

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

32.4

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

Ergebnisse des Prozesses

Statistik über Anträge und Erledigungen

33.1

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

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

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

⁴⁶ nach Anhörung des Hauptverbands im Einvernehmen mit dem BMGF

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

33.2

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

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

33.3

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

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

Genehmigungsquoten

34.1

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

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

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

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

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

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

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

¹ Rehabilitationsheilverfahren, Wiederholungsheilverfahren

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

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

⁴ Die Umwandlungen der PVA wurden als Neuantrag behandelt.

Quellen: BVA; PVA; RH

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

34.2

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

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

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

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

34.3

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



34.4

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

Inanspruchnahme im Vergleich

35.1

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

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

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

Quellen: BVA; PVA; RH

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



35.2

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

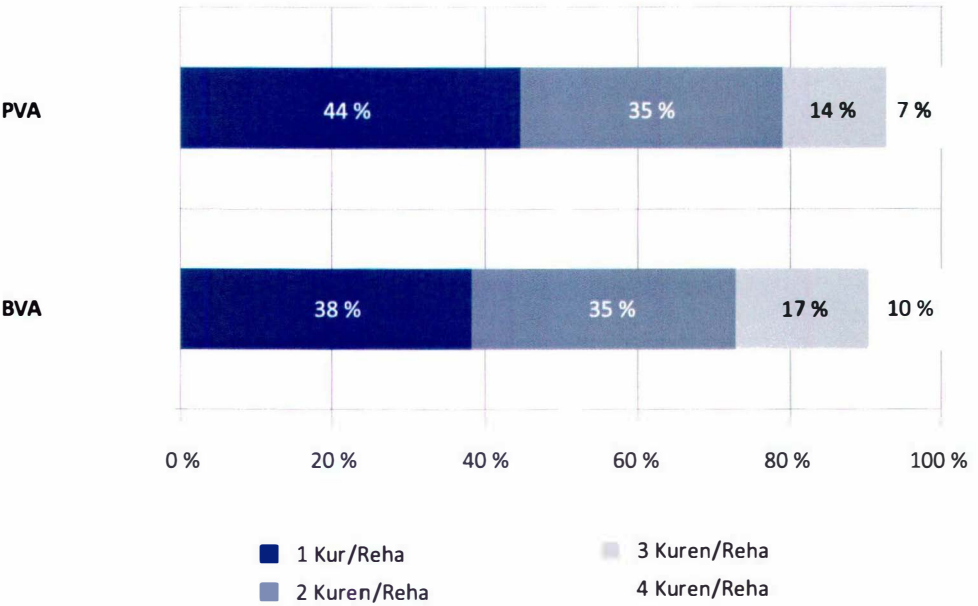
Der RH verwies dazu auf seine Kritik in [TZ 25](#) zum Fehlen einer trägerübergreifenden Abgrenzung zwischen der Indikation für eine Kur bzw. eine Rehabilitation und auf seine Empfehlungen einer genaueren Abgrenzung.

Einmalleistungen und wiederholte Aufenthalte

36.1

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

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



Quellen: BVA; PVA; RH

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

⁵¹ Dies stellte den längsten datenbanktechnisch auswertbaren Zeitraum dar.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

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

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

Vergleich nach Landesstellen

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe– und Personalbereich in der Sozialversicherung



Tabelle 9: Antragsstatistik Kur– und Rehabilitationsverfahren Landesstellen PVA 2014

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

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

Quelle: PVA

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

37.2

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

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

37.3

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

37.4

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

Vergleich nach Dienstgebern

38.1

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

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

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

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

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

38.2

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

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



38.3

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

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

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

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

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

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

38.4

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

Vermeidung übermäßiger Inanspruchnahme

39.1

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

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

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

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

39.2

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

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

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

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

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

39.3

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

39.4

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

Zusammenfassung

40

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Auswahl von Anbietern von Rehabilitationsverfahren

Überblick und Prüfungsvorgehen

41.1

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

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

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

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

41.2

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

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

Rechtsgrundlagen und Richtlinien des Hauptverbands

42.1

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

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

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

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

42.2

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

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

42.3

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

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

⁶⁵ RL 2014/24/EU

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung

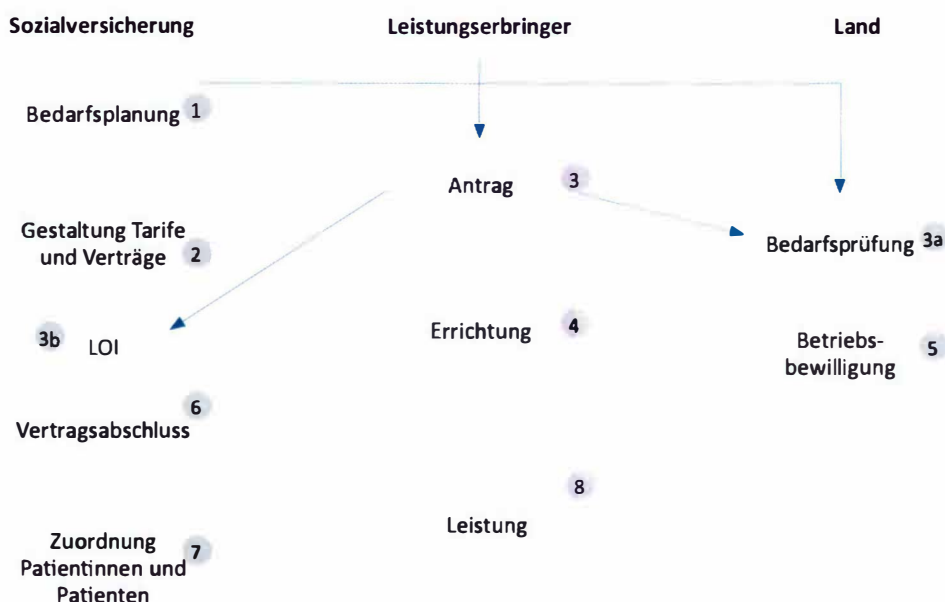


hend um Verhandlungsverfahren handeln; die dort mögliche Flexibilität solle erhalten werden.

Wesentliche Schritte zur Auftragsvergabe

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

Abbildung 4: Wesentliche Schritte zum Vertragsabschluss im Rehabilitationsbereich



LOI = Letter of Intent

Quelle: RH

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

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

43.2

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

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

43.3

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

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

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

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

Bedarfsplanung

Grundsätzliche Vorgehensweise und bisheriger Planungserfolg

44.1

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

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

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

44.2

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

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

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

44.3

Der Hauptverband sagte zu, zur Umsetzung der Empfehlung beizutragen.

Regionale Ungleichgewichte

45.1

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

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

Quellen: Rehabilitationsplan 2012, Tab. 9a; GÖG

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

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

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

45.2

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

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

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

⁷⁰ Die Bundes-Zielsteuerungskommission beschloss diese im Juni 2013.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

45.3

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

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

Planung ambulanter Rehabilitation

46.1

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

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

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

⁷¹ § 302 ASVG

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

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

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

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

46.2

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

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

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

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

46.3

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Vermengung analytischer Bedarfsprognose mit Angebotsplanung

47.1

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

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

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

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

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

47.2

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

47.3

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

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

Information über konkreten Bedarf

48.1

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

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

48.2

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

48.3

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

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

Koordination zwischen Land und Sozialversicherung

Unterschiedliche Kriterien bei Bedarfsprüfung

49.1

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

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

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

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

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

49.2

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

49.3

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

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

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

Sperrwirkung der Vorabfeststellungsbescheide

50.1

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

50.2

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

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

50.3

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

Integration des Rehabilitationsplans in die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG)

51.1

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

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

51.2

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

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

51.3

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

Zeitpunkt der Antragstellung

52.1

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

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

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

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

52.2

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

52.3

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

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

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

Stellungnahmeverfahren

53.1

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

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

53.2

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

Der RH empfahl dem BMGF, darauf hinzuwirken, dass die Stellungnahmeverfahren für die Bedarfsprüfungen von Rehabilitationseinrichtungen einheitlich geregelt werden.

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

53.3

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

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

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

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

53.4

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

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

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

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

Feststellung des Ist-Standes

54.1

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

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

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



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

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

54.2 Der RH bewertete die Initiative zur Erstellung der Rehabilitations-Evidenz positiv, kritisierte jedoch, dass die Aktualität und Korrektheit der Daten verbesserungswürdig war.

Er empfahl dem BMGF, der PVA und dem Hauptverband, gemeinsam mit den Ländern auf Verbesserungen der Rehabilitations-Evidenz hinzuwirken.

54.3 Das BMGF, der Hauptverband und die PVA unterstützen in ihren Stellungnahmen die Empfehlung des RH.

Stellung der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

55.1 (1) Im Bedarfsprüfungsverfahren hatte das Land ein Gutachten der GÖG oder eines vergleichbaren Planungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme der jeweiligen Landesgesundheitsplattform⁷⁸ zum Vorliegen der Kriterien gemäß § 3 KAKuG einzuholen.

Die GÖG hatte somit eine Doppelrolle: Sie erstellte im Auftrag des Hauptverbands den Rehabilitationsplan und im Auftrag der jeweiligen Länder Gutachten über das Vorliegen einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzelfall.

Aufgrund der unterschiedlichen Kriterien kam es zu unterschiedlichen Resultaten im Einzelfall.

(2) Den Sozialversicherungsträgern kam im Verfahren der Länder in der Regel Parteistellung zu; im Gegensatz dazu war die GÖG Sachverständige. Im Falle unterschiedlicher Stellungnahmen war daher in der Regel das Gutachten der GÖG maßgeblich. Dies, obwohl die Grundlage der Stellungnahmen – der Rehabilitationsplan – im Auftrag des Hauptverbands von der GÖG erstellt wurde.

⁷⁸ Die Landesgesundheitsplattform war ein Organ des Landesgesundheitsfonds.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



55.2

Für den RH war es grundsätzlich nachvollziehbar, dass eine einheitliche Stelle die fachliche Beurteilung zum Vorliegen eines Bedarfs vornehmen sollte. Er wies jedoch darauf hin, dass die GÖG dabei unterschiedliche Kriterien anzuwenden hatte und für unterschiedliche Auftraggeber (Hauptverband bei der Erarbeitung des Rehabilitationsplans, Länder bei den Gutachten im Bedarfsprüfungsverfahren nach KAKuG) arbeitete. Eine Konsistenz der Entscheidungen war damit nicht sichergestellt.

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

55.3

(1) Das BMGF unterstützte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH und verwies auf die laufenden Verhandlungen.

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

(3) Laut Stellungnahme der AUVA sei sie nur für jene Personen zuständig, die einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit erlitten hätten. Daher sei auch der Bedarf bekannt. Eine Erweiterung des Kurangebots erfolge über den Beitritt zu einem Rahmenvertrag, der über den Hauptverband geregelt werde.

Auswirkungen der mangelnden Koordination

56.1

In den vom RH analysierten Fällen (sieben Bedarfsbereiche, jeweils definiert durch die Versorgungszone, die Indikation und die stationäre bzw. ambulante Leistungserbringung) kam es in drei Bereichen zu unterschiedlichen Bedarfseinschätzungen zwischen Ländern und PVA, in zwei Bereichen verwies die PVA auf Kriterien außerhalb des KAKuG und in zwei Bereichen stimmten die Einschätzung des jeweiligen Landes und der PVA überein. In einer Reihe von Fällen waren in der PVA keine Aufzeichnungen über den Ausgang bzw. den Verfahrensstand der Landesverfahren vorhanden.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



56.2

Angesichts dieser Ergebnisse von Auftragsvergaben wies der RH zusammenfassend kritisch darauf hin, dass die Entscheidungsprozesse bei den Ländern zur Bedarfsprüfung und den Sozialversicherungsträgern zum Vertragsabschluss parallel ablaufen. Dabei kamen unterschiedliche Kriterien zum Einsatz. Dies konnte aufgrund der Sperrwirkung der Bedarfsprüfungsbescheide dazu führen, dass über einen längeren Zeitraum ein bestehender Bedarf nicht gedeckt werden konnte.

Die Koordinationsinstrumente – eine gemeinsame Planung, die Festlegung der zeitlichen Reihenfolge als Auswahlkriterium, die Stellungnahmerechte im Verfahren, die Einführung der Rehabilitationsevidenz und die Nutzung einer gemeinsamen Gutachterin bzw. eines gemeinsamen Gutachters – waren nicht ausreichend bzw. nicht zweckmäßig.

Die mangelnde Abstimmung zwischen Ländern und Sozialversicherungsträgern war daher ein wesentliches Hindernis für eine zweckmäßige Planung und Erbringung von Rehabilitationsleistungen.

Grundlegende Ausgestaltung der Vertragsbeziehung

Rahmenverträge und bilaterale Verträge

57.1

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestanden einerseits bilaterale Verträge (zwischen Sozialversicherungsträger und Anbieter) und andererseits Rahmenverträge zwischen Hauptverband und Anbietern, denen anschließend einzelne Sozialversicherungsträger beitraten.

Der Hauptverband konnte Rahmenverträge lediglich im Auftrag der Sozialversicherungsträger abschließen, eine alleinige Kompetenz des Hauptverbands bestand nicht. Die einzelnen Sozialversicherungsträger waren auch nicht verpflichtet, die bilateralen Verträge gleichlautend mit den Rahmenverträgen des Hauptverbands zu gestalten. Tatsächlich bestand jedoch im überprüften Zeitraum weitgehende inhaltliche Kongruenz zwischen den bilateralen Verträgen und den Rahmenverträgen für den stationären Bereich.

Im Bereich der ambulanten Rehabilitation gab es in mehreren Indikationen nur bilaterale Verträge, weil der Hauptverband nur für kardiologische ambulante Rehabilitation Verträge abgeschlossen hatte, die PVA dagegen für zahlreiche Indikationen eine umfassende Versorgung aufbauen wollte.

57.2

Der RH wies darauf hin, dass eine klare Vertragsstruktur – auch unter Compliance-Gesichtspunkten – eine wesentliche Voraussetzung für den ordnungsgemäßen Ab-

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



lauf von Beschaffungsprozessen war. Nach Ansicht des RH war das Nebeneinander von bilateralen Verträgen und Rahmenverträgen ohne klare Abgrenzung, welchem Zweck welche Vertragsstruktur dienen sollte, unzweckmäßig.

Der RH empfahl dem Hauptverband sowie der AUVA, der BVA und der PVA, grundsätzlich ausschließlich Rahmenverträge zu nutzen und nur bei besonderen Umständen bilaterale Verträge abzuschließen.

57.3

(1) Der Hauptverband wies in seiner Stellungnahme auf das laufende Vergabeverfahren über Leistungen der Kinderrehabilitation hin, dessen Erfahrungen in die weitere Vorgangsweise einfließen würden.

(2) Laut Stellungnahme der AUVA bediene sie sich überwiegend jener Kureinrichtungen, die einen Rahmenvertrag mit dem Hauptverband hätten. In zwei Fällen gebe es bilaterale Verträge, um besondere Bedürfnisse abzudecken (Querschnitt, Schädel-Hirn-Patientinnen und -Patienten, Haut- und Atemwegserkrankte), die sonst nicht oder erheblich teurer angeboten würden.

(3) Laut Stellungnahme der PVA könne sie der Empfehlung des RH wegen der Eigenständigkeit und Gebarungshoheit der PVA nicht folgen. Bestehe Bedarf nur bei einem Träger, sei der Nutzen des Abschlusses eines Rahmenvertrags durch den Hauptverband nicht erkennbar. Dem Hauptverband fehlten Ressourcen und Kapazitäten für entsprechende Vergabeverfahren. Eine alleinige Vertragsabschlusskompetenz beim Hauptverband berge das Risiko, dass die Interessen der einzelnen Sozialversicherungsträger nicht berücksichtigt würden. Da der Hauptverband selbst keine Versicherten habe, das Know-how über die inhaltliche Ausgestaltung von Gesundheitsdienstleistungen bei den jeweiligen Trägern wesentlich umfassender sei und auch die Finanzierung der Maßnahmen durch diese erfolge, liege darin auch ein Compliance-Risiko. Die einzelnen Träger könnten gegebenenfalls die erforderliche Versorgung ihrer Versicherten nicht aufrecht erhalten.

57.4

Der RH wies gegenüber der PVA darauf hin, dass seiner Ansicht nach ein Bedarf, der nur bei einzelnen Trägern bestand, die Ausnahme bildete. Von einer Koordinierung erwartete sich der RH einen Interessenausgleich, der naturgemäß bedingt, dass sich einzelne Versicherungsträger nicht in allen Fällen durchsetzen werden. Von einer Zuordnung der maßgeblichen Kompetenzen und Ressourcen in Vergabeangelegenheiten im Hauptverband erwartete der RH Synergien, die bei separaten Vergabeverfahren in einzelnen Versicherungsträgern nicht realisiert werden konnten. Für Sonderfälle hatte der RH in seiner Empfehlung ausdrücklich die Möglichkeit bilateraler Verträge offen gelassen. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Vertragsinhalt und Qualitätssicherung

58.1

(1) Die vom Hauptverband und den Sozialversicherungsträgern verwendeten Vertragstexte enthielten keine Aussage, ob ein Verrechnungs- oder Leistungsvertrag vorlag.

Die Verträge enthielten weder eine Auslastungsgarantie der Sozialversicherungsträger, noch garantierten die Anbieter eine bestimmte Versorgungswirkung bzw. freie Betten.

(2) Im Anhang zu den Verträgen waren medizinische Leistungsprofile geregelt, die Strukturvorgaben enthielten, z.B. eine bestimmte personelle und räumliche Ausstattung. Diese bezog sich nicht nur auf die vom Sozialversicherungsträger nachgefragte Bettenkapazität, sondern auf die Gesamtbettenanzahl der jeweiligen Einrichtung.⁷⁹

(3) Die Verträge waren unbefristet abgeschlossen, eine Kündigung war jährlich auch ohne Angabe von Gründen möglich. Sanktionen für den Fall von Verstößen gegen die Leistungsprofile waren nicht geregelt. Die PVA verhängte teilweise Sanktionen (insbesondere Reduktionen der Patientenzuweisung, gegebenenfalls Vertragskündigungen).

In einem Fall nahm die PVA eine Vertragskündigung vor, schloss jedoch nach einer Klage des Vertragspartners auf Basis eines gerichtlichen Vergleichs mit ihm erneut einen Vertrag ab. Ein Argument dafür war das rechtliche Risiko mangels vertraglicher Regelung der Sanktionen.

58.2

Der RH wies erneut darauf hin, dass eine klare Vertragsstruktur – auch unter Compliance-Gesichtspunkten – eine wesentliche Voraussetzung für den ordnungsgemäßen Ablauf von Beschaffungsprozessen war.

Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Verträge vom Hauptverband und den Sozialversicherungsträgern weder eindeutig als Verrechnungs- noch als Dienstleistungsvertrag gekennzeichnet waren, weshalb unklar war, ob und in welchem Umfang das Vergaberecht anwendbar war. Einerseits bestand keine Verpflichtung, bestimmte Kapazitäten freizuhalten oder bestimmte Zuweisungen vorzunehmen,

⁷⁹ Die PVA unterzeichnete im überprüften Zeitraum mehrere Letter of Intent. Darin bestätigte sie gegenüber jeweils einem bestimmten Anbieter ein grundsätzliches Interesse, bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen (insbesondere der behördlichen Bewilligungen) in Verhandlungen über einen Vertragsabschluss einzutreten. Dies erfolgte in der Regel auf Wunsch der Anbieter und diente als Grundlage für eine etwaige Finanzierung von Anfangsinvestitionen. Die Letter of Intent waren so abgeschlossen, dass aus ihnen kein Rechtsanspruch auf Vertragsabschluss ableitbar war.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



andererseits gab es klare Qualitätsregeln, jedoch keine Regelungen über die Sanktion bei deren Verletzung.

Er empfahl der AUVA, der BVA, der PVA und dem Hauptverband, die Verträge klar als Verrechnungs- oder Leistungsverträge zu kennzeichnen. Er empfahl weiters, eine Regelung über Sanktionen bei Verstößen gegen die Leistungsvorgaben aufzunehmen.

58.3

(1) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme zunächst auf das laufende Vergabeverfahren über Leistungen der Kinderrehabilitation, dessen Erfahrungen in die weitere Vorgangsweise einfließen würden. Bloße Verrechnungsverträge strebe der Hauptverband nicht an, da dort keine Dienstleistungsverpflichtungen (z.B. Betriebspflicht, Aufnahmepflicht bestimmter Patientengruppen usw.) enthalten sein könnten. Das ginge zu Lasten der Patientinnen und Patienten. Eine bloße Verrechnungsmöglichkeit, ohne dabei auch die Verpflichtung zu einschlägiger Qualität zu vereinbaren, sei unzweckmäßig. Andererseits sollten keine Verpflichtungen der Sozialversicherungsträger zur Zuweisung von Patientinnen und Patienten entstehen. Für Zuweisungen sollte der Bedarf nach Behandlungen und nicht die (allenfalls zu füllende) Kapazität von Anbietern relevant sein. Die vom RH empfohlene Vorgangsweise, Kalkulationen als Grundlage für Tarife zu verwenden, sei bereits in das Vergabeverfahren Kinderrehabilitation eingeflossen und auch gerichtlich anerkannt worden. Allerdings sei der Gedanke einheitlicher Tarife mit der Basis von Normkosten wirtschaftlich zu hinterfragen: Das bereits mehrfach zitierte Vergabeverfahren zeige, dass Anbieter sehr unterschiedliche Kostenstrukturen aufwiesen, die sich naturgemäß auch in unterschiedlichen Angeboten niederschlagen würden. Einheitstarife (Normkosten) könnten dem nicht Rechnung tragen. Auch Sanktionen im Fall von Vertragsverletzungen seien Inhalt des laufenden Vergabeverfahrens.

(2) Laut Stellungnahme der AUVA würden Rahmenverträge über den Hauptverband abgeschlossen.

(3) Die BVA sagte in ihrer Stellungnahme zu, die Empfehlung zur klaren Kennzeichnung der Verträge künftig bei Überlegungen einzubeziehen. Die Aufnahme von Sanktionen bei Verstößen gegen die Verträge hänge auch vom Vertragspartner ab.

(4) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, sei ihren Ausschreibungen eine inhaltliche Beurteilung der Verträge vorausgegangen, eine entsprechende Aussage im Vertragstext sei nicht erforderlich und könnte an einer rechtlich korrekten Einordnung, welche im Einzelfall zu geschehen habe, auch nichts ändern. Die PVA schließe auch befristete Verträge ab und regle auch, welche Kapazitäten die Vertragspartner vorzuhalten hätten.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Demnächst sollte ein Maßnahmenkatalog vertraglich finalisiert werden, sodass eine klare Basis für den Umgang mit Vertragsverletzungen vorliege. Auch ohne eine solche gesonderte Regelung stelle das allgemeine Zivilrecht Rechtsbehelfe zur Verfügung.

58.4

(1) Der RH stellte gegenüber dem Hauptverband klar, dass er die Entscheidung, ob ein Preiswettbewerb bzw. eine Preisdifferenzierung zwischen verschiedenen Anbietern erfolgen solle, keineswegs vorwegnehmen wollte. Wenn allerdings eine einheitliche Festlegung von Tarifen erfolgte (wie das bisher im Bereich der Rehabilitation der Fall war), sollte diese auf kalkulierten Kosten basieren. Dafür wäre eine entsprechende Basis (Normkosten) sicherzustellen. Der RH teilt die Auffassung des Hauptverbands, dass bei sichergestellter Qualität und Erreichbarkeit für die Patientinnen und Patienten eine günstigere Kostenstruktur einzelner Anbieter auch in Form niedrigerer Tarife an die Versichertengemeinschaft weitergegeben werden sollte. Ob und inwieweit das im Einzelfall Bedenken einer Leistungsverkürzung durch Qualitätseinschnitte überwiegt, war anhand der konkreten Leistung und der jeweiligen Marktlage zu beurteilen.

(2) Der RH begrüßte, dass die PVA eine rechtliche Einordnung ihrer Verträge vorgenommen hatte und die Vereinbarung von Sanktionen bei Vertragsverletzung plante. Der RH hielt beides für unerlässlich – zum einen für die korrekte Abwicklung des Vergabeverfahrens, zum anderen, um Rechtsstreitigkeiten im Fall von Vertragsverletzungen (wie sie bereits der Fall waren) zu vermeiden.

Qualitätssicherung

59.1

Bei der PVA war eine trägerübergreifende Vertragspartnerkontrolle eingerichtet. Sie überprüfte vor Ort die Einhaltung der medizinischen Leistungsprofile bzw. die Qualitätsvorgaben für den Beherbergungsbereich. Die PVA strebte dabei an, jede Einrichtung, mit der die PVA einen Vertrag über die Erbringung von Rehabilitationsleistungen hatte, einmal in zwei Jahren zu prüfen. Tatsächlich erfolgten die Überprüfungen deutlich seltener. Die Innenrevision der PVA stellte 2015 fest, dass im Zeitraum 2010 bis 2014 nur rund zwei Drittel der Einrichtungen überprüft worden waren. Die Prüfberichte wurden im Durchschnitt erst sechs Monate nach dem Besuch vor Ort übermittelt, obwohl eine Frist von drei Monaten vorgesehen war.

59.2

Der RH kritisierte, dass die PVA die selbst gesetzten Ziele weder bei der Kontrolldichte ihrer Vertragspartner noch bei der Erledigungsdauer für Berichte erreichte.

Er empfahl der PVA, die Kontrolldichte bei den Vertragspartnern, die Rehabilitationsleistungen erbrachten, und die Erledigungsdauer entsprechend anzupassen.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe– und Personalbereich in der Sozialversicherung

R

H

59.3 Laut Stellungnahme der PVA sei die seinerzeitige interne Vorgabe unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen von Beginn an als sehr ambitioniert zu beurteilen gewesen. Mit 1. Juni 2016 habe sie eine neue Abteilung eingerichtet, die bereits ein neues Visitationskonzept ausgearbeitet habe. Die PVA habe die Fristen für Kontrollrichten im neuen Visitationskonzept bewusst nicht dezidiert festgelegt. Als Richtwert sollte jedoch jede Einrichtung zumindest einmal in fünf Jahren visitiert werden. Die Fristen für die Berichterstellung seien nunmehr zwischen zehn und zwölf Wochen festgelegt.

Tarife

60.1 (1) Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Tarife für Rehabilitations– und Kureinrichtungen von Vertragspartnern im Jahr 2015:⁸⁰

Tabelle 11: Tarife pro Tag für stationäre Rehabilitation

	Vertragstarif 2015 ¹	Dauer
	in EUR	
Neurologie	228,04	4 Wochen
Psychiatrie	183,98	6 Wochen
Onkologie	168,06	3 Wochen
Orthopädie	168,06	3 Wochen
Kardiologie	163,13	3 bis 4 Wochen
Pulmologie	158,53	3 Wochen
Stoffwechsel	132,23	3 Wochen
Gesundheitsvorsorge aktiv	100,86	3 Wochen
Kuren (alle Indikationen)	89,41	3 Wochen

¹ Verhandlungsergebnisse; Beschlüsse der Gremien zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch ausständig
Quelle: PVA

(2) Die Tarife für die Vertragspartner waren österreichweit für einzelne Indikationen grundsätzlich gleich.⁸¹ Ein Preiswettbewerb fand somit nicht statt. Auf maßgebliche Faktoren für unterschiedliche Kostenstrukturen (z.B. die unterschiedliche Größe der Einrichtungen bzw. die unterschiedliche räumliche Lage) ging das Tarif-

⁸⁰ Die Tarife, die bei der Verrechnung der von Eigenen Einrichtungen erbrachten Leistungen zur Anwendung kamen, waren durchwegs höher als bei den Vertragspartnereinrichtungen (z.B. Neurologie 273,40 EUR oder Kardiologie 211,90 EUR bis 240 EUR). Die PVA begründete dies mit ungünstigeren kollektivvertraglichen Regelungen und teilweise höheren Leistungen in den Eigenen Einrichtungen. Ein Benchmarking der Eigenen Einrichtungen mit den Vertragspartnereinrichtungen war nicht Gegenstand der Gebarungsüberprüfung.

⁸¹ In Einzelfällen gab es Abweichungen aufgrund bestimmter Umstände (etwa besondere Leistungen oder Synergien durch angeschlossene Fondskrankenanstalten).

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



system nicht ein. Im Bereich der Kuren waren die Tarife unabhängig von den Indikationen österreichweit gleich.

(3) Die PVA bzw. der Hauptverband verfügten über keine Rechnungsabschlüsse oder andere Informationen der Leistungserbringer, aus denen ihre Kostenstrukturen erkennbar waren. Zu mehreren Indikationen (ausgenommen Psychiatrie und Onkologie) betrieb die PVA Eigene Einrichtungen, was ihr Einblick in die Kostenstruktur eines Rehabilitationsbetriebs gewährte und den Aufbau von Expertise in der Behandlung ermöglichte.

(4) Für stationäre Rehabilitationsleistungen und Kuren konnte weder der Hauptverband noch die PVA Kalkulationen vorlegen, die eine nähere Analyse der Tarife ermöglichten. Beide Einrichtungen führten aus, die Tarife seien durch jährliche Weiterentwicklung historischer Ausgangswerte im Verhandlungswege entstanden.

Zu vier ambulanten Rehabilitationsindikationen konnte die PVA konkrete Begründungen für die mit dem Vertragspartner vereinbarten Preise vorlegen. Dabei orientierte sich die PVA im Wesentlichen an der Kalkulation des jeweils ersten Anbieters einer bestimmten Indikation und überprüfte diese auf Plausibilität. Dies bildete die Grundlage für Verhandlungen und eine bundesweite Tariffestlegung.

Die PVA nahm jedoch keine Überprüfung vor, ob die vorgelegten Kalkulationen auf andere Anbieter anwendbar oder maßgeblich von den spezifischen Konstellationen des Erstanbieters geprägt waren. So bestanden bei den Grundannahmen der einzelnen Indikationen erhebliche Unterschiede. Beispielsweise unterschied sich der Ansatz für Rechnungswesen und Finanzmanagement zwischen den vier verwendeten Kalkulationen um einen Faktor drei. Die Kosten je VZÄ für bestimmte Berufsgruppen (Logopädie) lagen um mehr als 100 % auseinander. Die faktischen Annahmen für die Kalkulationen waren sehr einzelfallspezifisch (z.B. hinsichtlich der Nutzung bestehender Räumlichkeiten, der bloß stundenweisen Auftragsvergabe für bestimmte Berufsgruppen etc.).

(5) Soweit eine Überprüfung der Kalkulationen in der PVA erfolgte, geschah dies organisatorisch getrennt von den Verhandlungen bzw. der weiteren Vertragsgestaltung, teilweise mit Unterstützung eines externen Beraters. Bei einem Pilotprojekt traf die PVA eine Tarifabsprache für die gesamte Projektdauer von drei Jahren; eine Valorisierung war nicht vorgesehen. Dies war jedoch der zuständigen Abteilung nicht bekannt, sodass irrtümlich durch Vorstandsbeschluss eine Valorisierung wie für alle anderen Verträge erfolgte. Die PVA bezahlte die zu viel berechneten Beträge dann nicht aus bzw. forderte die zu viel überwiesenen Beträge erfolgreich zurück.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



(6) Für die Zukunft plante die PVA, Rehabilitationsleistungen auszuschreiben. Dabei sollte der Preis kein Zuschlagskriterium sein, vielmehr sollte ein Qualitätswettbewerb stattfinden. Während der Gebarungsüberprüfung führte der Hauptverband eine Ausschreibung im Bereich der Kinderrehabilitation durch, bei der auch auf Preiskriterien abgestellt werden sollte. Die Vergabeverfahren bei der PVA und beim Hauptverband waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht abgeschlossen.

60.2

(1) Der RH kritisierte, dass die PVA bzw. der Hauptverband ohne Preiswettbewerb, weitgehend ohne Kalkulationen und ohne Kenntnis der tatsächlichen Kostenstrukturen der Anbieter Tarife für einen Markt mit einem Volumen von über 1 Mrd. EUR (siehe [TZ 26](#)) festlegte. Die Angemessenheit der Tarife konnte nach Ansicht des RH nur im Rahmen einer Kalkulation überprüft werden. Die Durchführung von Beschaffungsvorgängen ohne Preiswettbewerb oder Kalkulationen rein auf Verhandlungsbasis beurteilte der RH auch als wesentliches Compliance-Risiko.

Der RH empfahl daher der AUVA, der BVA und der PVA sowie dem Hauptverband, aktuelle Kalkulationen als Grundlage für die Tarife für Kuren und Rehabilitation zu erstellen.

(2) Der RH kritisierte weiters, dass die Kalkulationen für den ambulanten Rehabilitationsbereich zwar als Grundlage für Normkosten in ganz Österreich dienten, aber ihrer Methodik nach adaptierte Einzelkosten einzelner Anbieter abbildeten. Der RH kritisierte, dass die Grundannahme nach Indikationen unterschiedlich war. Nach Ansicht des RH ergab sich aus diesen Vorgehensweisen, dass unterschiedliche Anbieter unterschiedlichen wirtschaftlichen Nutzen aus Vertragsabschlüssen mit der PVA ziehen konnten. Auch dies sah der RH als erhebliches Compliance-Risiko.

Der RH empfahl daher der AUVA, der BVA und der PVA, den einheitlichen Tarifen Normkosten zugrunde zu legen und nur in Ausnahmefällen Einzelkosten zu berücksichtigen.

(3) Der RH kritisierte, dass die Zuständigkeit für Tarifikalkulation, Vertragsgestaltung, Qualitätssicherung und Festlegung der Leistungsverpflichtungen bei der PVA nicht organisatorisch gebündelt war. Er kritisierte auch, dass die mangelnde Abstimmung dazu führte, dass im Bereich der „Gesundheitsvorsorge Aktiv“ (siehe [TZ 61](#)) die Gründe für die Tarifhöhe nicht exakt nachvollziehbar waren und irrtümlich eine Valorisierung erfolgte.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Er empfahl der PVA, durch organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass die Unterlagen und Expertise zur Tarifikalkulation, Vertragsgestaltung, Qualitätssicherung und Festlegung von Leistungsverpflichtungen im Rehabilitationsbereich sämtlichen betroffenen Organisationseinheiten zur Verfügung gestellt werden.

(4) Der RH kritisierte, dass der Hauptverband und die PVA für Rehabilitationsleistungen unterschiedliche Grundsatzentscheidungen hinsichtlich eines Preiswettbewerbs getroffen hatten.

Er empfahl dem Hauptverband und der PVA, Ausschreibungen im Bereich der Rehabilitation – insbesondere die Berücksichtigung von Preisunterschieden zwischen verschiedenen Anbietern – künftig besser abzustimmen.

(5) Der RH wies weiters darauf hin, dass die PVA in den am stärksten steigenden Indikationsgruppen Psychiatrie und Onkologie keine Expertise aus Eigenen Einrichtungen aufwies.

Er empfahl der PVA, Maßnahmen zu prüfen, die eine dem Betrieb Eigener Einrichtungen entsprechende Expertise auch in den Bereichen Psychiatrie und Onkologie sicherstellen.

60.3

(1) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme auf das laufende Vergabeverfahren über Leistungen der Kinderrehabilitation. Die in diesem Verfahren in Rede stehenden Tarifvorstellungen würden auf Kalkulationen beruhen. Die Gleichbehandlung aller Anbieter sei gegeben, was auch zur Folge habe, dass Anbieter mit ungleichen Angeboten (z.B. Neubau versus Ausbau bestehender Einrichtung) auch unterschiedliche preisliche Angebote zu legen hätten.

Hinsichtlich der Abstimmung von Ausschreibungen merkte der Hauptverband an, dass das Vergabeverfahren zur Kinderrehabilitation für alle Sozialversicherungsträger, Krankenfürsorgeanstalten und Länder bundesweit geführt werde. Die Vertragskonstruktion (als Vertrag zugunsten Dritter) nehme darauf Rücksicht. Das weitere Vorgehen werde aus den Erfahrungen des laufenden Vergabeverfahrens zu erarbeiten sein.

(2) Die AUVA verwies in ihrer Stellungnahme auf die Zuständigkeit des Hauptverbands bzw. auf dort stattfindende Trägerbesprechungen.

(3) Auch die BVA verwies in ihrer Stellungnahme darauf, dass die Empfehlung zu Kalkulationen als Tarifgrundlage primär vom Hauptverband und der PVA umzusetzen sei.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



(4) Die PVA sagte in ihrer Stellungnahme Verbesserungen bei der Tarifikalkulation zu. So würde sie Leistungskörbe und die Erbringung von Leistungen durch verschiedene Berufsgruppen in Zukunft vermeiden, für die Personalkosten standardisierte Werte annehmen und für indirekte Kosten (z.B. Miete) einheitliche Normkosten ansetzen.

Um eigene Expertise und Konzepte in den Bereichen Onkologie und Psychiatrie zu entwickeln, werde sie demnächst 80 Betten für onkologische Rehabilitation in Bad Schallerbach eröffnen und plane 25 Betten für psychosomatische Rehabilitation in Felbring.

Zur Kritik der abweichenden Entscheidungen von PVA und Hauptverband zur Frage eines Preiswettbewerbs in Vergabeverfahren vertrat die PVA die Ansicht, die konträren Entscheidungen seien aufgrund unterschiedlicher Ausgangslagen gerechtfertigt: Die PVA habe bislang Vergabeverfahren in Bereichen durchgeführt, für die kalkulierte Tarife existierten. Ein Preiswettbewerb sei insofern als ein Qualitätsrisiko zu sehen. Demgegenüber sei der Hauptverband bei der Ausschreibung der Kinderrehabilitation mit der Situation konfrontiert, dass es bislang keine entsprechenden Anbieter gegeben habe, sodass eine Kalkulation auch dem Wettbewerb habe überlassen werden müssen.

Die Empfehlung zu einem besseren internen Informationsaustausch sei nicht nachvollziehbar. Aufträge zu Tarifikalkulationen, Vertragsgestaltungen etc. erfolgten im Dienstweg durch die zuständige Stellvertretung der Generaldirektion an die zuständige Fachabteilung. Diese erstelle (gegebenenfalls durch externe Beauftragung) den jeweils geforderten Vorschlag, der wiederum im Dienstweg zur Beschlussfassung vorgelegt werde. Alle Ergebnisse stünden auf elektronischen Laufwerken dem betroffenen Personenkreis zur Verfügung.

60.4

Der RH begrüßte die von der PVA zugesagten Verbesserungen in der Tarifikalkulation. Er hielt aber die von der PVA angeführten Gründe für ein unterschiedliches Vorgehen von PVA und Hauptverband hinsichtlich eines Preiswettbewerbs nicht für schlüssig: Einerseits hatte die PVA auch über neue Leistungen mit eigens erstellten Tarifikalkulationen Verträge abgeschlossen (z.B. bei der ambulanten Rehabilitation), andererseits wäre der Hauptverband in der Lage, für Kinderrehabilitation eine Kalkulation zu erstellen. Die Grundsatzentscheidung, ob unterschiedliche Preise bzw. Kosten für den Ressourceneinsatz (z.B. aufgrund günstigerer Mieten) für den Vertragsabschluss wesentlich sein sollten, war nach Ansicht des RH weitgehend unabhängig davon, wer eine Kalkulation erstellte.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Der RH hielt auch den Verweis auf den Dienstweg und die Zuständigkeit der Generaldirektor-Stellvertretung für nicht ausreichend, um die festgestellten internen Kommunikationsprobleme zu beseitigen. Erforderlich wäre eine operative Bündelung der sachlich zusammengehörigen Aufgaben, die eine vertiefte sachliche Diskussion ermöglicht. Weiters wies der RH darauf hin, dass entgegen der von der PVA angegebenen allgemeinen Verfügbarkeit der Entscheidungsgrundlagen auf den Laufwerken der PVA die PVA die Grundlagen für die Vertragsvergabe der „Gesundheitsvorsorge Aktiv“ dem RH nicht vorlegen konnte. Der RH nahm allerdings zur Kenntnis, dass die PVA in **TZ 71** auf eine neu eingerichtete Organisationseinheit verwies, die Vergabefragen, Vertragsgestaltung, Qualitätskontrolle und Tarifikalkulation verbinden sollte. Der RH verblieb bei seiner Empfehlung.

„Gesundheitsvorsorge Aktiv“

61.1

(1) Im Herbst 2013 entschied der Vorstand der PVA, vier bilaterale Verträge zur Durchführung des Pilotprojekts „Gesundheitsvorsorge Aktiv“ abzuschließen. Bei dem Pilotprojekt war eine höhere Therapieintensität als im regulären Kurbetrieb, aber eine geringere als in der Rehabilitation vorgesehen.⁸² Die Rechtsträger der Pilotbetriebe sollten keine zusätzlichen Kapazitäten aufbauen, sondern bestehende Kurbetten im gleichen Umfang reduzieren.

(2) Die Tarife für die „Gesundheitsvorsorge Aktiv“ lagen deutlich höher als im regulären Kurbetrieb; bei gleichbleibender Hotelkomponente ergab sich ein Anstieg um 39 % für die Vergütung der Therapien, obwohl die Anzahl der Therapieminuten nur um rd. 17 % stieg. Die PVA gab dazu an, dass die Betriebe Investitionen (Räumlichkeiten, Trainingsgeräte, Personal) tätigen würden, ohne dass eine Vertragsverlängerung nach dem Ende des Pilotbetriebs gesichert sei („Anschubfinanzierung“). Eine exakte Kalkulation konnte die PVA nicht vorlegen. Aufgrund der höheren Tarife und der hohen Konkurrenz im regulären Kurbetrieb war das Pilotprojekt für die Leistungserbringer wirtschaftlich sehr attraktiv.

(3) Die PVA legte fest, dass als Leistungserbringer nur langjährige Vertragspartner mit ausgezeichneten Ergebnissen aus Qualitätskontrollen in Frage kamen. Im Oktober 2013 beschloss der Vorstand der PVA den Abschluss von vier neuen bilateralen Verträgen. Eine Unterlage, aus der aus diesen Kriterien schlüssig ableitbar war, wie die Auswahl der vier Pilotbetriebe erfolgte, konnte die PVA dem RH nicht vorlegen.

(4) Im Jahr 2014 beschloss die PVA, vier weitere Verträge für das Pilotprojekt abzuschließen. Sie begründete dies mit Wartezeiten von bis zu einem Jahr. Ein Grund dafür sei die ungünstige regionale Verteilung der Standorte. Die Auswahl erfolgte

⁸² Als Zielgruppe waren Personen zwischen 30 und 55 Jahren vorgesehen, die erstmals einen Kuraufenthalt in Anspruch nahmen.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



aus einer Liste mit 19 Einrichtungen. Als Kriterien waren wieder die langjährige Erfahrung im Kur- und Rehabilitationsbetrieb sowie ausgezeichnete Kontrollergebnisse angegeben, jedoch auch regionale Gesichtspunkte. Eine Bewertung der einzelnen Anbieter nach den genannten Kriterien konnte dem RH nicht vorgelegt werden.

61.2

(1) Der RH kritisierte das Fehlen der Tarifikalkulation für das Pilotprojekt „Gesundheitsvorsorge Aktiv“. Er wies darauf hin, dass die Therapieeinheiten weniger stark stiegen als die Tarife. Weiters, dass die Verträge über Kuren und Rehabilitation generell keine Zusicherung für die Auslastung getroffener Investitionen enthielten; die „Anschubfinanzierung“ für dieses Pilotprojekt war daher nicht nachvollziehbar.

Der RH verwies wiederholt (**TZ 60**) darauf, dass Beschaffungsvorgänge ohne Kalkulation oder Preiswettbewerb ein erhebliches Compliance-Risiko darstellen und auf seine Empfehlung, künftig aktuelle Kalkulationen als Grundlage für die Tarife zu erstellen und dabei grundsätzlich alle Anbieter gleich zu behandeln.

(2) Der RH wies kritisch darauf hin, dass aufgrund der von der PVA festgelegten Auswahlkriterien die Auswahl der am Pilotprojekt beteiligten Anbieter nicht nachvollziehbar dokumentiert war. Damit war aus Sicht des RH die Einhaltung der Grundsätze der Nichtdiskriminierung und Transparenz nicht ausreichend sichergestellt.

Der RH empfahl der PVA, künftig die Auswahl von Einrichtungen zu begründen und nachvollziehbarer zu gestalten.

61.3

Die PVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie nach Vorliegen des Endberichts über die Evaluierung des Pilotprojekts eine österreichweite Ausrollung beabsichtige, und diese – als zeitgemäße Form der Gesundheitsvorsorge – mittelfristig die herkömmliche Kur ablösen solle. Dem werde ein europaweites Vergabeverfahren zur Ermittlung der Vertragspartner vorangehen, sodass Transparenz, Wettbewerb und Nichtdiskriminierung jedenfalls sichergestellt seien.

Der vom RH festgestellte Tarifanstieg um 39 % sei auf Basis der tatsächlichen Tagesätze nicht nachvollziehbar.

61.4

Der RH erläuterte gegenüber der PVA den Tarifanstieg wie folgt: Die Anzahl der Therapieminuten stieg von 1.200 auf 1.400 (um 17 %). Der Tarif für die reguläre Kur war mit rd. 100 EUR um rd. 15 % höher als 2014 (86 EUR). Allerdings war dabei eine gleichbleibende Hotelkomponente von rd. 50 EUR zu berücksichtigen (zu subtrahieren). Der Tarif für die Therapie wäre damit um rd. 39 % (von 36 EUR auf 50 EUR) gestiegen. Der RH merkte im Übrigen an, dass diese Berechnung in einem Gremium der PVA angestellt

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



und diskutiert wurde. Der RH verwies aus diesem Anlass auf seine Empfehlung zu **TZ 60** (verbesserter Informationsaustausch innerhalb der PVA).

Interne Abwicklung der Auswahl der Leistungserbringer in der PVA

Kriterien und Entscheidungswege

62.1

(1) Für den überprüften Zeitraum stellte die PVA dem RH zur Beschreibung des Auswahlverfahrens von Leistungserbringern einerseits eine Prozessdarstellung und andererseits einen Katalog von Entscheidungskriterien bereit.

(2) Aus der Prozessdarstellung ergab sich, dass im Geschäftsbereich Medizin Anträge erstbearbeitet und in der „Bedarfsprüfungsdatenbank“ erfasst werden sollten. Danach sollte der cheförztlche Dienst eine Stellungnahme abgeben und auf dieser Basis die Generaldirektion (d.h. die zuständige Stellvertretung) entscheiden. Danach sollte der Geschäftsbereich Medizin eine externe Erledigung erarbeiten, die dann satzungsmäßig zu zeichnen war (d.h. mit Unterschrift der Generaldirektorin bzw. des Generaldirektors oder einer Stellvertreterin bzw. eines Stellvertreters sowie der Obfrau bzw. des Obmanns).

Regelungen z.B. für die Information von Anbietern über den Bedarf oder den Kontakt bzw. die Verhandlungsführung mit potenziellen Anbietern gab es nicht.

(3) Der Kriterienkatalog der PVA für einen Vertragsabschluss enthielt folgende maßgebliche Entscheidungspunkte:

- Erfahrung des Leistungserbringers im Rehabilitationsbereich,
- sehr gute Ergebnisse bei der Vertragspartnerkontrolle, wenn bereits ein Vertrag bestand,
- passende Lage in der jeweiligen Zone, gegebenenfalls Synergieeffekte zwischen Bund, Land, Gemeinde (z.B. Spital) und bestehenden Verträgen,
- Berücksichtigung des Rehabilitationsplans 2012 „als Empfehlung“,
- eine positive medizinische Stellungnahme durch den cheförztlchen Bereich,
- das Vorliegen einer Errichtungs- und Betriebsbewilligung und
- eine positive Entscheidung des Vorstands der PVA.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Die PVA wendete tatsächlich noch zusätzliche Kriterien an, z.B. die Verbindung mehrerer Indikationen („Zentrumslösung“).

62.2

Der RH beurteilte sowohl die im überprüften Zeitraum geltende Prozessdarstellung als auch den Kriterienkatalog für den Vertragsabschluss kritisch. Bei der Prozessdarstellung fehlten wesentliche Schritte von Vergabevorgängen (z.B. die Information an die potenziellen Anbieter und die Art des weiteren Kontakts). Der Kriterienkatalog erfasste die maßgeblichen Aspekte (z.B. Zentrumslösung) nicht vollständig.

Somit wichen die tatsächliche Vorgehensweise und die geregelten Inhalte voneinander ab. Dies bedeutete ein erhebliches Compliance-Risiko.

Der RH verwies auf die geplanten Änderungen (siehe [TZ 67](#)) zur Ausschreibung und begrüßte, dass dabei auch die Prozessvorgaben und die inhaltlichen Kriterien überarbeitet werden sollten.

Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Unterlagen bei der Auswahl der Vertragspartner

63.1

(1) Grundsätzlich waren in der PVA wesentliche Daten ihrer Vertragspartner im Bereich Rehabilitation (Namen der Einrichtungen, Tarife, Anzahl der Betten, Indikationen etc.) in der zentralen Datenbank für die medizinische Administration abgespeichert. Diese Datenbank diente primär zur Verwaltung der Versicherten (Anträge, Genehmigungen, Aufenthalte, Abrechnungen).

Für das Vertragsmanagement richtete die PVA im Jahr 2012 eine „Bedarfsprüfungsdatenbank“ ein, in der der Schriftverkehr zu Vertragsänderungen mit Anbietern von Rehabilitationsleistungen bzw. zum Abschluss von neuen Verträgen oder die Stellungnahmen im Bedarfsprüfungsverfahren gespeichert werden sollten. Die Abteilungen „Hauptstelle Chefärztlicher Bereich“ und „Hauptstelle Geschäftsbereich Medizinische Verwaltung“ gaben die Daten in die Datenbank ein. Für den überprüften Zeitraum 2012 bis 2014 waren über 5.000 Dokumente in der „Bedarfsprüfungsdatenbank“ enthalten.

(2) Anliegen von potenziellen Anbietern, die diese direkt an die Generaldirektion oder die Selbstverwaltung richteten, waren in der Datenbank nicht vollständig enthalten. Aus dem Posteingangssystem der PVA war nicht erkennbar, ob alle eingegangenen Schriftstücke zu einem bestimmten Thema einer aktenmäßigen Bearbeitung zugeführt wurden (nummerierte Akten gab es nur für Leistungssachen). Auch Telefonate oder Gesprächsnotizen waren nur teilweise dokumentiert. In einem Fall beschloss der Vorstand einen Vertragsabschluss, ohne dass ein Angebot dazu in der Datenbank dokumentiert war; nach Auskunft der zuständigen Direktion war das

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



zugrunde liegende Ersuchen von der zuständigen Stellvertreterin des Generaldirektors gekommen.

Sowohl die „Hauptstelle Chefärztlicher Bereich“ als auch die „Hauptstelle Geschäftsbereich Medizinische Verwaltung“ führten parallel zur Datenbank eine schriftliche Dokumentation in Papierform.

(3) In der Datenbank waren dieselben Einrichtungen unter verschiedenen Namen abgespeichert. Damit war die Nachvollziehbarkeit von mehreren Geschäftsfällen der gleichen Einrichtung nicht gegeben.

(4) Die Datenstruktur der Bedarfsprüfungsdatenbank war auf das Ablegen von als PDF eingescannten Unterlagen ausgerichtet, Auswertungen (z.B. Anzahl der Letters of Intent, zeitlicher Abstand zwischen Antrag und Antwort, bereits positiv beschiedene Bettenanzahl) waren nicht möglich.

Auch das geplante Datum der Inbetriebnahme für eine Rehabilitationseinrichtung war in den gespeicherten Unterlagen in der Datenbank nicht vollständig vermerkt. Die Ist-Stände des bestehenden Angebots waren mit der Datenbank nicht verknüpft. Aus der Datenbank war die Beurteilung der Bedarfsermittlung der PVA daher nicht nachvollziehbar.

63.2

Der RH merkte kritisch an, dass bei der PVA

- mehrere Stellen parallel Vorgänge zu Verträgen mit Anbietern von Rehabilitationsleistungen in Datenbanken bzw. in Papierform archivierten,
- nicht sämtliche Vorgänge dokumentiert waren,
- die Datenbank Auswertungen nur sehr eingeschränkt ermöglichte und
- mangels eindeutiger Identifikation der Vertragspartner bzw. Einrichtungen einzelne Vorgänge nicht eindeutig zuzuordnen waren.

Zur Nachvollziehbarkeit der Geschäftsprozesse beurteilte der RH es auch unter Compliance-Gesichtspunkten als unerlässlich, dass alle Informationen zum Vertragspartnermanagement vollständig, aktuell und zentral dokumentiert und nach einem schlüssigen System auffindbar und auswertbar waren. Nur so können die zentralen Elemente der Auftragsvergabe auch zu einem späteren Zeitpunkt nachvollzogen werden.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Der RH empfahl der PVA, künftig die Vorgänge im Zusammenhang mit Bedarfsprüfungen und Vertragsangeboten vollständig und einheitlich zu dokumentieren und eindeutig zuzuordnen. Grundlage dafür wäre ein standardisierter, alle Organisationseinheiten umfassender Prozess.

63.3 Laut Stellungnahme der PVA plane sie Änderungen bezogen auf Datenbank und Abläufe.

Strukturierung der Unterlagen in der PVA

64.1 Die PVA gab kein verbindliches Muster vor, was die maßgeblichen Dokumente (insbesondere die Stellungnahmen des chefärztlichen Bereichs) konkret enthalten mussten. Die Ausführlichkeit der Entscheidungsbegründungen und die aufgenommenen Informationen waren stark einzelfallabhängig, die Erfüllung der Kriterien des Kriterienkatalogs war nicht immer nachvollziehbar.

So ging aus manchen Stellungnahmen des chefärztlichen Bereichs weder der Zeit-horizont noch die Region genau hervor. In Verbindung mit dem Fehlen historischer Daten in der Rehabilitations-Evidenz (siehe **TZ 54**) war somit ex-post oft nicht mehr nachvollziehbar, von welchem Ist-Stand die PVA zum Zeitpunkt der Entscheidung über ein konkretes Vertragsangebot ausging.

Ebenfalls war nicht immer nachvollziehbar, ob der Soll-Stand direkt aus dem Rehabilitationsplan stammte oder andere Informationsgrundlagen (z.B. die Entwicklung der Antragszahlen oder von Wartezeiten) berücksichtigte.⁸³

Schließlich war die Erfassung von Vorgesprächen bzw. Telefonaten mit dem Leistungsanbieter oder anderer Input (wie z.B. Hinweise auf ökonomische Mindestgrößen, bevorzugte Standorte, Zentrumslösungen) nicht geregelt.

Für die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger bzw. gegebenenfalls den Vorstand war daher schwer erkennbar, ob sich eine Einzelfallentscheidung aus der Anwendung der Grundsatzbeschlüsse (z.B. des Rehabilitationsplans) ergab oder ob eine Abweichung vorlag.

64.2 (1) Der RH kritisierte, dass die PVA nicht verbindlich vorgab, welche Entscheidungsgrundlagen zu dokumentieren waren. Nach Ansicht des RH wären jedenfalls der zugrunde gelegte Soll- und Ist-Stand nachvollziehbar anzuführen. Abweichungen des Soll-Stands vom Rehabilitationsplan wären zu begründen. Vorgespräche und Ähnliches wären zu dokumentieren und nachvollziehbar zu machen. Dadurch könn-

⁸³ In mehreren Fällen fehlten in den schriftlichen Unterlagen der PVA als Grundlage für eine Stellungnahme in Bedarfsprüfungsverfahren der Länder Bedarfsberechnungen bzw. Begründungen für die Stellungnahmen bzw. Annahmen oder Ablehnungen von Vertragsangeboten.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



ten die Elemente des Vergabeverfahrens sichergestellt werden, da ansonsten im Nachhinein nicht erkennbar ist, wie die Entscheidungen getroffen worden sind.

Der RH empfahl daher der PVA, verbindlich vorzugeben, welche Entscheidungsgrundlagen bei der Bearbeitung von Ansuchen um Vertragsabschlüsse zu dokumentieren waren.

(2) Der RH kritisierte, dass manche Stellungnahmen für Errichtungsbewilligungsverfahren nicht nachvollziehbar waren. Er wies auf die Wichtigkeit der Nachvollziehbarkeit aufgrund der medizinischen, ökonomischen und sozialpolitischen Auswirkungen der Stellungnahmen und die geforderte Transparenz bei solchen Entscheidungen hin.

Der RH empfahl der PVA, darauf zu achten, dass die Begründungen für Stellungnahmen umfassend dokumentiert werden, damit Entscheidungen nachvollziehbar sind.

64.3

Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie mit dem Beschluss vom April bzw. Juli 2015 über die Vergabe von Gesundheitsdienstleistungen gemäß dem Bundesvergabegesetz für die Zukunft auch die Entscheidungsgrundlagen und ihre Dokumentation vorgegeben habe. Der Prozess über die Stellungnahmen in Bedarfsprüfungsverfahren werde derzeit überarbeitet.

Zuständigkeiten innerhalb der PVA

65.1

(1) § 11 des Anhangs zur Geschäftsordnung des PVA-Vorstands enthielt die Delegationsvorschriften im Bereich des Rehabilitationswesens. Neben Einzelfallentscheidungen gegenüber den Versicherten war darin dem Büro lediglich die Vereinbarung von Vergütungen für Rehabilitation und Kuren übertragen.⁸⁴ Somit verblieben alle anderen Entscheidungen beim Vorstand. Auch die Delegationsvorschriften erfolgten mit der Maßgabe, dass es dem Vorstand vorbehalten blieb, einzelne Angelegenheiten zur Entscheidung an sich zu ziehen.

Tatsächlich legte die PVA Entscheidungen über den Abschluss von Verträgen über stationäre Rehabilitation dem Vorstand vor. Entscheidungen über den Abschluss von Verträgen über ambulante Rehabilitation traf zwischen 2012 und 2014 hingegen das Büro ohne Einbeziehung des Vorstands. Die Vertragsabschlüsse waren vom Obmann der PVA gegengezeichnet. Die Grundlagen dieser Vorgangsweise in Bezug

⁸⁴ „die Vereinbarung von Vergütungen für Vertragsleistungen, welche im Zusammenhang mit medizinischen Feststellungsverfahren im Leistungs- und Versicherungsrecht sowie mit Anträgen auf Rehabilitation und Gesundheitsvorsorgeleistungen in Anspruch genommen werden, in besonders gelagerten Fällen auch abweichend von der Empfehlung des Hauptverbandes bzw. der Tarifordnung der VAEB“ (vgl. § 11 Abs. 8 des Anhangs zur Geschäftsordnung des Vorstandes der PVA)

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



auf die Delegationsvorschriften waren für den RH nicht nachvollziehbar. Seit Frühjahr 2015 war ein Moratorium hinsichtlich des Abschlusses weiterer Verträge festgelegt, Ausnahmen waren vom Vorstand zu genehmigen (siehe [TZ 67](#)).

(2) Eine Delegation weiterer Aufgaben im Zusammenhang mit Rehabilitation an das Büro war nicht vorgesehen. Zum Beispiel blieben die Planung für den Bedarf, die geplante Angebotsstruktur, die Erstellung eines Normkostenmodells, die Gestaltung der Verträge über die Festlegung der Vergütung hinaus oder die Durchführung der Qualitätssicherung Aufgaben des Vorstands.

Während die PVA bis 2008 einen mehrjährigen „Rehabilitationsplan“ mit grundsätzlichen strategischen Überlegungen erstellt und im Vorstand beschlossen hatte, lag seither kein neuer Plan vor. Gemäß interner Protokolle fanden auf Ebene des Büros Vorbereitungsarbeiten dazu im Jahr 2013 statt. Ein abschließendes Papier bzw. eine Vorlage an den Vorstand unterblieb jedoch. Der Vorstand fasste im überprüften Zeitraum im Wesentlichen Beschlüsse über die Einzelverträge.

(3) Innerhalb des Büros waren nach der Büroordnung der PVA mehrere Geschäftsbereiche eingerichtet, die wiederum der Generaldirektorin bzw. dem Generaldirektor, bzw. den ständigen Stellvertreterinnen und Stellvertretern zugeordnet waren. Dabei entfiel im Wesentlichen die Administration der Pensionen auf eine Stellvertreterin bzw. einen Stellvertreter, Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge inklusive der Verwaltung der Eigenen Einrichtungen auf die andere Stellvertreterin bzw. den anderen Stellvertreter. Der Chefärztliche Bereich, Personal und Informatik waren der Generaldirektorin bzw. dem Generaldirektor zugeordnet.⁸⁵ Im Vorstand berichteten die jeweiligen Stellvertreterinnen und Stellvertreter zu den ihnen zugeordneten Angelegenheiten weitgehend selbstständig.

Die Generaldirektorin bzw. der Generaldirektor und die ständigen Stellvertreterinnen und Stellvertreter hatten einander insbesondere in grundsätzlichen und bereichsübergreifenden Angelegenheiten seiner bzw. ihrer Geschäftsführung gegenseitig laufend zu informieren, die Generaldirektorin bzw. der Generaldirektor konnte einzelne Angelegenheiten an sich ziehen.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war die für Rehabilitation im Zeitraum 2012 bis 2014 zuständige Stellvertreterin des Generaldirektors nicht mehr in der Organisation. Der Chefarzt war in den Ruhestand getreten. Zu mehreren Entscheidungen (z.B. Auswahl der Vertragspartner, Tarifgestaltung etc.) konnten die verbliebenen Bediensteten keine umfassende Auskunft geben.

⁸⁵ darüber hinaus das Generalsekretariat, die Innenrevision, die Ombudsstelle und die Organisationseinheit „Leistungs- und Sozialrecht“

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



65.2

(1) Der RH beurteilte die Delegationsvorschriften für die Rehabilitation als nicht ausreichend. Es war nicht erkennbar, warum der Abschluss von Verträgen über ambulante Rehabilitation anders erfolgte als über stationäre Rehabilitation.

Aus den Delegationsvorschriften war nicht klar erkennbar, wie die vielfältigen Aufgaben zur Steuerung des Rehabilitationsbereichs bzw. der Gesundheitsvorsorge (rd. 1 Mrd. EUR) konkret erfolgen sollten. Die tatsächliche Aufgabenverteilung zwischen Vorstand, Obfrau bzw. Obmann und Büro und die jeweilige Verantwortung waren nach Auffassung des RH nicht klar. Der RH beurteilte das als einen der Gründe, warum die Angebotsplanung unvollständig blieb.

Nach Ansicht des RH sollte der Vorstand strategische Aufgaben wahrnehmen und das Büro mit der Ausarbeitung konkreter Vorschläge beauftragen, diese nach Diskussion beschließen und sich über deren Umsetzung systematisch berichten lassen.

Der RH empfahl der PVA, die Delegationsvorschriften um die vom Büro wahrzunehmenden operativen Aufgaben zu ergänzen (z.B. Qualitätssicherung, Tarifikalkulation). Er empfahl weiters, grundsätzliche strategische Vorgaben für den Rehabilitationsbereich (Tarifmodelle, Bedarfsplanung, Gestaltung der Verträge etc.) im Vorstand zu beschließen und regelmäßig Berichte über die Umsetzung dieser Vorgaben vorzulegen.

(2) Der RH kritisierte weiters, dass wesentliche Entscheidungen (z.B. Auswahl der Vertragspartner, Tarifgestaltung) nach dem Ausscheiden der zuständigen Stellvertreterin des Generaldirektors bzw. des Chefarztes nicht mehr nachvollzogen werden konnten.

Der RH empfahl der PVA, in Zukunft besonders darauf zu achten, dass Entscheidungen über den Abschluss und die Gestaltung von Rehabilitationsverträgen nachvollziehbar und in ihren Begründungen transparent dokumentiert sind.

65.3

Die PVA wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass die seit dem letzten Jahr durchgeführten Vergabeverfahren – auch im Bereich der ambulanten Rehabilitation – der Vorstand beschlossen hatte. Die Empfehlung des RH zur Neustrukturierung der Aufgabenverteilung zwischen Vorstand und Büro in den Delegationsvorschriften werde die PVA gesondert prüfen.

Richtig sei, dass der „Rehabilitationsplan 2008“ der PVA bis zur Gebarungsüberprüfung des RH unverändert gegolten habe. Mit der Bestellung des neuen Generaldirektor-Stellvertreters ab Juli 2015 habe die PVA eine Arbeitsgruppe beauftragt,

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



einen neuen Entwurf eines Masterplans Rehabilitation auszuarbeiten; der Vorstand habe diesen in seiner Septembersitzung 2016 beschlossen.

Beginnend mit der Grundsatzentscheidung des Vorstands zu künftigen Vergaben von Gesundheitsdienstleistungen sowie im Hinblick auf den beschlossenen Masterplan Rehabilitation erfolge nunmehr laufend die Einbeziehung der Selbstverwaltung in die strategische Ausrichtung des Rehabilitations- und Gesundheitsvorsorgebereichs. Eine transparente Dokumentation der Entscheidungen über Abschluss und Gestaltung von Rehabilitationsverträgen sei bei Vergabeverfahren unter Verwendung des elektronischen Beschaffungssystems VEMAP nachvollziehbar und lückenlos gegeben.

Auswirkungen der dargestellten Mängel auf die Versorgungszonen

66.1

(1) Im Bereich der psychiatrischen Versorgung bildete sowohl in der Zone Süd als auch in der Zone Ost die Bedarfseinschätzung des Rehabilitationsplans die tatsächliche Entwicklung nicht ab. So traf die PVA (und auch die Länder) immer wieder Entscheidungen, die auf einem gegenüber dem Rehabilitationsplan höheren Bedarf beruhten.

Die Entscheidungsfindung war dabei zwischen Ländern und Sozialversicherung wenig abgestimmt (d.h. die Länder genehmigten zusätzlichen Bedarf, obwohl die PVA dies noch nicht befürwortet hatte). Weiters erfolgten Begründungen entgegen den Anwendungsrichtlinien zum Rehabilitationsplan.

Die Entscheidungen, warum die PVA zu bestimmten Zeiten vom Rehabilitationsplan abwich, waren nicht immer nachvollziehbar. Da sie während des Planungszeitraums die Annahmen über den Bedarf stark veränderte, lehnte die PVA am Anfang des Zeitraums Anträge ab, stimmte später jedoch Anträgen anderer Einrichtungen zu. Wäre von vornherein der Bedarf höher geplant gewesen, wären nach dem Windhundprinzip andere Vertragspartner zum Zug gekommen.

(2) Im Bereich der Onkologie in der Versorgungszone West entstanden im Zeitraum 2012 bis 2014 keine zusätzlichen Plätze, obwohl im Rehabilitationsplan ein entsprechender Bedarf ausgewiesen war und mehrere Anträge vorlagen. Die PVA gab im Rahmen eines Bedarfsprüfungsverfahrens aus dem Jahr 2013 bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung (Frühjahr 2016) keine Stellungnahme zu einem Antrag ab.⁸⁶ Dies bedingte, dass sie Vorarlberger Patientinnen und Patienten überwiegend an Nicht-Vertragseinrichtungen in Deutschland zuwies. Die PVA begründete das mit unüberbrückbaren Differenzen zwischen ihr, dem Land Vorarlberg und den po-

⁸⁶ Eine interne Stellungnahme des Chefarztlichen Dienstes der PVA besagte, dass in der Versorgungszone West kein Bedarf an den 20 beantragten Betten bestand.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



tenziellen Anbietern. Die dokumentierten Akten enthielten keine Hinweise, worin diese unterschiedlichen Ansichten bestanden und in welcher Weise eine Abstimmung versucht worden wäre.

(3) Im Bereich der Neurologie in der Versorgungszone Nord bestätigte die PVA im stationären Bereich im Jahr 2012 den Bedarf für 60 Betten, obwohl der Soll-Stand für 2015 laut Rehabilitationsplan 2012 bereits erreicht war und bis 2020 lediglich 22 Betten geplant waren.⁸⁷ Dabei ging es um die Umwandlung eines früheren Landeskrankenhauses in ein Rehabilitationszentrum.

(4) Im ambulanten Bereich gab es z.B. für Neurologie im überprüften Zeitraum kein medizinisches Leistungsprofil für „Phase 2“. Für „Phase 3“ gab es keine Bedarfsplanung im Rehabilitationsplan.

Für „Phase 3“ strebte die PVA – ohne eine entsprechende Abstimmung mit den Ländern – eine „Zentrumslösung“ (also einen gemeinsamen Standort mehrerer Indikationen) an. Um dies zu erreichen, lud die PVA teilweise Anbieter ein, auch andere Indikationen mit anzubieten.

Die PVA war nicht in der Lage, in den Bedarfsprüfungsverfahren für ambulante Rehabilitation im Bereich der Neurologie eine bestimmte Anzahl von benötigten Plätzen zu nennen; sie verwies lediglich auf einen grundsätzlich vorhandenen Bedarf und die beabsichtigte Zentrumslösung.

66.2

Weder für Psychiatrie noch für Neurologie oder Onkologie entwickelte sich das Angebot im überprüften Zeitraum in den untersuchten Zonen gemäß der Planung. Teilweise fehlten Soll-Prozesse (Leistungsprofil, Rehabilitationsplan) bzw. folgten die Entscheidungen diesen Soll-Prozessen nicht. Sowohl Überschreitungen (Psychiatrie, Neurologie) als auch Unterschreitungen (Onkologie) der Planung waren festzustellen. Der RH verwies kritisch auf die Auswirkungen des unter [TZ 44](#), [TZ 45](#), [TZ 46](#), [TZ 47](#), [TZ 48](#) geschilderten Planungsvorgehens auf die Versorgungslage.

Ebenso kritisierte der RH, dass die PVA die Anzahl von benötigten Plätzen im Bereich der Neurologie nicht nennen konnte. Er empfahl der PVA, zukünftig eine Bedarfsanalyse im Vorfeld von Bedarfsprüfungsverfahren durchzuführen.

66.3

Die PVA schloss sich der Empfehlung des RH an und verwies auf die Bedeutung des Rehabilitationsplans in diesem Bereich.

⁸⁷ Laut Rehabilitationsplan 2009 war für 2015 ein Bedarf von 228 Betten vorgesehen, somit auch wesentlich weniger als der Ist-Stand des Jahres 2010 (346). Allerdings nahm die PVA auf einen „vorläufigen“ Rehabilitationsplan 2012 Bezug, in dem ein höherer Bedarf vorgesehen war (jedoch auch nicht im Umfang von 60 Betten). Der Vertragsabschluss erfolgte im Jahr 2015.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Aktuelle Entwicklungen

67.1

(1) Im Frühjahr 2015 beauftragte die PVA eine forensische Überprüfung bestimmter Sachverhalte durch eine Wirtschaftsprüfungskanzlei im Zusammenhang mit Vergaben. In der Folge sprach die PVA die fristlose Entlassung der für den Rehabilitationsbereich zuständigen Stellvertreterin des Generaldirektors der PVA aus. Weiters beschloss sie, vor einer grundlegenden Klärung der maßgeblichen Umstände keine weiteren Verträge im Rehabilitationsbereich mehr abzuschließen („Moratorium“).⁸⁸

(2) Im April 2015 richtete die PVA eine „Expertenkommission“ zur weiteren Vorgehensweise bei der Vergabe von Gesundheitsdienstleistungen ein, die sich u.a. aus Vertreterinnen und Vertretern der deutschen Rentenversicherung, der GÖG, einer Rechtsanwältin und Vertreterinnen und Vertretern der PVA zusammensetzte. Diese Gruppe berichtete am 30. Juli 2015 dem Vorstand und hielt dabei fest, dass die Vergabe von Gesundheitsdienstleistungen durch die PVA unter das Vergaberecht falle.

Sie empfahl eine Verlängerung des Moratoriums bis zum Ende des zweiten Quartals 2016. Bis dahin müsse die Bedarfserhebung novelliert und ein flexibles, auf die unterschiedliche Bedarfs- und Angebotssituation abgestimmtes Vergabeverfahren unter Schaffung von exakten Auswahl- und Zuschlagskriterien etabliert werden.

Für Beauftragungen in der Zwischenzeit sei je Einzelfall verschieden vorzugehen; dies insbesondere in Fällen, in denen aufgrund von vorvertraglichen Zusagen oder Versorgungsengpässen ein Abschluss trotz des Moratoriums unabdingbar war. Jedenfalls müsse möglichen Mitbewerbern die Gelegenheit zur Teilnahme an der Vergabe gegeben werden.

(3) Bis Ende 2015 veröffentlichte die PVA drei Ausschreibungen für Kur- und Rehabilitationsverfahren. Die Vorgangsweise diene jedoch eher dazu, bereits anhängige Verfahren systematisch aufzuarbeiten, als ein grundlegend neues, zukunftsweisendes Vorgehen zu definieren:

- Ein Verfahren diene dazu, einen Rechtsstreit über eine Vertragskündigung zu beseitigen. Es gab lediglich einen Teilnehmer am Vergabeverfahren (den zunächst gekündigten Anbieter, mit dem die PVA in der Folge erneut einen Vertrag abschloss).

⁸⁸ Der Vorstand der PVA befasste sich im Jahr 2015 in zwei Sitzungen (9. April 2015 – TOP 16 und 30. Juli 2015 – TOP 10) mit der Vorgangsweise zur Vergabe von Gesundheitsleistungen. Die Obmänner der PVA legten fest, zunächst bis 31. März 2016 und zuletzt bis 30. Juni 2016 „[...] keine weiteren Beschlüsse – mit Ausnahme der bereits fast fertig abgeschlossenen Projekte, [...] in solchen Angelegenheiten seitens des Vorstandes anzustreben“.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



- Ein weiteres Verfahren erfolgte parallel zu Ermittlungen der Staatsanwaltschaft zu einer möglichen Bevorzugung eines Anbieters. Ein weiterer Anbieter bekämpfte bereits die ersten Schritte des Vergabeverfahrens.
- Auch beim dritten Verfahren gab es nur einen Bewerber.

67.2

(1) Der RH kritisierte, dass es bis 2015 bzw. 2016 keine Novellierung der Bedarfserhebung und keine Verbesserung des Vergabeverfahrens unter Schaffung von exakten Auswahl- und Zuschlagskriterien gegeben hatte. Der RH anerkannte, dass die PVA vor Beginn und während der Gebarungsüberprüfung des RH versuchte, die Vergabe von Verträgen umzugestalten. In Zukunft sollte unter der Steuerung durch den Vorstand auf Basis eines Masterplans durch Ausschreibungen eine transparente Vergabe erfolgen.

Der RH begrüßte diese Vorhaben, hielt aber weitere Verbesserungen für notwendig:

- Dies betraf zum einen die grundlegende Abklärung der Zuständigkeit (z.B. für Pensionistinnen und Pensionisten, Abgrenzung zwischen Kranken- und Pensionsversicherung, siehe [TZ 24](#)), die Abgrenzung zwischen Kur- und Rehabilitationsverfahren (siehe [TZ 25](#)) und die Aufbereitung der Daten zum Gebarungsvolumen und zur Fallzahl, bzw. Erledigungsstatistik (siehe [TZ 33](#) bis [TZ 39](#)).
- Weiters wäre die Abstimmung der landesbehördlichen Verfahren mit den Entscheidungen der Sozialversicherungsträger zu verbessern. Solange die Länder nach dem Windhundprinzip die Errichtung von Einrichtungen nach der Reihenfolge der Antragsteller bewilligen, wird nach Auffassung des RH ein transparentes, nichtdiskriminierendes Vergabeverfahren nur schwer durchführbar sein.
- Weiters waren eine interne Reorganisation und Prozess- und Dokumentationsvorgaben in der PVA noch ausständig.

(2) Der RH nahm die Bemühungen der PVA, während der Erarbeitung des neuen Verfahrens anstehende Entscheidungen in geordneter Weise zu treffen, zur Kenntnis. Er wies jedoch darauf hin, dass die bereits stattgefundenen Ausschreibungen nicht zu zusätzlichen Bewerbungen geführt und hinsichtlich der Zuschlagskriterien bzw. der Auswahl der Anbieter noch wenig Transparenz geschaffen hatten. Er beurteilte diese Verfahren eher als Übergangslösung zur Bereinigung bestehender Konflikte, denn als Musterbeispiele für eine neue transparente Vorgehensweise.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Patientensteuerungssystem

68.1

(1) Nach Genehmigung eines Kur- oder Rehabilitationsaufenthalts war zu entscheiden, welcher Anbieter die Leistung für die Versicherte bzw. den Versicherten erbringen sollte. In einigen Fällen ergab sich bereits aus medizinischen Gründen eine klare Präferenz für einen einzelnen Anbieter, was bei allen überprüften Sozialversicherungsträgern der Chefärztliche Bereich entschied. In vielen Fällen waren jedoch aus medizinischer Sicht mehrere Anbieter gleichermaßen geeignet.

Für den wirtschaftlichen Erfolg der Anbieter war deren Auslastung entscheidend; diese wiederum hing davon ab, wie viele Patientinnen und Patienten die Sozialversicherungsträger den jeweiligen Anbietern zuwiesen. Vertraglich war keine Auslastungsgarantie vereinbart; die Anbieter hatten dennoch für eine vertraglich festgelegte Bettenanzahl Infrastruktur und Personal nach bestimmten Schlüsseln bereitzuhalten.

(2) Bei der AUVA war aufgrund der Indikationsspezialisierung der Rehabilitationseinrichtungen bzw. der geringen Anzahl der Vertragspartner im Kurbereich die Zuordnung der Patientinnen und Patienten weitgehend klar.

Die BVA orientierte sich bei der Zuweisung von Patientinnen und Patienten zu Einrichtungen überwiegend am Patientenwunsch. Soweit dies zu längeren Wartezeiten führte, konnte die Patientin bzw. der Patient sich zwischen einem anderen Standort bei früherer Leistungserbringung oder einer längeren Wartezeit am Wunschstandort entscheiden. Weiters achtete die BVA auf die Auslastung ihrer eigenen Einrichtungen (überwiegend im Rehabilitationsbereich).

Die PVA nutzte zur Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu einzelnen Anbietern ein Patientensteuerungssystem.⁸⁹ Nach einer Auswertung der Innenrevision der PVA lagen bei rund der Hälfte der Anträge Patientenwünsche für bestimmte Einrichtungen vor, die die PVA so weit wie möglich berücksichtigte. In den übrigen Fällen schlug ein Algorithmus ihrer EDV-Applikation konkrete Leistungsanbieter vor. Dabei erfolgte ein gereihter Vorschlag von sechs Einrichtungen nach der Reihenfolge der freien Kapazität (in Prozent der Gesamtkapazität) unter Beachtung einer maximalen Wartezeit auf Basis der Daten der letzten drei Monate. Das System empfahl die erstgereichte Einrichtung, die weiteren fünf Einrichtungen wurden der bzw. dem Versicherten als Alternativen vorgeschlagen. Auch Bedienstete der PVA konnten eine andere als die erstgereichte Einrichtung aus dem Sechser-Vorschlag im Zuge des Bewilligungsverfahrens aussuchen, wobei dies einem Vier-Augen-Prinzip unterlag.

⁸⁹ Laut einer Auswertung der Innenrevision der PVA fand lediglich bei 3,5 % der Fälle keine Berechnung aus dem Patientensteuerungssystem statt.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Die Parameter des Patientensteuerungssystems für die Ermittlung der Kapazität waren regelmäßig anzupassen, da z.B. Umbaumaßnahmen oder Veränderungen im medizinischen Angebot zu unterschiedlichen Verfügbarkeiten führen konnten.

(3) Eine Prüfung der Innenrevision der PVA stellte im Juli 2015 fest, dass die Parameter für diese Zuordnung (insbesondere die Anzahl der verfügbaren Betten der jeweiligen Anbieter) nicht aktuell sowie die gespeicherten Werte und der Algorithmus nicht vollständig nachvollziehbar waren. Die Änderung der Parameter unterlag keinem Vier-Augen-Prinzip, es bestand jedoch die Vorgabe, dass Änderungen von den durchführenden Personen zu protokollieren waren.

Die Innenrevision der PVA stellte weiters fest, dass zumindest in einem Fall ein bewusster Eingriff in die Parameter erfolgt war, um die Zuordnung von Versicherten zu Einrichtungen zu verändern.⁹⁰ Dies erfolgte nach Angaben der Fachabteilung im Auftrag der Generaldirektion, um die Anlaufphase der „Gesundheitsvorsorge Aktiv“ zu erleichtern. Die Innenrevision beurteilte diese Begründung als nicht nachvollziehbar. Sie war weiters der Ansicht, dass das mit dem Patientensteuerungssystem angestrebte Ziel einer ausgewogenen und zeitnahen Zuteilung der Aufenthalte auf alle Vertragseinrichtungen augenscheinlich nicht erreicht werden könne.

(4) Der RH erhielt vom Prüfungsergebnis der Innenrevision am 2. September 2015 Kenntnis. Über Datenanforderungen des RH vom 28. September 2015 erhielt der RH trotz mehrerer Urgenzen erst knapp vor Ende der Einschau vor Ort aussagekräftige Unterlagen über Änderungen in den Parametern des Patientensteuerungssystems.⁹¹ Eine Überprüfung, ob die eingetragenen Änderungen sachlich begründet waren (z.B. durch tatsächliche Bettenerhöhungen oder Reduktionen), war zu diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich. Die PVA begründete die Verzögerung mit der gleichzeitigen Belastung der zuständigen Bediensteten mit parallel stattfindenden EDV-Umstellungen.

68.2

Der RH wies darauf hin, dass aus wirtschaftlicher Sicht nicht der Abschluss eines Vertrags, sondern erst die Zuweisung von Patientinnen und Patienten zu einer Einrichtung für die Anbieter entscheidend war. Die Methodik, welche Einrichtung Patientenzuweisungen erhielt, war daher von essentieller Bedeutung.

⁹⁰ Die Innenrevision hielt fest: „So wurde z.B. im Zeitraum vom 16.12.2014 bis zum 09.02.2015 für GVA-Einrichtungen bei der Indikation Stütz- u. Bewegungsapparat die für die PVA zur Verfügung stehende Bettenanzahl (sieben Einrichtungen, mit 61 bis zu 402 Betten) von der zuständigen Abteilung auf 999 erhöht, ohne dass dieser Eingabe entsprechende Vertragsänderungen (Änderung Bettenanzahl) zu Grunde lagen.“

⁹¹ Die PVA übermittelte Ende November 2015 eine revidierte Darstellung der Logik des Patientensteuerungssystems und eine Erläuterung zur Änderung der Parameter, die jedoch die Fragen des RH inhaltlich nicht beantwortete.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Der RH kritisierte daher, dass die PVA den Algorithmus und die Eingangsparameter für die Zuweisung der Patientinnen und Patienten nicht zeitnah transparent darstellen konnte und dem RH entsprechende Unterlagen verspätet übermittelte. Er kritisierte weiters, dass die Eingangsparameter nicht aktuell waren, Änderungen keinem Vier-Augen-Prinzip unterlagen und für den vorgefundenen Eingriff in die Parameter keine schriftliche Weisung mit klarer Begründung vorlag. Er hielt dies unter Compliance-Gesichtspunkten für hochgradig nachteilig.

Der RH empfahl der PVA, die Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu einzelnen Anbietern nach einer transparenten, gut dokumentierten und sachlich begründeten Systematik durchzuführen. Die dazu maßgeblichen Parameter sollten aufgrund der wirtschaftlichen Bedeutung der Zuweisung im Vier-Augen-Prinzip bearbeitet werden; Eingriffe in die Logik sollten schriftlich dokumentiert und ausreichend begründet sein.

68.3

Die PVA stellte in ihrer Stellungnahme die Funktionsweise ihres Patientensteuerungssystems umfänglich dar. Die Ziele dieses Systems – darunter auch eine nachvollziehbare Dokumentation der Patientenzuweisungen – seien erreicht worden. Andernfalls wären auch die vom RH bzw. der Innenrevision eingeforderten Daten nicht verfügbar gewesen. Im Übrigen sei die PVA die einzige Einrichtung, die über ein entsprechendes Patientensteuerungssystem verfüge.

Weiters wiederholte die PVA ihre Begründung für den von RH und Innenrevision kritisierten Eingriff in das Patientensteuerungssystem: Anfang Dezember 2014 seien die Kapazitäten der Gesundheitsvorsorge Aktiv (GVA) nicht ausgeschöpft gewesen. Um eine zeitgerechte Planung sowie eine ausreichende Patientenanzahl für die geplante Evaluierung zu gewährleisten, sei die Patientensteuerung durch Erhöhung der im System hinterlegten Bettenanzahl der GVA-Einrichtungen auf den Wert 999 bewusst beeinflusst worden. So habe sie kurzfristig eine höhere Zuweisung von Patienten erzielt, die jedoch keine Auswirkung auf die Jahreskapazität gehabt habe.

68.4

Der RH hielt der PVA entgegen, dass er nicht die Einrichtung eines Patientensteuerungssystems als solches, sondern die nicht aktuellen Eingabeparameter, das Fehlen eines Vier-Augen-Prinzips bei der Eingabe der Parameter und das Fehlen einer schriftlichen Weisung für Eingriffe in die Parameter kritisiert hatte. Er wies erneut auf die erheblichen wirtschaftlichen Auswirkungen der konkreten Patientenzuordnung für die Vertragspartner und die damit verbundenen Compliance-Risiken hin. Er hielt daher an seinen Empfehlungen fest.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Zur Begründung für den kritisierten Eingriff in das Patientensteuerungssystem merkte der RH an, dass seiner Ansicht nach durch den Eingriff zwar die Gesamtjahreskapazität unverändert bleiben mochte, dass dadurch aber andere Patientinnen und Patienten zur Gesundheitsvorsorge Aktiv zugewiesen wurden als ohne den Eingriff – andernfalls hätte der Eingriff auch nicht die gewünschten Effekte erzielt. Er hielt dies für problematisch; jedenfalls wäre dafür eine schriftliche Weisung erforderlich gewesen.

Zusammenfassung

69

Der RH hielt zusammenfassend folgende Kritikpunkte zur Auswahl der Vertragspartner im Rehabilitationsbereich fest:

- Die Planung, wie viele Plätze für Rehabilitation insgesamt zur Verfügung gestellt werden sollten, wich von der tatsächlichen Entwicklung wesentlich ab. Die Planung vermengte die analytische Bedarfsschätzung mit der Gestaltungsaufgabe der Strukturplanung, wodurch Letztere unverbindlich und lückenhaft blieb. Insbesondere existierte kein Konzept zum Ausgleich von regionalen Ungleichgewichten, was mit der Gefahr von Überkapazitäten verbunden war. Die Planung für ambulante Rehabilitation war nicht konkret genug, um beim Vertragsabschluss bzw. bei den landesbehördlichen Genehmigungsverfahren eine ausreichende Entscheidungsgrundlage zu bieten. Dies war auch unter Compliance-Gesichtspunkten nachteilig, da eine konkrete Bedarfserhebung für einen geordneten Beschaffungsprozess unabdingbar ist.
- Die Gestaltung der Verträge mit den Leistungserbringern wies wesentliche Schwächen auf: Um – letztlich ohne Erfolg – die Anwendbarkeit des Vergaberechts auszuschließen, versuchten die Sozialversicherungsträger, die Verträge als Verrechnungsverträge zu gestalten, weshalb die Regelung der Leistungspflichten unklar war und die Konsequenzen von Leistungsmängeln zunächst nicht vertraglich geregelt waren.
- Es erfolgte weder ein Preiswettbewerb noch eine Kostenkalkulation. Statt dessen wurden historische Verhandlungsergebnisse fortgeschrieben. Strukturelle Unterschiede (z.B. hinsichtlich der Größe der Einrichtungen) waren dabei nicht berücksichtigt. Es bestanden Rahmenverträge und bilaterale Verträge einzelner Sozialversicherungsträger nebeneinander.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



- Die Auswahl der Vertragspartner wies wesentliche strukturelle Schwächen auf: Die Sozialversicherungsträger wurden nicht von sich aus aktiv, um den festgestellten Bedarf zu decken, sondern überließen die Initiative einzelnen Bewerbern. Ob tatsächlich der Informationsstand aller Bewerber gleich war, war nicht sichergestellt.

Das Verfahren war zweigeteilt: in ein Bedarfsprüfungsverfahren beim Land einerseits und in ein Verfahren zum Vertragsabschluss in der Sozialversicherung andererseits. Die Kriterien und Entscheidungswege waren jeweils unterschiedlich. Die Instrumente der Koordinierung blieben weitgehend unverbindlich und wurden auch unzureichend wahrgenommen. So unterblieb die Integration des Rehabilitationsplans in die Regionalen Strukturpläne Gesundheit, die Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger beantworteten nur selten die konkreten Fragen der Länder.

Bemühten sich mehrere Bewerber um die Möglichkeit, Rehabilitationsleistungen zu erbringen, war nicht die Qualität oder der Preis, sondern die zeitliche Reihenfolge der Antragstellung maßgeblich (Windhundprinzip).

- Wirtschaftlich für die Anbieter entscheidend war in der Regel der Vertragsabschluss mit der PVA, da diese über zwei Drittel der Aufenthalte finanzierte. Bei der PVA waren nicht alle Schriftstücke im Zusammenhang mit der Bewerberauswahl bzw. den Vertragsabschlüssen nachvollziehbar dokumentiert (eindeutig zugeordnet und vollständig erfasst). Teilweise waren Entscheidungen nicht begründet. Einzelne Anträge wurden sichtlich nach anderen als den formal vorgesehenen Kriterien entschieden (z.B. Hinweis auf einen anderen Zeithorizont der Bedarfseinschätzung, Hinweis auf zusätzliche Kriterien wie die Bündelung verschiedener Indikationen in Zentren etc.). Interne strategische Vorgaben unterblieben während des überprüften Zeitraums weitgehend. Im Büro waren die Aufgaben von Planung, Tarifikalkulation, Auswahl der Vertragspartner und Vertragsgestaltung teilweise zersplittert; nach dem Abgang des Chefarztes und der zuständigen Generaldirektor-Stellvertreterin waren mehrere Vorgänge nicht schlüssig nachvollziehbar.
- Als Folge der genannten Mängel war die Entwicklung des Angebots in den vom RH analysierten Versorgungsbereichen (jeweils definiert als Schnittmenge einer Indikation und einer Versorgungszone) überwiegend abweichend von den Planungen erfolgt. Es kam sowohl zum Aufbau von höheren als auch von geringeren Kapazitäten als vorgesehen.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



- Während der Gebarungüberprüfung des RH versuchte die PVA, die Vergabe von Verträgen grundlegend umzugestalten. In Zukunft sollte unter der Steuerung durch den Vorstand auf Basis eines Masterplans durch Ausschreibungen eine transparente Vergabe erfolgen. Der RH begrüßte diese Vorhaben. Er wies aber darauf hin, dass mehrere wichtige Punkte noch nicht gelöst waren: insbesondere die Abstimmung der landesbehördlichen Verfahren mit den Ausschreibungen in der Sozialversicherung, Verbesserungen bei der Planung, der Vertragsgestaltung und der Tariffindung sowie eine interne Reorganisation und Prozessvorgaben für die vollständige interne Dokumentation in der PVA. Weitere Reformschritte waren daher nötig.

Teil III – Weitere nicht prioritäre Dienstleistungen

Relevantes Gebarungsvolumen

70.1

(1) Neben den Kur- und Rehabilitationsleistungen erbrachten die Sozialversicherungsträger noch weitere nicht prioritäre Leistungen, bei denen sie auf Dritte zurückgriffen.

Von der Summe der Aufwendungen der Sozialversicherungsträger von insgesamt rd. 56,101 Mrd. EUR im Jahr 2014 entfielen rd. 38,436 Mrd. EUR auf Geldleistungen und rd. 1,935 Mrd. EUR auf Verwaltungsaufwendungen, Abschreibungen und sonstige Aufwendungen (z.B. Beitragsabschreibungen). Somit verblieb ein Aufwand von rd. 15,730 Mrd. EUR für Gesundheitsdienstleistungen bzw. Gesundheitsprodukte.

Davon wurden Leistungen im Wert von rd. 855 Mio. EUR aus Eigenen Einrichtungen in die Erfolgsrechnung übergeleitet (und somit durch die Träger selbst erbracht), rd. 407 Mio. EUR machten Aufwandersatzes aus (d.h. die Träger schlossen keine Verträge ab). Somit verblieben rd. 14,468 Mrd. EUR an Produkten und Leistungen im Gesundheitsbereich, über welche die Sozialversicherungsträger Verträge abgeschlossen hatten.

(2) Über 80 % dieses Volumens entfiel auf Leistungen der Krankenversicherungsträger.⁹² Die BVA gab gegenüber dem RH an, mehr als 17.000 Vertragspartner im Bereich von Gesundheitsprodukten bzw. Dienstleistungen zu haben. Die folgende Darstellung zeigt eine grobe Übersicht dieser Vertragspartner:

⁹² Im Bereich Pensionsversicherung fiel rd. 1 Mrd. EUR an Rehabilitations- und Gesundheitsvorsorgeleistungen an (siehe [TZ 26](#)), im Bereich Unfallversicherung rd. 500.000 EUR an Unfallheilbehandlung bzw. Rehabilitation.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Tabelle 12: Anzahl und Umsatz der Vertragspartner der BVA 2014

Fachgebietsbezeichnung	Anzahl	Umsatz 2014
		in Mio. EUR
Allgemeinmedizin	3.993	95,98
Zahnmedizin	2.223	51,78
sonstige medizinische Fächer	3.830	174,61
Summe Medizin	10.046	322,38
Hörgeräteakustik	194	8,21
Leihfirmen für Heilbehelfe und Hilfsmittel	23	5,32
Bandagist	138	16,11
Optik und Augenprothetik	861	4,36
Orthopädieschuhmacher	199	3,55
Orthopädietechnik	35	0,83
Summe Heilbehelfe	1.450	38,39
Arztpraxis mit Hausapotheke	816	23,65
öffentliche Apotheke	1.327	202,21
Summe Heilmittel	2.143	225,86
selbstständiges Ambulatorium für physikalische Medizin	172	11,94
Krankenanstalt, stationär ¹	273	n.a.
CT, MR und andere Leistungen	110	14,20
sonstiges selbstständiges Ambulatorium	184	16,73
selbstständiges Ambulatorium für Zahnmedizin	98	5,79
Genesungsheim, Kurheim, sonstige Heime	154	28,00
Summe Krankenanstalten und Heime	991	76,66
Dentist	16	0,12
Physiotherapie	277	2,39
Rettungsdienste, Beförderungsgewerbe	1.364	17,41
Logopädie	181	0,88
Hebamme und Krankenpflege	306	0,45
Klinische Psychologie	96	0,40
Ergotherapie	94	0,53
andere Vertragspartner	300	27,14
Summe Sonstige	2.634	49,32
Summe	17.264	712,60

¹ Eine Zuordnung eines Umsatzes war aufgrund der pauschalierten Zahlung bzw. der Abwicklung über den Fonds nach § 447f ASVG nicht sinnvoll.

Quelle: BVA

Im überprüften Zeitraum 2012 bis 2014 kamen jährlich rd. 1.000 Vertragspartner neu hinzu bzw. ersetzten bestehende Vertragspartner, davon waren rund zwei Drittel Ärztinnen bzw. Ärzte und rund ein Drittel sonstige Vertragspartner.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



70.2

Der RH wies auf das mit rd. 14,468 Mrd. EUR erhebliche Gebarungsvolumen im Bereich nicht prioritärer Dienstleistungen im Gesundheitswesen außerhalb Kuren und Rehabilitation hin. Er bewertete die große Anzahl der Vertragspartner (rd. 17.000 Vertragspartner alleine bei der BVA) als eine erhebliche Herausforderung für die Krankenversicherungsträger. Der RH hielt daher ein Compliance- und systematisches Management der Verträge für wesentlich. Dies umfasste insbesondere

- ein klares Verständnis der rechtlichen Grundlagen (d.h. der konkreten Anforderungen des § 141 BVergG); der RH verwies dazu auf seine Feststellung in [TZ 41](#), wonach der Hauptverband seine Richtlinienkompetenz bei Vergaben zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht nutzte und die offenen Kriterien für nicht prioritäre Dienstleistungen (Transparenz, Nichtdiskriminierung) daher nicht konkretisierte;
- eine klare Einordnung der rechtlichen Struktur der Verträge (Leistungs-, Konzessions- oder Verrechnungsvertrag) (siehe [TZ 71](#));
- eine bewusste Steuerung der wesentlichen Einkaufsparameter (Aktualität der Verhandlungen, Unterschiedlichkeit versus Bündelung der Produkte etc.) (siehe [TZ 72](#)).

Grundlegende rechtliche Einordnung der Verträge

71.1

(1) Wesentliche Bereiche der Vertragsabschlüsse über Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsprodukte unterlagen in Österreich gesetzlichen Sonderregimes, die außerhalb des Vergaberechts festgelegt waren:

- So regelte das ASVG für die Organisation von Leistungen der ärztlichen Hilfe das Regime der Gesamtverträge (verbindliche, einheitliche Tarife und Festlegung der Anzahl der Kassenstellen im Einvernehmen mit der ärztlichen Interessenvertretung sowie anschließender Ausschreibung der jeweiligen Kassenstellen nach Qualitätskriterien).⁹³
- Für Heilmittel normierte das ASVG das Regime des Erstattungskodex (ein behördliches Verfahren zur Aufnahme von Heilmitteln in die Liste der auf Rechnung der Sozialversicherungsträger verordenbaren Heilmittel; Anspruch auf Aufnahme unter bestimmten inhaltlichen und preislichen Voraussetzungen).⁹⁴

⁹³ § 342 ASVG

⁹⁴ § 133 ASVG bzw. §§ 351 ff. ASVG

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



- Für die Anstaltspflege galt im Kernbereich der öffentlichen Krankenanstalten eine Bewilligungspflicht unter der Voraussetzung eines öffentlichen Bedarfs sowie eine verpflichtende Mitgliedschaft in Fonds bzw. Finanzierung über Fonds.⁹⁵ Einheitliche Tarife wurden durch Abgangsdeckungen der Krankenanstaltenbetreiber ergänzt.
- Für Heilbehelfe galt im Rahmen des sogenannten „Ostvertrags“ eine vertragliche Regelung, die eine Gewährung von Leistungen auf Rechnung der Sozialversicherungsträger innerhalb bestimmter Preisbänder nach Aufnahme in einen Katalog durch bestimmte Gremien regelte.
- Für Verträge zur Rehabilitation galt nach Festlegungen im Rehabilitationsplan und in der Bundes-Zielsteuerungskommission der Grundsatz der Vertragsvergabe nach der zeitlichen Reihenfolge des Angebots (das sogenannte Windhundprinzip) (siehe [TZ 52](#)).

(2) Die europarechtliche Zulässigkeit der Ausgestaltung dieser Regime richtete sich nach der Auslegung der allgemeinen Kriterien und war bereits mehrfach Gegenstand von Verfahren vor dem EuGH und dem VfGH.⁹⁶ Die Literatur bezeichnete zur Zeit der Gebarungsüberprüfung sowohl die Anwendbarkeit des Vergaberechts als auch die Vereinbarkeit zwischen den Sonderregelungen und dem Vergaberecht als umstritten.⁹⁷

Hinsichtlich des Abschlusses von Verträgen mit Anbietern von Rehabilitationsleistungen nahm der Hauptverband im Juni 2015 anlässlich der neu zu organisierenden Kinderrehabilitation mit dem BKA Kontakt auf, um dessen Rechtsstandpunkt zur Anwendbarkeit des Vergaberechts bzw. zu zweckmäßigen und zulässigen Alternativen zu erfragen. Das BKA führte aus, dass die Vergabe der betreffenden Dienstleistungen dem Bundesvergabegesetz unterliege und eine Vergabe außerhalb des Bundesvergabegesetzes unzulässig sei. Ende Juli 2015 hielt eine Arbeitsgruppe der PVA (nach einer Sachverhaltsdarstellung des BMASK an die Staatsanwaltschaft hinsichtlich des Abschlusses von Verträgen) fest, dass zwar bislang die Vergabe von Gesundheitsdienstleistungen ohne streng formalisiertes Verfahren im Sinn des Bundesvergabegesetzes durchgeführt worden sei, nunmehr aber festgehalten werde, dass die PVA auch in diesem Bereich unter die Bestimmungen des Vergabe-

⁹⁵ z.B. Landesgesundheitsfonds nach § 148 ASVG bzw. Ausgleichsfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung nach § 447f ASVG

⁹⁶ z.B. EuGH Rs C-160/08 (Rettungsdienste); VfSlg. 17.367/2004 (Kassenverträge sind weder nicht prioritäre Dienstleistung noch Dienstleistungskonzessionsvertrag, sie dienen bloß der Abwicklung des der bzw. dem Versicherten gegenüber dem Krankenversicherungsträger zustehenden Kostenersatzes); EuGH Rs C-300/07 (Oymanns; orthopädische Schuhe, Verträge sind als Rahmenverträge zu qualifizieren); EuGH Rs C-274/09 (Stadler; Rettungsdienste, Qualifizierung als Dienstleistungskonzessionsverträge)

⁹⁷ z.B. Mosler in Grillberger/Mosler, Ärztliches Vertragspartnerrecht (2012), S. 150 f. m.w.N.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



rechts falle. Auch eine Gestaltung der Verträge als Direktverrechnungsverträge sei nicht zielführend.

Eine weitergehende Analyse der Konsequenzen dieser Grundsatzentscheidungen (Risikoeinschätzung) in anderen Bereichen war bei den überprüften Sozialversicherungsträgern bzw. beim Hauptverband zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht erfolgt.

71.2

Der RH kritisierte, dass nicht nur die rechtlichen Anforderungen selbst, sondern auch die Einordnung der Verträge und damit die Risikoeinschätzung der Erfüllung dieser Anforderungen weitgehend unbestimmt blieben.

Der RH hielt es für erforderlich, die unterschiedlichen Verträge der Sozialversicherungsträger nach der Art des Vertrags (Verrechnungsvertrag, Konzessionsvertrag, Dienstleistungs- oder Liefervertrag) und nach den erfassten Leistungen (prioritäre oder nicht prioritäre Leistungen) eindeutig zuzuordnen und eine aktuelle Einschätzung der vergaberechtlichen Voraussetzungen und des aktuellen Erfüllungsstands dieser Voraussetzungen vorzunehmen.

Er wies darauf hin, dass eine diesbezügliche Fehleinschätzung beachtliche vergaberechtliche Konsequenzen haben könnte und eine Neugestaltung der Organisation der Versorgung entsprechende zeitliche und personelle Ressourcen erfordern würde.

Bei den Rehabilitationsleistungen mit einem Gebarungsvolumen von rd. 1 Mrd. EUR (siehe **TZ 26**) hielten der Hauptverband und die PVA als größte Finanzierungsträger zur Zeit der Gebarungsüberprüfung – abweichend von der bisherigen Einschätzung – das Vergaberecht für anwendbar und führten Ausschreibungen durch.

Darüber hinaus könnte die Entwicklung des Vertragspartnerrechts (z.B. der Aufbau von Primary Health Care, bei der unterschiedliche Rechtsformen um die verfügbaren Stellen konkurrieren könnten) oder die Entwicklung der europarechtlichen Judikatur zum Vergaberecht bei nicht prioritären Dienstleistungen – ähnlich wie bei der Rehabilitation – auch in anderen Bereichen dazu führen, dass bestehende Usancen rechtlich nicht mehr haltbar sind. Im Hinblick auf die beachtlichen konzeptionellen und Ressourcen-bezogenen Anforderungen einer solchen Reorientierung wären eine frühzeitige Risikoeinschätzung und gegebenenfalls eine Priorisierung des Handlungsbedarfs zweckmäßig.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Der RH empfahl dem Hauptverband sowie der AUVA, der BVA und der PVA, die bestehende Vertragslage im Hinblick auf die vergaberechtlichen Kategorien zu gliedern und eine Risikoeinschätzung nach vergaberechtlichen Kriterien vorzunehmen. Es sollte Klarheit über die Einordnung der abgeschlossenen Verträge als Dienstleistungs-, Liefer-, Konzessions- oder Verrechnungsvertrag und die getroffenen Maßnahmen bestehen, um die für nicht prioritäre Dienstleistungen geforderten Transparenzkriterien zu erfüllen. Gegebenenfalls wären erkannte Defizite analog zur Rehabilitation zu beheben.

71.3

(1) Laut Stellungnahme des Hauptverbands werde die Umsetzung der Empfehlungen des RH aufgrund der Erfahrungen aus dem derzeit laufenden Vergabeverfahren über Leistungen der Kinderrehabilitation möglich werden. Liefer- und Verrechnungsverträge kämen bei Gesundheitsleistungen kaum in Betracht.

(2) Die AUVA sagte zu, eine Erhebung und Kategorisierung für Verträge nicht prioritärer Dienstleistungen vorzunehmen.

(3) Die BVA gab in ihrer Stellungnahme zu bedenken, dass eine derartige Kategorisierung angesichts der Fülle von Verträgen und Vertragsgegenständen nicht sinnvoll von den einzelnen Trägern geleistet werden könne; eine allgemeine Initiative mit dieser Zielsetzung würde auch die BVA unterstützen.

(4) Die PVA verwies in ihrer Stellungnahme auf ihre Bewertung der Verträge zu Kurz- und Rehabilitationsleistungen. Sie habe auch bereits die strukturellen Voraussetzungen zum Aufbau entsprechender Kompetenz und Erfahrung sowie Ressourcen durch Einrichtung einer eigenen Organisationseinheit geschaffen. Eine Ex-ante-Risikoeinschätzung sei jedoch schwierig, da sich die Rechtsgrundlagen und die Judikatur laufend entwickelten; Österreich sei betreffend die neue EU-Vergaberichtlinie seit ca. einem halben Jahr in Umsetzungsverzug.

Unterschiede zwischen den Beschaffungsregimes

72.1

Wesentliche Eckpunkte der unter **TZ 71** angeführten Sonderregime (Ärztliche Hilfe, Heilmittel etc.) unterschieden sich erheblich:

- Die Fristen für die Verfahrensdauer bis zur Entscheidung, die Höhe der zulässigen Preisbänder, die Transparenz der Preise zwischen den Anbietern etc. waren unterschiedlich.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



- In einigen Bereichen galten die Verrechnungsregeln zwischen Sozialversicherungsträger und Leistungserbringer für alle Mitglieder bestimmter Berufsgruppen ohne Abschluss einzelner Verträge, in anderen Fällen waren Einzelverträge vorgesehen.
- In einigen Bereichen waren für den Abschluss von Einzelverträgen Ausschreibungen vorgesehen (z.B. Ärztinnen bzw. Ärzte), in anderen konnten Einzelverträge auf Antrag auch ohne Ausschreibung abgeschlossen werden (z.B. Physiotherapie). Teilweise unterschied sich die Auswahl der Vertragspartner je nach Bundesland.
- In manchen Fällen war einer Tätigkeit eine behördliche Bedarfsprüfung vorgeschaltet, in anderen Fällen nicht.

Eine Analyse der vergaberechtlichen Implikationen der Unterschiede konnten die Sozialversicherungsträger oder der Hauptverband dem RH nicht vorlegen.

72.2

Der RH beurteilte kritisch, dass keine vergaberechtliche Einschätzung der unterschiedlichen Sonderregime verfügbar war.

Er empfahl dem Hauptverband, die verschiedenen Sonderregime regelmäßig miteinander zu vergleichen und zu überprüfen, ob die Unterschiede noch sachlich gerechtfertigt bzw. zweckmäßig waren und den vergaberechtlichen Anforderungen entsprachen.

Maßgebliche Kriterien dieser Prüfung könnten dabei z.B. sein: das Ausmaß der Einbindung der beruflichen Interessenvertretungen und deren Rolle bei der Festlegung des Angebots; die Dauer der Entscheidung, ob bestimmte Produkte in die Vertragsregime aufgenommen werden; das Ausmaß der Preisbänder, innerhalb derer die Patientinnen und Patienten mit den Anbietern das bestgeeignete Produkt ohne Einzelfallgenehmigung auswählen dürfen.

72.3

Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass er immer wieder Überlegungen in solchen Zusammenhängen anstelle, ihre Verwirklichung würde allerdings grundlegende Veränderungen im Vertragspartnerrecht der Sozialversicherung auslösen; zu deren Veranlassung seien nicht die vollziehenden Stellen, sondern die Gesetzgebung berufen. Das laufende Vergabeverfahren im Bereich der Kinderrehabilitation habe dazu bereits erste wertvolle Ansatzpunkte geliefert, so z.B. auch bei der möglicherweise zielführenden engeren Zusammenarbeit mit anderen Organisationen (etwa im Bereich der Behindertenhilfe). Es werde nicht zuletzt von der Umsetzung der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Finanzierung des Gesundheitswesens abhängen, inwieweit hier weitere Schritte gesetzt werden können. Der Hauptverband sei bereit, an entsprechenden Schritten mitzuwirken.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Maßnahmen in Schwerpunktbereichen

73.1

(1) In bestimmten Bereichen wich die Praxis der Vertragspartnerauswahl von dem ursprünglich gesetzlich vorgesehenen Regime ab.

Beispielsweise war für den Bereich der Psychotherapie vorgesehen, einen Gesamtvertrag abzuschließen.⁹⁸ Tatsächlich kam es jedoch mangels Einigung nicht zum Abschluss eines Gesamtvertrags. Die Versorgung erfolgte einerseits über – als Sachleistung zur Verfügung gestellte – Stundenkontingente, andererseits über satzungsmäßig festgelegte Kostenbeteiligungen. Die als Sachleistung zur Verfügung gestellten Stundenkontingente waren vertraglich mit bestimmten Vereinen vereinbart.⁹⁹

Die BVA hatte in Wien diesbezüglich Verträge mit 13 Einrichtungen, wobei ein Verein rund drei Viertel des Umsatzes abdeckte. Ein Vergabeverfahren hinsichtlich der Verträge bzw. Stundenkontingente war unterblieben. Die BVA gab dem RH gegenüber an, sie orientiere sich bei der Auswahl der Vertragspartner am Vorgehen der WGKK; diese hatte auch kein Vergabeverfahren durchgeführt.

(2) In bestimmten Fällen nutzte die Sozialversicherung zur Erzielung ökonomischer Vorteile das Instrument der öffentlichen Ausschreibung bei Gesundheitsprodukten. Die Vertreterinnen und Vertreter der Sozialversicherung gaben dem RH gegenüber an, dass es dabei jedoch unter Umständen zu massiven Verzögerungen bzw. überhaupt einer Verhinderung einer geordneten Beschaffung durch Einsprüche gegen Verfahrensschritte und langwierige Rechtsstreitigkeiten gekommen sei.

Beispielsweise erfolgte im Bereich der Heil- und Sondennahrung im Jahr 2011 eine Ausschreibung eines Sozialversicherungsträgers. Die Beschaffung konnte bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung Anfang 2016 nicht erfolgreich beendet werden. Die Patientinnen und Patienten mussten dennoch laufend mit Heil- und Sondennahrung versorgt werden.

73.2

(1) Anknüpfend an **TZ 71** hob der RH hervor, dass die Beschaffungsbereiche, in denen die gelebte Praxis von der ursprünglichen Konzeption des Gesetzgebers abwich, bei der unter **TZ 71** empfohlenen Risikoanalyse besonders zu berücksichtigen war.

⁹⁸ Nach § 349 Abs. 2 ASVG gilt: „Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den [...] freiberuflich tätigen Psychotherapeuten werden durch einen Gesamtvertrag [...] geregelt. [...] Stehen keine Gesamtverträge in Geltung, können [...] Einzelverträge abgeschlossen werden.“

⁹⁹ siehe dazu Kletter in Sonntag, ASVG³ (2012) § 459, Rz 7 f.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



(2) Der RH anerkannte, dass die Sozialversicherungsträger jedenfalls teilweise versuchten, das Instrument der Ausschreibung für wirtschaftliche Vorteile zu nutzen. Er wies darauf hin, dass die Praxis der bisher durchgeführten Ausschreibungen zeigte, dass die konkrete Umsetzung erhebliche Schwierigkeiten bereiten konnte. Es wären daher rechtzeitig die entsprechende Kompetenz und Erfahrung aufzubauen, eine gewisse Dauer der Verfahren zu berücksichtigen und ein geordnetes, priorisiertes Vorgehen einzuplanen.

Der RH verwies daher auf seine Empfehlung an den Hauptverband (**TZ 71**), zur bestehenden Vertragslage eine Risikoeinschätzung im Hinblick auf das Vergaberecht vorzunehmen.

Zusammenfassung nicht prioritäre Dienstleistungen

74

Der RH hielt zusammenfassend folgende Kritikpunkte fest:

- Da der Gesetzgeber keine Entscheidung getroffen hatte, ob Rehabilitation für Pensionistinnen und Pensionisten verpflichtend vorgesehen werden sollte, basierte ein erheblicher Teil der Rehabilitationsleistungen auf einer für andere Konstellationen geschaffenen Rechtsgrundlage. Dies beeinträchtigte sowohl die Rechtsposition der Einzelnen als auch die Transparenz der Darstellung, die Steuermöglichkeit der öffentlichen Hand und die Klarheit, welchen Zweck die Leistung selbst erfüllen sollte.
- Mangels entsprechender statistischer Weisungen war weder der Gesamtaufwand für Rehabilitation und Kuren verfügbar, noch eine verlässliche Statistik über das Antragsverhalten und die Genehmigungspraxis der einzelnen Träger. Dies war umso schwerwiegender, als die Sozialversicherungsträger Steuerungsaufgaben wahrzunehmen hatten (insbesondere hinsichtlich der Kuren als freiwillige Leistung) und die Anzahl der Aufenthalte in den letzten Jahren stark angestiegen war.
- Da aus finanziellen Gründen (Bundesbeitrag) die Zuständigkeit für Rehabilitation bei der Pensionsversicherung angesiedelt war, mussten die Anträge auf Basis sehr kurzer Antragsformulare und gegebenenfalls mitgesandter Befunde entschieden werden, obwohl die Krankenversicherung über umfassende historische Daten der abgerechneten Leistungen verfügte. Die Entscheidungsgrundlagen waren damit sehr reduziert.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



- Unter Compliance-Gesichtspunkten war auffällig, dass für die Genehmigung oder Ablehnung von Kur- und Rehabilitationsaufenthalten keine feste Geschäftseinteilung bestand und Auswertungen über die Entscheidungsstatistik der einzelnen Begutachterinnen und Begutachter nicht möglich waren. Regelungen zum Umgang mit Anträgen, die Einflusssträgerinnen und -träger persönlich übermittelten, fehlten.
- Die Auswertung des RH über die Genehmigungsquoten und Häufigkeit der Inanspruchnahme zeigte auffällige Unterschiede zwischen den einzelnen Trägern, die bisher nur unzureichend analysiert wurden. Die Regelungen über die Vermeidung übermäßiger Inanspruchnahme waren unterschiedlich. Analysen nach Wirtschaftsklassen bzw. Dienstgeber fehlten bisher ebenfalls, obwohl dies für eine wirkungsorientierte Steuerung nach Ansicht des RH wesentlich wäre.
- Die Auswahl der Leistungserbringer für Rehabilitation wies grundsätzliche Schwächen auf: dies hinsichtlich
 - der (mit großen Unsicherheiten verbundenen) Planung des Bedarfs,
 - der (nur unvollständig vorhandenen) Planung der gewünschten Angebotsstruktur,
 - der Gestaltung der Verträge (keine Regelung der Konsequenzen von Leistungsmängeln),
 - der Tariffindung (weder Preiswettbewerb noch Kostenkalkulation),
 - der Abstimmung mit den Bedarfsprüfungsverfahren der Länder (unzureichende Koordinierung, unterschiedliche Kriterien) und
 - der Auswahlkriterien (zeitliche Reihenfolge statt Leistungsqualität oder Preis).

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



- Die Abwicklung der Vertragspartnerauswahl in der PVA wies ebenfalls wesentliche Mängel auf: Nicht alle Schriftstücke waren nachvollziehbar dokumentiert (eindeutig zugeordnet, vollständig erfasst). Teilweise waren Entscheidungen nicht begründet. Einzelne Anträge wurden sichtlich nach anderen als den formal vorgesehenen Kriterien entschieden (z.B. Hinweis auf einen anderen Zeithorizont der Bedarfseinschätzung oder einen anderen räumlichen Bezug, Hinweis auf zusätzliche Kriterien wie die Bündelung verschiedener Indikationen in Zentren etc.). Im Büro waren die Aufgaben zersplittert; nach dem Abgang des Chefarztes und der zuständigen Generaldirektor-Stellvertreterin waren mehrere Vorgänge nicht schlüssig nachvollziehbar.
- Als Folge der genannten Mängel war die Entwicklung des Angebots in den vom RH analysierten Versorgungsbereichen (jeweils definiert als Schnittmenge einer Indikation und einer Versorgungszone) überwiegend abweichend von den Planungen erfolgt.
- Während der Gebarungsüberprüfung des RH versuchte die PVA, die Vergabe von Verträgen grundlegend umzugestalten. In Zukunft sollte unter der Steuerung durch den Vorstand auf Basis eines Masterplans durch Ausschreibungen eine transparente Vergabe erfolgen. Der RH begrüßte diese Vorhaben, wies aber darauf hin, dass die gesetzliche Regelung, die statistischen Weisungen sowie die Regelung der Abstimmung der landesbehördlichen Verfahren mit den Ausschreibungen in der Sozialversicherung noch offen waren. Weiters waren eine interne Reorganisation sowie Prozess- und Dokumentationsvorgaben für die Entscheidungsverfahren in der PVA noch ausständig. Die bereits abgewickelten Ausschreibungen waren mehr als Übergangslösung zur Bereinigung bestehender Konflikte zu sehen, denn als Musterbeispiele für die neue transparente Vorgehensweise. Weitere Reformschritte waren daher nötig.
- Neben dem im Detail analysierten Bereich der Kuren und Rehabilitation lag eine Vielzahl weiterer Beschaffungsvorgänge für nicht prioritäre Dienstleistungen (Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen) vor. Der RH ermittelte das relevante Gebarungsvolumen mit rd. 14,468 Mrd. EUR; alleine die BVA wies mehr als 17.000 Verträge aus. Trotz der Umstellung der Vorgehensweise bei der Rehabilitation (Ausschreibung statt informelle Vergaben) nahmen die Sozialversicherungsträger keine umfassende Risikobewertung hinsichtlich ihres Vorgehens bei den übrigen Vergaben vor. Es gab weder Vorgaben, wie die abstrakten rechtlichen Kriterien der Nichtdiskriminierung bzw. der Transparenz umzusetzen waren, noch eine klare Einordnung der abgeschlossenen Verträge in die vergaberechtlich relevanten Kategorien (z.B. Konzessions-, Dienstleistungs- oder Verrechnungsvertrag). Es bestanden sehr unterschiedliche Systeme nebeneinander, ohne dass die Unterschiede im Hinblick auf ihre vergaberechtlichen Konsequenzen bewertet wurden.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Teil IV – Sonstige Vergaben (Beschaffungen)

Prüfungsvorgehen

75

(1) Zur Beantwortung der Fragen gemäß Prüfungsverlangen sah der RH folgendes Prüfungsvorgehen vor:

- die Anforderung einer Grundgesamtheit der Vergabevorgänge,
- eine Analyse der Vergabeprozesse ausgewählter Beispielfälle („walk through“),
- eine grundlegende Beurteilung der internen Vorgaben auf ihre Zweckmäßigkeit,
- eine risikoorientierte Stichprobenauswahl mit Beurteilung der Einhaltung der Vorgaben sowie
- eine Beurteilung der Kontrollsysteme innerhalb der jeweiligen überprüften Stelle.

Tatsächlich erwies sich dieses Prüfungsvorgehen nur teilweise als durchführbar. Auf Basis der Beispielfälle sowie der Antworten der überprüften Stellen auf die Datenanforderungen des RH ergab sich – wie im Folgenden dargestellt –, dass die überprüften Sozialversicherungsträger keine Übersicht über alle Vergabevorgänge hatten. Aufgrund der Art der Erfassung der Geschäftsfälle war eine Übersicht auch nicht im Rahmen der Gebarungsüberprüfung herstellbar. Dies erlaubte keine risikoorientierte oder repräsentative Stichprobenauswahl und somit auch keine abschließenden Aussagen zum Vergabewesen der überprüften Stellen insgesamt.

(2) Weiters lagen bei den jeweiligen überprüften Stellen sehr unterschiedliche Ergebnisse interner Kontrollen vor. Während bei der PVA die Innenrevision fast bei der Hälfte aller Prüfungen im überprüften Zeitraum Vergaben thematisierte und daher eine große Zahl an Einzelfällen untersuchte, lagen bei der AUVA und der BVA keine gesonderten Berichte der jeweiligen Innenrevisionen zu Vergaben vor (siehe **TZ 9**, **TZ 10** und **TZ 11**).

(3) Der RH identifizierte folglich anhand der vorhandenen Unterlagen wesentliche Compliance-relevante Prozessschritte bei der Abwicklung von Vergaben in der Praxis der überprüften Sozialversicherungsträger. Aufgrund der unterschiedlichen Datenlage und Prozesse bildeten die ausgewählten Beispielfälle die Grundgesamtheit in unterschiedlichem Ausmaß ab. In einigen Fällen waren Compliance-relevante Feststellungen zum Vergabewesen bestimmten Trägern zuzuordnen, bei einigen

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Fällen ergaben sich zwar aus den ausgewählten Beispielen keine Kritikpunkte; da es sich jedoch um systemrelevante Compliance-bezogene Feststellungen handelte, richtete der RH seine Empfehlung dennoch an alle überprüften Sozialversicherungsträger. Eine vergleichende Beurteilung der Qualität der Vergabepaxis der überprüften Träger war aufgrund der beschriebenen Unterschiede der Qualität der Daten nicht möglich.

Der RH untersuchte anhand der Prozessvorgaben, anhand von Beispielsfällen bei der AUVA, bei der BVA und bei der PVA und anhand der Berichte der Internen Revision der PVA, inwieweit die Sozialversicherungsträger die internen Richtlinien und die gesetzlichen Bestimmungen einhielten bzw. den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit folgten.

Der RH stellt im Folgenden jene Feststellungen dar, die trotz der genannten Einschränkungen möglich waren. Sie weisen auf Problemstellungen hin, können aber nicht als repräsentative Aussage für die Gesamtheit der Beschaffungsvorgänge, einzelne Sozialversicherungsträger oder einzelne Vergabeformen verstanden werden.

Datenverfügbarkeit zu Beschaffungen

Beschaffungsvolumen

76.1

(1) Keiner der drei überprüften Sozialversicherungsträger konnte auf Nachfrage sein Beschaffungsvolumen im überprüften Zeitraum vollständig beziffern. Weder die Gesamtsumme noch eine Aufteilung nach Art des Beschaffungsvorgangs (Vergabeart), genehmigender Stelle oder Produktgruppe war vollständig verfügbar und analysierbar. Die Sozialversicherungsträger argumentierten im Wesentlichen, dass ihre Prozesse so stark reglementiert seien, dass derartige Auswertungen sich praktisch als nicht notwendig erwiesen hätten.

(2) Aufgrund des fehlenden Gesamtüberblicks der Sozialversicherungsträger über ihre Beschaffungen verwendete der RH Daten der Bestands- und Aufwandskonten¹⁰⁰, um im Rahmen der Gebarungsüberprüfung einen näherungsweisen Überblick über die Beschaffungsvolumina der AUVA, der BVA und der PVA für die Jahre 2012 bis 2014 zu erhalten:

¹⁰⁰ Der RH zog dabei Aufwandskonten für Sachaufwand und bestimmte Veränderungen auf Bestandskonten (z.B. Zugänge bei Lager, aktivierte Investitionen etc.) heran. Im Detail unterschieden sich die Vorgehensweisen der einzelnen Träger, da je nach spezifischen Buchungsmethoden und Auswertungsmöglichkeiten im SAP versucht wurde, die dem Beschaffungsvolumen am nächsten kommenden Volumina zu ermitteln (z.B. ging die AUVA von den einzelnen Rechnungen aus, die BVA von den Kontensalden).

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Tabelle 13: Beschaffungsvolumina aus der Finanzbuchhaltung 2012 bis 2014

	2012	2013	2014
	in Mio. EUR		
AUVA	212,34	184,46	196,50
BVA	53,00	42,72	54,04
PVA	136,61	162,92	173,02
gesamt	401,94	390,11	423,55

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: AUVA; BVA; PVA

Das aus der Buchhaltung abgeleitete Beschaffungsvolumen der überprüften Sozialversicherungsträger betrug insgesamt zwischen 390,11 Mio. EUR und 423,55 Mio. EUR pro Jahr. Der Anteil der Investitionen bzw. Bautätigkeiten lag dabei – je nach den im Betrachtungszeitraum abgewickelten Projekten – zwischen 15 % und 38 % des gesamten Beschaffungsvolumens, im Übrigen handelte es sich um laufende Aufwände.¹⁰¹

Die Daten der Buchhaltung konnten als Orientierungsgröße für das Beschaffungsvolumen insgesamt dienen; sie waren jedoch für eine Detailanalyse des Vergabewesens wenig geeignet:

- Einerseits konnte die zeitliche Zuordnung zwischen Vergabe und Aufwandsbuchung stark abweichen (z.B. bei über einen längeren Zeitraum erbrachten Leistungen).
- Andererseits waren für die Finanzbuchhaltung die für die Vergabeanalysen wesentlichen Informationen nicht notwendig und daher auch in der Regel nicht erfasst (z.B. Vergabeart, Vertragstypus, Produktgruppe oder genehmigende Stelle, Zuordnung einzelner Rechnungen zu einem Vergabefall).

76.2

Der RH kritisierte, dass keiner der drei überprüften Sozialversicherungsträger sein Beschaffungsvolumen vollständig angeben und analysieren konnte. Er wies darauf hin, dass das Beschaffungsvolumen der drei Sozialversicherungsträger im Jahr 2014 bei 423,55 Mio. EUR lag und hielt es aus Gründen der wirtschaftlichen Steuerung und aus Compliance-Gesichtspunkten für unbedingt erforderlich, über entsprechende Auswertungen zu verfügen.

¹⁰¹ Weitere vergleichende Aussagen zwischen den Sozialversicherungsträgern (z.B. nach bestimmten Aufwandsarten, Organisationseinheiten etc.) waren aus diesen Daten aufgrund der unterschiedlichen Auswertungsvorgänge nicht möglich.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Der RH betonte, dass ein zahlenmäßiger Überblick nicht durch stark reglementierte Prozesse bei den Sozialversicherungsträgern zu ersetzen war. Im Weiteren verwies er auf seine Beurteilung in **TZ 83** zum Verbesserungspotenzial der Dienstanweisungen (z.B. durch Aufnahme von praxisrelevanten Beispielen zur Berechnung des Auftragswerts).

Der RH wies auf seine früheren Berichte (so z.B. „Internes Kontrollsystem bei Direktvergaben in ausgewählten Ressorts BMVIT und BMWFW“, Reihe Bund 2015/6) hin, in denen er ein ressortweites Controlling des Beschaffungswesens für unverzichtbar erachtet hatte, um eine automatisiert abrufbare Übersicht über Beschaffungen (sowie deren Kategorisierung) zu ermöglichen und damit insgesamt Transparenz, Effizienz und Wirkungsorientierung in diesem Bereich sicherzustellen.

Beschaffungscontrolling

77.1

(1) Keiner der drei überprüften Sozialversicherungsträger hatte ein Beschaffungscontrolling über das gesamte Beschaffungsvolumen eingerichtet, d.h. Ziele formuliert, Kennzahlen zur Messung der Zielerreichung festgelegt sowie Prozesse zur Datenerfassung und regelmäßige Berichte dazu definiert. Die Sozialversicherungsträger führten teilweise anlassfallbezogen Auswertungen durch, um Geschäftsfelder zu identifizieren, die vom Volumen und von der Art der Beschaffung für eine Bündelung und Vereinheitlichung geeignet waren.

Bedingt durch das fehlende Beschaffungscontrolling, die Vielzahl beschaffender Organisationseinheiten (**TZ 79**) und die Verwendung uneinheitlicher EDV-Programme im Beschaffungsprozess (siehe **TZ 80**) waren die vom RH von den überprüften Stellen abgefragten Daten über die Vergabeart, die genehmigende Stelle und das Gesamtvolumen bei zusammengehörigen Beschaffungen nicht vollständig verfügbar.

(2) Die folgende Tabelle stellt für das Jahr 2014 das aus der Finanzbuchhaltung ermittelte Beschaffungsvolumen jenem Volumen gegenüber, zu dem bei der AUVA, der BVA und der PVA die angefragten Daten im Detail verfügbar waren: Die Sozialversicherungsträger gaben für die Beschränkungen der im Detail verfügbaren Beschaffungsdaten unterschiedliche Gründe an: Laut AUVA würden nicht alle beschaffenden Stellen SAP-Bestellungen eingeben, die übermittelten Daten enthielten bestimmte Geschäftsbereiche nicht. Die BVA wies darauf hin, dass sie SAP-MM¹⁰² nur für Bestellungen unter 400 EUR nutze. Laut PVA seien aus SAP die geforderten Daten generell nicht eruierbar; im Rahmen der Gebarungsüberprüfung könne sie Daten nur für ausgewählte Teilbereiche ermitteln.

¹⁰² SAP-Materialwirtschaft

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Tabelle 14: Vergleich verfügbarer Beschaffungsdaten 2014

	AUVA	BVA	PVA	Summe
	in EUR			
Finanzbuchhaltung	196.495.636,38	54.038.671,82	173.020.154,67	423.554.462,87
übermittelte Beschaffungsdaten	87.873.574,47	36.545.583,40	103.031.558,34	227.450.716,21
davon				
aus SAP-MM	77.228.488,61	3.643.989,73	n.a. ¹	80.872.478,34
aus anderen Auswertungen ²	10.645.085,86	32.901.593,67	103.031.558,34	146.578.237,87
Beschaffungsvorgänge über 100.000 EUR ³	64.897.447,10	24.373.362,12	98.131.037,78	187.401.847,00
	in %			
Beschaffungsdaten verfügbar:⁴	45	68	60	54
davon				
aus SAP-MM	39	7	n.a.	19
aus anderen Auswertungen	5	61	60	35
Beschaffungsvorgänge über 100.000 EUR	33	45	57	44

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Die PVA verfügte zwar über SAP-MM-Daten über rd. 100 Mio. EUR; diese enthielten jedoch nicht die vom RH angeforderten Daten (z.B. Vergabeart, genehmigende Stelle etc.).

² insbesondere Auswertungen aus der Beschaffungsplattform VEMAP (das Internetportal VEMAP war eine zentrale Plattform zur Abwicklung von Vergabeverfahren)

³ Unter 100.000 EUR waren Direktvergaben möglich.

⁴ als Anteil an den Daten der Finanzbuchhaltung dargestellt

Quellen: AUVA; BVA; PVA

Der Anteil der detailliert auswertbaren Beschaffungsvorgänge lag bei der AUVA bei rund der Hälfte, bei der BVA und der PVA bei rund zwei Drittel des aus der Finanzbuchhaltung erhobenen gesamten Beschaffungsvolumens. Bei der AUVA war der Anteil der in SAP-MM erfassten und mit den beschaffungsrelevanten Daten hinterlegten Bestellungen mit 39 % relativ hoch, bei der BVA deutlich niedriger; die PVA verfügte zwar über Daten, wesentliche Informationen mussten jedoch manuell ergänzt werden.¹⁰³ Die BVA und die PVA hatten im Jahr 2014 aufgrund von Bautätigkeiten einen erheblichen Anteil von Beschaffungen über 100.000 EUR, über die sie gesonderte Auswertungen führten. Auch die AUVA hatte derartige Auswertungen, das Volumen dieser Großprojekte war jedoch im Jahr 2014 niedriger als bei der BVA und der PVA.

(3) Für die Unterschiede zwischen Buchhaltungsdaten und Beschaffungsdaten waren neben der unvollständigen Erfassung der Beschaffungsdaten auch Faktoren wie

¹⁰³ Die BVA hatte SAP-MM auf Bestellungen unter 400 EUR beschränkt, die PVA hatte zwar ein beträchtliches Volumen (über 100 Mio. EUR) in SAP-MM eingegeben, aber ohne die relevanten Auswertungsmöglichkeiten. Die angefragten Daten (z.B. Vergabeart) konnten nur manuell ausgewertet werden.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



die unterschiedliche Periodenabgrenzung¹⁰⁴ und unterschiedliche Zuordnungen in der Erfassungssystematik maßgeblich.

Die manuell erstellten Auswertungen enthielten teilweise Fehler (doppelte Erfassungen oder fehlende Erfassung von Beschaffungen).

(4) Der Anteil der Direktvergaben war aus den verfügbaren Daten nicht ermittelbar. Die AUVA führte in ihren Daten aus SAP-MM teilweise auch die Beschaffungsart an. Im Jahre 2014 gab es demnach insgesamt 199.376 Beschaffungsvorgänge; bei 11.806 war das Beschaffungsverfahren eingetragen, wovon 10.911 (92 %) als Direktvergabe erfolgten.

77.2

Der RH kritisierte, dass keiner der überprüften Sozialversicherungsträger ein vollständiges Beschaffungscontrolling eingerichtet hatte.

Dadurch fehlten den überprüften Sozialversicherungsträgern wesentliche managementrelevante Informationen über ihr Beschaffungswesen, z.B. die Art der Vergabeverfahren, die Zuordnung des Beschaffungsvolumens zu genehmigenden Stellen oder eine vollständige Gliederung nach Warengruppen und Lieferanten.

Auch aus Compliance-Gesichtspunkten beurteilte der RH die schlechte Datenlage kritisch. So war z.B. nicht vollständig auswertbar, ob mit bestimmten Lieferanten in bestimmten Zeiträumen Verträge abgeschlossen wurden. Dies war nur mittelbar aus der Finanzbuchhaltung (nach Abrechnung) ableitbar. Auch war ohne eine Grundgesamtheit eine risikoorientierte Stichprobe für eine Compliance-Überprüfung nicht möglich.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, ein Beschaffungscontrolling mit regelmäßigen Auswertungen und Berichten für die Entscheidungsträgerinnen und -träger einzuführen. Darin wären die Zielsetzung der Auswertungen, die Erfassung und Kennzeichnung der Daten, die Auswertbarkeit zumindest nach Vergabeart, Leistungskategorie, Auftragnehmenden und genehmigender Stelle sowie die Berichtspflichten zu regeln (siehe auch den Bericht des RH „Internes Kontrollsystem bei Direktvergaben in ausgewählten Ressorts BMVIT und BMWFW“, Reihe Bund 2015/6, TZ 4).

77.3

(1) Die AUVA führte in ihrer Stellungnahme aus, dass eine derartige Auswertung wünschenswert sei und technisch realisiert werden könne, sobald der Begriff „Beschaffungsvolumen“ ausreichend exakt festgelegt sei. Seit Einführung von SAP-MM könne die AUVA trägerweit Auswertungen nach Leistungskategorien (Warengrup-

¹⁰⁴ Zum Beispiel fiel der Abschluss eines 10-jährigen Reinigungsvertrags mit dem gesamten Beschaffungsvolumen in das aktuelle Jahr, während der Aufwand jährlich erfolgswirksam verbucht werden musste.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



pen) und Auftragnehmenden (Kreditoren) machen, seit dem Frühjahr 2016 nach Vergabeart sowie nach der genehmigenden Stelle. Zudem bilde die Bauabteilung seit 1. Juli 2016 die Aufträge in SAP-MM ab.

(2) Laut Stellungnahme der BVA befinde sich ein Beschaffungscontrolling derzeit in Prüfung.

(3) Die PVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, zur Optimierung des Beschaffungswesens eine interne Arbeitsanweisung normiert, das Vier-Augen-Prinzip und Unvereinbarkeiten festgelegt, Formulare zur Verfügung gestellt sowie diverse EDV-Systeme und systematische Kontrollen eingesetzt zu haben. Darüber hinaus sei nunmehr das elektronische Beschaffungsportal VEMAP implementiert. Dort könne die PVA automatisierte Auswertungen von Vergaben nach den unterschiedlichsten Gesichtspunkten (z.B. Vergabeart, Auftragnehmenden, Leistungskategorie, Beschaffungsvolumina) machen. Damit sollte der neuen EU-Vergaberichtlinie (2014/24/EU) entsprochen, aber auch – gemeinsam mit Schnittstellen zu SAP-MM – ein Instrument des Beschaffungscontrollings eingeführt werden. Die PVA habe damit die elektronische Vergabe bereits frühzeitig implementiert. Nach erfolgter Erweiterung der elektronischen Beschaffungsplattform VEMAP und Schaffung einer SAP-Schnittstelle sei somit die Empfehlung des RH umgesetzt.

Vorgaben zu Beschaffungen

Rechtliche Grundlagen

78.1

(1) Die Sozialversicherungsträger waren öffentliche Auftraggeber im Sinne des Bundesvergabegesetzes. Je nach Vertragsart (Bau-, Lieferungs-, Dienstleistungs-, Konzessions- bzw. Verrechnungsvertrag) und zu beschaffender Produktgruppe (prioritäre bzw. nicht prioritäre Leistungen) regelte dieses die Beschaffungsvorgänge unterschiedlich detailliert. Im Gegensatz zu den nicht prioritären Dienstleistungen (siehe **TZ 24** bis **TZ 74**) war die Regelungsdichte für die in diesem Abschnitt analysierten prioritären Beschaffungen im Bundesvergabegesetz hoch.

(2) Auch andere gesetzliche Regelungen determinierten das Verhalten der Sozialversicherungsträger bei Beschaffungen: Sie waren z.B. an die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit gebunden. Allgemeine Verhaltensvorgaben z.B. in Form der Pflichtangelobung fanden sich im ASVG.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



(3) Dennoch bestanden erhebliche Spielräume für die beschaffenden Stellen:

- Unterhalb eines bestimmten Schwellenwerts¹⁰⁵ konnte eine Leistung, gegebenenfalls nach Einholung von Angeboten oder unverbindlichen Preisauskünften von einem oder mehreren Unternehmen, formfrei mittels Direktvergabe beschafft werden.¹⁰⁶
- Oberhalb des Schwellenwerts¹⁰⁷ waren formalisierte Ausschreibungsverfahren durchzuführen. Spielräume bestanden innerhalb bestimmter rechtlicher Vorgaben z.B. bei der Definition des Bedarfs, der Auswahl des Vergabeverfahrens und der Festlegung der Zuschlagskriterien.
- Darüber hinaus waren interne Zuständigkeiten und Entscheidungswege ebenso festzulegen wie strategische Entscheidung über die Beschaffungsziele zu treffen und Maßnahmen zu deren Erreichung zu definieren (Controlling, Überprüfung einzelner Vergaben etc.).

78.2

Der RH wies darauf hin, dass aufgrund der Geltung des Bundesvergabegesetzes die Vorgehensweise bei Beschaffungsvorgängen oberhalb der Schwellenwerte für Direktvergaben rechtlich weitgehend determiniert war, jedoch auch interne Festlegungen zu treffen waren.

Anzahl der beschaffenden Stellen

79.1

(1) Bei allen drei überprüften Sozialversicherungsträgern führten unterschiedliche Organisationseinheiten Beschaffungen durch. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der beschaffenden Organisationseinheiten pro Sozialversicherungsträger:

¹⁰⁵ Aufgrund der Schwellenwerteverordnungen lag der Schwellenwert für Direktvergaben bei 100.000 EUR. Seit 2010 verlängerte das BKA die Geltung der erhöhten Schwelle jeweils um ein Jahr; zuletzt bis 31. Dezember 2016; Schwellenwerteverordnung 2009 (BGBl. II Nr. 125/2009 i.d.F. BGBl. II Nr. 292/2014 – befristet bis 31. Dezember 2016).

¹⁰⁶ § 25 Abs. 10 BVergG 2006 i.d.g.F.

¹⁰⁷ Bei Direktvergaben mit vorheriger Bekanntmachung betrugen die Grenzen der Auftragswerte bei Liefer- und Dienstleistungsaufträgen 130.000 EUR, bei Bauaufträgen 500.000 EUR.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Tabelle 15: Anzahl der beschaffenden Organisationseinheiten

	AUVA	BVA	PVA
	Anzahl		
Hauptstelle	6	9	4
Landesstellen	4	6	9
Eigene Einrichtungen	11	7	17
gesamt	21	22	30

Quellen: AUVA; BVA; PVA

In den drei überprüften Sozialversicherungsträgern waren in Summe 73 Organisationseinheiten mit Beschaffungen befasst.

Bei allen drei überprüften Sozialversicherungsträgern konnten Landesstellen, Eigene Einrichtungen und verschiedene Abteilungen der jeweiligen Hauptstellen¹⁰⁸ – innerhalb bestimmter Wertgrenzen (siehe **TZ 82**) – Beschaffungen durchführen.

(2) Die Trennung der Zuständigkeiten war nicht immer sachlich nachvollziehbar: Beispielsweise war bei der AUVA einem Unfallkrankenhaus (**UKH**) ein Rehabilitationszentrum unmittelbar räumlich angeschlossen. In beiden Einrichtungen war dieselbe Person als Verwaltungsleiter tätig. Das Rehabilitationszentrum unterstand hinsichtlich bestimmter Beschaffungsvorgänge organisatorisch der Hauptstelle. Für das UKH war diesbezüglich jedoch die Landesstelle Wien zuständig. Bei einzelnen Beschaffungen erhöhte sich somit der Abstimmungsaufwand.

(3) Die Entscheidungsfindung war – wie folgend am Beispiel der BVA dargestellt – im Einzelfall teilweise komplex:

- Die BVA sah grundsätzlich innerhalb der Hauptstelle eine zentrale Beschaffung durch die Wirtschaftsabteilung vor. Ausnahmen bestanden jedoch für Beschaffungen der EDV und der Infrastruktur sowie in Detailbereichen (z.B. Beratungsdienstleistungen) für sechs weitere Abteilungen (z.B. die Rechtsabteilung).
- Bei Service- und Wartungsverträgen waren für den Neuabschluss und für die Verlängerung unterschiedliche Abteilungen zuständig.

¹⁰⁸ Neben den für Bauangelegenheiten und Wirtschaft zuständigen Abteilungen, die den Großteil der Beschaffungen verantworteten, konnten beispielsweise auch Abteilungen für Öffentlichkeitsarbeit, die Personalabteilungen, die Rechtsabteilungen oder IT-Abteilungen Beschaffungen durchführen.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



- Im „Bauwesen“ war grundsätzlich die Wirtschaftsabteilung für die Beschaffungen zuständig, jedoch auch eine weitere Abteilung¹⁰⁹ im Rahmen ihrer Zuständigkeit für „Projektmanagement“ und eine weitere Abteilung¹¹⁰ für Instandhaltungs- und Instandsetzungsarbeiten.

79.2

Der RH wies kritisch darauf hin, dass bei den drei überprüften Sozialversicherungsträgern insgesamt 73 und je Sozialversicherungsträger bis zu 30 beschaffende Organisationseinheiten bestanden. Die Zuständigkeiten waren zwischen Hauptstellen, Landesstellen, Eigenen Einrichtungen und innerhalb der Hauptstellen zwischen verschiedenen Abteilungen aufgeteilt. Der RH wies darauf hin, dass die hohe Zahl der mit Beschaffungen befassten Organisationseinheiten sowie fehlende EDV-Unterstützung (siehe [TZ 80](#)) die Übersicht erschwerten.

Der RH kritisierte, dass nicht alle Zuständigkeitsaufteilungen zweckmäßig erschienen: So gab es z.B. in der AUVA für das Rehabilitationszentrum und das UKH zwar einen gemeinsamen Verwaltungsleiter, aber unterschiedliche Genehmigungswege für Beschaffungen. Der RH kritisierte weiters, dass die Zuständigkeitsverteilung, wie am Beispiel der BVA dargestellt, teilweise komplex war. Dies war unter Compliance-Gesichtspunkten ein Risiko.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA eine stärkere organisatorische Bündelung der Beschaffungen und eine klarere Verteilung der Zuständigkeiten.

79.3

(1) Laut Stellungnahme der AUVA gebe es deshalb mehrere Beschaffungsstellen, da sie dezentral organisiert sei. Sie setze die laufende Bündelung der Beschaffung weiter fort.

(2) Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, dass ihre Beschaffungszuständigkeiten im erforderlichen Ausmaß in der Hauptstelle zentralisiert und gebündelt seien. Die Handlungsbefugnisse der dezentralen Einrichtungen (Landesstellen und Eigene Einrichtungen) seien der Höhe nach sehr eingeschränkt und nur zur Sicherstellung eines reibungslosen Betriebsablaufs vorgesehen. Das BVergG 2006 sehe eine verpflichtende Zusammenfassung gleichartiger Lieferungen und Leistungen und damit eine Bündelung von Beschaffungen vor. Durch Dienstanweisungen gewährleiste die PVA klar, unmissverständlich und taxativ, dass ab bestimmten Wertgrenzen bzw. für bestimmte Produktgruppen (z.B. Büromaterial) in jedem Fall ausschließlich zentral zu beschaffen sei. Damit seien die Effektivität des Personaleinsatzes und eine wirtschaftliche Beschaffung gewährleistet. Zuständigkeitskonflikte oder –redundanzen seien in der Beschaffungspraxis der PVA daher bislang auch nicht aufgetreten.

¹⁰⁹ Abt. III Organisation

¹¹⁰ Abt. XII Infrastruktur

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



79.4

Der RH nahm die Darstellung der Soll-Situation laut Dienstanweisungen (Bündelung) durch die PVA zur Kenntnis. Er wies jedoch darauf hin, dass die dezentralen Einheiten Beschaffungen bis zu 7.500 EUR pro Transaktion selbst durchführen konnten und bei der Gebarungsüberprüfung nicht auswertbar war, welches Beschaffungsvolumen die PVA auf diese Weise insgesamt abwickelte. Er verwies weiters auf Feststellungen der Innenrevision, wonach in mehreren Fällen die Wertgrenzen nicht eingehalten worden waren.

EDV-Unterstützung bei Beschaffungen

80.1

(1) Die drei überprüften Sozialversicherungsträger führten ihre Beschaffungen nicht durchgängig automationsunterstützt durch; sie verwendeten keine einheitlich auswertbaren EDV-Lösungen.

(2) Die AUVA führte ihre Beschaffungen grundsätzlich mit einem Materialwirtschaftsmodul von SAP¹¹¹ durch. Da mehrere Organisationseinheiten (z.B. Bau, teilweise Eigene Einrichtungen etc.) ihre Beschaffungen nicht in SAP erfassten, waren vollständige Auswertungen nicht möglich. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war die Implementierung von SAP-MM in der für Bauwesen zuständigen Abteilung der Hauptstelle geplant.

Die in der Hauptstelle der AUVA für Beschaffungen zuständige Abteilung nutzte seit Herbst 2013 das Internetportal VEMAP¹¹² als zentrale Plattform zur Abwicklung von Vergabeverfahren ab einer Wertgrenze von 100.000 EUR. Dadurch war es interessierten Auftragnehmern möglich, sich über laufende Ausschreibungen zu informieren, Ausschreibungsdokumente herunterzuladen und sich für Ausschreibungen zu bewerben. Für Bauangelegenheiten war im überprüften Zeitraum VEMAP noch nicht in Verwendung. Die schrittweise Einführung von VEMAP für Bauangelegenheiten war ab Beginn des Jahres 2016 vorgesehen.

(3) In der BVA beschränkte eine Dienstverfügung den Einsatz von SAP-MM auf Bestellungen mit einem Auftragswert von weniger als 400 EUR.

Bestellvorgänge mit einem darüber liegenden Auftragswert wickelten die beschaffenden Organisationseinheiten ohne EDV-Einsatz ab und dokumentierten die Be-

¹¹¹ SAP-MM (Material Management) war ein EDV-System, das den Bestellvorgang, den Wareneingang mit Rechnungsprüfung, die Bestandsführung sowie die Verbuchung unterstützte.

¹¹² Die AUVA nutzte das Internetportal VEMAP als zentrales Kommunikationsmedium mit ihren Auftragnehmern zur Abwicklung von Einkaufsprojekten. Interessierte Auftragnehmer konnten sich für Ausschreibungen bewerben, Ausschreibungsdokumente herunterladen, Teilnahmeanträge und Angebote abgeben und an Auktionen teilnehmen. Beschäftigte konnten Standardartikel über den Multilieferantenkatalog abrufen.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



stellungen in einem Papierakt. Eine durchgängige elektronische Erfassung in SAP erfolgte erst bei der Verbuchung durch die Finanzabteilung. Die für Bauangelegenheiten zuständige Abteilung verwendete eigene EDV-Lösungen für Beschaffungen und Controlling. Die wesentlichen Bestelldaten trugen alle Abteilungen abteilungsintern in eine elektronische Liste ein. Die BVA setzte bei Vergabeverfahren keine zentrale elektronische Vergabeplattform ein.

(4) Bei der PVA nutzten nicht alle mit Beschaffungen betrauten Organisationseinheiten für alle Warengruppen das Beschaffungstool SAP-MM, insbesondere nicht die Eigenen Einrichtungen der vormaligen Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter. Auch die für die Abwicklung von Bauvorhaben zuständige Abteilung setzte andere EDV-Lösungen ein. Die PVA wickelte Vergabeverfahren über 100.000 EUR über die Vergabeplattform VEMAP ab.

80.2

Der RH stellte kritisch fest, dass die überprüften Sozialversicherungsträger ihre Beschaffungen nicht durchgängig automationsunterstützt durchführten und nicht durchgängig einheitlich auswertbare EDV-Lösungen verwendeten. Zum einen gab es Teilbereiche, in denen sie Beschaffungen ohne EDV-Erfassung mittels Papierakt dokumentierten. Zum anderen waren innerhalb der einzelnen Sozialversicherungsträger unterschiedliche EDV-Lösungen im Einsatz. Dies erschwerte es, rasch und mit angemessenem Ressourcenaufwand einen Gesamtüberblick über die Beschaffungen zu erhalten.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, ihre Beschaffungen durchgängig automationsunterstützt vorzunehmen und dabei vergleichbare EDV-Auswertungen vorzusehen.

80.3

(1) Die AUVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Bauabteilung seit 1. Juli 2016 die Aufträge in SAP-MM abbilde.

(2) Die BVA sagte in ihrer Stellungnahme zu, die Empfehlung unter Berücksichtigung der Kostenkomponente zu prüfen.

(3) Laut Stellungnahme der PVA sei die Ausrollung von SAP-MM in den Eigenen Einrichtungen derzeit im Laufen. Damit werde in absehbarer Zukunft eine alle Beschaffungsstellen umfassende durchgängige automationsunterstützte Einkaufspraxis geschaffen, die vergleichbare österreichweite EDV-Auswertungen gewährleiste.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Vergleichsangebote

81.1

(1) Das Bundesvergabegesetz verpflichtete bei Direktvergaben nicht ausdrücklich zur Einholung mehrerer Angebote. Gemäß § 41 Abs. 3 Bundesvergabegesetz waren jedoch bei Direktvergaben gegebenenfalls eingeholte Angebote oder unverbindliche Preisauskünfte zu dokumentieren.

Alle drei überprüften Sozialversicherungsträger erließen interne Vorgaben für das Einholen von Vergleichsangeboten. Zur verbesserungswürdigen Umsetzung dieser Vorgaben siehe [TZ 85](#).

(2) Bei der AUVA hing die Anzahl der einzuholenden Vergleichsangebote von der Art des zu beschaffenden Wirtschaftsguts ab. Grundsätzlich waren bei Vergaben, für deren Genehmigung die Selbstverwaltung (insbesondere Verwaltungsausschuss des Vorstands bzw. Landesstellenausschüsse der AUVA) zuständig war, „soweit möglich“ mindestens drei Angebote einzuholen, bei Genehmigung durch die Direktion oder Generaldirektion „soweit möglich“ mindestens zwei Angebote. Darunter (z.B. Abteilungsleitung, Verwaltungsleitung) lag die Einholung von Angeboten „im pflichtgemäßen Ermessen“. Daher konnten zum Beispiel „laufende Nachbeschaffungen von Verbrauchs- und Verzehrgütern zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Betriebsführung“¹¹³ unabhängig von der Höhe des Auftragswerts auch ohne vorherige Einholung von Vergleichsangeboten beschafft werden.

(3) Bei der BVA regelte eine Dienstverfügung die Zahl der einzuholenden Vergleichsangebote: Grundsätzlich war jede Dienststelle angehalten, ihren Bedarf der jeweiligen beschaffenden Stelle schriftlich bekannt zu geben. „Erforderlichenfalls“ waren den Anforderungen „sofern möglich“ mindestens drei entsprechende, vergleichbare unverbindliche Angebote beizuschließen. Laut BVA habe sie im Februar 2015 den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung Wirtschaftswesen die Notwendigkeit von mindestens drei Angeboten innerhalb der Abteilung Wirtschaftswesen zur Kenntnis gebracht und die Dienststellenleitungen mündlich auf dieses Erfordernis hingewiesen.

(4) In der PVA waren laut Dienstanweisung¹¹⁴ ab einem Auftragswert von über 50.000 EUR drei Angebote einzuholen, bei Beschaffungen bis 50.000 EUR gab es keine Verpflichtung zu Vergleichsangeboten.

¹¹³ Darunter fielen geringwertige und kurzlebige Wirtschaftsgüter, Energieaufwand, Kommunikationsaufwand, Entsorgung etc., aber nach Angaben der AUVA auch medizinische Verbrauchsgüter.

¹¹⁴ im überprüften Zeitraum vom 1. Jänner 2012 bis 27. Oktober 2013 40.000 EUR, ab 28. Oktober 2013 50.000 EUR

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



81.2

Der RH hob hervor, dass der Prüfung der Preisangemessenheit bei Direktvergaben besondere Bedeutung zukam und Vergleichsangebote eingeholt werden sollten.

Er kritisierte, dass

- in der AUVA für die laufende Nachbeschaffung von Verbrauchs- und Verzehrgütern keine verpflichtenden Vergleichsangebote einzuholen waren;
- die BVA die Bestimmungen zur Einholung von Vergleichsangeboten unbestimmt formuliert hatte;
- die PVA die Wertgrenzen zur Einholung von Vergleichsangeboten mit 50.000 EUR sehr hoch angesetzt hatte.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, ihre internen Vorschriften zur Einholung von Vergleichsangeboten zu überarbeiten und die Anzahl der einzuholenden Vergleichsangebote klar festzulegen.

81.3

(1) Die AUVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Einholung von Vergleichsangeboten weiterhin im pflichtgemäßen Ermessen erfolgen sollte. In den Einkaufsbereichen sei ausreichend Know-how vorhanden, um die Marktsituation abschätzen zu können. Eine strengere Reglementierung würde den Verwaltungsaufwand erhöhen.

(2) Laut Stellungnahme der BVA habe sie die Empfehlung bereits umgesetzt.

(3) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, habe sie die Wertgrenze von 50.000 EUR im Hinblick auf die Novelle des Bundesvergabegesetzes 2012 festgelegt. Die Vorgehensweise der PVA entspreche der Zielsetzung des Vergabegesetzes zur Vereinfachung; die Wertgrenze sei auch im Hinblick auf die Zulässigkeit formfreier Direktvergaben bis zu 100.000 EUR sachgerecht und zweckmäßig.

81.4

(1) Der RH hielt es im Unterschied zur AUVA nicht für ausreichend, wesentliche auch Compliance-relevante Fragen – wie die Einholung von Vergleichsangeboten – allein dem pflichtgemäßen Ermessen der mit der Beschaffung beauftragten Personen zu überlassen. Gerade angesichts der Komplexität der Ermittlung des Auftragswerts bei wiederkehrenden Beschaffungen, bei mehreren beschaffenden Stellen und bei gleichartigen Aufträgen war eine klare Reglementierung zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Verwaltung im Sinne der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Vergabeentscheidung sowie der Sparsamkeit erforderlich.

(2) Dem von der AUVA und der PVA angeführten Vereinfachungsgedanken stand die Erzielung von günstigeren Konditionen bei Preisvergleichen entgegen.

(3) Gegenüber der PVA hielt der RH daran fest, dass eine Auftragsvergabe ohne Vergleichsangebot bis zu einer Wertgrenze von 50.000 EUR wirtschaftlich nicht zweckmäßig war. Er wies darauf hin, dass beispielsweise das BMVIT und das BMWFW bei Direktvergaben bereits ab 5.000 EUR bzw. 10.000 EUR mehrere Vergleichsangebote vorsahen (siehe Bericht des RH „Internes Kontrollsystem bei Direktvergaben in ausgewählten Ressorts BMVIT und BMWFW“, Reihe Bund 2015/6).

Der RH hielt an seiner Empfehlung fest.

Wertgrenzen und interne Zuständigkeitsverteilung

82.1 (1) Für die interne Zuständigkeitsverteilung (Vorstand, Ausschüsse, Büro etc.) zur Genehmigung von Beschaffungen galten unterschiedliche Wertgrenzen, wie folgende Tabelle vereinfacht¹¹⁵ darstellt:

Tabelle 16: Wertgrenzen für Beschaffungen 2014

	AUVA	BVA	PVA
	in EUR		
Abteilungsleitung Büro	bis 400	bis 2.500	bis 7.500
Verwaltungsleitung Eigene Einrichtung	bis 7.500	bis 1.000	bis 7.500
Bereichsleitung	bis 20.000	bis 5.000	bis 20.000
Generaldirektion	bis 40.000	bis 14.534,57	bis 30.000
Obfrau/Obmann	–	–	bis 50.000
Vorstand	über 40.000	über 14.534,57	über 50.000

vereinfachte Darstellung

Quellen: AUVA; BVA; PVA

Die Höhe der Wertgrenzen war bei den drei überprüften Sozialversicherungsträgern unterschiedlich. Die Wertgrenze Abteilungsleitung z.B. war bei der PVA drei Mal so hoch wie bei der BVA und mehr als 18 Mal so hoch wie bei der AUVA.

(2) Bei der AUVA erfolgte die Differenzierung der Wertgrenzen anhand der Art des Rechtsgeschäfts (Finanz- und Wirtschaftsangelegenheiten). So konnten Verwaltungsleiterinnen und Verwaltungsleiter eines UKH z.B. „laufende Nachbeschaffung-

¹¹⁵ Für bestimmte Bereiche (z.B. Nachbeschaffungen, Verbrauchsmaterial) galten zum Teil andere Wertgrenzen.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



gen von Verbrauchs- und Verzehrgütern“ ohne Beachtung einer Wertgrenze beschaffen, „sonstige Rechtsgeschäfte“ (z.B. Insekte, sonstige Dienstleistungen, Beratertätigkeiten) bis zu einem Betrag von 7.500 EUR. Die Zuordnung von Produkten (z.B. bei der Miete von Anti-Decubitus Matratzen) zur Art des Rechtsgeschäfts und damit zur bürointernen Zuständigkeit war nicht immer klar.

(3) Auswertungen darüber, wie viele Beschaffungsvorgänge bzw. welche Umsätze durch wen erfolgten, waren bei den drei überprüften Sozialversicherungsträgern nicht verfügbar.

82.2

(1) Der RH wies darauf hin, dass für die Genehmigung von Beschaffungen durch die Abteilungsleitung die Genehmigungsgrenze bei der PVA drei Mal so hoch war wie bei der BVA und mehr als 18 Mal so hoch wie bei der AUVA. Er kritisierte, dass Auswertungen darüber, wie viele Beschaffungsvorgänge bzw. welche Umsätze durch wen erfolgten, nicht verfügbar waren und somit unklar war, wie sich die unterschiedlichen Wertgrenzen auswirkten. Der RH wies darauf hin, dass bei höheren Wertgrenzen ohne entsprechendes Controlling das Risiko von Einkäufen ohne entsprechendes Verfahren bestand, obwohl bei trägerweiter Betrachtung erhebliche Umsätze erreicht wurden. Der RH wiederholte seine Empfehlung an die AUVA, die BVA und die PVA zur Einführung eines Beschaffungscontrollings mit regelmäßigen Auswertungen und Berichten für die Entscheidungsträgerinnen und -träger (vgl. [TZ 77](#)).

(2) Der RH kritisierte, dass bei der AUVA die Zuordnung von Geschäftsfällen zu einzelnen Produktkategorien und dementsprechend die Zuständigkeit zu Beschaffungen unklar waren.

Der RH empfahl der AUVA, in internen Regelungen die Vergabezuständigkeiten klarer zu regeln.

82.3

Die AUVA führte in ihrer Stellungnahme aus, in der Dienstanweisung zur bürointernen Umsetzung im Anhang der Geschäftsordnung des Vorstands die Vergabezuständigkeiten klar definiert zu haben.

82.4

Der RH hielt unter Verweis auf die aufgetretenen Unklarheiten bei der AUVA seine Empfehlung aufrecht (siehe [TZ 84](#)).

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



Umsetzung der Vorgaben in der Praxis

Bedarfsplanung und Bedarfsmeldung

83.1

(1) Der erste Schritt im Beschaffungsprozess war die Identifizierung des Bedarfs, um die Art und den Umfang der benötigten Leistung und die benötigte Qualität festzulegen (Leistungsbeschreibung). Dies war eine wesentliche Voraussetzung, um den Auftragswert zu ermitteln und die budgetäre Bedeckung zu prüfen.

(2) In der AUVA gab es ein Bedarfsanforderungsformular. Dieses galt für die Hauptstelle. Es stand im Intranet der AUVA auch den Landesstellen und Eigenen Einrichtungen zur Verfügung, wurde jedoch von diesen kaum verwendet. Die Dienstanweisung verpflichtete nicht zur Verwendung des Formulars.

Die BVA verfügte weder über ein Bedarfsmeldungsformular noch über ein Bedarfsanforderungstool. Die Bedarfsanforderung erfolgte zumeist per E-Mail.

In der PVA bestanden für den Beschaffungsprozess vorgefertigte Formulare wie z.B. das Anforderungsformblatt.

83.2

Der RH kritisierte, dass bei der AUVA und der BVA kein trägerweit verpflichtend zu verwendendes Bedarfsanforderungsformular bzw. -tool eingerichtet war, um wirtschaftliche, fehlerfreie und leicht kontrollierbare Arbeitsabläufe zu ermöglichen und den Bedarf nachvollziehbar zu dokumentieren.

Der RH empfahl der AUVA und der BVA, eine trägerweit einheitliche Vorgehensweise bei der Bedarfsmeldung sicherzustellen.

83.3

(1) Laut Stellungnahme der AUVA gebe es für den Bereich EDV (Hardware, IKT und Software) trägerweit einheitliche Formulare. Diese würden auch verpflichtend verwendet (gemäß Dienstanweisung). In den Eigenen Einrichtungen gebe es ein trägerweit einheitliches Anforderungstool für medizinische und nichtmedizinische Verbrauchsgüter.

(2) Die BVA gab in ihrer Stellungnahme die Kostenfrage (Lizenzgebühr) zu bedenken.

(3) Wie die PVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, erfolgten sämtliche Beschaffungen trägerweit entsprechend den im Detail geregelten Arbeitsabläufen und auf Basis von zwei standardisierten Bedarfsmeldungen (Budgetantrag, Anforderungsformblatt F725). Dadurch sei eine trägerweit einheitliche Vorgangsweise im Hinblick

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



auf Bedarfsmeldungen schon derzeit sichergestellt und der Bedarf nachvollziehbar dokumentiert.

83.4

Der RH wies gegenüber der AUVA darauf hin, dass weder das von ihr zitierte Formular noch das Anforderungstool eine einheitliche Bedarfserhebung sicherstellte, dies aufgrund der jeweils nicht verpflichtenden flächendeckenden Anwendung. So fehlte z.B. im Fall der in **TZ 82** kritisierten Beschaffung von Anti-Decubitus Matratzen eine entsprechende Meldung, weshalb die Einschätzung der AUVA, welcher Auftragswert der Beschaffung zugrunde gelegt wurde, nicht dokumentiert war. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Wahl des Vergabeverfahrens und Ermittlung des Auftragswerts

84.1

(1) Gemäß Bundesvergabegesetz war ein Vergabeverfahren nach Ermittlung des Auftragswerts zu wählen. Eine Direktvergabe war nur bis zu einem geschätzten Auftragswert von 100.000 EUR zulässig. Dabei war es unzulässig, aus sachlichen bzw. technischen Überlegungen zusammengehörige Aufträge zu splitten.

Alle überprüften Sozialversicherungsträger regelten z.B. in Form von Dienstanweisungen die Berechnung des Auftragswerts.

(2) Bei den vom RH untersuchten Beispielsfällen in der AUVA zeigten sich Defizite bei der Berechnung des Auftragswerts:

- Für die Nutzung von Anti-Decubitus Systemen¹¹⁶ führte die AUVA keine trägerweite Ausschreibung durch; eine Ex-ante-Gesamtbedarfserhebung war nicht dokumentiert. Die AUVA schloss mit mehreren Lieferanten Vereinbarungen über Höchstpreise, die für ein Jahr galten, für alle Einrichtungen der AUVA ab.¹¹⁷ Die Beschaffung erfolgte durch jedes UKH selbstständig, wobei zusätzliche Sonderkonditionen vereinbart werden konnten. Ein UKH der AUVA schloss im überprüften Zeitraum mittels Direktvergabe eigene Verträge ab und handelte eigene, pauschalierte Preise aus. Die in den Jahren 2014 und 2015 abgeschlossenen Verträge waren jeweils zeitlich unbefristet; bei Berechnung gemäß Bundesvergabegesetz war dadurch die 100.000 EUR-Schwelle für Direktvergaben überschritten,¹¹⁸ die Direktvergabe somit unzulässig.

¹¹⁶ Das sind Systeme (z.B. Matratzen) zur Vermeidung von Druckstellen bzw. Wundliegen.

¹¹⁷ Die AUVA gab die Verträge mittels Rundschreiben an alle Eigenen Einrichtungen bekannt.

¹¹⁸ Bei unbefristeten Verträgen war der Auftragswert laut BVergG mit dem 48-Fachen des voraussichtlich zu leistenden Monatsentgelts zu bemessen (vgl. § 15 Abs. 1 Z 3 BVergG).

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



- Ein UKH der AUVA beschaffte z.B. Tupfer im Wege der Direktvergabe. Die AUVA hatte für ihre Einrichtungen – ohne Vergabeverfahren – eine „Fixpreisvereinbarung über medizinisches Verbrauchsmaterial“ mit demselben Lieferanten abgeschlossen, dabei die Preise zentral für alle Einrichtungen verhandelt und sie im SAP bei den jeweiligen Artikeln hinterlegt. Die AUVA führte dabei kein Vergabeverfahren gemäß Bundesvergabegesetz durch.

Laut Auskunft der AUVA habe sie im Jahr 2014 mit diesem Lieferanten Produkte über 1,68 Mio. EUR abgerechnet, wovon lediglich für eine im Bereich Gips durchgeführte Ausschreibung in Höhe von rd. 620.000 EUR ein förmliches Vergabeverfahren vorlag. Zur Frage, ob es sich bei den weiteren abgerechneten Produkten um gleichartige Lieferungen handelte, die hinsichtlich des Auftragswerts zusammenzurechnen und daher einheitlich zu vergeben wären, machte die AUVA keine Angaben.

Die AUVA gab an, in den letzten Jahren bei medizinischen Verbrauchsartikeln (z.B. Nahtmaterial, nadelstichsichere Systeme, Gipsutensilien, sterile OP-Sets) verstärkt Ausschreibungen durchgeführt zu haben. Die Fixpreisvereinbarungen seien bereits eine Verbesserung gegenüber einer rein dezentralen Beschaffung; Ausschreibungen könnten aufgrund der beschränkten Ressourcen nur sukzessive und für ausgewählte Produkte erfolgen.¹¹⁹

(3) Bei der PVA lagen mehrere Berichte der Innenrevision mit Kritikpunkten zur Berechnung des Auftragswerts im überprüften Zeitraum vor. Dies betraf unter anderem die unrichtige Bestimmung des Auftragswerts bei Dauerschuldverhältnissen und die fehlende Dokumentation des geschätzten Auftragswerts.¹²⁰

Bereits im Jahr 2012 hatte die Innenrevision der PVA eine Ergänzung der Anhänge zur Dienstanweisung um Beispiele hinsichtlich der Berechnung des geschätzten Auftragswerts empfohlen; dies war bis zur Gebarungsüberprüfung des RH nicht umgesetzt.

84.2

Der RH wies darauf hin, dass der Berechnung des geschätzten Auftragswerts für die Wahl des Vergabeverfahrens eine zentrale Bedeutung zukam. Er kritisierte die dabei vorgefundenen Mängel, insbesondere bei Verträgen mit längerer Laufzeit und bei Produkten, deren Gleichartigkeit zu prüfen wäre. Er bemängelte weiters, dass

¹¹⁹ Bei der BVA lagen keine entsprechenden Feststellungen der Innenrevision vor, auch die vom RH untersuchten Einzelfälle ergaben keine diesbezüglichen Probleme, allerdings war die Anzahl der überprüften Einzelfälle nicht ausreichend, um auf eine gesamthafte Korrektheit des Vorgehens zu schließen.

¹²⁰ Festgestellt am Beispiel einer Direktvergabe von Beraterleistungen mit einem Auftragswert von 99.000 EUR, wobei die Summe aller vorliegenden Angebote dieser Firma (inklusive angebotener Optionen) und auch alle eingeholten Vergleichsangebote über dem Schwellenwert für Direktvergaben lagen.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



die Dienstanweisungen zur Berechnung des Auftragswerts keine praxisrelevanten Beispiele enthielten.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, die internen Dienstanweisungen anzupassen, eine korrekte Berechnung des Auftragswerts sicherzustellen und bei Beschaffungsvolumina über dem Schwellenwert für Direktvergaben ein dem Bundesvergabegesetz entsprechendes Verfahren durchzuführen.

84.3

(1) Laut Stellungnahme der AUVA achte sie auf die Ermittlung des Auftragswerts und die Wahl des Vergabeverfahrens. Die Produktgruppen, die – aus Ressourcen- gründen – noch keiner Ausschreibung unterzogen worden seien, arbeite sie sukzessive ab.

(2) Die PVA teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Berechnung bzw. Ermittlung des geschätzten Auftragswerts in ihrer Dienstanweisung durch den Hinweis auf §§ 13 ff. BVergG 2006 geregelt sei, sodass eine korrekte Auftragswertberechnung durch die Anwenderinnen und Anwender sichergestellt sei. Die Beschaffungsstellen der Hauptstelle würden laufend die Rechts- bzw. Judikaturentwicklung beobachten, um auf eine eventuell notwendige Anpassung der Vergabepaxis rasch reagieren zu können. Laut Dienstanweisung sei bei Unklarheiten im Zusammenhang mit der Berechnung des geschätzten Auftragswerts mit der zuständigen Beschaffungsstelle der Hauptstelle Kontakt aufzunehmen.

84.4

Der RH hielt gegenüber der PVA den Verweis auf gesetzliche Bestimmungen zur Sicherstellung der korrekten Berechnung alleine nicht für ausreichend. Er verwies auf die Empfehlung der Innenrevision der PVA, Praxisbeispiele zur Verfügung zu stellen (siehe auch [T2 91](#)). Er erinnerte weiters daran, dass seine Empfehlung nicht nur die Formulierung der Dienstanweisungen, sondern auch die konkrete Sicherstellung der korrekten Berechnung der Auftragswerte und die daraus resultierende Wahl des entsprechenden Vergabeverfahrens betraf.

Einholung und Dokumentation von Vergleichsangeboten

85.1

(1) Bei der AUVA waren in zwei vom RH überprüften Fällen keine bzw. erst im Nachhinein Vergleichsangebote eingeholt worden. In einem weiteren Fall lagen unplausible Vergleichsangebote zur Qualität der Leistung vor.

(2) In der PVA kritisierte die Innenrevision bei den Vergaben von Beraterdienstleistungen, dass keine Vergleichsangebote vorlagen, dass die Bieter zum Teil Vergleichsangebote nicht unterfertigt hatten bzw. dass sie zur Angebotslegung mündlich, aber nicht schriftlich eingeladen worden waren. Somit war nicht nachvollziehbar,

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



ob alle Bieter dieselbe Ausgangsbasis für ihre Angebotslegung hatten und ein fairer Wettbewerb gewährleistet worden war.

(3) Bei der BVA ergaben sich aus den vom RH untersuchten Beispielfällen keine Feststellungen zur Einholung von Vergleichsangeboten.

85.2

Der RH kritisierte, dass die vorgesehene Angebotseinholung vor Auftragserteilung nicht immer erfolgte.

Er empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, ihre internen Vorgaben zur Einholung von Vergleichsangeboten bei Direktvergaben einzuhalten, die Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der eingeholten Vergleichsangebote sicherzustellen und diesen Prozessschritt verstärkt zu kontrollieren.

85.3

(1) Die AUVA sagte in ihrer Stellungnahme zu, in Zukunft noch stärkeres Augenmerk auf Dokumentation und Nachvollziehbarkeit zu legen.

(2) Die PVA verwies in ihrer Stellungnahme auf die Einführung bzw. Weiterentwicklung der vollelektronischen Beschaffungsplattform VEMAP. Damit sollten künftig eine automationsunterstützte und lückenlose Dokumentation und Nachvollziehbarkeit nicht nur der eingeholten Vergleichsangebote, sondern des gesamten Beschaffungsprozesses ermöglicht werden.

Prüfung der Zuverlässigkeit der Lieferanten

86.1

(1) Gemäß Bundesvergabegesetz durften Leistungen nur von befugten, leistungsfähigen und zuverlässigen Unternehmen bezogen werden.

(2) Die AUVA hatte in der Hauptstelle für Beschaffungen der Abteilung HBE eigene Lieferantenstammakten angelegt und dort die Prüfung von Befugnis, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit dokumentiert. Allerdings waren diese Informationen nicht für alle beschaffenden Organisationseinheiten, z.B. die Eigenen Einrichtungen, zugänglich.

(3) Die BVA und die PVA legten bei Direktvergaben keine Lieferantenstammakten an, Abfragen zur Zuverlässigkeit waren nicht dokumentiert. Bei der BVA erfolgte bei Direktvergaben eine Bonitätsprüfung bzw. Prüfung der Zuverlässigkeit und Eignung der Bieter individuell nach Bedarf.¹²¹ Die PVA führte laut eigenen Angaben Abfragen für Stammlieferanten durch.

¹²¹ Das Firmenprofil wurde bei Bedarf über den Auftragnehmerkataster (ANKÖ) abgefragt.

Bericht des Rechnungshofes

Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung



(4) Bei Ausschreibungen im Sinne des Bundesvergabegesetzes kontrollierten alle drei überprüften Sozialversicherungsträger die Einhaltung der gesetzlichen Auflagen, insbesondere gemäß dem Ausländerbeschäftigungsrecht, dem Arbeitsschutz-, Steuer- und Sozialabgabenrecht.¹²²

86.2

Der RH kritisierte, dass die BVA und die PVA bei Direktvergaben keine Prüfung von Befugnis, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit dokumentiert hatten. Die AUVA führte diese Überprüfungen durch. Da aber die Dokumentation in der Hauptstelle erfolgte und auch Eigene Einrichtungen Beschaffungen vornahmen, waren sie nicht durchgängig verfügbar.

Der RH empfahl der AUVA, der BVA und der PVA, sich auch bei Direktvergaben zu vergewissern, dass Befugnis, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit der Auftragnehmenden vorliegen, dass ihre Lieferanten die gesetzlichen Auflagen erfüllen, insbesondere Sozialabgaben abführen und den sozial- und arbeitsrechtlichen Schutz für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewährleisten. Die Ergebnisse dieser Überprüfung sollten für alle beschaffenden Stellen eines Sozialversicherungsträgers zugänglich dokumentiert werden.

86.3

(1) Laut Stellungnahme der AUVA führe sie gerade ein Lieferantenmanagementtool ein. In diesem würden alle Unterlagen zur Befugnis, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit der Lieferanten abgespeichert und es sei trägerweit für berechnigte Personen einsehbar.

(2) Die PVA gab in ihrer Stellungnahme an, bei der derzeit laufenden Befüllung des elektronischen Beschaffungssystems VEMAP regelmäßig Abfragen im Hinblick auf die Zuverlässigkeit, Befugnis und Leistungsfähigkeit der Lieferanten durchzuführen. Es sei auch in den Allgemeinen Vertragsbedingungen der PVA normiert, die sich aus den Übereinkommen der Internationalen Arbeitsorganisation ergebenden Verpflichtungen und die geltenden arbeits- und sozialrechtlichen Vorschriften genauestens einzuhalten.

Handlungsbefugnis gemäß interner Kompetenzregelung

87.1

(1) Bei der AUVA war in einem Beispielsfall die Handlungsbefugnis eines Verwaltungsleiters eines UKH bei der Beschaffung von Anti-Decubitus Systemen unklar (siehe **TZ 84**).

(2) Bei der PVA stellte die Innenrevision fest, dass in einigen Fällen die festgelegte Handlungsbefugnis nicht eingehalten worden war: So hatte es befugniswidrige Beschaf-

¹²² Darüber hinaus erfolgten laut PVA auch Auswertungen der wöchentlichen Rundschreiben des Kreditschutzverbandes zu den Bonitäten von Unternehmen.