Der Rechnungshof

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe– und Personalbereich in der Sozialversicherung

III–358 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXV. GP

Reihe BUND 2017/7 Rechnungshof GZ 860.212/002–1B1/17

Bericht des Rechnungshofes

Vorbemerkungen

Vorlage an den Nationalrat

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

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punkteweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht. Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf– und Abrundungen.

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

IMPRESSUM

Herausgeber: Rechnungshof
1031 Wien,
Dampfschiffstraße 2
http://www.rechnungshof.gv.at
Redaktion und Grafik: Rechnungshof
Herausgegeben: Wien, im Februar 2017

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
1031 Wien,
Dampfschiffstraße 2
Telefon (00 43 1) 711 71 - 8644
Fax (00 43 1) 712 49 17
E-Mail presse@rechnungshof.gv.at

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

Der Rechnungshof

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe– und Personalbereich in der Sozialversicherung

Reihe BUND 2017/7

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
Prüfungvorgehen 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 Rehabilitations-aufenthalte 2003 bis 2014 (alle Sozialversicherungsträger) _____ 88

Abbildung 3: Verteilung nach Anzahl der Kur– und Rehabilitations-verfahren 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
BGBl.	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.	legis citatae (der zitierten Vorschrift)
lit.	litera (Buchstabe)
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
m.w.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, Tarifkalkulation, 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 Prüfkompetenz 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 Gebarungsüberprüfung 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 Wirtschaftssektoren 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**)

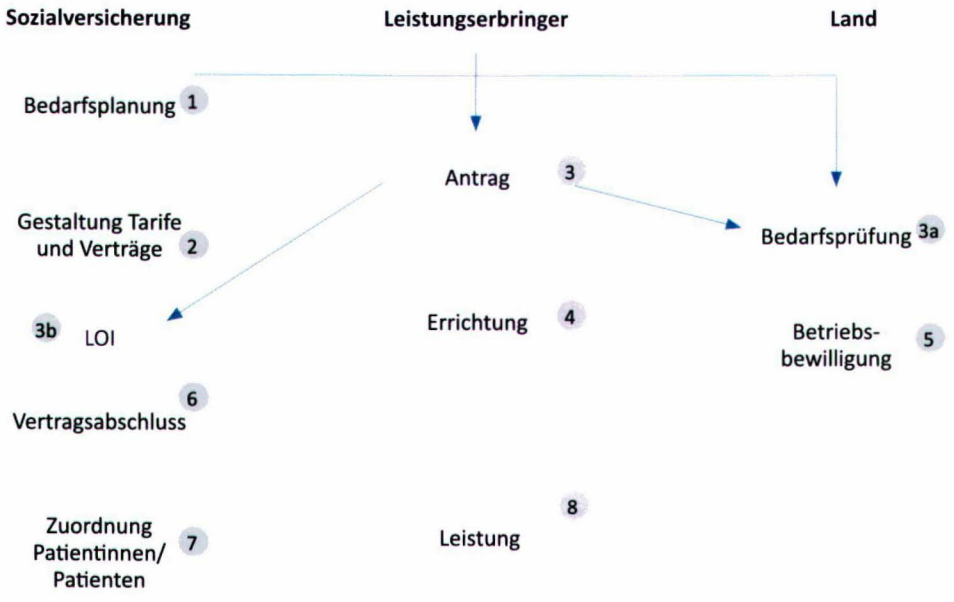
Auswahl von Anbietern von Rehabilitationsverfahren

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 West[1] 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 Koordinierung 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 Tarifkalkulation, 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 Tarifkalkulation 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 Verzehrgütern 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 Beispielsfälle 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 Beispielsfällen die vorgesehene Angebotseinholung vor Auftragserteilung nicht immer erfolgt. Bei einem Beispielsfall 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, Beispielsfälle 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
davon				
Heilverfahren[1]	*58,92*	*60,64*	*61,87*	*+5,0*
Personalaufwand	*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
davon				
Heilverfahren[1]	103,22	104,60	110,26	+6,8
Personalaufwand	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
davon				
Heilverfahren[1]	588,22	634,77	671,08	+14,1
Personalaufwand	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 (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 Sachverhalte[2]; 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 Ereignisse[3] 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 Verbandsverantwortlichkeitsgesetz[4] 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 nationale[6] 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 zutraf).

[6] z.B. Bundes–Public Corporate Governance Kodex (B–PCGK)

gelkonformen Verhaltens der Einrichtung selbst, ihrer Bediensteten und gegebenenfalls Dritter (z.B. Zulieferer) abzielen[7] (z.B. ON–Regel[8] 192050 in Österreich, Standard 980 des deutschen Instituts für Wirtschaftsprüfer sowie Regelungen der OECD[9] und der UNO[10]). 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 breitestem 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, Prüfzuständigkeiten 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 Garantenstellung) 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 Aufsichtsbehörde[14] 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-

genschaftsverkäufe ausgewählter Sozialversicherungsträger und Anmietung der Roßauer Lände 3 durch die Universität Wien“ (Reihe Bund 2014/1): Mängel im Bieterverfahren).

(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

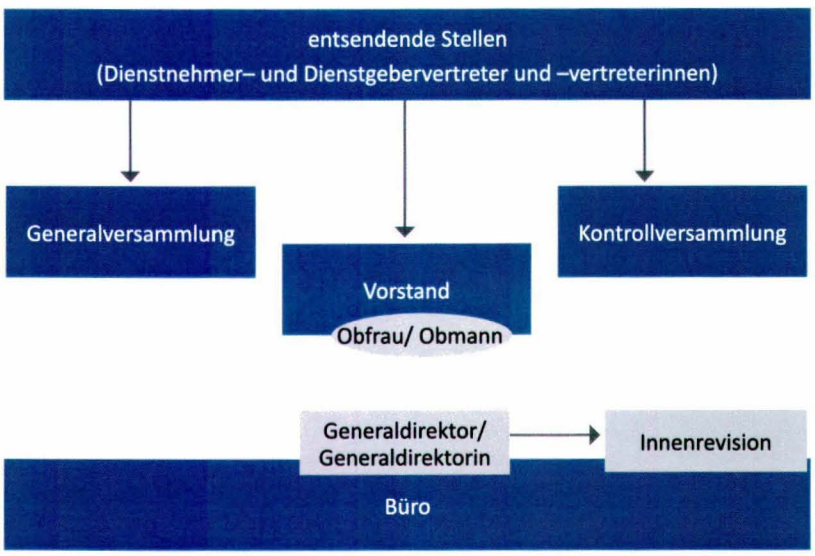
5.1 (1) Nach § 434 ASVG stellte der Vorstand – ein Organ der Selbstverwaltung – das geschäftsführende Organ der Sozialversicherungsträger dar. Der Vorstand konnte – unbeschadet seiner Verantwortung – Ausschüsse einsetzen und diesen bzw. dem Obmann oder der Obfrau einzelne Aufgaben übertragen. Die Besorgung 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 Vorstand[17] – 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 Traktorankauf 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 Prüforgan 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 innehabe, 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 Prüfgremiums 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 Vertragspartnereinrichtungen 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 Aktiengesetz[22] 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 Prüfumfangs 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 beitrügen.

In der PVA seien die erforderlichen Mindestqualifikationen zu jeder Zeit erfüllt, die Mitglieder des Prüfkomitees 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 Prüfzuständigkeit 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 Prüfzuständigkeit 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 Prüfzuständigkeit 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 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 Zusatzaufgaben[28] 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 risikobasierte 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 Prüfsysteme.

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.

- 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 Beteiligungsmanagement", Reihe Bund 2013/11, TZ 29 und „Anti–Claimmanagement und Korruptionsbekämpfung bei Straßen– und Bahnbauvorhaben", 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 Gebarungsüberprüfung 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 bedienten 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 Passwortrichtlinien vorlegen konnten noch dass sie solche technisch umgesetzt hatten.

Er empfahl der BVA und der PVA, umgehend 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.

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

(2) Laut Stellungnahme der PVA gebe es keinen Zusammenhang zwischen dem „berechtigten und regelkonformen Zugriff" und einer allfälligen Passwortrichtlinie. Strengere und geregelte Passwortrichtlinien erhöhten lediglich den Schutz vor unerlaubtem und kriminellem 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 Dienstleister[31] 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 „Selbstauswertung" des externen IT–Dienstleisters eine Erhöhung der Sicherheit darstelle. Es sei mit erhöhten Kosten für die Versichertengemeinschaft zu rechnen.

18.4 Der RH entgegnete der PVA, dass eine Protokollierung von Eingriffen in Echtdaten 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 Prüfabdeckung.

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 Pensionsversicherungsträger[33] 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 RH[36] 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).

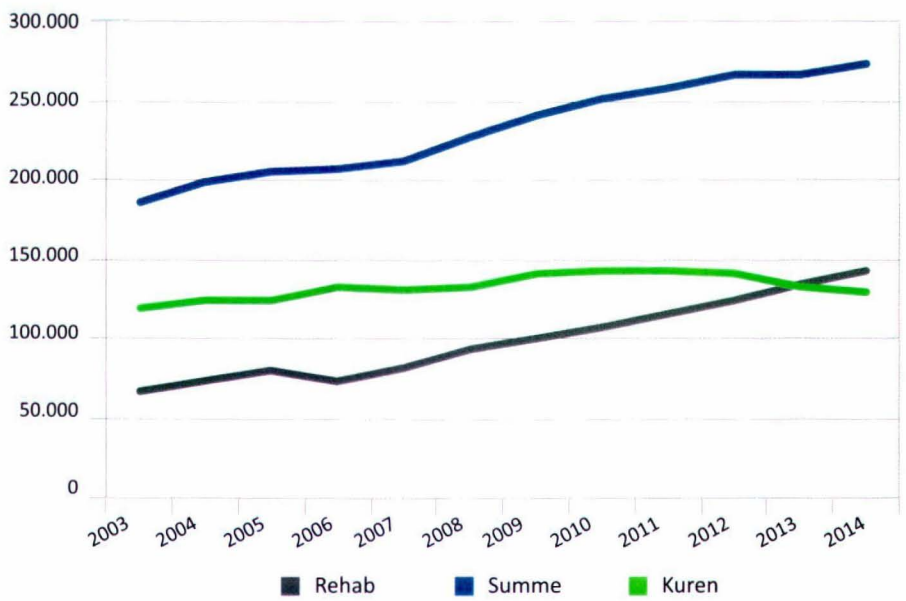
[36] Der RH führte Gespräche mit dem chefärztlichen Dienst der PVA, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Verwaltung der Versicherungsträger, Anbietern von Rehabilitations– bzw. Kurleistungen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der zuständigen Bundesministerien.

- 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 Bettenäquivalente[38] 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 Rehabilitationsbereich 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

[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.

Quellen: Hauptverband; Einzelnachweisungen der Sozialversicherungsträger

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 waren[41] (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
davon						
Medizinische Rehabilitation als Gesundheitsvorsorge (AHV in der PV) § 307d ASVG	–	*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
davon						
Gesundheitsvorsorge PV § 307d ASVG Kurheilverfahren	–	*12.686*	*83.799*	–	–	*96.485*
Gesundheitsfestigung KV § 155 ASVG Kurheilverfahren	*3.046*	*20.223*	–	–	*386*	*23.655*
Gesundheitsfestigung KV § 155 ASVG sonstige Heilverfahren	*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
davon						
Gesundheitsvorsorge PV § 307d ASVG Kurheilverfahren	*0,0*	*13,1*	*86,9*	*0,0*	*0,0*	*100*
Gesundheitsfestigung KV § 155 ASVG Kurheilverfahren	*12,9*	*85,5*	*0,0*	*0,0*	*1,6*	*100*
Gesundheitsfestigung KV § 155 ASVG sonstige Heilverfahren	*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 = Sonderversicherungsträger (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 Antragsformulare[45] 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 Diensteinteilung 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 anderseits 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.