Gesundheitsschädigung die Wiederherstellung der Gesundheit bewirken, während die Kur als Gesundheitsvorsorge vorbeugend wirken sollte. Die Zielsetzung in der Krankenversicherung betraf die Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung, jene der Pensionsversicherung die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben.

Soweit aber die Rehabilitation für Pensionistinnen und Pensionisten mit der Gesundheitsvorsorge begründet war, wurde diese (ohnehin diffizile) Unterscheidung aufgeweicht. Die Veränderung der Zuordnung im Zeitablauf bzw. die unterschiedli-

³⁷ ähnlich z.B. im Bereich Stoffwechsel: rd. 4.750 Kuraufenthalte im Jahr 2006, im Jahr 2014 nur noch knapp über 400

³⁸ Der RH rechnete dazu die Anzahl der Aufenthalte der Versicherten mit Hilfe der durchschnittlichen Verweildauer auf Bettenäquivalente um.

che Handhabung in einzelnen Landesstellen der PVA zeigten, dass die Unterscheidung und tatsächliche Zielsetzung nicht ausreichend klar waren.

Eine klare Zieldefinition war jedoch Grundlage einer wirkungsorientierten Steuerung – gerade bei der angedachten Weiterentwicklung von Kuren bzw. Rehabilitationen – und auch unter Compliance-Gesichtspunkten wesentlich.

Der RH wiederholte seine Empfehlung an das BMASK und das BMGF, auf eine klare Definition der Kur und Rehabilitation hinzuwirken bzw. die Rechtsgrundlagen so anzupassen, dass eine zielkonforme Vollziehung möglich ist.

(2) Der RH kritisierte, dass bei der Bedarfsplanung für Rehabilitation die Substitutionseffekte mit Kuraufenthalten nicht berücksichtigt wurden.

Er empfahl daher dem Hauptverband bzw. der PVA, bei der Planung im Rehabilitationbereich besonders auf Substitutionseffekte zwischen den verschiedenen Arten der Heilverfahren zu achten.

25.3

(1) Das BMASK verwies in seiner Stellungnahme auf die bestehende Rechtslage (Rehabilitation bei Bezieherinnen und Beziehern von Rehabilitationsgeld, als Pflichtaufgabe der Pensionsversicherung und aus dem Titel der Gesundheitsvorsorge). Für Pensionistinnen und Pensionisten sei primär die Krankenversicherung zuständig. Da aber derzeit die Krankenversicherungsträger solche Maßnahmen nicht erbrachten, übernehme in der Praxis die Pensionsversicherung diese Aufgabe der Krankenversicherung, allerdings als freiwillige Leistung unter dem Titel „Gesundheitsvorsorge“ (Kuraufenthalte) nach § 307d ASVG. Der Leistungskatalog für Maßnahmen aus dem Titel der „Gesundheitsvorsorge“ (Kuraufenthalte) sehe nur stationäre Aufenthalte vor. Für Pensionistinnen und Pensionisten würden daher keine ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in Betracht kommen.

(2) Das BMGF verwies in seiner Stellungnahme neuerlich auf den „Reformpfad Pensionen“ (siehe **TZ 24**) und darauf, dass bei Umsetzung der Empfehlungen des RH mit Kostenverschiebungen und Mehrkosten zu rechnen sei.

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

(4) Die PVA erläuterte in ihrer Stellungnahme ausführlich ihr Verständnis der Unterschiede zwischen Kuren und Rehabilitationsaufenthalten (ursächlicher und zeitlicher Zusammenhang zu akutmedizinischer Behandlung versus Erfordernis lediglich einer Basisdiagnose; reduzierte Personalausstattung bei Kuren; Einsatz ortsgebundener Kurmittel wie schwefelhaltiges Heilwasser etc.). Sie könne den Begriff „Substitutionseffekt“ ebenso wenig nachvollziehen wie die Kritik des RH.

25.4

(1) Der RH entgegnete dem BMGF abermals, er könne nicht erkennen, warum die empfohlene verbesserte Regelung der Zuständigkeiten oder die verbesserte Planung zu Mehrkosten führen sollte.

(2) Der PVA entgegnete der RH, dass die Entwicklung der Anzahl der Kur- und Rehabilitationsaufenthalte laut Abbildung 2 (kontinuierlicher Anstieg aller Verfahren bei Sinken der Kuraufenthalte und starkem Anstieg der Rehabilitationsaufenthalte) Substitutionseffekte nahelegte. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Gebarungsvolumen und Fallzahl

26.1

(1) Eine trägerübergreifende Gesamtdarstellung des Aufwands für medizinische Rehabilitation und Kuren war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung weder im BMASK noch im BMGF noch im Hauptverband verfügbar. Aufgrund der Struktur der Rechnungsabschlüsse war eine solche Gesamtübersicht auch nicht ohne weiteres aus dem bestehenden Rechenwerk ableitbar. Für die Unfallversicherung existierten nämlich keine entsprechenden Einzelnachweisungen für eine Aufgliederung. Da auf die AUVA rd. 95 % der Aufwendungen für Rehabilitation entfielen, konnte der RH im Rahmen der Gebarungsüberprüfung eine näherungsweise Gesamtübersicht erstellen:³⁹

Tabelle 5: Aufwendungen für Kuren und Rehabilitation 2010 bis 2014

	2010	2011	2012	2013	2014	Veränderung	
	in Mio. EUR					in %	
Medizinische Rehabilitation	598,69	641,95	711,63	760,27	811,80	213,11	36
PV (Titel Rehabilitation)	194,72	223,82	269,54	298,04	330,61	135,89	70
PV (Titel Gesundheitsvorsorge)	269,34	279,93	291,68	303,61	315,48	46,14	17
KV	84,89	86,64	94,72	101,21	107,03	22,14	26
AUVA	49,73	51,56	55,68	57,42	58,68	8,95	18
„Kuren“	217,37	221,94	225,71	220,63	216,20	-1,17	-1
PV	155,36	158,42	159,61	156,15	147,74	-7,63	-5
KV	59,04	60,34	62,87	61,27	65,27	6,23	11
AUVA	2,97	3,18	3,24	3,22	3,19	0,23	8
gesamt	816,06	863,88	937,34	980,91	1.028,00	211,94	26

PV = Pensionsversicherung; KV = Krankenversicherung

Quellen: Hauptverband; Einzelnachweisungen der Sozialversicherungsträger

³⁹ Die Ausgaben für Medizinische Rehabilitation in der Pensionsversicherung stellen die Ausgaben aus dem Rechtstitel der Medizinischen Rehabilitation dar (Einzelnachweisungen Position C) sowie die Ausgaben für Medizinische Rehabilitation (ohne Körperersatzstücke und ärztliche Hilfe) aus dem Rechtstitel der Gesundheitsvorsorge. In der Krankenversicherung wurden unter der Position „Kuren“ die Aufwendungen aus der Einzelnachweisung Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung Positionen eins und zwei in die Darstellung aufgenommen.

Die Aufwendungen für Kuren und Rehabilitation stiegen in den fünf betrachteten Jahren um rd. 26 % bzw. rd. 212 Mio. EUR an und lagen im Jahr 2014 bei rd. 1,028 Mrd. EUR. Der Anstieg in der Rehabilitation betrug 36 % (rd. 8 % im Jahresschnitt)⁴⁰ und wurde teilweise durch einen Rückgang im Kurbereich seit 2012 kompensiert.

Der größte Anstieg entfiel mit rd. 70 % auf die Rehabilitation in der Pensionsversicherung, bei der aufgrund der Regelung zum Bundesbeitrag nach § 80 ASVG zusätzliche Aufwendungen direkt vom Bund zu tragen waren⁴¹ (vgl. [TZ 24](#)).

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der durchgeführten Aufenthalte bzw. Heilverfahren nach Kategorie und Rechtsträger im Jahr 2014:

⁴⁰ Dies setzte einen längerfristigen Trend fort: Zwischen 2003 und 2014 betrug der Anstieg der Rehabilitationsaufenthalte rd. 112 %.

⁴¹ Insgesamt entfielen von den Gesamtaufwendungen rd. 793,83 Mio. EUR auf die Pensionsversicherung (und damit in den Bereich des Bundesbeitrags); der Anstieg dabei betrug rd. 174 Mio. EUR bzw. rd. 28 % in den dargestellten fünf Jahren.

Tabelle 6: Durchgeführte Aufenthalte bzw. Heilverfahren 2014

	Summe GKK	Sonder-VTr	PVA	AUVA	Sonstige (BKK)	gesamt
	Anzahl					
Medizinische Rehabilitation – stationäres Heilverfahren	7.344	31.525	100.812	3.322	208	143.211
<i>davon</i>						
<i>Medizinische Rehabilitation als Gesundheitsvorsorge (AHV in der PV) § 307d ASVG</i>	–	8.885	48.802	–	–	57.687
Medizinische Rehabilitation – ambulantes Heilverfahren	2.110	892	8.430	–	23	11.455
für sonstige Heilverfahren durchgeführte Aufenthalte	6.681	36.442	83.799	1.610	532	129.064
<i>davon</i>						
<i>Gesundheitsvorsorge PV § 307d ASVG Kurheilverfahren</i>	–	12.686	83.799	–	–	96.485
<i>Gesundheitsfestigung KV § 155 ASVG Kurheilverfahren</i>	3.046	20.223	–	–	386	23.655
<i>Gesundheitsfestigung KV § 155 ASVG sonstige Heilverfahren</i>	3.635	2.470	–	–	146	6.251
Unfallheilbehandlung § 189 ASVG insgesamt	–	116	–	1.610	–	1.726
Summe	16.135	68.859	193.041	4.932	763	283.730
	Anteil in %					
Medizinische Rehabilitation – stationäres Heilverfahren	5,1	22,0	70,4	2,3	0,1	100
Medizinische Rehabilitation – ambulantes Heilverfahren	18,4	7,8	73,6	0,0	0,2	100
Medizinische Rehabilitation als Gesundheitsvorsorge (AHV in der PV) § 307d ASVG	0,0	15,4	84,6	0,0	0,0	100
für sonstige Heilverfahren durchgeführte Aufenthalte	5,2	28,2	64,9	1,2	0,4	100
<i>davon</i>						
<i>Gesundheitsvorsorge PV § 307d ASVG Kurheilverfahren</i>	0,0	13,1	86,9	0,0	0,0	100
<i>Gesundheitsfestigung KV § 155 ASVG Kurheilverfahren</i>	12,9	85,5	0,0	0,0	1,6	100
<i>Gesundheitsfestigung KV § 155 ASVG sonstige Heilverfahren</i>	58,2	39,5	0,0	0,0	2,3	100
Unfallheilbehandlung § 189 ASVG insgesamt	0,0	6,7	0,0	93,3	0,0	100
Summe	5,7	24,3	68,0	1,7	0,3	100

AHV = Anschlussheilverfahren

BKK = Betriebskrankenkasse

GKK = Gebietskrankenkasse

KV = Krankenversicherung

PV = Pensionsversicherung

Sonder-VTr = Sondersicherungsträger (BVA, SVA, SVB, VAEB)

Quellen: Hauptverband; Einzelnachweisungen der Sozialversicherungsträger

Im Jahr 2014 entfielen rd. 68 % aller Heilverfahren auf die PVA, rd. 6 % auf die Gebietskrankenkassen. Ein wesentlicher Anteil aller Verfahren (rd. 20 % bzw. rd. 58.000 Verfahren) entfiel auf „Medizinische Rehabilitation als Gesundheitsvorsorge“ (also auf einen Bereich, für den primär die Krankenversicherungsträger zuständig waren, praktisch aber die Pensionsversicherung einsprang; siehe dazu [TZ 24](#)).

(3) Bei den Gebietskrankenkassen war die Anzahl der gewährten Aufenthalte sehr unterschiedlich; einige gewährten aufgrund ihrer ungünstigen finanziellen Lage grundsätzlich keine Kuraufenthalte mehr.^{42, 43} Auch bei der Rehabilitation bestanden erhebliche Unterschiede: Die OÖGKK gewährte rd. 24 von 1.000 anspruchsberechtigten Angehörigen Rehabilitation, die WGKK rd. 2,5.⁴⁴ Dies lag teilweise auch an Vereinbarungen zwischen der PVA und den regionalen Gebietskrankenkassen über die Aufteilung der Behandlungsfälle.

26.2

(1) Der RH wies auf das hohe Gebarungsvolumen von rd. 1,028 Mrd. EUR für medizinische Rehabilitation und Kuren, die hohe Steigerung in den Jahren 2010 bis 2014 und die überwiegende Kostentragung durch die vom Bundesbeitrag unterstützte Pensionsversicherung hin.

Er kritisierte, dass mangels entsprechender Einzelnachweisungen in der Unfallversicherung keine vollständige Übersicht der entsprechenden Aufwendungen verfügbar war.

Der RH empfahl daher dem BMGF, im Einvernehmen mit dem BMASK in den Weisungen zu den Rechnungsvorschriften bzw. den statistischen Weisungen eine getrennte Darstellung des Gesamtaufwands für Kuren und Rehabilitation zu veranlassen.

Der RH empfahl weiters dem Hauptverband, regelmäßig die Aufwendungen für Kuren und Rehabilitation über alle Versicherungsträger auszuwerten. Er hielt dies auch unter Compliance-Gesichtspunkten für zweckmäßig, da ansonsten unterschiedliche Vorgehensweisen und ihre Auswirkungen nicht transparent waren.

⁴² Die Kärntner, Tiroler und Wiener Gebietskrankenkasse hatten im Jahr 2014 keine Kuraufenthalte gewährt.

⁴³ Zum Beispiel entfielen auf 1.000 Angehörige bei der OÖGKK rd. 13,6 sonstige Heilverfahren; bei der StGKK nur 1,14. Die PVA teilte dazu mit, dass viele ältere Personen das (von der PVA) vorgegebene Leistungsprofil nicht erfüllen könnten. Die PVA müsse diesen Personenkreis ablehnen. Durch eine Vereinbarung mit der OÖGKK könne die PVA solche Personen abtreten; die OÖGKK bewillige für diesen Personenkreis Kur- und Erholungsaufenthalte ohne Vorgabe eines Leistungsprofils (d.h. die Anzahl der Behandlungen könne individuell abgestimmt werden).

⁴⁴ Die PVA nannte u.a. folgende Fälle für Abtretungen: Personen, die an besonderen Projekten der OÖGKK teilnehmen wollten; Anträge mit vorwiegend psychosomatischen Problemen (wie Alkohol, Drogen, Essstörungen); Anträge aufgrund von Tinnitus und akuten Schmerzen; sowie Anträge auf ambulante Rehabilitation in Einrichtungen ohne PVA-Vertrag.

(2) Abschließend wies der RH darauf hin, dass die Rehabilitation für Pensionistinnen und Pensionisten aus dem Titel der Gesundheitsvorsorge in der Pensionsversicherung rd. 58.000 Fälle bzw. rd. 315,48 Mio. EUR ausmachte, und verwies auf seine Empfehlung in **TZ 24**, eine genauere begriffliche Abgrenzung vorzunehmen.

26.3

(1) Das BMGF hielt in seiner Stellungnahme in Übereinstimmung mit dem RH eine Überarbeitung der statistischen Nachweisung für geboten, da generell die Frage nach mehr Transparenz und Analyse von verschiedensten Daten an Bedeutung gewinne. Die führende Zuständigkeit dafür liege beim BMASK.

(2) Laut Stellungnahme des BMASK falle die Trennung der Ausweisung von medizinischer Rehabilitation und Kuren in den Erfolgsrechnungen der Unfallversicherungsträger (im Bereich der Pensionsversicherung sei sie vorhanden) in den Zuständigkeitsbereich des BMGF. Es könne davon ausgegangen werden, dass das BMASK einer Vorlage des BMGF zur Änderung der Rechnungsvorschriften zustimme. Ebenso würde es eine Anregung des BMGF zur Änderung der statistischen Weisungen aufnehmen.

26.4

Unabhängig von den jeweiligen Zuständigkeiten hielt der RH gegenüber dem BMASK und dem BMGF seine Empfehlung aufrecht, genauere begriffliche Abgrenzungen vorzunehmen.

Zusammenfassung

27.1

Der RH hob hervor, dass die Rechtsgrundlagen für die Erbringung der Kuren und Rehabilitation insofern unbefriedigend waren, als

- zwar eine Pflichtaufgabe vorlag, aber kein Rechtsanspruch der bzw. des Einzelnen bestand;
- die vorgesehene Steuerung im Hinblick auf die finanzielle Lage des Trägers bei freiwilligen Leistungen unklar war;
- die Zieldefinitionen für Prävention bzw. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch die Leistungserbringung der Rehabilitation für Pensionistinnen und Pensionisten durch die Pensionsversicherung unter dem Titel der Gesundheitsvorsorge unklar waren.

Überwiegend entschied die PVA die Anträge, und damit jene Institution, die gerade nicht über Informationen zum Krankheitsverlauf der Antragstellerinnen und Antragsteller verfügte.

Klare statistische Grundlagen über das Gebarungsvolumen bzw. das Genehmigungsverhalten fehlten.

- 27.2** Der RH beurteilte die aufgezeigten Mängel kritisch, und zwar sowohl im Hinblick auf eine optimale Leistungserbringung als auch unter Compliance-Gesichtspunkten, und verwies auf seine Empfehlungen in **TZ 24**, **TZ 25** und **TZ 26**.

Genehmigung von Kur- und Rehabilitationsverfahren

Genehmigungsprozesse

Prüfungsvorgehen

- 28** Der RH untersuchte anhand von Einzelfällen das Vorgehen der AUVA, der BVA und der PVA zur Bearbeitung von Kur- und Rehabilitationsanträgen. Unterlagen über den Antrag und die Bearbeitung waren zu jedem Einzelfall verfügbar.

Entscheidungsgrundlagen

- 29.1** (1) Die Entscheidungsgrundlagen zur Bearbeitung von Kur- und Rehabilitationsanträgen waren insbesondere bei der PVA oft sehr eingeschränkt, da die Antragsformulare⁴⁵ oft nur wenige Schlagworte enthielten. Im überprüften Zeitraum entwickelten die Sozialversicherungsträger aussagekräftigere Antragsformulare. Diese gelangten jedoch nach Gesprächen mit der Ärztekammer aus Kostengründen nicht zum Einsatz.

Bei der BVA bzw. der AUVA lagen detailliertere Daten aus der ursprünglichen Beurteilung des Arbeitsunfalls bzw. der laufenden Krankenbehandlung vor, die für die Beurteilung eines Antrags beigezogen werden konnten.

- (2) Aufgrund der hohen Anzahl der Anträge standen für die Begutachtung im Durchschnitt zwei bis drei Minuten pro Fall zur Verfügung.

- 29.2** Der RH hielt kritisch fest, dass die eingeschränkten Informationen in Anträgen auf Kur- und Rehabilitationsverfahren in Verbindung mit der kurzen Begutachtungszeit eine sachgerechte Entscheidung der Ärztinnen und Ärzte über die Anträge erschwerten. Er wies darauf hin, dass ein Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt einen Aufwand von mehreren 1.000 EUR für die Sozialversicherungsträger (siehe **TZ 60**)

⁴⁵ Die Antragstellung erfolgte durch die Betroffenen selbst. Inhaltlich waren die Anträge meist von behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten ausgefüllt. Diese enthielten dafür kein gesondertes Entgelt, die Leistung war in der Behandlungspauschale enthalten.

und aufgrund des Ausfalls der Patientin bzw. des Patienten am Arbeitsplatz gegebenenfalls auch Kosten für die Dienstgeber auslöste.

Der RH kritisierte, dass die Bemühungen um aussagekräftigere Antragsformulare gescheitert waren, und wies erneut darauf hin, dass den Krankenversicherungsträgern umfassende Daten über die abgerechneten Leistungen zur Verfügung standen. Er betonte, dass unter Compliance-Gesichtspunkten ausreichende Entscheidungsgrundlagen und eine sich daraus ergebende nachvollziehbare Begründung für die getroffenen Entscheidungen unabdingbar waren.

Der RH empfahl dem BMGF, dem Hauptverband und der PVA, durch die Verlagerung der Zuständigkeit von der Pensions- auf die Krankenversicherung, durch den besseren Austausch von Daten oder die Neugestaltung der Antragsformulare die Datengrundlagen für die Entscheidung über Kur- und Rehabilitationsanträge zu verbessern.

29.3

(1) Das BMGF verwies in seiner Stellungnahme abermals auf den „Reformpfad Pensionen“ und darauf, dass bei Umsetzung der Empfehlungen des RH mit Kostenverschiebungen und Mehrkosten zu rechnen sei (siehe [TZ 24](#)).

(2) Der Hauptverband sagte in seiner Stellungnahme zu, im Rahmen seiner Zuständigkeit zur Unterstützung der Empfehlungen des RH beizutragen; er sei aber nicht allein entscheidungsbefugt. Erforderlich sei auch eine Veränderung in den einschlägigen Weisungen des BMASK bzw. des BMGF (§ 444 Abs. 2 ASVG) und in den gesetzlichen Zuständigkeiten (§ 154a, §§ 300 ff. ASVG).

(3) Die PVA sprach sich in ihrer Stellungnahme für eine weitere Verbesserung des Datenaustauschs, aber gegen eine Verschiebung der Zuständigkeiten aus. Wesentliche Grundlage der Entscheidung sei die medizinische Information der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die bestehenden Abrechnungsdaten könnten nur im Einzelfall eine relevante Zusatzinformation bieten. Häufig stünden der PVA im Zusammenhang mit Pensionsverfahren aktuellere Daten zur Verfügung. Die Gebietskrankenkassen seien finanziell derzeit für die Übernahme dieser Aufgabe nicht gerüstet und die Anzahl der gewährten Aufenthalte sei zwischen den Gebietskrankenkassen sehr unterschiedlich. Vorrangig sei eine Trennung der Zuständigkeiten im Hilfsmittelbereich; so könnten künftig alle Hilfsmittel und Heilbehelfe ausnahmslos durch die Krankenversicherungsträger gewährt werden und im Gegenzug die PVA für alle Rehabilitations- und Kurmaßnahmen zuständig sein. Diese Systemumstellung könnte mehr Transparenz sowie klarere und verständliche Strukturen für die Versicherten schaffen und den administrativen Aufwand reduzieren.

Die PVA arbeite bereits intensiv an einem verbesserten Datenaustausch, z.B. im Bereich der Früherfassungsheilverfahren bzw. im Bereich des Rehabilitationsgeldes.

29.4 Der RH entgegnete dem BMGF abermals, er könne nicht erkennen, warum die empfohlene verbesserte Regelung der Zuständigkeiten zu Mehrkosten führen sollte.

Der Umsetzung der von BMGF und der PVA genannten Verbesserungen und den Beiträgen des Hauptverbands dazu sah er entgegen.

Feste Geschäftseinteilung

30.1 Eine feste Geschäftseinteilung bestand weder bei der AUVA noch bei der BVA oder der PVA. Das heißt, es war nicht im Vorhinein festgelegt, welche begutachtenden Ärztinnen oder Ärzte einen bestimmten Antrag zu bearbeiten hatten. Die überprüften Sozialversicherungsträger verwiesen dazu darauf, dass eine feste Geschäftseinteilung die Flexibilität der Diensterteilung bzw. die Priorisierung zeitkritischer ärztlicher Tätigkeiten erschweren würde.

30.2 Der RH kritisierte, dass keine feste Geschäftseinteilung für die Bearbeitung von Kur- bzw. Rehabilitationsanträgen innerhalb der Sozialversicherungsträger bestand.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA sowie dem Hauptverband, Regelungen über eine feste Geschäftseinteilung für die Bearbeitung von Kur- bzw. Rehabilitationsanträgen einzuführen.

30.3 (1) Der Hauptverband unterstützte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH, wies aber darauf hin, dass ihre Umsetzung Organisationsänderungen bei den zuständigen Sozialversicherungsträgern erfordere, zu denen der Hauptverband nicht befugt sei.

(2) Die AUVA, die BVA und die PVA hielten in ihren Stellungnahmen fest, dass strukturierte Abläufe bzw. klare Strukturen sehr wohl vorgesehen seien und verwiesen jeweils auf ihre Organisationsstruktur und die EDV-Applikationen.

Eine im Vorhinein getroffene Festlegung, welche Gutachterin bzw. welcher Gutachter einen bestimmten Antrag bearbeiten werde, widerspreche laut PVA einem ökonomischen und ressourcenschonenden Personaleinsatz.

30.4 Der RH stellte gegenüber der AUVA, der BVA und der PVA klar, dass er den Trägern nicht allgemein unstrukturiertes Arbeiten vorgeworfen hatte. Wesentlich war vielmehr, dass

nicht im Vorhinein festgelegt war, welche begutachtenden Ärztinnen und Ärzte einen bestimmten Antrag zu bearbeiten hatten. In Verbindung mit der fehlenden Auswertbarkeit der Antragsbearbeitung nach Gutachterin bzw. Gutachter oder nach Dienstgeber sowie der teilweise persönlichen Übermittlung von Anträgen (sowie bei der PVA dem Fehlen einer Oberbegutachtung) sah der RH darin ein im Geschäftsprozess bedingtes Compliance-Risiko (siehe [TZ 31](#), [TZ 32](#), [TZ 37](#), [TZ 38](#)). Gegenüber der PVA merkte der RH weiters an, dass eine entsprechende Festlegung auch Vertretungsregeln beinhalten könnte, und somit keinen ökonomischen Nachteil bedeuten musste. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung

Persönliche Übermittlung von Anträgen

31.1 (1) Sowohl die BVA als auch die PVA gaben an, dass in Einzelfällen Mitglieder der Selbstverwaltung oder Politikerinnen bzw. Politiker oder auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des jeweiligen Trägers Anträge von Versicherten auf Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt zur Entscheidung übermittelten. Eine klare Regelung, wie damit umzugehen war (z.B. „Anonymisierung“ durch Zuweisung des Aktes nach einem Zufallssystem, Dokumentationsvorschriften etc.), konnte keine der Einrichtungen vorlegen. Beide Träger gaben an, sie würden derartige Anträge inhaltlich nicht bevorzugt behandeln, würden aber besonders auf eine administrativ korrekte und zeitnahe Erledigung achten. Die PVA gab an, Anträge, die über ihre Geschäftsführung übermittelt wurden, von der Stellvertretung des Chefarztes persönlich beurteilen zu lassen. Mangels entsprechender Aufzeichnungen konnte der RH nicht überprüfen, ob die Genehmigungsquote dieser Anträge sich von der durchschnittlichen Genehmigungsquote unterschied.

(2) In der BVA war durch eine Oberbegutachtung in der Hauptstelle (nach der Erstbegutachtung in der Landesstelle) das Vier-Augen-Prinzip implementiert, in der PVA fehlte es aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung.

31.2 Der RH kritisierte, dass es für Fälle, in denen amtsbekannte Personen wie Politikerinnen bzw. Politiker oder Mitglieder der Selbstverwaltung einen Antrag einer oder eines Versicherten persönlich übermittelten, keine klare Regelung zur Bearbeitung gab. Dadurch war vor dem Hintergrund von Compliance-Gesichtspunkten nicht überprüfbar, ob solche Fälle nach sachlichen Kriterien entschieden wurden. Der RH wies darauf hin, dass bereits der Anschein von Bevorzugung durch persönliche Bekanntschaften mit der Entscheidungsträgerin bzw. dem Entscheidungsträger zu vermeiden ist.

[Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, die gleiche Behandlung aller Anträge sicherzustellen und bereits den Anschein von Bevorzugung zu vermeiden.](#)

31.3 (1) Laut Stellungnahme der AUVA werde seit 2016 das Genehmigungsverfahren einerseits zentral geführt und andererseits würden die Daten elektronisch abgebildet. Somit sei seither eindeutig nachvollziehbar, wer von den chefärztlichen Stationen den Kurantrag beurteilt habe; darüber hinaus werde der Prozess laufend analysiert und evaluiert.

(2) Die PVA hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass der RH keine Ungleichbehandlung bei der Bearbeitung von Kur– und Rehabilitationsanträgen festgestellt habe. Auch Anträge, die an die Chefärztin bzw. den Chefarzt oder an deren bzw. dessen Stellvertretung herangetragen würden, würden analog zu allen anderen Anträgen medizinisch geprüft und entschieden.

Dokumentation der Gutachterin bzw. des Gutachters

32.1 Weder bei der AUVA noch bei der BVA oder der PVA war erkennbar, ob bestimmte Begutachterinnen oder Begutachter aus dem chefärztlichen Bereich ein anderes Genehmigungsverhalten aufwiesen als andere.

32.2 Der RH kritisierte die fehlende Auswertungsmöglichkeit der Entscheidungsstatistik je begutachtende Ärztin bzw. begutachtenden Arzt. Nach Ansicht des RH waren derartige Informationen auch für die Sozialversicherungsträger von Interesse, dies sowohl unter Compliance–Gesichtspunkten als auch zur Sicherstellung einer einheitlichen Vollziehung.

Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, die Entscheidungen in Kur– und Rehabilitationsangelegenheiten so zu dokumentieren, dass auch Auswertungen nach der Gutachterin bzw. dem Gutachter möglich waren.

32.3 (1) Die AUVA gab in ihrer Stellungnahme zu bedenken, dass – auch wenn eine Auswertung nach „Bewilligern“ über ihre EDV–Applikation seit 2016 sicherlich möglich wäre – derartige Auswertungen aus datenschutzrechtlicher Sicht problematisch sein könnten.

(2) Die BVA sagte zu, die technische Möglichkeit einer Umsetzung zu prüfen.

(3) Laut Stellungnahme der PVA sei die Empfehlung nicht nachvollziehbar und aus Datenschutzgründen bzw. arbeitsrechtlicher Sicht problematisch. Aufgrund der bestehenden Betriebsvereinbarung nehme die PVA individuelle, somit einzelnen Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern zuordenbare Auswertungen protokollierter Benutzerdaten nur zur Kontrolle einer der österreichischen Rechtsordnung sowie den internen Vorschriften entsprechenden Verwendung der IT–Systeme vor.

Erst wenn sich durch derartige Auswertungen der Verdacht auf eine rechts– oder vorschriftswidrige Verwendung erhärte, setze sie weitere Schritte. Die Auswertung der Begutachtungsergebnisse nach Gutachterinnen bzw. Gutachtern hätte zudem keine Aussagekraft, da „schwere/leichte“ Fälle nicht zwingend gleichmäßig auf die Gutachterinnen und Gutachter aufgeteilt werden könnten und jeder einzelne Antrag darüber hinaus individuell zu entscheiden sei.

32.4 Der RH wies gegenüber AUVA und PVA darauf hin, dass Auswertungen beispielsweise anonymisiert auf statistische Auffälligkeiten hin analysiert werden könnten und bei Bedarf eine gezielte Oberbegutachtung durchgeführt werden sollte. Er merkte an, dass Vertragspartner im Bereich der Krankenversicherung Auswertungen über eine unterschiedliche Inanspruchnahme von Leistungen routinemäßig durchführten. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Ergebnisse des Prozesses

Statistik über Anträge und Erledigungen

33.1 (1) Die Versicherungsträger bzw. der Hauptverband hatten nach § 444 Abs. 6 ASVG statistische Nachweisungen zu verfassen, deren Inhalt durch Weisungen des BMASK⁴⁶ (sogenannte statistische Weisungen) zu regeln war. Für den Bereich der Rehabilitation bzw. der Gesundheitsvorsorge (Kuren) gab es derartige Weisungen nicht.

(2) Daher war die Art der Aufzeichnungen und Auswertungen bei den drei Trägern uneinheitlich:

- Die AUVA führte im überprüften Zeitraum Statistiken über die genehmigten Anträge; wie viele Anträge abgelehnt wurden, war nicht auswertbar.
- Die Zählung der Anträge erfolgte in verschiedenen Konstellationen unterschiedlich. Bei der Umwandlung von Kur–Anträgen in Rehabilitationsverfahren und umgekehrt erfasste die PVA den umgewandelten Antrag zweimal (in der beantragten und der gewährten Kategorie), die BVA einmal. Weiters gingen die Träger mit stornierten Eingaben verschieden um.
- Auch die Kategorisierung der Erledigungen war unterschiedlich: Die PVA führte Fälle, in denen aufgrund der „2 in 5–Regel“ (maximal zwei Kuraufenthalte in fünf Jahren) keine Genehmigung erfolgen konnte, als Zurückweisung unter „sonstige Erledigungen“, bei der BVA waren diese Fälle als „Ablehnung“ erfasst.

⁴⁶ nach Anhörung des Hauptverbands im Einvernehmen mit dem BMGF

Eine Analyse erforderte daher eine detaillierte vergleichende Befassung mit den Rohdaten und Eingabemodalitäten der jeweiligen Träger. Der Hauptverband erhielt lediglich aggregierte Daten, keine Rohdaten. Somit war z.B. ein Vergleich der Genehmigungsquoten zwischen den einzelnen Trägern nur sehr bedingt möglich.

33.2 Der RH kritisierte, dass das BMASK keine Vorgaben zu einheitlichen Statistiken über die Anträge und Genehmigungen erstellt hatte und daher z.B. ein Vergleich der Genehmigungspraxis zwischen den unterschiedlichen Trägern nur unter Heranziehung der Rohdaten möglich war. Dies erschwerte eine Steuerung zur Sicherstellung einer einheitlichen Vollziehung.

Der RH empfahl dem BMASK, in die statistischen Weisungen zum Bereich Rehabilitation und Kuraufenthalte die Zählung der Anträge und die Kategorisierung von Erledigungen aufzunehmen.

33.3 (1) Das BMGF hielt in seiner Stellungnahme eine Überarbeitung der statistischen Nachweisung ebenfalls für geboten, da generell die Frage nach mehr Transparenz und Analyse von verschiedensten Daten an Bedeutung gewinne. Die führende Zuständigkeit dafür liege beim BMASK.

(2) Laut Stellungnahme des BMASK würden die Feststellungen des RH sowohl das BMASK als auch das BMGF betreffen. Das BMASK werde an das BMGF herantreten, um eine gemeinsame Klärung und Lösung der aufgezeigten Probleme zu finden. Ziel sei es, nach Möglichkeit eine weitgehende Vereinheitlichung der Datenbestände zu erreichen.

Genehmigungsquoten

34.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt die Kur- und Rehabilitationsanträge und deren Erledigungen bei der BVA und der PVA im Jahr 2014 (die Auswertung erforderte mehrere Bereinigungsschritte, um trotz unterschiedlicher Erfassung der Anträge (z.B. von Umwandlungen von Anträgen) eine Vergleichsbasis zu bieten):⁴⁷

⁴⁷ Die AUVA konnte entsprechende Auswertungen nicht zur Verfügung stellen, da sie erst bewilligte Anträge in der entsprechenden Datenbank erfasste.

Tabelle 7: Anträge auf Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt und deren Erledigungen, BVA und PVA 2014

	Anträge	Ablehnung	sonstige Negative	Umwandlung –	Umwandlung +	positive Erledigungen
BVA						
Anzahl						
Kur	19.612	1.670	1.000	2.069	738	15.611
Anschlussheilverfahren	10.313	307	1.019	3.417	339	5.909
sonstige stationäre Rehabilitation ¹	115 ²	4	9	28	3.761	3.835
ambulante Rehabilitation	487	40	53	8	70	456
Rest ³	264	13	47	34	648	818
gesamt	30.791	2.034	2.128	5.556	5.556	26.629
PVA						
Kur	136.074	42.219	7.239	– ⁴		86.616
Anschlussheilverfahren	56.438	581	5.899			49.958
sonstige stationäre Rehabilitation ¹	62.316	4.110	8.349			49.857
ambulante Rehabilitation	12.441	363	1.502			10.576
gesamt	267.269	47.273	22.989			197.007

Anträge = eingebrachte Anträge; darin nicht enthalten sind bei der BVA rd. 2.000 Abtretungen an andere Sozialversicherungsträger; bei der PVA rd. 18.000 Abtretungen an andere Sozialversicherungsträger, rd. 20.000 Umwandlungen – die als neuer Antrag behandelt wurden, rd. 3.000 Stornofälle (u.a. aufgrund von Fehleingaben) und rd. 4.000 Fälle, bei denen die PVA in ihren Einrichtungen Leistungen auf Rechnung anderer Sozialversicherungsträger erbrachte

Ablehnung = abgelehnte Anträge; darin enthalten sind bei der BVA 566 und bei der PVA 5.623 Ablehnungen aufgrund der „2 in 5-Regel“ (siehe [TZ 39](#))

sonstige Negative = Anträge, die aus sonstigen Gründen negativ beschieden wurden (z.B. aufgrund Fristablauf, Tod der Antragstellerin bzw. des Antragstellers, Verzicht – bei der PVA verzichteten z.B. rd. 8.300 Personen trotz Bewilligung im Nachhinein auf die entsprechende Leistung)

Umwandlung – = Anträge, die bspw. auf Kur lauteten, die die BVA aber auf Rehabilitation umwandelte

Umwandlung + = Anträge, die bspw. auf Rehabilitation lauteten, die die BVA aber auf Kur umwandelte

positive Erledigung = Zahl der Kur- und Rehabilitationsaufenthalte, die der jeweilige Sozialversicherungsträger erbrachte oder zu erbringen hatte

¹ Rehabilitationsheilverfahren, Wiederholungsheilverfahren

² Die geringe Zahl der Anträge auf Rehabilitation bei der BVA ergibt sich aus der Art der Datenerfassung und ist nicht unbedingt valide.

³ Die BVA erbrachte – als gemischter Träger auch für die Krankenversicherung zuständig – auch andere Leistungen der Gesundheitsvorsorge (z.B. Genesungsaufenthalte); die PVA nicht.

⁴ Die Umwandlungen der PVA wurden als Neuantrag behandelt.

Quellen: BVA; PVA; RH

Die Ablehnungsrate lag bei Kuren⁴⁸ bei der PVA bei rund einem Drittel, bei der BVA bei rd. 10 %.

(2) Bei der PVA gab es interne Vorgaben für den chefärztlichen Dienst, wonach eine Ablehnungsquote für Kuranträge von rd. 20 % bis 30 % anzustreben sei. Eine offizielle Dienstanweisung dazu existierte nicht.

34.2

Der RH wies auf die sehr unterschiedliche Genehmigungs- bzw. Ablehnungsquote von Kuranträgen zwischen der BVA und der PVA hin. Er hielt ein klares Bild über die Ergebnisse der Vollziehung auch im Vergleich zu anderen Trägern für eine wesentliche Voraussetzung für eine wirkungsorientierte und compliancegerechte Steuerung der Vollziehung.

Der RH kritisierte, dass die AUVA keine Statistik über die Genehmigungsquote führte und auch keine entsprechenden Rohdaten zur Verfügung stellen konnte.

Er kritisierte die „informelle“ Mindestablehnungsquote bei Kuren bei der PVA als nicht sachgerecht. Er hielt eine sachlich nachvollziehbare Definition für die Voraussetzungen der Bewilligung von Kur- bzw. Rehabilitationsaufenthalten für zweckmäßiger als eine Vorgabe über eine Ablehnungsquote.

Der RH empfahl der BVA und der PVA, die sachlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Kuren genauer zu definieren und die Unterschiede in den Genehmigungsquoten zwischen den Trägern regelmäßig zu prüfen.

34.3

(1) Die AUVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, seit Jänner 2016 das Genehmigungsverfahren zentral zu führen. Die Daten würden auch abgespeichert, sodass sie ab 2016 genehmigte bzw. abgelehnte Anträge auswerten könne.

(2) Laut Stellungnahme der PVA sei die Bewilligung eines Kurheilverfahrens im konkreten Fall zu beurteilen und stehe auch im Zusammenhang mit den Berufsfeldern der Versicherten des jeweiligen Trägers. Die Vergleichbarkeit der Zuerkennungsquoten sei daher fraglich. Die seit dem Jahr 2010 bestehende Sollvorgabe einer Ablehnungsquote bei Kurheilverfahren diene der österreichweiten Gleichbehandlung der Antragstellerinnen und Antragsteller. Damit würden die Sorgfalt bei der medizinischen Prüfung unterstützt und die Treffsicherheit erhöht. Sie stelle eine Orientierungshilfe dar und dürfe nicht die individuelle medizinische Prüfung beeinflussen.

⁴⁸ bezogen auf die tatsächlich den jeweiligen Sozialversicherungsträger betreffenden Anträge – exkl. der sonstigen negativen Fälle

34.4

Der RH wies gegenüber der PVA auf das Spannungsverhältnis zwischen ihren Aussagen zu den Bundesländer-Unterschieden bei den Genehmigungsquoten (regionale sachliche Unterschiede, kein Hinweis auf uneinheitliche Vollziehung) einerseits und der Sollvorgabe einer Ablehnungsquote (gleiche Quote zur Sicherstellung einer österreichweiten Gleichbehandlung) andererseits hin. Da die Berufsfelder auch im Bundesländervergleich unterschiedlich waren (z.B. Tourismus gegenüber Industriegebieten), hielt der RH auch das Argument der mangelnden Vergleichbarkeit zwischen den Versicherungsträgern nicht für überzeugend. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Inanspruchnahme im Vergleich

35.1

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der positiven Erledigungen von Kur- und Rehabilitationsverfahren bei BVA und PVA⁴⁹ bezogen auf die Anzahl der Anspruchsberechtigten:⁵⁰

Tabelle 8: Anträge und Bewilligungen bei BVA und PVA 2014, Anzahl je 1.000 Anspruchsberechtigte

	BVA	PVA	Verhältnis (BVA in % der PVA)
	positive Erledigung		
	Anzahl		in %
Kur	29	18	161
Anschlussheilverfahren	11	10	106
sonstige stationäre Rehabilitation	7	10	69
ambulante Rehabilitation	1	2	39
gesamt	48	40	120

Quellen: BVA; PVA; RH

Der Unterschied von rd. 20 % im Gesamtvergleich der Leistungen konnte mangels Altersstandardisierung bzw. ohne sonstige Bereinigungen nicht eindeutig beurteilt werden. Die Tabelle zeigt aber jedenfalls, dass die BVA bei Kuren um rd. 61 Prozentpunkte über der PVA lag, bei Rehabilitationsverfahren (anderen als Anschlussheilverfahren) rd. 31 Prozentpunkte darunter.

⁴⁹ Der RH untersuchte dies bei BVA und PVA; bei der AUVA war die Dichte der schweren Arbeitsunfälle so hoch, dass eine statistische Betrachtung nicht sinnvoll erschien.

⁵⁰ Dabei war eine Bereinigung insofern erforderlich, als die BVA als „gemischter Träger“ auch für Personengruppen bzw. Leistungsarten zuständig war, für die die PVA als reiner Pensionsversicherungsträger nicht zuständig war. Der RH nahm daher bei der BVA nur Leistungen in die Gegenüberstellung auf, die auch bei der PVA möglich wären (d.h. er schloss Angehörige aus). Eine Darstellung der AUVA unterblieb, da diese nur für Fälle von Arbeitsunfällen leistungszuständig war und daher keine vergleichbaren Werte zeigte.

35.2

Der RH wies darauf hin, dass die Gesamtfallzahl der Kur- und Rehabilitationsverfahren von BVA und PVA vergleichbar war (48 bzw. 40 Fälle je 1.000 Anspruchsberechtigte). Im Detail betrachtet bewilligte die BVA wesentlich mehr Kuren, die PVA wesentlich mehr Rehabilitationen.

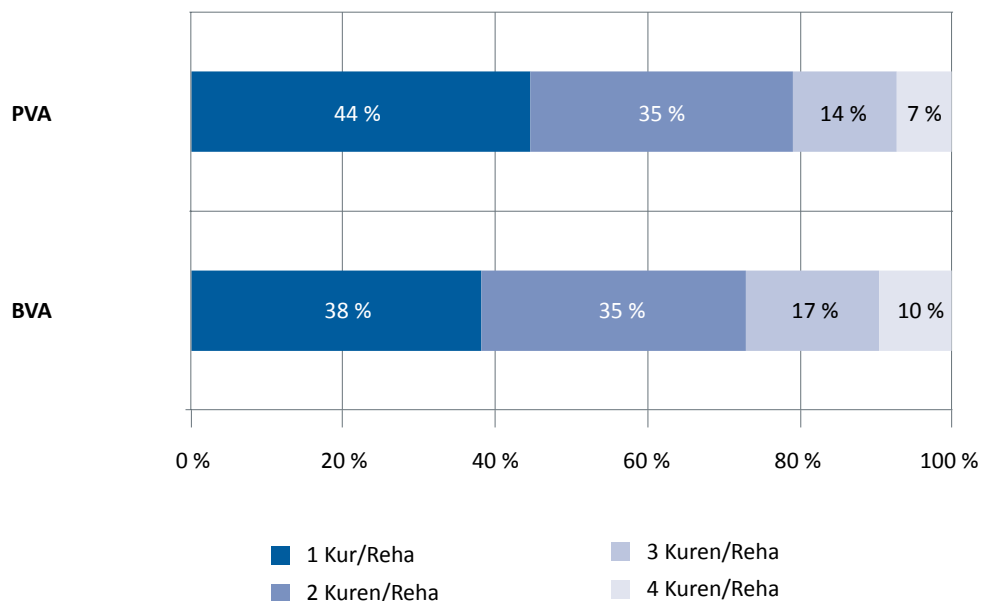
Der RH verwies dazu auf seine Kritik in **TZ 25** zum Fehlen einer trägerübergreifenden Abgrenzung zwischen der Indikation für eine Kur bzw. eine Rehabilitation und auf seine Empfehlungen einer genaueren Abgrenzung.

Einmalleistungen und wiederholte Aufenthalte

36.1

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Personen bei BVA und PVA, die eine bzw. wiederholte Kuren und Rehabilitationen im Zeitraum 2008 bis 2014⁵¹ in Anspruch nahmen:

Abbildung 3: Verteilung nach Anzahl der Kur- und Rehabilitationsverfahren pro Person bei BVA und PVA, 2008 bis 2014



Quellen: BVA; PVA; RH

Eine wiederholte Inanspruchnahme von Kuren und Rehabilitationen war bei der BVA häufiger als bei der PVA. Die Detailauswertung dazu ergab, dass Personen, die aus besonderen medizinischen Härtefällen heraus sehr häufig ein Kur- und Rehabilitationsverfahren benötigten, bei beiden Trägern (bezogen auf die Größe der Träger) etwa gleich verteilt waren.

⁵¹ Dies stellte den längsten datenbanktechnisch auswertbaren Zeitraum dar.

36.2 Der RH wies darauf hin, dass der Anteil der wiederholten Kur- bzw. Rehabilitationsaufenthalte bei der BVA höher war als bei der PVA.

Er empfahl der BVA und der PVA, die Wirksamkeit wiederholter Aufenthalte zu evaluieren, um dazu eine sachlich fundierte Vorgehensweise entwickeln zu können.

36.3 Laut Stellungnahme der PVA erstelle sie statistische Anforderungen und Analysen sehr wohl im Anlassfall. Die Wirksamkeit wiederholter Aufenthalte könne im Hinblick auf subjektive und objektive Parameter so gut wie nicht evaluiert werden, sodass eine allgemeingültige – und insbesondere für die zahlreichen Indikationsgebiete gültige – Vorgehensweise medizinisch nicht vertretbar sei. Welche inhaltlichen Anforderungen an eine derartige Evaluierung gestellt würden, sei aus dem Bericht des RH nicht abzuleiten; auch dieser verfüge über kein für alle Indikationen gültiges „Regelwerk“.

36.4 Der RH hielt gegenüber der PVA die generelle Unmöglichkeit einer Evaluierung der Wirksamkeit wiederholter Kuraufenthalte für wenig plausibel und verwies auf die laufende Evaluierung der ambulanten Rehabilitation für kardiologische Rehabilitation im Hauptverband. Der RH merkte weiters an, dass die Sozialversicherung mit der „2 in 5-Regel“ und die PVA mit der Vorgabe einer Ablehnungsquote (unabhängig von Indikationen) offenbar entsprechenden Vorgaben keineswegs grundsätzlich ablehnend gegenüberstanden. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Vergleich nach Landesstellen

37.1 Die folgende Tabelle zeigt Unterschiede zwischen den Landesstellen der PVA in der Genehmigungsquote bzw. in der Häufigkeit der zur Beurteilung eines Antrags auf ein Kur- und Rehabilitationsverfahren erfolgten Untersuchung⁵² (Begutachtungen):⁵³

⁵² Die PVA lud bestimmte Patientinnen und Patienten zu einer ärztlichen Untersuchung ein, um eine bessere Einschätzung der medizinischen Lage zu ermöglichen.

⁵³ Innerhalb der BVA war durch die zentrale Oberbegutachtung eine gewisse Einheitlichkeit sichergestellt; die AUVA hatte keine entsprechenden Aufzeichnungen (da sie nur genehmigte Anträge in die Datenbank eingab).

Tabelle 9: Antragsstatistik Kur- und Rehabilitationsverfahren Landesstellen PVA 2014

Landesstelle	Anträge	Bewilligung	Begutachtungen	Begutachtungen der Anträge ¹
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Wien	26.245	55,0	6.072	27
Niederösterreich	28.210	66,2	4.552	18
Burgenland	4.351	55,5	1.501	41
Oberösterreich	24.226	58,5	7.989	41
Steiermark	22.059	60,7	5.325	28
Kärnten	9.596	57,8	1.849	22
Salzburg	6.450	37,9	1.920	41
Tirol	11.379	59,6	929	9
Vorarlberg	4.881	71,3	506	11
gesamt	137.397	59,2	30.643	26

¹ nur jene Anträge, die zu inhaltlichen Entscheidungen (Bewilligungen und Ablehnungen) führten, daher ohne Abtretungen, Zurückziehungen etc.

Quelle: PVA

Bei der PVA zeigte sich eine große Streuung zwischen den Landesstellen sowohl bei der Genehmigungsquote von Kur- bzw. Rehabilitationsanträgen (der Bundesschnitt lag bei rd. 59 %, die Quote in Salzburg bei rd. 38 %) als auch bei der Begutachtungsquote im Verhältnis zur Anzahl der Anträge (zwischen 9 % in Tirol und 41 % in Oberösterreich).

37.2

Der RH kritisierte, dass selbst innerhalb eines Trägers die Genehmigungs- und die Begutachtungspraxis deutlich zwischen den Landesstellen variierte. Er hielt dies für einen weiteren Hinweis, dass bei der Definition der Leistungsvoraussetzungen und bei der Steuerung im Hinblick auf eine einheitliche Vollziehung Defizite bestanden.

Er empfahl der PVA, eine einheitliche Vollziehung bei der Begutachtung und Genehmigung von Kur- und Rehabilitationsverfahren sicherzustellen.

37.3

Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, dass die unterschiedlichen Zahlen bei Bewilligungen und Begutachtungen bei Anträgen auf Kur- und Rehabilitationsverfahren nicht Defizite bei der Definition von Leistungsvoraussetzungen oder der Steuerung im Hinblick auf eine einheitliche Vollziehung zeigten. Vielmehr spiegelten sich darin die unterschiedlichen länderspezifischen Gegebenheiten wider, die durch ein unterschiedliches Antragsverhalten der Antragstellerinnen und Antragsteller, durch den divergierenden Umfang der ärztlichen Stellungnahmen in den Anträgen aus dem niedergelassenen Bereich und darüber hinaus durch unterschiedliche Behandlungsstrategien der behandelnden Ärztinnen und Ärzte geprägt seien. Diese unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten führten dazu, dass zahlenmäßig glei-

che Ergebnisse in der Begutachtung und Bewilligung von Anträgen auf Kur- und Rehabilitationsverfahren nicht erzielt werden könnten. Die PVA bewillige Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen gemäß den gesetzlichen Vorgaben und den Richtlinien des Hauptverbands. Eine einheitliche Vollziehung der Anträge auf Kur- und Rehabilitationsverfahren sei daher gegeben.

37.4

Der RH konnte die Auffassung der PVA, dass eine einheitliche Vollziehung bereits gegeben sei, angesichts der unterschiedlichen Bewilligungsquoten nicht teilen. Dies könnte die PVA z.B. durch anonymisierte Zweitbegutachtungen überprüfen. Der RH wies weiters darauf hin, dass die PVA offenbar keine Bedenken hatte, trotz der „länderspezifischen Gegebenheiten“ übergreifend einheitliche Vorgaben zu Ablehnungen festzulegen (siehe **TZ 34**). Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Vergleich nach Dienstgebern

38.1

(1) Weder die BVA noch die PVA erfasste, bei welchem Dienstgeber Bezieherinnen und Bezieher von Kur- oder Rehabilitationsleistungen tätig waren. Dementsprechend waren keine Auswertungen verfügbar, in welchen Wirtschaftssektoren oder bei welchen Dienstgebern die Inanspruchnahme besonders hoch oder besonders niedrig war. Auch eine Verbindung der Daten der Inanspruchnahme von Kur- oder Rehabilitationsleistungen mit z.B. dem Pensionsantrittsalter erfolgte nicht.

(2) Der RH verknüpfte im Rahmen der Gebarungsüberprüfung die bei der BVA und der PVA vorhandenen Daten zu den Kur- und Rehabilitationsverfahren mit den beim Hauptverband vorhandenen Daten zu den Dienstgebern.⁵⁴ Im Rahmen des Projekts waren keine Bereinigungen oder Stichproben möglich, die Auswertung konnte daher nur erste Hinweise geben.

Bei der BVA war – unter Heranziehung der ÖNACE-Klassifikation⁵⁵ der jeweiligen Dienstgeber – die Inanspruchnahme bei Polizei bzw. Militär rund drei Mal höher als bei Bediensteten im Verwaltungsbereich. Nach Betriebsgröße ergab sich ein deutlich höherer Prozentsatz bei kleinen Dienstgebern (insbesondere kleineren Gemeinden).

Im Zuständigkeitsbereich der PVA beanspruchten in den Bereichen Rechts- und Steuerberatung sowie Wirtschaftsprüfung besonders wenig Bedienstete Heilverfahren. In den Bereichen Grundstücks- und Wohnungswesen, Wach-Sicherheits-

⁵⁴ Für die AUVA war dies nicht sinnvoll, da bereits der Anteil der zuständigkeit begründenden Arbeitsunfälle unterschiedlich je Dienstgeber war.

⁵⁵ Zuordnung jedes Unternehmens zu einem Wirtschaftszweig anhand der österreichischen Wirtschaftstätigkeitenklassifikation ÖNACE 2008

dienste und Detekteien sowie Heimen und Sozialwesen waren es dagegen besonders viele.

(3) Der RH analysierte auch die Inanspruchnahme von Heilverfahren bei eigenen Bediensteten der jeweiligen Sozialversicherungsträger. Die PVA führte darüber Aufzeichnungen. Die Inanspruchnahmen (bezogen auf die Gesamtzahl der Bediensteten) und die Bewilligungsquoten (bezogen auf die Zahl der Anträge) waren höher als jene der sonstigen Versicherten; z.B. lag im Jahr 2014 die Ablehnungsquote generell bei rd. 22 %, bei Bediensteten der PVA bei rd. 11 %. Auch die Quote der Inanspruchnahme von Kuren (bezogen auf aktive Bedienstete) lag mit rd. 4 % (rd. 280 Leistungsbezieherinnen und –bezieher bei rd. 6.270 Bediensteten) höher als jene für den Durchschnitt der Versicherten der PVA mit rd. 3 %. Die PVA hatte besondere Regeln zur Begutachtung von Bediensteten bei vermehrter Inanspruchnahme von Heilverfahren.

Die BVA führte keine entsprechenden Aufzeichnungen. Die Auswertung des RH zeigte, dass auch bei der BVA der Anteil der Bediensteten, die im Jahr 2014 ein Kur- und Rehabilitationsverfahren beanspruchten, deutlich über dem Durchschnitt aller Anspruchsberechtigten der BVA lag.

38.2

(1) Der RH kritisierte, dass die Sozialversicherungsträger keine regelmäßigen Auswertungen der Inanspruchnahme der Kur- und Rehabilitationsverfahren nach Dienstgebern durchführten. Derartige Auswertungen könnten für die betriebliche Gesundheitsvorsorge, zum Verständnis etwaiger Hürden für die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen, für die gezielte Prävention und für ein Compliance-gerechtes Handeln wichtige Informationen liefern.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA sowie dem Hauptverband, die vorhandenen Daten für Auswertungen über die Inanspruchnahme von Kur- und Rehabilitationsaufenthalten nach Dienstgebern bzw. Wirtschaftssektoren heranzuziehen und diese für die Evaluation der Leistungen und gezielte Präventionsarbeit zu nutzen.

(2) Der RH wies weiters kritisch darauf hin, dass die Inanspruchnahme bei Bediensteten der BVA und der PVA deutlich höher war als bei den übrigen Anspruchsberechtigten dieser Träger. Er kritisierte in diesem Zusammenhang die fehlenden Auswertungen bei der BVA.

Der RH empfahl der BVA und PVA, künftig darauf zu achten, dass die Bediensteten der Träger nicht deutlich häufiger als die Anspruchsberechtigten ein Heilverfahren in Anspruch nehmen. Der RH empfahl der BVA, diesbezüglich zusätzliche Auswertungen vorzunehmen.

38.3

(1) Der Hauptverband unterstützte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH, wies aber darauf hin, dass ihre Umsetzung Organisationsänderungen bei den zuständigen Sozialversicherungsträgern erfordere, zu denen der Hauptverband nicht befugt sei.

(2) Laut Stellungnahme der AUVA verfüge sie über eine Vielzahl an Daten über das Unfallgeschehen, die sie gezielt im Rahmen der Präventionsarbeit nutze.

(3) Die BVA merkte in ihrer Stellungnahme an, dass in ihren Systemen Auswertungen nach übergeordneten Dienststellen und Wirtschaftsklassen vorgenommen werden könnten, eine Zuordnung zu einem konkreten Dienstgeber sei jedoch nicht möglich.

Zur Empfehlung, darauf zu achten, dass Bedienstete der Träger nicht deutlich häufiger als andere Anspruchsberechtigte ein Heilverfahren oder Kuraufenthalte in Anspruch nehmen würden, hielt die BVA fest, dass sie Kuraufenthalte nach rein medizinischen Gesichtspunkten gewähre. Eine Einschränkung nach Personenkreisen sei bedenklich.

(4) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, könne sie keine Sinnhaftigkeit in der Verknüpfung von Daten für die Inanspruchnahme von Kur- oder Rehabilitationsleistungen mit den Wirtschaftssektoren bzw. Dienstgebern erkennen. Jeder Antrag auf Kur- oder Rehabilitationsleistungen werde medizinisch geprüft. Es sei sachlich nicht gerechtfertigt, die medizinische Entscheidung vom Berufsfeld oder von der Art des Dienstgebers abhängig zu machen.

Bei der Prüfung der Notwendigkeit eines Kur- oder Rehabilitationsverfahrens von Dienstnehmern der PVA würden die gleichen Maßstäbe gelten wie bei Anträgen von anderen Antragstellerinnen und Antragstellern. Die PVA achte dabei jedenfalls darauf, eine Bevorzugung von Anstaltsbediensteten hintanzuhalten. Dies sei Gegenstand regelmäßiger Kontrollen der Innenrevision.

38.4

(1) Der RH entgegnete der BVA, dass die Sozialversicherung insgesamt über die Daten der konkreten Versicherung verfügte und entsprechende Auswertungen daher – gegebenenfalls unter Verknüpfung bestehender Datenquellen – möglich waren.

Weiters hielt der RH fest, dass bei wesentlich häufigerer Inanspruchnahme eigener Bediensteter jedenfalls eine Analyse der Ursachen angezeigt war. Er wies darüber hinaus auf die Maßnahmen der PVA hin, die eine übermäßige Inanspruchnahme von Heilverfahren durch eigene Bedienstete vermeiden sollten.

(2) Gegenüber der PVA wies der RH zunächst darauf hin, dass ein Verständnis von Prävention und Rehabilitation, das keinerlei Sinnhaftigkeit von Daten auf Betriebs- oder Wirtschaftssektorebene erkennen konnte, nach Auffassung des RH wesentliche Lücken demonstrierte. Er verwies auf die – zuletzt im Regierungsgipfel vom 29. Februar 2016 angesprochene – Zusammenarbeit mit dem Bereich der Arbeitsmedizin und wiederholte, dass Maßnahmen der Prävention, der Information und der Beratung durch entsprechende Daten unterstützt werden. Unabhängig von der Präventionsarbeit hielt der RH entsprechende Analysen auch im Rahmen des Compliance Managements für sinnvoll: In Verbindung mit der persönlichen Übermittlung von Anträgen, den fehlenden Auswertungsmöglichkeiten, dem Fehlen einer festen Geschäftseinteilung sowie dem Fehlen einer Oberbegutachtung hielt der RH eine Ex-post-Kontrolle auf statistische Auffälligkeiten für unabdingbar. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Vermeidung übermäßiger Inanspruchnahme

39.1

(1) Um – von medizinisch begründeten Ausnahmefällen abgesehen – eine übermäßige Inanspruchnahme von Kuren zu vermeiden, legten die Richtlinien des Hauptverbands⁵⁶ fest, dass ohne besondere medizinische Begründung in der Kranken- und Pensionsversicherung in fünf Jahren nicht mehr als zwei Aufenthalte pro Versicherter bzw. Versichertem in Anspruch genommen werden konnten („2 in 5-Regel“).⁵⁷ Als Aufenthalte galten nach der Richtlinie Kuren und Rehabilitationsaufenthalte, nicht jedoch Anschlussheilverfahren. In einer Empfehlung zur einheitlichen Anwendung dieser Regel an die Sozialversicherungsträger aus dem Jahr 2008 führte der Hauptverband aus, dass die „2 in 5-Regel“ „primär nur“ für eine Beschränkung von Kuraufenthalten gedacht sei. Daraus ergebe sich, dass diese Regel nicht auf medizinische Rehabilitation anzuwenden sei. Bereits in Anspruch genommene Rehabilitationsverfahren seien in keinem Fall bei der Antragsprüfung anzurechnen.

(2) Die tatsächliche Praxis der BVA und PVA wich von dieser Regel ab: Zwar berücksichtigten beide Träger die Anschlussheilverfahren nicht bei der Zählung, die PVA ließ aber auch sonstige Rehabilitationsaufenthalte außer Acht.⁵⁸

⁵⁶ Richtlinien für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der Rehabilitation sowie von Leistungen im Rahmen der Festigung der Gesundheit und der Gesundheitsvorsorge (RRK 2005)

⁵⁷ Die Regel lautete im Detail wie folgt: „Mehr als zwei Aufenthalte innerhalb von fünf Kalenderjahren werden nur bei besonderer medizinischer Begründung erbracht. Als Aufenthalte gelten auch Leistungen nach § 12 (d.h. Heilverfahren in Krankenanstalten, die überwiegend der Rehabilitation dienen), mit Ausnahme von Anschlussheilverfahren“ (siehe § 11 Abs. 3 der Richtlinien für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der Rehabilitation sowie von Leistungen im Rahmen der Festigung der Gesundheit und der Gesundheitsvorsorge (RRK 2005)).

⁵⁸ Anschlussheilverfahren setzen ein (neues) Akutereignis voraus; die PVA betonte die Andersartigkeit von Rehabilitation jeder Art gegenüber Kuren.

Umgekehrt sah die BVA zusätzlich zur „2 in 5-Regel“ vor, dass Ansuchen um eine Wiederholungskur frühestens 18 Monate nach Beendigung der vorigen Kur eingebracht werden konnten. Die PVA regelte dagegen, dass nach einer Ablehnung innerhalb von zwölf Monaten ein zweiter Kurantrag nur gestellt werden konnte, wenn eine zwischenzeitige Verschlechterung der Gesundheitslage nachgewiesen wurde.

(3) In den vom RH untersuchten Einzelfällen einer öfter als zwei Mal in fünf Jahren gewährten Kur war die Leistungsgewährung medizinisch begründet und damit sachlich nachvollziehbar. In einem Fall hatte die BVA einen Testfall im Echtsystem abgespeichert.

(4) Nach den sogenannten „Einweisungsgrundsätzen“ der AUVA war die Häufigkeit von Heilbehandlungen grundsätzlich von der Chefärztin bzw. vom Chefarzt der jeweiligen Landesstelle nach medizinischer Notwendigkeit festzulegen. Pro Patientin bzw. Patient konnte nur ein Kuraufenthalt pro Jahr bewilligt werden. Laut den Grundsätzen erscheine es zweckmäßig, nach zwei Kuraufenthalten – von bestimmten Diagnosen abgesehen – ein Jahr zu pausieren. Nach einer Rehabilitationsbehandlung konnte frühestens sechs Monate nach absolvierter Behandlung ein neuerlicher Antrag gestellt werden.

39.2

(1) Der RH anerkannte, dass der Hauptverband bzw. die AUVA, die BVA und die PVA Regelungen getroffen hatten, um eine übermäßige Inanspruchnahme von Kuren auszuschließen und diese Regelungen auch konsequent umsetzten.

Der RH kritisierte jedoch, dass die Anwendung der „2 in 5-Regel“ sich im Einzelnen zwischen den Trägern unterschied und damit die einheitliche Umsetzung der Richtlinien nicht gegeben war.

Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA sowie dem Hauptverband, ihre Maßnahmen zur Vermeidung übermäßiger Inanspruchnahme von Kuren („2 in 5-Regel“) besser abzustimmen.

(2) Der RH kritisierte weiters, dass die BVA Testdatensätze in den Echtdaten führte.

Er empfahl der BVA, in Zukunft keine Testdatensätze in den Echtdaten zu führen.

39.3

(1) Der Hauptverband unterstützte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH, wies aber darauf hin, dass ihre Umsetzung Organisationsänderungen bei den zuständigen Sozialversicherungsträgern erfordere, zu denen der Hauptverband nicht befugt sei.

(2) Laut Stellungnahme der AUVA gehe sie bedarfsgerecht und nach medizinischer Notwendigkeit auf die Bedürfnisse der Versehrten ein.

(3) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme ausführte, wende sie die „2 in 5–Regel“ korrekt an, insbesondere bei Berücksichtigung einer teleologischen Interpretation.

39.4

Der RH verwies erneut auf die unterschiedliche Handhabung der Regelungen zur Vermeidung einer übermäßigen Inanspruchnahme von Kuren. Die Regelung wäre daher in der Richtlinie des Hauptverbands eindeutig klarzustellen.

Zusammenfassung

40

Zusammenfassend wies der RH darauf hin, dass zwar grundsätzlich zu jedem Einzelfall Unterlagen über den Antrag auf Kur– bzw. Rehabilitationsaufenthalt und die Bearbeitung verfügbar waren, aber dennoch wesentliche Schwächen – auch unter Compliance–Gesichtspunkten – feststellbar waren:

- Die Entscheidungsgrundlagen waren häufig (zumindest in der PVA) sehr eingeschränkt.
- Es bestand keine feste Geschäftseinteilung.
- Auswertungen über die Entscheidungsstatistik der einzelnen Begutachterinnen und Begutachter waren nicht möglich.
- Regelungen zum Umgang mit von Einflussträgern persönlich übermittelten Anträgen fehlten.
- Vorgaben für eine trägerübergreifende Statistik der Erledigungen fehlten; eine Analyse der Rohdaten zeigte jedoch wesentliche Unterschiede zwischen PVA und BVA: Die PVA lehnte wesentlich mehr Kuranträge ab. Bei der PVA bestanden auch zwischen den Landesstellen erhebliche Unterschiede.
- Für eine wirkungsorientierte Steuerung fehlten wesentliche Daten bzw. deren Auswertungen, insbesondere eine Analyse nach Dienstgebern.

Insgesamt wiesen die Unterschiede in den Genehmigungsquoten zwischen Sozialversicherungsträgern und Landesstellen, die Prozessmängel und die verkürzten Entscheidungsgrundlagen darauf hin, dass für eine sachliche Nutzung der Heilverfahren, ihre wirkungsorientierte Steuerung und die Sicherstellung von Compliance wesentlicher Verbesserungsbedarf bestand.

Auswahl von Anbietern von Rehabilitationsverfahren

Überblick und Prüfungsvorgehen

41.1 Für die Betreiber von Rehabilitationseinrichtungen war aufgrund des hohen Marktanteils von rd. 70 % (siehe **TZ 26**) der Vertragsabschluss mit der PVA wirtschaftlich entscheidend. Der RH fokussierte seine Prüfung⁵⁹ hinsichtlich des Abschlusses von Verträgen unter Compliance-Gesichtspunkten daher auf die PVA.

Die PVA konnte per 1. Oktober 2015 auf insgesamt rd. 15.000 Betten in 139 Einrichtungen für Kur- bzw. Rehabilitationsaufenthalte ihrer Versicherten zugreifen, wovon rd. 6.000 auf Rehabilitationsbetten und rd. 9.000 auf Kurbetten entfielen. Die Vertragsstrukturen waren durch mehrere Elemente verkompliziert:

- Teilweise gehörten mehrere Einrichtungen zur selben Unternehmensgruppe.⁶⁰
- Die Unternehmensgruppen konnten als einheitlicher Rechtsträger oder auch in mehreren Gesellschaften organisiert sein; die gesellschaftsrechtliche Struktur konnte sich auch ändern.
- Weiters bestanden unterschiedliche Verträge für unterschiedliche Indikationen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bewegungs- und Stützapparat), die teilweise in denselben Einrichtungen behandelt werden konnten.
- Es bestanden bilaterale Verträge zwischen einzelnen Sozialversicherungsträgern und den Einrichtungen einerseits bzw. Rahmenverträge zwischen Hauptverband und den Einrichtungen andererseits.
- Schließlich konnte ein Sozialversicherungsträger in die jeweilige Eigene Einrichtung eines anderen Sozialversicherungsträgers auch ohne formellen Vertrag zuweisen; die PVA betrieb im Jahr 2014 selbst 15 Sonderkrankenanstalten.⁶¹

⁵⁹ Die BVA schloss im überprüften Zeitraum 2012 bis 2014 keine Erstverträge mit Einrichtungen ab, sie trat fünf Rahmenverträgen bei und schloss zwei bilaterale Verträge mit Einrichtungen ab, die bereits Verträge zu anderen Indikationen hatten. Die AUVA trat einem Rahmenvertrag bei und schloss einen bilateralen Vertrag zu einer neuen Indikationsgruppe mit einer bestehenden Einrichtung ab. Auch der Schriftverkehr hinsichtlich des Abschlusses neuer Verträge war bei AUVA und BVA überschaubar; beide Träger wiesen in der Regel auf die Abdeckung durch Eigene Einrichtungen hin.

⁶⁰ Eine von der PVA übergebene Datei ordnete 18 Unternehmensgruppen insgesamt 121 Einrichtungen zu, wobei die Rechtsträger bzw. die Zugehörigkeit im Zeitverlauf wechseln konnten. Eine Auswertung des RH zeigte, dass rund zwei Drittel des Bettenangebots zehn Unternehmensgruppen zuzuordnen waren.

⁶¹ Rehabilitationszentren in Aflenz, Alland, Bad Aussee, Bad Hofgastein, Bad Ischl, Bad Schallerbach, Bad Tatzmannsdorf, Felbring, Gröbming, Großmain, Hohegg, Laab im Walde, Saalfelden, St. Radegund und in Weyer

Eine Darstellung der PVA wies rd. 240 unterschiedliche Vertragsbeziehungen bzw. –kategorien mit Anbietern von Rehabilitationsleistungen aus. Im überprüften Zeitraum erfolgten 39 Änderungen von stationären Verträgen: acht neue Verträge zum Thema „Gesundheitsvorsorge Aktiv“,⁶² fünf Vertragsänderungen wegen Bettenreduktionen bzw. –aufstockungen, 13 Neuverträge, zehn Beitritte zu Rahmenverträgen des Hauptverbands (siehe [TZ 57](#)), eine Umwandlung eines befristeten in einen unbefristeten Vertrag sowie zwei Kündigungen von Rahmenverträgen. Im ambulanten Bereich ergaben sich fünf Neuverträge und fünf Umwandlungen von befristeten in unbefristete Verträge.

41.2

Der RH wies darauf hin, dass die PVA rd. 240 Vertragsbeziehungen mit Anbietern von Rehabilitationsverfahren eingegangen war. Da nicht alle Vorgänge aus dem überprüften Zeitraum analysiert werden konnten, wählte der RH Verfahren für

- die Psychiatrie in der Versorgungszone Ost (stationär und ambulant),
- die Psychiatrie in der Versorgungszone Süd (stationär und ambulant),
- die Neurologie in der Versorgungszone Nord (stationär und ambulant),
- die Onkologie in der Versorgungszone West (stationär)⁶³.

Rechtsgrundlagen und Richtlinien des Hauptverbands

42.1

(1) Die Organisation der Leistungen der Sozialversicherungsträger war je nach Art der Leistung bzw. je nach konkreter vertraglicher Ausgestaltung unterschiedlichen vergaberechtlichen Grundsätzen unterworfen: Liefer– oder Dienstleistungsverträge unterlagen grundsätzlich dem Vergaberecht; Konzessionsverträge (bei denen ein Dritter, also die oder der Versicherte, wesentliche Entscheidungen wie die Produktauswahl treffen konnte) in angepasster Form ebenfalls. Verrechnungsverträge unterlagen nicht dem Vergaberecht.

(2) Anbieter erbrachten die Leistungen überwiegend auf Rechnung des Sozialversicherungsträgers, die Versicherten konnten dabei den Vertragspartner und teilweise auch das Produkt auswählen. Die Verträge enthielten jedoch meist auch Elemente, die über eine bloße Verrechnung hinausgingen (z.B. Versorgungspflichten, Öffnungszeiten, Qualitätssicherung). Die exakte vergaberechtliche Einordnung des Vertragsverhältnisses zwischen Versicherungsträger und Anbieter als Liefer– bzw.

⁶² Zwei Verträge waren erst mit 1. Jänner 2015 abgeschlossen, sind hier im Text aber miterfasst.

⁶³ Ausschlaggebend für die Auswahl waren regionale Gesichtspunkte und die je nach Indikationsart unterschiedliche Entwicklung (z.B. wiesen Onkologie und Psychiatrie einen wachsenden Bedarf aus, sodass das Eingehen neuer Verträge häufiger war).

Dienstleistungsauftrag, als Konzessionsvertrag oder als bloßer Verrechnungsvertrag war daher in der Regel nicht möglich.

(3) Bestimmte Leistungen, insbesondere Gesundheitsdienstleistungen, waren als „nicht prioritäre Dienstleistungsaufträge“ nach § 141 Bundesvergabegesetz bzw. den entsprechenden europarechtlichen Rahmenbedingungen von bestimmten Regelungen des Vergaberechts ausgenommen (etwa Fristen und Formvorschriften). Dennoch waren die entsprechenden Beschaffungen nicht ungeregelt: Zum einen waren die generellen Grundsätze des Vergaberechts anzuwenden. Zum anderen hatten die Beschaffungen unter Beachtung der unionsrechtlichen Grundfreiheiten sowie des Diskriminierungsverbots zu erfolgen. Es hatte ein Verfahren mit mehreren Unternehmen stattzufinden, durch das ein angemessener Grad von Öffentlichkeit gewährleistet war und das dem Grundsatz des freien und lautereren Wettbewerbs entsprach.

Die Auslegung dieser relativ abstrakten Kriterien in konkreten Fällen oblag den nationalen Gerichten bzw. dem Europäischen Gerichtshof und unterlag einer fortlaufenden Entwicklung.⁶⁴ Eine diesbezügliche EU-Richtlinie sollte spätestens bis zum zweiten Quartal 2016 in nationales Recht umgesetzt werden.⁶⁵

(4) Nach § 31 Abs. 5 Z 6 ASVG waren Richtlinien des Hauptverbands über Vergaben vorgesehen. Im überprüften Zeitraum gab es derartige Richtlinien nicht. Der Hauptverband hatte bestehende Regelungen bei Erlassung des Bundesvergabegesetzes 2002 unter Hinweis auf die hohe Regelungsdichte der neuen gesetzlichen Vorgaben aufgehoben. Die Anwendung der internationalen und nationalen Kriterien des Vergaberechts auf Gesundheitsdienstleistungen oblag daher den einzelnen Versicherungsträgern.

42.2

Der RH kritisierte, dass trotz der relativ offenen rechtlichen Vorgaben konkretisierende Richtlinien des Hauptverbands fehlten.

[Er empfahl dem Hauptverband, Richtlinien für die Anwendung der vergaberechtlichen Vorgaben auf Vergaben nicht prioritärer Dienstleistungen zu erstellen.](#)

42.3

Laut Stellungnahme des Hauptverbands werde dieses Thema einerseits von den Erfahrungen aus dem laufenden Vergabeverfahren bei der Kinderrehabilitation, andererseits vom Inhalt des neuen Bundesvergabegesetzes abhängen, welches in den nächsten Monaten zu erwarten sei. Bei solchen Vergaben werde es sich weitge-

⁶⁴ z.B. Urteil des EuGH vom 18. November 2010 (C-226/09) zu Anforderungen, was bei Bekanntgabe der Ausschreibung in den Unterlagen enthalten sein muss, zur Möglichkeit der Änderung der Gewichtung der Zuschlagskriterien

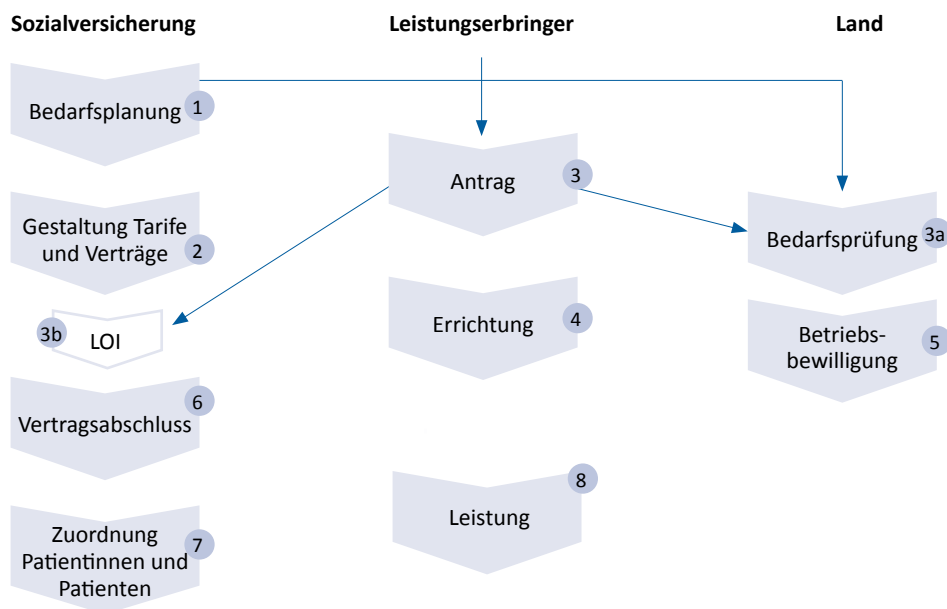
⁶⁵ RL 2014/24/EU

hend um Verhandlungsverfahren handeln; die dort mögliche Flexibilität solle erhalten werden.

Wesentliche Schritte zur Auftragsvergabe

43.1 Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die wesentlichen Schritte der Sozialversicherungsträger, der Leistungserbringer und der Sanitätsbehörden je Bundesland zum Zustandekommen von Verträgen im Bereich der Rehabilitation:

Abbildung 4: Wesentliche Schritte zum Vertragsabschluss im Rehabilitationsbereich



LOI = Letter of Intent

Quelle: RH

Als Vorbereitung für die Entscheidung über den Vertragsabschluss schätzten die Sozialversicherungsträger alle drei bis vier Jahre den Bedarf nach Versorgungszonen (1) (sogenannter Rehabilitationsplan, siehe [TZ 44](#), [TZ 45](#), [TZ 46](#), [TZ 47](#) und [TZ 48](#)).

Ebenfalls unabhängig von einer konkreten Vertragsverhandlung mit einem Anbieter gestaltete die Sozialversicherung⁶⁶ – in der Regel in Abstimmung mit der Wirtschaftskammer – das Tarifsystem bzw. den Inhalt der Verträge (2). Die Gestaltung der Tarife und Vertragsinhalte hatte Einfluss darauf, welcher Anbieter sich für die Leistungserbringung interessierte (z.B. ob angesichts unterschiedlicher Mietpreise bestimmte Standorte rentabel waren).

⁶⁶ Dabei bestanden Rahmenverträge des Hauptverbands und bilaterale Verträge einzelner Sozialversicherungsträger nebeneinander; siehe [TZ 57](#).

Ein potenzieller Leistungserbringer musste einerseits auf Basis eines Antrags (3) einen Bescheid des jeweiligen Bundeslandes nachweisen (3a), worin ein Bedarf bestätigt war (siehe **TZ 50**). Andererseits musste er klären, ob die Sozialversicherungsträger für einen Vertragsabschluss bereit waren, um die Patientinnen und Patienten auf deren Rechnung zu behandeln.⁶⁷ Die Kriterien, nach denen das jeweilige Land bzw. der jeweilige Sozialversicherungsträger vorging, waren nicht gleich (siehe **TZ 48**). Die PVA war aufgrund ihrer Marktdominanz wirtschaftlich der wichtigste Sozialversicherungsträger. Sie bestätigte ihre grundsätzliche Bereitschaft zum Vertragsabschluss in Einzelfällen vorab durch einen „Letter of Intent“ (**LOI**) (3b).

Auf Basis eines positiven Bedarfsprüfungsbescheids sowie eines Letter of Intent errichtete der potenzielle Anbieter eine Sonderkrankenanstalt (4) und erhielt bei Erfüllung aller Auflagen eine Betriebsbewilligung vom Land (5). Diese war grundsätzlich Voraussetzung für den Vertragsabschluss (6) mit dem Sozialversicherungsträger.⁶⁸

In einem weiteren Schritt wies der Sozialversicherungsträger einzelne Patientinnen und Patienten dem Leistungserbringer zur Behandlung zu (7), (8). Eine Auslastungsgarantie war in den im überprüften Zeitraum verwendeten Verträgen nicht enthalten, die Zuweisung erfolgte teilweise nach Patientenwunsch, teilweise nach einem System der Sozialversicherungsträger (**TZ 68**).

43.2

Der RH wies kritisch darauf hin, dass das Vertragsverfahren einer grundsätzlichen Zuteilung zwischen Sozialversicherungsträgern und dem jeweiligen Land unterlag. Diese entschieden teilweise nach unterschiedlichen Kriterien, in getrennten Verfahren und für unterschiedliche regionale Bereiche.

Der RH empfahl daher dem BMGF sowie dem Hauptverband, der AUVA, der BVA und der PVA, auf ein zwischen Sozialversicherung und Ländern abgestimmtes und verbindliches Verfahren zur Bedarfsplanung und -prüfung hinzuwirken.

43.3

(1) Das BMGF unterstützte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH. Bund, Länder und Sozialversicherung würden sich in den derzeitigen Verhandlungen zu einer neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG und einer Revision des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (**ÖSG**) damit beschäftigen.

(2) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme ebenfalls auf die Verhandlungen über die Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG, wobei auch die Judikatur der

⁶⁷ Ein Kostenersatz für Behandlungen ohne Vertrag mit der Sozialversicherung war im Bereich der Rehabilitation nicht vorgesehen; d.h., die Errichtung von Krankenanstalten für Rehabilitation ohne Aussicht auf einen Vertrag mit der Sozialversicherung war in der Regel wirtschaftlich nicht sinnvoll.

⁶⁸ In manchen Ländern erfolgte die Betriebsbewilligung erst bei laufendem Betrieb, dann schloss die PVA gegebenenfalls bereits nach Fertigstellung des Betriebs den Vertrag ab.

Höchstgerichte zu berücksichtigen sei. Die vorliegenden Entwürfe enthielten wesentliche Ansatzpunkte für die Lösung der vom RH beschriebenen Probleme. Es werde in weiterer Folge von der parlamentarischen Behandlung abhängen (insbesondere von der Gestaltung der Umsetzungsgesetze), inwieweit die Empfehlung des RH umgesetzt werde; der Hauptverband sei dafür bereit.

(3) Die BVA teilte mit, dass die Umsetzung der Empfehlung des RH eine Aufgabe im Zuge der Gesundheitsreform sein solle.

(4) Laut Stellungnahme der PVA erachte auch sie eine Abstimmung zwischen sanitätsbehördlichen Bewilligungsverfahren der Länder und Vergabeverfahren der Träger als dringend notwendig. Sie unterstütze daher die Empfehlung des RH; die Umsetzung müsse aber auf politischer Ebene bzw. durch Gesetzesänderungen herbeigeführt werden.

Die Neugestaltung des Rehabilitationsplans 2016 bzw. seiner Umsetzungsbestimmungen enthalte einige zweckdienliche Änderungen zur bisherigen Lage: Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger sollten immer vom Hauptverband und den einzelnen Trägern erfolgen. Sie sollten sich immer am Rehabilitationsplan 2016 orientieren; nur bei nachweislich von den Planungsziffern abweichenden Bedarfsgegebenheiten (z.B. unzumutbare Wartezeiten) sollte darauf abgestimmt Stellung genommen werden. Bei ungedecktem Bedarf sollten positive Stellungnahmen auch zugunsten mehrerer Vorhaben abgegeben werden, auch die Länder sollten die Möglichkeit haben, positive Bedarfsprüfungs- bzw. Errichtungsbewilligungsbescheide zugunsten mehrerer Vorhaben zu erlassen. Es sollte immer eine begrenzte Laufzeit von positiven Stellungnahmen und Bewilligungen geben. Die PVA wies darauf hin, dass die Entwicklung des Bedarfs einer größeren Dynamik als die Überarbeitung des Rehabilitationsplans unterliege, eine Verbindlichkeit des Rehabilitationsplans sei nicht sinnvoll.

Bedarfsplanung

Grundsätzliche Vorgehensweise und bisheriger Planungserfolg

44.1

(1) Grundlage der Bedarfsplanung der Sozialversicherungsträger war im überprüften Zeitraum der sogenannte Rehabilitationsplan 2012, den der Hauptverband etwa alle drei bis vier Jahre (2004, 2009, 2012 und 2016) in Auftrag gab und der für die Versorgungszonen Nord, Süd, Ost und West⁶⁹ die benötigte Zahl von Betten bzw. Plätzen einschätzte. Die Planung erfolgte im Wesentlichen in vier analytischen Schritten:

⁶⁹ Versorgungszone Ost umfasste Wien, Niederösterreich und das nördliche Burgenland, Versorgungszone Süd das südliche Burgenland, die Steiermark und Kärnten, West umfasste Tirol und Vorarlberg und Nord Salzburg und Oberösterreich.

- Erstens erfolgte eine Zeitreihenanalyse der bisherigen Entwicklung der Inanspruchnahme der Rehabilitationsleistungen mit einer entsprechenden Fortschreibung.
- Zweitens erfolgte eine Analyse der zugrunde liegenden Erkrankungen (im Wesentlichen anhand der Entwicklung der Entlassungsdiagnosen aus Krankenanstalten und Erfahrungswerten, zu welchen Rehabilitationsaufenthalten diese führten).
- Im dritten Schritt nahm der Rehabilitationsplan bei der diesbezüglich entstehenden Bandbreite einen Mittelwert als Sollstand an.
- Zuletzt erfolgte eine Kürzung des stationären Bedarfs um jene Fälle, bei denen erwartet wurde, dass sie auch durch ambulante Rehabilitation versorgt werden konnten. Grundlage dafür war eine Experteneinschätzung.

(2) Die Bedarfsentwicklung war im Rehabilitationsplan mehrfach deutlich niedriger geschätzt worden, als es der tatsächlichen Entwicklung in den Folgejahren entsprach. Bis 2015 hätte z.B. laut Rehabilitationsplan 2009 die Bettenzahl gegenüber 2007 um 4 % steigen sollen, tatsächlich stieg sie bereits bis 2014 um rd. 30 %.

Die Planungsgrundlagen wiesen teilweise erhebliche Ungenauigkeiten auf. Zum Beispiel wichen die Aufzeichnungen über die Anzahl der Aufenthalte zwischen unterschiedlichen Quellen teilweise um bis zu 26 % voneinander ab, die Anzahl der systemisierten und tatsächlichen Betten wich ebenfalls stark (um bis zu 500 Betten) voneinander ab.

Aktuelle politische bzw. rechtliche Vorgaben (z.B. Pensionsreformen mit Fokus auf Rehabilitation) wurden nicht berücksichtigt.

(3) Mehrere Maßnahmen (z.B. die Integration des Rehabilitationsplans in den ÖSG ab dem Jahr 2013, die Einführung der Rehabilitations-Evidenz, die Einholung von Gutachten der GÖG in den Bedarfsprüfungsverfahren der Länder; siehe [TZ 54](#) und [TZ 55](#)) sollten zu einer höheren Kongruenz zwischen Planung und tatsächlicher Entwicklung beitragen.

Zwischen 2012 und 2014 entwickelte sich in der Folge zwar die Gesamtzahl der Betten in etwa entsprechend dem Rehabilitationsplan, im Bereich der psychiatrischen Rehabilitation ergaben sich in der Umsetzung des Rehabilitationsplans 2012 in einzelnen Bedarfsprüfungsverfahren Zweifel an dessen Validität (z.B. aufgrund der langen Wartezeiten). Die PVA gab daher eine weitere Analyse zur Aktualisierung der Bedarfsschätzung bei der GÖG in Auftrag, die im November 2014 vorlag.

Die Bandbreite dieser Analyse lag bereits für das Jahr 2015 bei rd. 400 Betten (Differenz zwischen der Berechnung nach dem Antrags–Einweisungs– und Erledigungsgeschehen und dem morbiditätsbasierten Modellierungsansatz).

44.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass der Rehabilitationsplan in wesentlichen Bereichen (Region, Diagnose) noch keine ausreichende Sicherheit für die Gestaltung der Entwicklung bieten konnte. Dies mochte auf unzureichende Datengrundlagen, auf die Schwierigkeiten der unsicheren Planung oder auch darauf zurückzuführen sein, dass die steuernde Wirkung des Rehabilitationsplans nicht ausreichend effektiv war (d.h. Länder und Sozialversicherungsträger sich nicht an die Pläne hielten). Aktuelle politische bzw. rechtliche Vorgaben (z.B. Pensionsreformen mit Fokus auf Rehabilitation) wurden nicht berücksichtigt.

Der RH wies darauf hin, dass es unter Compliance–Gesichtspunkten unerlässlich war, dass am Beginn eines Vergabe– bzw. Beschaffungsvorgangs eine nachvollziehbare, klare Grundlage für den Bedarf stand.

Der RH empfahl daher dem Hauptverband, die Bemühungen um eine Verbesserung im Planungsprozess weiterzuführen. Dabei wären insbesondere die Gründe, aus denen die bisherige Planung die tatsächliche Entwicklung nicht vorausszusehen vermochte, zu analysieren. Gegebenenfalls wäre eine höhere Planungsfrequenz zu prüfen, um aktuelle rechtliche Änderungen bzw. politische Vorgaben berücksichtigen zu können. Weiters wären die Anforderungen für eine integrierte Planung bzw. Bezüge zur Planung der Krankenbehandlung zu prüfen.

44.3 Der Hauptverband sagte zu, zur Umsetzung der Empfehlung beizutragen.

Regionale Ungleichgewichte

45.1 Die folgende Tabelle zeigt die jeweiligen Über– bzw. Unterschreitungen der Anzahl der Betten je Versorgungszone im Vergleich zum Rehabilitationsplan 2012:

Tabelle 10: Vergleich des Soll- und Ist-Stands von Betten in den Versorgungszonen laut Rehabilitationsplan 2012

	Versorgungszone				gesamt
	Ost	Süd	Nord	West	
Soll 2015	4.346	2.265	2.386	1.330	10.327
Ist 2010/2012 ¹	3.101	2.941	2.480	645	9.167
Überschreitung (+) Unterschreitung (-)	-1.245	676	94	-685	-1.160

¹ Die Berechnung erfolgte 2012; die Datengrundlagen stammten aus dem Jahr 2010.

Quellen: Rehabilitationsplan 2012, Tab. 9a; GÖG

Österreichweit bestand ein Bedarf von zusätzlich 1.160 Betten. Nach Zonen betrachtet bestand allerdings in den Zonen West und Ost insgesamt ein Bedarf von 1.930 Betten, in den Zonen Nord und Süd dagegen ein Überstand von rd. 770 Betten.

Die „Grundsätze und Empfehlungen für die Umsetzung des Rehabilitationsplans 2012“⁷⁰ sahen dazu vor: „Wenn in der Versorgungszone in der jeweiligen Indikation ein Bedarf gegeben ist, in Gesamtösterreich jedoch nicht, gibt es einen Bedarf, wobei auf die Überversorgung hingewiesen werden soll“.

Ein Konzept zum Abbau der Überkapazitäten war im Rehabilitationsplan nicht enthalten. Dementsprechend hätte eine konsequente Umsetzung des Rehabilitationsplans zu einem Aufbau von weiteren 1.930 Betten und zu einer Überkapazität von über 700 Betten geführt.

45.2

Der RH kritisierte, dass der Rehabilitationsplan kein Konzept zur Lösung der regionalen Ungleichverteilung von Bettenkapazitäten enthielt. Er hielt es nicht für zweckmäßig, Überkapazitäten aufzubauen. Dies widersprach dem Grundgedanken der Bedarfsplanung. Er wies erneut darauf hin, dass auch unter Compliance-Gesichtspunkten eine klare und überzeugende Bedarfserhebung Voraussetzung für einen Beschaffungsprozess sein sollte.

Der RH empfahl daher dem BMGF, dem Hauptverband und der PVA, darauf hinzuwirken, dass die Rehabilitationsplanung auch ein Konzept zum Abbau von regionalen Überkapazitäten enthält.

Nach Ansicht des RH könnte entweder eine österreichweite Planung erfolgen (dann wäre in den Zonen Ost und West nur ein geringerer Ausbau erforderlich) oder es wäre eine wohnortnahe Versorgung vorzusehen (dann wäre gemeinsam mit einem

⁷⁰ Die Bundes-Zielsteuerungskommission beschloss diese im Juni 2013.

Ausbau in den Zonen Ost und West insbesondere in der Zone Süd eine Angebotsreduktion vorzunehmen).

45.3

(1) Das BMGF wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass es in die Arbeiten zur Erstellung des Rehabilitationsplans nicht eingebunden sei. Ihm sei eine flächendeckende und ausgewogene Gesundheitsversorgung auf hohem Qualitätsniveau ein großes Anliegen. Daher habe das BMGF sowohl im Zuge der Integration des Rehabilitationsplans in den ÖSG als auch in den derzeit laufenden ÖSG-Verhandlungen wiederholt die Wichtigkeit einer ausgeglichenen Versorgung im Rehabilitationsbereich auch im Zusammenhang mit den Bettenzahlen eingebracht.

(2) Laut Stellungnahme des Hauptverbands sei dieses Thema Gegenstand der Beratungen im Rahmen des Finanzausgleichs. Diese Beratungen umfassten auch den Vorschlag, Errichtungsbewilligungen für Krankenanstalten an verbindliche Planungsmaßnahmen und das Ergebnis von Vergabeverfahren zu knüpfen. Es werde in weiterer Folge von der parlamentarischen Behandlung abhängen (insbesondere von der Gestaltung der Umsetzungsgesetze), inwieweit die Empfehlung des RH umgesetzt werde; der Hauptverband sei dafür bereit.

Planung ambulanter Rehabilitation

46.1

(1) Seit 2011 war gesetzlich im Bereich der Pensionsversicherung auch eine ambulante Form der Rehabilitation vorgesehen.⁷¹ Dabei war einerseits die Belastung für die Patientinnen und Patienten höher (da Zu- und Abreise zu organisieren waren), andererseits konnten bestimmte Fälle (z.B. Kindererziehungspflichten, berufs begleitende Rehabilitation) besser abgedeckt werden. Durch das Wegfallen der „Hotelkomponente“ (Unterbringung und Verpflegung) wäre auch eine deutliche Kosteneinsparung anzunehmen. Die Entscheidung, in welchem Umfang Rehabilitation in ambulanter Form erbracht werden soll, war daher von erheblicher wirtschaftlicher Bedeutung.

(2) Die Planungsanforderungen für ambulante Rehabilitation unterschieden sich vom stationären Bereich durch eine stärkere regionale Differenzierung: Während für mehrwöchige stationäre Aufenthalte auch längere Anreisen in Kauf genommen werden können, ist eine ambulante Rehabilitation mit täglicher An- und Abreise nur regional möglich.

Der Rehabilitationsplan gab einerseits eine Gesamtzahl an Plätzen für ambulante Rehabilitation in der jeweiligen Versorgungszone an, andererseits einen „anzunehmenden“ Fokus auf bestimmte Ballungszentren.

⁷¹ § 302 ASVG

Diese Planungsgrundlagen waren weder für die Länder noch für die Sozialversicherungsträger ausreichend, um für einen bestimmten Antrag eines Anbieters eine Bedarfsprüfung eindeutig beantworten zu können bzw. die Anzahl der Plätze für einen bestimmten Standort ableiten zu können. Dies deshalb, weil die Plätze innerhalb der Versorgungszonen nicht auf kleinteiligere Regionen heruntergebrochen waren.

Die PVA nannte daraufhin in den Bedarfsprüfungsverfahren überwiegend nicht die Anzahl der benötigten Rehabilitationsplätze, womit eine konkrete Prüfung des Bedarfs mittels eines Soll-Ist-Vergleichs weitgehend unmöglich war. Auch in den Verträgen war teilweise keine Platzzahl enthalten.

(3) Bei der Einschätzung, welcher Anteil der Rehabilitationsfälle ambulant betreut werden konnte, zielte der Rehabilitationsplan insbesondere auf das Vermeiden schlecht ausgelasteter Kapazitäten ab.

(4) Der Hauptverband und die PVA verfolgten verschiedene Strategien: Die PVA baute im überprüften Zeitraum die ambulante Betreuung systematisch aus.⁷² Demgegenüber schloss der Hauptverband lediglich Verträge für ein Pilotprojekt für eine Indikation (Kardiologie) ab und legte fest, vor Evaluierung des Pilotprojekts keine Erweiterung vorzunehmen. Die Evaluierung dauerte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bereits mehrere Jahre an. Der Hauptverband wies insbesondere darauf hin, dass die Abgrenzung der ambulanten Rehabilitation von der Krankenbehandlung noch nicht ausreichend geklärt sei.

Der Rehabilitationsplan enthielt nur Vorgaben für die ambulante Rehabilitation der „Phase 2“, d.h. für eine stationär-ersetzende ambulante Rehabilitation.⁷³ Die PVA führte jedoch auch ambulante Rehabilitationen der „Phase 3“ (d.h. im Anschluss an die stationäre Rehabilitation, z.B. im neurologischen Bereich nach einem Schlaganfall) durch. Eine Bedarfsplanung dafür fehlte.

46.2

(1) Der RH kritisierte, dass die Planung für die ambulante Rehabilitation nicht ausreichend war, um konkrete Entscheidungen an bestimmten Standorten zu treffen.

⁷² Bereits im Mai 2013 stellte die PVA in einer Übersicht dar, dass sie insgesamt 53 Vertragseinrichtungen für ambulante Rehabilitation in zehn Indikationen anbieten konnte. Allerdings war keine Indikation in allen Bundesländern verfügbar, eine flächendeckende Versorgung war somit noch nicht erreicht. Eine Übersicht über Anträge bzw. Vorschläge von Anbietern über weitere Verträge zeigte sowohl mehrere angenommene Anträge als auch mehrere Ablehnungen; z.B. im zweiten Quartal 2014 neun Stellungnahmen zu Betriebsbewilligungen, sechs Anträge zu Errichtungsbewilligungen und sechs Vertragsangebote. In diesem Quartal gab die PVA nur eine positive Stellungnahme ab.

⁷³ Rehabilitation der Phase 1 bedeutet die Akutbehandlung bzw. Frühmobilisation im Krankenhaus, Phase 2 die stationäre oder stationär-ersetzende Rehabilitation, Phase 3 eine ambulante Rehabilitation zur Stabilisierung der in Phase 2 erreichten Erfolge und Phase 4 die langfristige ambulante Nachsorge („Langzeitrehabilitation“) in Eigenverantwortung der Patientin bzw. des Patienten.

Er wies erneut darauf hin, dass am Beginn eines Beschaffungs– bzw. Vergabevorgangs eine nachvollziehbare und klare Einschätzung des Bedarfs stehen müsste und sah das Fehlen einer entsprechenden Festlegung als ein Compliance–Risiko.

(2) Der RH beurteilte sowohl die geringe regionale Differenzierung als auch die Beschränkung auf ambulante Rehabilitation der Phase 2 kritisch.

(3) Der RH kritisierte weiters, dass das Vorgehen zur ambulanten Rehabilitation innerhalb der Sozialversicherungsträger nicht ausreichend abgestimmt war: Die Strategie der PVA unterschied sich wesentlich von jener des Hauptverbands.

(4) Der RH hielt es weiters für kritisch, dass die Sozialversicherung nicht die kostengünstige Leistungserbringung, sondern die Auslastung bestehender Einrichtungen als maßgebliches Kriterium für die Planung des künftigen Angebots formuliert hatte.

Der RH empfahl daher dem BMGF, dem Hauptverband und der PVA, besonderes Augenmerk auf die Bedarfsplanung der ambulanten Rehabilitation zu legen, das Vorgehen innerhalb der Sozialversicherung abzustimmen und medizinische und wirtschaftliche Kriterien ausgewogen zu berücksichtigen.

46.3

(1) Das BMGF unterstützte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH ausdrücklich. Sowohl die Länder als auch das BMGF würden in den derzeit laufenden Verhandlungen wiederholt auf das Erfordernis einer Planung der gesamten ambulanten Rehabilitation hinweisen und eine solche nachdrücklich fordern.

(2) Der Hauptverband sagte in seiner Stellungnahme zu, zur Umsetzung dieses seines Erachtens nach wichtigen Punktes beizutragen. Es wäre dabei allerdings auch auf die Effizienz der in Rede stehenden Maßnahmen Bedacht zu nehmen. Die Sozialversicherung erarbeite gerade eine Strategie zur weiteren Vorgehensweise im Bereich der ambulanten kardiologischen Phase 3–Rehabilitation. Nach dem derzeitigen Diskussionsstand sei nicht damit zu rechnen, dass die Rahmenverträge des Hauptverbands unbefristet verlängert würden.

(3) Laut Stellungnahme der PVA erfolge die Bedarfsplanung der ambulanten Rehabilitation unter der Leitung des Hauptverbands.

Vermengung analytischer Bedarfsprognose mit Angebotsplanung

47.1

(1) Aus dem geplanten Bedarf (z.B. 100 Betten für Neurologie in der Versorgungszone Ost) ergab sich noch nicht zwingend eine bestimmte Angebotsstruktur; z.B. waren weiters mitbestimmend:

- ein konkreter Standort und das jeweilige Bundesland;
- die Anzahl und die Größe der Einrichtungen (z.B. eine Einrichtung mit 100 Betten oder zwei mit 50); oder
- die Kombination mit anderen Indikationen (z.B. Verbindung neurologischer Betten mit internistischen, um bei mehreren Symptomen eine angemessene Versorgung sicherstellen zu können).

Derartige Festlegungen („Angebotsplanung“) erfolgten im Rehabilitationsplan 2012 grundsätzlich nicht, da dieser vornehmlich auf die Auswertungen medizinischer Daten („Bedarfsplanung“) ausgerichtet war.

Der im ÖSG seit 2013 enthaltene Teil über Rehabilitation zeigte nur den Gesamtbedarf für Österreich nach Indikationen abgebildet; eine Planung nach Regionen, Anzahl und Größe der Einrichtung bzw. Kombination von Indikationen war nicht enthalten. Andere Planungsinstrumente oder Koordinationsmechanismen gab es nicht.

(2) In einzelnen Bereichen gingen auch Elemente der Angebotsplanung in den Rehabilitationsplan 2012 ein. Im Bereich der ambulanten Rehabilitation führte der Rehabilitationsplan aus, es sei davon auszugehen, dass sich die Entwicklung ambulanter Rehabilitation zunächst auf diese Regionen beschränken werde.⁷⁴ Die Bindungswirkung dieser „Annahme“ blieb jedoch unklar. In einem Gutachten für das Land Niederösterreich bestätigte die GÖG (die den Rehabilitationsplan erstellt hatte) einen Bedarf auch außerhalb dieser Zonen. Gegenüber dem RH führte die GÖG aus, dass die Formulierung im Rehabilitationsplan einen solchen Bedarf nicht ausschließen könne.

47.2

Der RH wies darauf hin, dass der Rehabilitationsplan 2012 lediglich eine Prognose des nachgefragten Bedarfs darstellte, nicht jedoch eine konkrete Angebotsplanung enthielt. Er kritisierte, dass diese Angebotsplanung auch darüber hinaus durch keine Institution nachvollziehbar bzw. dokumentiert erfolgte. Damit blieben für die

⁷⁴ Es bietet sich – so der Rehabilitationsplan weiter – der Aufbau insbesondere in Ballungsräumen und größeren Städten an, da hier das für die wirtschaftliche Führung erforderliche Mindestmaß an Patientinnen und Patienten eher realisierbar sei. Circa 75 % der österreichischen Bevölkerung wohnt maximal 30 Minuten (Individualverkehr) von diesen Ballungsräumen und größeren Städten entfernt.

Auswahl von Vertragspartnern wesentliche Kriterien (z.B. Größe, Standort) offen. Dies stellte auch aus Compliance-Gesichtspunkten ein Risiko dar.

Der RH empfahl dem BMGF und dem Hauptverband, darauf hinzuwirken, die Bedarfsplanung des Rehabilitationsplans durch eine wirksame Angebotsplanung (z.B. hinsichtlich der Regionen, der Anzahl und Größe der Einrichtungen und der Strukturmerkmale wie z.B. Kombination von bestimmten Indikationen) zu ergänzen. Dies könnte z.B. im ÖSG bzw. den RSG erfolgen.

47.3 (1) Wie das BMGF in seiner Stellungnahme mitteilte, sei die Rehabilitationsplanung Angelegenheit der Sozialversicherung, der Rehabilitationsplan werde im Auftrag des Hauptverbands erstellt. Auch aus Sicht des BMGF sei die Ergänzung der bisherigen Rehabilitationsplanung um eine Angebotsplanung grundsätzlich anzustreben. Dies solle jedoch nicht im ÖSG erfolgen.

(2) Laut Stellungnahme des Hauptverbands sei die vom RH angesprochene Problematik Gegenstand der Beratungen zum Finanzausgleich gewesen. Dem Wunsch nach wirksamer Angebotsplanung könne besonders dadurch Rechnung getragen werden, dass die benötigten Leistungen bedarfsgerecht im Markt durch Vergabeverfahren an die Bestbietenden vergeben würden.

Information über konkreten Bedarf

48.1 Der Rehabilitationsplan war nach Beschlussfassung im Hauptverband öffentlich zugänglich und enthielt für die vier Versorgungszonen in Fünf-Jahres-Zeiträumen eine Gesamtzahl der benötigten Plätze je Indikation. Wann und für welche Bettenanzahl ein bestimmter Versicherungsträger wo konkret einen Vertragsabschluss anstrebte, wurde im überprüften Zeitraum nicht ausgeschrieben. Stattdessen ging ein Vertragsabschluss in der Regel von einem Anbieter aus, der einen bestimmten Standort, eine bestimmte Betriebsgröße und einen Zeitplan vorschlug.

Teilweise waren Informationen aus dem Rehabilitationsplan – wie in Bedarfsprüfungsverfahren ersichtlich wurde – verschiedenen Parteien bereits vor der Veröffentlichung bekannt. Bei den vom RH untersuchten Fällen gab es einen Fall, bei dem die PVA an einen bestimmten Anbieter mit der Bitte um ein Vertragsangebot herantrat.

48.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass ein Anbieter, der frühzeitig Informationen zur Bedarfshöhe eines Sozialversicherungsträgers erhielt, daraus (insbesondere im Hinblick auf das Windhundprinzip, siehe **TZ 52**) Vorteile erzielen konnte.

Er wies weiters kritisch darauf hin, dass die Initiative für einen neuen Vertragsabschluss über die Erbringung von Rehabilitationsleistungen vom Anbieter dieser Leistungen ausging. Die Sozialversicherungsträger gestalteten somit die Versorgung bzw. den Ausbau des Angebots nicht selbst, sondern waren von der Zeitplanung der Anbieter abhängig.

Der RH empfahl dem Hauptverband sowie der PVA, allen potenziellen Anbietern gleichzeitig den konkreten Bedarf für Rehabilitationsplätze bekannt zu geben. Dabei könnten sowohl konkrete Vorgaben (Standort, Größe etc.) gemacht werden oder diese Entscheidungen bewusst unterschiedlichen Konzepten der Anbieter überlassen bleiben.

48.3

(1) Laut Stellungnahme des Hauptverbands sei die Umsetzung der in der Empfehlung des RH angesprochenen Anforderung Grundlage des laufenden Vergabeverfahrens über Leistungen der Kinderrehabilitation. Nach den Informationen des Hauptverbands sei eine verbindliche Veröffentlichung der einschlägigen Inhalte im Rahmen der oben geschilderten Vereinbarung nach Art. 15a B-VG zu erwarten, die Planungen (ÖSG 2012, Rehabilitationsplan) seien jetzt bereits auf der Website des BMGF öffentlich. Die Ergebnisse der Planungen würden im Rehabilitationsplan 2016 publiziert.

(2) Die PVA bezeichnete in ihrer Stellungnahme die Empfehlung des RH als nachvollziehbar. Die PVA habe durch die Entscheidung zur Durchführung von Vergabeverfahren einen entscheidenden Schritt zu ihrer Umsetzung gesetzt.

Koordination zwischen Land und Sozialversicherung

Unterschiedliche Kriterien bei Bedarfsprüfung

49.1

(1) Sowohl die Errichtung als auch der Betrieb von Rehabilitationseinrichtungen bedurften nach § 3 bzw. § 3a Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (**KAKuG**) einer Bewilligung der Landesregierung. Diese setzte voraus, dass ein Bedarf gegeben war

- im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot mit Kassenverträgen,
- zur Aufrechterhaltung einer hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
- zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit.

Für über Landesgesundheitsfonds abgerechnete Krankenanstalten (also nicht für Rehabilitationsanstalten) war ein Bedarf gegeben, wenn die Errichtung dem – mit dem RSG abgestimmten – Landeskrankenanstaltenplan entsprach.

Für sonstige bettenführende Krankenanstalten bzw. ambulante Einrichtungen war ein Bedarf gegeben, wenn unter Berücksichtigung u.a. der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich der örtlichen Verhältnisse, der Auslastung bestehender Einrichtungen sowie der Entwicklungstendenzen in der Medizin eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots nachgewiesen werden konnte.

(2) Die Länder führten daher im Einzelfall Erhebungen über andere bestehende Einrichtungen, die Vergleichbarkeit der Leistungen dieser Einrichtungen, deren Auslastung, Wartezeiten und mögliche finanzielle Auswirkungen der Errichtung weiterer Einrichtungen durch. Die Kriterien laut KAKuG waren sowohl innerstaatlich als auch zwischenstaatlich gerichtlich überprüfbar.

Die Einhaltung des Rehabilitationsplans war eine Bedingung für das Vorhandensein eines Bedarfs im Sinne des KAKuG bzw. der entsprechenden Landesgesetze. Die zur Erstellung des Rehabilitationsplans verwendeten Analyseinstrumente (Prognose des Bedarfs für österreichweit vier Versorgungszonen in Fünf-Jahres-Zeiträumen) führten nicht notwendigerweise zum gleichen Ergebnis wie die regionale Einzelfallprüfung von z.B. Wartezeiten und Auslastungen in bestehenden Einrichtungen.

(3) Die Entscheidung über einen Vertragsabschluss oblag den einzelnen Sozialversicherungsträgern. Dabei waren neben dem Vorliegen eines Bedarfs grundsätzlich auch andere Überlegungen für die Auswahl von Anbietern relevant, z.B. bisherige Erfahrungen mit den Rechtsträgern in Qualitätssicherung und Abrechnung, Einschätzung der erwarteten Qualität der Leistungen, Überlegungen zum Standort oder auch ökonomische Mindestgrößen von Einrichtungen mit Blick auf die jährlichen Tarifverhandlungen.

Diese Kriterien waren für die Länder für die Beurteilung des Bedarfs nicht maßgeblich. Umgekehrt führte die Bestätigung eines Bedarfs durch ein Land nicht zwingend zu einem Vertragsabschluss.

49.2

Der RH wies kritisch darauf hin, dass durch die parallele Planung der Rehabilitation im Auftrag des Hauptverbands und der Bedarfsprüfungsverfahren der Länder sowie durch die Auswahl von Vertragspartnern durch die Sozialversicherungsträger eine Konsistenz der Entscheidungen und Kriterien nicht sichergestellt war. Dadurch war ein einheitlicher Vergabevorgang bzw. eine Ausschreibung unter mehreren

Wettbewerbern wesentlich erschwert, was wiederum auch unter Compliance-Gesichtspunkten nachteilig war.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das BMGF sowie den Hauptverband und die AUVA, die BVA und die PVA, auf ein zwischen Sozialversicherung und Ländern abgestimmtes und verbindliches Verfahren zur Bedarfsplanung und -prüfung hinzuwirken.

49.3

(1) Das BMGF unterstützte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH. Bund, Länder und Sozialversicherung würden sich in den derzeitigen Verhandlungen zu einer neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG und einer Revision des ÖSG damit beschäftigen.

(2) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme ebenfalls auf die Verhandlungen über die Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG, wobei auch die Judikatur der Höchstgerichte zu berücksichtigen sei. Die vorliegenden Entwürfe enthielten wesentliche Ansatzpunkte für die Lösung der vom RH beschriebenen Probleme. Es werde in weiterer Folge von der parlamentarischen Behandlung abhängen (insbesondere von der Gestaltung der Umsetzungsgesetze), inwieweit die Empfehlung des RH umgesetzt werde; der Hauptverband sei dafür bereit.

(3) Die AUVA verwies in ihrer Stellungnahme auf die Zuständigkeit des Hauptverbands. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werde der Bedarf an Rehabilitationsbetten je nach Indikation und geografischer Gegebenheit von den Trägern über den Hauptverband ermittelt.

Sperrwirkung der Vorabfeststellungsbescheide

50.1

(1) Die Landesgesetze enthielten Regelungen darüber, wie lange ein potenzieller Anbieter von Rehabilitationsleistungen Zeit hatte, nach der Feststellung eines Bedarfs die entsprechende Einrichtung zu errichten bzw. in Betrieb zu nehmen. Solange war der Bedarf für diesen Anbieter „reserviert“, andere Antragstellerinnen oder Antragsteller konnten nicht mit einer positiven Bedarfsfeststellung rechnen.

Die Fristen dafür waren je nach Bundesland unterschiedlich geregelt. So war z.B. in Wien eine Frist von fünf Jahren vorgesehen, in der Steiermark von einem Jahr, in Tirol und Vorarlberg konnte das Land die Frist im Bescheid festsetzen.

(2) Ohne eine entsprechende Absicht insbesondere der PVA, einen Vertrag mit einer Rehabilitationseinrichtung abzuschließen, war ein positiver Bedarfsprüfungsbescheid in der Regel wirtschaftlich nicht ausreichend, um tatsächlich eine Einrich-

tung zu errichten. Dennoch entfalteten derartige Bescheide eine Art „Sperrwirkung“ für weitere Anträge.

- 50.2** Der RH kritisierte, dass die Zeiträume, während denen ein positiver Bedarfsprüfungsbescheid andere Anbieter blockierte, zwischen den Ländern variierten. Der positive Bedarfsprüfungsbescheid sperrte die anderen Anbieter, auch wenn der Adressat des Genehmigungsbescheids tatsächlich keine Einrichtung errichtete.

Der RH empfahl dem BMGF, die Sperrwirkung positiver Bescheide über die Bedarfsprüfung zu überprüfen und auf eine länderübergreifend einheitliche Regelung hinzuwirken.

- 50.3** Das BMGF verwies in seiner Stellungnahme auf die laufenden Verhandlungen und Diskussionen über die Verbindlichkeit der Planung und Vereinheitlichung der Verfahren.

Integration des Rehabilitationsplans in die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG)

- 51.1** Der Rehabilitationsplan stellte zunächst ein Sachverständigengutachten im Auftrag des Hauptverbands dar. Seit 2013 waren wesentliche Inhalte des Rehabilitationsplans aufgrund eines Beschlusses der Bundes-Zielsteuerungskommission⁷⁵ zudem auch Teil des ÖSG und sollten daher in die RSG auf Landesebene integriert werden.

Tatsächlich enthielten die RSG jedoch keine Planungsvorgaben zur Rehabilitation. Dies auch deshalb, weil der Rehabilitationsplan für vier Versorgungszonen erstellt wurde, die RSG aber für jedes Bundesland zu erstellen waren. Kein Bundesland war ermächtigt, den Zonenbedarf auf die Bundesländer aufzuteilen.

- 51.2** Der RH kritisierte, dass der in den ÖSG integrierte Rehabilitationsplan noch nicht in den RSG umgesetzt war. Er hielt die somit nicht verbindliche Bedarfsfeststellung auch unter Compliance-Gesichtspunkten für einen Risikofaktor.

Der RH empfahl dem BMGF, darauf hinzuwirken, dass der Rehabilitationsplan auch in die RSG integriert wird.

- 51.3** Das BMGF unterstützte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH. Im Auftrag der Sozialversicherung sei ein Rehabilitationsplan 2016 in Ausarbeitung und Abstimmung. Sobald dieser vorliege, würden die zentralen Planungsaussagen in den ÖSG integriert werden. Über die Integration der Rehabilitationsplanung in die RSG

⁷⁵ Die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) war ein Organ der Bundesgesundheitsagentur. Dem Gremium gehörten je vier Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an. Beschlüsse wurden einvernehmlich gefasst. Zentrale Aufgabe der B-ZK war der Beschluss des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Die Aufgaben der B-ZK waren in Art. 12 der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit geregelt.

werde derzeit mit den Ländern und der Sozialversicherung im Rahmen der Arbeiten zur ÖSG-Revision beraten.

Zeitpunkt der Antragstellung

52.1

Die „Grundsätze und Empfehlungen für die Umsetzung des Rehabilitationsplans 2012“ (ein Teil des Beschlusses der Bundes-Zielsteuerungskommission) führten aus: „Wenn in einer Versorgungszone in der jeweiligen Indikation ein Bedarf besteht, aber mehrere Vorhaben dazu schon bekannt sind, dann gilt das ‚Windhundprinzip‘ (Kriterium: Zeitpunkt der Antragstellung). In den Stellungnahmen sollen jedoch Hinweise auf die weiteren Projekte gegeben werden.“

Laut einem Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 28. Juni 2013 war bei Gleichwertigkeit verschiedener, im selben Zeitraum beantragter Vorhaben für Rehabilitationseinrichtungen der Zeitpunkt der formal korrekten Antragstellung auf Errichtungsbewilligung maßgeblich.⁷⁶ Dass alle Anbieter gleichzeitig alle Informationen erhielten, war nicht sichergestellt.

Nach dem Prinzip der zeitlichen Reihenfolge wäre sowohl für die Länder als auch für die Sozialversicherungsträger nur der Zeitpunkt der Antragstellung im Landesverfahren das maßgebliche Kriterium für die Entscheidung. Weder Preis noch Qualität noch Erreichbarkeit der Einrichtung wären demnach zu berücksichtigen. Allerdings setzte dies laut dem Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission eine nicht näher bestimmte Gleichwertigkeit der Projekte voraus.

Die von der PVA im Sommer 2015 einberufene Expertengruppe (siehe [TZ 67](#)) forderte einstimmig die Aufhebung des Windhundprinzips.

52.2

Der RH beurteilte die Beauftragung von Leistungserbringern für Rehabilitation gemäß der zeitlichen Reihenfolge des Einlangens des Antrags (Windhundprinzip) als nicht zweckmäßig. Es widersprach einer sachlichen Auswahl des am besten geeigneten Vertragspartners, da es weder Preis- noch Qualitätsaspekte berücksichtigte. Das Abstellen auf den Zeitpunkt der Antragstellung war auch kein geeignetes Kriterium, um eine rasche Versorgung herzustellen, da die Antragstellung noch keine zeitnahe Umsetzung garantierte. Der RH sah in der Anwendung des Windhundprinzips auch ein erhöhtes Compliance-Risiko, weil ein früher (oder vorzeitiger) Erhalt der Information über die Einschätzung des Bedarfs für die Anbieter einen wirtschaftlichen Vorteil bewirkte.

⁷⁶ Dieses Prinzip der zeitlichen Reihenfolge galt sowohl dann, wenn es um mehrere Vorhaben in einem Land ging, als auch dann, wenn es um mehrere Vorhaben in verschiedenen Ländern einer Versorgungszone ging.

Der RH empfahl daher dem Hauptverband und der AUVA, der BVA und der PVA, der Auswahl der Anbieter sachliche Kriterien und nicht ausschließlich die zeitliche Reihenfolge eines Antrags zugrunde zu legen.

52.3

(1) Der Hauptverband wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass derzeit ein Vergabeverfahren (Kinderrehabilitation) laufe, in dem versucht werde, die Empfehlung des RH umzusetzen, und in dem bereits wertvolle Erfahrungen gemacht worden seien. Über den Weg von Vergabeverfahren würde das auch vom RH zu Recht kritisierte Windhundprinzip obsolet. Die weitere Entwicklung werde von den Umsetzungsgesetzen zur 15a–Vereinbarung zur Finanzierung des Gesundheitssystems abhängen.

(2) Die AUVA und die BVA verwiesen in ihren Stellungnahmen auf die Zuständigkeit des Hauptverbands bzw. die besondere Bedeutung der PVA als größter Anbieterin.

(3) Laut Stellungnahme der PVA komme sie mit der Beauftragung der gegenständlichen Leistungen nach Durchführung eines Vergabeverfahrens der Empfehlung des RH bereits nach.

Stellungnahmeverfahren

53.1

(1) Nach § 3 Abs. 6 KAKuG hatte die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass in den Bewilligungsverfahren zur Errichtung einer Krankenanstalt und im Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs u.a. auch betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des zu prüfenden Bedarfs Parteistellung haben.

Nach einem Beschluss der Bundes–Zielsteuerungskommission vom 28. Juni 2013 sollten die Bedarfsprüfungsverfahren hinsichtlich der Vorgaben der Länder vereinheitlicht werden. Insbesondere sollte der Hauptverband einbezogen und die bundesweite Rehabilitations–Evidenz genutzt werden sowie eine gegenseitige Information und Konsultation der betroffenen Länder und eine bundesweite Koordinierung im Wege der Bundes–Zielsteuerungskommission erfolgen.

Dennoch setzten die einzelnen Landesgesetze die Regelung des KAKuG unterschiedlich um: So hatte z.B. in Niederösterreich der Hauptverband Parteistellung, in den übrigen Ländern nicht. Einige Länder schrieben den Hauptverband als Koordinator verschiedener Sozialversicherungsträger an, andere direkt die entsprechenden Sozialversicherungsträger.

(2) Auch die Sozialversicherungsträger gingen unterschiedlich mit ihren Stellungnahmen im Bedarfsprüfungsverfahren um:⁷⁷

Die PVA übermittelte in der Regel ihre Stellungnahme direkt an das Land. Laut Angaben der PVA sei andernfalls nicht sichergestellt, dass der Hauptverband ihrer Stellungnahme ausreichendes Gewicht einräume. Der Hauptverband sei von der Anzahl der Träger und dem Fokus seiner Tätigkeit hauptsächlich auf Krankenversicherungsträger ausgerichtet, die PVA sei aber im Rehabilitationsbereich der größte Anbieter.

Während die Länder in der Regel die Sozialversicherungsträger um Stellungnahme hinsichtlich konkreter Fragestellungen zur Bedarfsbeurteilung (z.B. Verfügbarkeit und Wartezeiten von Einrichtungen in der Nähe der Antragstellerinnen und Antragsteller) ersuchten, reagierte die PVA (und auch die AUVA und die BVA) in der Regel, indem sie einen Bedarf entweder befürwortete oder ablehnte. Die Gründe der Sozialversicherungsträger (insbesondere der PVA) waren aus den Stellungnahmen oft nicht erkennbar. Die konkreten Fragen beantworteten die Sozialversicherungsträger meist nicht. Teilweise gab die PVA auch andere Gründe als die nach dem KAKuG für die Entscheidung des Landes relevanten an (z.B. die Kombination verschiedener Indikationen an einem Standort, sogenannte „Zentrumslösung“).

53.2

(1) Der RH kritisierte, dass entgegen dem Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission die Vorgehensweise zur Einholung von Stellungnahmen von den Sozialversicherungsträgern im Bedarfsprüfungsverfahren zwischen den einzelnen Ländern immer noch unterschiedlich war.

[Der RH empfahl dem BMGF, darauf hinzuwirken, dass die Stellungnahmeverfahren für die Bedarfsprüfungen von Rehabilitationseinrichtungen einheitlich geregelt werden.](#)

(2) Der RH kritisierte auch, dass das Stellungnahmeverfahren der Sozialversicherungsträger in den Bedarfsprüfungsverfahren der Länder nur unzureichend zur Koordinierung zwischen Sozialversicherungsträgern und Ländern beitrug. Dies lag nach Ansicht des RH zum einen daran, dass die Sozialversicherungsträger die von den Ländern gestellten Fragen nicht beantworteten, und stattdessen andere Aspekte vorbrachten. Zum anderen gelang es den Sozialversicherungsträgern, insbesondere der PVA und dem Hauptverband, nicht, eine abgestimmte oder zumindest koordinierte Stellungnahme abzugeben.

⁷⁷ Die Stellungnahmen waren in der Regel an das Büro delegiert. (Nur) Bei der PVA waren die Stellungnahmen von der Obfrau bzw. vom Obmann gegenzuzeichnen, obwohl das Thema an das Büro delegiert war. Welche Rolle Obfrau bzw. Obmann dabei genau einnahmen, war für den RH nicht eindeutig erkennbar.

Der RH beurteilte beide Aspekte auch unter Compliance-Gesichtspunkten sehr kritisch: Die Begründung der Bewertung der Sozialversicherungsträger durch konkrete Daten bzw. Antworten auf die spezifischen Fragen der Länder und die wechselseitige Plausibilisierung durch die Koordination der Sozialversicherungsträger untereinander könnten wesentlich zu einer Versachlichung und Qualitätssicherung der Stellungnahmen beitragen.

Der RH empfahl der PVA, die Koordinationsfunktion des Hauptverbands zu nutzen und Stellungnahmen über diesen abzugeben. Er empfahl schließlich dem Hauptverband, der AUVA, der BVA und der PVA, bei den Stellungnahmen möglichst auf die konkreten Fragestellungen des jeweiligen Landes einzugehen und die Ausführungen zu begründen.

53.3

(1) Das BMGF verwies in seiner Stellungnahme auf die laufenden Verhandlungen über die Verbindlichkeit der Planung und Vereinheitlichung der Verfahren.

(2) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme ebenfalls auf diese Verhandlungen. Die Überlegungen hätten u.a. dazu geführt, das Bedarfsprüfungsverfahren der Länder an die Ergebnisse der Vergabeverfahren der Sozialversicherung zu binden, um keine Parallelverfahren mehr führen zu müssen. Es werde von der gesetzlichen Umsetzung abhängen, inwieweit dieser Empfehlung des RH Rechnung getragen werde.

Die Fragen der Länder würden nicht selten eingehende Erhebungen voraussetzen, die im Rahmen der gegebenen Fristen bzw. auf Basis der vorhandenen Datenbestände nicht leistbar seien. Aus Sicht des Hauptverbands wäre es Aufgabe des jeweiligen Bedarfsprüfungsverfahrens bzw. allgemeine Aufgabe im Gesundheitswesen, die entscheidungswesentlichen Grundlagen auch in diesem Zusammenhang zusammenzustellen. Erst auf deren Basis wären die zuständigen Stellen um ihre Standpunkte zu befragen, nicht jedoch aus den Stellungnahmen der Betroffenen erst die sachverhaltswesentlichen Grundlagen zu ermitteln.

(3) Wie die AUVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, sei bei dieser Empfehlung der Hauptverband mit seiner Koordinations- und Steuerungsfunktion gefordert.

(4) Laut Stellungnahme der PVA könne sie nicht nachvollziehen, auf welche „konkreten Fragestellungen“ des jeweiligen Landes einzugehen sei. Bedarfsaussagen der PVA würden sich ausschließlich auf den jeweils aktuellen Rehabilitationsplan gründen. Sie würde die Koordinationsfunktion des Hauptverbands nur nutzen, wenn der Hauptverband ihre Stellungnahme (auch wegen ihrer eigenständigen Parteistellung in den meisten Ländern) unverändert – und als Aussage der PVA ausgewiesen – übernehme. Eine abgestimmte Stellungnahme – wie dies offenbar dem

RH vorschwebe – im Sinne einer einheitlichen Stellungnahme aller Träger erscheine hingegen nicht praktikabel, hätten doch die verschiedenen Träger unterschiedliche Bedarfs einschätzungen – bezogen auf den eigenen Träger – zu vertreten.

53.4

Der RH wies die PVA erneut darauf hin, dass die Länder in der Regel die Sozialversicherungsträger um Stellungnahme hinsichtlich konkreter Fragestellungen zur Bedarfsbeurteilung (z.B. Verfügbarkeit von Einrichtungen in der Nähe der Antragstellerinnen und Antragsteller, konkretes Leistungsangebot) ersuchten. Es war Aufgabe der Länder, auf Basis dieser Detailinformationen (gegebenenfalls unter Heranziehung einer oder eines Sachverständigen) die positive oder negative Entscheidung über den Bedarf zu treffen. Das Unterlassen konkreter Antworten darauf erschwerte den Ländern die ordnungsgemäße Verfahrensdurchführung.

Der RH wies weiters darauf hin, dass die PVA entgegen ihren nunmehrigen Ausführungen keineswegs alle Stellungnahmen zur Bedarfsbeurteilung auf den Rehabilitationsplan gründete (siehe [TZ 66](#)) und auch in der Stellungnahme an den RH ausdrücklich die Verbindlichkeit des Rehabilitationsplans ablehnte und auf die Notwendigkeit der Flexibilität hinwies (Stellungnahme zu [TZ 43](#)).

Im Zusammenhang mit den Schwierigkeiten der PVA, die konkreten Fragestellungen der jeweiligen Länder nachzuvollziehen, verwies der RH auf seine Kritik in [TZ 65](#), wonach die interne Zuständigkeitsverteilung in der PVA einen umfassenden Informationsaustausch erschwerte.

Der RH betonte weiters, dass eine abgestimmte Stellungnahme der Sozialversicherungsträger deren Gewicht im Bewilligungsverfahren wohl erhöhen würde. Der RH hegte nur wenig Zweifel, dass es der PVA bei überzeugender Argumentation gelingen würde, im Hauptverband Gehör zu finden. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Feststellung des Ist-Standes

54.1

Dem Soll-Stand des Rehabilitationsplans war konzeptionell der Ist-Stand der Plätze gegenüberzustellen. Dabei waren sowohl die bereits errichteten als auch die bewilligten Plätze und die in laufenden Verfahren beantragten Plätze für die gesamte Versorgungszone zu berücksichtigen.

In Beschlüssen der Bundes-Zielsteuerungskommission bzw. im Rahmen der Erstellung des Rehabilitationsplans war dazu die Rehabilitations-Evidenz geschaffen worden. Dort sollten z.B. Anträge auf Errichtung einer Krankenanstalt mit den relevanten Betten- bzw. Platzzahlen sowie der jeweilige Verfahrensstand eingetragen

werden. Die Sozialversicherungsträger, die GÖG und die Länder sollten die Evidenz aktuell halten und hatten dementsprechend auch Zugang dazu.

Die Rehabilitations–Evidenz war nur auf aktuelle Stände von Betten bzw. Plätzen ausgerichtet, historische Ist–Stände waren nicht ableitbar. Es gab mehrere Verfahren, bei denen schon seit längerer Zeit keine Zwischenergebnisse eingetragen waren. Schließlich gab es einige Einrichtungen, bei denen der Ist–Stand im Hinblick auf die aktuelle Situation (z.B. Schließungen, Personalschlüssel, Umbauten etc.) nicht aktuell aus der Rehabilitations–Evidenz zu erkennen war.

54.2 Der RH bewertete die Initiative zur Erstellung der Rehabilitations–Evidenz positiv, kritisierte jedoch, dass die Aktualität und Korrektheit der Daten verbesserungswürdig war.

Er empfahl dem BMGF, der PVA und dem Hauptverband, gemeinsam mit den Ländern auf Verbesserungen der Rehabilitations–Evidenz hinzuwirken.

54.3 Das BMGF, der Hauptverband und die PVA unterstützen in ihren Stellungnahmen die Empfehlung des RH.

Stellung der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

55.1 (1) Im Bedarfsprüfungsverfahren hatte das Land ein Gutachten der GÖG oder eines vergleichbaren Planungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme der jeweiligen Landesgesundheitsplattform⁷⁸ zum Vorliegen der Kriterien gemäß § 3 KAKuG einzuholen.

Die GÖG hatte somit eine Doppelrolle: Sie erstellte im Auftrag des Hauptverbands den Rehabilitationsplan und im Auftrag der jeweiligen Länder Gutachten über das Vorliegen einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzelfall.

Aufgrund der unterschiedlichen Kriterien kam es zu unterschiedlichen Resultaten im Einzelfall.

(2) Den Sozialversicherungsträgern kam im Verfahren der Länder in der Regel Parteistellung zu; im Gegensatz dazu war die GÖG Sachverständige. Im Falle unterschiedlicher Stellungnahmen war daher in der Regel das Gutachten der GÖG maßgeblich. Dies, obwohl die Grundlage der Stellungnahmen – der Rehabilitationsplan – im Auftrag des Hauptverbands von der GÖG erstellt wurde.

⁷⁸ Die Landesgesundheitsplattform war ein Organ des Landesgesundheitsfonds.

55.2

Für den RH war es grundsätzlich nachvollziehbar, dass eine einheitliche Stelle die fachliche Beurteilung zum Vorliegen eines Bedarfs vornehmen sollte. Er wies jedoch darauf hin, dass die GÖG dabei unterschiedliche Kriterien anzuwenden hatte und für unterschiedliche Auftraggeber (Hauptverband bei der Erarbeitung des Rehabilitationsplans, Länder bei den Gutachten im Bedarfsprüfungsverfahren nach KAKuG) arbeitete. Eine Konsistenz der Entscheidungen war damit nicht sichergestellt.

Der RH verwies auf seine Empfehlung an das BMGF sowie den Hauptverband und die AUVA, die BVA und die PVA, auf ein zwischen Sozialversicherungsträgern und Ländern abgestimmtes und verbindliches Verfahren zur Bedarfsplanung und -prüfung hinzuwirken.

55.3

(1) Das BMGF unterstützte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH und verwies auf die laufenden Verhandlungen.

(2) Der Hauptverband verwies ebenfalls auf die Verhandlungen über die Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG, wobei auch die Judikatur der Höchstgerichte zu berücksichtigen sei. Die vorliegenden Entwürfe enthielten wesentliche Ansatzpunkte für die Lösung der vom RH beschriebenen Probleme. Es werde in weiterer Folge von der parlamentarischen Behandlung abhängen (insbesondere von der Gestaltung der Umsetzungsgesetze), inwieweit die Empfehlung des RH umgesetzt werde, der Hauptverband sei dafür bereit.

(3) Laut Stellungnahme der AUVA sei sie nur für jene Personen zuständig, die einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit erlitten hätten. Daher sei auch der Bedarf bekannt. Eine Erweiterung des Kurangebots erfolge über den Beitritt zu einem Rahmenvertrag, der über den Hauptverband geregelt werde.

Auswirkungen der mangelnden Koordination

56.1

In den vom RH analysierten Fällen (sieben Bedarfsbereiche, jeweils definiert durch die Versorgungszone, die Indikation und die stationäre bzw. ambulante Leistungserbringung) kam es in drei Bereichen zu unterschiedlichen Bedarfseinschätzungen zwischen Ländern und PVA, in zwei Bereichen verwies die PVA auf Kriterien außerhalb des KAKuG und in zwei Bereichen stimmten die Einschätzung des jeweiligen Landes und der PVA überein. In einer Reihe von Fällen waren in der PVA keine Aufzeichnungen über den Ausgang bzw. den Verfahrensstand der Landesverfahren vorhanden.

56.2

Angesichts dieser Ergebnisse von Auftragsvergaben wies der RH zusammenfassend kritisch darauf hin, dass die Entscheidungsprozesse bei den Ländern zur Bedarfsprüfung und den Sozialversicherungsträgern zum Vertragsabschluss parallel ablaufen. Dabei kamen unterschiedliche Kriterien zum Einsatz. Dies konnte aufgrund der Sperrwirkung der Bedarfsprüfungsbescheide dazu führen, dass über einen längeren Zeitraum ein bestehender Bedarf nicht gedeckt werden konnte.

Die Koordinationsinstrumente – eine gemeinsame Planung, die Festlegung der zeitlichen Reihenfolge als Auswahlkriterium, die Stellungnahmerechte im Verfahren, die Einführung der Rehabilitationsevidenz und die Nutzung einer gemeinsamen Gutachterin bzw. eines gemeinsamen Gutachters – waren nicht ausreichend bzw. nicht zweckmäßig.

Die mangelnde Abstimmung zwischen Ländern und Sozialversicherungsträgern war daher ein wesentliches Hindernis für eine zweckmäßige Planung und Erbringung von Rehabilitationsleistungen.

Grundlegende Ausgestaltung der Vertragsbeziehung

Rahmenverträge und bilaterale Verträge

57.1

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestanden einerseits bilaterale Verträge (zwischen Sozialversicherungsträger und Anbieter) und andererseits Rahmenverträge zwischen Hauptverband und Anbietern, denen anschließend einzelne Sozialversicherungsträger beitraten.

Der Hauptverband konnte Rahmenverträge lediglich im Auftrag der Sozialversicherungsträger abschließen, eine alleinige Kompetenz des Hauptverbands bestand nicht. Die einzelnen Sozialversicherungsträger waren auch nicht verpflichtet, die bilateralen Verträge gleichlautend mit den Rahmenverträgen des Hauptverbands zu gestalten. Tatsächlich bestand jedoch im überprüften Zeitraum weitgehende inhaltliche Kongruenz zwischen den bilateralen Verträgen und den Rahmenverträgen für den stationären Bereich.

Im Bereich der ambulanten Rehabilitation gab es in mehreren Indikationen nur bilaterale Verträge, weil der Hauptverband nur für kardiologische ambulante Rehabilitation Verträge abgeschlossen hatte, die PVA dagegen für zahlreiche Indikationen eine umfassende Versorgung aufbauen wollte.

57.2

Der RH wies darauf hin, dass eine klare Vertragsstruktur – auch unter Compliance-Gesichtspunkten – eine wesentliche Voraussetzung für den ordnungsgemäßen Ab-

lauf von Beschaffungsprozessen war. Nach Ansicht des RH war das Nebeneinander von bilateralen Verträgen und Rahmenverträgen ohne klare Abgrenzung, welchem Zweck welche Vertragsstruktur dienen sollte, unzweckmäßig.

Der RH empfahl dem Hauptverband sowie der AUVA, der BVA und der PVA, grundsätzlich ausschließlich Rahmenverträge zu nutzen und nur bei besonderen Umständen bilaterale Verträge abzuschließen.

57.3

(1) Der Hauptverband wies in seiner Stellungnahme auf das laufende Vergabeverfahren über Leistungen der Kinderrehabilitation hin, dessen Erfahrungen in die weitere Vorgangsweise einfließen würden.

(2) Laut Stellungnahme der AUVA bediene sie sich überwiegend jener Kureinrichtungen, die einen Rahmenvertrag mit dem Hauptverband hätten. In zwei Fällen gebe es bilaterale Verträge, um besondere Bedürfnisse abzudecken (Querschnitt, Schädel-Hirn-Patientinnen und -Patienten, Haut- und Atemwegserkrankte), die sonst nicht oder erheblich teurer angeboten würden.

(3) Laut Stellungnahme der PVA könne sie der Empfehlung des RH wegen der Eigenständigkeit und Gebarungshoheit der PVA nicht folgen. Bestehe Bedarf nur bei einem Träger, sei der Nutzen des Abschlusses eines Rahmenvertrags durch den Hauptverband nicht erkennbar. Dem Hauptverband fehlten Ressourcen und Kapazitäten für entsprechende Vergabeverfahren. Eine alleinige Vertragsabschlusskompetenz beim Hauptverband berge das Risiko, dass die Interessen der einzelnen Sozialversicherungsträger nicht berücksichtigt würden. Da der Hauptverband selbst keine Versicherten habe, das Know-how über die inhaltliche Ausgestaltung von Gesundheitsdienstleistungen bei den jeweiligen Trägern wesentlich umfassender sei und auch die Finanzierung der Maßnahmen durch diese erfolge, liege darin auch ein Compliance-Risiko. Die einzelnen Träger könnten gegebenenfalls die erforderliche Versorgung ihrer Versicherten nicht aufrecht erhalten.

57.4

Der RH wies gegenüber der PVA darauf hin, dass seiner Ansicht nach ein Bedarf, der nur bei einzelnen Trägern bestand, die Ausnahme bildete. Von einer Koordinierung erwartete sich der RH einen Interessenausgleich, der naturgemäß bedingt, dass sich einzelne Versicherungsträger nicht in allen Fällen durchsetzen werden. Von einer Zuordnung der maßgeblichen Kompetenzen und Ressourcen in Vergabeangelegenheiten im Hauptverband erwartete der RH Synergien, die bei separaten Vergabeverfahren in einzelnen Versicherungsträgern nicht realisiert werden konnten. Für Sonderfälle hatte der RH in seiner Empfehlung ausdrücklich die Möglichkeit bilateraler Verträge offen gelassen. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Vertragsinhalt und Qualitätssicherung

58.1 (1) Die vom Hauptverband und den Sozialversicherungsträgern verwendeten Vertragstexte enthielten keine Aussage, ob ein Verrechnungs- oder Leistungsvertrag vorlag.

Die Verträge enthielten weder eine Auslastungsgarantie der Sozialversicherungsträger, noch garantierten die Anbieter eine bestimmte Versorgungswirkung bzw. freie Betten.

(2) Im Anhang zu den Verträgen waren medizinische Leistungsprofile geregelt, die Strukturvorgaben enthielten, z.B. eine bestimmte personelle und räumliche Ausstattung. Diese bezog sich nicht nur auf die vom Sozialversicherungsträger nachgefragte Bettenkapazität, sondern auf die Gesamtbettenanzahl der jeweiligen Einrichtung.⁷⁹

(3) Die Verträge waren unbefristet abgeschlossen, eine Kündigung war jährlich auch ohne Angabe von Gründen möglich. Sanktionen für den Fall von Verstößen gegen die Leistungsprofile waren nicht geregelt. Die PVA verhängte teilweise Sanktionen (insbesondere Reduktionen der Patientenzuweisung, gegebenenfalls Vertragskündigungen).

In einem Fall nahm die PVA eine Vertragskündigung vor, schloss jedoch nach einer Klage des Vertragspartners auf Basis eines gerichtlichen Vergleichs mit ihm erneut einen Vertrag ab. Ein Argument dafür war das rechtliche Risiko mangels vertraglicher Regelung der Sanktionen.

58.2 Der RH wies erneut darauf hin, dass eine klare Vertragsstruktur – auch unter Compliance-Gesichtspunkten – eine wesentliche Voraussetzung für den ordnungsgemäßen Ablauf von Beschaffungsprozessen war.

Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Verträge vom Hauptverband und den Sozialversicherungsträgern weder eindeutig als Verrechnungs- noch als Dienstleistungsvertrag gekennzeichnet waren, weshalb unklar war, ob und in welchem Umfang das Vergaberecht anwendbar war. Einerseits bestand keine Verpflichtung, bestimmte Kapazitäten freizuhalten oder bestimmte Zuweisungen vorzunehmen,

⁷⁹ Die PVA unterzeichnete im überprüften Zeitraum mehrere Letter of Intent. Darin bestätigte sie gegenüber jeweils einem bestimmten Anbieter ein grundsätzliches Interesse, bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen (insbesondere der behördlichen Bewilligungen) in Verhandlungen über einen Vertragsabschluss einzutreten. Dies erfolgte in der Regel auf Wunsch der Anbieter und diente als Grundlage für eine etwaige Finanzierung von Anfangsinvestitionen. Die Letter of Intent waren so abgeschlossen, dass aus ihnen kein Rechtsanspruch auf Vertragsabschluss ableitbar war.

andererseits gab es klare Qualitätsregeln, jedoch keine Regelungen über die Sanktion bei deren Verletzung.

Er empfahl der AUVA, der BVA, der PVA und dem Hauptverband, die Verträge klar als Verrechnungs- oder Leistungsverträge zu kennzeichnen. Er empfahl weiters, eine Regelung über Sanktionen bei Verstößen gegen die Leistungsvorgaben aufzunehmen.

58.3

(1) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme zunächst auf das laufende Vergabeverfahren über Leistungen der Kinderrehabilitation, dessen Erfahrungen in die weitere Vorgangsweise einfließen würden. Bloße Verrechnungsverträge strebe der Hauptverband nicht an, da dort keine Dienstleistungsverpflichtungen (z.B. Betriebspflicht, Aufnahmepflicht bestimmter Patientengruppen usw.) enthalten sein könnten. Das ginge zu Lasten der Patientinnen und Patienten. Eine bloße Verrechnungsmöglichkeit, ohne dabei auch die Verpflichtung zu einschlägiger Qualität zu vereinbaren, sei unzweckmäßig. Andererseits sollten keine Verpflichtungen der Sozialversicherungsträger zur Zuweisung von Patientinnen und Patienten entstehen. Für Zuweisungen sollte der Bedarf nach Behandlungen und nicht die (allenfalls zu füllende) Kapazität von Anbietern relevant sein. Die vom RH empfohlene Vorgangsweise, Kalkulationen als Grundlage für Tarife zu verwenden, sei bereits in das Vergabeverfahren Kinderrehabilitation eingeflossen und auch gerichtlich anerkannt worden. Allerdings sei der Gedanke einheitlicher Tarife mit der Basis von Normkosten wirtschaftlich zu hinterfragen: Das bereits mehrfach zitierte Vergabeverfahren zeige, dass Anbieter sehr unterschiedliche Kostenstrukturen aufwiesen, die sich naturgemäß auch in unterschiedlichen Angeboten niederschlagen würden. Einheitstarife (Normkosten) könnten dem nicht Rechnung tragen. Auch Sanktionen im Fall von Vertragsverletzungen seien Inhalt des laufenden Vergabeverfahrens.

(2) Laut Stellungnahme der AUVA würden Rahmenverträge über den Hauptverband abgeschlossen.

(3) Die BVA sagte in ihrer Stellungnahme zu, die Empfehlung zur klaren Kennzeichnung der Verträge künftig bei Überlegungen einzubeziehen. Die Aufnahme von Sanktionen bei Verstößen gegen die Verträge hänge auch vom Vertragspartner ab.

(4) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, sei ihren Ausschreibungen eine inhaltliche Beurteilung der Verträge vorausgegangen, eine entsprechende Aussage im Vertragstext sei nicht erforderlich und könnte an einer rechtlich korrekten Einordnung, welche im Einzelfall zu geschehen habe, auch nichts ändern. Die PVA schließe auch befristete Verträge ab und regle auch, welche Kapazitäten die Vertragspartner vorzuhalten hätten.

Demnächst sollte ein Maßnahmenkatalog vertraglich finalisiert werden, sodass eine klare Basis für den Umgang mit Vertragsverletzungen vorliege. Auch ohne eine solche gesonderte Regelung stelle das allgemeine Zivilrecht Rechtsbehelfe zur Verfügung.

58.4

(1) Der RH stellte gegenüber dem Hauptverband klar, dass er die Entscheidung, ob ein Preiswettbewerb bzw. eine Preisdifferenzierung zwischen verschiedenen Anbietern erfolgen solle, keineswegs vorwegnehmen wollte. Wenn allerdings eine einheitliche Festlegung von Tarifen erfolgte (wie das bisher im Bereich der Rehabilitation der Fall war), sollte diese auf kalkulierten Kosten basieren. Dafür wäre eine entsprechende Basis (Normkosten) sicherzustellen. Der RH teilt die Auffassung des Hauptverbands, dass bei sichergestellter Qualität und Erreichbarkeit für die Patientinnen und Patienten eine günstigere Kostenstruktur einzelner Anbieter auch in Form niedrigerer Tarife an die Versichertengemeinschaft weitergegeben werden sollte. Ob und inwieweit das im Einzelfall Bedenken einer Leistungsverkürzung durch Qualitätseinschnitte überwiegt, war anhand der konkreten Leistung und der jeweiligen Marktlage zu beurteilen.

(2) Der RH begrüßte, dass die PVA eine rechtliche Einordnung ihrer Verträge vorgenommen hatte und die Vereinbarung von Sanktionen bei Vertragsverletzung plante. Der RH hielt beides für unerlässlich – zum einen für die korrekte Abwicklung des Vergabeverfahrens, zum anderen, um Rechtsstreitigkeiten im Fall von Vertragsverletzungen (wie sie bereits der Fall waren) zu vermeiden.

Qualitätssicherung

59.1

Bei der PVA war eine trägerübergreifende Vertragspartnerkontrolle eingerichtet. Sie überprüfte vor Ort die Einhaltung der medizinischen Leistungsprofile bzw. die Qualitätsvorgaben für den Beherbergungsbereich. Die PVA strebte dabei an, jede Einrichtung, mit der die PVA einen Vertrag über die Erbringung von Rehabilitationsleistungen hatte, einmal in zwei Jahren zu prüfen. Tatsächlich erfolgten die Überprüfungen deutlich seltener. Die Innenrevision der PVA stellte 2015 fest, dass im Zeitraum 2010 bis 2014 nur rund zwei Drittel der Einrichtungen überprüft worden waren. Die Prüfberichte wurden im Durchschnitt erst sechs Monate nach dem Besuch vor Ort übermittelt, obwohl eine Frist von drei Monaten vorgesehen war.

59.2

Der RH kritisierte, dass die PVA die selbst gesetzten Ziele weder bei der Kontrolldichte ihrer Vertragspartner noch bei der Erledigungsdauer für Berichte erreichte.

Er empfahl der PVA, die Kontrolldichte bei den Vertragspartnern, die Rehabilitationsleistungen erbrachten, und die Erledigungsdauer entsprechend anzupassen.

59.3

Laut Stellungnahme der PVA sei die seinerzeitige interne Vorgabe unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen von Beginn an als sehr ambitioniert zu beurteilen gewesen. Mit 1. Juni 2016 habe sie eine neue Abteilung eingerichtet, die bereits ein neues Visitationskonzept ausgearbeitet habe. Die PVA habe die Fristen für Kontrolldichten im neuen Visitationskonzept bewusst nicht dezidiert festgelegt. Als Richtwert sollte jedoch jede Einrichtung zumindest einmal in fünf Jahren visitiert werden. Die Fristen für die Berichterstellung seien nunmehr zwischen zehn und zwölf Wochen festgelegt.

Tarife

60.1

(1) Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Tarife für Rehabilitations- und Kureinrichtungen von Vertragspartnern im Jahr 2015:⁸⁰

Tabelle 11: Tarife pro Tag für stationäre Rehabilitation

	Vertragstarif 2015 ¹	Dauer
	in EUR	
Neurologie	228,04	4 Wochen
Psychiatrie	183,98	6 Wochen
Onkologie	168,06	3 Wochen
Orthopädie	168,06	3 Wochen
Kardiologie	163,13	3 bis 4 Wochen
Pulmologie	158,53	3 Wochen
Stoffwechsel	132,23	3 Wochen
Gesundheitsvorsorge aktiv	100,86	3 Wochen
Kuren (alle Indikationen)	89,41	3 Wochen

¹ Verhandlungsergebnisse; Beschlüsse der Gremien zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch ausständig

Quelle: PVA

(2) Die Tarife für die Vertragspartner waren österreichweit für einzelne Indikationen grundsätzlich gleich.⁸¹ Ein Preiswettbewerb fand somit nicht statt. Auf maßgebliche Faktoren für unterschiedliche Kostenstrukturen (z.B. die unterschiedliche Größe der Einrichtungen bzw. die unterschiedliche räumliche Lage) ging das Tarif-

⁸⁰ Die Tarife, die bei der Verrechnung der von Eigenen Einrichtungen erbrachten Leistungen zur Anwendung kamen, waren durchwegs höher als bei den Vertragspartnereinrichtungen (z.B. Neurologie 273,40 EUR oder Kardiologie 211,90 EUR bis 240 EUR). Die PVA begründete dies mit ungünstigeren kollektivvertraglichen Regelungen und teilweise höheren Leistungen in den Eigenen Einrichtungen. Ein Benchmarking der Eigenen Einrichtungen mit den Vertragspartnereinrichtungen war nicht Gegenstand der Gebarungsüberprüfung.

⁸¹ In Einzelfällen gab es Abweichungen aufgrund bestimmter Umstände (etwa besondere Leistungen oder Synergien durch angeschlossene Fondskrankenanstalten).

system nicht ein. Im Bereich der Kuren waren die Tarife unabhängig von den Indikationen österreichweit gleich.

(3) Die PVA bzw. der Hauptverband verfügten über keine Rechnungsabschlüsse oder andere Informationen der Leistungserbringer, aus denen ihre Kostenstrukturen erkennbar waren. Zu mehreren Indikationen (ausgenommen Psychiatrie und Onkologie) betrieb die PVA Eigene Einrichtungen, was ihr Einblick in die Kostenstruktur eines Rehabilitationsbetriebs gewährte und den Aufbau von Expertise in der Behandlung ermöglichte.

(4) Für stationäre Rehabilitationsleistungen und Kuren konnte weder der Hauptverband noch die PVA Kalkulationen vorlegen, die eine nähere Analyse der Tarife ermöglichten. Beide Einrichtungen führten aus, die Tarife seien durch jährliche Weiterentwicklung historischer Ausgangswerte im Verhandlungswege entstanden.

Zu vier ambulanten Rehabilitationsindikationen konnte die PVA konkrete Begründungen für die mit dem Vertragspartner vereinbarten Preise vorlegen. Dabei orientierte sich die PVA im Wesentlichen an der Kalkulation des jeweils ersten Anbieters einer bestimmten Indikation und überprüfte diese auf Plausibilität. Dies bildete die Grundlage für Verhandlungen und eine bundesweite Tariffestlegung.

Die PVA nahm jedoch keine Überprüfung vor, ob die vorgelegten Kalkulationen auf andere Anbieter anwendbar oder maßgeblich von den spezifischen Konstellationen des Erstanbieters geprägt waren. So bestanden bei den Grundannahmen der einzelnen Indikationen erhebliche Unterschiede. Beispielsweise unterschied sich der Ansatz für Rechnungswesen und Finanzmanagement zwischen den vier verwendeten Kalkulationen um einen Faktor drei. Die Kosten je VZÄ für bestimmte Berufsgruppen (Logopädie) lagen um mehr als 100 % auseinander. Die faktischen Annahmen für die Kalkulationen waren sehr einzelfallspezifisch (z.B. hinsichtlich der Nutzung bestehender Räumlichkeiten, der bloß stundenweisen Auftragsvergabe für bestimmte Berufsgruppen etc.).

(5) Soweit eine Überprüfung der Kalkulationen in der PVA erfolgte, geschah dies organisatorisch getrennt von den Verhandlungen bzw. der weiteren Vertragsgestaltung, teilweise mit Unterstützung eines externen Beraters. Bei einem Pilotprojekt traf die PVA eine Tarifabsprache für die gesamte Projektdauer von drei Jahren; eine Valorisierung war nicht vorgesehen. Dies war jedoch der zuständigen Abteilung nicht bekannt, sodass irrtümlich durch Vorstandsbeschluss eine Valorisierung wie für alle anderen Verträge erfolgte. Die PVA bezahlte die zu viel berechneten Beträge dann nicht aus bzw. forderte die zu viel überwiesenen Beträge erfolgreich zurück.

(6) Für die Zukunft plante die PVA, Rehabilitationsleistungen auszuschreiben. Dabei sollte der Preis kein Zuschlagskriterium sein, vielmehr sollte ein Qualitätswettbewerb stattfinden. Während der Gebarungsüberprüfung führte der Hauptverband eine Ausschreibung im Bereich der Kinderrehabilitation durch, bei der auch auf Preiskriterien abgestellt werden sollte. Die Vergabeverfahren bei der PVA und beim Hauptverband waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht abgeschlossen.

60.2

(1) Der RH kritisierte, dass die PVA bzw. der Hauptverband 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 (siehe **TZ 26**) festlegte. Die Angemessenheit der Tarife konnte nach Ansicht des RH nur im Rahmen einer Kalkulation überprüft werden. Die Durchführung von Beschaffungsvorgängen ohne Preiswettbewerb oder Kalkulationen rein auf Verhandlungsbasis beurteilte der RH auch als wesentliches Compliance-Risiko.

Der RH empfahl daher der AUVA, der BVA und der PVA sowie dem Hauptverband, aktuelle Kalkulationen als Grundlage für die Tarife für Kuren und Rehabilitation zu erstellen.

(2) Der RH kritisierte weiters, dass die Kalkulationen für den ambulanten Rehabilitationsbereich zwar als Grundlage für Normkosten in ganz Österreich dienen, aber ihrer Methodik nach adaptierte Einzelkosten einzelner Anbieter abbildeten. Der RH kritisierte, dass die Grundannahme nach Indikationen unterschiedlich war. Nach Ansicht des RH ergab sich aus diesen Vorgehensweisen, dass unterschiedliche Anbieter unterschiedlichen wirtschaftlichen Nutzen aus Vertragsabschlüssen mit der PVA ziehen konnten. Auch dies sah der RH als erhebliches Compliance-Risiko.

Der RH empfahl daher der AUVA, der BVA und der PVA, den einheitlichen Tarifen Normkosten zugrunde zu legen und nur in Ausnahmefällen Einzelkosten zu berücksichtigen.

(3) Der RH kritisierte, dass die Zuständigkeit für Tarifikalkulation, Vertragsgestaltung, Qualitätssicherung und Festlegung der Leistungsverpflichtungen bei der PVA nicht organisatorisch gebündelt war. Er kritisierte auch, dass die mangelnde Abstimmung dazu führte, dass im Bereich der „Gesundheitsvorsorge Aktiv“ (siehe **TZ 61**) die Gründe für die Tarifhöhe nicht exakt nachvollziehbar waren und irrtümlich eine Valorisierung erfolgte.

Er empfahl der PVA, durch organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass die Unterlagen und Expertise zur Tarifikalkulation, Vertragsgestaltung, Qualitätssicherung und Festlegung von Leistungsverpflichtungen im Rehabilitationsbereich sämtlichen betroffenen Organisationseinheiten zur Verfügung gestellt werden.

(4) Der RH kritisierte, dass der Hauptverband und die PVA für Rehabilitationsleistungen unterschiedliche Grundsatzentscheidungen hinsichtlich eines Preiswettbewerbs getroffen hatten.

Er empfahl dem Hauptverband und der PVA, Ausschreibungen im Bereich der Rehabilitation – insbesondere die Berücksichtigung von Preisunterschieden zwischen verschiedenen Anbietern – künftig besser abzustimmen.

(5) Der RH wies weiters darauf hin, dass die PVA in den am stärksten steigenden Indikationsgruppen Psychiatrie und Onkologie keine Expertise aus Eigenen Einrichtungen aufwies.

Er empfahl der PVA, Maßnahmen zu prüfen, die eine dem Betrieb Eigener Einrichtungen entsprechende Expertise auch in den Bereichen Psychiatrie und Onkologie sicherstellen.

60.3

(1) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme auf das laufende Vergabeverfahren über Leistungen der Kinderrehabilitation. Die in diesem Verfahren in Rede stehenden Tarifvorstellungen würden auf Kalkulationen beruhen. Die Gleichbehandlung aller Anbieter sei gegeben, was auch zur Folge habe, dass Anbieter mit ungleichen Angeboten (z.B. Neubau versus Ausbau bestehender Einrichtung) auch unterschiedliche preisliche Angebote zu legen hätten.

Hinsichtlich der Abstimmung von Ausschreibungen merkte der Hauptverband an, dass das Vergabeverfahren zur Kinderrehabilitation für alle Sozialversicherungsträger, Krankenfürsorgeanstalten und Länder bundesweit geführt werde. Die Vertragskonstruktion (als Vertrag zugunsten Dritter) nehme darauf Rücksicht. Das weitere Vorgehen werde aus den Erfahrungen des laufenden Vergabeverfahrens zu erarbeiten sein.

(2) Die AUVA verwies in ihrer Stellungnahme auf die Zuständigkeit des Hauptverbands bzw. auf dort stattfindende Trägerbesprechungen.

(3) Auch die BVA verwies in ihrer Stellungnahme darauf, dass die Empfehlung zu Kalkulationen als Tarifgrundlage primär vom Hauptverband und der PVA umzusetzen sei.

(4) Die PVA sagte in ihrer Stellungnahme Verbesserungen bei der Tarifikalkulation zu. So würde sie Leistungskörbe und die Erbringung von Leistungen durch verschiedene Berufsgruppen in Zukunft vermeiden, für die Personalkosten standardisierte Werte annehmen und für indirekte Kosten (z.B. Miete) einheitliche Normkosten ansetzen.

Um eigene Expertise und Konzepte in den Bereichen Onkologie und Psychiatrie zu entwickeln, werde sie demnächst 80 Betten für onkologische Rehabilitation in Bad Schallerbach eröffnen und plane 25 Betten für psychosomatische Rehabilitation in Felbring.

Zur Kritik der abweichenden Entscheidungen von PVA und Hauptverband zur Frage eines Preiswettbewerbs in Vergabeverfahren vertrat die PVA die Ansicht, die konträren Entscheidungen seien aufgrund unterschiedlicher Ausgangslagen gerechtfertigt: Die PVA habe bislang Vergabeverfahren in Bereichen durchgeführt, für die kalkulierte Tarife existierten. Ein Preiswettbewerb sei insofern als ein Qualitätsrisiko zu sehen. Demgegenüber sei der Hauptverband bei der Ausschreibung der Kinderrehabilitation mit der Situation konfrontiert, dass es bislang keine entsprechenden Anbieter gegeben habe, sodass eine Kalkulation auch dem Wettbewerb habe überlassen werden müssen.

Die Empfehlung zu einem besseren internen Informationsaustausch sei nicht nachvollziehbar. Aufträge zu Tarifikalkulationen, Vertragsgestaltungen etc. erfolgten im Dienstweg durch die zuständige Stellvertretung der Generaldirektion an die zuständige Fachabteilung. Diese erstelle (gegebenenfalls durch externe Beauftragung) den jeweils geforderten Vorschlag, der wiederum im Dienstweg zur Beschlussfassung vorgelegt werde. Alle Ergebnisse stünden auf elektronischen Laufwerken dem betroffenen Personenkreis zur Verfügung.

60.4

Der RH begrüßte die von der PVA zugesagten Verbesserungen in der Tarifikalkulation. Er hielt aber die von der PVA angeführten Gründe für ein unterschiedliches Vorgehen von PVA und Hauptverband hinsichtlich eines Preiswettbewerbs nicht für schlüssig: Einerseits hatte die PVA auch über neue Leistungen mit eigens erstellten Tarifikalkulationen Verträge abgeschlossen (z.B. bei der ambulanten Rehabilitation), andererseits wäre der Hauptverband in der Lage, für Kinderrehabilitation eine Kalkulation zu erstellen. Die Grundsatzentscheidung, ob unterschiedliche Preise bzw. Kosten für den Ressourceneinsatz (z.B. aufgrund günstigerer Mieten) für den Vertragsabschluss wesentlich sein sollten, war nach Ansicht des RH weitgehend unabhängig davon, wer eine Kalkulation erstellte.

Der RH hielt auch den Verweis auf den Dienstweg und die Zuständigkeit der Generaldirektor-Stellvertretung für nicht ausreichend, um die festgestellten internen Kommunikationsprobleme zu beseitigen. Erforderlich wäre eine operative Bündelung der sachlich zusammengehörigen Aufgaben, die eine vertiefte sachliche Diskussion ermöglicht. Weiters wies der RH darauf hin, dass entgegen der von der PVA angegebenen allgemeinen Verfügbarkeit der Entscheidungsgrundlagen auf den Laufwerken der PVA die Grundlagen für die Vertragsvergabe der „Gesundheitsvorsorge Aktiv“ dem RH nicht vorlegen konnte. Der RH nahm allerdings zur Kenntnis, dass die PVA in **TZ 71** auf eine neu eingerichtete Organisationseinheit verwies, die Vergabefragen, Vertragsgestaltung, Qualitätskontrolle und Tarifikalkulation verbinden sollte. Der RH verblieb bei seiner Empfehlung.

„Gesundheitsvorsorge Aktiv“

61.1

(1) Im Herbst 2013 entschied der Vorstand der PVA, vier bilaterale Verträge zur Durchführung des Pilotprojekts „Gesundheitsvorsorge Aktiv“ abzuschließen. Bei dem Pilotprojekt war eine höhere Therapieintensität als im regulären Kurbetrieb, aber eine geringere als in der Rehabilitation vorgesehen.⁸² Die Rechtsträger der Pilotbetriebe sollten keine zusätzlichen Kapazitäten aufbauen, sondern bestehende Kurbetten im gleichen Umfang reduzieren.

(2) Die Tarife für die „Gesundheitsvorsorge Aktiv“ lagen deutlich höher als im regulären Kurbetrieb; bei gleichbleibender Hotelkomponente ergab sich ein Anstieg um 39 % für die Vergütung der Therapien, obwohl die Anzahl der Therapieminuten nur um rd. 17 % stieg. Die PVA gab dazu an, dass die Betriebe Investitionen (Räumlichkeiten, Trainingsgeräte, Personal) tätigen würden, ohne dass eine Vertragsverlängerung nach dem Ende des Pilotbetriebs gesichert sei („Anschubfinanzierung“). Eine exakte Kalkulation konnte die PVA nicht vorlegen. Aufgrund der höheren Tarife und der hohen Konkurrenz im regulären Kurbetrieb war das Pilotprojekt für die Leistungserbringer wirtschaftlich sehr attraktiv.

(3) Die PVA legte fest, dass als Leistungserbringer nur langjährige Vertragspartner mit ausgezeichneten Ergebnissen aus Qualitätskontrollen in Frage kamen. Im Oktober 2013 beschloss der Vorstand der PVA den Abschluss von vier neuen bilateralen Verträgen. Eine Unterlage, aus der aus diesen Kriterien schlüssig ableitbar war, wie die Auswahl der vier Pilotbetriebe erfolgte, konnte die PVA dem RH nicht vorlegen.

(4) Im Jahr 2014 beschloss die PVA, vier weitere Verträge für das Pilotprojekt abzuschließen. Sie begründete dies mit Wartezeiten von bis zu einem Jahr. Ein Grund dafür sei die ungünstige regionale Verteilung der Standorte. Die Auswahl erfolgte

⁸² Als Zielgruppe waren Personen zwischen 30 und 55 Jahren vorgesehen, die erstmals einen Kuraufenthalt in Anspruch nahmen.

aus einer Liste mit 19 Einrichtungen. Als Kriterien waren wieder die langjährige Erfahrung im Kur- und Rehabilitationsbetrieb sowie ausgezeichnete Kontrollergebnisse angegeben, jedoch auch regionale Gesichtspunkte. Eine Bewertung der einzelnen Anbieter nach den genannten Kriterien konnte dem RH nicht vorgelegt werden.

61.2

(1) Der RH kritisierte das Fehlen der Tarifikalkulation für das Pilotprojekt „Gesundheitsvorsorge Aktiv“. Er wies darauf hin, dass die Therapieeinheiten weniger stark stiegen als die Tarife. Weiters, dass die Verträge über Kuren und Rehabilitation generell keine Zusicherung für die Auslastung getroffener Investitionen enthielten; die „Anschubfinanzierung“ für dieses Pilotprojekt war daher nicht nachvollziehbar.

Der RH verwies wiederholt (**TZ 60**) darauf, dass Beschaffungsvorgänge ohne Kalkulation oder Preiswettbewerb ein erhebliches Compliance-Risiko darstellen und auf seine Empfehlung, künftig aktuelle Kalkulationen als Grundlage für die Tarife zu erstellen und dabei grundsätzlich alle Anbieter gleich zu behandeln.

(2) Der RH wies kritisch darauf hin, dass aufgrund der von der PVA festgelegten Auswahlkriterien die Auswahl der am Pilotprojekt beteiligten Anbieter nicht nachvollziehbar dokumentiert war. Damit war aus Sicht des RH die Einhaltung der Grundsätze der Nichtdiskriminierung und Transparenz nicht ausreichend sichergestellt.

Der RH empfahl der PVA, künftig die Auswahl von Einrichtungen zu begründen und nachvollziehbarer zu gestalten.

61.3

Die PVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie nach Vorliegen des Endberichts über die Evaluierung des Pilotprojekts eine österreichweite Ausrollung beabsichtige, und diese – als zeitgemäße Form der Gesundheitsvorsorge – mittelfristig die herkömmliche Kur ablösen solle. Dem werde ein europaweites Vergabeverfahren zur Ermittlung der Vertragspartner vorangehen, sodass Transparenz, Wettbewerb und Nichtdiskriminierung jedenfalls sichergestellt seien.

Der vom RH festgestellte Tarifanstieg um 39 % sei auf Basis der tatsächlichen Tagesätze nicht nachvollziehbar.

61.4

Der RH erläuterte gegenüber der PVA den Tarifanstieg wie folgt: Die Anzahl der Therapieminuten stieg von 1.200 auf 1.400 (um 17 %). Der Tarif für die reguläre Kur war mit rd. 100 EUR um rd. 15 % höher als 2014 (86 EUR). Allerdings war dabei eine gleichbleibende Hotelkomponente von rd. 50 EUR zu berücksichtigen (zu subtrahieren). Der Tarif für die Therapie wäre damit um rd. 39 % (von 36 EUR auf 50 EUR) gestiegen. Der RH merkte im Übrigen an, dass diese Berechnung in einem Gremium der PVA angestellt

und diskutiert wurde. Der RH verwies aus diesem Anlass auf seine Empfehlung zu **TZ 60** (verbesserter Informationsaustausch innerhalb der PVA).

Interne Abwicklung der Auswahl der Leistungserbringer in der PVA

Kriterien und Entscheidungswege

62.1 (1) Für den überprüften Zeitraum stellte die PVA dem RH zur Beschreibung des Auswahlverfahrens von Leistungserbringern einerseits eine Prozessdarstellung und andererseits einen Katalog von Entscheidungskriterien bereit.

(2) Aus der Prozessdarstellung ergab sich, dass im Geschäftsbereich Medizin Anträge erstbearbeitet und in der „Bedarfsprüfungsdatenbank“ erfasst werden sollten. Danach sollte der chefärztliche Dienst eine Stellungnahme abgeben und auf dieser Basis die Generaldirektion (d.h. die zuständige Stellvertretung) entscheiden. Danach sollte der Geschäftsbereich Medizin eine externe Erledigung erarbeiten, die dann satzungsmäßig zu zeichnen war (d.h. mit Unterschrift der Generaldirektorin bzw. des Generaldirektors oder einer Stellvertreterin bzw. eines Stellvertreters sowie der Obfrau bzw. des Obmanns).

Regelungen z.B. für die Information von Anbietern über den Bedarf oder den Kontakt bzw. die Verhandlungsführung mit potenziellen Anbietern gab es nicht.

(3) Der Kriterienkatalog der PVA für einen Vertragsabschluss enthielt folgende maßgebliche Entscheidungspunkte:

- Erfahrung des Leistungserbringers im Rehabilitationsbereich,
- sehr gute Ergebnisse bei der Vertragspartnerkontrolle, wenn bereits ein Vertrag bestand,
- passende Lage in der jeweiligen Zone, gegebenenfalls Synergieeffekte zwischen Bund, Land, Gemeinde (z.B. Spital) und bestehenden Verträgen,
- Berücksichtigung des Rehabilitationsplans 2012 „als Empfehlung“,
- eine positive medizinische Stellungnahme durch den chefärztlichen Bereich,
- das Vorliegen einer Errichtungs- und Betriebsbewilligung und
- eine positive Entscheidung des Vorstands der PVA.

Die PVA wendete tatsächlich noch zusätzliche Kriterien an, z.B. die Verbindung mehrerer Indikationen („Zentrumslösung“).

62.2

Der RH beurteilte sowohl die im überprüften Zeitraum geltende Prozessdarstellung als auch den Kriterienkatalog für den Vertragsabschluss kritisch. Bei der Prozessdarstellung fehlten wesentliche Schritte von Vergabevorgängen (z.B. die Information an die potenziellen Anbieter und die Art des weiteren Kontakts). Der Kriterienkatalog erfasste die maßgeblichen Aspekte (z.B. Zentrumslösung) nicht vollständig.

Somit wichen die tatsächliche Vorgehensweise und die geregelten Inhalte voneinander ab. Dies bedeutete ein erhebliches Compliance-Risiko.

Der RH verwies auf die geplanten Änderungen (siehe [TZ 67](#)) zur Ausschreibung und begrüßte, dass dabei auch die Prozessvorgaben und die inhaltlichen Kriterien überarbeitet werden sollten.

Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Unterlagen bei der Auswahl der Vertragspartner

63.1

(1) Grundsätzlich waren in der PVA wesentliche Daten ihrer Vertragspartner im Bereich Rehabilitation (Namen der Einrichtungen, Tarife, Anzahl der Betten, Indikationen etc.) in der zentralen Datenbank für die medizinische Administration abgespeichert. Diese Datenbank diente primär zur Verwaltung der Versicherten (Anträge, Genehmigungen, Aufenthalte, Abrechnungen).

Für das Vertragsmanagement richtete die PVA im Jahr 2012 eine „Bedarfsprüfungsdatenbank“ ein, in der der Schriftverkehr zu Vertragsänderungen mit Anbietern von Rehabilitationsleistungen bzw. zum Abschluss von neuen Verträgen oder die Stellungnahmen im Bedarfsprüfungsverfahren gespeichert werden sollten. Die Abteilungen „Hauptstelle Chefärztlicher Bereich“ und „Hauptstelle Geschäftsbereich Medizinische Verwaltung“ gaben die Daten in die Datenbank ein. Für den überprüften Zeitraum 2012 bis 2014 waren über 5.000 Dokumente in der „Bedarfsprüfungsdatenbank“ enthalten.

(2) Anliegen von potenziellen Anbietern, die diese direkt an die Generaldirektion oder die Selbstverwaltung richteten, waren in der Datenbank nicht vollständig enthalten. Aus dem Posteingangssystem der PVA war nicht erkennbar, ob alle eingegangenen Schriftstücke zu einem bestimmten Thema einer aktenmäßigen Bearbeitung zugeführt wurden (nummerierte Akten gab es nur für Leistungssachen). Auch Telefonate oder Gesprächsnotizen waren nur teilweise dokumentiert. In einem Fall beschloss der Vorstand einen Vertragsabschluss, ohne dass ein Angebot dazu in der Datenbank dokumentiert war; nach Auskunft der zuständigen Direktion war das

zugrunde liegende Ersuchen von der zuständigen Stellvertreterin des Generaldirektors gekommen.

Sowohl die „Hauptstelle Chefärztlicher Bereich“ als auch die „Hauptstelle Geschäftsbereich Medizinische Verwaltung“ führten parallel zur Datenbank eine schriftliche Dokumentation in Papierform.

(3) In der Datenbank waren dieselben Einrichtungen unter verschiedenen Namen abgespeichert. Damit war die Nachvollziehbarkeit von mehreren Geschäftsfällen der gleichen Einrichtung nicht gegeben.

(4) Die Datenstruktur der Bedarfsprüfungsdatenbank war auf das Ablegen von als PDF eingescannten Unterlagen ausgerichtet, Auswertungen (z.B. Anzahl der Letters of Intent, zeitlicher Abstand zwischen Antrag und Antwort, bereits positiv beschiedene Bettenanzahl) waren nicht möglich.

Auch das geplante Datum der Inbetriebnahme für eine Rehabilitationseinrichtung war in den gespeicherten Unterlagen in der Datenbank nicht vollständig vermerkt. Die Ist–Stände des bestehenden Angebots waren mit der Datenbank nicht verknüpft. Aus der Datenbank war die Beurteilung der Bedarfsermittlung der PVA daher nicht nachvollziehbar.

63.2

Der RH merkte kritisch an, dass bei der PVA

- mehrere Stellen parallel Vorgänge zu Verträgen mit Anbietern von Rehabilitationsleistungen in Datenbanken bzw. in Papierform archivierten,
- nicht sämtliche Vorgänge dokumentiert waren,
- die Datenbank Auswertungen nur sehr eingeschränkt ermöglichte und
- mangels eindeutiger Identifikation der Vertragspartner bzw. Einrichtungen einzelne Vorgänge nicht eindeutig zuzuordnen waren.

Zur Nachvollziehbarkeit der Geschäftsprozesse beurteilte der RH es auch unter Compliance–Gesichtspunkten als unerlässlich, dass alle Informationen zum Vertragspartnermanagement vollständig, aktuell und zentral dokumentiert und nach einem schlüssigen System auffindbar und auswertbar waren. Nur so können die zentralen Elemente der Auftragsvergabe auch zu einem späteren Zeitpunkt nachvollzogen werden.

Der RH empfahl der PVA, künftig die Vorgänge im Zusammenhang mit Bedarfsprüfungen und Vertragsangeboten vollständig und einheitlich zu dokumentieren und eindeutig zuzuordnen. Grundlage dafür wäre ein standardisierter, alle Organisationseinheiten umfassender Prozess.

63.3 Laut Stellungnahme der PVA plane sie Änderungen bezogen auf Datenbank und Abläufe.

Strukturierung der Unterlagen in der PVA

64.1 Die PVA gab kein verbindliches Muster vor, was die maßgeblichen Dokumente (insbesondere die Stellungnahmen des chefärztlichen Bereichs) konkret enthalten mussten. Die Ausführlichkeit der Entscheidungsbegründungen und die aufgenommenen Informationen waren stark einzelfallabhängig, die Erfüllung der Kriterien des Kriterienkatalogs war nicht immer nachvollziehbar.

So ging aus manchen Stellungnahmen des chefärztlichen Bereichs weder der Zeit-horizont noch die Region genau hervor. In Verbindung mit dem Fehlen historischer Daten in der Rehabilitations-Evidenz (siehe [TZ 54](#)) war somit ex-post oft nicht mehr nachvollziehbar, von welchem Ist-Stand die PVA zum Zeitpunkt der Entscheidung über ein konkretes Vertragsangebot ausging.

Ebenfalls war nicht immer nachvollziehbar, ob der Soll-Stand direkt aus dem Rehabilitationsplan stammte oder andere Informationsgrundlagen (z.B. die Entwicklung der Antragszahlen oder von Wartezeiten) berücksichtigte.⁸³

Schließlich war die Erfassung von Vorgesprächen bzw. Telefonaten mit dem Leistungsanbieter oder anderer Input (wie z.B. Hinweise auf ökonomische Mindestgrößen, bevorzugte Standorte, Zentrumslösungen) nicht geregelt.

Für die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger bzw. gegebenenfalls den Vorstand war daher schwer erkennbar, ob sich eine Einzelfallentscheidung aus der Anwendung der Grundsatzbeschlüsse (z.B. des Rehabilitationsplans) ergab oder ob eine Abweichung vorlag.

64.2 (1) Der RH kritisierte, dass die PVA nicht verbindlich vorgab, welche Entscheidungsgrundlagen zu dokumentieren waren. Nach Ansicht des RH wären jedenfalls der zugrunde gelegte Soll- und Ist-Stand nachvollziehbar anzuführen. Abweichungen des Soll-Stands vom Rehabilitationsplan wären zu begründen. Vorgespräche und Ähnliches wären zu dokumentieren und nachvollziehbar zu machen. Dadurch könn-

⁸³ In mehreren Fällen fehlten in den schriftlichen Unterlagen der PVA als Grundlage für eine Stellungnahme in Bedarfsprüfungsverfahren der Länder Bedarfsberechnungen bzw. Begründungen für die Stellungnahmen bzw. Annahmen oder Ablehnungen von Vertragsangeboten.

ten die Elemente des Vergabeverfahrens sichergestellt werden, da ansonsten im Nachhinein nicht erkennbar ist, wie die Entscheidungen getroffen worden sind.

Der RH empfahl daher der PVA, verbindlich vorzugeben, welche Entscheidungsgrundlagen bei der Bearbeitung von Ansuchen um Vertragsabschlüsse zu dokumentieren waren.

(2) Der RH kritisierte, dass manche Stellungnahmen für Errichtungsbewilligungsverfahren nicht nachvollziehbar waren. Er wies auf die Wichtigkeit der Nachvollziehbarkeit aufgrund der medizinischen, ökonomischen und sozialpolitischen Auswirkungen der Stellungnahmen und die geforderte Transparenz bei solchen Entscheidungen hin.

Der RH empfahl der PVA, darauf zu achten, dass die Begründungen für Stellungnahmen umfassend dokumentiert werden, damit Entscheidungen nachvollziehbar sind.

64.3

Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie mit dem Beschluss vom April bzw. Juli 2015 über die Vergabe von Gesundheitsdienstleistungen gemäß dem Bundesvergabegesetz für die Zukunft auch die Entscheidungsgrundlagen und ihre Dokumentation vorgegeben habe. Der Prozess über die Stellungnahmen in Bedarfsprüfungsverfahren werde derzeit überarbeitet.

Zuständigkeiten innerhalb der PVA

65.1

(1) § 11 des Anhangs zur Geschäftsordnung des PVA-Vorstands enthielt die Delegationsvorschriften im Bereich des Rehabilitationswesens. Neben Einzelfallentscheidungen gegenüber den Versicherten war darin dem Büro lediglich die Vereinbarung von Vergütungen für Rehabilitation und Kuren übertragen.⁸⁴ Somit verblieben alle anderen Entscheidungen beim Vorstand. Auch die Delegationsvorschriften erfolgten mit der Maßgabe, dass es dem Vorstand vorbehalten blieb, einzelne Angelegenheiten zur Entscheidung an sich zu ziehen.

Tatsächlich legte die PVA Entscheidungen über den Abschluss von Verträgen über stationäre Rehabilitation dem Vorstand vor. Entscheidungen über den Abschluss von Verträgen über ambulante Rehabilitation traf zwischen 2012 und 2014 hingegen das Büro ohne Einbeziehung des Vorstands. Die Vertragsabschlüsse waren vom Obmann der PVA gegengezeichnet. Die Grundlagen dieser Vorgangsweise in Bezug

⁸⁴ „die Vereinbarung von Vergütungen für Vertragsleistungen, welche im Zusammenhang mit medizinischen Feststellungsverfahren im Leistungs- und Versicherungsrecht sowie mit Anträgen auf Rehabilitation und Gesundheitsvorsorgeleistungen in Anspruch genommen werden, in besonders gelagerten Fällen auch abweichend von der Empfehlung des Hauptverbandes bzw. der Tarifordnung der VAEB“ (vgl. § 11 Abs. 8 des Anhangs zur Geschäftsordnung des Vorstandes der PVA)

auf die Delegationsvorschriften waren für den RH nicht nachvollziehbar. Seit Frühjahr 2015 war ein Moratorium hinsichtlich des Abschlusses weiterer Verträge festgelegt, Ausnahmen waren vom Vorstand zu genehmigen (siehe [TZ 67](#)).

(2) Eine Delegation weiterer Aufgaben im Zusammenhang mit Rehabilitation an das Büro war nicht vorgesehen. Zum Beispiel blieben die Planung für den Bedarf, die geplante Angebotsstruktur, die Erstellung eines Normkostenmodells, die Gestaltung der Verträge über die Festlegung der Vergütung hinaus oder die Durchführung der Qualitätssicherung Aufgaben des Vorstands.

Während die PVA bis 2008 einen mehrjährigen „Rehabilitationsplan“ mit grundsätzlichen strategischen Überlegungen erstellt und im Vorstand beschlossen hatte, lag seither kein neuer Plan vor. Gemäß interner Protokolle fanden auf Ebene des Büros Vorbereitungsarbeiten dazu im Jahr 2013 statt. Ein abschließendes Papier bzw. eine Vorlage an den Vorstand unterblieb jedoch. Der Vorstand fasste im überprüften Zeitraum im Wesentlichen Beschlüsse über die Einzelverträge.

(3) Innerhalb des Büros waren nach der Büroordnung der PVA mehrere Geschäftsbereiche eingerichtet, die wiederum der Generaldirektorin bzw. dem Generaldirektor, bzw. den ständigen Stellvertreterinnen und Stellvertretern zugeordnet waren. Dabei entfiel im Wesentlichen die Administration der Pensionen auf eine Stellvertreterin bzw. einen Stellvertreter, Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge inklusive der Verwaltung der Eigenen Einrichtungen auf die andere Stellvertreterin bzw. den anderen Stellvertreter. Der Chefärztliche Bereich, Personal und Informatik waren der Generaldirektorin bzw. dem Generaldirektor zugeordnet.⁸⁵ Im Vorstand berichteten die jeweiligen Stellvertreterinnen und Stellvertreter zu den ihnen zugeordneten Angelegenheiten weitgehend selbstständig.

Die Generaldirektorin bzw. der Generaldirektor und die ständigen Stellvertreterinnen und Stellvertreter hatten einander insbesondere in grundsätzlichen und bereichsübergreifenden Angelegenheiten seiner bzw. ihrer Geschäftsführung gegenseitig laufend zu informieren, die Generaldirektorin bzw. der Generaldirektor konnte einzelne Angelegenheiten an sich ziehen.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war die für Rehabilitation im Zeitraum 2012 bis 2014 zuständige Stellvertreterin des Generaldirektors nicht mehr in der Organisation. Der Chefarzt war in den Ruhestand getreten. Zu mehreren Entscheidungen (z.B. Auswahl der Vertragspartner, Tarifgestaltung etc.) konnten die verbliebenen Bediensteten keine umfassende Auskunft geben.

⁸⁵ darüber hinaus das Generalsekretariat, die Innenrevision, die Ombudsstelle und die Organisationseinheit „Leistungs- und Sozialrecht“

65.2

(1) Der RH beurteilte die Delegationsvorschriften für die Rehabilitation als nicht ausreichend. Es war nicht erkennbar, warum der Abschluss von Verträgen über ambulante Rehabilitation anders erfolgte als über stationäre Rehabilitation.

Aus den Delegationsvorschriften war nicht klar erkennbar, wie die vielfältigen Aufgaben zur Steuerung des Rehabilitationsbereichs bzw. der Gesundheitsvorsorge (rd. 1 Mrd. EUR) konkret erfolgen sollten. Die tatsächliche Aufgabenverteilung zwischen Vorstand, Obfrau bzw. Obmann und Büro und die jeweilige Verantwortung waren nach Auffassung des RH nicht klar. Der RH beurteilte das als einen der Gründe, warum die Angebotsplanung unvollständig blieb.

Nach Ansicht des RH sollte der Vorstand strategische Aufgaben wahrnehmen und das Büro mit der Ausarbeitung konkreter Vorschläge beauftragen, diese nach Diskussion beschließen und sich über deren Umsetzung systematisch berichten lassen.

Der RH empfahl der PVA, die Delegationsvorschriften um die vom Büro wahrzunehmenden operativen Aufgaben zu ergänzen (z.B. Qualitätssicherung, Tarifikalkulation). Er empfahl weiters, grundsätzliche strategische Vorgaben für den Rehabilitationsbereich (Tarifmodelle, Bedarfsplanung, Gestaltung der Verträge etc.) im Vorstand zu beschließen und regelmäßig Berichte über die Umsetzung dieser Vorgaben vorzulegen.

(2) Der RH kritisierte weiters, dass wesentliche Entscheidungen (z.B. Auswahl der Vertragspartner, Tarifgestaltung) nach dem Ausscheiden der zuständigen Stellvertreterin des Generaldirektors bzw. des Chefarztes nicht mehr nachvollzogen werden konnten.

Der RH empfahl der PVA, in Zukunft besonders darauf zu achten, dass Entscheidungen über den Abschluss und die Gestaltung von Rehabilitationsverträgen nachvollziehbar und in ihren Begründungen transparent dokumentiert sind.

65.3

Die PVA wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass die seit dem letzten Jahr durchgeführten Vergabeverfahren – auch im Bereich der ambulanten Rehabilitation – der Vorstand beschlossen hatte. Die Empfehlung des RH zur Neustrukturierung der Aufgabenverteilung zwischen Vorstand und Büro in den Delegationsvorschriften werde die PVA gesondert prüfen.

Richtig sei, dass der „Rehabilitationsplan 2008“ der PVA bis zur Gebarungsüberprüfung des RH unverändert gegolten habe. Mit der Bestellung des neuen Generaldirektor–Stellvertreters ab Juli 2015 habe die PVA eine Arbeitsgruppe beauftragt,

einen neuen Entwurf eines Masterplans Rehabilitation auszuarbeiten; der Vorstand habe diesen in seiner Septembersitzung 2016 beschlossen.

Beginnend mit der Grundsatzentscheidung des Vorstands zu künftigen Vergaben von Gesundheitsdienstleistungen sowie im Hinblick auf den beschlossenen Masterplan Rehabilitation erfolge nunmehr laufend die Einbeziehung der Selbstverwaltung in die strategische Ausrichtung des Rehabilitations- und Gesundheitsvorsorgebereichs. Eine transparente Dokumentation der Entscheidungen über Abschluss und Gestaltung von Rehabilitationsverträgen sei bei Vergabeverfahren unter Verwendung des elektronischen Beschaffungssystems VEMAP nachvollziehbar und lückenlos gegeben.

Auswirkungen der dargestellten Mängel auf die Versorgungszonen

66.1

(1) Im Bereich der psychiatrischen Versorgung bildete sowohl in der Zone Süd als auch in der Zone Ost die Bedarfseinschätzung des Rehabilitationsplans die tatsächliche Entwicklung nicht ab. So traf die PVA (und auch die Länder) immer wieder Entscheidungen, die auf einem gegenüber dem Rehabilitationsplan höheren Bedarf beruhten.

Die Entscheidungsfindung war dabei zwischen Ländern und Sozialversicherung wenig abgestimmt (d.h. die Länder genehmigten zusätzlichen Bedarf, obwohl die PVA dies noch nicht befürwortet hatte). Weiters erfolgten Begründungen entgegen den Anwendungsrichtlinien zum Rehabilitationsplan.

Die Entscheidungen, warum die PVA zu bestimmten Zeiten vom Rehabilitationsplan abwich, waren nicht immer nachvollziehbar. Da sie während des Planungszeitraums die Annahmen über den Bedarf stark veränderte, lehnte die PVA am Anfang des Zeitraums Anträge ab, stimmte später jedoch Anträgen anderer Einrichtungen zu. Wäre von vornherein der Bedarf höher geplant gewesen, wären nach dem Windhundprinzip andere Vertragspartner zum Zug gekommen.

(2) Im Bereich der Onkologie in der Versorgungszone West entstanden im Zeitraum 2012 bis 2014 keine zusätzlichen Plätze, obwohl im Rehabilitationsplan ein entsprechender Bedarf ausgewiesen war und mehrere Anträge vorlagen. Die PVA gab im Rahmen eines Bedarfsprüfungsverfahrens aus dem Jahr 2013 bis zur Zeit der Gebarungüberprüfung (Frühjahr 2016) keine Stellungnahme zu einem Antrag ab.⁸⁶ Dies bedingte, dass sie Vorarlberger Patientinnen und Patienten überwiegend an Nicht-Vertragseinrichtungen in Deutschland zuwies. Die PVA begründete das mit unüberbrückbaren Differenzen zwischen ihr, dem Land Vorarlberg und den po-

⁸⁶ Eine interne Stellungnahme des Chefärztlichen Dienstes der PVA besagte, dass in der Versorgungszone West kein Bedarf an den 20 beantragten Betten bestand.

tenziellen Anbietern. Die dokumentierten Akten enthielten keine Hinweise, worin diese unterschiedlichen Ansichten bestanden und in welcher Weise eine Abstimmung versucht worden wäre.

(3) Im Bereich der Neurologie in der Versorgungszone Nord bestätigte die PVA im stationären Bereich im Jahr 2012 den Bedarf für 60 Betten, obwohl der Soll-Stand für 2015 laut Rehabilitationsplan 2012 bereits erreicht war und bis 2020 lediglich 22 Betten geplant waren.⁸⁷ Dabei ging es um die Umwandlung eines früheren Landeskrankenhauses in ein Rehabilitationszentrum.

(4) Im ambulanten Bereich gab es z.B. für Neurologie im überprüften Zeitraum kein medizinisches Leistungsprofil für „Phase 2“. Für „Phase 3“ gab es keine Bedarfsplanung im Rehabilitationsplan.

Für „Phase 3“ strebte die PVA – ohne eine entsprechende Abstimmung mit den Ländern – eine „Zentrumslösung“ (also einen gemeinsamen Standort mehrerer Indikationen) an. Um dies zu erreichen, lud die PVA teilweise Anbieter ein, auch andere Indikationen mit anzubieten.

Die PVA war nicht in der Lage, in den Bedarfsprüfungsverfahren für ambulante Rehabilitation im Bereich der Neurologie eine bestimmte Anzahl von benötigten Plätzen zu nennen; sie verwies lediglich auf einen grundsätzlich vorhandenen Bedarf und die beabsichtigte Zentrumslösung.

66.2

Weder für Psychiatrie noch für Neurologie oder Onkologie entwickelte sich das Angebot im überprüften Zeitraum in den untersuchten Zonen gemäß der Planung. Teilweise fehlten Soll-Prozesse (Leistungsprofil, Rehabilitationsplan) bzw. folgten die Entscheidungen diesen Soll-Prozessen nicht. Sowohl Überschreitungen (Psychiatrie, Neurologie) als auch Unterschreitungen (Onkologie) der Planung waren festzustellen. Der RH verwies kritisch auf die Auswirkungen des unter [TZ 44](#), [TZ 45](#), [TZ 46](#), [TZ 47](#), [TZ 48](#) geschilderten Planungsvorgehens auf die Versorgungslage.

Ebenso kritisierte der RH, dass die PVA die Anzahl von benötigten Plätzen im Bereich der Neurologie nicht nennen konnte. Er empfahl der PVA, zukünftig eine Bedarfsanalyse im Vorfeld von Bedarfsprüfungsverfahren durchzuführen.

66.3

Die PVA schloss sich der Empfehlung des RH an und verwies auf die Bedeutung des Rehabilitationsplans in diesem Bereich.

⁸⁷ Laut Rehabilitationsplan 2009 war für 2015 ein Bedarf von 228 Betten vorgesehen, somit auch wesentlich weniger als der Ist-Stand des Jahres 2010 (346). Allerdings nahm die PVA auf einen „vorläufigen“ Rehabilitationsplan 2012 Bezug, in dem ein höherer Bedarf vorgesehen war (jedoch auch nicht im Umfang von 60 Betten). Der Vertragsabschluss erfolgte im Jahr 2015.

Aktuelle Entwicklungen

67.1

(1) Im Frühjahr 2015 beauftragte die PVA eine forensische Überprüfung bestimmter Sachverhalte durch eine Wirtschaftsprüfungskanzlei im Zusammenhang mit Vergaben. In der Folge sprach die PVA die fristlose Entlassung der für den Rehabilitationsbereich zuständigen Stellvertreterin des Generaldirektors der PVA aus. Weiters beschloss sie, vor einer grundlegenden Klärung der maßgeblichen Umstände keine weiteren Verträge im Rehabilitationsbereich mehr abzuschließen („Moratorium“).⁸⁸

(2) Im April 2015 richtete die PVA eine „Expertenkommission“ zur weiteren Vorgehensweise bei der Vergabe von Gesundheitsdienstleistungen ein, die sich u.a. aus Vertreterinnen und Vertretern der deutschen Rentenversicherung, der GÖG, einer Rechtsanwältin und Vertreterinnen und Vertretern der PVA zusammensetzte. Diese Gruppe berichtete am 30. Juli 2015 dem Vorstand und hielt dabei fest, dass die Vergabe von Gesundheitsdienstleistungen durch die PVA unter das Vergaberecht falle.

Sie empfahl eine Verlängerung des Moratoriums bis zum Ende des zweiten Quartals 2016. Bis dahin müsse die Bedarfserhebung novelliert und ein flexibles, auf die unterschiedliche Bedarfs- und Angebotssituation abgestimmtes Vergabeverfahren unter Schaffung von exakten Auswahl- und Zuschlagskriterien etabliert werden.

Für Beauftragungen in der Zwischenzeit sei je Einzelfall verschieden vorzugehen; dies insbesondere in Fällen, in denen aufgrund von vorvertraglichen Zusagen oder Versorgungsengpässen ein Abschluss trotz des Moratoriums unabdingbar war. Jedenfalls müsse möglichen Mitbewerbern die Gelegenheit zur Teilnahme an der Vergabe gegeben werden.

(3) Bis Ende 2015 veröffentlichte die PVA drei Ausschreibungen für Kur- und Rehabilitationsverfahren. Die Vorgangsweise diene jedoch eher dazu, bereits anhängige Verfahren systematisch aufzuarbeiten, als ein grundlegend neues, zukunftsweisendes Vorgehen zu definieren:

- Ein Verfahren diene dazu, einen Rechtsstreit über eine Vertragskündigung zu beseitigen. Es gab lediglich einen Teilnehmer am Vergabeverfahren (den zunächst gekündigten Anbieter, mit dem die PVA in der Folge erneut einen Vertrag abschloss).

⁸⁸ Der Vorstand der PVA befasste sich im Jahr 2015 in zwei Sitzungen (9. April 2015 – TOP 16 und 30. Juli 2015 – TOP 10) mit der Vorgangsweise zur Vergabe von Gesundheitsleistungen. Die Obmänner der PVA legten fest, zunächst bis 31. März 2016 und zuletzt bis 30. Juni 2016 „[...] keine weiteren Beschlüsse – mit Ausnahme der bereits fast fertig abgeschlossenen Projekte, [...] in solchen Angelegenheiten seitens des Vorstandes anzustreben“.

- Ein weiteres Verfahren erfolgte parallel zu Ermittlungen der Staatsanwaltschaft zu einer möglichen Bevorzugung eines Anbieters. Ein weiterer Anbieter bekämpfte bereits die ersten Schritte des Vergabeverfahrens.
- Auch beim dritten Verfahren gab es nur einen Bewerber.

67.2

(1) Der RH kritisierte, dass es bis 2015 bzw. 2016 keine Novellierung der Bedarfserhebung und keine Verbesserung des Vergabeverfahrens unter Schaffung von exakten Auswahl- und Zuschlagskriterien gegeben hatte. Der RH anerkannte, dass die PVA vor Beginn und während der Gebarungsüberprüfung des RH versuchte, die Vergabe von Verträgen umzugestalten. In Zukunft sollte unter der Steuerung durch den Vorstand auf Basis eines Masterplans durch Ausschreibungen eine transparente Vergabe erfolgen.

Der RH begrüßte diese Vorhaben, hielt aber weitere Verbesserungen für notwendig:

- Dies betraf zum einen die grundlegende Abklärung der Zuständigkeit (z.B. für Pensionistinnen und Pensionisten, Abgrenzung zwischen Kranken- und Pensionsversicherung, siehe [TZ 24](#)), die Abgrenzung zwischen Kur- und Rehabilitationsverfahren (siehe [TZ 25](#)) und die Aufbereitung der Daten zum Gebarungsvolumen und zur Fallzahl, bzw. Erledigungsstatistik (siehe [TZ 33](#) bis [TZ 39](#)).
- Weiters wäre die Abstimmung der landesbehördlichen Verfahren mit den Entscheidungen der Sozialversicherungsträger zu verbessern. Solange die Länder nach dem Windhundprinzip die Errichtung von Einrichtungen nach der Reihenfolge der Antragsteller bewilligen, wird nach Auffassung des RH ein transparentes, nichtdiskriminierendes Vergabeverfahren nur schwer durchführbar sein.
- Weiters waren eine interne Reorganisation und Prozess- und Dokumentationsvorgaben in der PVA noch ausständig.

(2) Der RH nahm die Bemühungen der PVA, während der Erarbeitung des neuen Verfahrens anstehende Entscheidungen in geordneter Weise zu treffen, zur Kenntnis. Er wies jedoch darauf hin, dass die bereits stattgefundenen Ausschreibungen nicht zu zusätzlichen Bewerbungen geführt und hinsichtlich der Zuschlagskriterien bzw. der Auswahl der Anbieter noch wenig Transparenz geschaffen hatten. Er beurteilte diese Verfahren eher als Übergangslösung zur Bereinigung bestehender Konflikte, denn als Musterbeispiele für eine neue transparente Vorgehensweise.

Patientensteuerungssystem

68.1

(1) Nach Genehmigung eines Kur- oder Rehabilitationsaufenthalts war zu entscheiden, welcher Anbieter die Leistung für die Versicherte bzw. den Versicherten erbringen sollte. In einigen Fällen ergab sich bereits aus medizinischen Gründen eine klare Präferenz für einen einzelnen Anbieter, was bei allen überprüften Sozialversicherungsträgern der Chefärztliche Bereich entschied. In vielen Fällen waren jedoch aus medizinischer Sicht mehrere Anbieter gleichermaßen geeignet.

Für den wirtschaftlichen Erfolg der Anbieter war deren Auslastung entscheidend; diese wiederum hing davon ab, wie viele Patientinnen und Patienten die Sozialversicherungsträger den jeweiligen Anbietern zuwies. Vertraglich war keine Auslastungsgarantie vereinbart; die Anbieter hatten dennoch für eine vertraglich festgelegte Bettenanzahl Infrastruktur und Personal nach bestimmten Schlüsseln bereitzuhalten.

(2) Bei der AUVA war aufgrund der Indikationsspezialisierung der Rehabilitationseinrichtungen bzw. der geringen Anzahl der Vertragspartner im Kurbereich die Zuordnung der Patientinnen und Patienten weitgehend klar.

Die BVA orientierte sich bei der Zuweisung von Patientinnen und Patienten zu Einrichtungen überwiegend am Patientenwunsch. Soweit dies zu längeren Wartezeiten führte, konnte die Patientin bzw. der Patient sich zwischen einem anderen Standort bei früherer Leistungserbringung oder einer längeren Wartezeit am Wunschstandort entscheiden. Weiters achtete die BVA auf die Auslastung ihrer eigenen Einrichtungen (überwiegend im Rehabilitationsbereich).

Die PVA nutzte zur Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu einzelnen Anbietern ein Patientensteuerungssystem.⁸⁹ Nach einer Auswertung der Innenrevision der PVA lagen bei rund der Hälfte der Anträge Patientenwünsche für bestimmte Einrichtungen vor, die die PVA so weit wie möglich berücksichtigte. In den übrigen Fällen schlug ein Algorithmus ihrer EDV-Applikation konkrete Leistungsanbieter vor. Dabei erfolgte ein gereihter Vorschlag von sechs Einrichtungen nach der Reihenfolge der freien Kapazität (in Prozent der Gesamtkapazität) unter Beachtung einer maximalen Wartezeit auf Basis der Daten der letzten drei Monate. Das System empfahl die erstgereichte Einrichtung, die weiteren fünf Einrichtungen wurden der bzw. dem Versicherten als Alternativen vorgeschlagen. Auch Bedienstete der PVA konnten eine andere als die erstgereichte Einrichtung aus dem Sechser-Vorschlag im Zuge des Bewilligungsverfahrens aussuchen, wobei dies einem Vier-Augen-Prinzip unterlag.

⁸⁹ Laut einer Auswertung der Innenrevision der PVA fand lediglich bei 3,5 % der Fälle keine Berechnung aus dem Patientensteuerungssystem statt.

Die Parameter des Patientensteuerungssystems für die Ermittlung der Kapazität waren regelmäßig anzupassen, da z.B. Umbaumaßnahmen oder Veränderungen im medizinischen Angebot zu unterschiedlichen Verfügbarkeiten führen konnten.

(3) Eine Prüfung der Innenrevision der PVA stellte im Juli 2015 fest, dass die Parameter für diese Zuordnung (insbesondere die Anzahl der verfügbaren Betten der jeweiligen Anbieter) nicht aktuell sowie die gespeicherten Werte und der Algorithmus nicht vollständig nachvollziehbar waren. Die Änderung der Parameter unterlag keinem Vier-Augen-Prinzip, es bestand jedoch die Vorgabe, dass Änderungen von den durchführenden Personen zu protokollieren waren.

Die Innenrevision der PVA stellte weiters fest, dass zumindest in einem Fall ein bewusster Eingriff in die Parameter erfolgt war, um die Zuordnung von Versicherten zu Einrichtungen zu verändern.⁹⁰ Dies erfolgte nach Angaben der Fachabteilung im Auftrag der Generaldirektion, um die Anlaufphase der „Gesundheitsvorsorge Aktiv“ zu erleichtern. Die Innenrevision beurteilte diese Begründung als nicht nachvollziehbar. Sie war weiters der Ansicht, dass das mit dem Patientensteuerungssystem angestrebte Ziel einer ausgewogenen und zeitnahen Zuteilung der Aufenthalte auf alle Vertragseinrichtungen augenscheinlich nicht erreicht werden könne.

(4) Der RH erhielt vom Prüfungsergebnis der Innenrevision am 2. September 2015 Kenntnis. Über Datenanforderungen des RH vom 28. September 2015 erhielt der RH trotz mehrerer Urgenzen erst knapp vor Ende der Einschau vor Ort aussagekräftige Unterlagen über Änderungen in den Parametern des Patientensteuerungssystems.⁹¹ Eine Überprüfung, ob die eingetragenen Änderungen sachlich begründet waren (z.B. durch tatsächliche Bettenerhöhungen oder Reduktionen), war zu diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich. Die PVA begründete die Verzögerung mit der gleichzeitigen Belastung der zuständigen Bediensteten mit parallel stattfindenden EDV-Umstellungen.

68.2

Der RH wies darauf hin, dass aus wirtschaftlicher Sicht nicht der Abschluss eines Vertrags, sondern erst die Zuweisung von Patientinnen und Patienten zu einer Einrichtung für die Anbieter entscheidend war. Die Methodik, welche Einrichtung Patientenzuweisungen erhielt, war daher von essentieller Bedeutung.

⁹⁰ Die Innenrevision hielt fest: „So wurde z.B. im Zeitraum vom 16.12.2014 bis zum 09.02.2015 für GVA-Einrichtungen bei der Indikation Stütz- u. Bewegungsapparat die für die PVA zur Verfügung stehende Bettenanzahl (sieben Einrichtungen, mit 61 bis zu 402 Betten) von der zuständigen Abteilung auf 999 erhöht, ohne dass dieser Eingabe entsprechende Vertragsänderungen (Änderung Bettenanzahl) zu Grunde lagen.“

⁹¹ Die PVA übermittelte Ende November 2015 eine revidierte Darstellung der Logik des Patientensteuerungssystems und eine Erläuterung zur Änderung der Parameter, die jedoch die Fragen des RH inhaltlich nicht beantwortete.

Der RH kritisierte daher, dass die PVA den Algorithmus und die Eingangsparameter für die Zuweisung der Patientinnen und Patienten nicht zeitnah transparent darstellen konnte und dem RH entsprechende Unterlagen verspätet übermittelte. Er kritisierte weiters, dass die Eingangsparameter nicht aktuell waren, Änderungen keinem Vier-Augen-Prinzip unterlagen und für den vorgefundenen Eingriff in die Parameter keine schriftliche Weisung mit klarer Begründung vorlag. Er hielt dies unter Compliance-Gesichtspunkten für hochgradig nachteilig.

Der RH empfahl der PVA, die Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu einzelnen Anbietern nach einer transparenten, gut dokumentierten und sachlich begründeten Systematik durchzuführen. Die dazu maßgeblichen Parameter sollten aufgrund der wirtschaftlichen Bedeutung der Zuweisung im Vier-Augen-Prinzip bearbeitet werden; Eingriffe in die Logik sollten schriftlich dokumentiert und ausreichend begründet sein.

68.3

Die PVA stellte in ihrer Stellungnahme die Funktionsweise ihres Patientensteuerungssystems umfänglich dar. Die Ziele dieses Systems – darunter auch eine nachvollziehbare Dokumentation der Patientenzuweisungen – seien erreicht worden. Andernfalls wären auch die vom RH bzw. der Innenrevision eingeforderten Daten nicht verfügbar gewesen. Im Übrigen sei die PVA die einzige Einrichtung, die über ein entsprechendes Patientensteuerungssystem verfüge.

Weiters wiederholte die PVA ihre Begründung für den von RH und Innenrevision kritisierten Eingriff in das Patientensteuerungssystem: Anfang Dezember 2014 seien die Kapazitäten der Gesundheitsvorsorge Aktiv (GVA) nicht ausgeschöpft gewesen. Um eine zeitgerechte Planung sowie eine ausreichende Patientenanzahl für die geplante Evaluierung zu gewährleisten, sei die Patientensteuerung durch Erhöhung der im System hinterlegten Bettenanzahl der GVA-Einrichtungen auf den Wert 999 bewusst beeinflusst worden. So habe sie kurzfristig eine höhere Zuweisung von Patienten erzielt, die jedoch keine Auswirkung auf die Jahreskapazität gehabt habe.

68.4

Der RH hielt der PVA entgegen, dass er nicht die Einrichtung eines Patientensteuerungssystems als solches, sondern die nicht aktuellen Eingabeparameter, das Fehlen eines Vier-Augen-Prinzips bei der Eingabe der Parameter und das Fehlen einer schriftlichen Weisung für Eingriffe in die Parameter kritisiert hatte. Er wies erneut auf die erheblichen wirtschaftlichen Auswirkungen der konkreten Patientenzuordnung für die Vertragspartner und die damit verbundenen Compliance-Risiken hin. Er hielt daher an seinen Empfehlungen fest.

Zur Begründung für den kritisierten Eingriff in das Patientensteuerungssystem merkte der RH an, dass seiner Ansicht nach durch den Eingriff zwar die Gesamtjahreskapazität unverändert bleiben mochte, dass dadurch aber andere Patientinnen und Patienten zur Gesundheitsvorsorge Aktiv zugewiesen wurden als ohne den Eingriff – andernfalls hätte der Eingriff auch nicht die gewünschten Effekte erzielt. Er hielt dies für problematisch; jedenfalls wäre dafür eine schriftliche Weisung erforderlich gewesen.

Zusammenfassung

69

Der RH hielt zusammenfassend folgende Kritikpunkte zur Auswahl der Vertragspartner im Rehabilitationsbereich fest:

- Die Planung, wie viele Plätze für Rehabilitation insgesamt zur Verfügung gestellt werden sollten, wich von der tatsächlichen Entwicklung wesentlich ab. Die Planung vermengte die analytische Bedarfsschätzung mit der Gestaltungsaufgabe der Strukturplanung, wodurch Letztere unverbindlich und lückenhaft blieb. Insbesondere existierte kein Konzept zum Ausgleich von regionalen Ungleichgewichten, was mit der Gefahr von Überkapazitäten verbunden war. Die Planung für ambulante Rehabilitation war nicht konkret genug, um beim Vertragsabschluss bzw. bei den landesbehördlichen Genehmigungsverfahren eine ausreichende Entscheidungsgrundlage zu bieten. Dies war auch unter Compliance-Gesichtspunkten nachteilig, da eine konkrete Bedarfserhebung für einen geordneten Beschaffungsprozess unabdingbar ist.
- Die Gestaltung der Verträge mit den Leistungserbringern wies wesentliche Schwächen auf: Um – letztlich ohne Erfolg – die Anwendbarkeit des Vergaberechts auszuschließen, versuchten die Sozialversicherungsträger, die Verträge als Verrechnungsverträge zu gestalten, weshalb die Regelung der Leistungspflichten unklar war und die Konsequenzen von Leistungsmängeln zunächst nicht vertraglich geregelt waren.
- Es erfolgte weder ein Preiswettbewerb noch eine Kostenkalkulation. Statt dessen wurden historische Verhandlungsergebnisse fortgeschrieben. Strukturelle Unterschiede (z.B. hinsichtlich der Größe der Einrichtungen) waren dabei nicht berücksichtigt. Es bestanden Rahmenverträge und bilaterale Verträge einzelner Sozialversicherungsträger nebeneinander.

- Die Auswahl der Vertragspartner wies wesentliche strukturelle Schwächen auf: Die Sozialversicherungsträger wurden nicht von sich aus aktiv, um den festgestellten Bedarf zu decken, sondern überließen die Initiative einzelnen Bewerbern. Ob tatsächlich der Informationsstand aller Bewerber gleich war, war nicht sichergestellt.

Das Verfahren war zweigeteilt: in ein Bedarfsprüfungsverfahren beim Land einerseits und in ein Verfahren zum Vertragsabschluss in der Sozialversicherung andererseits. Die Kriterien und Entscheidungswege waren jeweils unterschiedlich. Die Instrumente der Koordinierung blieben weitgehend unverbindlich und wurden auch unzureichend wahrgenommen. So unterblieb die Integration des Rehabilitationsplans in die Regionalen Strukturpläne Gesundheit, die Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger beantworteten nur selten die konkreten Fragen der Länder.

Bemühten sich mehrere Bewerber um die Möglichkeit, Rehabilitationsleistungen zu erbringen, war nicht die Qualität oder der Preis, sondern die zeitliche Reihenfolge der Antragstellung maßgeblich (Windhundprinzip).

- Wirtschaftlich für die Anbieter entscheidend war in der Regel der Vertragsabschluss mit der PVA, da diese über zwei Drittel der Aufenthalte finanzierte. Bei der PVA waren nicht alle Schriftstücke im Zusammenhang mit der Bewerberauswahl bzw. den Vertragsabschlüssen nachvollziehbar dokumentiert (eindeutig zugeordnet und vollständig erfasst). Teilweise waren Entscheidungen nicht begründet. Einzelne Anträge wurden sichtlich nach anderen als den formal vorgesehenen Kriterien entschieden (z.B. Hinweis auf einen anderen Zeithorizont der Bedarfs einschätzung, Hinweis auf zusätzliche Kriterien wie die Bündelung verschiedener Indikationen in Zentren etc.). Interne strategische Vorgaben unterblieben während des überprüften Zeitraums weitgehend. Im Büro waren die Aufgaben von Planung, Tarifikalkulation, Auswahl der Vertragspartner und Vertragsgestaltung teilweise zersplittert; nach dem Abgang des Chefarztes und der zuständigen Generaldirektor-Stellvertreterin waren mehrere Vorgänge nicht schlüssig nachvollziehbar.
- Als Folge der genannten Mängel war die Entwicklung des Angebots in den vom RH analysierten Versorgungsbereichen (jeweils definiert als Schnittmenge einer Indikation und einer Versorgungszone) überwiegend abweichend von den Planungen erfolgt. Es kam sowohl zum Aufbau von höheren als auch von geringeren Kapazitäten als vorgesehen.

- Während der Gebarungsüberprüfung des RH versuchte die PVA, die Vergabe von Verträgen grundlegend umzugestalten. In Zukunft sollte unter der Steuerung durch den Vorstand auf Basis eines Masterplans durch Ausschreibungen eine transparente Vergabe erfolgen. Der RH begrüßte diese Vorhaben. Er wies aber darauf hin, dass mehrere wichtige Punkte noch nicht gelöst waren: insbesondere die Abstimmung der landesbehördlichen Verfahren mit den Ausschreibungen in der Sozialversicherung, Verbesserungen bei der Planung, der Vertragsgestaltung und der Tariffindung sowie eine interne Reorganisation und Prozessvorgaben für die vollständige interne Dokumentation in der PVA. Weitere Reformschritte waren daher nötig.

Teil III – Weitere nicht prioritäre Dienstleistungen

Relevantes Gebarungsvolumen

70.1

(1) Neben den Kur- und Rehabilitationsleistungen erbrachten die Sozialversicherungsträger noch weitere nicht prioritäre Leistungen, bei denen sie auf Dritte zurückgriffen.

Von der Summe der Aufwendungen der Sozialversicherungsträger von insgesamt rd. 56,101 Mrd. EUR im Jahr 2014 entfielen rd. 38,436 Mrd. EUR auf Geldleistungen und rd. 1,935 Mrd. EUR auf Verwaltungsaufwendungen, Abschreibungen und sonstige Aufwendungen (z.B. Beitragsabschreibungen). Somit verblieb ein Aufwand von rd. 15,730 Mrd. EUR für Gesundheitsdienstleistungen bzw. Gesundheitsprodukte.

Davon wurden Leistungen im Wert von rd. 855 Mio. EUR aus Eigenen Einrichtungen in die Erfolgsrechnung übergeleitet (und somit durch die Träger selbst erbracht), rd. 407 Mio. EUR machten Aufwandsersätze aus (d.h. die Träger schlossen keine Verträge ab). Somit verblieben rd. 14,468 Mrd. EUR an Produkten und Leistungen im Gesundheitsbereich, über welche die Sozialversicherungsträger Verträge abgeschlossen hatten.

(2) Über 80 % dieses Volumens entfiel auf Leistungen der Krankenversicherungsträger.⁹² Die BVA gab gegenüber dem RH an, mehr als 17.000 Vertragspartner im Bereich von Gesundheitsprodukten bzw. Dienstleistungen zu haben. Die folgende Darstellung zeigt eine grobe Übersicht dieser Vertragspartner:

⁹² Im Bereich Pensionsversicherung fiel rd. 1 Mrd. EUR an Rehabilitations- und Gesundheitsvorsorgeleistungen an (siehe [TZ 26](#)), im Bereich Unfallversicherung rd. 500.000 EUR an Unfallheilbehandlung bzw. Rehabilitation.

Tabelle 12: Anzahl und Umsatz der Vertragspartner der BVA 2014

Fachgebietsbezeichnung	Anzahl	Umsatz 2014 in Mio. EUR
Allgemeinmedizin	3.993	95,98
Zahnmedizin	2.223	51,78
sonstige medizinische Fächer	3.830	174,61
Summe Medizin	10.046	322,38
Hörgeräteakustik	194	8,21
Leihfirmen für Heilbehelfe und Hilfsmittel	23	5,32
Bandagist	138	16,11
Optik und Augenprothetik	861	4,36
Orthopädieschuhmacher	199	3,55
Orthopädietechnik	35	0,83
Summe Heilbehelfe	1.450	38,39
Arztpraxis mit Hausapotheke	816	23,65
öffentliche Apotheke	1.327	202,21
Summe Heilmittel	2.143	225,86
selbstständiges Ambulatorium für physikalische Medizin	172	11,94
Krankenanstalt, stationär ¹	273	n.a.
CT, MR und andere Leistungen	110	14,20
sonstiges selbstständiges Ambulatorium	184	16,73
selbstständiges Ambulatorium für Zahnmedizin	98	5,79
Genesungsheim, Kurheim, sonstige Heime	154	28,00
Summe Krankenanstalten und Heime	991	76,66
Dentist	16	0,12
Physiotherapie	277	2,39
Rettungsdienste, Beförderungsgewerbe	1.364	17,41
Logopädie	181	0,88
Hebamme und Krankenpflege	306	0,45
Klinische Psychologie	96	0,40
Ergotherapie	94	0,53
andere Vertragspartner	300	27,14
Summe Sonstige	2.634	49,32
Summe	17.264	712,60

¹ Eine Zuordnung eines Umsatzes war aufgrund der pauschalierten Zahlung bzw. der Abwicklung über den Fonds nach § 447f ASVG nicht sinnvoll.

Quelle: BVA

Im überprüften Zeitraum 2012 bis 2014 kamen jährlich rd. 1.000 Vertragspartner neu hinzu bzw. ersetzten bestehende Vertragspartner, davon waren rund zwei Drittel Ärztinnen bzw. Ärzte und rund ein Drittel sonstige Vertragspartner.

70.2

Der RH wies auf das mit rd. 14,468 Mrd. EUR erhebliche Gebarungsvolumen im Bereich nicht prioritärer Dienstleistungen im Gesundheitswesen außerhalb Kuren und Rehabilitation hin. Er bewertete die große Anzahl der Vertragspartner (rd. 17.000 Vertragspartner alleine bei der BVA) als eine erhebliche Herausforderung für die Krankenversicherungsträger. Der RH hielt daher ein Compliance- und systematisches Management der Verträge für wesentlich. Dies umfasste insbesondere

- ein klares Verständnis der rechtlichen Grundlagen (d.h. der konkreten Anforderungen des § 141 BVergG); der RH verwies dazu auf seine Feststellung in **TZ 41**, wonach der Hauptverband seine Richtlinienkompetenz bei Vergaben zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht nutzte und die offenen Kriterien für nicht prioritäre Dienstleistungen (Transparenz, Nichtdiskriminierung) daher nicht konkretisierte;
- eine klare Einordnung der rechtlichen Struktur der Verträge (Leistungs-, Konzessions- oder Verrechnungsvertrag) (siehe **TZ 71**);
- eine bewusste Steuerung der wesentlichen Einkaufsparameter (Aktualität der Verhandlungen, Unterschiedlichkeit versus Bündelung der Produkte etc.) (siehe **TZ 72**).

Grundlegende rechtliche Einordnung der Verträge

71.1

(1) Wesentliche Bereiche der Vertragsabschlüsse über Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsprodukte unterlagen in Österreich gesetzlichen Sonderregimes, die außerhalb des Vergaberechts festgelegt waren:

- So regelte das ASVG für die Organisation von Leistungen der ärztlichen Hilfe das Regime der Gesamtverträge (verbindliche, einheitliche Tarife und Festlegung der Anzahl der Kassenstellen im Einvernehmen mit der ärztlichen Interessenvertretung sowie anschließender Ausschreibung der jeweiligen Kassenstellen nach Qualitätskriterien).⁹³
- Für Heilmittel normierte das ASVG das Regime des Erstattungskodex (ein behördliches Verfahren zur Aufnahme von Heilmitteln in die Liste der auf Rechnung der Sozialversicherungsträger verordenbaren Heilmittel; Anspruch auf Aufnahme unter bestimmten inhaltlichen und preislichen Voraussetzungen).⁹⁴

⁹³ § 342 ASVG

⁹⁴ § 133 ASVG bzw. §§ 351 ff. ASVG

- Für die Anstaltspflege galt im Kernbereich der öffentlichen Krankenanstalten eine Bewilligungspflicht unter der Voraussetzung eines öffentlichen Bedarfs sowie eine verpflichtende Mitgliedschaft in Fonds bzw. Finanzierung über Fonds.⁹⁵ Einheitliche Tarife wurden durch Abgangsdeckungen der Krankenanstaltenbetreiber ergänzt.
- Für Heilbehelfe galt im Rahmen des sogenannten „Ostvertrags“ eine vertragliche Regelung, die eine Gewährung von Leistungen auf Rechnung der Sozialversicherungsträger innerhalb bestimmter Preisbänder nach Aufnahme in einen Katalog durch bestimmte Gremien regelte.
- Für Verträge zur Rehabilitation galt nach Festlegungen im Rehabilitationsplan und in der Bundes-Zielsteuerungskommission der Grundsatz der Vertragsvergabe nach der zeitlichen Reihenfolge des Angebots (das sogenannte Windhundprinzip) (siehe [TZ 52](#)).

(2) Die europarechtliche Zulässigkeit der Ausgestaltung dieser Regime richtete sich nach der Auslegung der allgemeinen Kriterien und war bereits mehrfach Gegenstand von Verfahren vor dem EuGH und dem VfGH.⁹⁶ Die Literatur bezeichnete zur Zeit der Gebarungsüberprüfung sowohl die Anwendbarkeit des Vergaberechts als auch die Vereinbarkeit zwischen den Sonderregelungen und dem Vergaberecht als umstritten.⁹⁷

Hinsichtlich des Abschlusses von Verträgen mit Anbietern von Rehabilitationsleistungen nahm der Hauptverband im Juni 2015 anlässlich der neu zu organisierenden Kinderrehabilitation mit dem BKA Kontakt auf, um dessen Rechtsstandpunkt zur Anwendbarkeit des Vergaberechts bzw. zu zweckmäßigen und zulässigen Alternativen zu erfragen. Das BKA führte aus, dass die Vergabe der betreffenden Dienstleistungen dem Bundesvergabegesetz unterliege und eine Vergabe außerhalb des Bundesvergabegesetzes unzulässig sei. Ende Juli 2015 hielt eine Arbeitsgruppe der PVA (nach einer Sachverhaltsdarstellung des BMASK an die Staatsanwaltschaft hinsichtlich des Abschlusses von Verträgen) fest, dass zwar bislang die Vergabe von Gesundheitsdienstleistungen ohne streng formalisiertes Verfahren im Sinn des Bundesvergabegesetzes durchgeführt worden sei, nunmehr aber festgehalten werde, dass die PVA auch in diesem Bereich unter die Bestimmungen des Vergabe-

⁹⁵ z.B. Landesgesundheitsfonds nach § 148 ASVG bzw. Ausgleichsfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung nach § 447f ASVG

⁹⁶ z.B. EuGH Rs C-160/08 (Rettungsdienste); VfSlg. 17.367/2004 (Kassenverträge sind weder nicht prioritäre Dienstleistung noch Dienstleistungskonzessionsvertrag, sie dienen bloß der Abwicklung des der bzw. dem Versicherten gegenüber dem Krankenversicherungsträger zustehenden Kostenersatzes); EuGH Rs C-300/07 (Oymanns; orthopädische Schuhe, Verträge sind als Rahmenverträge zu qualifizieren); EuGH Rs C-274/09 (Stadler; Rettungsdienste, Qualifizierung als Dienstleistungskonzessionsverträge)

⁹⁷ z.B. Mosler in Grillberger/Mosler, Ärztliches Vertragspartnerrecht (2012), S. 150 f. m.w.N.

rechts falle. Auch eine Gestaltung der Verträge als Direktverrechnungsverträge sei nicht zielführend.

Eine weitergehende Analyse der Konsequenzen dieser Grundsatzentscheidungen (Risikoeinschätzung) in anderen Bereichen war bei den überprüften Sozialversicherungsträgern bzw. beim Hauptverband zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht erfolgt.

71.2

Der RH kritisierte, dass nicht nur die rechtlichen Anforderungen selbst, sondern auch die Einordnung der Verträge und damit die Risikoeinschätzung der Erfüllung dieser Anforderungen weitgehend unbestimmt blieben.

Der RH hielt es für erforderlich, die unterschiedlichen Verträge der Sozialversicherungsträger nach der Art des Vertrags (Verrechnungsvertrag, Konzessionsvertrag, Dienstleistungs- oder Liefervertrag) und nach den erfassten Leistungen (prioritäre oder nicht prioritäre Leistungen) eindeutig zuzuordnen und eine aktuelle Einschätzung der vergaberechtlichen Voraussetzungen und des aktuellen Erfüllungsstands dieser Voraussetzungen vorzunehmen.

Er wies darauf hin, dass eine diesbezügliche Fehleinschätzung beachtliche vergaberechtliche Konsequenzen haben könnte und eine Neugestaltung der Organisation der Versorgung entsprechende zeitliche und personelle Ressourcen erfordern würde.

Bei den Rehabilitationsleistungen mit einem Gebarungsvolumen von rd. 1 Mrd. EUR (siehe [TZ 26](#)) hielten der Hauptverband und die PVA als größte Finanzierungsträger zur Zeit der Gebarungsüberprüfung – abweichend von der bisherigen Einschätzung – das Vergaberecht für anwendbar und führten Ausschreibungen durch.

Darüber hinaus könnte die Entwicklung des Vertragspartnerrechts (z.B. der Aufbau von Primary Health Care, bei der unterschiedliche Rechtsformen um die verfügbaren Stellen konkurrieren könnten) oder die Entwicklung der europarechtlichen Judikatur zum Vergaberecht bei nicht prioritären Dienstleistungen – ähnlich wie bei der Rehabilitation – auch in anderen Bereichen dazu führen, dass bestehende Usancen rechtlich nicht mehr haltbar sind. Im Hinblick auf die beachtlichen konzeptionellen und Ressourcen-bezogenen Anforderungen einer solchen Reorientierung wären eine frühzeitige Risikoeinschätzung und gegebenenfalls eine Priorisierung des Handlungsbedarfs zweckmäßig.

Der RH empfahl dem Hauptverband sowie der AUVA, der BVA und der PVA, die bestehende Vertragslage im Hinblick auf die vergaberechtlichen Kategorien zu gliedern und eine Risikoeinschätzung nach vergaberechtlichen Kriterien vorzunehmen. Es sollte Klarheit über die Einordnung der abgeschlossenen Verträge als Dienstleistungs-, Liefer-, Konzessions- oder Verrechnungsvertrag und die getroffenen Maßnahmen bestehen, um die für nicht prioritäre Dienstleistungen geforderten Transparenzkriterien zu erfüllen. Gegebenenfalls wären erkannte Defizite analog zur Rehabilitation zu beheben.

71.3

(1) Laut Stellungnahme des Hauptverbands werde die Umsetzung der Empfehlungen des RH aufgrund der Erfahrungen aus dem derzeit laufenden Vergabeverfahren über Leistungen der Kinderrehabilitation möglich werden. Liefer- und Verrechnungsverträge kämen bei Gesundheitsleistungen kaum in Betracht.

(2) Die AUVA sagte zu, eine Erhebung und Kategorisierung für Verträge nicht prioritärer Dienstleistungen vorzunehmen.

(3) Die BVA gab in ihrer Stellungnahme zu bedenken, dass eine derartige Kategorisierung angesichts der Fülle von Verträgen und Vertragsgegenständen nicht sinnvoll von den einzelnen Trägern geleistet werden könne; eine allgemeine Initiative mit dieser Zielsetzung würde auch die BVA unterstützen.

(4) Die PVA verwies in ihrer Stellungnahme auf ihre Bewertung der Verträge zu Kur- und Rehabilitationsleistungen. Sie habe auch bereits die strukturellen Voraussetzungen zum Aufbau entsprechender Kompetenz und Erfahrung sowie Ressourcen durch Einrichtung einer eigenen Organisationseinheit geschaffen. Eine Ex-ante-Risikoeinschätzung sei jedoch schwierig, da sich die Rechtsgrundlagen und die Judikatur laufend entwickelten; Österreich sei betreffend die neue EU-Vergaberichtlinie seit ca. einem halben Jahr in Umsetzungsverzug.

Unterschiede zwischen den Beschaffungsregimes

72.1

Wesentliche Eckpunkte der unter **TZ 71** angeführten Sonderregime (Ärztliche Hilfe, Heilmittel etc.) unterschieden sich erheblich:

- Die Fristen für die Verfahrensdauer bis zur Entscheidung, die Höhe der zulässigen Preisbänder, die Transparenz der Preise zwischen den Anbietern etc. waren unterschiedlich.

- In einigen Bereichen galten die Verrechnungsregeln zwischen Sozialversicherungsträger und Leistungserbringer für alle Mitglieder bestimmter Berufsgruppen ohne Abschluss einzelner Verträge, in anderen Fällen waren Einzelverträge vorgesehen.
- In einigen Bereichen waren für den Abschluss von Einzelverträgen Ausschreibungen vorgesehen (z.B. Ärztinnen bzw. Ärzte), in anderen konnten Einzelverträge auf Antrag auch ohne Ausschreibung abgeschlossen werden (z.B. Physiotherapie). Teilweise unterschied sich die Auswahl der Vertragspartner je nach Bundesland.
- In manchen Fällen war einer Tätigkeit eine behördliche Bedarfsprüfung vorgeschaltet, in anderen Fällen nicht.

Eine Analyse der vergaberechtlichen Implikationen der Unterschiede konnten die Sozialversicherungsträger oder der Hauptverband dem RH nicht vorlegen.

72.2

Der RH beurteilte kritisch, dass keine vergaberechtliche Einschätzung der unterschiedlichen Sonderregime verfügbar war.

Er empfahl dem Hauptverband, die verschiedenen Sonderregime regelmäßig miteinander zu vergleichen und zu überprüfen, ob die Unterschiede noch sachlich gerechtfertigt bzw. zweckmäßig waren und den vergaberechtlichen Anforderungen entsprachen.

Maßgebliche Kriterien dieser Prüfung könnten dabei z.B. sein: das Ausmaß der Einbindung der beruflichen Interessenvertretungen und deren Rolle bei der Festlegung des Angebots; die Dauer der Entscheidung, ob bestimmte Produkte in die Vertragsregime aufgenommen werden; das Ausmaß der Preisbänder, innerhalb derer die Patientinnen und Patienten mit den Anbietern das bestgeeignete Produkt ohne Einzelfallgenehmigung auswählen dürfen.

72.3

Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass er immer wieder Überlegungen in solchen Zusammenhängen anstelle, ihre Verwirklichung würde allerdings grundlegende Veränderungen im Vertragspartnerrecht der Sozialversicherung auslösen; zu deren Veranlassung seien nicht die vollziehenden Stellen, sondern die Gesetzgebung berufen. Das laufende Vergabeverfahren im Bereich der Kinderrehabilitation habe dazu bereits erste wertvolle Ansatzpunkte geliefert, so z.B. auch bei der möglicherweise zielführenden engeren Zusammenarbeit mit anderen Organisationen (etwa im Bereich der Behindertenhilfe). Es werde nicht zuletzt von der Umsetzung der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Finanzierung des Gesundheitswesens abhängen, inwieweit hier weitere Schritte gesetzt werden können. Der Hauptverband sei bereit, an entsprechenden Schritten mitzuwirken.

Maßnahmen in Schwerpunktbereichen

73.1

(1) In bestimmten Bereichen wich die Praxis der Vertragspartnerauswahl von dem ursprünglich gesetzlich vorgesehenen Regime ab.

Beispielsweise war für den Bereich der Psychotherapie vorgesehen, einen Gesamtvertrag abzuschließen.⁹⁸ Tatsächlich kam es jedoch mangels Einigung nicht zum Abschluss eines Gesamtvertrags. Die Versorgung erfolgte einerseits über – als Sachleistung zur Verfügung gestellte – Stundenkontingente, andererseits über satzungsmäßig festgelegte Kostenbeteiligungen. Die als Sachleistung zur Verfügung gestellten Stundenkontingente waren vertraglich mit bestimmten Vereinen vereinbart.⁹⁹

Die BVA hatte in Wien diesbezüglich Verträge mit 13 Einrichtungen, wobei ein Verein rund drei Viertel des Umsatzes abdeckte. Ein Vergabeverfahren hinsichtlich der Verträge bzw. Stundenkontingente war unterblieben. Die BVA gab dem RH gegenüber an, sie orientiere sich bei der Auswahl der Vertragspartner am Vorgehen der WGKK; diese hatte auch kein Vergabeverfahren durchgeführt.

(2) In bestimmten Fällen nutzte die Sozialversicherung zur Erzielung ökonomischer Vorteile das Instrument der öffentlichen Ausschreibung bei Gesundheitsprodukten. Die Vertreterinnen und Vertreter der Sozialversicherung gaben dem RH gegenüber an, dass es dabei jedoch unter Umständen zu massiven Verzögerungen bzw. überhaupt einer Verhinderung einer geordneten Beschaffung durch Einsprüche gegen Verfahrensschritte und langwierige Rechtsstreitigkeiten gekommen sei.

Beispielsweise erfolgte im Bereich der Heil- und Sondennahrung im Jahr 2011 eine Ausschreibung eines Sozialversicherungsträgers. Die Beschaffung konnte bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung Anfang 2016 nicht erfolgreich beendet werden. Die Patientinnen und Patienten mussten dennoch laufend mit Heil- und Sondennahrung versorgt werden.

73.2

(1) Anknüpfend an **TZ 71** hob der RH hervor, dass die Beschaffungsbereiche, in denen die gelebte Praxis von der ursprünglichen Konzeption des Gesetzgebers abwich, bei der unter **TZ 71** empfohlenen Risikoanalyse besonders zu berücksichtigen war.

⁹⁸ Nach § 349 Abs. 2 ASVG gilt: „Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den [...] freiberuflich tätigen Psychotherapeuten werden durch einen Gesamtvertrag [...] geregelt. [...] Stehen keine Gesamtverträge in Geltung, können [...] Einzelverträge abgeschlossen werden.“

⁹⁹ siehe dazu Kletter in Sonntag, ASVG³ (2012) § 459, Rz 7 f.

(2) Der RH anerkannte, dass die Sozialversicherungsträger jedenfalls teilweise versuchten, das Instrument der Ausschreibung für wirtschaftliche Vorteile zu nutzen. Er wies darauf hin, dass die Praxis der bisher durchgeführten Ausschreibungen zeigte, dass die konkrete Umsetzung erhebliche Schwierigkeiten bereiten konnte. Es wären daher rechtzeitig die entsprechende Kompetenz und Erfahrung aufzubauen, eine gewisse Dauer der Verfahren zu berücksichtigen und ein geordnetes, priorisiertes Vorgehen einzuplanen.

Der RH verwies daher auf seine Empfehlung an den Hauptverband (**TZ 71**), zur bestehenden Vertragslage eine Risikoeinschätzung im Hinblick auf das Vergaberecht vorzunehmen.

Zusammenfassung nicht prioritäre Dienstleistungen

74

Der RH hielt zusammenfassend folgende Kritikpunkte fest:

- Da der Gesetzgeber keine Entscheidung getroffen hatte, ob Rehabilitation für Pensionistinnen und Pensionisten verpflichtend vorgesehen werden sollte, basierte ein erheblicher Teil der Rehabilitationsleistungen auf einer für andere Konstellationen geschaffenen Rechtsgrundlage. Dies beeinträchtigte sowohl die Rechtsposition der Einzelnen als auch die Transparenz der Darstellung, die Steuerungsmöglichkeit der öffentlichen Hand und die Klarheit, welchen Zweck die Leistung selbst erfüllen sollte.
- Mangels entsprechender statistischer Weisungen war weder der Gesamtaufwand für Rehabilitation und Kuren verfügbar, noch eine verlässliche Statistik über das Antragsverhalten und die Genehmigungspraxis der einzelnen Träger. Dies war umso schwerwiegender, als die Sozialversicherungsträger Steuerungsaufgaben wahrzunehmen hatten (insbesondere hinsichtlich der Kuren als freiwillige Leistung) und die Anzahl der Aufenthalte in den letzten Jahren stark angestiegen war.
- Da aus finanziellen Gründen (Bundesbeitrag) die Zuständigkeit für Rehabilitation bei der Pensionsversicherung angesiedelt war, mussten die Anträge auf Basis sehr kurzer Antragsformulare und gegebenenfalls mitgesandter Befunde entschieden werden, obwohl die Krankenversicherung über umfassende historische Daten der abgerechneten Leistungen verfügte. Die Entscheidungsgrundlagen waren damit sehr reduziert.

- Unter Compliance-Gesichtspunkten war auffällig, dass für die Genehmigung oder Ablehnung von Kur- und Rehabilitationsaufenthalten keine feste Geschäftseinteilung bestand und Auswertungen über die Entscheidungsstatistik der einzelnen Begutachterinnen und Begutachter nicht möglich waren. Regelungen zum Umgang mit Anträgen, die Einflussträgerinnen und -träger persönlich übermittelten, fehlten.
- Die Auswertung des RH über die Genehmigungsquoten und Häufigkeit der Inanspruchnahme zeigte auffällige Unterschiede zwischen den einzelnen Trägern, die bisher nur unzureichend analysiert wurden. Die Regelungen über die Vermeidung übermäßiger Inanspruchnahme waren unterschiedlich. Analysen nach Wirtschaftsklassen bzw. Dienstgeber fehlten bisher ebenfalls, obwohl dies für eine wirkungsorientierte Steuerung nach Ansicht des RH wesentlich wäre.
- Die Auswahl der Leistungserbringer für Rehabilitation wies grundsätzliche Schwächen auf: dies hinsichtlich
 - der (mit großen Unsicherheiten verbundenen) Planung des Bedarfs,
 - der (nur unvollständig vorhandenen) Planung der gewünschten Angebotsstruktur,
 - der Gestaltung der Verträge (keine Regelung der Konsequenzen von Leistungsmängeln),
 - der Tariffindung (weder Preiswettbewerb noch Kostenkalkulation),
 - der Abstimmung mit den Bedarfsprüfungsverfahren der Länder (unzureichende Koordinierung, unterschiedliche Kriterien) und
 - der Auswahlkriterien (zeitliche Reihenfolge statt Leistungsqualität oder Preis).

- Die Abwicklung der Vertragspartnerauswahl in der PVA wies ebenfalls wesentliche Mängel auf: Nicht alle Schriftstücke waren nachvollziehbar dokumentiert (eindeutig zugeordnet, vollständig erfasst). Teilweise waren Entscheidungen nicht begründet. Einzelne Anträge wurden sichtlich nach anderen als den formal vorgesehenen Kriterien entschieden (z.B. Hinweis auf einen anderen Zeithorizont der Bedarfseinschätzung oder einen anderen räumlichen Bezug, Hinweis auf zusätzliche Kriterien wie die Bündelung verschiedener Indikationen in Zentren etc.). Im Büro waren die Aufgaben zersplittert; nach dem Abgang des Chefarztes und der zuständigen Generaldirektor-Stellvertreterin waren mehrere Vorgänge nicht schlüssig nachvollziehbar.
- Als Folge der genannten Mängel war die Entwicklung des Angebots in den vom RH analysierten Versorgungsbereichen (jeweils definiert als Schnittmenge einer Indikation und einer Versorgungszone) überwiegend abweichend von den Planungen erfolgt.
- Während der Gebarungsüberprüfung des RH versuchte die PVA, die Vergabe von Verträgen grundlegend umzugestalten. In Zukunft sollte unter der Steuerung durch den Vorstand auf Basis eines Masterplans durch Ausschreibungen eine transparente Vergabe erfolgen. Der RH begrüßte diese Vorhaben, wies aber darauf hin, dass die gesetzliche Regelung, die statistischen Weisungen sowie die Regelung der Abstimmung der landesbehördlichen Verfahren mit den Ausschreibungen in der Sozialversicherung noch offen waren. Weiters waren eine interne Reorganisation sowie Prozess- und Dokumentationsvorgaben für die Entscheidungsverfahren in der PVA noch ausständig. Die bereits abgewickelten Ausschreibungen waren mehr als Übergangslösung zur Bereinigung bestehender Konflikte zu sehen, denn als Musterbeispiele für die neue transparente Vorgehensweise. Weitere Reformschritte waren daher nötig.
- Neben dem im Detail analysierten Bereich der Kuren und Rehabilitation lag eine Vielzahl weiterer Beschaffungsvorgänge für nicht prioritäre Dienstleistungen (Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen) vor. Der RH ermittelte das relevante Gebarungsvolumen mit rd. 14,468 Mrd. EUR; alleine die BVA wies mehr als 17.000 Verträge aus. Trotz der Umstellung der Vorgehensweise bei der Rehabilitation (Ausschreibung statt informelle Vergaben) nahmen die Sozialversicherungsträger keine umfassende Risikobewertung hinsichtlich ihres Vorgehens bei den übrigen Vergaben vor. Es gab weder Vorgaben, wie die abstrakten rechtlichen Kriterien der Nichtdiskriminierung bzw. der Transparenz umzusetzen waren, noch eine klare Einordnung der abgeschlossenen Verträge in die vergaberechtlich relevanten Kategorien (z.B. Konzessions-, Dienstleistungs- oder Verrechnungsvertrag). Es bestanden sehr unterschiedliche Systeme nebeneinander, ohne dass die Unterschiede im Hinblick auf ihre vergaberechtlichen Konsequenzen bewertet wurden.

Teil IV – Sonstige Vergaben (Beschaffungen)

Prüfungsvorgehen

75 (1) Zur Beantwortung der Fragen gemäß Prüfungsverlangen sah der RH folgendes Prüfungsvorgehen vor:

- die Anforderung einer Grundgesamtheit der Vergabevorgänge,
- eine Analyse der Vergabeprozesse ausgewählter Beispielfälle („walk through“),
- eine grundlegende Beurteilung der internen Vorgaben auf ihre Zweckmäßigkeit,
- eine risikoorientierte Stichprobenauswahl mit Beurteilung der Einhaltung der Vorgaben sowie
- eine Beurteilung der Kontrollsysteme innerhalb der jeweiligen überprüften Stelle.

Tatsächlich erwies sich dieses Prüfungsvorgehen nur teilweise als durchführbar. Auf Basis der Beispielfälle sowie der Antworten der überprüften Stellen auf die Datenanforderungen des RH ergab sich – wie im Folgenden dargestellt –, dass die überprüften Sozialversicherungsträger keine Übersicht über alle Vergabevorgänge hatten. Aufgrund der Art der Erfassung der Geschäftsfälle war eine Übersicht auch nicht im Rahmen der Gebarungüberprüfung herstellbar. Dies erlaubte keine risikoorientierte oder repräsentative Stichprobenauswahl und somit auch keine abschließenden Aussagen zum Vergabewesen der überprüften Stellen insgesamt.

(2) Weiters lagen bei den jeweiligen überprüften Stellen sehr unterschiedliche Ergebnisse interner Kontrollen vor. Während bei der PVA die Innenrevision fast bei der Hälfte aller Prüfungen im überprüften Zeitraum Vergaben thematisierte und daher eine große Zahl an Einzelfällen untersuchte, lagen bei der AUVA und der BVA keine gesonderten Berichte der jeweiligen Innenrevisionen zu Vergaben vor (siehe [TZ 9](#), [TZ 10](#) und [TZ 11](#)).

(3) Der RH identifizierte folglich anhand der vorhandenen Unterlagen wesentliche Compliance-relevante Prozessschritte bei der Abwicklung von Vergaben in der Praxis der überprüften Sozialversicherungsträger. Aufgrund der unterschiedlichen Datenlage und Prozesse bildeten die ausgewählten Beispielfälle die Grundgesamtheit in unterschiedlichem Ausmaß ab. In einigen Fällen waren Compliance-relevante Feststellungen zum Vergabewesen bestimmten Trägern zuzuordnen, bei einigen

Fällen ergaben sich zwar aus den ausgewählten Beispielen keine Kritikpunkte; da es sich jedoch um systemrelevante Compliance-bezogene Feststellungen handelte, richtete der RH seine Empfehlung dennoch an alle überprüften Sozialversicherungsträger. Eine vergleichende Beurteilung der Qualität der Vergabepaxis der überprüften Träger war aufgrund der beschriebenen Unterschiede der Qualität der Daten nicht möglich.

Der RH untersuchte anhand der Prozessvorgaben, anhand von Beispielfällen bei der AUVA, bei der BVA und bei der PVA und anhand der Berichte der Internen Revision der PVA, inwieweit die Sozialversicherungsträger die internen Richtlinien und die gesetzlichen Bestimmungen einhielten bzw. den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit folgten.

Der RH stellt im Folgenden jene Feststellungen dar, die trotz der genannten Einschränkungen möglich waren. Sie weisen auf Problemstellungen hin, können aber nicht als repräsentative Aussage für die Gesamtheit der Beschaffungsvorgänge, einzelne Sozialversicherungsträger oder einzelne Vergabeformen verstanden werden.

Datenverfügbarkeit zu Beschaffungen

Beschaffungsvolumen

76.1

(1) Keiner der drei überprüften Sozialversicherungsträger konnte auf Nachfrage sein Beschaffungsvolumen im überprüften Zeitraum vollständig beziffern. Weder die Gesamtsumme noch eine Aufteilung nach Art des Beschaffungsvorgangs (Vergabeart), genehmigender Stelle oder Produktgruppe war vollständig verfügbar und analysierbar. Die Sozialversicherungsträger argumentierten im Wesentlichen, dass ihre Prozesse so stark reglementiert seien, dass derartige Auswertungen sich praktisch als nicht notwendig erwiesen hätten.

(2) Aufgrund des fehlenden Gesamtüberblicks der Sozialversicherungsträger über ihre Beschaffungen verwendete der RH Daten der Bestands- und Aufwandskonten¹⁰⁰, um im Rahmen der Gebarungüberprüfung einen näherungsweisen Überblick über die Beschaffungsvolumina der AUVA, der BVA und der PVA für die Jahre 2012 bis 2014 zu erhalten:

¹⁰⁰ Der RH zog dabei Aufwandskonten für Sachaufwand und bestimmte Veränderungen auf Bestandskonten (z.B. Zugänge bei Lager, aktivierte Investitionen etc.) heran. Im Detail unterschieden sich die Vorgehensweisen der einzelnen Träger, da je nach spezifischen Buchungsmethoden und Auswertungsmöglichkeiten im SAP versucht wurde, die dem Beschaffungsvolumen am nächsten kommenden Volumina zu ermitteln (z.B. ging die AUVA von den einzelnen Rechnungen aus, die BVA von den Kontensalden).

Tabelle 13: Beschaffungsvolumina aus der Finanzbuchhaltung 2012 bis 2014

	2012	2013	2014
	in Mio. EUR		
AUVA	212,34	184,46	196,50
BVA	53,00	42,72	54,04
PVA	136,61	162,92	173,02
gesamt	401,94	390,11	423,55

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: AUVA; BVA; PVA

Das aus der Buchhaltung abgeleitete Beschaffungsvolumen der überprüften Sozialversicherungsträger betrug insgesamt zwischen 390,11 Mio. EUR und 423,55 Mio. EUR pro Jahr. Der Anteil der Investitionen bzw. Bautätigkeiten lag dabei – je nach den im Betrachtungszeitraum abgewickelten Projekten – zwischen 15 % und 38 % des gesamten Beschaffungsvolumens, im Übrigen handelte es sich um laufende Aufwände.¹⁰¹

Die Daten der Buchhaltung konnten als Orientierungsgröße für das Beschaffungsvolumen insgesamt dienen; sie waren jedoch für eine Detailanalyse des Vergabewesens wenig geeignet:

- Einerseits konnte die zeitliche Zuordnung zwischen Vergabe und Aufwandsbuchung stark abweichen (z.B. bei über einen längeren Zeitraum erbrachten Leistungen).
- Andererseits waren für die Finanzbuchhaltung die für die Vergabeanalysen wesentlichen Informationen nicht notwendig und daher auch in der Regel nicht erfasst (z.B. Vergabeart, Vertragstypus, Produktgruppe oder genehmigende Stelle, Zuordnung einzelner Rechnungen zu einem Vergabefall).

76.2

Der RH kritisierte, dass keiner der drei überprüften Sozialversicherungsträger sein Beschaffungsvolumen vollständig angeben und analysieren konnte. Er wies darauf hin, dass das Beschaffungsvolumen der drei Sozialversicherungsträger im Jahr 2014 bei 423,55 Mio. EUR lag und hielt es aus Gründen der wirtschaftlichen Steuerung und aus Compliance-Gesichtspunkten für unbedingt erforderlich, über entsprechende Auswertungen zu verfügen.

¹⁰¹ Weitere vergleichende Aussagen zwischen den Sozialversicherungsträgern (z.B. nach bestimmten Aufwandsarten, Organisationseinheiten etc.) waren aus diesen Daten aufgrund der unterschiedlichen Auswertungsvorgänge nicht möglich.

Der RH betonte, dass ein zahlenmäßiger Überblick nicht durch stark reglementierte Prozesse bei den Sozialversicherungsträgern zu ersetzen war. Im Weiteren verwies er auf seine Beurteilung in **TZ 83** zum Verbesserungspotenzial der Dienstanzweisungen (z.B. durch Aufnahme von praxisrelevanten Beispielen zur Berechnung des Auftragswerts).

Der RH wies auf seine früheren Berichte (so z.B. „Internes Kontrollsystem bei Direktvergaben in ausgewählten Ressorts BMVIT und BMWFW“, Reihe Bund 2015/6) hin, in denen er ein ressortweites Controlling des Beschaffungswesens für unverzichtbar erachtet hatte, um eine automatisiert abrufbare Übersicht über Beschaffungen (sowie deren Kategorisierung) zu ermöglichen und damit insgesamt Transparenz, Effizienz und Wirkungsorientierung in diesem Bereich sicherzustellen.

Beschaffungscontrolling

77.1

(1) Keiner der drei überprüften Sozialversicherungsträger hatte ein Beschaffungscontrolling über das gesamte Beschaffungsvolumen eingerichtet, d.h. Ziele formuliert, Kennzahlen zur Messung der Zielerreichung festgelegt sowie Prozesse zur Datenerfassung und regelmäßige Berichte dazu definiert. Die Sozialversicherungsträger führten teilweise anlassfallbezogen Auswertungen durch, um Geschäftsfelder zu identifizieren, die vom Volumen und von der Art der Beschaffung für eine Bündelung und Vereinheitlichung geeignet waren.

Bedingt durch das fehlende Beschaffungscontrolling, die Vielzahl beschaffender Organisationseinheiten (**TZ 79**) und die Verwendung uneinheitlicher EDV-Programme im Beschaffungsprozess (siehe **TZ 80**) waren die vom RH von den überprüften Stellen abgefragten Daten über die Vergabeart, die genehmigende Stelle und das Gesamtvolumen bei zusammengehörigen Beschaffungen nicht vollständig verfügbar.

(2) Die folgende Tabelle stellt für das Jahr 2014 das aus der Finanzbuchhaltung ermittelte Beschaffungsvolumen jenem Volumen gegenüber, zu dem bei der AUVA, der BVA und der PVA die angefragten Daten im Detail verfügbar waren: Die Sozialversicherungsträger gaben für die Beschränkungen der im Detail verfügbaren Beschaffungsdaten unterschiedliche Gründe an: Laut AUVA würden nicht alle beschaffenden Stellen SAP-Bestellungen eingeben, die übermittelten Daten enthielten bestimmte Geschäftsbereiche nicht. Die BVA wies darauf hin, dass sie SAP-MM¹⁰² nur für Bestellungen unter 400 EUR nutze. Laut PVA seien aus SAP die geforderten Daten generell nicht eruierbar; im Rahmen der Gebarungsprüfung könne sie Daten nur für ausgewählte Teilbereiche ermitteln.

¹⁰² SAP-Materialwirtschaft

Tabelle 14: Vergleich verfügbarer Beschaffungsdaten 2014

	AUVA	BVA	PVA	Summe
	in EUR			
Finanzbuchhaltung	196.495.636,38	54.038.671,82	173.020.154,67	423.554.462,87
übermittelte Beschaffungsdaten	87.873.574,47	36.545.583,40	103.031.558,34	227.450.716,21
<i>davon</i>				
<i>aus SAP-MM</i>	<i>77.228.488,61</i>	<i>3.643.989,73</i>	<i>n.a.¹</i>	<i>80.872.478,34</i>
<i>aus anderen Auswertungen²</i>	<i>10.645.085,86</i>	<i>32.901.593,67</i>	<i>103.031.558,34</i>	<i>146.578.237,87</i>
<i>Beschaffungsvorgänge über 100.000 EUR³</i>	<i>64.897.447,10</i>	<i>24.373.362,12</i>	<i>98.131.037,78</i>	<i>187.401.847,00</i>
	in %			
Beschaffungsdaten verfügbar:⁴	45	68	60	54
<i>davon</i>				
<i>aus SAP-MM</i>	<i>39</i>	<i>7</i>	<i>n.a.</i>	<i>19</i>
<i>aus anderen Auswertungen</i>	<i>5</i>	<i>61</i>	<i>60</i>	<i>35</i>
<i>Beschaffungsvorgänge über 100.000 EUR</i>	<i>33</i>	<i>45</i>	<i>57</i>	<i>44</i>

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Die PVA verfügte zwar über SAP-MM-Daten über rd. 100 Mio. EUR; diese enthielten jedoch nicht die vom RH angeforderten Daten (z.B. Vergabeart, genehmigende Stelle etc.).

² insbesondere Auswertungen aus der Beschaffungsplattform VEMAP (das Internetportal VEMAP war eine zentrale Plattform zur Abwicklung von Vergabeverfahren)

³ Unter 100.000 EUR waren Direktvergaben möglich.

⁴ als Anteil an den Daten der Finanzbuchhaltung dargestellt

Quellen: AUVA; BVA; PVA

Der Anteil der detailliert auswertbaren Beschaffungsvorgänge lag bei der AUVA bei rund der Hälfte, bei der BVA und der PVA bei rund zwei Drittel des aus der Finanzbuchhaltung erhobenen gesamten Beschaffungsvolumens. Bei der AUVA war der Anteil der in SAP-MM erfassten und mit den beschaffungsrelevanten Daten hinterlegten Bestellungen mit 39 % relativ hoch, bei der BVA deutlich niedriger; die PVA verfügte zwar über Daten, wesentliche Informationen mussten jedoch manuell ergänzt werden.¹⁰³ Die BVA und die PVA hatten im Jahr 2014 aufgrund von Bautätigkeiten einen erheblichen Anteil von Beschaffungen über 100.000 EUR, über die sie gesonderte Auswertungen führten. Auch die AUVA hatte derartige Auswertungen, das Volumen dieser Großprojekte war jedoch im Jahr 2014 niedriger als bei der BVA und der PVA.

(3) Für die Unterschiede zwischen Buchhaltungsdaten und Beschaffungsdaten waren neben der unvollständigen Erfassung der Beschaffungsdaten auch Faktoren wie

¹⁰³ Die BVA hatte SAP-MM auf Bestellungen unter 400 EUR beschränkt, die PVA hatte zwar ein beträchtliches Volumen (über 100 Mio. EUR) in SAP-MM eingegeben, aber ohne die relevanten Auswertungsmöglichkeiten. Die angefragten Daten (z.B. Vergabeart) konnten nur manuell ausgewertet werden.

die unterschiedliche Periodenabgrenzung¹⁰⁴ und unterschiedliche Zuordnungen in der Erfassungssystematik maßgeblich.

Die manuell erstellten Auswertungen enthielten teilweise Fehler (doppelte Erfassungen oder fehlende Erfassung von Beschaffungen).

(4) Der Anteil der Direktvergaben war aus den verfügbaren Daten nicht ermittelbar. Die AUVA führte in ihren Daten aus SAP-MM teilweise auch die Beschaffungsart an. Im Jahre 2014 gab es demnach insgesamt 199.376 Beschaffungsvorgänge; bei 11.806 war das Beschaffungsverfahren eingetragen, wovon 10.911 (92 %) als Direktvergabe erfolgten.

77.2

Der RH kritisierte, dass keiner der überprüften Sozialversicherungsträger ein vollständiges Beschaffungscontrolling eingerichtet hatte.

Dadurch fehlten den überprüften Sozialversicherungsträgern wesentliche managementrelevante Informationen über ihr Beschaffungswesen, z.B. die Art der Vergabeverfahren, die Zuordnung des Beschaffungsvolumens zu genehmigenden Stellen oder eine vollständige Gliederung nach Warengruppen und Lieferanten.

Auch aus Compliance-Gesichtspunkten beurteilte der RH die schlechte Datenlage kritisch. So war z.B. nicht vollständig auswertbar, ob mit bestimmten Lieferanten in bestimmten Zeiträumen Verträge abgeschlossen wurden. Dies war nur mittelbar aus der Finanzbuchhaltung (nach Abrechnung) ableitbar. Auch war ohne eine Grundgesamtheit eine risikoorientierte Stichprobe für eine Compliance-Überprüfung nicht möglich.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, ein Beschaffungscontrolling mit regelmäßigen Auswertungen und Berichten für die Entscheidungsträgerinnen und -träger einzuführen. Darin wären die Zielsetzung der Auswertungen, die Erfassung und Kennzeichnung der Daten, die Auswertbarkeit zumindest nach Vergabeart, Leistungskategorie, Auftragnehmenden und genehmigender Stelle sowie die Berichtspflichten zu regeln (siehe auch den Bericht des RH „Internes Kontrollsystem bei Direktvergaben in ausgewählten Ressorts BMVIT und BMWFW“, Reihe Bund 2015/6, TZ 4).

77.3

(1) Die AUVA führte in ihrer Stellungnahme aus, dass eine derartige Auswertung wünschenswert sei und technisch realisiert werden könne, sobald der Begriff „Beschaffungsvolumen“ ausreichend exakt festgelegt sei. Seit Einführung von SAP-MM könne die AUVA trägerweit Auswertungen nach Leistungskategorien (Warengrup-

¹⁰⁴ Zum Beispiel fiel der Abschluss eines 10-jährigen Reinigungsvertrags mit dem gesamten Beschaffungsvolumen in das aktuelle Jahr, während der Aufwand jährlich erfolgswirksam verbucht werden musste.

pen) und Auftragnehmenden (Kreditoren) machen, seit dem Frühjahr 2016 nach Vergabeart sowie nach der genehmigenden Stelle. Zudem bilde die Bauabteilung seit 1. Juli 2016 die Aufträge in SAP-MM ab.

(2) Laut Stellungnahme der BVA befinde sich ein Beschaffungscontrolling derzeit in Prüfung.

(3) Die PVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, zur Optimierung des Beschaffungswesens eine interne Arbeitsanweisung normiert, das Vier-Augen-Prinzip und Unvereinbarkeiten festgelegt, Formulare zur Verfügung gestellt sowie diverse EDV-Systeme und systematische Kontrollen eingesetzt zu haben. Darüber hinaus sei nunmehr das elektronische Beschaffungsportal VEMAP implementiert. Dort könne die PVA automatisierte Auswertungen von Vergaben nach den unterschiedlichsten Gesichtspunkten (z.B. Vergabeart, Auftragnehmenden, Leistungskategorie, Beschaffungsvolumina) machen. Damit sollte der neuen EU-Vergaberichtlinie (2014/24/EU) entsprochen, aber auch – gemeinsam mit Schnittstellen zu SAP-MM – ein Instrument des Beschaffungscontrollings eingeführt werden. Die PVA habe damit die elektronische Vergabe bereits frühzeitig implementiert. Nach erfolgter Erweiterung der elektronischen Beschaffungsplattform VEMAP und Schaffung einer SAP-Schnittstelle sei somit die Empfehlung des RH umgesetzt.

Vorgaben zu Beschaffungen

Rechtliche Grundlagen

78.1

(1) Die Sozialversicherungsträger waren öffentliche Auftraggeber im Sinne des Bundesvergabegesetzes. Je nach Vertragsart (Bau-, Lieferungs-, Dienstleistungs-, Konzessions- bzw. Verrechnungsvertrag) und zu beschaffender Produktgruppe (prioritäre bzw. nicht prioritäre Leistungen) regelte dieses die Beschaffungsvorgänge unterschiedlich detailliert. Im Gegensatz zu den nicht prioritären Dienstleistungen (siehe [TZ 24](#) bis [TZ 74](#)) war die Regelungsdichte für die in diesem Abschnitt analysierten prioritären Beschaffungen im Bundesvergabegesetz hoch.

(2) Auch andere gesetzliche Regelungen determinierten das Verhalten der Sozialversicherungsträger bei Beschaffungen: Sie waren z.B. an die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit gebunden. Allgemeine Verhaltensvorgaben z.B. in Form der Pflichtangelobung fanden sich im ASVG.

(3) Dennoch bestanden erhebliche Spielräume für die beschaffenden Stellen:

- Unterhalb eines bestimmten Schwellenwerts¹⁰⁵ konnte eine Leistung, gegebenenfalls nach Einholung von Angeboten oder unverbindlichen Preisauskünften von einem oder mehreren Unternehmen, formfrei mittels Direktvergabe beschafft werden.¹⁰⁶
- Oberhalb des Schwellenwerts¹⁰⁷ waren formalisierte Ausschreibungsverfahren durchzuführen. Spielräume bestanden innerhalb bestimmter rechtlicher Vorgaben z.B. bei der Definition des Bedarfs, der Auswahl des Vergabeverfahrens und der Festlegung der Zuschlagskriterien.
- Darüber hinaus waren interne Zuständigkeiten und Entscheidungswege ebenso festzulegen wie strategische Entscheidung über die Beschaffungsziele zu treffen und Maßnahmen zu deren Erreichung zu definieren (Controlling, Überprüfung einzelner Vergaben etc.).

78.2

Der RH wies darauf hin, dass aufgrund der Geltung des Bundesvergabegesetzes die Vorgehensweise bei Beschaffungsvorgängen oberhalb der Schwellenwerte für Direktvergaben rechtlich weitgehend determiniert war, jedoch auch interne Festlegungen zu treffen waren.

Anzahl der beschaffenden Stellen

79.1

(1) Bei allen drei überprüften Sozialversicherungsträgern führten unterschiedliche Organisationseinheiten Beschaffungen durch. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der beschaffenden Organisationseinheiten pro Sozialversicherungsträger:

¹⁰⁵ Aufgrund der Schwellenwerteverordnungen lag der Schwellenwert für Direktvergaben bei 100.000 EUR. Seit 2010 verlängerte das BKA die Geltung der erhöhten Schwelle jeweils um ein Jahr; zuletzt bis 31. Dezember 2016; Schwellenwerteverordnung 2009 (BGBl. II Nr. 125/2009 i.d.F. BGBl. II Nr. 292/2014 – befristet bis 31. Dezember 2016).

¹⁰⁶ § 25 Abs. 10 BVergG 2006 i.d.g.F.

¹⁰⁷ Bei Direktvergaben mit vorheriger Bekanntmachung betrug die Grenzen der Auftragswerte bei Liefer- und Dienstleistungsaufträgen 130.000 EUR, bei Bauaufträgen 500.000 EUR.

Tabelle 15: Anzahl der beschaffenden Organisationseinheiten

	AUVA	BVA	PVA
	Anzahl		
Hauptstelle	6	9	4
Landesstellen	4	6	9
Eigene Einrichtungen	11	7	17
gesamt	21	22	30

Quellen: AUVA; BVA; PVA

In den drei überprüften Sozialversicherungsträgern waren in Summe 73 Organisationseinheiten mit Beschaffungen befasst.

Bei allen drei überprüften Sozialversicherungsträgern konnten Landesstellen, Eigene Einrichtungen und verschiedene Abteilungen der jeweiligen Hauptstellen¹⁰⁸ – innerhalb bestimmter Wertgrenzen (siehe **TZ 82**) – Beschaffungen durchführen.

(2) Die Trennung der Zuständigkeiten war nicht immer sachlich nachvollziehbar: Beispielsweise war bei der AUVA einem Unfallkrankenhaus (**UKH**) ein Rehabilitationszentrum unmittelbar räumlich angeschlossen. In beiden Einrichtungen war dieselbe Person als Verwaltungsleiter tätig. Das Rehabilitationszentrum unterstand hinsichtlich bestimmter Beschaffungsvorgänge organisatorisch der Hauptstelle. Für das UKH war diesbezüglich jedoch die Landesstelle Wien zuständig. Bei einzelnen Beschaffungen erhöhte sich somit der Abstimmungsaufwand.

(3) Die Entscheidungsfindung war – wie folgend am Beispiel der BVA dargestellt – im Einzelfall teilweise komplex:

- Die BVA sah grundsätzlich innerhalb der Hauptstelle eine zentrale Beschaffung durch die Wirtschaftsabteilung vor. Ausnahmen bestanden jedoch für Beschaffungen der EDV und der Infrastruktur sowie in Detailbereichen (z.B. Beratungsdienstleistungen) für sechs weitere Abteilungen (z.B. die Rechtsabteilung).
- Bei Service- und Wartungsverträgen waren für den Neuabschluss und für die Verlängerung unterschiedliche Abteilungen zuständig.

¹⁰⁸ Neben den für Bauangelegenheiten und Wirtschaft zuständigen Abteilungen, die den Großteil der Beschaffungen verantworteten, konnten beispielsweise auch Abteilungen für Öffentlichkeitsarbeit, die Personalabteilungen, die Rechtsabteilungen oder IT-Abteilungen Beschaffungen durchführen.

- Im „Bauwesen“ war grundsätzlich die Wirtschaftsabteilung für die Beschaffungen zuständig, jedoch auch eine weitere Abteilung¹⁰⁹ im Rahmen ihrer Zuständigkeit für „Projektmanagement“ und eine weitere Abteilung¹¹⁰ für Instandhaltungs- und Instandsetzungsarbeiten.

79.2

Der RH wies kritisch darauf hin, dass bei den drei überprüften Sozialversicherungsträgern insgesamt 73 und je Sozialversicherungsträger bis zu 30 beschaffende Organisationseinheiten bestanden. Die Zuständigkeiten waren zwischen Hauptstellen, Landesstellen, Eigenen Einrichtungen und innerhalb der Hauptstellen zwischen verschiedenen Abteilungen aufgeteilt. Der RH wies darauf hin, dass die hohe Zahl der mit Beschaffungen befassten Organisationseinheiten sowie fehlende EDV-Unterstützung (siehe **TZ 80**) die Übersicht erschwerten.

Der RH kritisierte, dass nicht alle Zuständigkeitsaufteilungen zweckmäßig erschienen: So gab es z.B. in der AUVA für das Rehabilitationszentrum und das UKH zwar einen gemeinsamen Verwaltungsleiter, aber unterschiedliche Genehmigungswege für Beschaffungen. Der RH kritisierte weiters, dass die Zuständigkeitsverteilung, wie am Beispiel der BVA dargestellt, teilweise komplex war. Dies war unter Compliance-Gesichtspunkten ein Risiko.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA eine stärkere organisatorische Bündelung der Beschaffungen und eine klarere Verteilung der Zuständigkeiten.

79.3

(1) Laut Stellungnahme der AUVA gebe es deshalb mehrere Beschaffungsstellen, da sie dezentral organisiert sei. Sie setze die laufende Bündelung der Beschaffung weiter fort.

(2) Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, dass ihre Beschaffungszuständigkeiten im erforderlichen Ausmaß in der Hauptstelle zentralisiert und gebündelt seien. Die Handlungsbefugnisse der dezentralen Einrichtungen (Landesstellen und Eigene Einrichtungen) seien der Höhe nach sehr eingeschränkt und nur zur Sicherstellung eines reibungslosen Betriebsablaufs vorgesehen. Das BVergG 2006 sehe eine verpflichtende Zusammenfassung gleichartiger Lieferungen und Leistungen und damit eine Bündelung von Beschaffungen vor. Durch Dienstanweisungen gewährleiste die PVA klar, unmissverständlich und taxativ, dass ab bestimmten Wertgrenzen bzw. für bestimmte Produktgruppen (z.B. Büromaterial) in jedem Fall ausschließlich zentral zu beschaffen sei. Damit seien die Effektivität des Personaleinsatzes und eine wirtschaftliche Beschaffung gewährleistet. Zuständigkeitskonflikte oder –redundanzen seien in der Beschaffungspraxis der PVA daher bislang auch nicht aufgetreten.

¹⁰⁹ Abt. III Organisation

¹¹⁰ Abt. XII Infrastruktur

79.4

Der RH nahm die Darstellung der Soll-Situation laut Dienstanweisungen (Bündelung) durch die PVA zur Kenntnis. Er wies jedoch darauf hin, dass die dezentralen Einheiten Beschaffungen bis zu 7.500 EUR pro Transaktion selbst durchführen konnten und bei der Gebarungsüberprüfung nicht auswertbar war, welches Beschaffungsvolumen die PVA auf diese Weise insgesamt abwickelte. Er verwies weiters auf Feststellungen der Innenrevision, wonach in mehreren Fällen die Wertgrenzen nicht eingehalten worden waren.

EDV-Unterstützung bei Beschaffungen

80.1

(1) Die drei überprüften Sozialversicherungsträger führten ihre Beschaffungen nicht durchgängig automationsunterstützt durch; sie verwendeten keine einheitlich auswertbaren EDV-Lösungen.

(2) Die AUVA führte ihre Beschaffungen grundsätzlich mit einem Materialwirtschaftsmodul von SAP¹¹¹ durch. Da mehrere Organisationseinheiten (z.B. Bau, teilweise Eigene Einrichtungen etc.) ihre Beschaffungen nicht in SAP erfassten, waren vollständige Auswertungen nicht möglich. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war die Implementierung von SAP-MM in der für Bauwesen zuständigen Abteilung der Hauptstelle geplant.

Die in der Hauptstelle der AUVA für Beschaffungen zuständige Abteilung nutzte seit Herbst 2013 das Internetportal VEMAP¹¹² als zentrale Plattform zur Abwicklung von Vergabeverfahren ab einer Wertgrenze von 100.000 EUR. Dadurch war es interessierten Auftragnehmenden möglich, sich über laufende Ausschreibungen zu informieren, Ausschreibungsdokumente herunterzuladen und sich für Ausschreibungen zu bewerben. Für Bauangelegenheiten war im überprüften Zeitraum VEMAP noch nicht in Verwendung. Die schrittweise Einführung von VEMAP für Bauangelegenheiten war ab Beginn des Jahres 2016 vorgesehen.

(3) In der BVA beschränkte eine Dienstverfügung den Einsatz von SAP-MM auf Bestellungen mit einem Auftragswert von weniger als 400 EUR.

Bestellvorgänge mit einem darüber liegenden Auftragswert wickelten die beschaffenden Organisationseinheiten ohne EDV-Einsatz ab und dokumentierten die Be-

¹¹¹ SAP-MM (Material Management) war ein EDV-System, das den Bestellvorgang, den Wareneingang mit Rechnungsprüfung, die Bestandsführung sowie die Verbuchung unterstützte.

¹¹² Die AUVA nutzte das Internetportal VEMAP als zentrales Kommunikationsmedium mit ihren Auftragnehmenden zur Abwicklung von Einkaufsprojekten. Interessierte Auftragnehmende konnten sich für Ausschreibungen bewerben, Ausschreibungsdokumente herunterladen, Teilnahmeanträge und Angebote abgeben und an Auktionen teilnehmen. Beschäftigte konnten Standardartikel über den Multilieferantenkatalog abrufen.

stellungen in einem Papierakt. Eine durchgängige elektronische Erfassung in SAP erfolgte erst bei der Verbuchung durch die Finanzabteilung. Die für Bauangelegenheiten zuständige Abteilung verwendete eigene EDV–Lösungen für Beschaffungen und Controlling. Die wesentlichen Bestelldaten trugen alle Abteilungen abteilungsintern in eine elektronische Liste ein. Die BVA setzte bei Vergabeverfahren keine zentrale elektronische Vergabepattform ein.

(4) Bei der PVA nutzten nicht alle mit Beschaffungen betrauten Organisationseinheiten für alle Warengruppen das Beschaffungstool SAP–MM, insbesondere nicht die Eigenen Einrichtungen der vormaligen Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter. Auch die für die Abwicklung von Bauvorhaben zuständige Abteilung setzte andere EDV–Lösungen ein. Die PVA wickelte Vergabeverfahren über 100.000 EUR über die Vergabepattform VEMAP ab.

80.2

Der RH stellte kritisch fest, dass die überprüften Sozialversicherungsträger ihre Beschaffungen nicht durchgängig automationsunterstützt durchführten und nicht durchgängig einheitlich auswertbare EDV–Lösungen verwendeten. Zum einen gab es Teilbereiche, in denen sie Beschaffungen ohne EDV–Erfassung mittels Papierakt dokumentierten. Zum anderen waren innerhalb der einzelnen Sozialversicherungsträger unterschiedliche EDV–Lösungen im Einsatz. Dies erschwerte es, rasch und mit angemessenem Ressourcenaufwand einen Gesamtüberblick über die Beschaffungen zu erhalten.

[Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, ihre Beschaffungen durchgängig automationsunterstützt vorzunehmen und dabei vergleichbare EDV–Auswertungen vorzusehen.](#)

80.3

(1) Die AUVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Bauabteilung seit 1. Juli 2016 die Aufträge in SAP–MM abbildete.

(2) Die BVA sagte in ihrer Stellungnahme zu, die Empfehlung unter Berücksichtigung der Kostenkomponente zu prüfen.

(3) Laut Stellungnahme der PVA sei die Ausrollung von SAP–MM in den Eigenen Einrichtungen derzeit im Laufen. Damit werde in absehbarer Zukunft eine alle Beschaffungsstellen umfassende durchgängige automationsunterstützte Einkaufspraxis geschaffen, die vergleichbare österreichweite EDV–Auswertungen gewährleiste.

Vergleichsangebote

81.1

(1) Das Bundesvergabegesetz verpflichtete bei Direktvergaben nicht ausdrücklich zur Einholung mehrerer Angebote. Gemäß § 41 Abs. 3 Bundesvergabegesetz waren jedoch bei Direktvergaben gegebenenfalls eingeholte Angebote oder unverbindliche Preisauskünfte zu dokumentieren.

Alle drei überprüften Sozialversicherungsträger erließen interne Vorgaben für das Einholen von Vergleichsangeboten. Zur verbesserungswürdigen Umsetzung dieser Vorgaben siehe [TZ 85](#).

(2) Bei der AUVA hing die Anzahl der einzuholenden Vergleichsangebote von der Art des zu beschaffenden Wirtschaftsguts ab. Grundsätzlich waren bei Vergaben, für deren Genehmigung die Selbstverwaltung (insbesondere Verwaltungsausschuss des Vorstands bzw. Landesstellenausschüsse der AUVA) zuständig war, „soweit möglich“ mindestens drei Angebote einzuholen, bei Genehmigung durch die Direktion oder Generaldirektion „soweit möglich“ mindestens zwei Angebote. Darunter (z.B. Abteilungsleitung, Verwaltungsleitung) lag die Einholung von Angeboten „im pflichtgemäßen Ermessen“. Daher konnten zum Beispiel „laufende Nachbeschaffungen von Verbrauchs- und Verzehrsgütern zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Betriebsführung“¹¹³ unabhängig von der Höhe des Auftragswerts auch ohne vorherige Einholung von Vergleichsangeboten beschafft werden.

(3) Bei der BVA regelte eine Dienstverfügung die Zahl der einzuholenden Vergleichsangebote: Grundsätzlich war jede Dienststelle angehalten, ihren Bedarf der jeweiligen beschaffenden Stelle schriftlich bekannt zu geben. „Erforderlichenfalls“ waren den Anforderungen „sofern möglich“ mindestens drei entsprechende, vergleichbare unverbindliche Angebote beizuschließen. Laut BVA habe sie im Februar 2015 den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung Wirtschaftswesen die Notwendigkeit von mindestens drei Angeboten innerhalb der Abteilung Wirtschaftswesen zur Kenntnis gebracht und die Dienststellenleitungen mündlich auf dieses Erfordernis hingewiesen.

(4) In der PVA waren laut Dienstanweisung¹¹⁴ ab einem Auftragswert von über 50.000 EUR drei Angebote einzuholen, bei Beschaffungen bis 50.000 EUR gab es keine Verpflichtung zu Vergleichsangeboten.

¹¹³ Darunter fielen geringwertige und kurzlebige Wirtschaftsgüter, Energieaufwand, Kommunikationsaufwand, Entsorgung etc., aber nach Angaben der AUVA auch medizinische Verbrauchsgüter.

¹¹⁴ im überprüften Zeitraum vom 1. Jänner 2012 bis 27. Oktober 2013 40.000 EUR, ab 28. Oktober 2013 50.000 EUR

81.2 Der RH hob hervor, dass der Prüfung der Preisangemessenheit bei Direktvergaben besondere Bedeutung zukam und Vergleichsangebote eingeholt werden sollten.

Er kritisierte, dass

- in der AUVA für die laufende Nachbeschaffung von Verbrauchs- und Verzehrgütern keine verpflichtenden Vergleichsangebote einzuholen waren;
- die BVA die Bestimmungen zur Einholung von Vergleichsangeboten unbestimmt formuliert hatte;
- die PVA die Wertgrenzen zur Einholung von Vergleichsangeboten mit 50.000 EUR sehr hoch angesetzt hatte.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, ihre internen Vorschriften zur Einholung von Vergleichsangeboten zu überarbeiten und die Anzahl der einzuholenden Vergleichsangebote klar festzulegen.

81.3 (1) Die AUVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Einholung von Vergleichsangeboten weiterhin im pflichtgemäßen Ermessen erfolgen sollte. In den Einkaufsbereichen sei ausreichend Know-how vorhanden, um die Marktsituation abschätzen zu können. Eine strengere Reglementierung würde den Verwaltungsaufwand erhöhen.

(2) Laut Stellungnahme der BVA habe sie die Empfehlung bereits umgesetzt.

(3) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, habe sie die Wertgrenze von 50.000 EUR im Hinblick auf die Novelle des Bundesvergabegesetzes 2012 festgelegt. Die Vorgehensweise der PVA entspreche der Zielsetzung des Vergabegesetzes zur Vereinfachung; die Wertgrenze sei auch im Hinblick auf die Zulässigkeit formfreier Direktvergaben bis zu 100.000 EUR sachgerecht und zweckmäßig.

81.4 (1) Der RH hielt es im Unterschied zur AUVA nicht für ausreichend, wesentliche auch Compliance-relevante Fragen – wie die Einholung von Vergleichsangeboten – allein dem pflichtgemäßen Ermessen der mit der Beschaffung beauftragten Personen zu überlassen. Gerade angesichts der Komplexität der Ermittlung des Auftragswerts bei wiederkehrenden Beschaffungen, bei mehreren beschaffenden Stellen und bei gleichartigen Aufträgen war eine klare Reglementierung zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Verwaltung im Sinne der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Vergabeentscheidung sowie der Sparsamkeit erforderlich.

(2) Dem von der AUVA und der PVA angeführten Vereinfachungsgedanken stand die Erzielung von günstigeren Konditionen bei Preisvergleichen entgegen.

(3) Gegenüber der PVA hielt der RH daran fest, dass eine Auftragsvergabe ohne Vergleichsangebot bis zu einer Wertgrenze von 50.000 EUR wirtschaftlich nicht zweckmäßig war. Er wies darauf hin, dass beispielsweise das BMVIT und das BMWFW bei Direktvergaben bereits ab 5.000 EUR bzw. 10.000 EUR mehrere Vergleichsangebote vorsahen (siehe Bericht des RH „Internes Kontrollsystem bei Direktvergaben in ausgewählten Ressorts BMVIT und BMWFW“, Reihe Bund 2015/6).

Der RH hielt an seiner Empfehlung fest.

Wertgrenzen und interne Zuständigkeitsverteilung

82.1

(1) Für die interne Zuständigkeitsverteilung (Vorstand, Ausschüsse, Büro etc.) zur Genehmigung von Beschaffungen galten unterschiedliche Wertgrenzen, wie folgende Tabelle vereinfacht¹¹⁵ darstellt:

Tabelle 16: Wertgrenzen für Beschaffungen 2014

	AUVA	BVA	PVA
	in EUR		
Abteilungsleitung Büro	bis 400	bis 2.500	bis 7.500
Verwaltungsleitung Eigene Einrichtung	bis 7.500	bis 1.000	bis 7.500
Bereichsleitung	bis 20.000	bis 5.000	bis 20.000
Generaldirektion	bis 40.000	bis 14.534,57	bis 30.000
Obfrau/Obmann	–	–	bis 50.000
Vorstand	über 40.000	über 14.534,57	über 50.000

vereinfachte Darstellung

Quellen: AUVA; BVA; PVA

Die Höhe der Wertgrenzen war bei den drei überprüften Sozialversicherungsträgern unterschiedlich. Die Wertgrenze Abteilungsleitung z.B. war bei der PVA drei Mal so hoch wie bei der BVA und mehr als 18 Mal so hoch wie bei der AUVA.

(2) Bei der AUVA erfolgte die Differenzierung der Wertgrenzen anhand der Art des Rechtsgeschäfts (Finanz- und Wirtschaftsangelegenheiten). So konnten Verwaltungsleiterinnen und Verwaltungsleiter eines UKH z.B. „laufende Nachbeschaffung“

¹¹⁵ Für bestimmte Bereiche (z.B. Nachbeschaffungen, Verbrauchsmaterial) galten zum Teil andere Wertgrenzen.

gen von Verbrauchs- und Verzehrgütern“ ohne Beachtung einer Wertgrenze beschaffen, „sonstige Rechtsgeschäfte“ (z.B. Inserate, sonstige Dienstleistungen, Beratertätigkeiten) bis zu einem Betrag von 7.500 EUR. Die Zuordnung von Produkten (z.B. bei der Miete von Anti-Decubitus Matratzen) zur Art des Rechtsgeschäfts und damit zur bürointernen Zuständigkeit war nicht immer klar.

(3) Auswertungen darüber, wie viele Beschaffungsvorgänge bzw. welche Umsätze durch wen erfolgten, waren bei den drei überprüften Sozialversicherungsträgern nicht verfügbar.

82.2

(1) Der RH wies darauf hin, dass für die Genehmigung von Beschaffungen durch die Abteilungsleitung die Genehmigungsgrenze bei der PVA drei Mal so hoch war wie bei der BVA und mehr als 18 Mal so hoch wie bei der AUVA. Er kritisierte, dass Auswertungen darüber, wie viele Beschaffungsvorgänge bzw. welche Umsätze durch wen erfolgten, nicht verfügbar waren und somit unklar war, wie sich die unterschiedlichen Wertgrenzen auswirkten. Der RH wies darauf hin, dass bei höheren Wertgrenzen ohne entsprechendes Controlling das Risiko von Einkäufen ohne entsprechendes Verfahren bestand, obwohl bei trägerweiter Betrachtung erhebliche Umsätze erreicht wurden. Der RH wiederholte seine Empfehlung an die AUVA, die BVA und die PVA zur Einführung eines Beschaffungscontrollings mit regelmäßigen Auswertungen und Berichten für die Entscheidungsträgerinnen und -träger (vgl. [TZ 77](#)).

(2) Der RH kritisierte, dass bei der AUVA die Zuordnung von Geschäftsfällen zu einzelnen Produktkategorien und dementsprechend die Zuständigkeit zu Beschaffungen unklar waren.

Der RH empfahl der AUVA, in internen Regelungen die Vergabezuständigkeiten klarer zu regeln.

82.3

Die AUVA führte in ihrer Stellungnahme aus, in der Dienstanweisung zur bürointernen Umsetzung im Anhang der Geschäftsordnung des Vorstands die Vergabezuständigkeiten klar definiert zu haben.

82.4

Der RH hielt unter Verweis auf die aufgetretenen Unklarheiten bei der AUVA seine Empfehlung aufrecht (siehe [TZ 84](#)).

Umsetzung der Vorgaben in der Praxis

Bedarfsplanung und Bedarfsmeldung

83.1 (1) Der erste Schritt im Beschaffungsprozess war die Identifizierung des Bedarfs, um die Art und den Umfang der benötigten Leistung und die benötigte Qualität festzulegen (Leistungsbeschreibung). Dies war eine wesentliche Voraussetzung, um den Auftragswert zu ermitteln und die budgetäre Bedeckung zu prüfen.

(2) In der AUVA gab es ein Bedarfsanforderungsformular. Dieses galt für die Hauptstelle. Es stand im Intranet der AUVA auch den Landesstellen und Eigenen Einrichtungen zur Verfügung, wurde jedoch von diesen kaum verwendet. Die Dienstanweisung verpflichtete nicht zur Verwendung des Formulars.

Die BVA verfügte weder über ein Bedarfsmeldungsformular noch über ein Bedarfsanforderungstool. Die Bedarfsanforderung erfolgte zumeist per E-Mail.

In der PVA bestanden für den Beschaffungsprozess vorgefertigte Formulare wie z.B. das Anforderungsformblatt.

83.2 Der RH kritisierte, dass bei der AUVA und der BVA kein trägerweit verpflichtend zu verwendendes Bedarfsanforderungsformular bzw. -tool eingerichtet war, um wirtschaftliche, fehlerfreie und leicht kontrollierbare Arbeitsabläufe zu ermöglichen und den Bedarf nachvollziehbar zu dokumentieren.

Der RH empfahl der AUVA und der BVA, eine trägerweit einheitliche Vorgehensweise bei der Bedarfsmeldung sicherzustellen.

83.3 (1) Laut Stellungnahme der AUVA gebe es für den Bereich EDV (Hardware, IKT und Software) trägerweit einheitliche Formulare. Diese würden auch verpflichtend verwendet (gemäß Dienstanweisung). In den Eigenen Einrichtungen gebe es ein trägerweit einheitliches Anforderungstool für medizinische und nichtmedizinische Verbrauchsgüter.

(2) Die BVA gab in ihrer Stellungnahme die Kostenfrage (Lizenzgebühr) zu bedenken.

(3) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, erfolgten sämtliche Beschaffungen trägerweit entsprechend den im Detail geregelten Arbeitsabläufen und auf Basis von zwei standardisierten Bedarfsmeldungen (Budgetantrag, Anforderungsformblatt F725). Dadurch sei eine trägerweit einheitliche Vorgangsweise im Hinblick

auf Bedarfsmeldungen schon derzeit sichergestellt und der Bedarf nachvollziehbar dokumentiert.

83.4 Der RH wies gegenüber der AUVA darauf hin, dass weder das von ihr zitierte Formular noch das Anforderungstool eine einheitliche Bedarfserhebung sicherstellte, dies aufgrund der jeweils nicht verpflichtenden flächendeckenden Anwendung. So fehlte z.B. im Fall der in **TZ 82** kritisierten Beschaffung von Anti-Decubitus Matratzen eine entsprechende Meldung, weshalb die Einschätzung der AUVA, welcher Auftragswert der Beschaffung zugrunde gelegt wurde, nicht dokumentiert war. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Wahl des Vergabeverfahrens und Ermittlung des Auftragswerts

84.1 (1) Gemäß Bundesvergabegesetz war ein Vergabeverfahren nach Ermittlung des Auftragswerts zu wählen. Eine Direktvergabe war nur bis zu einem geschätzten Auftragswert von 100.000 EUR zulässig. Dabei war es unzulässig, aus sachlichen bzw. technischen Überlegungen zusammengehörige Aufträge zu splitten.

Alle überprüften Sozialversicherungsträger regelten z.B. in Form von Dienstanweisungen die Berechnung des Auftragswerts.

(2) Bei den vom RH untersuchten Beispielfällen in der AUVA zeigten sich Defizite bei der Berechnung des Auftragswerts:

- Für die Nutzung von Anti-Decubitus Systemen¹¹⁶ führte die AUVA keine trägerweite Ausschreibung durch; eine Ex-ante-Gesamtbedarfserhebung war nicht dokumentiert. Die AUVA schloss mit mehreren Lieferanten Vereinbarungen über Höchstpreise, die für ein Jahr galten, für alle Einrichtungen der AUVA ab.¹¹⁷ Die Beschaffung erfolgte durch jedes UKH selbstständig, wobei zusätzliche Sonderkonditionen vereinbart werden konnten. Ein UKH der AUVA schloss im überprüften Zeitraum mittels Direktvergabe eigene Verträge ab und handelte eigene, pauschalierte Preise aus. Die in den Jahren 2014 und 2015 abgeschlossenen Verträge waren jeweils zeitlich unbefristet; bei Berechnung gemäß Bundesvergabegesetz war dadurch die 100.000 EUR-Schwelle für Direktvergaben überschritten,¹¹⁸ die Direktvergabe somit unzulässig.

¹¹⁶ Das sind Systeme (z.B. Matratzen) zur Vermeidung von Druckstellen bzw. Wundliegen.

¹¹⁷ Die AUVA gab die Verträge mittels Rundschreiben an alle Eigenen Einrichtungen bekannt.

¹¹⁸ Bei unbefristeten Verträgen war der Auftragswert laut BVergG mit dem 48-fachen des voraussichtlich zu leistenden Monatsentgelts zu bemessen (vgl. § 15 Abs. 1 Z 3 BVergG).

- Ein UKH der AUVA beschaffte z.B. Tupfer im Wege der Direktvergabe. Die AUVA hatte für ihre Einrichtungen – ohne Vergabeverfahren – eine „Fixpreisvereinbarung über medizinisches Verbrauchsmaterial“ mit demselben Lieferanten abgeschlossen, dabei die Preise zentral für alle Einrichtungen verhandelt und sie im SAP bei den jeweiligen Artikeln hinterlegt. Die AUVA führte dabei kein Vergabeverfahren gemäß Bundesvergabegesetz durch.

Laut Auskunft der AUVA habe sie im Jahr 2014 mit diesem Lieferanten Produkte über 1,68 Mio. EUR abgerechnet, wovon lediglich für eine im Bereich Gips durchgeführte Ausschreibung in Höhe von rd. 620.000 EUR ein förmliches Vergabeverfahren vorlag. Zur Frage, ob es sich bei den weiteren abgerechneten Produkten um gleichartige Lieferungen handelte, die hinsichtlich des Auftragswerts zusammenzurechnen und daher einheitlich zu vergeben wären, machte die AUVA keine Angaben.

Die AUVA gab an, in den letzten Jahren bei medizinischen Verbrauchsartikeln (z.B. Nahtmaterial, nadelstichsichere Systeme, Gipsutensilien, sterile OP-Sets) verstärkt Ausschreibungen durchgeführt zu haben. Die Fixpreisvereinbarungen seien bereits eine Verbesserung gegenüber einer rein dezentralen Beschaffung; Ausschreibungen könnten aufgrund der beschränkten Ressourcen nur sukzessive und für ausgewählte Produkte erfolgen.¹¹⁹

(3) Bei der PVA lagen mehrere Berichte der Innenrevision mit Kritikpunkten zur Berechnung des Auftragswerts im überprüften Zeitraum vor. Dies betraf unter anderem die unrichtige Bestimmung des Auftragswerts bei Dauerschuldverhältnissen und die fehlende Dokumentation des geschätzten Auftragswerts.¹²⁰

Bereits im Jahr 2012 hatte die Innenrevision der PVA eine Ergänzung der Anhänge zur Dienstanweisung um Beispiele hinsichtlich der Berechnung des geschätzten Auftragswerts empfohlen; dies war bis zur Gebarungsüberprüfung des RH nicht umgesetzt.

84.2

Der RH wies darauf hin, dass der Berechnung des geschätzten Auftragswerts für die Wahl des Vergabeverfahrens eine zentrale Bedeutung zukam. Er kritisierte die dabei vorgefundenen Mängel, insbesondere bei Verträgen mit längerer Laufzeit und bei Produkten, deren Gleichartigkeit zu prüfen wäre. Er bemängelte weiters, dass

¹¹⁹ Bei der BVA lagen keine entsprechenden Feststellungen der Innenrevision vor, auch die vom RH untersuchten Einzelfälle ergaben keine diesbezüglichen Probleme, allerdings war die Anzahl der überprüften Einzelfälle nicht ausreichend, um auf eine gesamthafte Korrektheit des Vorgehens zu schließen.

¹²⁰ Festgestellt am Beispiel einer Direktvergabe von Beraterleistungen mit einem Auftragswert von 99.000 EUR, wobei die Summe aller vorliegenden Angebote dieser Firma (inklusive angebotener Optionen) und auch alle eingeholten Vergleichsangebote über dem Schwellenwert für Direktvergaben lagen.

die Dienstanweisungen zur Berechnung des Auftragswerts keine praxisrelevanten Beispiele enthielten.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, die internen Dienstanweisungen anzupassen, eine korrekte Berechnung des Auftragswerts sicherzustellen und bei Beschaffungsvolumina über dem Schwellenwert für Direktvergaben ein dem Bundesvergabegesetz entsprechendes Verfahren durchzuführen.

84.3 (1) Laut Stellungnahme der AUVA achte sie auf die Ermittlung des Auftragswerts und die Wahl des Vergabeverfahrens. Die Produktgruppen, die – aus Ressourcen-Gründen – noch keiner Ausschreibung unterzogen worden seien, arbeite sie sukzessive ab.

(2) Die PVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Berechnung bzw. Ermittlung des geschätzten Auftragswerts in ihrer Dienstanweisung durch den Hinweis auf §§ 13 ff. BVergG 2006 geregelt sei, sodass eine korrekte Auftragswertberechnung durch die Anwenderinnen und Anwender sichergestellt sei. Die Beschaffungsstellen der Hauptstelle würden laufend die Rechts- bzw. Judikaturentwicklung beobachten, um auf eine eventuell notwendige Anpassung der Vergabepaxis rasch reagieren zu können. Laut Dienstanweisung sei bei Unklarheiten im Zusammenhang mit der Berechnung des geschätzten Auftragswerts mit der zuständigen Beschaffungsstelle der Hauptstelle Kontakt aufzunehmen.

84.4 Der RH hielt gegenüber der PVA den Verweis auf gesetzliche Bestimmungen zur Sicherstellung der korrekten Berechnung alleine nicht für ausreichend. Er verwies auf die Empfehlung der Innenrevision der PVA, Praxisbeispiele zur Verfügung zu stellen (siehe auch **TZ 91**). Er erinnerte weiters daran, dass seine Empfehlung nicht nur die Formulierung der Dienstanweisungen, sondern auch die konkrete Sicherstellung der korrekten Berechnung der Auftragswerte und die daraus resultierende Wahl des entsprechenden Vergabeverfahrens betraf.

Einholung und Dokumentation von Vergleichsangeboten

85.1 (1) Bei der AUVA waren in zwei vom RH überprüften Fällen keine bzw. erst im Nachhinein Vergleichsangebote eingeholt worden. In einem weiteren Fall lagen unplausible Vergleichsangebote zur Qualität der Leistung vor.

(2) In der PVA kritisierte die Innenrevision bei den Vergaben von Beraterdienstleistungen, dass keine Vergleichsangebote vorlagen, dass die Bieter zum Teil Vergleichsangebote nicht unterfertigt hatten bzw. dass sie zur Angebotslegung mündlich, aber nicht schriftlich eingeladen worden waren. Somit war nicht nachvollziehbar,

ob alle Bieter dieselbe Ausgangsbasis für ihre Angebotslegung hatten und ein fairer Wettbewerb gewährleistet worden war.

(3) Bei der BVA ergaben sich aus den vom RH untersuchten Beispielfällen keine Feststellungen zur Einholung von Vergleichsangeboten.

85.2

Der RH kritisierte, dass die vorgesehene Angebotseinholung vor Auftragserteilung nicht immer erfolgte.

Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, ihre internen Vorgaben zur Einholung von Vergleichsangeboten bei Direktvergaben einzuhalten, die Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der eingeholten Vergleichsangebote sicherzustellen und diesen Prozessschritt verstärkt zu kontrollieren.

85.3

(1) Die AUVA sagte in ihrer Stellungnahme zu, in Zukunft noch stärkeres Augenmerk auf Dokumentation und Nachvollziehbarkeit zu legen.

(2) Die PVA verwies in ihrer Stellungnahme auf die Einführung bzw. Weiterentwicklung der vollelektronischen Beschaffungsplattform VEMAP. Damit sollten künftig eine automationsunterstützte und lückenlose Dokumentation und Nachvollziehbarkeit nicht nur der eingeholten Vergleichsangebote, sondern des gesamten Beschaffungsprozesses ermöglicht werden.

Prüfung der Zuverlässigkeit der Lieferanten

86.1

(1) Gemäß Bundesvergabe-gesetz durften Leistungen nur von befugten, leistungsfähigen und zuverlässigen Unternehmen bezogen werden.

(2) Die AUVA hatte in der Hauptstelle für Beschaffungen der Abteilung HBE eigene Lieferantenstammakten angelegt und dort die Prüfung von Befugnis, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit dokumentiert. Allerdings waren diese Informationen nicht für alle beschaffenden Organisationseinheiten, z.B. die Eigenen Einrichtungen, zugänglich.

(3) Die BVA und die PVA legten bei Direktvergaben keine Lieferantenstammakten an, Abfragen zur Zuverlässigkeit waren nicht dokumentiert. Bei der BVA erfolgte bei Direktvergaben eine Bonitätsprüfung bzw. Prüfung der Zuverlässigkeit und Eignung der Bieter individuell nach Bedarf.¹²¹ Die PVA führte laut eigenen Angaben Abfragen für Stammlieferanten durch.

¹²¹ Das Firmenprofil wurde bei Bedarf über den Auftragnehmerkataster (ANKÖ) abgefragt.

(4) Bei Ausschreibungen im Sinne des Bundesvergabegesetzes kontrollierten alle drei überprüften Sozialversicherungsträger die Einhaltung der gesetzlichen Auflagen, insbesondere gemäß dem Ausländerbeschäftigungsrecht, dem Arbeitsschutz-, Steuer- und Sozialabgabenrecht.¹²²

86.2

Der RH kritisierte, dass die BVA und die PVA bei Direktvergaben keine Prüfung von Befugnis, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit dokumentiert hatten. Die AUVA führte diese Überprüfungen durch. Da aber die Dokumentation in der Hauptstelle erfolgte und auch Eigene Einrichtungen Beschaffungen vornahmen, waren sie nicht durchgängig verfügbar.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, sich auch bei Direktvergaben zu vergewissern, dass Befugnis, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit der Auftragnehmenden vorliegen, dass ihre Lieferanten die gesetzlichen Auflagen erfüllen, insbesondere Sozialabgaben abführen und den sozial- und arbeitsrechtlichen Schutz für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewährleisten. Die Ergebnisse dieser Überprüfung sollten für alle beschaffenden Stellen eines Sozialversicherungsträgers zugänglich dokumentiert werden.

86.3

(1) Laut Stellungnahme der AUVA führe sie gerade ein Lieferantenmanagementtool ein. In diesem würden alle Unterlagen zur Befugnis, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit der Lieferanten abgespeichert und es sei trägerweit für berechtigte Personen einsehbar.

(2) Die PVA gab in ihrer Stellungnahme an, bei der derzeit laufenden Befüllung des elektronischen Beschaffungssystems VEMAP regelmäßig Abfragen im Hinblick auf die Zuverlässigkeit, Befugnis und Leistungsfähigkeit der Lieferanten durchzuführen. Es sei auch in den Allgemeinen Vertragsbedingungen der PVA normiert, die sich aus den Übereinkommen der Internationalen Arbeitsorganisation ergebenden Verpflichtungen und die geltenden arbeits- und sozialrechtlichen Vorschriften genauestens einzuhalten.

Handlungsbefugnis gemäß interner Kompetenzregelung

87.1

(1) Bei der AUVA war in einem Beispielsfall die Handlungsbefugnis eines Verwaltungsleiters eines UKH bei der Beschaffung von Anti-Decubitus Systemen unklar (siehe [TZ 84](#)).

(2) Bei der PVA stellte die Innenrevision fest, dass in einigen Fällen die festgelegte Handlungsbefugnis nicht eingehalten worden war: So hatte es befugniswidrige Beschaf-

¹²² Darüber hinaus erfolgten laut PVA auch Auswertungen der wöchentlichen Rundschreiben des Kreditschutzverbandes zu den Bonitäten von Unternehmen.

fungsvorgänge durch Landesstellendirektionen gegeben (z.B. bei der Altpapierentsorgung und bei Bewachungsdienstleistungen in zwei Landesstellen).¹²³ Eine Landesstelle hatte bei Wartungsverträgen die Wertgrenzen durch die Aufteilung des Gesamtauftrags in Einzelaufträge umgangen.

(3) Die Stellvertreterin des Generaldirektors der PVA genehmigte am 30. Mai 2012 drei Aufträge an dasselbe Beratungsunternehmen im Zusammenhang mit demselben Projekt.¹²⁴ Jeder Auftrag für sich lag unter der maßgeblichen Wertgrenze, alle zusammen darüber.

(4) Bei allen drei überprüften Sozialversicherungsträgern konnte die Obfrau bzw. der Obmann bei Gefahr im Verzug¹²⁵ vorläufig Entscheidungen durch Verfügung treffen, wenn der zuständige Verwaltungskörper nicht rechtzeitig zusammentreten konnte (Obmannverfügung).¹²⁶

Die folgende Tabelle zeigt die in der AUVA im überprüften Zeitraum getroffenen Obmannverfügungen bei Beschaffungen:

Tabelle 17: Obmannverfügungen bei der AUVA bei Beschaffungen

	Anzahl	Bestellwert
		in EUR
2012	9	465.458
2013	1	300.600
2014	1	11.956

Quelle: AUVA

Bei den neun Obmannverfügungen im Jahr 2012 war für den RH die Gefahr im Verzug bzw. die Dringlichkeit nicht immer nachvollziehbar (z.B. Einkauf von Monitoren im Jahr 2012).

87.2

(1) Der RH wies darauf hin, dass die PVA laut Innenrevision in einigen Fällen (z.B. bei Dauerschuldverhältnissen) die Handlungsbefugnisse für Beschaffungen nicht eingehalten hatte.

¹²³ Bericht „Dauerschuldverhältnisse Landesstellen (ohne Landesstellen Wien und Salzburg)“ vom 16. Jänner 2012

¹²⁴ Im Wert von 19.474 EUR, 12.519 EUR und 4.173 EUR, in Summe somit 36.166 EUR. Die Wertgrenze für Generaldirektorin bzw. –direktor (bzw. ihrer/seiner Stellvertretung) lag damals bei 20.000 EUR.

¹²⁵ zur Abwendung eines dem Versicherungsträger drohenden Schadens bzw. zur Sicherung eines dem Versicherungsträger entgehenden Vorteils

¹²⁶ § 453 Abs. 2 ASVG

Der RH empfahl der PVA, die internen Vorgaben zur Berechnung des geschätzten Auftragswerts detaillierter auszuführen, um eine korrekte Berechnung des Auftragswerts und die Einhaltung der Handlungsbefugnis sicherzustellen (siehe auch **TZ 84**).

(2) Der RH stellte kritisch fest, dass die Obfrau der AUVA im Jahr 2012 neun Obmannverfügungen bei Beschaffungen vornahm. Die Notwendigkeit dafür war für den RH nicht immer nachvollziehbar.

87.3 (1) Die AUVA führte in ihrer Stellungnahme an, dass in den Jahren 2013 und 2014 jeweils nur mehr eine Obmannverfügung erfolgt sei. Anfang 2014 sei in den Gremien die Beschränkung von Obmannverfügungen auf Gefahr im Verzug thematisiert worden.

(2) Laut Stellungnahme der PVA sei die Berechnung bzw. Ermittlung des geschätzten Auftragswerts in ihrer Dienstanweisung durch den Hinweis auf §§ 13 ff. BVergG 2006 geregelt. Laut Dienstanweisung sei bei Unklarheiten mit der zuständigen Beschaffungsstelle der Hauptstelle Kontakt aufzunehmen.

87.4 Der RH hielt gegenüber der PVA neuerlich den Verweis auf gesetzliche Bestimmungen zur Sicherstellung der korrekten Berechnung alleine nicht für ausreichend. Er verwies auf die Empfehlung der Innenrevision der PVA, Praxisbeispiele zur Verfügung zu stellen (siehe auch **TZ 91** und **TZ 84**).

Rückwirkende Genehmigung

88.1 Bei einem Beispielsfall erbrachte der Auftragnehmer seine Leistung für die AUVA bereits vor der Genehmigung durch den Verwaltungsausschuss des Vorstands; die Genehmigung erging rückwirkend.

88.2 Der RH kritisierte die rückwirkende Genehmigung von Aufträgen auch unter Compliance–Gesichtspunkten.

Er empfahl der AUVA, die erforderlichen Genehmigungen vor der Leistungserbringung einzuholen.

88.3 Laut Stellungnahme der AUVA sei der diesbezügliche Ablauf klar definiert. Die Fachabteilung werde instruiert, besonderes Augenmerk darauf zu legen.

Dokumentation der Auftragserteilung

89.1 Auftragserteilungen sollten aus Gründen der Nachvollziehbarkeit und Transparenz schriftlich erfolgen.

Bei Durchsicht der Beispielfälle in den drei überprüften Sozialversicherungsträgern stellte der RH fest, dass die BVA in zwei Fällen Aufträge in einer Eigenen Einrichtung mündlich erteilte. Damit fehlte es dem Bestellvorgang an Transparenz; vertragliche Vereinbarungen (bspw. zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen, zu Konditionen für Lieferung, Zahlung oder Gewährleistung) waren nicht möglich.

89.2 Der RH kritisierte, dass in Einzelfällen Aufträge mündlich erteilt wurden.

Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, Aufträge schriftlich zu erteilen, um Transparenz für den Bestellvorgang herzustellen und vertragliche Vereinbarungen (bspw. zu Allgemeinen Geschäftsbedingungen, zu Konditionen für Lieferung, Zahlung oder Gewährleistung) zu ermöglichen.

89.3 Die AUVA, die BVA und die PVA teilten in ihren Stellungnahmen mit, die Empfehlung bereits umzusetzen.

Sonstige Feststellungen

90.1 Die AUVA hatte in einem Unfallkrankenhaus (UKH) seit dem Jahr 1972 die Reinigung nicht mehr ausgeschrieben. Nach Angaben der AUVA sei im Jahr 2001 eine neuerliche Ausschreibung geplant gewesen, ein Beschluss jedoch nicht erfolgt.

90.2 Der RH kritisierte, dass die AUVA in einem UKH seit dem Jahr 1972 keine neuerliche Ausschreibung der Reinigung durchgeführt hatte.

Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, bei Dauerschuldverhältnissen regelmäßig die Angemessenheit der Konditionen zu überprüfen und gegebenenfalls neue Ausschreibungen durchzuführen.

90.3 Laut Stellungnahme der AUVA und der PVA setzten sie die Empfehlung bereits um.

Struktur der internen Vorgaben

91.1 (1) Zur Gestaltung der Spielräume bei Beschaffungen gab es bei den drei überprüften Sozialversicherungsträgern Vorgaben auf mehreren Ebenen. Allgemeine Regelungen fanden sich z.B. in den Weisungen des Hauptverbands über Rechnungs-

vorschriften,¹²⁷ den Dienstordnungen der Sozialversicherung¹²⁸ und dem Ethikkodex für die Sozialversicherung.¹²⁹

Die Zuständigkeitsverteilung war trägerspezifisch in der jeweiligen Satzung der Geschäftsordnung des Vorstands oder der Büroordnung geregelt.

(2) Darüber hinaus hatten alle drei überprüften Sozialversicherungsträger eine Vielzahl an Dienstanweisungen bzw. Dienstverfügungen zum Beschaffungswesen erlassen.¹³⁰ Diese regelten grundlegende Abläufe, Wertgrenzen und Vorgaben, wann bei Direktvergaben Alternativangebote erforderlich waren.

(3) In Bezug auf wesentliche Prozessschritte – wie die Bestimmung des Auftragswerts, die Einholung von Vergleichsangeboten bzw. teilweise die Zuständigkeit – waren diese internen Vorgaben nicht immer eindeutig (siehe **TZ 85**) und wenig praxisbezogen erläutert. Laut Innenrevision der PVA reiche der Verweis auf die gesetzliche Regelung nicht aus; es wären praxisnahe Beispiele darzustellen.

91.2

Der RH hielt fest, dass es bei den drei überprüften Sozialversicherungsträgern eine Vielzahl von internen Vorgaben für die Abwicklung von Beschaffungen gab. Er kritisierte jedoch, dass diese in wichtigen Bereichen nicht eindeutig bzw. klar waren und Beispielsfälle fehlten. Er wies darauf hin, dass es gerade in diesen Bereichen, z.B. bei der Berechnung des Auftragswerts und der internen Zuständigkeit, zu Fehlern gekommen war (vgl. **TZ 86 ff.**).

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, die internen Vorgaben zu Beschaffungen zu überarbeiten und diese klarer, übersichtlicher und anwenderfreundlicher (mit praxisnahen Beispielen) zu gestalten.

91.3

Laut Stellungnahme der AUVA und der PVA seien ihre Vorgaben zu Beschaffungen klar geregelt.

91.4

Der RH gab gegenüber der AUVA und der PVA zu bedenken, dass die bloße Regelung der internen Zuständigkeiten und des internen Genehmigungslaufs nur bedingt geeignet waren, als „Wegweiser“ durch das Vergaberecht und betriebswirt-

¹²⁷ Weisung über die Rechnungslegung und Rechnungsführung der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbands (Rechnungsvorschriften – RV)

¹²⁸ Dienstordnung – Allgemeine Pflichten

¹²⁹ Mitwirkung an der Umsetzung von Antikorruptions- und Transparenzmaßnahmen im Bereich des Hauptverbands: Ethik-Verhaltenskodex der österreichischen Sozialversicherung. Der Ethik-Verhaltenskodex wurde am 21. September 2015 in der BVA beschlossen. Der Ethik-Verhaltenskodex für die PVA wurde am 9. April 2015 vom Vorstand beschlossen.

¹³⁰ z.B. Interner Leitfaden für das Vergabewesen, Beschaffungshandbuch SAP-MM-Arbeitsanleitung, Technische Anleitung SAP, abteilungsinterne Arbeitsanweisungen für den Einkauf

schaftliche Aspekte der Beschaffung zu dienen (siehe auch **TZ 84** und die entsprechende Empfehlung der Innenrevision).

Der RH wies gegenüber der AUVA darauf hin, dass es trotz der von ihr als klar bezeichneten Vorgaben in wesentlichen Punkten zu internen Unstimmigkeiten gekommen war, z.B. wie unter **TZ 82** beschrieben bei der Ermittlung des Auftragswerts und der Zuordnung zu den Kategorien der Dienstanweisung (und davon abgeleitet der internen Zuständigkeiten und der Wahl des Vergabeverfahrens). Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Strategie für Beschaffungen

Strategische Zielsetzungen

92.1

(1) Keiner der überprüften Sozialversicherungsträger hatte im überprüften Zeitraum quantifizierte Beschaffungsziele mit Bezug zum gesamten Beschaffungsvolumen (z.B. ein Einsparziel; eine auf Zahlen basierende Strategie, Beschaffungen zentral bzw. gebündelt durchzuführen; qualitative Verbesserungen in bestimmten Bereichen etc.) formuliert.

Der Vorstand beschränkte sich jeweils auf die Beschlussfassung des Jahresvoranschlags und des Investitionsplans sowie auf die Genehmigung einzelner Beschaffungsvorgänge.

(2) Durch die Vielzahl der zuständigen Organisationseinheiten beschafften die überprüften Sozialversicherungsträger ähnliche Produkte bzw. Dienstleistungen ohne Koordinierung bei unterschiedlichen Lieferanten. Sie waren nach eigener Aussage bestrebt, eine Bündelung und Vereinheitlichung der zu beschaffenden Produktgruppen vorzunehmen.

(3) Laut Angaben der AUVA übernehme ihre Abteilung HBE seit dem Jahr 2009 sukzessive dezentrale Beschaffungsagenden der Eigenen Einrichtungen (z.B. medizinische Großgeräte, medizinische Verbrauchsmaterialien bzw. Medikamente) und handle mit rd. 70 Vertragspartnern einheitliche Preise und Konditionen aus. In den Jahren 2011 und 2012 habe die AUVA rd. 63 % aller im Investitionsplan vorgesehenen Beschaffungen (exklusive Bauleistungen) zentral durchgeführt, im Jahr 2014 mehr als 74 %.

(4) Die BVA nutzte vor allem den externen Dienstleister SVD Büromanagement GmbH (**SVD**)¹³¹ zur Harmonisierung und Bündelung ihrer Beschaffungen. Dazu übertrug sie der SVD einzelne Beschaffungen wie den EDV-Einkauf und die IT-Infrastruktur, seit den Jahren 2008 bzw. 2009 auch bestimmte Druckleistungen sowie den Einkauf von Büromaterial (Papier, Kuverts usw.). Die BVA erreichte eine Verringerung von rd. 1.000 auf rd. 700 medizinische Produkte.

(5) Die PVA führte Projekte zur Vereinheitlichung bestimmter medizinischer Verbrauchsgüter, zur Reduktion der Anzahl der Lieferanten und der verschiedenen Produkte durch. Sie vereinheitlichte auch den Bereich der Büromaterialien, die nun aus einer vereinbarten Produktpalette elektronisch zu bestellen waren.

92.2

Der RH kritisierte, dass die drei überprüften Sozialversicherungsträger keine strategischen Beschaffungsziele formuliert hatten.

Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, eine klare strategische Zielsetzung für Beschaffungen festzulegen, quantitative Vorgaben zu beschließen und deren Erreichung regelmäßig zu überprüfen. Dabei wären die Konzentration von beschaffenden Stellen, die Bündelung von Produkten, die Reduktion des Anteils der Direktvergaben, eine durchgängige und einheitliche EDV-Lösung sowie die Festlegung eines quantitativen Einsparziels in priorisierten Produktgruppen zu prüfen.

Der RH nahm die Bestrebungen der Sozialversicherungsträger zur Kenntnis, einerseits durch eine Konzentration der Beschaffungsagenden eine Vereinheitlichung und Standardisierung herbeizuführen und andererseits durch die Bündelung der Beschaffungsvorhaben günstigere Konditionen zu erzielen.

Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, vermehrt die Möglichkeiten zentraler Beschaffung zu nutzen.

92.3

(1) Die AUVA führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie seit 2009 versuche, ihre Beschaffung effizienter zu gestalten; sie werde diesen Weg weiter verfolgen.

¹³¹ Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) hatte im Jahr 2002 gemeinsam mit der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) die SVD-Büromanagement GmbH (SVD) für die gemeinsame Durchführung von Backoffice-Angelegenheiten gegründet, an die sich später auch die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) sowie die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) anschlossen. Die BVA war 2007 Mitglied der SVD und hielt einen Anteil von 25 % an der SVD. In die SVD waren bestimmte Backoffice-Bereiche (wie z.B. das Druckerzentrum) der Eigentümerinnen ausgelagert, um gleichartige Aufgaben effizient zu erfüllen und entsprechende Synergiepotenziale zu nutzen. Die SVD führte z.B. im Heilmittelbereich oder für Kopierpapier und Drucksorten (Papier und Kuverts), aber auch z.B. für EDV-Hardware das Beschaffungswesen für die BVA durch.

(2) Laut Stellungnahme der BVA erfolge die Regelung über den Investitionsplan. Die Empfehlung, die Möglichkeit der zentralen Beschaffung vermehrt zu nutzen, nehme die BVA zur Kenntnis.

(3) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, sei – neben den Projekten zur Vereinheitlichung medizinischer Verbrauchsgüter und Büromaterialien mit dem Ziel der Reduktion der Lieferantenzahl sowie der Bündelung von Produkten – aktuell der Ausbau der elektronischen Beschaffung via VEMAP samt Implementierung einer SAP-Schnittstelle ein wesentliches strategisches Ziel im Bereich der Beschaffung. Nach Abschluss dieses Vorhabens würde sie weitere strategische Ziele festlegen, um auf Grundlage der automatisiert zur Verfügung stehenden Daten Einsparungspotenziale zu erfassen und deren Erreichung zu überprüfen. Im Übrigen basiere das Beschaffungssystem der PVA bereits auf dem Prinzip der zentralen Beschaffung.

Nutzung externer Beschaffungsdienstleister

93.1

Die überprüften Sozialversicherungsträger bedienten sich bei der Durchführung ihrer Beschaffungen auch externer Dienstleister. Diese führten entweder eine Beschaffung mittels formalisierten Verfahrens im Auftrag durch oder stellten den Sozialversicherungsträgern bereits ausverhandelte Konditionen mit Lieferanten bereit.

Die AUVA, die BVA und die PVA beanspruchten die Möglichkeit, über die Bundesbeschaffung GmbH (BBG) einzukaufen und nutzten die ausverhandelten Preise der BBG als Vergleichswert für allfällige Preisverhandlungen. In einigen Fällen erzielten die Sozialversicherungsträger bei Verhandlungen bessere Konditionen als die BBG; dies vor allem dann, wenn sie Abnahmemengen garantierten.

Die AUVA, die BVA und die PVA riefen in den Jahren 2012 bis 2014 folgende Beschaffungsvolumina über die BBG ab:

Tabelle 18: Über die BBG abgerufene Beschaffungsvolumina 2012 bis 2014

	2012	2013	2014
	in EUR		
AUVA	11.369.364,48	11.858.155,48	14.528.878,83
BVA	2.008.836,49	1.560.856,60	1.587.401,53
PVA	1.200.919,52	3.018.147,23	6.462.823,93
gesamt	14.579.120,49	16.437.159,31	22.579.104,29

Quellen: AUVA; BVA; PVA

Das Beschaffungsvolumen über die BBG lag bei der AUVA am höchsten, da sie – wie auch die BVA – Strom über die BBG einkaufte.¹³² Insgesamt stieg das über die BBG beschaffte Volumen zwischen 2012 und 2014 um rd. 55 %.

Die BVA übertrug darüber hinaus die Beschaffung bestimmter Geschäftsbereiche (siehe dazu **TZ 92**) an die SVD. Diese führte in diesen Bereichen Beschaffungen für die BVA durch und stellte dieser verhandelte Preise für den Abruf von Produkten und Dienstleistungen zur Verfügung. Die BVA und die PVA bedienten sich im Bereich von EDV-Dienstleistungen und Beratungsleistungen der ITSV GmbH¹³³.

93.2

Der RH wies darauf hin, dass die Sozialversicherungsträger vermehrt die Möglichkeit nutzten, bei Beschaffungen auf externe Dienstleister zurückzugreifen. Einerseits konnten sie dadurch die Fachkompetenz dieser Dienstleister bei spezialisierten und umfangreichen Beschaffungen nutzen, andererseits von den Konditionen profitieren, die diese Dienstleister durch ihre Beschaffungsvolumina erzielen konnten. In einigen Bereichen erzielten die Sozialversicherungsträger bessere Konditionen; in diesen Fällen dienten die Preise der externen Dienstleister als Benchmark für die Verhandlungen.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, bei ihren Beschaffungen vermehrt die Konditionen der externen Beschaffungsdienstleister als Maßgabe für ihre Beschaffungsentscheidung heranzuziehen.

93.3

(1) Die AUVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, dies bereits umzusetzen.

(2) Laut Stellungnahme der PVA bediene sie sich bei ihren Beschaffungen nur hinsichtlich bestimmter Leistungsinhalte externer Dienstleister (insbesondere im EDV-Bereich). Eine darüber hinausgehende Nutzung externer Beschaffungsdienstleister sei lediglich insoweit denkbar und zweckmäßig, als die PVA nicht bessere Preise erzielen könne. Die in den PVA-Ausschreibungen konkret festgelegten Lieferorte und genau definierten Abnahmemengen führten oftmals zu besseren Angeboten.

Risikomanagement und Kontrollsysteme

94.1

(1) Im überprüften Zeitraum hatte keiner der überprüften Sozialversicherungsträger ein Risikomanagementsystem für Beschaffungen eingeführt. Sie verfügten lediglich über einzelne Elemente (wie z.B. ABC-Analyse, Analyse der Preisangemessenheit und der Richtigkeit der Plankosten zu tatsächlichen Kosten). Eine

¹³² Die jährlichen Kosten dafür betragen zwischen 6,05 Mio. EUR und 6,64 Mio. EUR.

¹³³ 100 %ige Tochter der österreichischen Sozialversicherungsträger

systematische Erfassung und Bewertung der Risiken und eine systematische Evaluation der Maßnahmen gegen diese Risiken waren nicht eingerichtet.

Die BVA arbeitete zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an der Einführung eines Risikomanagementsystems im Bereich Beschaffung/Vergabe.

(2) Die Innenrevisionen der überprüften Sozialversicherungsträger beschäftigten sich in sehr unterschiedlichem Ausmaß mit Beschaffungen:

- Die Innenrevision der PVA führte in den Jahren 2012 bis 2014 26 Prüfungen durch, davon befasste sich rund die Hälfte (auch) mit den Themen „Beschaffung/Vergabe“. Sie deckte damit Beschaffungen mit Jahresnettokosten von insgesamt rd. 4,4 Mio. EUR ab. Im Vergleich dazu betrug das jährliche Beschaffungsvolumen im Jahr 2014 rd. 173 Mio. EUR.
- In der AUVA hatte keine Prüfung der Innenrevision im überprüften Zeitraum den Schwerpunkt auf Vergabethemen.
- Die Innenrevision der BVA unterzog im Jahr 2012 das IKS, inklusive der Beschaffungen, einer Evaluierung. Darüber hinaus legte sie keine Berichte zu Vergaben vor.

(3) Die Berichte der Innenrevision der PVA enthielten Empfehlungen z.B. zu Verfahrensart und Auftragswerten. Nicht alle Empfehlungen waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung umgesetzt (z.B. war die Überarbeitung der internen Vorgaben durch Aufnahme von praxisbezogenen Beispielen noch offen).

(4) In den Leistungsbereichen (z.B. Pensionszuerkennung) waren neben den allgemeinen Managementprozessen eigene Prüfungsabteilungen für die Kontrolle der Entscheidungen vorgesehen. Für Vergaben bestanden derartige systematische Kontrollen nicht. Ihre Überwachung blieb neben dem Management der allgemeinen Kontrollarchitektur (Innenrevision, Kontrollversammlung) überlassen.

94.2

(1) Der RH kritisierte, dass die AUVA, die BVA und die PVA im überprüften Zeitraum kein umfassendes Risikomanagementsystem für Beschaffungen implementiert hatten.

Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, ein trägerweites Risikomanagementsystem für Beschaffungen zu entwickeln.

(2) Der RH merkte kritisch an, dass die Intensität der Auseinandersetzung der Innenrevisionen mit Vergaben zwischen den drei überprüften Sozialversicherungsträ-

gern stark divergierte und bei AUVA und BVA sehr gering war. Er wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass mangels eigener Prüfsysteme die systematische Kontrolle in diesem Bereich neben dem Management insbesondere der Innenrevision überlassen war.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, ausreichende Kapazitäten für Ex-post-Prüfungen der Beschaffungen sicherzustellen und den durch Prüfungen abzudeckenden Umfang und die Prüftiefe risikoorientiert festzulegen.

(3) Schließlich wies der RH kritisch darauf hin, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht alle Empfehlungen der Innenrevision der PVA zu Beschaffungen umgesetzt waren.

Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, die vollständige Umsetzung der Empfehlungen der Innenrevision sicherzustellen.

(4) Der RH wies erneut (siehe **TZ 10**) kritisch darauf hin, dass der Leiter der Innenrevision der BVA zugleich Managementverantwortung für die Bereiche Wirtschaftswesen und Infrastruktur trug. Nach Ansicht des RH sollten die für die Vergabe zuständige Einheit und die für die Kontrolle zuständige Organisationseinheit, wie bspw. die Innenrevision, nicht der gleichen übergeordneten Organisationseinheit unterstellt sein.¹³⁴

Unter Verweis auf seine Empfehlung in **TZ 10** (keine Besetzung der Leitung der Innenrevision mit Personen, die auch für Verwaltungsaufgaben verantwortlich waren) empfahl der RH der BVA, für eine organisatorische Trennung von Innenrevision und Beschaffungen zu sorgen.

94.3

(1) Die AUVA führte in ihrer Stellungnahme aus, aufbauend auf bereits bestehenden Kontrollmechanismen die Bemühungen zum Aufbau eines trägerweiten Risikomanagementsystems fortzuführen. Abhängig vom Ausgang der Personalbedarfsprüfung (siehe **TZ 11**) würde sie vermehrt risikoabhängige Prüfungen einplanen.

(2) Laut Stellungnahme der BVA habe sie bereits ein Risikomanagementsystem eingeführt und im Zuge von Follow-up-Prüfungen auch die vollständige Umsetzung der Empfehlungen der Innenrevision sichergestellt. Zur organisatorischen Trennung von Innenrevision und Beschaffung sehe die BVA aus dienst- und arbeitsrechtlichen Gründen keine Möglichkeit, Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer aus einzelnen Abteilungen (z.B. Innenrevision) von einer Ausschreibung bzw. Bestellung von vornherein auszuschließen.

¹³⁴ siehe so auch schon den Bericht des RH „Vergabepraxis im BMI mit Schwerpunkt Digitalfunk“, Reihe Bund 2013/2, TZ 6 f.

(3) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, sei die Einführung eines trägerweiten Risikomanagementsystems für Beschaffung von der Geschäftsleitung unter Beachtung noch zu schaffender Vorgaben des Hauptverbands bzw. des Gesetzgebers zu entscheiden. In der Innenrevision der PVA beschäftigte sich nunmehr im Vergleich zum überprüften Zeitraum ein weiterer Mitarbeiter vorwiegend mit der Prüfung von Vergaben. Überdies habe die PVA im Jahr 2015 ein System der kontinuierlichen Rechnungsprüfung geschaffen. Dabei untersuche die Innenrevision anhand von Stichproben, ob die zuständigen Stellen in der Hauptstelle, den Landesstellen und den Eigenen Einrichtungen die für die PVA erbrachten Leistungen ordnungsgemäß beauftragten und abrechneten.

Die Letztentscheidung darüber, ob und wann die Empfehlungen der Innenrevision umzusetzen seien, müsse der Geschäftsleitung vorbehalten sein. Aus strategischen Überlegungen könne die Umsetzung in manchen Fällen auch erst zu einem späteren Zeitpunkt geboten sein.

94.4

(1) Der RH stimmte der PVA zu, dass die Umsetzung der Empfehlungen der Innenrevision Aufgabe der Geschäftsleitung war. Er wies aber darauf hin, dass die PVA keine konkreten strategischen Gründe für die fehlende Umsetzung nannte. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

(2) Der RH hielt gegenüber der BVA fest, dass seine Empfehlung nicht darauf abzielte, bestimmte Personen von einer Bewerbung auszuschließen, sondern darauf, dass bestimmte Funktionen nicht gleichzeitig ausgeübt werden sollten. Im Falle einer Besetzung einer Geschäftsbereichsleitung mit der Leiterin oder dem Leiter der Innenrevision wäre die Funktion der Innenrevisionsleitung anders zu besetzen.

Zusammenfassung sonstige Vergaben (Beschaffungen)

95

Zusammenfassend wies der RH auf folgende Mängel bei Beschaffungen hin:

- Die drei überprüften Sozialversicherungsträger hatten keinen Gesamtüberblick über ihr Beschaffungsvolumen, obwohl dieses insgesamt bei rd. 423,55 Mio. EUR im Jahr 2014 lag. (TZ 76, TZ 77)
- Bei den drei überprüften Stellen gab es insgesamt 73 beschaffende Organisationseinheiten, eine einheitliche EDV-Unterstützung fehlte. (TZ 80, TZ 81)

- Die drei überprüften Sozialversicherungsträger hatten keine strategischen Ziele mit operativen Vorgaben, der Vorstand als geschäftsführendes Organ beschränkte sich überwiegend auf die Beschlussfassung zu einzelnen Beschaffungen. (TZ 94)
- Die internen Vorgaben zur Einholung von Vergleichsangeboten waren im überprüften Zeitraum nicht ausreichend. (TZ 81)
- Die untersuchten Einzelfälle wiesen u.a. folgende Mängel auf: eine uneinheitliche Bedarfsmeldung, die Wahl von Direktvergaben trotz eines hohen Beschaffungsvolumens, unklare interne Zuständigkeiten im Hinblick auf die festgelegten Wertgrenzen, mangelnde Dokumentation von Vergleichsangeboten, teilweise fehlende Überprüfung der Zuverlässigkeit der Anbietenden bei Direktvergaben, rückwirkende Genehmigungen für bereits erbrachte Leistungen und mündliche Bestellungen. (TZ 84 ff.)
- Systematische Ex–post–Kontrollen der Vergaben fanden nur unzureichend statt. Ein Risikomanagementsystem war nicht eingerichtet. Die Innenrevision befasste sich nur bei der PVA ausführlicher mit Beschaffungen, jedoch war die Abdeckung gemessen am gesamten Vergabevolumen gering. (TZ 94)

Teil V – Personal

Prüfungsvorgehen

96

Der RH nahm auf Grundlage einzelner im Frühjahr 2015 behaupteter Compliance–Verstöße im Personalbereich eine Risikobeurteilung verschiedener Personalprozesse bei Sozialversicherungsträgern vor. Auf dieser Grundlage thematisierte der RH im Bereich Personal folgende Fragen:

- a) Bestehen ausreichende Vorkehrungen, damit nicht über das Ausmaß des Notwendigen hinaus Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit öffentlichen Mitteln angestellt werden?
- b) Bestehen ausreichende Vorkehrungen, damit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach sachlich nachvollziehbaren Kriterien ausgewählt und auf Führungspositionen befördert werden?
- c) Erhalten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über das in den Dienstordnungen vorgesehene Ausmaß hinaus übermäßige Vergütungen?

- d) Werden nicht mehr benötigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in nicht angemessener Form bei laufenden Bezügen freigestellt?
- e) Bestehen ausreichende Vorkehrungen zur Vermeidung von internen Interessenkonflikten bzw. Befangenheiten?

Der RH setzte seinen Schwerpunkt dabei (insbesondere bei den Punkten b bis e) auf höherwertige Dienstposten bzw. Führungsfunktionen.¹³⁵ Weiters untersuchte der RH die Eignung und Funktionsfähigkeit der maßgeblichen Prozesse, nicht jedoch die Vollständigkeit von deren Implementierung in allen Einzelfällen.¹³⁶

Einleitung

Personalstand der überprüften Sozialversicherungsträger

97.1 Der Personalstand der überprüften Sozialversicherungsträger stellte sich im Vergleich zum Gesamtpersonalstand aller Sozialversicherungsträger im Jahresdurchschnitt 2013 wie folgt dar:

Tabelle 19: Personalstand im Überblick, Jahresdurchschnitt 2013

	Verwaltung und Verrechnung	Vertrauensärztlicher Dienst	Eigene Einrichtungen	Summe
	in VZÄ			
AUVA	1.290	47	3.550	4.887
BVA	905	40	539	1.484
PVA	3.697	378	2.293	6.368
Summe	5.892	465	6.382	12.739
Sozialversicherungsträger gesamt	14.442	1.323	10.435	26.200

Quelle: Hauptverband (Verwaltungsstatistik 2013, Tabelle 2)

¹³⁵ Ab Einreihung E/III oder Bezieherinnen und Bezieher von Zulagen für Führungspositionen. Bei der AUVA machten die Dienstposten ab E/III rd. 23 % aller Verwaltungsdienstposten aus, bei der BVA rd. 15 % und bei der PVA rd. 11 % (Stand Dienstpostenplan 2014).

¹³⁶ Beispielsweise konnte der RH zwar überprüfen, mit welchen Prozessen und nach welchen Kriterien Führungsfunktionen besetzt wurden und ob offensichtliche Verstöße gegen diese Prozesse vorlagen. Er konnte jedoch nicht in allen Stellenbesetzungen ex post beurteilen, ob tatsächlich die bestgeeigneten Bewerberinnen und Bewerber ausgewählt wurden. Ebenso konnte der RH den Prozess und die Kriterien für die Beurteilung der Erforderlichkeit von Dienstposten bewerten, jedoch nicht, ob für die einzelnen Geschäftsprozesse (z.B. die Erstellung von Erstgutschriften auf dem Pensionskonto) tatsächlich die entsprechende Anzahl von Dienstposten erforderlich war. Eine derartige Beurteilung ist von einer Schwerpunkt-Überprüfung im Einzelfall zu leisten (siehe z.B. Berichte des RH „Einführung des Pensionskontos“ (Reihe Bund 2011/8), „Fusion der Pensionsversicherungsanstalten der Arbeiter und Angestellten“ (Reihe Bund 2007/8) und „Ausgewählte Steuerungsbereiche der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3) zum Verwaltungsaufwand).

Die Gebarungsüberprüfung des RH deckte mit rd. 12.700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den drei überprüften Sozialversicherungsträgern annähernd die Hälfte der Bediensteten aller Sozialversicherungsträger ab.

Bei der AUVA war die Mehrheit der Bediensteten bei den Eigenen Einrichtungen (in Krankenhäusern) tätig, bei der BVA und der PVA im Bereich Verwaltung und Verrechnung.

97.2 Der RH hob hervor, dass insgesamt mehr als 26.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Sozialversicherungsträgern beschäftigt waren und daher einer korrekten Personalwirtschaft in diesem Sektor besondere Bedeutung zukam.

Datenlage bei AUVA, BVA und PVA

98.1 (1) Weder die AUVA noch die BVA oder die PVA hatten im Rahmen eines Compliance Management Systems festgelegt, welche Compliance-relevanten Daten im Personalbereich verfügbar sein mussten.

Die dem RH auf Nachfrage vorgelegten Unterlagen zu verschiedenen Compliance-relevanten Aspekten des Personalbereichs zeigten folgenden Grad der Vollständigkeit:

Tabelle 20: Verfügbarkeit Compliance-relevanter Personaldaten

2012 bis 2014	AUVA	BVA	PVA
schriftliche Regelungen für Stellenausschreibungs-/Stellenbesetzungsprozess	ja	teilweise	teilweise
Vorlage aller internen und externen Stellenausschreibungen für Stellen ab Einstufung E/III	nicht vollständig	ja	ja
Bewerberliste für diese ausgeschriebenen Stellen	nicht vollständig	ja	ja
Liste der Nebenbeschäftigungen von Bediensteten	nicht vollständig	ja	nein
Liste der bestehenden familiären Naheverhältnisse unter Bediensteten	nicht vollständig	ja	nein
Vorlage der mindestens zwei Mal je Jahr erfolgenden Meldungen der Verwandtschaften an den Personalausschuss	nein	ja	nicht vollständig

Quellen: AUVA; BVA; PVA; RH

(2) Die AUVA legte dem RH umfassende schriftliche Regelungen für Stellenausschreibungs- und Stellenbesetzungsprozesse vor (siehe **TZ 103**), jedoch nur unvollständige Unterlagen zu den internen und externen Stellenausschreibungen der Jahre 2012 bis 2014, den dazugehörigen Bewerberlisten, den Listen der Verwandt-

schaften und der Nebenbeschäftigungen (siehe [TZ 114](#), [TZ 115](#)). Meldungen an den Personalausschuss waren nicht erfolgt ([TZ 114](#)).

(3) Die BVA konnte schriftliche Regelungen zu den Stellenausschreibungs- und Stellenbesetzungsprozessen erst für die Zeit ab 2014 vorlegen (siehe [TZ 103](#)). Alle anderen Unterlagen übermittelte sie für den überprüften Zeitraum.

(4) Die PVA legte schriftliche Regelungen zu den Stellenausschreibungs- und Stellenbesetzungsprozessen nur zu Teilprozessen vor (siehe [TZ 103](#)). Die Dokumentation zu internen und externen Stellenausschreibungen sowie die Bewerberliste waren vorhanden (siehe [TZ 104](#)). Listen der Verwandtschaften bzw. der Nebenbeschäftigungen lagen nicht (siehe [TZ 114](#)), Meldungen an den Personalausschuss unvollständig vor ([TZ 114](#)).

98.2

Der RH hielt kritisch fest, dass keiner der drei überprüften Sozialversicherungsträger im Rahmen eines Compliance Management Systems festgelegt hatte, welche Compliance-relevanten Daten im Personalbereich verfügbar sein mussten. Er kritisierte, dass insbesondere die AUVA, aber auch die BVA und die PVA Compliance-relevante Unterlagen nicht vollständig vorlegen konnten.

Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, im Rahmen eines Compliance Management Systems festzulegen, welche Compliance-relevanten Daten im Personalbereich verfügbar sein müssen. Dabei sollten insbesondere Prozessvorgaben für Stellenausschreibungen und -besetzungen, aktuelle Aufzeichnungen über Verwandtschaften und Nebenbeschäftigungen sowie eine Dokumentation von Stellenbesetzungen berücksichtigt werden.

98.3

(1) Laut Stellungnahme der AUVA erfasse sie die Verwandtschaftsverhältnisse in einem Personalfragebogen bei Neuaufnahmen und speichere die Information in der Folge in SAP. Sie habe alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch ein Informationsschreiben nochmals auf die Meldeverpflichtung von Nebenbeschäftigungen im Sinne des Kollektivvertrags aufmerksam gemacht und diesbezüglich auch neue Meldeformulare erarbeitet. Die Dokumentation von Stellenbesetzungen erfolge nunmehr nachvollziehbar durch die Sammlung aller wesentlichen Ereignisse von der Ausschreibung bis zur Auswahl der bestgeeigneten Bewerberinnen und Bewerber in einem elektronischen Bewerberakt.

(2) Die BVA teilte mit, dass sie bereits im Dezember 2014 eine erste Festlegung der Vorgangsweise bei Stellenausschreibungen und Stellenbesetzungen getroffen habe. Dabei seien auch strukturierte Gespräche mit den Bewerberinnen und Bewerbern vorgesehen.

(3) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, frage sie Compliance-relevante Daten im Personalbereich im Personalfragebogen ab, der bei jeder Einstellung vorzulegen sei. Dort würde einerseits auf die Verpflichtung hingewiesen, dass jede Änderung unverzüglich bekannt zu geben sei, und andererseits auf die wahrheitsgemäße Beantwortung. Nach der Dienstordnung sei das Verschweigen eines Ausschlussgrundes für die Aufnahme eine Dienstpflichtverletzung. Demgemäß hätten Beschäftigte die Änderung ihres Familienstandes bekannt zu geben. Die Dokumentation von Stellenbesetzungen erfolge in der Ausschreibungsdatenbank der PVA.

Regelungskompetenzen im Personalbereich

99.1

(1) Die Personalzuständigkeit lag grundsätzlich in der Verantwortung der einzelnen Sozialversicherungsträger: Sie entschieden insbesondere über die Anzahl und Aufnahme von Bediensteten und führten die Personalverwaltung (z.B. Lohnverrechnung).

(2) Dem Hauptverband oblag die Erstellung von Richtlinien zur Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten und der Abschluss der Kollektivverträge für die Sozialversicherungsträger.¹³⁷

Dazu bestanden zur Zeit der Gebarungsüberprüfung 14 verschiedene Richtlinien bzw. Kundmachungen, darunter insbesondere die drei „Dienstordnungen“¹³⁸, die – als Richtlinien des Hauptverbands beschlossen – gleichzeitig vom Hauptverband abgeschlossene Kollektivverträge darstellten („Doppelnatur“);¹³⁹ Regelungen konnten darin nur im Wege einer Änderung des Kollektivvertrags aufgenommen werden.

Abgesehen von den drei Dienstordnungen beschränkte sich der Hauptverband bei der Erlassung von Richtlinien auf Einzelfragen; so gab es insbesondere Richtlinien zur Erstellung der Dienstpostenpläne¹⁴⁰ (siehe **TZ 100**), zur Grundausbildung, über freiwillige soziale Zuwendungen und zur Gleichbehandlung.

Der Hauptverband hatte keine Richtlinien in Compliance-relevanten Bereichen der Stellenausschreibung und Stellenbesetzung sowie zu Aspekten der Befangenheit (Nebenbeschäftigungen, Verwandtschaften von Bediensteten) erlassen.

¹³⁷ § 31 Abs. 2 Z 3 i.V.m. Abs. 3 Z 9 ASVG

¹³⁸ jeweils eine Dienstordnung für Angestellte, Arbeiterinnen/Arbeiter und Ärztinnen/Ärzte

¹³⁹ Souhrada in Sonntag, ASVG³ (2012) § 31 Rz 48

¹⁴⁰ § 31 Abs. 5 Z 1 ASVG

99.2

Der RH hielt kritisch fest, dass der Hauptverband in wesentlichen, Compliance-relevanten Aspekten im Personalbereich seine Regelungskompetenz nicht ausschöpfte und bspw. keine Richtlinien zur Durchführung der Stellenausschreibung und Stellenbesetzung erließ. Nach Ansicht des RH könnte der Hauptverband entsprechende Regelungen vorgeben, ohne dass eine Änderung der Kollektivverträge erforderlich wäre.

Der RH wies weiters darauf hin, dass eine Regelung auf Ebene des Hauptverbands gegenüber einer Regelung auf Ebene der einzelnen Sozialversicherungsträger Vorteile hätte, da gerade hinsichtlich Compliance-relevanten Fragen eine größere Distanz von konkreten Interessenslagen bei einzelnen Sozialversicherungsträgern Transparenz fördern könnte.

Der RH empfahl dem Hauptverband, seine Richtlinienkompetenz zur Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse zu nutzen, um Compliance-relevante Themenstellungen wie Stellenausschreibung und Stellenbesetzung, die Handhabung von Nebenbeschäftigungen und Verwandtschaften zu beschließen.

99.3

Der Hauptverband wies in seiner Stellungnahme zunächst darauf hin, dass Compliance nicht nur das Dienstrecht betreffe. Deshalb habe er dieses Thema nicht für die Dienstordnungen (die ja auch Kollektivverträge wären) herangezogen. Eine zu detaillierte Determinierung der Themenfelder „Stellenausschreibung und Stellenbesetzung“ stünde in einem massiven Spannungsverhältnis zur Trägerautonomie. Die Handhabung von Nebenbeschäftigung und Verwandtschaften bei Begründung des Dienstverhältnisses sei Gegenstand des Kollektivvertrags. Eine befristete Genehmigung von Nebenbeschäftigungen sei bereits möglich, die Vermeidung von Interessenkonflikten bereits verbindlich vorgesehen.

99.4

Der RH teilte die Ansicht des Hauptverbands, dass Compliance über das Dienstrecht hinausgeht, hielt aber eine Durchsicht des Dienstrechts im Hinblick auf Compliance-Aspekte trotzdem für sinnvoll. Seiner Ansicht nach war die Richtlinienkompetenz nicht unbedingt an die Form der Dienstordnungen (die gleichzeitig Kollektivverträge darstellen) gebunden, jedenfalls soweit Richtlinien lediglich die Wahrnehmung von Dienstgeberaufgaben vereinheitlichten. Jede Form der Richtlinien des Hauptverbands stand in einem Spannungsverhältnis zur Trägerautonomie; dieses war aber durch die Zuweisung von bestimmten Aufgaben an den Hauptverband gesetzlich geregelt. Eine entsprechende Richtlinienkompetenz im § 31 ASVG war nach Ansicht des RH gegeben. Bezüglich Befangenheiten und Nebenbeschäftigungen verwies der RH auf seine konkretisierenden Empfehlungen in den **TZ 103** ff.

und **TZ 114** f., die in den bestehenden Richtlinien noch nicht vollständig abgebildet waren.

Dienstpostenplan

Vorgaben zum Dienstpostenplan

100.1 (1) Nach § 460 Abs. 1 ASVG hatten die Versicherungsträger und der Hauptverband unter Rücksichtnahme auf ihre wirtschaftliche Lage die Zahl der Dienstposten auf das unumgängliche Maß einzuschränken und einen Dienstpostenplan zu erstellen.

Nach § 31 Abs. 5 Z 1 ASVG waren vom Hauptverband Richtlinien zur Erstellung von Dienstpostenplänen unter Berücksichtigung der Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit sowie unter Bedachtnahme auf sich durch den Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung ergebende Rationalisierungspotenziale zu erstellen.

(2) Die vom Hauptverband erstellten Richtlinien enthielten überwiegend operative Regelungen wie die jährliche Erstellung der Dienstpostenpläne, die Meldung an den Hauptverband bis Mitte Februar, die Berechnung in VZÄ und die Gliederung nach Organisationseinheiten.

Die Beschlussfassung über die jeweiligen Dienstpostenpläne oblag den Verwaltungskörpern der einzelnen Versicherungsträger. Soweit sie sich auf den höheren und leitenden Dienst bezogen, bedurften die Beschlüsse der Zustimmung des Hauptverbands (§ 31 Abs. 7 Z 2 ASVG).

(3) Bei der Festsetzung der Dienstposten war ausschließlich auf den „unbedingt notwendigen Bedarf“ an dauernden Dienstposten Bedacht zu nehmen. Nähere Ausführungen, wie dieser „unbedingt notwendige Bedarf“ an Dienstposten zu ermitteln war, fehlten.

Konsequenzen bei Überschreitung des Dienstpostenplans waren ebenfalls nicht geregelt; ein Sozialversicherungsträger konnte (im Gegensatz zur Regelung im Bund) ohne weitere Einschränkungen auch über den Dienstpostenplan hinaus Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer einstellen. Die Richtlinien enthielten auch eine Reihe von konkreten Fällen, in denen keine Aufnahme von Dienstposten in den Dienstpostenplan zu erfolgen hatte (z.B. Lehrlinge, Pensionssachbearbeiterinnen und -bearbeiter im ersten Ausbildungsjahr).

(4) Dem Hauptverband war vierteljährlich der Personal-Ist-Stand jedes Sozialversicherungsträgers zu melden. Dieser Ist-Stand war nicht nach Organisationseinheiten zu gliedern, sondern aggregiert nach Gehaltsstufen und u.a. unterteilt nach Verwaltung und Eigenen Einrichtungen, wobei Bedienstete mit vorübergehender höherwertiger Tätigkeit entsprechend dieser zu melden waren. Die Richtlinien enthielten keine Angaben zum Zweck dieser Meldung. Es bestand keine Verpflichtung, Abweichungen vom Dienstpostenplan zu begründen oder Maßnahmen zur Erreichung des Soll-Standes anzuführen.

Eine nähere Analyse dieser teils sehr umfangreichen Ist-Stand-Meldungen im Hauptverband war für den RH nicht ersichtlich; es existierte kein Schriftverkehr mit der AUVA, der BVA oder der PVA über Rückfragen oder eine Rückmeldung hinsichtlich der Angemessenheit des Dienstpostenplans oder etwaige Abweichungen zwischen Dienstpostenplan und Ist-Stand.

Rückfragen gab es selbst dann nicht, wenn aus den jeweiligen Meldungen von AUVA, BVA und PVA Abweichungen erkennbar waren (siehe **TZ 102**). Dies galt bei der BVA auch für jenen Bereich, in dem die Dienstpostenpläne nicht nur zu melden, sondern vom Hauptverband zu genehmigen waren.

(5) Nach § 31 Abs. 3 Z 13 ASVG gehörten zu den Aufgaben des Hauptverbands auch die Definition von Kennzahlen zu Kosten der Verwaltung sowie die Durchführung von Auswertungen und Vergleichen. Nach § 441e ASVG hatte die Trägerkonferenz als Organ des Hauptverbands zur Koordination des Verwaltungshandelns der Versicherungsträger Ziele zu beschließen. Darin war auch auf die Verwaltungskosten einzugehen.

100.2

Nach Ansicht des RH war es Zweck des Dienstpostenplans, einen betriebswirtschaftlich sparsamen Personalstand sicherzustellen. Der RH kritisierte daher, dass dazu konkretere Regelungen in der Richtlinie fehlten, ein trägerübergreifender Dienstpostenvergleich bzw. eine Rückmeldung des Hauptverbands an die Sozialversicherungsträger über Auffälligkeiten bei der Dienstpostenplangestaltung nicht erfolgte und Konsequenzen bei Überschreitung des Dienstpostenplans nicht geregelt waren (z.B. Befassung eines Gremiums).

Der RH kritisierte weiters, dass keine Analyse über die jeweiligen Ist-Stände bzw. Rückmeldung dazu an die Sozialversicherungsträger erfolgte. Die umfangreichen Quartalsmeldungen lieferten so keinen steuerungsrelevanten Mehrwert. Eine Analyse war dadurch erschwert, dass die Richtlinie zum Dienstpostenplan eine Soll-Planung auf Organisationsebene und eine Ist-Meldung je Gehaltsstufe vorsah. Ein Soll-Ist-Vergleich, aus dem etwaige Über- oder Unterstände je Organisationsebene ersichtlich wären, war so nicht möglich.

Der RH empfahl dem Hauptverband, die Richtlinie zur Erstellung von Dienstpostenplänen weiterzuentwickeln, und dabei insbesondere eine nähere Regelung zur Sicherstellung der betriebswirtschaftlichen Sparsamkeit und einen Soll-Ist-Vergleich vorzusehen sowie Maßnahmen für den Fall von (wesentlichen) Abweichungen zwischen Soll- und Ist-Stand festzulegen (z.B. eine Begründungspflicht oder die Angabe von Maßnahmen zur Erreichung des Planstandes). Die Struktur von Soll-Planung und Ist-Meldung wäre zu harmonisieren, um einen Dienstpostenvergleich zwischen Soll- und Ist-Stand auf Organisationsebene zu ermöglichen.

Der RH empfahl dem Hauptverband weiters, die Wirtschaftlichkeit der Dienstpostenpläne bzw. die Einhaltung der Dienstpostenpläne z.B. anhand von Trägervergleichen bzw. anhand der Ist-Stand-Meldungen zu analysieren und mit den Sozialversicherungsträgern zu diskutieren. Die Ergebnisse dieser Diskussionen könnten z.B. in die Ziele der Versicherungsträger nach § 441e ASVG eingehen.

100.3 Der Hauptverband sagte in seiner Stellungnahme zu, die Empfehlungen des RH bei der weiteren Vorgangsweise zu berücksichtigen. Die vom RH erwähnte betriebswirtschaftliche Sparsamkeit sollte dort, wo durch zusätzliche Planstellen auch zusätzliche Einnahmen zu erwarten wären (diverse Kontroll- und Prüfbereiche im Beitrags- und Leistungsverrechnungswesen), auch zu Ausweitungen führen.

Ausnahmen und Sonderregelungen im Dienstpostenplan

101.1 Die Richtlinie zum Dienstpostenplan sah vor, dass bspw. vorübergehend aufgenommene Bedienstete¹⁴¹ keinen Dienstposten benötigten. Darüber hinaus war in der PVA für Pensionssachbearbeiterinnen und -bearbeiter während der ersten zwölf Monate der 24-monatigen Sachbearbeiterausbildung kein Dienstposten, im zweiten Jahr ein Dienstposten in einer Schulungsabteilung zuzuweisen.¹⁴²

101.2 Der RH merkte kritisch an, dass wesentliche Bereiche (z.B. Ausbildung oder Projektarbeit) von den Dienstpostenplänen und damit vom Controlling im Rahmen des Dienstpostenplans ausgenommen waren. Er sah darin eine weitere Einschränkung des Nutzens des Dienstpostenplans für eine sparsame Verwaltung.

Der RH empfahl daher dem Hauptverband, den Dienstpostenplan als Planungsinstrument für sämtliche Bedienstetengruppen (auch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter oder Auszubildende) vorzusehen. Eine entsprechende Kennzeichnung wäre – bei verbesserter Transparenz – weiterhin möglich.

¹⁴¹ z.B. Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, Karenzvertretungen

¹⁴² Ebenso wenig war ein Dienstposten für begünstigte Behinderte oder Lehrlinge erforderlich. Diese waren in den quartalsweisen Meldungen – ebenso wie überlassene Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer oder Betriebsrätinnen und -räte – explizit gesondert auszuweisen.

101.3 Der Hauptverband sagte in seiner Stellungnahme zu, die Empfehlung bei der weiteren Vorgangsweise zu berücksichtigen. Er gab aber zu bedenken, dass die Aufnahme von Projektmitarbeiterinnen und –mitarbeitern in den Dienstpostenplan einen Verwaltungsaufwand auslösen würde, dem nicht immer erkennbarer Nutzen in vergleichbarem Maß gegenüberstünde.

101.4 Der RH entgegnete, dass für die Anstellung von Projektmitarbeiterinnen und –mitarbeitern jedenfalls ohnehin eine Planung zu erfolgen hat. Die Aufnahme dieser Planung in den Dienstpostenplan bedeutete daher keinen zusätzlichen Aufwand, sondern nur eine Vereinheitlichung der Planung. Andernfalls könnte die Verlagerung von Aufgaben von der Linien- in eine Projektorganisation zu einer – bloß scheinbaren – Reduktion der Dienstposten führen. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Einhaltung des Dienstpostenplans

102.1 (1) Die AUVA stellte in ihrem Dienstpostenplan den Soll- und Ist-Stand nach Organisationseinheiten gegenüber. Sie unterschritt in den Jahren 2012 bis 2014 den Soll-Stand um insgesamt rd. 100 VZÄ. Dennoch führte die AUVA über mehrere Jahre einzelne Personen außerhalb eines vorgesehenen Dienstpostens. Dies war nicht immer durch Projekte oder Karenzvertretungen begründet.

(2) Die BVA stellte in ihrem Dienstpostenplan lediglich den Soll-Stand für die einzelnen Organisationseinheiten dar. Sie erhöhte für das Jahr 2013 ihren Soll-Stand im Dienstpostenplan um 27,5 VZÄ und für das Jahr 2014 um 117,38 VZÄ, dies um die geplanten Dienstposten dem tatsächlich höheren Ist-Stand anzugleichen. Für das Jahr 2015 beschloss die BVA weitere 134,2 neue VZÄ im Dienstpostenplan. Trotz der vorgenommenen Erhöhungen gab es in der BVA einzelne Personen außerhalb des Dienstpostenplans.

Die BVA wich in Einzelfällen auch bei der Verwendung von einzelnen Bediensteten ab: Sie stufte einen Geschäftsbereichsleiter bezugsrechtlich gleich ein wie einen zweiten Stellvertreter des Generaldirektors (siehe dazu schon den Bericht des RH „Ausgewählte Steuerungsbereiche der Krankenversicherung“, Reihe Bund 2016/3, TZ 43); in zwei Abteilungen setzte sie entgegen dem Dienstpostenplan je eine zweite Abteilungsleitung–Stellvertretung „provisorisch“ ein.

(3) Die PVA stellte in ihrem Dienstpostenplan ebenfalls lediglich den Soll-Stand für die einzelnen Organisationseinheiten dar, überschritt diesen jedoch nicht mit dem Ist-Stand.

102.2

(1) Der RH hob die Gegenüberstellung von Soll- und Ist-Stand nach Organisationsebene bei der AUVA positiv hervor. Er hielt im Gegensatz dazu kritisch fest, dass die BVA und die PVA in ihrem Dienstpostenplan lediglich den Soll-Stand der Dienstposten darstellten.

Der RH empfahl der BVA und der PVA, bei der Erstellung des Dienstpostenplans den Ist-Stand dem Soll-Stand gegenüberzustellen.

(2) Der RH kritisierte die beträchtliche Überschreitung des Soll-Stands bei der BVA und den Umstand, dass einzelne Personen außerhalb des Dienstpostenplans angestellt waren.

Der RH empfahl der BVA, künftig im Dienstpostenplan den aktuellen Personalbedarf korrekt abzubilden und den Plan einzuhalten.

102.3

(1) Laut Stellungnahme der BVA sei nach der Dienstpostenplanrichtlinie des Hauptverbands auf den unbedingt notwendigen Bedarf an dauernden Dienstposten Bedacht zu nehmen. Die BVA halte sich an diese Vorschrift. Es solle darüber hinaus weiterhin möglich sein, bei konkret zu definierenden Anlässen – z.B. Projektarbeit – vorübergehend Personal auch über dem Stand des Dienstpostenplans hinaus zu beschäftigen.

(2) Auch die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, dass bloß vorübergehende Aufgaben in Projekten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Ausbildung, Karenzierungen und kurzfristige Effekte von Organisationsänderungen entsprechend den Richtlinien nicht im Dienstpostenplan abgebildet würden. Den Ist-Stand im Dienstpostenplan mitanzuführen, bringe somit keinen Mehrwert, da für Außenstehende unklare Differenzen entstünden. Intern führe die PVA Vergleiche von Soll- und Ist-Stand durch.

102.4

Der RH erwiderte der PVA, dass gerade jene Stellen, die mit dem Dienstpostenplan befasst waren, Abweichungen von Soll- und Ist-Stand analysieren sollten. Bei Unklarheiten wären entsprechende Erläuterungen vorzunehmen. Im Übrigen verwies der RH auf seine Gegenäußerung zu [TZ 101](#).

Stellenbesetzung und Stellenausschreibung

Verbindliche Regelungen

103.1 (1) Der Prozess der Besetzung offener Stellen bei Sozialversicherungsträgern war weder in der Dienstordnung noch in Form einer Richtlinie des Hauptverbands näher geregelt.

(2) Bei der AUVA lagen seit 2008 detaillierte schriftliche Dienstanweisungen für Stellenausschreibungen und Stellenbesetzungen sowie für einzelne Bereiche auch Geschäftsprozessmodelle, Formulare und Vorlagen (z.B. Bewertungsbogen) vor (zur Umsetzung siehe [TZ 105](#), [TZ 106](#)).

(3) Die BVA regelte Grundzüge des Stellenausschreibungs– und Stellenbesetzungsprozesses seit Dezember 2014 in einem Aktenvermerk des Generaldirektors. Davor bestand keine diesbezügliche Vorgabe.

(4) Bei der PVA gab es kaum verbindliche Regelungen zum Stellenausschreibungs– und Stellenbesetzungsprozess; es waren lediglich einzelne Teilbereiche – wie der Prozess der Stelleninseratenschaltung – formal geregelt.

103.2 Nach Ansicht des RH war es unter Compliance–Gesichtspunkten unabdingbar, dass die Besetzung insbesondere höherwertiger Dienstposten bestimmten, allgemein festgelegten und verbindlichen Regeln folgte. Dies war schon deshalb erforderlich, um den Anschein von Intransparenz oder Bevorzugung bestimmter Personen im Einzelfall zu vermeiden.

Der RH kritisierte, dass lediglich die AUVA detaillierte verbindliche Regelungen zum Prozess der Stellenausschreibung und Stellenbesetzung vorlegen konnte; die BVA wies erst seit Ende 2014 knapp gefasste Regelungen in einem Aktenvermerk des Generaldirektors auf, die PVA hatte kaum verschriftlichte Regelungen.

Der RH empfahl der AUVA, insbesondere aber der BVA und der PVA, verbindliche Vorgaben für Stellenausschreibung und –besetzung – soweit noch nicht vorhanden – zu erstellen, Prozessabläufe dazu zu vereinheitlichen und Prozesselemente weiterzuentwickeln.

Außerdem verwies der RH auf seine Empfehlung an den Hauptverband in [TZ 99](#), seine Richtlinienkompetenz zur Regelung der dienst–, besoldungs– und pensionsrechtlichen Verhältnisse verstärkt zu nutzen.

103.3

(1) Die AUVA führte in ihrer Stellungnahme aus, auf Basis der vorhandenen detaillierten schriftlichen Dienstanweisungen vor kurzem in einem ersten Schritt einen sogenannten „Bewerberakt“ implementiert zu haben. In diesem würden beginnend mit der Stellenausschreibung die Bewerbungen, die Bewertung der Bewerberinnen und Bewerber sowie der Schriftverkehr mit diesen dokumentiert.

(2) Laut Stellungnahme der PVA habe sie bereits vor Übermittlung des Prüfungsergebnisses des RH in einem Arbeitsprogramm festgelegt, ihre Vorgangsweise betreffend Ausschreibungen und Besetzungen einer Prüfung zu unterziehen und gegebenenfalls neue Abläufe mit einer entsprechenden Dokumentation kundzumachen.

Stellenbeschreibung und Stellenausschreibung

104.1

(1) Die AUVA sah vor, dass es für jede auszuschreibende Stelle eine Beschreibung der Stelle und der damit verbundenen Aufgaben zu geben hatte. Dies sollte sich im Anforderungsprofil einer Stellenausschreibung widerspiegeln. Sowohl für die Stellenbeschreibung als auch für die Stellenausschreibung gab es Vorlagen.

Bis Jahresende 2014 gab es nur für manche Stellen eine Stellenbeschreibung; im Jahr 2015 sollte laut Vorgabe der AUVA der Anteil der Stellenbeschreibungen auf 80 % ansteigen. Ein stichprobenartiger Abgleich von Stellenbeschreibungen mit Ausschreibungen war dem RH nicht möglich, da die AUVA die Ausschreibungsunterlagen bzw. Stellenbeschreibungen nicht vollständig vorlegen konnte.

(2) Die BVA besaß für jeden Arbeitsplatz eine Stellenbeschreibung. Ausschreibungen hatten sich – verbindlich festgeschrieben seit Dezember 2014 in einem Aktenvermerk des Generaldirektors – an der Stellenbeschreibung zu orientieren und waren gegebenenfalls vorab zu aktualisieren.

Die Prüfung ausgewählter Einzelfälle im überprüften Zeitraum ergab Abweichungen der Stellenausschreibungen von den Stellenbesetzungen: So beschränkte sich bspw. im Jahr 2012 das Anforderungsprofil in der Ausschreibung einer Abteilungsleitungsstelle auf die Angabe von vier Qualifikationsmerkmalen (drei Soft Skills und eines fachlicher Natur); die zugrunde liegende Stellenbeschreibung des Abteilungsleitungspostens wies hingegen neun qualitative Aufgabenbereiche aus. Die kurz darauf erfolgte Ausschreibung der Stelle der Abteilungsleitungsstellvertretung derselben Abteilung beinhaltete deutlich mehr fachliche Anforderungen als diejenige des Abteilungsleiters.

(3) Bei der PVA lagen für Arbeitsplätze in der Hauptstelle und in den Eigenen Einrichtungen durchgängig Stellenbeschreibungen vor, für die Landesstellen auszugswise.

Es gab keine verbindlichen Richtlinien, dass Stellenausschreibungen den Stellenbeschreibungen zu folgen hatten. Ein Stichproben–Abgleich ergab, dass sich Stellenausschreibungen der Hauptstelle inhaltlich grob an den Stellenbeschreibungen orientierten; in Einzelfällen wiesen die Stellenbeschreibungen und demzufolge auch die Ausschreibungen Lücken auf; bspw. fehlte bei einem Abteilungsleitungs-posten sowohl in der Ausschreibung als auch in der Stellenbeschreibung die Aufgabe der Mitbetrauung mit der Leitung einer Eigenen Einrichtung.

104.2

Nach Ansicht des RH war die sachlich begründete Formulierung der Stellenausschreibung eine entscheidende Voraussetzung für eine transparente Auswahl von Bewerberinnen und Bewerbern; nur so konnte der Anschein vermieden werden, dass bereits im Hinblick auf bestimmte Personen Kriterien stärker oder weniger stark gewichtet wurden.

Der RH hielt daher die Regelung der AUVA, wonach sich die Ausschreibung an den dokumentierten Anforderungen der zu besetzenden Position zu orientieren hatte, für zweckmäßig. Er kritisierte, dass derartige Regelungen bei der BVA erst seit Dezember 2014 in Form eines Aktenvermerks und bei der PVA gar nicht bestanden.

Außerdem kritisierte der RH, dass die AUVA und die PVA nicht über vollständige Stellenbeschreibungen verfügten und bei der BVA und der PVA Abweichungen zwischen der Stellenbeschreibung und –ausschreibung bestanden. Der RH wies kritisch darauf hin, dass dem RH bei der AUVA ein derartiger Abgleich mangels vorliegender Daten nicht möglich war und die AUVA ihre verbindlichen Vorgaben nicht einhielt.

Er empfahl der AUVA, die Einhaltung der Compliance–relevanten Vorgaben im Personalbereich sicherzustellen.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, ihre Stellenbeschreibungen zu vervollständigen, verbindliche Regelungen über die inhaltliche Übereinstimmung zwischen Stellenbeschreibung und Stellenausschreibung zu erstellen und deren Einhaltung zu überwachen.

104.3

(1) Wie die AUVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, sei ihr die potenzielle Disharmonie zwischen Stellenbeschreibung und Stellenausschreibung bereits vor der Gebärungsüberprüfung durch den RH bewusst gewesen. Sie habe deshalb im Jahr 2015 ein diesbezügliches Ziel in der Balanced Scorecard definiert.

(2) Laut Stellungnahme der BVA habe sie die Empfehlung bereits umgesetzt. Zu Abweichungen komme es nur in Einzelfällen, Optimierungen würden erfolgen.

(3) Die PVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass Rollenbeschreibungen für die Hauptstelle und die Eigenen Einrichtungen durchgängig vorliegen würden. Für die Landesstellen gebe es solche nur auszugsweise, deren Vervollständigung erfolge 2016. Rollenbeschreibungen stellten eine umfassende Zusammenfassung der in anderen Regelwerken festgeschriebenen Abläufe dar, seien viel differenzierter als Stellenausschreibungen und würden auch der Definition des genauen Zuständigkeitsbereichs der jeweiligen Funktion dienen.

Interne und externe Stellenausschreibung

105.1

(1) Laut den gesetzlichen Vorgaben hatten Sozialversicherungsträger den Posten der Generaldirektorin bzw. des Generaldirektors, der Chefärztin bzw. des Chefarztes sowie deren jeweiliger ständiger Stellvertreterinnen und Stellvertreter extern auszuschreiben;¹⁴³ weitere externe Ausschreibungen (bspw. von Führungsfunktionen, analog zu den Regelungen für Führungspositionen im Bundesdienst¹⁴⁴) waren nicht verpflichtend, konnten jedoch nach Bedarf durchgeführt werden.

Gemäß der Dienstordnung mussten die Sozialversicherungsträger zudem freie Dienstposten ab der Einstufung in den mittleren Dienst¹⁴⁵ innerhalb des jeweiligen Sozialversicherungsträgers bekannt machen und den Bediensteten Gelegenheit zur Bewerbung geben.¹⁴⁶ Bei der AUVA waren somit rd. 46 % aller Dienstposten der Verwaltung (DO.A) im Falle einer Stellenbesetzung intern bekannt zu machen, bei der BVA rd. 37 %, bei der PVA rd. 32 %.¹⁴⁷

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Stellenbesetzungen sowie der Bewerberinnen und Bewerber im Zeitraum 2012 bis 2014 in den drei überprüften Sozialversicherungsträgern:

¹⁴³ § 460 Abs. 3a ASVG

¹⁴⁴ Ausschreibungsgesetz 1989, BGBl. Nr. 85/1989 i.d.F. BGBl. I Nr. 65/2015

¹⁴⁵ Das heißt ab Gehaltsgruppe D (§ 37d DO.A.). Sachbearbeiterinnen bzw. Sachbearbeiter in der PVA waren bspw. in C/III eingereiht, die Prüfung ihrer Tätigkeit auf sachliche und rechnerische Richtigkeit war Angestellten mit der Einstufung D/II übertragen.

¹⁴⁶ § 36 Abs. 4 DO.A

¹⁴⁷ Berechnung auf Basis der Dienstpostenpläne 2014 für den Bereich der Verwaltung (Soll-Posten ab D/I, Posten lt. DO.A)

Tabelle 21: Stellenbesetzungen 2012 bis 2014

	AUVA	BVA	PVA
Bekanntmachung	lt. DO + freiwillig weitere zwei Gehaltsgruppen darunter	lt. DO	lt. DO
Anzahl Stellenbesetzungen ab Einstufung E III	nicht bekannt	30	144
		in %	
<i>davon</i>			
<i>mit externen Bewerberinnen und Bewerbern</i>	<i>nicht bekannt</i>	0	16
<i>nur ein Bewerber</i>	<i>nicht bekannt</i>	30	31
		Anzahl	
durchschnittliche Anzahl Bewerberinnen und Bewerber	nicht bekannt	3,76	3,5

Quellen: AUVA; BVA; PVA; RH

- Die AUVA machte freiwillig auch niedriger eingestufte freie Stellen intern bekannt (somit 100 % aller Verwaltungsdienstposten)¹⁴⁸ und inserierte in manchen Fällen extern. Vollständige Unterlagen zur Anzahl der internen bzw. externen Bewerbungen für Stellen ab der für den RH relevanten Einstufung¹⁴⁹ im überprüften Zeitraum konnte sie – entgegen ihren eigenen Vorgaben (**TZ 98**) – nicht vorlegen; Einzelfälle zeigten die Bandbreite von Bewerbungen von einem bis über 120 internen und externen Bewerberinnen bzw. Bewerbern.
- Die BVA besetzte im Zeitraum 2012 bis 2014 30 Stellen ab der für den RH prüfungsrelevanten Einstufung. Bei 30 % der Stellenbesetzungen gab es nur eine Bewerbung. Durchschnittlich bewarben sich 3,76 interne Bedienstete pro freier Stelle, es gab keine externen Bewerbungen.
- Bei der PVA bewarb sich ebenfalls bei rund einem Drittel der 144 Ausschreibungen für Stellen ab der für den RH prüfungsrelevanten Einstufung lediglich eine Person. Bei 16 % der Ausschreibungen bewarben sich externe Personen. Im Durchschnitt bewarben sich pro Stelle 3,5 Personen, wobei der Bewerberkreis bei rein internem Interesse rund drei Bewerbungen umfasste, bei internem und externem Interesse rund sechs Bewerbungen.

105.2

Der RH hielt zunächst fest, dass eine externe Ausschreibung gesetzlich nur bei der Stelle der Generaldirektorin bzw. des Generaldirektors und der Chefärztin bzw. des Chefarztes sowie bei deren jeweiligen Stellvertretungen vorgesehen war. Demge-

¹⁴⁸ Posten der Gehaltsgruppe A lt. DO.A waren bei der AUVA im Jahr 2014 nicht vorhanden, die interne Bekanntmachung erfolgte ab Gehaltsgruppe B, somit wurden alle Dienstposten im Falle einer anstehenden Stellenbesetzung intern bekannt gemacht.

¹⁴⁹ ab Gehaltsgruppe E/III lt. DO.A

genüber waren etwa im Bundesdienst z.B. Abteilungsleitungen in Bundesministerien¹⁵⁰ öffentlich auszuschreiben.

In der Folge führten die überprüften Sozialversicherungsträger über die gesetzlichen Vorschriften hinaus nur in Ausnahmefällen – bzw. in der untersuchten Personengruppe gar keine – externe Ausschreibungen durch. Der RH wies darauf hin, dass die Sozialversicherungsträger bei externer Ausschreibung von Stellen im Durchschnitt aus einem deutlich größeren Bewerberkreis auswählen konnten und – soweit analysierbar – bei rund einem Drittel der Stellenbesetzungen nur eine Bewerberin bzw. ein Bewerber zur Verfügung stand.

Der RH hob positiv hervor, dass die AUVA offene Stellen auch über die Anforderungen der Dienstordnung hinaus intern bekannt machte, hielt jedoch kritisch fest, dass sie – entgegen ihren eigenen Vorgaben – keine vollständigen Unterlagen zur Zahl der Bewerberinnen und Bewerber vorlegen konnte.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, offene Stellen verstärkt intern und extern bekannt zu machen. Dabei regte er an, Führungsfunktionen ab der Ebene von Abteilungsleitungen – analog zur Regelung des Ausschreibungsgesetzes 1989 – grundsätzlich extern auszuschreiben, um mehr Transparenz und Durchlässigkeit zu erzeugen und damit Compliance-Risiken beizukommen.

105.3

(1) Laut Stellungnahme der AUVA widerspreche die empfohlene vermehrte externe Ausschreibung der Empfehlung des RH, mit dem Abschluss von Sonderverträgen noch sorgsamer als bisher umzugehen. Gerade die Übernahme von Führungsfunktionen ab der Ebene der Abteilungsleitungen müsse eine gewisse Berufserfahrung voraussetzen. Erst bei entsprechender Erfahrung könne nachvollziehbar und schlüssig von entsprechenden Führungsqualitäten ausgegangen werden. Dies bedinge aber, dass Vordienstzeiten über die anrechenbare Höchstanzahl von fünf Jahren hinaus vorlägen, die wiederum nur durch einen Sondervertrag angerechnet werden könnten.

(2) Die BVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, aufgrund der Empfehlung des RH in den letzten Monaten vermehrt Leitungsfunktionen auch extern bekannt gemacht zu haben. Sie halte derartige Ausschreibungen allerdings nicht in allen Fällen für zielführend: Wenn es z.B. zu einer Neubesetzung der Leitung der Abteilung Behandlungsbeiträge komme, sei nicht anzunehmen, dass über eine externe Ausschreibung auswärtige Bewerberinnen und Bewerber mit dem erforderlichen Fachwissen gefunden werden könnten.

¹⁵⁰ soweit sie mindestens der Funktionsgruppe 5 der Verwendungsgruppe A1 zugeordnet waren (§ 2 Abs. 1 Ausschreibungsgesetz 1989)

(3) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme ausführte, komme sie den Bestimmungen des ASVG und der Dienstordnung vollinhaltlich nach. Um ein breiteres Bewerberpektrum zu erhalten, schreibe sie anlassbezogen Führungsfunktionen extern aus (z.B. Ärztliche Leitung einer Sonderkrankenanstalt).

Sie erachte es als nicht sinnvoll, jede Führungsfunktion extern bekannt zu machen, da für die Mehrzahl der Funktionen sehr gute Kenntnisse der Organisationsstruktur und der Arbeitsabläufe der PVA, der in Verwendung stehenden EDV-Anwendungen, des Versicherungs- und Leistungsrechts samt Nebengesetzen erforderlich seien. Externe Bewerberinnen und Bewerber könnten diese Voraussetzungen in der Regel nicht besser erfüllen als die eigenen hochqualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

105.4

(1) Der RH entgegnete der AUVA, dass vermehrte externe Stellenausschreibungen der Transparenz und Durchlässigkeit dienen. Einer restriktiven Nutzung von Sonderverträgen stand diese Empfehlung nicht entgegen. So war bspw. eine verbesserte Durchlässigkeit zwischen Sozialversicherungsträgern auch ohne Sonderverträge möglich, da nach den Bestimmungen der Dienstordnung Vordienstzeiten bei Sozialversicherungsträgern bei der Einstufung zur Gänze anzurechnen waren.¹⁵¹

(2) Gegenüber der BVA und PVA betonte der RH, dass auch im Bundesbereich (wie auch in der Privatwirtschaft) spezifische EDV-Applikationen und Verwaltungsabläufe sowie spezifisches Fachwissen in Anwendung waren und trotzdem eine öffentliche Ausschreibung vorgesehen und zweckmäßig war. Häufig ermöglichten externe Perspektiven gerade hier einen neuen Blick, Innovationen oder das Lernen von anderen Organisationen. Ob die Vorteile der Kenntnis des bestehenden Systems oder der Erfahrung in anderen Bereichen überwiegen, wäre im jeweiligen Fall (im Rahmen der Bewerbungsverfahren) zu prüfen.

Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber; Dokumentation der Entscheidung

106.1

(1) Die Analyse ausgewählter Einzelfälle durch den RH machte eine uneinheitliche Vorgehensweise innerhalb des einzelnen Sozialversicherungsträgers bei der Auswahl von Bewerberinnen und Bewerbern ersichtlich.

(2) Die Zusammensetzung von Hearingkommissionen bei der AUVA wich teilweise von den Vorgaben ab. Die AUVA befristete Besetzungen in Einzelfällen ohne Angabe des Befristungsdatums. Die Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen war aufgrund unvollständiger Dokumentation beeinträchtigt; so waren bspw. Bewertungsbögen von Hearings trotz Dokumentationspflicht im Nachhinein nicht zentral auffindbar. In einem Fall ordnete eine Direktorin die Ausschreibung einer Stelle an,

¹⁵¹ § 13 Abs. 1 Z 1 DO.A

obwohl noch nicht entschieden war, dass die Stelle frei werden würde. Zudem gingen bei der AUVA – trotz anderslautender Vorgaben in den detaillierten Dienstabweisungen – Bewerbungen mitunter nicht zentral bei der Personalabteilung, sondern direkt bei der Fachabteilung ein, worüber die zuständige Personalabteilung erst später Kenntnis erlangte.

(3) Die BVA besetzte die Hearingkommissionen uneinheitlich und handhabte Personalentscheidungsverfahren bis zur Vorgabe des Generaldirektors im Dezember 2014 unterschiedlich. In vier Fällen erhielten Bedienstete eine Stelle – die es vorher nicht gegeben hatte –, ohne sich dafür beworben zu haben. Von Ausnahmefällen abgesehen enthielten die Besetzungsschreiben bei einer befristeten Besetzung keine Information über das Ende der Befristung.

(4) Die PVA besetzte die Hearingkommissionen ebenfalls uneinheitlich.

106.2

Der RH kritisierte, dass die AUVA, die BVA und die PVA kein stringentes Prozedere für die Personalauswahl hatten. So war nach Ansicht des RH die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der einzelnen Auswahlentscheidungen wesentlich beeinträchtigt.

Der RH kritisierte insbesondere, dass bei der AUVA wesentliche Unterlagen zur Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen (z.B. die Ergebnisse der Bewertung von Bewerberinnen und Bewerbern in Hearings) fehlten. Bei der BVA kritisierte der RH, dass Stellen ohne entsprechende Ausschreibung bzw. Bewerbung besetzt wurden.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, einheitliche Prozesse zur Personalauswahl und zur Dokumentation der Auswahlentscheidung zu schaffen und dabei insbesondere Aspekte der Nachvollziehbarkeit und Transparenz zu beachten.

106.3

(1) Die AUVA verwies in ihrer Stellungnahme auf die diesbezüglich bereits umgesetzten Maßnahmen (Bewerberakt, Personalfragebogen bei Neuaufnahmen).

(2) Laut Stellungnahme der BVA führe sie bereits seit 2014 strukturierte Auswahlgespräche.

(3) Die PVA verwies auf ihre Ausschreibungsdatenbank, in welcher sie seit Jahren für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einsehbar alle gemäß ASVG und Dienstordnung vorgesehenen Ausschreibungen intern veröffentliche: Sämtliche Bewerbungen würden in dieser Datenbank dokumentiert, das Einlangen einer Bewerbung der Bewerberin bzw. dem Bewerber per E-Mail bestätigt, die Besetzungen für alle einsehbar kundgemacht.

Vergütungssystem

Allgemeines

107.1 Die Vergütung in der Sozialversicherung basierte auf der Dienstordnung, die je nach Funktion und Dienstalter das Gehalt der Bediensteten festlegte. Die dort vereinbarten Beträge galten grundsätzlich als Unter-, aber auch als Obergrenze. Personenbezogene Abweichungen aus diesem System der fixen Begrenzung der Entlohnung waren nur sehr eingeschränkt möglich; individuelle Erhöhungen des Bezugs waren lediglich über Sonderverträge, Belohnungen und Prämien sowie außerordentliche Vorrückungen vorgesehen.

107.2 Der RH hielt fest, dass die Dienstordnung der überprüften Sozialversicherungsträger grundsätzlich eine klare Regelung der Vergütung für alle Bediensteten enthielt. Er untersuchte im Folgenden die Möglichkeiten, von der Dienstordnung in Einzelfällen abzuweichen.

Höherreihung von Akademikerinnen und Akademikern

108.1 (1) Laut Dienstordnung konnte ein Sozialversicherungsträger bestimmte Akademikerinnen und Akademiker, denen dauernd die eigenverantwortliche Bearbeitung eines bestimmten, ihrem abgeschlossenen Studium entsprechenden Sachgebiets zur alleinigen und selbstständigen Erledigung übertragen war, in eine festgelegte höhere Gehaltsstufe einreihen.¹⁵²

(2) Die AUVA nahm die Höherreihung von Akademikerinnen und Akademikern nach fünf Jahren facheinschlägiger Tätigkeit grundsätzlich immer vor, ohne dabei näher auf die Qualität der individuellen Leistung abzustellen.

(3) Das Vorgehen der BVA war restriktiver: Sie nahm Höherreihungen nur in Einzelfällen als Auszeichnung für hervorragende Leistungen vor. Die letzte derartige Höherreihung erfolgte im Jahr 2011.

(4) Der Vorstand der PVA hatte im Jahr 2003 beschlossen, künftig keine derartigen Höherreihungen mehr vorzunehmen, und hatte dies auch entsprechend umgesetzt.

108.2 Der RH wies darauf hin, dass die drei Sozialversicherungsträger die Möglichkeit der Höherreihung von Akademikerinnen und Akademikern sehr unterschiedlich nutzten: die AUVA als Automatismus, die BVA als selten gewährte Bonifikation und die

¹⁵² § 37 Abs. 7 DO.A

PVA seit 2003 nicht mehr. Der RH hielt sowohl die Vorgehensweise der BVA als auch der PVA aus Gründen der Sparsamkeit für nachvollziehbar.

Er kritisierte die automatische Gewährung von Höherreihungen bei der AUVA und empfahl der AUVA, die laut Dienstordnung mögliche Höherreihung von Akademikerinnen und Akademikern nur in begründeten Einzelfällen einzusetzen.

108.3 Die AUVA wies in ihrer Stellungnahme auf die jüngste Änderung der Dienstordnung hin, wodurch die Empfehlung des RH nunmehr gegenstandslos sei.

108.4 Der RH hielt fest, dass die mittlerweile erfolgte Novelle der Dienstordnung¹⁵³ die Möglichkeit einer Höherreihung in bestimmten Fällen auch auf Bedienstete erstreckte, die mehrjährige einschlägige Erfahrung, aber keinen akademischen Abschluss aufwiesen. Dafür musste eine sehr gute Dienstbeschreibung vorliegen, die Höherreihung war auf drei bis fünf Jahre zu befristen.

Entgegen der Argumentation der AUVA war nach Ansicht des RH aufgrund dieser Änderung (Ausweitung des Personenkreises) umso mehr – wenn auch unter genauer definierten Voraussetzungen – darauf Bedacht zu nehmen, eine Höherreihung nur in Einzelfällen und nicht als Automatismus zu gewähren.

Auseinanderfallen von Gehalt und Funktion

109.1 (1) Bei den vom RH überprüften Einzelfällen der AUVA wich in einem Fall das tatsächlich bezahlte Gehalt von jenem ab, das aufgrund der Funktion zugestanden wäre.

(2) Unter den vom RH näher überprüften Einzelfällen der BVA waren vier Personen, denen die BVA mehr bezahlte, als es der tatsächlich ausgeübten Funktion entsprach. Diese Personen hatten vorher höhere Funktionen ausgeübt, die in der Folge wieder neu besetzt wurden. Der dadurch entstehende Bruttomehrbezug lag insgesamt zwischen rd. 30.000 EUR und rd. 70.000 EUR pro Jahr.

(3) Bei der PVA waren in den überprüften Einzelfällen keine Abweichungen zwischen Gehalt und Funktion festzustellen.

109.2 Der RH kritisierte, dass bei der AUVA in einem und bei der BVA in vier Einzelfällen das tatsächlich bezahlte Gehalt über der Einreihung der ausgeübten Funktion lag. Dadurch entstand der AUVA und der BVA zusätzlicher Personalaufwand.

¹⁵³ § 37 Abs. 7a DO.A i.d.F. der 93. Änderung, in Kraft seit 1. Oktober 2016

Der RH empfahl der AUVA, der BVA sowie der PVA sicherzustellen, dass das Gehalt der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einreihung der ausgeübten Funktion entspricht.

109.3 (1) Laut Stellungnahme der AUVA sei der vom RH beanstandete Fall für sie nicht nachvollziehbar.

(2) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme anmerkte, sei sichergestellt, dass das Gehalt der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einreihung der ausgeübten Funktion entspreche. Die PVA trage allerdings auch Umständen Rechnung, die nicht nur in der Sphäre der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter liegen würden (z.B. Auffassung Angiografie), infolge derer die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderweitig eingesetzt, nicht freigesetzt und ihr bisheriges Gehalt weiter gezahlt würde. Eine Entgeltminderung wäre in solchen Fällen auch rechtlich nicht zulässig.

109.4 Gegenüber der AUVA erläuterte der RH, dass es sich im genannten Fall um eine Mitarbeiterin handelte, die für die gesamte Dauer ihrer Tätigkeit als Betriebsrätin eine Verwendungszulage erhielt. Eine nähere Begründung für die Verwendungszulage war in den Unterlagen zur Beschlussfassung nicht enthalten. Ursprünglich sollte in diesem Fall auf Vorschlag des Generaldirektors eine befristete Höherreihung in der Sitzung des Verwaltungsausschusses beantragt werden; dies basierte jedoch auf einer fehlerhaften Auslegung der Dienstordnung, weshalb letztlich eine Verwendungszulage gewährt wurde.

Führungszulagen

110.1 (1) Die Dienstordnung enthielt detaillierte Regelungen zur besonderen Vergütung von Führungsfunktionen. Diese erfolgte durch Zulagen, die als Prozentsatz des jeweiligen Basisgehalts bemessen waren. Für jede Position war eine Obergrenze des Prozentwerts festgelegt; die konkrete Höhe war durch den Dienstgeber zu bestimmen.¹⁵⁴

(2) Die AUVA und die BVA gewährten den Führungskräften ab deren Besetzung die maximale Zulagenhöhe gemäß Dienstordnung.

(3) Die PVA hatte zu Führungszulagen eine Richtlinie erlassen. Demnach fiel die Führungszulage generell nicht mit Bestellung im Höchstmaß an, sondern sie erhöhte sich stufenweise mit Dauer der Ausübung der Funktion. Beispielsweise erhielten Abteilungsleiterinnen und Abteilungsleiter bei ihrer Bestellung eine Funktionszulage von 15 %, bei Bewährung nach vier Jahren 20 %, nach je weiteren zwei

¹⁵⁴ §§ 42 bis 44 DO.A. Beispielsweise war den jeweiligen Generaldirektorinnen bzw. Generaldirektoren der AUVA, der BVA und der PVA eine Leitungszulage von maximal 80 % ihrer ständigen Bezüge zu gewähren (§ 42 Abs. 1 lit. 1a DO.A).

Jahren 25 % bzw. 30 %. Das Höchstmaß von 30 % fiel somit nach acht Jahren bewährter Tätigkeit an.

110.2

Der RH wies darauf hin, dass die Dienstordnung den Sozialversicherungsträgern erheblichen Spielraum bei der Bemessung der individuellen Führungszulagen ihrer Bediensteten gewährte. Er anerkannte, dass die PVA die volle Gewährung der Funktionszulage an die Bewährung in der Tätigkeit knüpfte und kritisierte, dass die AUVA und die BVA die Spielräume nicht für eine Anreizwirkung nutzten.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, die Spielräume bei der Gewährung von Führungszulagen nach sachlichen Kriterien (z.B. Arbeitsanfall, Führungsspanne, Bewährung in der Funktion) zu nutzen.

110.3

(1) Laut Stellungnahme der AUVA differenziere sie bei der Gewährung der Funktionszulage zwischen Führungskräften der Haupt- und der Landesstellen. Da den Führungskräften der Hauptstelle auch eine Koordinationsfunktion gegenüber den korrespondierenden Organisationseinheiten (Gruppen) der Landesstellen zukomme, gebühre den Abteilungsleitungen der Hauptstelle eine um 5 % höhere Funktionszulage.

Jedoch differenziere die AUVA aus gleichbehandlungsrechtlichen Erwägungen nicht innerhalb der Landesstellen bzw. innerhalb der Hauptstelle. Wichtig sei die Wahrnehmung der Führungsrolle unabhängig von der Größe der Organisationseinheit. Der Arbeitsanfall für die Organisationseinheit habe keine direkten Auswirkungen auf die Qualität der Führungsarbeit.

Die Bewährung in der Funktion werde einerseits durch eine befristete Betrauung (auf 2 Jahre) bei erstmaliger Übernahme sichergestellt, andererseits durch eine stufenweise Anhebung der Funktionszulage.

Jüngst sei in der Dienstordnung eine Differenzierung der Höhe der Funktionszulagen von Abteilungsleitungen je nach Größe des Sozialversicherungsträgers verworfen worden. Aufgrund der zunehmenden Herausforderungen für Führungskräfte sei es nicht mehr sachlich vertretbar, unter den einzelnen Trägern ein unterschiedliches Höchstausmaß der Funktionszulage für ein und dieselbe Verwendung in der Dienstordnung vorzugeben.

(2) Die PVA sagte in ihrer Stellungnahme die Prüfung zu, ob Arbeitsanfall und Führungsspanne generell oder anlassbezogen zu unterschiedlichen Bewährungszeiträumen führen sollten.

110.4

Der RH wies gegenüber der AUVA darauf hin, dass die Dienstordnung nach wie vor in vielen Bestimmungen nach Größe des Sozialversicherungsträgers und der Organisationseinheit differenzierte, so beispielsweise beim Ausmaß der Leitungszulage für Generaldirektorinnen und Generaldirektoren bzw. deren Stellvertretungen oder auch bei den Bereichsleitungszulagen auf Ebene der Direktorinnen und Direktoren.

Sonderverträge

111.1

(1) Die Sozialversicherungsträger hatten gemäß Dienstordnung die Möglichkeit, mit einzelnen Angestellten Verträge abzuschließen, die diese Angestellten gegenüber der Dienstordnung begünstigten (sogenannte Sonderverträge). Diese bedurften der vorherigen Zustimmung des Hauptverbands.¹⁵⁵ Die Rahmenbedingungen für die Erteilung der Zustimmung waren im Hauptverband generell geregelt. Alle drei überprüften Sozialversicherungsträger schlossen Sonderverträge ab.

(2) Die AUVA schloss im Jahr 2010 mit 15 Angestellten in Zuge einer Organisationsänderung von der Dienstordnung abweichende Altersteilzeitvereinbarungen ab. Darüber hinaus erließ sie im Jahr 2014 eine Dienstanweisung, die – abweichend von der ursprünglich restriktiveren Vorgehensweise – ermöglichen sollte, qualifizierten Bewerberinnen und Bewerbern eine marktorientierte Entlohnung über die zusätzliche Anrechnung von Vordienstzeiten zu bieten, und die das nähere Prozedere dafür regelte. Dementsprechend beschloss die AUVA in den Jahren 2014 und 2015 vier Sonderverträge unter Anrechnung zusätzlicher Vordienstzeiten¹⁵⁶ für einen technischen Betriebsleiter, eine Mitarbeiterin der Pressestelle, eine Organisationsassistentin im Bereich der Generaldirektion sowie ein fachkundiges Organ. Die zusätzlich angerechneten Vordienstzeiten betragen zwischen rund acht und rd. 18 Jahren. Der Hauptverband stimmte diesen Dienstverträgen zu.

Die höchste außerordentliche Vordienstzeitanrechnung per Sondervertrag (zusätzliche rd. 18 Jahre) erhielt eine Organisationsassistentin in der Generaldirektion, deren Anforderungsprofil im Wesentlichen die absolvierte Matura und allgemeine organisatorische und soziale Fähigkeiten umfasste. Tatsächlich verfügte die ausgewählte Bewerberin über langjährige Erfahrungen als Assistentin des Vorsitzenden einer parteipolitischen Organisation.

(3) Die BVA rechnete in drei im Jahr 2015 abgeschlossenen Sonderverträgen akademischen Psychotherapeutinnen einer Eigenen Einrichtung zusätzliche Vordienstzeiten von jeweils rund zwei Jahren an. Die BVA begründete dies mit einer genau für

¹⁵⁵ § 1 Abs. 8 DO.A

¹⁵⁶ Die Anrechnung von Vordienstzeiten war für die Einstufung in das Gehaltsschema, das Ausmaß des Erholungsurlaubs und andere auf der Dienstzeit beruhende Ansprüche relevant (§§ 12 ff. DO.A).

diese Berufsgruppe geltenden Lücke in der Dienstordnung. Der Hauptverband stimmte diesen Sonderverträgen zu.

(4) Bei der PVA lagen insgesamt vier zwischen 2007 und 2014 abgeschlossene Sonderverträge vor. Die PVA rechnete darin dem Generaldirektor, einem seiner ständigen Stellvertreter, einem Direktor und einem stellvertretenden Abteilungsleiter zusätzliche Vordienstzeiten an. Das Ausmaß der außerordentlich angerechneten Vordienstzeiten betrug pro Person zwischen rund drei und rund zehn Jahren. Der Hauptverband stimmte diesen Sonderverträgen zu.

(5) In mehreren Fällen erfolgte der Dienstantritt der Angestellten mehrere Monate vor der Beantragung eines Sondervertrags; diese wurden rückwirkend abgeschlossen. Die PVA bezahlte den Betroffenen vorschussweise bereits erhöhte Bezüge, wobei die Verpflichtung zur Rückzahlung bei allfälliger Ablehnung des Sondervertrags schriftlich vereinbart war. Die BVA gewährte vor Abschluss der Sonderverträge keine erhöhten Bezüge, sondern eine Nachzahlung. Die AUVA achtete in der Regel auf einen Abschluss der Sonderverträge vor Arbeitsbeginn.

111.2

Der RH hielt fest, dass alle drei überprüften Sozialversicherungsträger Sonderverträge abschlossen. Die Anzahl der Sonderverträge war zwar gering, der RH wies jedoch kritisch darauf hin, dass der Einsatz der Sonderverträge nicht immer nachvollziehbar war:

Der RH wies kritisch darauf hin, dass die AUVA die Sonderverträge breiter einsetzte; so waren sowohl die Anzahl der Sonderverträge als auch das Ausmaß der damit angerechneten Vordienstzeiten höher als bei den anderen beiden Sozialversicherungsträgern. Weiters traf die AUVA durch eine Dienstanweisung Vorkehrungen für eine vermehrte Anwendung erhöhter Vordienstzeitanrechnung. Der RH erachtete zudem die Anrechnung von 18 Jahren Vordienstzeit bei Anstellung einer Organisationsassistentin mit den Anforderungen von Matura und allgemeinen organisatorischen und sozialen Fähigkeiten bei der AUVA als unangemessen hoch.

Bei der BVA betrafen die Sonderverträge eine bestimmte Berufsgruppe. Dies sollte nach Ansicht des RH mittelfristig in der Dienstordnung allgemein geregelt werden.

Bei der PVA profitierten von Sonderverträgen ausschließlich Führungskräfte und insbesondere solche der obersten Führungsebene.

Nach Ansicht des RH sollte sich die Anrechnung von Vordienstzeiten an der erforderlichen Qualifikation orientieren.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und PVA, Sonderverträge auf Ausnahmefälle zu beschränken und sich bei der Anrechnung von Vordienstzeiten am konkreten Bedarf des Sozialversicherungsträgers und an den Anforderungen einer sparsamen Verwaltung zu orientieren.

111.3

(1) Laut Stellungnahme der AUVA könne dann, wenn interne Bewerberinnen und Bewerber mit entsprechender Qualifikation nicht zur Verfügung stünden, im Wege eines Sondervertrags auf die Situation am Arbeitsmarkt reagiert werden. Positionen, die eine besondere Qualifikation erforderten oder denen eine besondere Vertrauensstellung innewohne, könnten mitunter zu den normalen (starrten) Anrechnungsbestimmungen (maximal fünf Jahren sozialversicherungsfremde Dienstzeiten) nicht besetzt werden.

Auch bei interner Besetzung müsse jene Zielgruppe, die für die zu vergebende Position in Betracht komme, über ein gewisses Ausmaß an Berufserfahrung in der AUVA verfügen, sodass auch bei interner Besetzung eine hohe Bezugsstufe zu bezahlen wäre.

Im Fall der angesprochenen Organisationsassistentin hätten sich ausschließlich externe Personen (insgesamt acht) beworben; davon hätten lediglich drei über entsprechende Vorkenntnisse/Berufserfahrung verfügt. Die bestqualifizierte Bewerberin habe aufgrund ihres Alters eine beträchtliche Anzahl einschlägiger Vordienstzeit angesammelt. Gerade diese Erfahrung bilde der Sondervertrag ab. Eine solcherart sachlich begründete Entscheidung liege in der Gestion der Sozialversicherungsträger, andernfalls sie nur zweit- oder drittklassige Beschäftigte einstellen könnten.

(2) Die BVA ergänzte in ihrer Stellungnahme, dass im Falle der drei Sonderverträge im Rahmen regulärer Dienstverträge – aufgrund der einschränkenden Dienstordnungsbestimmungen – nicht genügend Vordienstzeiten angerechnet würden. Um die Bewerberinnen dennoch für das Haus gewinnen zu können, habe die BVA diese zusätzlichen Vordienstzeiten in den Sonderverträgen angerechnet.

(3) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme hervorhob, erhielten bereits derzeit Bedienstete nur in Ausnahmefällen einen Sondervertrag. Dabei seien ausschließlich Vordienstzeiten für externe Bewerberinnen und Bewerber angerechnet und keine kollektivvertragliche Überzahlung gewährt worden. Da gemäß der Dienstordnung nur maximal acht Jahre an sozialversicherungsfremden Vordienstzeiten und Schulzeiten angerechnet werden könnten, könnten hochqualifizierte externe Bewerberinnen und Bewerber nicht ihren Erfahrungen und ihrem Wissen entsprechend entlohnt werden. Sollte die PVA den Empfehlungen des RH folgen und vermehrt Führungsfunktionen extern besetzen wollen, sei davon auszugehen, dass die An-

zahl der Sonderverträge entweder steige oder Bewerberinnen und Bewerber mangels ausreichender Entlohnung die Bewerbungen zurückziehen.

111.4

Der RH begrüßte, dass die AUVA, die BVA und die PVA den vom RH in seiner Empfehlung genannten Grundsatz (Sonderverträge nur im Ausnahmefall) befürworteten. Er wies darauf hin, dass die Stellungnahmen der AUVA und der PVA im Übrigen zwar auf das allgemeine Spannungsverhältnis zwischen Qualifikation und Entlohnung hinwiesen, aber nicht auf die konkreten Problemfälle der Nachvollziehbarkeit der Einzelfälle eingingen. Der RH hob hervor, dass die Beschränkung der Sonderverträge auf das notwendige Ausmaß gerade aus Compliance-Gesichtspunkten insbesondere die schlüssige Argumentation im Einzelfall (konkreter Bedarf, Anzahl und Qualifikation der Bewerberinnen und Bewerber, Marktsituation) erforderte und verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Belohnungen, Prämien und außerordentliche Vorrückungen

112.1

(1) Laut Dienstordnung konnte der Vorstand im Einzelfall einmalige Belohnungen für außerordentliche Leistungen sowie Prämien für Verbesserungsvorschläge gewähren.¹⁵⁷ Auch außerordentliche Vorrückungen waren zulässig.¹⁵⁸

(2) Die AUVA vergab im überprüften Zeitraum 2012 bis 2014 eine Belohnung an einen Dienstnehmer (Weitergabe einer Lehrlingsförderung der Wirtschaftskammer) und gewährte 16 Personen aus dem Küchenpersonal aufgrund einer Umstrukturierung eine außerordentliche Vorrückung um eine Stufe.

(3) Bei der BVA gab es im überprüften Zeitraum weder Belohnungen noch Prämien oder außerordentliche Vorrückungen für die Angestellten.

(4) Die PVA leitete im überprüften Zeitraum die Lehrlingsförderung der Wirtschaftskammer an die jeweiligen Lehrlinge weiter. Weitere Belohnungen, Prämien oder außerordentliche Vorrückungen gab es nicht.

112.2

Der RH bewertete positiv, dass AUVA, BVA und PVA im überprüften Zeitraum nur in besonderen Einzelfällen mit entsprechender Begründung Belohnungen, Prämien und außerordentliche Vorrückungen gewährten.

¹⁵⁷ § 35 Abs. 9 DO.A

¹⁵⁸ § 40 Abs. 8 DO.A

Außerdienststellungen und Entlassungsmanagement

113.1 (1) Die überprüften Sozialversicherungsträger verzichteten in den Jahren 2012 bis 2014 in mehreren Fällen auf die Dienstleistung einzelner Bediensteter bei aufrechten Bezügen, teils aus gesundheitlichen Gründen, teils als präventive Maßnahmen im Zuge eventuell bevorstehender oder bereits erfolgter Kündigungen oder Entlassungen.

(2) Die AUVA stellte acht Bedienstete für in Summe 349 Arbeitstage dienstfrei. In der AUVA gab es einen „Laufzettel“ für die Beendigung des Dienstverhältnisses. Durch mangelhafte Dokumentation war etwa die Deaktivierung der Zutrittsberechtigung nicht immer lückenlos nachvollziehbar.

(3) Die BVA stellte vier Bedienstete für in Summe 178 Tage dienstfrei. Es gab keinen formal standardisierten Prozess der Beendigung des Dienstverhältnisses, lediglich eine Checkliste für die Personaladministration.

(4) Die PVA stellte 17 Bedienstete für in Summe 772 Tage dienstfrei. Es gab eine Checkliste für den Austritt von Bediensteten, eine zentrale Dokumentation war nicht geregelt.

113.2 Der RH merkte kritisch an, dass die AUVA, die BVA und die PVA im Zeitraum 2012 bis 2014 in Summe an rd. 1.300 Personentagen bei aufrechten Bezügen auf die Dienstleistung von Bediensteten verzichteten. Der RH kritisierte weiters, dass es nur unzureichend festgelegte Prozesse für die Außerdienststellung von Bediensteten gab und die jeweils gesetzten Maßnahmen nicht ausreichend dokumentiert waren.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, nur in unbedingt erforderlichen Ausnahmefällen auf die Dienstleistung von Bediensteten bei laufenden Bezügen zu verzichten. Der RH empfahl weiters, ein Entlassungsmanagement mit zentral dokumentierten Maßnahmen zu schaffen und verbindlich für alle Bereiche festzulegen.

113.3 (1) Laut Stellungnahme der AUVA komme es in jedem Einzelfall von Dienstfreistellungen bei laufendem Bezug zu einer genauen Abwägung. Die AUVA verzichte – bei Fortzahlung der Bezüge – nur dann auf die Dienstleistung, wenn es zur Schadensbegrenzung notwendig sei. Unter Schadensbegrenzung sei u.a. auch die Wahrung der Interessen der unmittelbar betroffenen Kolleginnen und Kollegen und somit die Wahrung bzw. die Wiedererlangung des Betriebsfriedens zu verstehen.

(2) Die BVA merkte in ihrer Stellungnahme an, dass es sich bei den Dienstfreistellungen ausnahmslos um unbedingt erforderliche Ausnahmefälle gehandelt habe

(äußerst konfliktbeladene Konfrontationen mit den betroffenen Bediensteten). Eine Belassung im Dienst sei nicht verantwortbar gewesen.

(3) Die PVA sagte in ihrer Stellungnahme zu, nur in unbedingt erforderlichen Ausnahmefällen auf die Dienstleistung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu verzichten. Die 17 Fälle in den Jahren 2012 bis 2014 seien angesichts der über 7.000 Dienstverhältnisse in der PVA als gering zu bezeichnen. Im Übrigen gebe es auch gesetzliche Verpflichtungen, auf die Dienstleistung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei laufenden Bezügen zu verzichten, z.B. im Hygienerecht.

Für sämtliche Entlassungen sei in der PVA eine einheitliche Vorgangsweise gewährleistet.

Befangenheiten und Interessenkonflikte

Befangenheit bei familiärem Naheverhältnis

114.1

(1) Bei jedem Sozialversicherungsträger war laut Dienstordnung ein Personalausschuss einzurichten. Diesem war zwei Mal jährlich die Anstellung von Personen mit familiärem Naheverhältnis¹⁵⁹ zur Kenntnis zu bringen.

In der AUVA war kein Personalausschuss eingerichtet. Jener der BVA tagte regelmäßig und wurde entsprechend informiert. Der Personalausschuss der PVA tagte nicht regelmäßig, eine Meldung an die Mitglieder erging ein bis zwei Mal jährlich.

(2) Nach der Dienstordnung durften Personen mit familiärem Naheverhältnis einander nicht unmittelbar untergeordnet sein bzw. einander nicht kontrollieren.

Die AUVA und die PVA fragten bestehende familiäre Naheverhältnisse beim Eintritt neuer Bediensteter ab, erfassten diese allerdings nicht systematisch, sodass eine umfassende Kontrolle der Einhaltung der Dienstordnung nicht möglich war. Die BVA erfasste bestehende familiäre Naheverhältnisse laufend in einer eigenen Liste. Sie hielt die Vorgaben hinsichtlich direkter Unterordnung ein.

(3) Weitere Befangenheitsregelungen im Falle familiärer Naheverhältnisse – z.B. wie Befangenheiten bei sachlichen oder personellen Entscheidungen bei mittelbarer Unterordnung vermieden werden können oder wie bei familiären Naheverhältnissen mit den obersten Führungsorganen und deren gegebenenfalls nicht delegierbaren Aufgaben umgegangen werden soll – waren weder in der Dienstordnung

¹⁵⁹ § 3 Abs. 4 DO.A: Eheleute und eingetragene Partnerinnen und Partner; in gerader Linie im ersten Grad: Verwandtschaften, verschwägte Personen, Adoptivverhältnisse und Wahlverwandtschaften

noch in anderen Richtlinien des Hauptverbands oder der AUVA, der BVA oder der PVA geregelt.

Gewisse Personalagenden waren in der Dienstordnung letztlich der Generaldirektorin bzw. dem Generaldirektor (bzw. den Stellvertreterinnen und Stellvertretern) zugewiesen, weshalb eine (mittelbare) Überordnung gegenüber allen Bediensteten und somit auch gegenüber Ehepartnerinnen und Ehepartnern gegeben wäre. Dies war in der BVA relevant, wobei dem RH jedoch keine problematischen Einzelentscheidungen zur Kenntnis gelangten. Eine schriftliche Dokumentation von Vertretungsregelungen, um Interessenkonflikte auszuschließen, lag nicht vor.

(4) In der PVA wurde im Falle einer kurzfristigen mittelbaren Unterordnung zwischen Eheleuten ersichtlich, dass die Regelungen der Dienstordnung Befangenheiten nicht ausreichend ausschlossen; die PVA nahm eine organisatorische Änderung im Einzelfall vor. Eine allgemeine Regelung traf sie nicht. Durch Vertretungsregeln bestanden an einzelnen Tagen in Einzelfällen Über- und Unterordnungen zwischen Eheleuten in den Führungsebenen, wobei dem RH keine problematischen Einzelentscheidungen zur Kenntnis gelangten.

114.2

(1) Der RH kritisierte, dass die AUVA und die PVA keine aktuelle und vollständige Liste mit familiären Naheverhältnissen ihrer Bediensteten vorlegen konnten. Die Einhaltung der Vorgaben zu Befangenheiten war dadurch nicht kontrollierbar.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, bestehende und neue familiäre Naheverhältnisse laufend zu erheben, gesammelt zu dokumentieren, dem Personalausschuss entsprechend der Dienstordnung vorzulegen und dies in ein Compliance Management System zu implementieren.

(2) Der RH kritisierte, dass die Dienstordnung nicht alle Fälle von Befangenheiten aufgrund familiärer Naheverhältnisse und nur eine direkte Unterordnung von Personen mit familiärem Naheverhältnis ausschloss.

Der RH empfahl daher dem Hauptverband, seine Kompetenz zur Erlassung von Richtlinien wahrzunehmen und die Vermeidung von Befangenheiten bei familiären Naheverhältnissen umfassend zu regeln.

(3) Der RH kritisierte weiters, dass in Einzelfällen durch Vertretungsregelungen Genehmigungswege mit Entscheidungen durch familiär nahestehende Personen entstanden waren. Er räumte ein, dass ihm keine konkreten problematischen Entscheidungen zur Kenntnis gelangt waren, hielt jedoch eine generelle Vermeidung derartiger Genehmigungswege für nötig.

Der RH empfahl daher der AUVA, der BVA und der PVA eine allgemeine Regelung, wonach eine Über- bzw. Unterordnung zwischen Personen mit familiärem Naheverhältnis auch im Vertretungsfall ausgeschlossen war.

114.3

(1) Laut Stellungnahme des Hauptverbands sei schon im bestehenden System darauf zu achten, dass keine Interessenkonflikte unentdeckt entstünden – z. B. im Geschäftsverkehr mit Dritten, im Beschaffungswesen, bei Gutachtertätigkeiten etc. Der Hauptverband verlange bei der Bestellung von Beraterinnen und Beratern (z.B. beim Erstattungskodex) einschlägige Erklärungen betreffend mögliche Interessenkonflikte. Der Hauptverband beabsichtige, diese Praxis beizubehalten und auszubauen.

(2) Die AUVA verwies in ihrer Stellungnahme auf ihre Ausführungen zu **TZ 98** (Einführung bzw. Änderung eines Personalfragebogens bei Neuaufnahme und Speicherung bzw. Auswertung). Im Übrigen sei § 3 Abs. 5 der Dienstordnung bei konsequenter Anwendung ausreichend.

(3) Die BVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, die vom RH geforderte Regelung bereits zu praktizieren. Sie werde sie nunmehr auch schriftlich erlassen.

(4) Laut Stellungnahme der PVA beachte sie die Regelung des § 3 Abs. 5 der Dienstordnung. An drei Tagen sei allerdings wie vom RH festgestellt ein Ehepartner mit der Vertretung des Vorgesetzten des anderen Ehepartners beauftragt gewesen, wobei nur an einem einzigen Tag beide gleichzeitig anwesend gewesen seien. Problematische Entscheidungen seien an diesem Tag nicht getroffen worden. Dennoch werde die PVA in Zukunft derartige Konstellationen vermeiden. Allerdings scheine bei Partnerschaften ohne Eheschließung eine Prüfung – ohne Eingriff in die Privatsphäre der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – nicht möglich. Die Dokumentation der familiären Beziehungen sei daher unvollständig. Auf die Problematik der indirekten Über- bzw. Unterordnung ging die PVA in ihrer Stellungnahme nicht ein. Auch sagte die PVA zu, in Hinkunft genauer auf die erforderlichen Informationen des Personalausschusses zu achten.

114.4

Der RH wies gegenüber der AUVA und der PVA neuerlich auf das Problem der indirekten Unterordnung hin: Die Dienstordnung ermöglichte z.B., dass ein Stellvertreter des Generaldirektors mit einer Abteilungsleiterin verheiratet war, wenn dazwischen die Funktion eines Direktors vorgesehen war. Dies war für den RH unbefriedigend: In diesem Fall würden Konflikte zwischen Abteilungsleiterin und Direktor vom Ehepartner der Abteilungsleiterin zu lösen sein. Der RH hielt daher die bestehende Regelung für nicht ausreichend und verblieb bei seiner Empfehlung.

Nebenbeschäftigung

115.1

(1) Die Dienstordnung untersagte grundsätzlich die Ausübung einer auf Erwerb gerichteten Nebenbeschäftigung. In begründeten Ausnahmefällen konnte diese aber von der Generaldirektorin bzw. vom Generaldirektor gestattet werden. Angestellte Ärztinnen und Ärzte durften eine Praxis (ohne Kassenvertrag) führen, sie waren meldepflichtig.

(2) Keiner der überprüften Sozialversicherungsträger verfügte über ein Konzept, in welchem Zusammenhang Nebenbeschäftigungen überprüft werden sollten (z.B. bei Befassung von Bediensteten im Geschäftsverkehr mit Dritten, als Ausschlussgrund für bestimmte Beschaffungsentscheidungen oder Gutachtertätigkeiten etc.). Weiters fehlte eine Risikoanalyse, bei welchen Tätigkeiten Interessenkonflikte vorlagen bzw. eine entsprechende allgemeine Regelung.

(3) Die AUVA genehmigte Nebenbeschäftigungen zunächst befristet; wenn nach einem Beobachtungszeitraum keine Beeinträchtigung dienstlicher Interessen festzustellen war, genehmigte sie die Nebenbeschäftigungen unbefristet. Die seit dem Jahr 2007 in SAP erfassten Nebenbeschäftigungen waren elektronisch auswertbar; davor genehmigte Nebenbeschäftigungen waren nicht lückenlos elektronisch erfasst bzw. auswertbar.

(4) Die BVA genehmigte Nebenbeschäftigungen sofort unbefristet und erfasste sie in SAP in elektronisch auswertbarer Form.

(5) Die PVA genehmigte Nebenbeschäftigungen fallbezogen befristet oder unbefristet. Die genehmigten Nebenbeschäftigungen waren im Personalakt in Papierform abgelegt und nicht zentral elektronisch auswertbar erfasst.

115.2

(1) Der RH kritisierte, dass bei den überprüften Sozialversicherungsträgern weder eine Risikoanalyse für Nebenbeschäftigungen noch Definitionen von Unvereinbarkeiten bzw. Vorgaben für die Nutzung der Aufzeichnungen über Nebenbeschäftigungen vorlagen.

Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, im Rahmen eines Compliance Management Systems eine Risikoanalyse für Unvereinbarkeiten bei Nebenbeschäftigungen durchzuführen, allgemeine Vorgaben über Unvereinbarkeiten zu treffen sowie die Nutzung der entsprechenden Aufzeichnungen zu regeln.

(2) Der RH kritisierte weiters, dass weder die AUVA noch die PVA über eine vollständige, zentral elektronisch auswertbare Liste aller gemeldeten Nebenbeschäftigungen verfügten.

Er empfahl der AUVA und der PVA, eine lückenlose Erfassung und eine zentrale elektronische Datenbankauswertbarkeit der Nebenbeschäftigungen sicherzustellen.

(3) Der RH hielt die Vorgehensweise der AUVA, Nebenbeschäftigungen zunächst befristet zu genehmigen, für sinnvoll.

Er empfahl der BVA und der PVA, diese Vorgehensweise für die eigene Organisation zu prüfen.

115.3

(1) Laut Stellungnahme der AUVA werde sie im Falle der Einrichtung eines Compliance Management Systems auch Unvereinbarkeiten bezüglich Nebenbeschäftigungen definieren. Sie habe die Nebenbeschäftigungen seit 2007 in SAP erfasst und aufgrund von Rückmeldungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die offizielle, schriftliche Aufforderung, bestehende oder neue Nebenbeschäftigungen zu melden, die Aufzeichnungen ergänzt und bereinigt.

(2) Die BVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie sämtliche Nebenbeschäftigungen nur mehr bis auf Widerruf genehmige. Darüber hinaus seien die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bewilligungsschreiben darauf hingewiesen worden, dass die Genehmigung widerrufen werde, wenn durch die Ausübung der nebenberuflichen Erwerbstätigkeit die dienstlichen Obliegenheiten vernachlässigt würden oder das Ansehen des Versicherungsträgers darunter leiden würde.

(3) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, würde die Mehrzahl der Nebenbeschäftigungen in den Sparten Gastronomie (z.B. Service), Sport (z.B. Fußballer mit Gage), Verkaufsberatung (z.B. Schmuckpartys), freiberufliche Therapie und Mithilfe in der Landwirtschaft beantragt. Nebenbeschäftigungen, die auch nur annähernd eine Unvereinbarkeit mit dem Geschäftsfeld der PVA vermuten ließen, würde sie genauestens prüfen und im Zweifel ablehnen.

Bei befristeten Dienstverhältnissen, kurzer Firmenzugehörigkeit oder bei geplanten Ausbildungen erteile die PVA Genehmigungen nur befristet. Ob bei generellen Befristungen der administrative Mehraufwand allfällige Vorteile kompensieren könne, werde sie prüfen. Den Informationsmehrwert einer Liste der genehmigten Nebenbeschäftigungen könne die PVA nicht erkennen, da Unvereinbarkeiten eine Genehmigung ausschließen würden. Sie komme aber der Dokumentationspflicht durch Ablage im Personalakt nach.

115.4

Der RH wies zur Stellungnahme der PVA darauf hin, dass Unvereinbarkeiten auch im Nachhinein auftreten könnten, z.B. anlässlich von Beschaffungsvorgängen oder sonstigen Vertragsbeziehungen. Eine entsprechende Liste könnte z.B. beim Ab-

schluss von Verträgen mit einem bestimmten Vertragspartner einen Abgleich der bestehenden Nebenbeschäftigungen ermöglichen. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Zusammenfassung Personal

116

Aus Compliance-Gesichtspunkten bestanden u.a. folgende Mängel im Bereich Personal:

- Keiner der drei Sozialversicherungsträger konnte Compliance-relevante Unterlagen im Bereich der Personalwirtschaft vollständig vorlegen. (TZ 98)
- Der Dienstpostenplan sollte einen betriebswirtschaftlich sparsamen Personalstand fördern, er musste auch an den Hauptverband gemeldet werden. Konkretere Regelungen – bspw. zu einem verpflichtenden Soll-Ist-Vergleich – fehlten jedoch, ein trägerübergreifender Dienstpostenvergleich fand nicht statt, bei Überschreitungen des Dienstpostenplans oder Auffälligkeiten bei seiner Ausgestaltung gab es keine Rückmeldungen des Hauptverbands oder Konsequenzen. (TZ 100, TZ 101, TZ 102)
- Lediglich die AUVA konnte detaillierte verbindliche Regelungen zum Prozess der Stellenausschreibung und Stellenbesetzung vorlegen; bei der BVA und der PVA fehlten umfassende verbindliche Regelungen. Die Sozialversicherungsträger hatten in der Praxis kein stringentes Prozedere für die Personalauswahl, wodurch Nachvollziehbarkeit und Transparenz beeinträchtigt waren. Bei der BVA stellte der RH in Einzelfällen Stellenbesetzungen von Führungskräften ohne Ausschreibung und Bewerbung fest, bei der AUVA fehlten wesentliche Unterlagen zur Nachvollziehbarkeit der Personalentscheidungen. Externe Ausschreibungen offener Stellen wurden nur in wenigen Fällen durchgeführt. (TZ 103, TZ 104, TZ 105, TZ 106)
- Hinsichtlich des Vergütungssystems hielt der RH die Regelungen unter Compliance-Gesichtspunkten grundsätzlich für angemessen, jedoch die Kontrolle der Einhaltung bzw. die Stringenz der Anwendung für verbesserungsfähig, bspw. in Hinblick auf Sonderverträge oder die Höherreihung von Akademikerinnen und Akademikern. (TZ 107, TZ 108, TZ 109, TZ 110, TZ 111, TZ 112)
- Die Regelungen zu Befangenheiten und Interessenkonflikten durch familiäre Naheverhältnisse und durch Nebenbeschäftigungen waren aus Compliance-Gesichtspunkten nicht ausreichend. Auch die Dokumentation war mangelhaft. (TZ 114, TZ 115)

Beantwortung der Fragen des Prüfungsverlangens

117

(1) Die folgende Übersicht stellt dar, an welchen Stellen im Bericht der RH zu den Fragen des Prüfungsverlangens Stellung nimmt:

Tabelle 22: Antworten zu den Fragen des Prüfungsverlangens

Kapitel des Berichts											
	Compliance Managementsystem	Nicht prioritäre Dienstleistungen				Sonstige Vergaben				Personal	
		Medizinische Rehabilitation – Rechtsgrundlagen und Gebäudungsvolumen	Medizinische Rehabilitation – Genehmigung	Medizinische Rehabilitation – Auswahl Anbieter	weitere nicht prioritäre Dienstleistungen	grundlegende Vorgaben	Feststellungen zum Beschaffungsprozess	strategische Vorgaben	Risikomanagement und Kontrollsystem		
	Frage des Prüfungsverlangens										
		Verweis auf TZ zum Thema									
1)	Eignung der Rechtsgrundlagen und internen Vorgaben für										
a)	nicht prioritäre Dienstleistungen	24 bis 27		41 bis 69	70 bis 74						
b)	förmliche Vergabeverfahren					78 bis 80, 82, 91		76, 77, 92			
c)	Direktvergaben					78 bis 82, 91		76, 77, 92			
2)	Erfassung der Vorgaben für interne Kontrollrichtungen	6 bis 12, 14						94			
3)	Eignung der Vorgaben für interne Kontrollrichtungen	6 bis 12, 14						94			
4)	stichprobenweise Überprüfung von Vergaben			66					83 bis 90		
5)	Eignung und Umsetzung der Vorgaben für Bedarfsprüfungsverfahren			43 bis 56, 67							
6)	Anpassungsbedarf zu den genannten Regelungen	2 bis 23	24 bis 27	41 bis 69	70 bis 74	78 bis 82, 91	83 bis 90	76, 77, 92, 94	94		
	zusätzliche Feststellungen			28 bis 40			93				96 bis 116

Quelle: RH

(2) Hinsichtlich der Eignung der Rechtsgrundlagen bzw. der internen Vorgaben für die Durchführung von Vergaben (Frage 1) hielt der RH fest:

- Für nicht prioritäre Dienstleistungen fehlten Richtlinien des Hauptverbands, die abstrakten Kriterien der Vorgaben des § 141 BVergG waren nicht detailliert, eine Übersicht bzw. ein Risikomanagement für die über 17.000 Verträge nach vergabeberechtigten Kriterien fehlte und bei den Vorgaben für Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge im überprüften Zeitraum war ein Spannungsfeld mit den Grundsätzen der Transparenz und der Nichtdiskriminierung zu erkennen.
- Hinsichtlich der förmlichen Vergaben hielt der RH fest, dass grundsätzlich die Regelungen des Vergaberechts sehr detaillierte Vorgaben machten. Der RH vermisste jedoch eine strategische Zielsetzung und ein entsprechendes Vergabecontrolling.
- Hinsichtlich der Direktvergaben hielt der RH die Wertgrenzen-Regelung für teilweise problematisch; die Regelung zu den Vergleichsangeboten war zu großzügig. Es fehlte eine systematische Einarbeitung der Rückmeldungen der Kontrollsysteme (insbesondere der Innenrevision) in die Richtlinien und Vorgaben.

(3) Hinsichtlich der Verfügbarkeit und Eignung von Vorgaben für die interne Kontrolle (Fragen 2 und 3) wies der RH darauf hin, dass die überprüften Sozialversicherungsträger kein systematisches Compliance Management System eingerichtet hatten. Somit fehlten eine Risikobetrachtung und eine Evaluierung der einzelnen getroffenen Maßnahmen. Die Regelungen zur Kontrollversammlung und zur Innenrevision waren insgesamt verbesserungsfähig. Im Vergabebereich fehlte eine Kontrollebene.

(4) Der RH stellte in den untersuchten Einzelfällen (Frage 4) im Vergabebereich Mängel fest, z.B. eine uneinheitliche Bedarfsmeldung, die Wahl von Direktvergaben trotz eines hohen Beschaffungsvolumens, unklare interne Zuständigkeiten im Hinblick auf die festgelegten Wertgrenzen, mangelnde Dokumentation von Vergleichsangeboten, teilweise fehlende Überprüfung der Zuverlässigkeit der Anbieter bei Direktvergaben, rückwirkende Genehmigungen für bereits erbrachte Leistungen und mündliche Bestellungen.

(5) Hinsichtlich der Vorgaben für die Stellungnahmen in Bedarfsprüfungsverfahren (Frage 5) wies der RH zunächst darauf hin, dass die generellen Mängel, auf die er im Bereich Rehabilitation und Kuren hingewiesen hatte, etwa bei der Bedarfsprüfung bzw. bei der Dokumentation des Schriftverkehrs, auch für die Stellungnahmen im Bedarfsprüfungsverfahren maßgeblich waren. Die grundsätzliche Koordination zwischen Sozialversicherungsträgern und Ländern war zu verbessern (z.B. Verbind-

lichkeit des Rehabilitationsplans, Abstimmung der Kriterien etc.). In der Abwicklung der bestehenden Regelungen beantworteten die Sozialversicherungsträger nicht die konkreten Fragen der Länder; die Koordination der einzelnen Träger war verbesserungswürdig.

(6) Hinsichtlich der Frage zu Verbesserungsbedarf in den genannten Fragestellungen (Frage 6) verwies der RH auf seine zusammenfassenden Empfehlungen in [TZ 118](#).

Schlussempfehlungen

118 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

BMASK, BMF, BMGF

- (1) Im Rahmen der Aufsichtstätigkeit über die Sozialversicherungsträger wäre auf die Einführung eines adäquaten Compliance Management Systems bei den Sozialversicherungsträgern hinzuwirken. **(TZ 4)**
- (2) Im Rahmen der Aufsichtstätigkeit über die Sozialversicherungsträger wäre darauf hinzuwirken, dass die Sozialversicherungsträger klare Regeln festlegen, unter welchen Voraussetzungen eine Entlastung des Vorstands erfolgen sollte. **(TZ 6)**

BMASK, BMGF, Hauptverband, AUVA, BVA, PVA

- (3) Vorkehrungen für die Unabhängigkeit der Mitglieder der Kontrollversammlung wären zu treffen, ihre Mindestqualifikation wäre sicherzustellen und es wäre dafür zu sorgen, dass Aufgabenwahrnehmung und Ressourceneinsatz in einem angemessenen Verhältnis stehen. **(TZ 8)**

BMASK und BMGF

- (4) Es wäre auf eine ausdrückliche gesetzliche Regelung der Einrichtung, Kompetenz, Aufgabenstellung und Unabhängigkeit der Innenrevision in den Sozialversicherungsträgern hinzuwirken. **(TZ 9)**
- (5) Es wäre auf eindeutige Begriffe und eine verbesserte rechtliche Regelung der Zuständigkeiten für Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge hinzuwirken. **(TZ 24, TZ 26)**
- (6) Es wäre auf eine klare Definition von Kur und Rehabilitation hinzuwirken bzw. wären die Rechtsgrundlagen so anzupassen, dass eine zielgenaue Vollziehung möglich ist. **(TZ 25, TZ 35)**
- (7) In den Weisungen zu den Rechnungsvorschriften bzw. in den statistischen Weisungen wäre eine getrennte Darstellung des Gesamtaufwands für Kuren und Rehabilitation zu veranlassen. **(TZ 26)**

BMGF, Hauptverband, AUVA, BVA, PVA

- (8) Auf ein zwischen Sozialversicherung und Ländern abgestimmtes und verbindliches Verfahren zur Bedarfsplanung und –prüfung wäre hinzuwirken. (TZ 43, TZ 49, TZ 55)

BMGF, Hauptverband, PVA

- (9) Die Datengrundlagen für die Entscheidung über Anträge auf Kur- und Rehabilitationsverfahren sollten verbessert werden, dies durch die Verlagerung der Zuständigkeit von der Pensions- auf die Krankenversicherung, den besseren Austausch von Daten oder die Neugestaltung der Antragsformulare. (TZ 29)
- (10) Es wäre darauf hinzuwirken, dass die Rehabilitationsplanung auch ein Konzept zum Abbau von regionalen Überkapazitäten enthält. (TZ 45)
- (11) Besonderes Augenmerk wäre auf die Bedarfsplanung der ambulanten Rehabilitation zu legen, das Vorgehen innerhalb der Sozialversicherung abzustimmen und medizinische und wirtschaftliche Kriterien ausgewogen zu berücksichtigen. (TZ 46)
- (12) Gemeinsam mit den Ländern wäre auf Verbesserungen der Rehabilitations-Evidenz hinzuwirken. (TZ 54)

BMGF, Hauptverband

- (13) Es wäre darauf hinzuwirken, dass die Bedarfsplanung des Rehabilitationsplans durch eine wirksame Angebotsplanung (z.B. hinsichtlich der Regionen, der Anzahl und Größe der Einrichtungen und der Strukturmerkmale wie z.B. Kombination von bestimmten Indikationen) ergänzt wird. Dies könnte z.B. im Österreichischen bzw. in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (ÖSG bzw. RSG) erfolgen. (TZ 47)

BMASK

- (14) In die statistischen Weisungen zum Bereich Rehabilitation und Kuraufenthalte sollten die Zählung der Anträge und die Kategorisierung von Erledigungen aufgenommen werden. (TZ 33)

BMGF

- (15) Die Sperrwirkung positiver Bescheide über die Bedarfsprüfung wäre zu überprüfen und auf eine länderübergreifend einheitliche Regelung hinzuwirken. (TZ 50)
- (16) Es wäre darauf hinzuwirken, dass der Rehabilitationsplan (entsprechend der Aufnahme in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit) auch in die Regionalen Strukturpläne Gesundheit integriert wird. (TZ 51)
- (17) Es wäre darauf hinzuwirken, dass die Stellungnahmeverfahren bei den Bedarfsprüfungen von Rehabilitationseinrichtungen einheitlich geregelt werden. (TZ 53)

Hauptverband, AUVA, BVA, PVA

- (18) Regelungen über eine feste Geschäftseinteilung für die Bearbeitung von Kur- bzw. Rehabilitationsanträgen wären einzuführen. (TZ 30)
- (19) Die vorhandenen Daten wären für Auswertungen über die Inanspruchnahme von Kur- und Rehabilitationsaufenthalten nach Dienstgebern bzw. Wirtschaftssektoren heranzuziehen und diese für die Evaluation der Leistungen und gezielte Präventionsarbeit zu nutzen. (TZ 38)
- (20) Die Maßnahmen zur Vermeidung einer übermäßigen Inanspruchnahme von Kuren („2 in 5-Regel“) wären besser abzustimmen. (TZ 39)
- (21) Der Auswahl der Anbieter von Rehabilitationsaufenthalten wären sachliche Kriterien und nicht ausschließlich die zeitliche Reihenfolge des Antrags zugrunde zu legen. (TZ 52)
- (22) Bei den Stellungnahmen zum Bedarfsprüfungsverfahren von Rehabilitationseinrichtungen wäre möglichst auf die konkreten Fragestellungen des jeweiligen Landes einzugehen und die Ausführungen wären zu begründen. (TZ 53)
- (23) Für Rehabilitationsleistungen sollten grundsätzlich ausschließlich Rahmenverträge (zwischen Hauptverband und Anbietern) genutzt und nur bei besonderen Umständen bilaterale Verträge (zwischen Sozialversicherungsträger und Anbieter) abgeschlossen werden. (TZ 57)
- (24) Die Verträge mit den Anbietern von Rehabilitationsleistungen wären klar als Verrechnungs- oder Leistungsverträge zu kennzeichnen. (TZ 58)

- (25) In die Verträge mit den Anbietern von Rehabilitationsleistungen sollte eine Regelung über Sanktionen bei Verstößen gegen die Leistungsvorgaben aufgenommen werden. (TZ 58)
- (26) Es wären aktuelle Kalkulationen als Grundlage für die Tarife für Kuren und Rehabilitation zu erstellen und alle Anbieter gleich zu behandeln. (TZ 60, TZ 61)
- (27) Die bestehende Vertragslage bei nicht prioritären Gesundheitsdienstleistungen wäre im Hinblick auf die bestehenden vergaberechtlichen Kategorien zu gliedern und eine Risikoeinschätzung (Risikoanalyse) nach vergaberechtlichen Kriterien vorzunehmen. Es sollte Klarheit über die abgeschlossenen Verträge hinsichtlich ihrer Einordnung als Dienstleistungs-, Liefer-, Konzessions- oder Verrechnungsvertrag bestehen, um die für nicht prioritäre Dienstleistungen geforderten Transparenzkriterien zu erfüllen. Gegebenenfalls wären erkannte Defizite analog zur Rehabilitation neu zu gestalten. (TZ 71, TZ 73)

Hauptverband, PVA

- (28) Bei der Planung im Rehabilitationsbereich wäre besonders auf Substitutionseffekte zwischen den verschiedenen Arten der Heilverfahren zu achten. (TZ 25)
- (29) Der konkrete Bedarf für Rehabilitationsplätze wäre allen potenziellen Anbietern gleichzeitig bekannt zu geben. Dabei könnten sowohl konkrete Vorgaben (Standort, Größe etc.) gemacht werden oder diese Entscheidungen bewusst unterschiedlichen Konzepten der Anbieter überlassen bleiben. (TZ 48)
- (30) Ausschreibungen im Bereich der Rehabilitation – insbesondere die Berücksichtigung von Preisunterschieden zwischen verschiedenen Anbietern – wären besser abzustimmen. (TZ 60)

Hauptverband

- (31) Die Aufwendungen für Kuren und Rehabilitation wären regelmäßig über alle Versicherungsträger auszuwerten. (TZ 26)
- (32) Die Richtlinienkompetenz zur Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse wäre zu nutzen, um Compliance-relevante Themenstellungen wie Stellenausschreibung und Stellenbesetzung, die Handhabung von Nebenbeschäftigungen und Verwandtschaften zu beschließen. (TZ 99, TZ 103)

- (33) Die Richtlinie zur Erstellung von Dienstpostenplänen wäre weiterzuentwickeln, und dabei insbesondere eine nähere Regelung zur Sicherstellung der betriebswirtschaftlichen Sparsamkeit und ein Soll-Ist-Vergleich vorzusehen. Ebenso wären Maßnahmen für den Fall von (wesentlichen) Abweichungen zwischen Soll- und Ist-Stand festzulegen (z.B. eine Begründungspflicht oder die Angabe von Maßnahmen zur Erreichung des Planstands). Die Struktur von Soll-Planung und Ist-Meldung wäre zu harmonisieren. (TZ 100)
- (34) Die Wirtschaftlichkeit der Dienstpostenpläne bzw. die Einhaltung der Dienstpostenpläne wäre z.B. anhand von Trägervergleichen bzw. anhand der Ist-Stand-Meldungen zu analysieren und mit den Sozialversicherungsträgern zu diskutieren. Die Ergebnisse dieser Diskussionen könnten z.B. in die Ziele der Versicherungsträger nach § 441e ASVG eingehen. (TZ 100)
- (35) Der Dienstpostenplan wäre als Planungsinstrument für sämtliche Bedienstetengruppen (auch Projektmitarbeiter oder Auszubildende) vorzusehen. (TZ 101)
- (36) In Wahrnehmung der Kompetenz zur Erlassung von Richtlinien sollten die Befangenheiten bei familiären Naheverhältnissen umfassend geregelt werden. (TZ 114)
- (37) Es wären Richtlinien für die Anwendung der vergaberechtlichen Vorgaben auf Vergaben nicht prioritärer Dienstleistungen zu erstellen. (TZ 42)
- (38) Die Bemühungen um eine Verbesserung im Bedarfsplanungsprozess für Rehabilitationen wären weiterzuführen. Dabei wären insbesondere die Gründe, aus denen die bisherige Planung die tatsächliche Entwicklung nicht vorausszusehen vermochte, zu analysieren. Gegebenenfalls wäre eine höhere Planungsfrequenz zu prüfen, um aktuelle rechtliche Änderungen bzw. politische Vorgaben berücksichtigen zu können. Weiters wären die Anforderungen für eine integrierte Planung bzw. Bezüge zur Planung der Krankenbehandlung zu prüfen. (TZ 44)
- (39) Die verschiedenen Sonderregime zur Beschaffung von Gesundheitsdienstleistungen und Produkten (z.B. Gesamtvertragsregelung, Erstattungskodex für Medikamente etc.) wären regelmäßig miteinander zu vergleichen und es wäre zu überprüfen, ob die Unterschiede noch sachlich gerechtfertigt bzw. zweckmäßig sind und den vergaberechtlichen Anforderungen entsprechen. (TZ 72)

AUVA, BVA und PVA

- (40) Es sollte ein systematischer Compliance–Ansatz verfolgt und ein Compliance Management System eingerichtet werden. (TZ 2)
- (41) In dem einzurichtenden Compliance Management System wären u.a. Strategien und Ziele festzulegen, Risikobereiche zu definieren sowie Maßnahmen zur Sicherstellung der Compliance und zur Systematik der Evaluierung der Zielerreichung vorzusehen. (TZ 3)
- (42) Bei der Erstellung der Risikobeurteilung für ein Compliance Management System wäre die grundsätzliche Finanzierungsstruktur zu berücksichtigen. Dies könnte z.B. durch die Formulierung konkreter Ziele zur sparsamen Mittelverwendung bei der Verwaltung öffentlicher Mittel erfolgen. (TZ 4)
- (43) Eine klare Regelung zu strategischen Managementaufgaben (z.B. Beschaffungsziele und Controlling, Richtlinien zum Vorgehen in Personalprozessen) wäre zu schaffen. (TZ 5)
- (44) Die Entscheidung operativer Fragen sollte geeigneten Kontrollvorgängen, z.B. der Zuständigkeit der Innenrevision, unterworfen werden, die eine entsprechende operative Kontrolle sicherstellen können. (TZ 5)
- (45) In den Kontrollversammlungen wären klare Regeln festzulegen, unter welchen Voraussetzungen eine Entlastung des Vorstands erfolgen sollte; die Funktionsfähigkeit und Angemessenheit des Internen Kontrollsystems (IKS), die Einschätzung der bestehenden Risiken, dagegen getroffener Maßnahmen und eine Evaluierung ihrer Wirksamkeit wären jedenfalls zu berücksichtigen. (TZ 6)
- (46) Es wäre eine der Bedeutung der Entlastung des Vorstands entsprechende Abdeckung und Prüftiefe der Prüfungen der Kontrollversammlung sicherzustellen. Die erforderliche Abdeckung wäre auf Basis einer systematischen, risikoorientierten Prüfungsplanung sicherzustellen. (TZ 7)
- (47) Es wäre eine Revisionsordnung zu erlassen und von Vorstand und Kontrollversammlung zu genehmigen. (TZ 9)
- (48) Eine ausreichende Überprüfung grundsätzlich aller Entscheidungen (auch jener, die der Selbstverwaltung vorbehalten sind) durch die Innenrevision wäre sicherzustellen. (TZ 9)

- (49) Es wäre für die Prüfungsauswahl der Innenrevision verstärkt ein risikoorientierter Ansatz zu verfolgen. (TZ 11)
- (50) Bei der Einrichtung eines Compliance Management Systems wäre neben den Kernaufgaben gegenüber den Versicherten auch die interne Verwaltung zu berücksichtigen. (TZ 12)
- (51) Die Meldepflicht im Rahmen des Compliance Management Systems wäre zu konkretisieren, dies durch Festlegung darüber, wann, in welcher Form, an wen etwaige Befangenheiten bekanntzugeben sind, wer darüber zu entscheiden hat und welche Sanktionen bei mangelnder Meldung eintreten sollten. (TZ 13)
- (52) Es wäre ein Compliance Officer mit ausreichenden Befugnissen zu installieren und ein Whistleblower–System einzuführen. (TZ 14)
- (53) Es sollte jährlich eine SAP–Systemprüfung durchgeführt werden, damit sichergestellt ist, dass etwaige Fehlkonfigurationen und Schwachstellen aufgedeckt und die rechtlichen und betrieblichen Vorgaben eingehalten werden. (TZ 16)
- (54) Es wäre sicherzustellen, dass alle Kur– und Rehabilitationsanträge gleich behandelt werden und damit der Anschein von Bevorzugung vermieden wird. (TZ 31)
- (55) Die Entscheidungen in Kur– und Rehabilitationsangelegenheiten sollten so dokumentiert werden, dass auch Auswertungen nach der Gutachterin bzw. dem Gutachter möglich sind. (TZ 32)
- (56) Bei der Nutzung von einheitlichen Tarifen wären Normkosten zugrunde zu legen und nur in Ausnahmefällen Einzelkosten zu berücksichtigen. (TZ 60)
- (57) Ein Beschaffungscontrolling mit regelmäßigen Auswertungen und Berichten an die Entscheidungsträgerinnen und –träger wäre einzuführen; darin wären die Zielsetzung der Auswertungen, die Erfassung und Kennzeichnung der Daten, die Auswertbarkeit zumindest nach Vergabeart, Leistungskategorie, Auftragnehmenden und genehmigender Stelle sowie die Berichtspflichten zu regeln. (TZ 77, TZ 82)
- (58) Die Beschaffungen wären stärker organisatorisch zu bündeln und die Zuständigkeiten zu Beschaffungen klarer zu verteilen. (TZ 79)

- (59) Die Beschaffungen wären durchgängig automationsunterstützt vorzunehmen und dabei vergleichbare EDV–Auswertungen vorzusehen. (TZ 80)
- (60) Die internen Vorgaben zu Beschaffungen wären zu überarbeiten, sie wären klarer, übersichtlicher und anwenderfreundlicher (mit praxisnahen Beispielen) zu gestalten. (TZ 91)
- (61) Die internen Dienstanweisungen wären betreffend die Berechnung des Auftragswerts bei Vergaben anzupassen, die korrekte Berechnung des Auftragswerts wäre sicherzustellen und bei Beschaffungsvolumina über dem Schwellenwert für Direktvergaben wäre ein dem Bundesvergabegesetz entsprechendes Verfahren durchzuführen. (TZ 84)
- (62) Die internen Vorschriften zur Einholung von Vergleichsangeboten wären zu überarbeiten und die Anzahl der einzuholenden Vergleichsangebote wäre klar festzulegen. (TZ 81)
- (63) Die internen Vorgaben zur Einholung von Vergleichsangeboten bei Direktvergaben wären einzuhalten, die Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der eingeholten Vergleichsangebote sicherzustellen und dieser Prozessschritt verstärkt zu kontrollieren. (TZ 85)
- (64) Auch bei Direktvergaben wäre sicherzustellen, dass Befugnis, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit der Auftragnehmenden vorliegen, dass die Lieferanten ihre gesetzlichen Auflagen erfüllen, insbesondere Sozialabgaben abführen und den sozial- und arbeitsrechtlichen Schutz für die Bediensteten gewährleisten. Die Ergebnisse dieser Überprüfung wären für alle beschaffenden Stellen zugänglich zu dokumentieren. (TZ 86)
- (65) Aufträge sollten schriftlich erteilt werden. (TZ 89)
- (66) Bei Dauerschuldverhältnissen sollte regelmäßig die Angemessenheit der Konditionen überprüft werden; gegebenenfalls wären neue Ausschreibungen durchzuführen. (TZ 90)
- (67) Es wäre eine klare strategische Zielsetzung für Beschaffungen festzulegen, quantitative Vorgaben zu beschließen und deren Erreichung regelmäßig zu überprüfen. (TZ 92)
- (68) Die Möglichkeiten zentraler Beschaffung wären vermehrt zu nutzen. (TZ 92)

- (69) Bei den Beschaffungen wären vermehrt die Konditionen der externen Beschaffungsdienstleister als Maßgabe für die Beschaffungsentscheidung heranzuziehen. (TZ 93)
- (70) Es wäre ein trägerweites Risikomanagementsystem für Beschaffungen zu entwickeln. (TZ 94)
- (71) Ausreichende Kapazitäten für Ex–post–Prüfungen der Beschaffungen wären sicherzustellen; der durch Prüfungen abzudeckende Umfang und die Prüftiefe sollten risikoorientiert festgelegt werden. (TZ 94)
- (72) Die vollständige Umsetzung der Empfehlungen der Innenrevision wäre sicherzustellen. (TZ 94)
- (73) Im Rahmen eines Compliance Management Systems wäre festzulegen, welche Compliance–relevanten Daten im Personalbereich verfügbar sein müssen. Dabei wären insbesondere Prozessvorgaben für Stellenausschreibungen und –besetzungen, aktuelle Aufzeichnungen über Verwandtschaften und Nebenbeschäftigungen sowie eine Dokumentation von Stellenbesetzungen zu berücksichtigen. (TZ 98)
- (74) Verbindliche Vorgaben für Stellenausschreibung und –besetzung sollten – soweit noch nicht vorhanden – erstellt, Prozessabläufe dazu vereinheitlicht und Prozesselemente weiterentwickelt werden. (TZ 103)
- (75) Die Stellenbeschreibungen wären zu vervollständigen, verbindliche Regelungen über die inhaltliche Übereinstimmung zwischen Stellenbeschreibung und Stellenausschreibung zu erstellen und deren Einhaltung zu überwachen. (TZ 104)
- (76) Offene Stellen wären verstärkt intern und extern bekannt zu machen. Insbesondere könnten Führungsfunktionen ab der Ebene von Abteilungsleitungen – analog zur Regelung des Ausschreibungsgesetzes 1989 – grundsätzlich extern ausgeschrieben werden, um mehr Transparenz und Durchlässigkeit zu erzeugen. (TZ 105)
- (77) Es wären einheitliche Prozesse zur Personalauswahl und zur Dokumentation der Auswahlentscheidung zu schaffen, dabei wären insbesondere Aspekte der Nachvollziehbarkeit und Transparenz zu beachten. (TZ 106)

- (78) Die Spielräume bei der Gewährung von Führungszulagen sollten nach sachlichen Kriterien (z.B. Arbeitsanfall, Führungsspanne, Bewährung in der Funktion) genutzt werden. (TZ 110)
- (79) Sonderverträge wären auf Ausnahmefälle zu beschränken; bei der Anrechnung von Vordienstzeiten sollten sich die Sozialversicherungsträger am konkreten Bedarf und an den Anforderungen einer sparsamen Verwaltung orientieren. (TZ 111)
- (80) Nur in unbedingt erforderlichen Ausnahmefällen wäre bei laufenden Bezügen auf die Dienstleistung von Bediensteten zu verzichten. (TZ 113)
- (81) Ein Entlassungsmanagement mit zentral dokumentierten Maßnahmen sollte geschaffen und verbindlich für alle Bereiche festgelegt werden. (TZ 113)
- (82) Es sollte eine Regelung geschaffen werden, wonach eine Über- bzw. Unterordnung zwischen Personen mit familiärem Naheverhältnis auch im Vertretungsfall ausgeschlossen ist. (TZ 114)
- (83) Bestehende und neue familiäre Naheverhältnisse unter Bediensteten wären laufend zu erheben, gesammelt zu dokumentieren, dem Personalausschuss entsprechend der Dienstordnung vorzulegen und dies in ein Compliance Management System zu implementieren. (TZ 114)
- (84) Im Rahmen eines Compliance Management Systems wäre eine Risikoanalyse zu Unvereinbarkeiten bei Nebenbeschäftigungen durchzuführen; diesbezüglich wären allgemeine Regelungen über Unvereinbarkeiten zu treffen sowie die Nutzung der entsprechenden Aufzeichnungen zu regeln. (TZ 115)
- (85) Es wäre sicherzustellen, dass das Gehalt der Bediensteten der Einreihung der ausgeübten Funktion entspricht. (TZ 109)

AUVA, BVA

- (86) Bei der Bedarfsmeldung im Beschaffungsprozess wäre eine trägerweit einheitliche Vorgehensweise sicherzustellen. (TZ 83)

AUVA, PVA

- (87) Für die Prüftätigkeit der Innenrevision wäre die Personalausstattung zu erhöhen. (TZ 11)
- (88) Die lückenlose Erfassung und eine zentrale elektronische Datenbankauswertbarkeit der Nebenbeschäftigungen sollten sichergestellt werden. (TZ 115)

BVA, PVA

- (89) Die Leitung der Innenrevision wäre nicht mit Personen zu besetzen, die auch für Verwaltungsaufgaben verantwortlich sind. (TZ 10)
- (90) Umgehend wäre eine Passwortrichtlinie für SAP-FIWI zu formulieren und technisch umzusetzen, damit sichergestellt ist, dass der Systemzugriff nur berechtigten Personen und nur im Rahmen der festgelegten Regeln möglich ist. (TZ 17)
- (91) Es wäre umgehend sicherzustellen, dass auch die SAP-Zugriffe der Support-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter des externen Dienstleisters auf die FIWI SAP-Systeme mittels SAP Security Audit Log mitprotokolliert werden; diese Logs sollten regelmäßig ausgewertet werden. (TZ 18)
- (92) Die sachlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Kuren wären genauer zu definieren; die Unterschiede in den Genehmigungsquoten zwischen den Trägern wären regelmäßig zu prüfen. (TZ 34)
- (93) Die Wirksamkeit wiederholter Aufenthalte (Kur bzw. Rehabilitation) sollte evaluiert werden, um dazu eine sachlich fundierte Vorgehensweise entwickeln zu können. (TZ 36)
- (94) Es wäre darauf zu achten, dass die Bediensteten der Träger nicht deutlich häufiger als die Anspruchsberechtigten ein Heilverfahren in Anspruch nehmen. (TZ 38)
- (95) Bei der Erstellung des Dienstpostenplans wäre der Ist-Stand dem Soll-Stand gegenüberzustellen. (TZ 102)
- (96) Es wäre zu prüfen, Nebenbeschäftigungen zunächst nur befristet zu genehmigen. (TZ 115)

AUVA

- (97) Das Berechtigungskonzept für die Finanzbuchhaltung wäre zu aktualisieren und Unterlagen wären zu erstellen, aus denen die Einhaltung des Funktionstrennungsprinzips hervorgeht. (TZ 15)
- (98) In den internen Regelungen wären die Vergabezuständigkeiten klarer zu regeln. (TZ 82)
- (99) Erforderliche Genehmigungen wären vor der Leistungserbringung einzuholen. (TZ 88)
- (100) Die Einhaltung der Compliance–relevanten Vorgaben im Personalbereich wäre sicherzustellen. (TZ 104)
- (101) Die laut Dienstordnung mögliche Höherreihung wäre nur in begründeten Einzelfällen einzusetzen. (TZ 108)

BVA

- (102) Zur Inanspruchnahme von Heilverfahren durch die Bediensteten der Sozialversicherungsträger im Vergleich zu Anspruchsberechtigten sollten Auswertungen durchgeführt werden. (TZ 38)
- (103) Es sollten keine Testdatensätze in den Echtdaten geführt werden. (TZ 39)
- (104) Für eine organisatorische Trennung von Innenrevision und Beschaffungen wäre zu sorgen. (TZ 94)
- (105) Im Dienstpostenplan sollte der aktuelle Personalbedarf korrekt abgebildet werden; der Dienstpostenplan wäre einzuhalten. (TZ 102)

PVA

- (106) Die internen Vorgaben zur Berechnung des geschätzten Auftragswerts sollten detaillierter ausgeführt werden, um eine korrekte Berechnung des Auftragswerts und die Einhaltung der Handlungsbefugnis sicherzustellen. (TZ 87)
- (107) Es wäre eine einheitliche Vollziehung bei der Begutachtung und Genehmigung von Kur– und Rehabilitationsverfahren sicherzustellen. (TZ 37)
- (108) Die Koordinationsfunktion des Hauptverbands in Bedarfsprüfungsverfahren zu Rehabilitationseinrichtungen wäre zu nutzen, um Stellungnahmen über ihn abzugeben. (TZ 53)

- (109) Die Kontrolldichte bei den Vertragspartnern, die Rehabilitationsleistungen erbringen, und die Erledigungsdauer sollten an die internen Vorgaben angepasst werden. (TZ 59)
- (110) Durch organisatorische Maßnahmen wäre sicherzustellen, dass die Unterlagen und Expertise zu Tarifikalkulation, Vertragsgestaltung, Qualitätssicherung und Festlegung von Leistungsverpflichtungen im Rehabilitationsbereich sämtlichen betroffenen Organisationseinheiten zur Verfügung gestellt werden. (TZ 60)
- (111) Es wären Maßnahmen zu prüfen, die eine dem Betrieb Eigener Einrichtungen entsprechende Expertise auch in den Bereichen Psychiatrie und Onkologie sicherstellen. (TZ 60)
- (112) Die Auswahl von Einrichtungen für das Projekt Gesundheitsvorsorge Aktiv wäre zu begründen und nachvollziehbarer zu gestalten. (TZ 61)
- (113) Die Vorgänge im Zusammenhang mit Bedarfsprüfungen und Vertragsangeboten sollten vollständig und einheitlich dokumentiert und eindeutig zugeordnet werden. Grundlage dafür wäre ein standardisierter, alle Organisationseinheiten umfassender Prozess. (TZ 63)
- (114) Es wäre verbindlich vorzugeben, welche Entscheidungsgrundlagen bei der Bearbeitung von Ansuchen um Vertragsabschlüsse für Rehabilitationsleistungen zu dokumentieren sind. (TZ 64)
- (115) Es wäre darauf zu achten, dass die Begründungen für Stellungnahmen im Bedarfsprüfungsverfahren umfassend dokumentiert werden, damit Entscheidungen nachvollziehbar sind. (TZ 64)
- (116) Die Delegationsvorschriften an das Büro im Rehabilitationsbereich wären um die vom Büro wahrzunehmenden operativen Aufgaben zu ergänzen (z.B. Qualitätssicherung, Tarifikalkulation etc.). (TZ 65)
- (117) Grundsätzliche strategische Vorgaben für den Rehabilitationsbereich (Tarifmodelle, Bedarfsplanung, Gestaltung der Verträge etc.) sollten im Vorstand beschlossen werden. Über die Umsetzung dieser Vorgaben wären regelmäßig Berichte vorzulegen. (TZ 65)
- (118) Es wäre besonders darauf zu achten, dass Entscheidungen über den Abschluss und die Gestaltung von Rehabilitationsverträgen nachvollziehbar und in ihren Begründungen transparent dokumentiert sind. (TZ 65)

- (119) Im Vorfeld von Bedarfsprüfungsverfahren sollte eine Bedarfsanalyse durchgeführt werden. (TZ 66)
- (120) Die Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu einzelnen Anbietern wäre nach einer transparenten, gut dokumentierten und sachlich begründeten Systematik durchzuführen. Die dazu maßgeblichen Parameter sollten aufgrund der wirtschaftlichen Bedeutung der Zuweisung im Vier-Augen-Prinzip bearbeitet werden; Eingriffe in die Logik sollten schriftlich dokumentiert und ausreichend begründet sein. (TZ 68)

Wien, im Februar 2017

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung

