

Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug

Verschreibung von Substitutionsmitteln

42.1 Die einzelnen Justizanstalten berichteten halbjährlich über die Anzahl der Substituierten unter Angabe der zum Einsatz kommenden Substitutionsmedikamente. Mit Stand 1. Oktober 2010 unterzogen sich 881 Häftlinge einer Substitutionsbehandlung. Dies entsprach einem Anteil von 10,5 % der Häftlinge im Bundesgebiet.

Neben dem Mittel Methadon, das in flüssiger Darreichungsform ausgegeben wurde, kamen auch Substitutionsmedikamente in fester Darreichungsform, wie etwa Kapseln, zur Anwendung.

Die nachstehende Statistik zeigt, in welchem Verhältnis die ausgewählten Substitutionsmedikamente verschrieben wurden:

Tabelle 12: Verschreibung von Substitutionsmedikamenten		
	Anzahl	in %
Gesamtanzahl der Substituierten¹	881	100,0
<i>davon substituiert mit</i>		
<i>Methadon</i>	407	46,2
<i>Substitol</i>	270	30,7
<i>Mundidol</i>	9	1,0
<i>Kombination Mundidol und Substitol</i>	16	1,8
<i>Subutex</i>	39	4,4
<i>Suboxone</i>	115	13,1
<i>Compensan</i>	10	1,1
<i>Codidol</i>	14	1,6
<i>anderen Mitteln</i>	1	0,1

¹ Stand 1. Oktober 2010

Quellen: BMJ, RH

Ein Vergleich zwischen den Justizanstalten ergab, dass Methadon in unterschiedlichem Ausmaß verschrieben wurde. In den Justizanstalten Feldkirch, Garsten, Graz-Karlau und Sonnberg wurde mehr als 70 % der zu substituierenden Häftlingen Methadon verschrieben. Hingegen wurde in den Justizanstalten Krems, Leoben, Linz, Salzburg, St. Pölten und Wien-Josefstadt an mindestens die Hälfte der zu Substituierenden Substitol ausgegeben.



Medikamente

Bei ausschließlich wirtschaftlicher Betrachtung errechnete der RH bei einer ausschließlichen Verwendung von Methadon als Substitutionsmittel und Dosierung über Automaten ein jährliches Einsparungspotenzial in Höhe von 750.000 EUR.

Außerdem sind Substitutionsmedikamente in fester Darreichungsform – im Gegensatz zu dem flüssigen Substitutionsmedikament Methadon – eher zum Handel unter Häftlingen geeignet und können somit leichter missbräuchlich verwendet werden.

- 42.2** Der RH stellte fest, dass die Auswahl des Substitutionsmittels nicht bundesweit abgestimmt wurde.

Er empfahl dem BMJ, die praktizierte Auswahl an Substitutionsmedikamenten einer vertieften Untersuchung zu unterziehen. Nach Ansicht des RH wäre vom BMJ – wenn medizinisch vertretbar – eine bundesweit einheitliche Auswahl unter Beachtung möglicher Missbrauchsformen und Nutzung von Einsparungspotenzialen anzustreben.

- 42.3** Laut *Stellungnahme des BMJ* sei der im Projekt bestellte Chefarzt schon jetzt in die erstmalige Verschreibung von Substitutionsmitteln (Ausnahme Methadon) eingebunden. Eine Arbeitsgruppe, die sich mit der Entwöhnungsbehandlung von Strafgefangenen beschäftigt, sei eingerichtet worden. Ferner werde eine Kooperation mit führenden Drogentherapieeinrichtungen angestrebt.

Auch die bundesweit einheitliche Auswahl der Substitutionsmittel werde von der oben genannten Arbeitsgruppe geprüft werden. Eine unmittelbare Einflussnahme auf die Wahl der Behandlung durch den behandelnden Arzt scheine allerdings nicht möglich.

Medikamentenverwaltung

Allgemeines

- 43** In jeder Justizanstalt war ein Medikamentendepot eingerichtet. Mittel zur Durchführung von Substitutionstherapien wurden in eigenen Suchtgiftschränken aufbewahrt.

Verwaltung der Medikamentendepots

- 44.1** Zur Verwaltung der Medikamentendepots setzten die Justizanstalten Apothekerprogramme bzw. von Justizwachebeamten selbst erstellte Dokumentationsprogramme ein. Die zuständigen Mitarbeiter vermerkten für jedes Medikament den Ein- bzw. Ausgang je Verpackungsein-



Medikamente

Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug

heit, überprüften den geführten Lagerbestand regelmäßig und korrigierten im Falle einer Abweichung den Lagerbestand.

Die Programme gaben lediglich Auskunft über den aktuellen mengenmäßigen Lagerbestand des jeweiligen Medikaments. Mit den vorhandenen Programmen konnte weder überprüft werden, ob der Einkauf mit den Verschreibungen korrelierte, noch war ein allfälliger Schwund dokumentiert.

Der RH kontrollierte in den Justizanstalten Graz-Karlau, Hirtenberg, Korneuburg, Stein und Wien-Josefstadt stichprobenartig die Übereinstimmung des Istbestands mit dem Sollbestand ausgewählter Medikamente im Medikamentendepot. Bis auf die Justizanstalt Graz-Karlau, wo ein geringfügiger Mehrbestand festgestellt wurde, entsprach der dokumentierte Sollbestand dem Istbestand im jeweiligen Medikamentendepot.

44.2 Der RH kritisierte, dass Abweichungen zwischen dem Istbestand und dem Sollbestand, welche im Zuge von Kontrollzählungen ermittelt wurden, nicht dokumentiert wurden. Er bemängelte weiters das Fehlen einer einheitlichen Software zur Verwaltung der Medikamentendepots für alle Justizanstalten.

Der RH empfahl dem BMJ unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten die Einführung einer bundesweit einheitlichen Software zur Verwaltung der Medikamentendepots, die auch Inventuren unter Ermittlung und Dokumentation allfälliger Differenzen ermöglicht.

44.3 *Laut Stellungnahme des BMJ werde ab 1. Jänner 2012 ein Programm zur Medikamentenverwaltung ausgerollt. Dadurch sollten Lagervorgänge einheitlich und strukturiert erfasst werden und auch eine zentrale Auswertbarkeit auf verschiedenen Ebenen ermöglicht werden.*

Verwaltung der Substitutionsmedikamente

45.1 Laut Aufzeichnungen der Vollzugsdirektion wurden mit Stand 1. Oktober 2010 in 25 Justizanstalten Substitutionstherapien durchgeführt. Die dafür benötigten Mittel wurden in Suchtgiftschränken gelagert. Die Anlieferungen und Ausgaben wurden in sog. Suchtgiftbüchern eingetragen. Zusätzlich wurde die Ausgabe jeder einzelnen Dosis in Ausgabelisten nachvollziehbar dokumentiert.



Der RH kontrollierte in den Justizanstalten Graz-Karlau, Hirtenberg, Korneuburg, Stein und Wien-Josefstadt stichprobenartig die Übereinstimmung des Istbestands mit dem Sollbestand an Medikamenten zur Substitutionstherapie in den Suchtgiftschränken. Die Überprüfung ergab keine Beanstandungen.

- 45.2 Der RH bewertete das System zur Dokumentation des Einkaufs und der Ausgabe von Substitutionsmedikamenten als zweckmäßig. Er stellte anlässlich der stichprobenartigen Überprüfung fest, dass der Verbrauch in den überprüften Fällen lückenlos dokumentiert worden war.

Maßnahmen des BMJ zur Kosteneindämmung

Projekt zur Struktur und Kostenentwicklung der medizinischen Versorgung

- 46 Das Regierungsprogramm 2008 – 2013 enthält im Kapitel Strafrecht und Strafprozessrecht die Zielsetzung, nach Wegen zu einer Senkung der Gesundheitskosten im Strafvollzug zu suchen.

Unabhängig davon hatte das BMJ bereits im Jahr 2008 ein Projekt „Struktur und Kostenentwicklung der medizinischen Versorgung im Straf- und Maßnahmenvollzug“ durchgeführt. Darin wurden die Kostenentwicklungen analysiert und Optionen zur künftigen Reduktion der Kosten erarbeitet. Ein abschließender Projektbericht lag im November 2008 vor.

Die erarbeiteten Vorschläge bezogen sich – aufgrund des Kostenvolumens und des vorhandenen Einsparungspotenzials – im Wesentlichen auf den Bereich der Unterbringung im Maßnahmenvollzug. Als vordringliche Maßnahme sah das BMJ die Erweiterung der justizeigenen Kapazitäten für die Unterbringung zurechnungsunfähiger geistig abnormer Rechtsbrecher. Das dafür erforderliche medizinische und pflegerische Personal sollte durch die neu zu schaffende Justizbetreuungsagentur zur Verfügung gestellt werden. Weitere Überlegungen betrafen die Einbeziehung der Häftlinge in das Krankenversicherungssystem.

Das BMJ hatte im Projektergebnis weiters festgehalten, dass die interne medizinische Versorgung im Wesentlichen adäquat, effizient und kostengünstig strukturiert sei. Verbesserungen und Einsparungen (z.B. bei Personaleinsatz sowie Beschaffung und Verbrauch von Arzneimitteln) wären allerdings noch durch ein zentrales und permanentes Controlling möglich. In der Folge stellte das BMJ Überlegungen zur Errichtung eines Chefärztlichen Systems an.



Der Vorschlag zur Erweiterung der justizeigenen Kapazitäten im Maßnahmenvollzug wurde in der Folge – mit der Errichtung des Forensischen Zentrums Asten – umgesetzt (siehe TZ 20 und 21). Eine Einbeziehung der Häftlinge in das Krankenversicherungssystem erfolgte hingegen nicht (siehe TZ 16).

**Einrichtung eines
Chefärztlichen Dienstes**

47.1 Während die Justizanstalten nach den Vorgaben der Vollzugsordnung über einen Anstalsarzt verfügen mussten, war die Einrichtung eines Chefärztlichen Dienstes für den Straf- und Maßnahmenvollzug rechtlich nicht zwingend vorgesehen. Im Gegensatz zu zivilen Einrichtungen verfügte die Vollzugsverwaltung daher über keinen zentralen Ärztlichen Dienst, der Fachaufsicht und Controlling über die ärztliche Tätigkeit in den Justizanstalten hätte ausüben können.

Anlässlich der Geburungsüberprüfung „Maßnahmenvollzug für geistig abnorme Rechtsbrecher“ (Bericht des RH, Reihe Bund 2010/11, TZ 34) hatte der RH empfohlen, in der Vollzugsdirektion personelle Kompetenzen für den ärztlichen und psychologischen Bereich aufzubauen, um die Fachaufsicht besser ausüben zu können.

Im Sinne der Empfehlung des RH entschied sich die Vollzugsdirektion dazu, den Aufbau eines eigenen „Chefärztlichen Dienstes“ für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Aufgabenwahrnehmung im Bereich der medizinischen Versorgung der Häftlinge zu prüfen. Die Überlegungen der Vollzugsdirektion ließen ein umfassendes Tätigkeitsfeld für einen Chefarzt erkennen.

Im Juli 2010 entschied die Vollzugsdirektion, eine externe Expertise einzuholen. Zu diesem Zweck beauftragte die Vollzugsdirektion die Justizbetreuungsagentur, mit einem ehemaligen Chefarzt der BVA einen Vertrag abzuschließen.

Der Beauftragte erstattete im Juli 2010 einen Zwischenbericht und im August 2010 einen Endbericht. Darin zeigte er umfassende Verbesserungspotenziale für die medizinische Versorgung im Straf- und Maßnahmenvollzug auf und erstattete konkrete Vorschläge (z.B. in den Bereichen Medikamentengebarung, IT-Unterstützung, Bezug zu Regeln und Standards der Sozialversicherung, Psychopharmaka, Drogensubstitution, Ausrüstungsstandards für die Ambulanzen der Justizanstalten, Ausführungen zu externen Ärzten, Personalsystem samt Honorierung, Qualifikation der Ärzte).



Maßnahmen des BMJ zur Kosteneindämmung

Als Voraussetzung für die Einrichtung eines chefärztlichen Systems hielt der Beauftragte insbesondere eine Verbesserung im Bereich der IT-Unterstützung (Dokumentation von Behandlung und Medikation) für unabdingbar. Er gelangte zur Auffassung, dass die Installierung eines Chefarztsystems dringend notwendig war, weil Kostenreduktionen und Qualitätssteigerungen im Bereich der Medikamentenverschreibung sowie bei Art und Umfang des eigenen medizinischen Leistungsangebots nur durch zentrale Steuerung erreicht werden konnten.

Im März 2011 beauftragte das BMJ den ehemaligen Chefarzt der BVA mit der Erbringung fachlicher und organisatorischer Beratungsleistungen beim konkreten Aufbau eines Chefärztlichen Dienstes sowie der Erprobung der in diesem Zusammenhang entwickelten Maßnahmen im Rahmen eines Pilotbetriebes in zumindest zwei Justizanstalten.

- 47.2** Der RH anerkannte die Maßnahmen des BMJ zum Aufbau einer personellen Kompetenz zum Zwecke der Wahrnehmung der Fachaufsicht und des Controllings über die ärztliche Tätigkeit in den Justizanstalten. Er empfahl dem BMJ, den Aufbau dieser personellen Kompetenz unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten zu verfolgen und dessen Verantwortlichkeiten im gesamten Straf- und Maßnahmenvollzug klar und eindeutig zu regeln.
- 47.3** *Laut Stellungnahme des BMJ stehe es der Empfehlung des RH positiv gegenüber. Bereits im Rahmen des Projekts „IVV-Ärztepaket“ sei projektbezogen ein Chefarzt etabliert worden. Die dabei gewonnenen Erfahrungen würden in die Maßnahmen zur Schaffung einer organisatorisch klar definierten Chefarztstellung einfließen. Bereits die projektbezogene Einführung habe sich in der Steuerung der Medikation und der Fachaufsicht über Ärzte und Gesundheitspersonal bewährt.*

IT-Unterstützung in der medizinischen Versorgung

- 48.1** Das BMJ plante bereits seit mehreren Jahren eine Erweiterung der IT-unterstützten Insassenverwaltung (Integrierte Vollzugsverwaltung – IVV) auf den medizinischen Bereich.

Für die Dokumentation der verschriebenen Medikamente und der Dosierung stand ein IT-unterstütztes System (IVV-Medikation) zur Verfügung. Dies ermöglichte einen bundesweiten Zugriff auf die Daten für Controllingzwecke und erleichterte im Falle einer Überstellung des Häftlings in eine andere Justizanstalt die rechtzeitige Bereitstellung der Medikamente.

Die Vollzugsdirektion ordnete im November 2010 die Inbetriebnahme der IVV-Medikation an. Es fehlten allerdings noch wesentliche Funkti-



onalitäten (insbesondere Preisinformationen) und eine flächendeckende Umsetzung. Der RH stellte anlässlich seiner Erhebungen in den ausgewählten Justizanstalten fest, dass die IVV-Medikation bspw. in der Justizanstalt Wien-Josefstadt, die über eine eigene Sonderkrankenanstalt verfügte, im April 2011 noch nicht im Einsatz war.

Anfang 2011 startete das BMJ die Umsetzung des Projekts „Ärztepaket“ zur umfassenden Dokumentation der medizinischen Leistungen in der IVV. Damit sollten künftig auch Informationen hinsichtlich der internen ärztlichen Leistungserbringung und den Zukauf externer medizinischer Leistungen IT-mäßig erfasst werden. Der Zeitplan sah den Projektabschluss und die vollständige Implementierung des Ärztepakets in der IVV für Anfang des Jahres 2012 vor.

- 48.2 Der RH empfahl dem BMJ, die IT-Unterstützung im Sinne des bereits erstellten Projekt- und Zeitplans konsequent umzusetzen, um für die Wahrnehmung zentraler Controllingaufgaben auf aussagekräftige Informationen zurückgreifen zu können.
- 48.3 *Laut Stellungnahme des BMJ werde an der Umsetzung des so genannten Ärztepakets in der integrierten Vollzugsverwaltung (IVV) mit Nachdruck gearbeitet. Die österreichweite Inbetriebnahme solle im Laufe des 1. Halbjahres 2012 erfolgen. Einzelne Daten für das Controlling könnten bereits jetzt aus der IVV abgerufen werden.*



Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

49 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen an das BMJ hervor:

- (1) Es sollte eine Kostenrechnung eingeführt werden, die eine unmittelbare, eindeutige und periodengerechte Ermittlung der effektiven Kosten der medizinischen Versorgung insgesamt und detailliert (gegliedert nach Justizanstalten und wesentlichen Leistungspositionen) ermöglicht. Darauf basierend sollten aussagekräftige Kennzahlen ermittelt und zeitliche sowie innerorganisatorische Vergleiche angestellt werden. (TZ 17)
- (2) Die IT-Unterstützung in der ärztlichen Versorgung wäre im Sinne des bereits erstellten Projekt- und Zeitplans konsequent umzusetzen, um für die Wahrnehmung zentraler Controllingaufgaben auf aussagekräftige Informationen zurückgreifen zu können. (TZ 48)
- (3) Der Aufbau einer personellen Kompetenz zum Zwecke der Wahrnehmung der Fachaufsicht und des Controllings wäre unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten zu verfolgen. Dessen Verantwortlichkeiten im gesamten Straf- und Maßnahmenvollzug wären klar und eindeutig zu regeln. (TZ 47)
- (4) Es wäre eine institutionalisierte laufende Kontrolle hinsichtlich der Notwendigkeit der Aufnahme von Häftlingen in öffentliche Krankenanstalten bzw. der Aufenthaltsdauer vorzusehen. (TZ 22)
- (5) Es wäre eine systematische Kontrolle vorzusehen, inwieweit Behandlungen von Häftlingen extern erfolgen müssen und welche Leistungen verstärkt von Anstaltsärzten im Rahmen ihrer dienstrechlichen oder vertraglichen Verpflichtung wahrzunehmen sind bzw. inwieweit externe Ärzte verstärkt Behandlungen in den Justizanstalten durchführen können. (TZ 23)
- (6) Das Controlling der Verschreibungspraxis von Medikamenten sollte zügig vorangetrieben werden. (TZ 41)
- (7) Auf Basis von Daten des im Aufbau befindlichen IT-Systems für die medizinische Versorgung wären die Gesamtausgaben für Medikamente einer vertieften Analyse zu unterziehen, um daraus Steuerungsmöglichkeiten für die Ausgaben abzuleiten. (TZ 27)
- (8) Bei der Beschaffung von Methadon wären Einsparungspotenziale zu prüfen. (TZ 40)



- (9) Die praktizierte Auswahl an Substitutionsmedikamenten wäre einer vertieften Untersuchung zu unterziehen. (TZ 42)
- (10) Es wäre – soweit medizinisch vertretbar – eine bundesweit einheitliche Auswahl von Substitutionsmitteln unter Beachtung möglicher Missbrauchsformen und Nutzung von Einsparungspotenzialen anzustreben. (TZ 42)
- (11) Die Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung in den Justizanstalten wären anhand entsprechender Kenndaten regelmäßig zu analysieren. Die Ergebnisse sollten als Basis für vertiefte Untersuchungen im Rahmen eines zentralen Controllings und zur Identifikation erforderlicher Maßnahmen herangezogen werden. (TZ 30)
- (12) Im Zuge der Verhandlungen der Bund-Länder-Vereinbarung für den Zeitraum nach 2013 wäre neuerlich eine Initiative zur Anpassung der Pauschalvergütung der Länder zu setzen. Damit sollte das ursprüngliche Ziel – Abgeltung der Mehrausgaben wegen der Anwendung des Privatpatiententarifs für die stationäre Behandlung von Häftlingen in öffentlichen Krankenanstalten – so weit wie möglich erreicht werden. (TZ 15)
- (13) Es wäre abschließend zu klären, ob die Zuteilung von Häftlingen an einen Sozialversicherungsträger – wie dies bereits zur fortgesetzten Behandlung entlassener Häftlinge nach Arbeitsunfällen gesetzlich vorgesehen war – auch auf andere Fälle (z.B. bei längeren Krankenhausaufenthalten) erweitert werden kann. (TZ 16)
- (14) Es sollten verstärkt Maßnahmen zur Stabilisierung der Anzahl der im Maßnahmenvollzug Untergebrachten gesetzt werden (z.B. vertiefte Analyse der Ursachen für die Steigerung, gezielte Behandlung der Insassen, bedarfsorientierte und ausreichende Strukturen für die Nachbetreuung). (TZ 21)
- (15) In Anbetracht der kontinuierlich steigenden Anzahl geistig abnormer Rechtsbrecher wären rechtzeitig Planungen für eine weitere Ausweitung der justizeigenen Unterbringungskapazitäten vorzunehmen. (TZ 21)
- (16) Es wären Verhandlungen mit dem Landesklinikum Krems aufzunehmen, um eine kostengünstigere Lösung für die geschlossene Abteilung zu erreichen. (TZ 10)
- (17) Es wäre zu prüfen, ob das Heeresspital auch für stationär aufzunehmende Häftlinge genutzt werden könnte. (TZ 12)



Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen

- (18) Es wären für den Ärztlichen Dienst und den Pflegedienst Konzepte für die Personalbemessung auszuarbeiten, um den bundesweiten Bedarf nach einheitlichen Kriterien ermitteln zu können. (TZ 32)
- (19) Es wäre in Kooperation mit der Justizbetreuungsagentur ein Modell zu erarbeiten, um die mit der Errichtung der Justizbetreuungsagentur beabsichtigten Effekte einer Flexibilisierung und Vergünstigung der Kosten des Personaleinsatzes zu erreichen. (TZ 37)
- (20) Auf eine Vereinheitlichung der Beschäftigungsverhältnisse der Ärzte unter Berücksichtigung sachlich erforderlicher Differenzierungen wäre hinzuwirken. (TZ 33)
- (21) In Zusammenarbeit mit dem BKA wäre – in Anlehnung an die Regelungen für Militärärzte – ein einheitliches Entlohnungsschema für Ärzte in der Vollzugsverwaltung auszuarbeiten. (TZ 34)
- (22) Vollzeitkräfte mit Führungsaufgaben im Betreuungsbereich wären von der Vollzugsdirektion anzustellen. (TZ 38)
- (23) Durchführungsregelungen zum Strafvollzugsgesetz, wie sie zur Zeit der Geburungsüberprüfung in der Vollzugsordnung enthalten waren, wären als Rechtsverordnung zu erlassen. (TZ 3)
- (24) Es wären klare rechtliche Grundlagen über Aufgaben und Befugnisse des Pflegepersonals zu schaffen. (TZ 7)
- (25) Die Vollzugsordnung wäre hinsichtlich der Zuständigkeiten im Zusammenhang mit der „Medikamentengebarung“ an die Regelungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes anzupassen. (TZ 6)
- (26) Es wäre umgehend für eine ausreichende Betriebsbewilligung der Sonderkrankenanstalt Wien-Josefstadt im Sinne der einschlägigen Bestimmungen des Wiener Krankenanstaltengesetzes zu sorgen. (TZ 9)
- (27) Unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten wäre eine bundesweit einheitliche Software zur Verwaltung der Medikamentendepots für alle Justizanstalten einzuführen, die auch Inventuren unter Ermittlung und Dokumentation allfälliger Differenzen ermöglicht. (TZ 44)



Bericht des Rechnungshofes

**Verfahrensdauer im zivilgerichtlichen Verfahren;
Follow-up-Überprüfung**





Inhalt

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	134
Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Justiz	
Verfahrensdauer im zivilgerichtlichen Verfahren; Follow-up-Überprüfung	
KURZFASSUNG	135
Prüfungsablauf und -gegenstand	141
Verfahrensbezogene Einflussfaktoren	141
Streitgegenstände (Verfahrensarten)	143
Beteiligung von Sachverständigen	145
Instrumente der Dienstaufsicht und Interne Kontrollmaßnahmen	146
Personal	150
Einfluss der organisatorischen Rahmenbedingungen	152
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen	154

Abkürzungen



Abkürzungsverzeichnis

BMJ	Bundesministerium für Justiz
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
etc.	et cetera
EUR	Euro
rd.	rund
RH	Rechnungshof
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
z.B.	zum Beispiel



BMJ

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Justiz

Verfahrensdauer im zivilgerichtlichen Verfahren; Follow-up-Überprüfung

Das BMJ setzte die Empfehlungen des RH zur Verfahrensdauer im zivilgerichtlichen Verfahren, die er im Jahr 2009 veröffentlicht hatte, rund zur Hälfte um.

Nicht umgesetzt hatte das BMJ die für eine Verbesserung des Gutachtenmanagements erforderliche obligatorische Erfassung der Beauftragung und Erledigung von Gutachten von Sachverständigen sowie die verstärkte Nutzung der Inneren Revision zur vertieften Ursachenanalyse. Weiterhin offen ist auch eine halbjährliche Vornahme der Registerauswertungen als Maßnahme zur Dienstaufsicht.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Follow-up-Überprüfung der Verfahrensdauer im zivilgerichtlichen Verfahren war es, die Umsetzung von Empfehlungen zu beurteilen, die der RH bei einer vorangegangenen Gebarungsüberprüfung abgegeben hatte. (TZ 1)

Verfahrensbezogene Einflussfaktoren

Die Empfehlung, durch eine straffe Verfahrensführung das Entstehen einer hohen Anzahl offener Verfahren bei einzelnen Gerichten bzw. Gerichtsabteilungen zu verhindern, setzte das BMJ durch die Verbesserung des Seminarangebots, das auf eine effizientere Arbeitsweise der Richter abzielte, teilweise um. (TZ 2)

Hinsichtlich der Maßnahmen zur Dienstaufsicht bestand noch Verbesserungspotenzial. Das BMJ initiierte Ende August 2010 das Projekt „Dienstaufsicht neu“. In drei Arbeitsgruppen wurden unterschiedliche Themenbereiche, bspw. Gefahrenfelder und Risikoanalyse sowie Management, Kennzahlen und Dokumentation behandelt. Ende Dezember 2010 lag ein erster Zwischenbericht vor. Im Herbst 2011 sollte ein Leitfaden zur Dienstaufsicht fertiggestellt werden. (TZ 2)

Kurzfassung

Weitere Maßnahmen für eine straffe Überwachung der Verfahrensdauer sowie des Anhängigkeitsstands setzte das BMJ nicht. (TZ 2)

Streitgegenstände (Verfahrensarten)

Die Empfehlung, einen besonderen Schwerpunkt auf die optimierte Abwicklung der Verfahrensarten mit besonders langer durchschnittlicher Verfahrensdauer zu legen, setzte das BMJ teilweise um. Das BMJ erhöhte im Bereich Organisation, Aufgabenerfüllung und Qualitätsmanagement ausgehend von 34 Seminaren im Fortbildungszeitraum 2007/2008 die Anzahl der Seminare. So bot es zu den Themenkreisen Prozessökonomie und Verhandlungsführung, Arbeitstechnik und Zeitmanagement, Sachverständige und Gericht sowie Parteienbehandlung im Fortbildungszeitraum 2009/2010 49 und im Fortbildungszeitraum 2010/2011 46 unterschiedliche Seminare an. (TZ 2, 3)

Im Fortbildungszeitraum 2010/2011 boten die Oberlandesgerichte Innsbruck und Wien jeweils ein Seminar zum Thema „Der Verkehrsunfall – technische und rechtliche Lösungen“ an. Darüber hinausgehende Schwerpunkte, wie bspw. eine detaillierte Ursachenanalyse im Rahmen einer Überprüfung durch die Innere Revision (siehe TZ 7), setzte das BMJ nicht. (TZ 2, 3)

Beteiligung von Sachverständigen

Das BMJ setzte die Empfehlung, Vorgaben für die obligatorische Erfassung der Beauftragung und Erledigung von Gutachten in der Verfahrensautomation Justiz festzulegen und eine entsprechende Auswertbarkeit sicherzustellen sowie die jeweiligen Sachverständigenurgenzen im System festzuhalten, nicht um. (TZ 4)

Systematische Feststellungen zur Pflichterfüllung durch Sachverständige und bessere Grundlagen für die Beurteilung von Sachverständigen hinsichtlich Erledigungsdauer und Termintreue waren daher weiterhin nicht möglich. (TZ 4)

Instrumente der Dienstaufsicht und Interne Kontrollmaßnahmen

Periodische Kontrollberichte

Das BMJ setzte die Empfehlung, im Hinblick auf den hohen manuellen Bearbeitungsaufwand, den Gerichten die Daten der periodischen Kontrolllisten auch aggregiert bzw. in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen, teilweise um. (TZ 5)



Kurzfassung



Verfahrensdauer im zivilgerichtlichen Verfahren; Follow-up-Überprüfung

Die Kurzstatistik Zivil ist seit Juli 2009 im Intranet des BMJ in der Statistikdatenbank elektronisch abrufbar. Auswertungen sind für berechtigte Benutzer nach vordefinierten Parametern möglich. Die Prüfliste stand elektronisch noch nicht zur Verfügung. (TZ 5)

Jährliche Registerauswertung

Die Empfehlung, im Hinblick auf eine höhere Wirksamkeit die Registerauswertungen künftig halbjährlich vorzunehmen, setzte das BMJ nicht um. Das BMJ nahm seit der letzten Gebarungsüberprüfung die Registerauswertungen für überlange Verfahren und mehr als zweimonatige Urteilsrückstände weiterhin nur einmal jährlich zum Stichtag 1. Oktober vor. (TZ 6)

Die vom BMJ ausgewerteten Stichtagsberichte zum 1. Oktober der Sprengel der Oberlandesgerichte Wien und Graz der Jahre 2008 bis 2010 zeigten u.a., dass bei zwei Gerichten in mehreren Verfahren Urteilsrückstände von über sechs bis 16 Monaten bestanden. In einem Einzelfall lag der Urteilsrückstand bei 22 Monaten. (TZ 6)

Innere Revision

Die Empfehlung, die Innere Revision künftig verstärkt zu nutzen, weil diese im Vergleich zu allgemeinen Kontrolllisten vertiefte Ursachenanalysen ermögliche, setzte das BMJ nicht um. Das BMJ setzte in den Revisionsplänen der Jahre 2009, 2010 und 2011 keine Prüfungsschwerpunkte in Bezug auf die Verfahrensdauer. (TZ 7)

Personal

Personalanforderungsrechnung

Das BMJ setzte die Empfehlung, bei der Erstellung der neuen Personalanforderungsrechnung II darauf zu achten, dass die Erhebung aussagekräftige und realitätsnahe Werte ermittelt, um. Das BMJ beauftragte ein Unternehmen mit der Entwicklung einer neuen Personalanforderungsrechnung für Richter und Staatsanwälte. Das Unternehmen legte dem BMJ im Dezember 2009 sein Gutachten vor. (TZ 8)



Kurzfassung

In einem Zeitraum von sechs Monaten erobt das Unternehmen an 30 Bezirks- und elf Landes- bzw. Spezialgerichten (z.B. Handelsgericht Wien) sowie fünf Staatsanwaltschaften durch Selbstaufschreibung von Richtern und Staatsanwälten ihre Bearbeitungszeiten. Es unterzog die erhobenen Daten einer Plausibilitätsprüfung und bezog wegen markant abweichender Messergebnisse je ein Bezirks- und ein Landesgericht nicht in die Auswertung ein. Auf Grundlage der Bearbeitungszeiten und bearbeiteten Mengen im Erhebungszeitraum berechnete das Unternehmen Basiszahlen (durchschnittliche Bearbeitungszeit pro Verfahren eines bestimmten Verfahrenstyps). (TZ 8)

Fortbildung

Das BMJ setzte die Empfehlung, die Dichte der von Präsidien der Oberlandesgerichte veranstalteten Justizmanagement-Lehrgänge zu intensivieren, um. Von den insgesamt fünf Lehrgängen begannen zwei noch vor dem Ende des jeweils vorangehenden Lehrgangs. Dadurch verkürzten sich die Intervalle zwischen den Lehrgängen und es konnten daher insgesamt mehr Interessenten an den Justizmanagement-Lehrgängen teilnehmen. Das BMJ führte bisher keine Bedarfserhebung durch. (TZ 9)

Einfluss der organisatorischen Rahmenbedingungen

Servicecenter

Das BMJ setzte die Empfehlung, die Einrichtung weiterer Servicecenter voranzutreiben, wobei der Schwerpunkt auf gemeinsamen Bezirksgerichts- und Landesgerichts-Standorten liegen sollte, um. Das Landesgericht und das Bezirksgericht Leoben eröffneten im Jahr 2009 ein gemeinsames Servicecenter. Darüber hinaus richtete das BMJ weitere Servicecenter ein. (TZ 10)

Schreibgutverwaltung

Das BMJ setzte die Empfehlung, eine weitere Verstärkung des Einsatzes des Modells eigener Schreibkräfte vor allem im Bereich des Oberlandesgerichts Wien vorzunehmen, um. (TZ 11)

Das BMJ ermöglichte seit März 2009 Justizbediensteten mit vorübergehend herabgesetzter regelmäßiger Wochendienstzeit oder vorübergehender Teilzeitbeschäftigung, außerhalb der Dienstzeit und neben dem bestehenden Dienstverhältnis Schreibleistungen zu erbringen. Im August 2010 weitete das BMJ diese Möglichkeit auf von Beginn



Kurzfassung



Verfahrensdauer im zivilgerichtlichen Verfahren; Follow-up-Überprüfung

an Teilzeitbeschäftigte und im Februar 2011 auf im Ruhestand befindliche Beamte und ehemalige Vertragsbedienstete aus. (TZ 11)

Die Anzahl der Schreibkräfte stieg im Bereich des Oberlandesgerichts Wien von 87 (38 karenzierte Bedienstete, 49 Vollzeitkräfte) im Oktober 2008 auf 103 (19 karenzierte Bedienstete, 55 Vollzeit- und 29 Teilzeitkräfte) im Juli 2011. Bundesweit waren im Juli 2011 197 Heimschreibkräfte tätig. (TZ 11)

Die durchschnittliche monatliche Schreibleistung stieg im Bereich des Oberlandesgerichts Wien von 14.668 Seiten im Jahr 2008 um rd. 18 % auf 17.187 Seiten im Jahr 2009 bzw. um 20 % auf 17.608 Seiten im Jahr 2010. Im gleichen Zeitraum sanken die Ausgaben für Schreibleistungen von Fremdfirmen von rd. 360.000 EUR auf rd. 51.000 EUR bzw. 26.000 EUR. Eine Auswertung der für eigene Schreibleistung getätigten Ausgaben konnte das BMJ nicht vorlegen. (TZ 11)



Kenndaten zur Verfahrensdauer zivilgerichtlicher Verfahren

Gerichte mit Zuständigkeit in Zivilrechtssachen

Sprengel	Landesgerichte ¹		Bezirksgerichte	
			Anzahl	
Oberlandesgericht Wien	7			52
Oberlandesgericht Graz	3			33
Oberlandesgericht Linz	5			37
Oberlandesgericht Innsbruck	2			19
Österreich gesamt	17			141

Streitige zivilgerichtliche Verfahren in erster Instanz:

Bezirksgerichte	2007	2008	2009	2010	Veränderung
					2007 bis 2010
abgeschlossene Verfahren	59.282	59.221	56.520	56.362	- 4,93
in Monaten					
durchschnittliche Verfahrensdauer	8,6	8,5	8,6	8,7	1,16

Landesgerichte	Anzahl				
	2007	2008	2009	2010	
abgeschlossene Verfahren	12.571	12.466	12.490	14.883	18,39
in Monaten					
durchschnittliche Verfahrensdauer	16,3	16,8	16,3	15,3	- 6,13

Richtereinsatz (jahresbezogene Verwendungsdaten):

Bezirksgerichte	2007	2008	2009	2010	Veränderung
					2007 bis 2010
Richtereinsatz gesamt	700,61	695,57	695,50	691,21	- 1,34
davon für zivilgerichtliche Verfahren	324,32	323,46	326,73	324,96	0,20
Landesgerichte					
Richtereinsatz gesamt	726,59	697,45	696,34	693,18	- 4,60
davon für zivilgerichtliche Verfahren	138,40	135,68	139,22	145,45	5,09

¹ 16 Landesgerichte und das Handelsgericht Wien. Der RH verwendet im Prüfungsergebnis durchgängig den Begriff Landesgerichte.

² in Vollbeschäftigungäquivalenten



Verfahrensdauer im zivilgerichtlichen Verfahren; Follow-up-Überprüfung

Prüfungsablauf und –gegenstand

1 Der RH überprüfte im Juli 2011 beim BMJ die Umsetzung von Empfehlungen, die er bei einer vorangegangenen Gebarungsüberprüfung abgegeben hatte. Der in der Reihe Bund 2009/12 veröffentlichte Bericht wird in der Folge als Vorbericht bezeichnet.

Weiters hatte der RH zur Verstärkung der Wirkung seiner Empfehlungen deren Umsetzungsstand bei den überprüften Stellen nachgefragt. Das Ergebnis dieses Nachfrageverfahrens hatte er in seinem Bericht Reihe Bund 2010/14 veröffentlicht.

Zu dem im Oktober 2011 übermittelten Prüfungsergebnis nahm das BMJ im Jänner 2012 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerung im März 2012.

Verfahrensbezogene Einflussfaktoren

2.1 In seinem Vorbericht hatte der RH empfohlen, durch eine straffe Verfahrensführung das Entstehen einer hohen Anzahl offener Verfahren bei einzelnen Gerichten bzw. Gerichtsabteilungen zu verhindern.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMJ mitgeteilt, dass es den Organen der Justizverwaltung ein besonderes Anliegen sei, die vorhandenen Ressourcen effizient einzusetzen, wozu jedenfalls auch eine straffe Überwachung der Verfahrensdauer sowie des Anhängigkeitsstands einzelner Gerichtsabteilungen bzw. ganzer Gerichtseinheiten und Sprengel gehöre.

Eine straffe Verfahrensführung liege aber letztlich in der Ingerenz des einzelnen zuständigen Richters. Würden bei Amtsnachschaufen, Revisionen oder aufgrund der Auswertung der monatlichen Prüflisten oder der Berichte zum Stichtag 1. Oktober Auffälligkeiten festgestellt, so würden – soweit dies ohne Eingriff in die unabhängige Rechtsprechung möglich ist – Abhilfemaßnahmen gesetzt.

Die optimierte Abwicklung von Verfahren und insbesondere eine straffere richterliche Verhandlungsführung sei auch weiterhin durch gezielte Maßnahmen in der Aus- und Fortbildung gefördert worden. Das Fortbildungsangebot der Justiz umfasse im Fortbildungszeitraum 2009/2010 zahlreiche Veranstaltungen zu den Themenkreisen „Prozessökonomie und Verhandlungsführung“ sowie „Arbeitstechnik und Zeitmanagement“ (ca. 15 Seminare). Auch für den Zeitraum 2010/2011 würden wieder Veranstaltungen zu diesem Themenkreis angeboten werden.

Im Fortbildungszeitraum 2009/2010 seien die Seminare für Wiedereinsteiger auf Neuein- und Umsteiger ausgedehnt worden.



Verfahrensbezogene Einflussfaktoren

Der RH stellte nunmehr fest, dass die durchschnittliche Dauer streitiger Verfahren auf Ebene der Landesgerichte von 16,3 Monaten (2007) auf 15,3 Monate (2010) gesunken war (- 6,13 %); die durchschnittliche Verfahrensdauer auf Ebene der Bezirksgerichte hingegen stieg von 8,6 Monaten (2007) auf 8,7 Monate (2010) (+ 1,16 %).

Das BMJ erhöhte im Bereich der Organisation, Aufgabenerfüllung und Qualitätsmanagement ausgehend von 34 Seminaren im Fortbildungszeitraum 2007/2008 die Anzahl der Seminare. So bot es zu den Themenkreisen Prozessökonomie und Verhandlungsführung, Arbeitstechnik und Zeitmanagement, Sachverständige und Gericht sowie Parteienbehandlung im Fortbildungszeitraum 2009/2010 49 und im Fortbildungszeitraum 2010/2011 46 unterschiedliche Seminare an. Eine stichprobenartige Überprüfung der Teilnehmeranzahl für die Jahre 2009 bis Mitte 2011 ergab, dass die angebotenen Seminarplätze annähernd ausgeschöpft wurden.

Das BMJ initiierte Ende August 2010 das Projekt „Dienstaufsicht neu“. In drei Arbeitsgruppen wurden unterschiedliche Themenbereiche, bspw. Gefahrenfelder und Risikoanalyse sowie Management, Kennzahlen und Dokumentation behandelt. Ende Dezember 2010 lag ein erster Zwischenbericht vor. So überprüfte das BMJ in einer dieser Arbeitsgruppen bspw. die bestehenden Dienstaufsichtsinstrumente auf ihre grundsätzliche Eignung und auf Verbesserungsmöglichkeiten sowie die Struktur der Dienstaufsicht mit dem Ziel, diese effektiver zu gestalten. Im Herbst 2011 sollte ein Leitfaden zur Dienstaufsicht fertiggestellt werden.

Ein weiteres Ergebnis war der Vorschlag einer Unterarbeitsgruppe, zusätzliche Kennzahlen, wie Clearancerate¹, Rückstandsquote² und Erledigungsdauer³, elektronisch auf Dienststellenebene zur Verfügung zu stellen.

Weitere Maßnahmen für eine straffe Überwachung der Verfahrensdauer sowie des Anhängigkeitsstands, wie hspw. halbjährliche Registerauswertungen (siehe dazu TZ 6) oder die verstärkte Nutzung der Inneren Revision (siehe dazu TZ 7), setzte das BMJ nicht.

2.2 Das BMJ setzte die Empfehlung durch die Verbesserung des Seminarangebots, das auf eine effizientere Arbeitsweise der Richter abzielte, teilweise um. Hinsichtlich der Maßnahmen für eine straffe Überwachung der Verfahrensdauer sowie des Anhängigkeitsstands im Rahmen

¹ Verhältnis der erledigten zu den angefallenen Fällen

² Verhältnis der anhängig verbliebenen zu den anhängig übernommenen Fällen

³ Dauer des Verfahrens vom Erstanfall bis zur Erledigung



der Dienstaufsicht bestand noch Verbesserungspotenzial. Der RH hielt daher seine diesbezügliche Empfehlung aufrecht, durch eine straffe Verfahrensführung das Entstehen einer hohen Anzahl offener Verfahren bei einzelnen Gerichten bzw. Gerichtsabteilungen zu verhindern.

Er empfahl dem BMJ, die im Rahmen des Projekts „Dienstaufsicht neu“ vorgeschlagene Einführung von Kennzahlen (Clearancerate, Rückstandsquote und Erledigungsdauer) umzusetzen.

2.3 Laut Stellungnahme des BMJ werde eine straffe Verhandlungsführung durch gezielte Maßnahmen in der Aus- und Fortbildung gefördert. Das diesbezügliche Fortbildungsangebot umfasse in Summe ca. 15 Seminare. Weiters sei in Aussicht genommen, im Betrieblichen Informationssystem der Justiz neben der Dokumentation des Geschäftsanfalls auch die empfohlenen Kennzahlen, nämlich die Erledigungsdauer, die Clearancerate und die Rückstandsquote auszuweisen.

Das BMJ wies erneut darauf hin, dass die Verfahrensführung in den Kernbereich der unabhängigen Rechtsprechung falle, weshalb für die Organe der Justizverwaltung nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten der Einflussnahme beständen. Dort wo eine derartige Möglichkeit bestünde, würden die Instrumente der Dienstaufsicht zum Einsatz gelangen.

Streitgegenstände (Verfahrensarten)

3.1 Der RH hatte dem BMJ in seinem Vorbericht empfohlen, einen besonderen Schwerpunkt auf die optimierte Abwicklung von Verfahrensarten mit besonders langer durchschnittlicher Verfahrensdauer zu legen. Besonders hoch war die Verfahrensdauer insbesondere bei Schäden aus Verkehrsunfällen und bei allgemeinen Schadenersatz- und Gewährleistungsansprüchen. Diese lag zwischen 8 % und 27 % über dem Durchschnitt. Bei diesen Streitgegenständen war auch der Anteil an Verfahren mit Sachverständigenbezug besonders hoch (bspw. bei Schaden aus Verkehrsunfällen bei nahezu 90 %).

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMJ auf seine ursprüngliche Stellungnahme verwiesen, wonach die Verfahrensgestaltung eine genuin richterliche Aufgabe sei, die im Grenzbereich dessen liege, worauf die Justizverwaltung Einfluss nehmen könne.

Die Empfehlungen des RH seien aber insoweit umgesetzt, als die – auch in der Person des Richters begründete – straffe Verhandlungsführung, die optimierte Abwicklung der Verfahren und die rasche Urteilsausfertigung durch gezielte Maßnahmen in der Aus- und Fortbildung gefördert würden. Bereits im Fortbildungszeitraum 2008/2009 seien



Streitgegenstände (Verfahrensarten)

dazu Schwerpunkte gesetzt worden. Für den Zeitraum 2009/2010 sei ein weiterer Ausbau geplant.

Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ die Anzahl der Seminare erhöhte (siehe TZ 2). Im Fortbildungszeitraum 2010/2011 boten die Oberlandesgerichte Innsbruck und Wien jeweils ein Seminar zum Thema „Der Verkehrsunfall – technische und rechtliche Lösungen“ an. Darüber hinausgehende Schwerpunkte, wie bspw. eine detaillierte Ursachenanalyse im Rahmen einer Überprüfung durch die Innere Revision (siehe TZ 7), setzte das BMJ nicht.

3.2 Das BMJ setzte die Empfehlung durch eine verbesserte Fortbildung teilweise um. Der RH hielt seine Empfehlung daher weiterhin aufrecht, einen besonderen Schwerpunkt auf die optimierte Abwicklung der Verfahrensarten mit besonders langer durchschnittlicher Verfahrensdauer zu legen.

3.3 Das BMJ teilte in seiner Stellungnahme mit, dass ihm die Faktoren, die zu einer überdurchschnittlichen Verfahrensdauer führen, ohne dass der Grund dafür in der Arbeitsweise der Richter liegt, bekannt seien, wie z.B. die Beziehung von Sachverständigen. Die Ursachen für in manchen Bereichen längere Gutachtensdauern seien durch die Justizverwaltung kaum beeinflussbar, weil es etwa für gewisse Sachgebiete zu wenige Sachverständige gebe, was zu deren Überlastung führe. Nach Ansicht des BMJ reichten die vorhandenen Instrumentarien (Prüflisten etc.) aus, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und die entsprechenden Abhilfemaßnahmen setzen zu können.

Die Innenrevision widmete sich in einem wesentlichen Abschnitt jeder Gerichtsrevision der Verfahrensführung und der Verfahrensdauer. Dabei wurde besonderes Augenmerk auf die Untersuchung möglicher Ursachen von Verfahrensverzögerungen gelegt. Die Umstände, die zu Verfahrensverzögerungen geführt haben, würden in den jeweiligen Revisionsberichten umfassend dokumentiert. Eine zusätzliche Schwerpunktsetzung in diesem Bereich würde keine über den ohnehin schon umfassenden Prüfungsabschnitt bei den Regelrevisionen hinausgehenden Erkenntnisse liefern können.

3.4 Der RH entgegnete, dass Gerichtsrevisionen in längeren Abständen stattfinden und lediglich die Umstände eines Gerichts beleuchten. Die Empfehlung des RH zielt darauf ab, durch entsprechende Maßnahmen generell die Anzahl besonders langer Verfahren zu verringern.



BMJ

Verfahrensdauer im zivilgerichtlichen Verfahren; Follow-up-Überprüfung

Beteiligung von Sachverständigen

4.1 Verfahren mit Beteiligung von Sachverständigen wiesen eine rund doppelt so hohe Verfahrensdauer auf wie jene ohne deren Beteiligung. Der RH hatte dem BMJ in seinem Vorbericht empfohlen, Vorgaben für die obligatorische Erfassung der Beauftragung und Erledigung von Gutachten in der Verfahrensautomation Justiz festzulegen und eine entsprechende Auswertbarkeit sicherzustellen. Weiters hatte er empfohlen, auch die jeweiligen Sachverständigenurgenzen im System festzuhalten, um die Pflichterfüllung durch Sachverständige im Sinne der Zivilprozessordnung überwachen zu können.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMJ auf seine ursprüngliche Stellungnahme verwiesen. Demnach stoße die Empfehlung des RH, Vorgaben zur obligatorischen Erfassung der Beauftragung und Erledigung von Gutachten in der Verfahrensautomation Justiz festzulegen, in der Praxis auf Schwierigkeiten. An der Verbesserung des Gutachtenmanagements werde aber gearbeitet.

Hinsichtlich der Anregung, Urgenzen von Sachverständigengutachten in der Verfahrensautomation Justiz zu erfassen, sei laut Mitteilung des BMJ festzuhalten, dass in der Regel ein Aktenvermerk angelegt werde. Werde die Urgenz in Form einer Note aus der Verfahrensautomation Justiz erstellt, so sei diese dadurch dokumentiert.

Es sei auch zu bedenken, dass jede zusätzliche Eintragung in der Verfahrensautomation Justiz zu einem Mehraufwand für die Gerichtskanzlei führe. Schwerpunkt der Registerführung sei die Aufrechterhaltung des Gerichtsbetriebs; dass die Registerdaten auch statistische Auswertungen möglich machen, sei eine erstrebenswerte Folge.

Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ keine konkreten Maßnahmen zur Verbesserung des Gutachtenmanagements setzte. Das BMJ konnte daher weiterhin keine – über den Einzelfall hinausgehenden – Aussagen zur Erledigungsdauer von Gutachten und Termintreue von Sachverständigen treffen.

4.2 Das BMJ setzte die Empfehlung nicht um. Der RH hielt daher seine Empfehlung aufrecht, Vorgaben für die obligatorische Erfassung der Beauftragung und Erledigung von Gutachten in der Verfahrensautomation Justiz festzulegen und eine entsprechende Auswertbarkeit sicherzustellen. Es wären auch die jeweiligen Sachverständigenurgenzen im System festzuhalten, um die Pflichterfüllung durch Sachverständige im Sinne der Zivilprozessordnung überwachen zu können.



Beteiligung von Sachverständigen

4.3 Laut *Stellungnahme des BMJ habe eine der Empfehlung inhaltlich entsprechende Anordnung zwischen 2004 und 2007 bestanden. Diese habe aber wegen der in der Praxis aus guten Gründen gewählten individuellen Vorgangsweise bei der Bestellung, Beauftragung und Erledigung von Sachverständigengutachten wieder aufgehoben werden müssen.*

In der täglichen Gerichtspraxis stünden andere Mechanismen zur Überwachung und Sicherstellung einer angemessenen Verfahrensabschnittsdauer zur Verfügung. Die dabei von den Rechtsprechungsorganen gewonnenen Erkenntnisse führten dazu, dass schlussendlich bevorzugt jene Sachverständigen betraut würden, die sowohl zügige als auch qualitativ hochwertige Leistung erbringen.

Mit dem im Rahmen der Verfahrensdauerstatistik Zivil getrennten Ausweis von Verfahren mit Sachverständigenbeteiligung sei jedenfalls auf Managementebene ein Monitoring der Auswirkungen von Sachverständigenbeziehungen auf die Verfahrensdauer möglich.

4.4 Der RH bekräftigte seine Empfehlung, Vorgaben für die obligatorische Erfassung der Sachverständigkeit in der Verfahrensautomation Justiz festzulegen, weil nur durch diese Eintragungen eine systematische Auswertung unabhängig vom Einzelfall möglich ist. Gerade die festgestellte überlange Verfahrensdauer bei Verfahren mit Sachverständigenbeteiligung belegt die Notwendigkeit von einheitlichen Vorgaben, weil offensichtlich die unterschiedlichen Praktiken und Mechanismen zur Überwachung und Sicherstellung einer angemessenen Verfahrensabschnittsdauer nicht ausreichend greifen.

Instrumente der Dienstaufsicht und Interne Kontrollmaßnahmen

Periodische Kontrollberichte

5.1 Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, im Hinblick auf den hohen manuellen Bearbeitungsaufwand den Gerichten die Daten der periodischen Kontrolllisten auch aggregiert bzw. in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen. Dies würde Aufsichtsbehörden bzw. Justizverwaltungsorganen eine automationsunterstützte Weiterbearbeitung und bedarfsoorientierte Auswertungen ermöglichen.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMJ mitgeteilt, dass wesentliche Statistikprodukte den Justizanwendern im Rahmen der Statistikdatenbank im Intranet zur Verfügung gestellt würden, wobei neben fertigen Statistiken auch – nach individuellen Parametern erstellte – Reports durch entsprechend berechtigte Benutzer verlassen werden könnten.



Die im Rahmen des Datawarehouses erstellten Auswertungen würden derzeit neben dem Bereich des Strafvollzugs die Kurzstatistik Zivil und Kurzstatistik-Fahrnisexecution, das Betriebliche Informationssystem für Gerichte und Staatsanwaltschaften, die Verfahrensdauer sowie in Kürze auch die Personalanforderungsrechnung umfassen.

Zusätzlich hatte das BMJ darauf hingewiesen, dass Daten von periodischen Kontrolllisten wie bspw. der Kurzstatistik für die berechtigten Organe der Justizverwaltung nach Sprengeln und Gerichten und darüber hinaus auch bis auf die Ebene einzelner Gerichtsabteilungen elektronisch zur Verfügung stehen würden.

Der RH stellte nunmehr fest, dass seit Juli 2009 die Kurzstatistik Zivil im Intranet des BMJ in der Statistikdatenbank elektronisch abrufbar war. Auswertungen waren für berechtigte Benutzer nach vordefinierten Parametern möglich.

Die monatliche Prüfliste stand elektronisch noch nicht zur Verfügung. Im Rahmen des Projekts „Dienstaufsicht neu“ beschäftigte sich eine Arbeitsgruppe auch mit der Definition neuer Anforderungen für die Prüfliste. Nach Fertigstellung wird diese elektronisch verfügbar sein. Die Auswertung der Urteilsrückstände und überlangen Verfahren zum Stichtag 1. Oktober soll erstmals im Herbst 2011 elektronisch zur Verfügung stehen.

5.2 Das BMJ setzte die Empfehlung teilweise um, indem die Kurzstatistik Zivil elektronisch verfügbar ist, nicht aber die monatliche Prüfliste und die jährliche Registerauswertung. Der RH hielt seine Empfehlung im Hinblick auf die elektronische Verfügbarkeit der Prüfliste und der Registerauswertung weiterhin aufrecht.

5.3 Laut *Stellungnahme des BMJ* sei die elektronische Verfügbarkeit der jährlichen Auswertung der Urteilsrückstände und überlangen Verfahren plangemäß mit 1. September 2011 umgesetzt worden. Die schrittweise Umstellung der bestehenden Prüflisten auf Datawarehouse-Technologie werde voraussichtlich bis Mitte 2012 erfolgen.

Jährliche Registerauswertung

6.1 In seinem Vorbericht hatte der RH empfohlen, im Hinblick auf eine höhere Wirksamkeit die Registerauswertungen künftig halbjährlich vorzunehmen. Nach Ansicht des RH war die Maßnahme der jährlichen Registerauswertung für jene Richter zielführend, die wesentliche Rückstände aufgebaut hatten.



Instrumente der Dienstaufsicht und Interne Kontrollmaßnahmen

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMJ auf seine ursprüngliche Stellungnahme verwiesen und erachtete eine halbjährliche Registerauswertung aus Personal- und Ressourcengründen als nicht praktikabel; ebenso erschien dem BMJ die Aussagekraft eines zweiten, halbjährlichen Berichtsstichtags weiterhin hinterfragenswert.

Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ seit der letzten Gebarungsüberprüfung die Registerauswertung für überlange Verfahren und mehr als zweimonatige Urteilsrückstände weiterhin nur einmal jährlich zum Stichtag 1. Oktober vornahm.

Die vom BMJ ausgewerteten Stichtagsberichte zum 1. Oktober der Sprengel der Oberlandesgerichte Wien und Graz der Jahre 2008 bis 2010 zeigten u.a., dass bei zwei Gerichten in mehreren Verfahren Urteilsrückstände von über sechs bis 16 Monaten bestanden. In einem Einzelfall lag der Urteilsrückstand bei 22 Monaten.

Im Zuge der Gebarungsüberprüfung erörterte der RH mit der zuständigen Abteilung im BMJ die Vorgangsweise bei derartigen anhand der jährlichen Registerauswertungen zum 1. Oktober festgestellten Auffälligkeiten. Zukünftig beabsichtigte das BMJ, regelmäßig gegen Jahresmitte Follow-up-Überprüfungen zu besonderen Auffälligkeiten berichtspflichtiger Abteilungen hinsichtlich des Status und getroffener Maßnahmen zu Urteilsrückständen und überlangen Verfahren zu veranlassen. Im Rahmen des seit August 2010 laufenden Projekts „Dienstaufsicht neu“ sei auch eine Neuregelung des Berichtswesens geplant.

6.2 Das BMJ setzte die Empfehlung nicht um. Der RH hielt daher seine Empfehlung weiterhin aufrecht, im Hinblick auf eine höhere Wirksamkeit die Registerauswertungen künftig halbjährlich vorzunehmen. Er erachtete eine aktive Dienstaufsicht und zielgerichtete Maßnahmen sowohl auf Dienststellenebene als auch übergeordnet als absolut notwendig, um Rückstände bzw. lange Verfahrensdauern zu vermeiden.

Der RH begrüßte die vom BMJ in Aussicht gestellten Follow-up-Überprüfungen und das Projekt „Dienstaufsicht neu“, mit dem die Struktur der Dienstaufsicht und das Berichtswesen neu geregelt werden sollen.

6.3 Laut Stellungnahme des BMJ stünden den Organen der Justizverwaltung zu den Urteilsrückständen monatliche Prüflisten zur Verfügung, welche Anlass für Maßnahmen der Dienstaufsicht bilden würden.

Das BMJ nehme weiters die Berichte über die Auswertungen zum 1. Oktober zum Anlass für gezielte Follow-up-Überprüfungen besonders auffälliger Gerichtsabteilungen.



Innere Revision

7.1 Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, die Innere Revision künftig verstärkt zu nutzen, weil diese im Vergleich zu allgemeinen Kontrolllisten vertiefte Ursachenanalysen ermöglicht. Bisher hatte die Verfahrensdauer im Gesamtzusammenhang der Prüfungen der Inneren Revision nur einen kleinen Teilespekt dargestellt.

Im Nachfrageverfahren hatte das BMJ mitgeteilt, dass bereits seit der umfassenden Überarbeitung des Handbuchs für die Revision der Gerichte im Jahr 2006 die Verfahrensdauer bei den Regelrevisionen der Gerichte noch intensiver geprüft werde. Ein eigener Prüfpunkt, der sich den Gründen und den Auffälligkeiten für die lange Verfahrensdauer widmet, ermögliche eine vertiefte Ursachenanalyse, die in den Regelrevisionsberichten ausführlich vorgenommen werde. Zu den Ursachen gehörten bspw. Ausschreibungs- und Vertagungsfristen, Auslandsbeziehungen und Sachverständigenbestellungen ebenso wie z.B. das Nichterscheinen von Zeugen, Beschuldigten und sonstiges Parteienverhalten.

Im Rahmen der Revisionen festgestellte Auffälligkeiten würden besprochen und Maßnahmen angeregt werden, um Verfahrensabläufe effizienter zu gestalten. Die Ergebnisse dieser Ursachenanalyse und die daraus resultierenden Empfehlungen würden an die Dienstaufsichtsorgane zur weiteren Veranlassung weitergeleitet, deren Umsetzung von der Inneren Revision weiterverfolgt werde. Die regelmäßigen Berichte und Empfehlungen der Inneren Revision seien ein wesentlicher Auslöser für Dienstaufsichtsmaßnahmen gerade in Bezug auf Verfahrensverzögerungen und würden bei den Organen der Dienst- und Fachaufsicht hohe Akzeptanz genießen.

Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ in den Revisionsplänen der Jahre 2009, 2010 und 2011 keine Prüfungsschwerpunkte in Bezug auf die Verfahrensdauer setzte. Laut Aussage des BMJ gäbe es jedoch Überlegungen hinsichtlich einer Neuausrichtung der Inneren Revision.

7.2 Das BMJ setzte die Empfehlung nicht um. Der RH hielt an der im Vorbericht gegebenen Empfehlung, die Innere Revision künftig verstärkt zu nutzen, fest.

7.3 *Laut Stellungnahme des BMJ werde bereits seit der Überarbeitung des Handbuchs für die Revision der Gerichte im Jahr 2006 die Verfahrensdauer bei den Regelrevisionen der Gerichte noch intensiver geprüft. Ein eigener Prüfpunkt, der sich den Gründen und den Auffälligkeiten für die lange Verfahrensdauer widmet, ermögliche eine vertiefte Ursachenanalyse, die in den Regelrevisionsberichten ausführlich vorgenommen werde. Festgestellte Auffälligkeiten würden besprochen und*



Maßnahmen angeregt, um Verfahrensabläufe effizienter zu gestalten. Die Umsetzung der Empfehlungen werde von der Innenrevision weiterverfolgt. Der Umfang der Prüfung und Beratung durch die Innenrevision sei jedoch auch durch die zur Verfügung stehenden Ressourcen beschränkt.

- 7.4 Der RH entgegnete, dass unabhängig von einer allfälligen Mitbehandlung bei Regelrevisionen, die Innere Revision spezielle Prüfungsschwerpunkte zum Thema Verfahrensdauer setzen sollte.

Personal

Personalanforderungsrechnung

- 8.1 In seinem Vorbericht hatte der RH empfohlen, bei der Erstellung der neuen Personalanforderungsrechnung II darauf zu achten, dass die Erhebung aussagekräftige und realitätsnahe Werte ermittelt.

Im Nachfrageverfahren hatte das BMJ mitgeteilt, dass die Erstellung der neuen Personalanforderungsrechnung II mittlerweile abgeschlossen sei. Da die neu gewonnenen Zeitwerte zum Teil erheblich von den überwiegend auf die Mitte der 1990er Jahre zurückgehenden alten Zeitwerten abweichen, sei davon auszugehen, dass sie die heutigen Verhältnisse besser abbilden.

Um die Aussagekraft der neuen Personalanforderungsrechnung für längere Zeit zu bewahren, sei beahsichtigt, im Rahmen der Systempflege die Zeitwerte an die laufenden Gesetzesänderungen anzupassen.

Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ ein Unternehmen mit der Entwicklung einer neuen Personalanforderungsrechnung für Richter und Staatsanwälte beauftragt hatte. Im Dezember 2009 legte das Unternehmen dem BMJ sein Gutachten zur neuen Personalanforderungsrechnung vor.

In einem Zeitraum von sechs Monaten erhob das Unternehmen an 30 Bezirks- und 11 Landes- bzw. Spezialgerichten (z.B. Handelsgericht Wien) sowie fünf Staatsanwaltschaften durch Selbstaufschreibung von Richtern und Staatsanwälten ihre Bearbeitungszeiten. Damit waren 63 % der Vollzeitkräfte der Richter am Landesgericht, 35,2 % der Vollzeitkräfte der Richter am Bezirksgericht und 55,4 % der Vollzeitkräfte der Staatsanwälte erfasst.

Verfahrensdauer im zivilgerichtlichen Verfahren; Follow-up-Überprüfung

Das Unternehmen unterzog die erhobenen Daten einer Plausibilitätsprüfung und bezog wegen markant abweichender Messergebnisse je ein Bezirks- und ein Landesgericht nicht in die Auswertung der Zeitwerte ein. Auf Grundlage der Bearbeitungszeiten und bearbeiteten Mengen im Erhebungszeitraum berechnete das Unternehmen Basiszahlen (durchschnittliche Bearbeitungszeit pro Verfahren eines bestimmten Verfahrenstyps).

- 8.2** Der RH erachtete aufgrund der angewandten Methodik die Auswahl der Erhebungsgerichte und -staatsanwaltschaften und die ermittelten Basiszahlen als aussagekräftig. Das BMJ setzte die Empfehlung somit um.

Fortbildung

- 9.1** Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, die Dichte der von den Präsidien der Oberlandesgerichte veranstalteten Justizmanagement-Lehrgänge zu intensivieren.

Im Nachfrageverfahren hatte das BMJ mitgeteilt, dass nach Abschluss des 4. Justizmanagement-Lehrgangs am 24. März 2010 bereits die Ausschreibung des 5. Justizmanagement-Lehrgangs erfolgt sei, der vom Präsidenten des Oberlandesgerichts Innsbruck vom 3. Oktober 2010 bis 23. März 2012 durchgeführt werde.

Der RH stellte nunmehr fest, dass das Oberlandesgericht Innsbruck im Oktober 2010 bereits den 5. Justizmanagement-Lehrgang mit 20 Teilnehmern startete. Aufgrund der Rückmeldungen der Teilnehmer erfolgte bei jedem Lehrgang eine Anpassung der Seminartage und der Inhalte. So gab es bspw. zwischen 20 (vierter Lehrgang) und 29 (erster Lehrgang) Seminartage. Von den insgesamt fünf Lehrgängen begannen zwei noch vor dem Ende des jeweils vorangehenden Lehrgangs. Dadurch verkürzten sich die Intervalle zwischen den Lehrgängen und es konnten daher insgesamt mehr Interessenten an den Justizmanagement-Lehrgängen teilnehmen.

Für den ersten Lehrgang mit 16 Teilnehmern erfolgten 68 Anmeldungen. Die Anzahl der Anmeldungen für die folgenden Lehrgänge lag im BMJ nicht auf. Das BMJ führte bisher keine Bedarfserhebung durch.

- 9.2** Das BMJ setzte die Empfehlung um. Im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Durchführung von Justizmanagement-Lehrgängen empfahl der RH dem BMJ, zu evaluieren, ob mit den derzeit angebotenen Lehrgangsinhalten die gesetzten Ziele erreicht werden. Falls erforderlich, sollten entsprechende Änderungen vorgenommen werden.

9.3 Laut Stellungnahme des BMJ werde eine umfassende Evaluierung aller Lehrgänge „Justizmanagement“ derzeit vorbereitet und im Jahr 2012 erfolgen.

Einfluss der organisatorischen Rahmenbedingungen

Servicecenter

10.1 In seinem Vorbericht hatte der RH empfohlen, die Einrichtung weiterer Servicecenter voranzutreiben, wobei der Schwerpunkt auf gemeinsamen Bezirksgerichts- und Landesgerichts-Standorten liegen sollte. Wesentlich für das einwandfreie Funktionieren war nach Meinung des RH vor allem die aufgabenorientierte Personalauswahl.

Im Nachfrageverfahren hatte das BMJ mitgeteilt, dass im Zuge von Neubauten und Generalsanierungen von Gerichtsgebäuden weiterhin die baulichen Vorkehrungen für die Einrichtung von Servicecentern vorgenommen würden. Situierung und Konfiguration der Räume würden dabei jeweils in enger Abstimmung mit dem zuständigen Präsidenten des Oberlandesgerichts und den nutzenden Einheiten vor Ort festgelegt.

In bestehenden Gebäuden könnten Servicecenter nur sukzessive errichtet werden. Vorrang würden dabei Gebäude haben, bei denen aufgrund von gesetzlichen Vorgaben und/oder Sicherheitserfordernissen jedenfalls bauliche Vorkehrungen im Eingangsbereich getroffen werden müssen.

In absehbarer Zeit würden mangels budgetärer Bedeckbarkeit kaum neue Servicecenter in bestehenden Gebäuden (außer bei Generalsanierungen) realisierbar sein. So konnte das im Rahmen des Projekts „Bürgerservice in Gerichten“ im Justizzentrum Wien-Mitte vorgesehene Servicecenter noch nicht realisiert werden. Das Servicecenter in Hall in Tirol sei im November 2009 eröffnet worden. Ein Servicecenter sei für das Landesgericht für Strafsachen Wien und die Staatsanwaltschaft Wien in Planung.

Der RH stellte nunmehr fest, dass für das Landesgericht und das Bezirksgericht Leoben im Jahr 2009 ein gemeinsames Servicecenter eröffnet wurde. Weitere Servicecenter richtete das BMJ in den Bezirksgerichten Salzburg, Graz West, Graz Ost, Klagenfurt, Hall in Tirol und Feldkirch in den Jahren 2009 und 2010 ein. Im Herbst 2011 sollen die in Bau befindlichen Servicecenter für das Landesgericht für Strafsachen Wien und die Staatsanwaltschaft Wien und für das Bezirksgericht Baden in Betrieb gehen.

10.2 Das BMJ setzte die Empfehlung somit um.



Schreibgutverwaltung

- 11.1** In seinem Vorbericht hatte der RH empfohlen, eine weitere Verstärkung des Einsatzes des Modells eigener Schreibkräfte vor allem im Bereich des Oberlandesgerichts Wien vorzunehmen.

Im Nachfrageverfahren hatte das BMJ mitgeteilt, dass zum Stichtag 31. Mai 2010 im Bundesgebiet 194 Heimschreibkräfte im Rahmen der Elektronischen Schreibgutverwaltung tätig gewesen seien. Davon würden auf den Sprengel des Oberlandesgerichts Wien 21 karenzierte, 14 (vorübergehend) teilzeitbeschäftigte und 58 vollbeschäftigte Schreibkräfte entfallen.

Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ seit März 2009 Justizbedienten mit vorübergehend herabgesetzter regelmäßiger Wochendienstzeit oder vorübergehender Teilzeitbeschäftigung ermöglichte, außerhalb der Dienstzeit und neben dem bestehenden Dienstverhältnis Schreibleistungen zu erbringen. Im August 2010 weitete das BMJ diese Möglichkeit auf von Beginn an Teilzeitbeschäftigte und im Februar 2011 auf im Ruhestand befindliche Beamte und ehemalige Vertragsbedienstete aus.

Die Anzahl der Schreibkräfte stieg im Bereich des Oberlandesgerichts Wien von 87 (38 karenzierte Bedienstete, 49 Vollzeitkräfte) im Oktober 2008 auf 103 (19 karenzierte Bedienstete, 55 Vollzeit- und 29 Teilzeitkräfte) im Juli 2011. Bundesweit waren im Juli 2011 insgesamt 197 Heimschreibkräfte tätig.

Die durchschnittliche monatliche Schreibleistung stieg im Bereich des Oberlandesgerichts Wien von 14.668 Seiten im Jahr 2008 um rd. 18 % auf 17.187 Seiten im Jahr 2009 bzw. um 20 % auf 17.608 Seiten im Jahr 2010. Im gleichen Zeitraum sanken die Ausgaben für Schreibleistungen von Fremdfirmen von rd. 360.000 EUR auf rd. 51.000 EUR bzw. 26.000 EUR. Eine Auswertung der für eigene Schreibleistung getätigten Ausgaben konnte das BMJ nicht vorlegen.

- 11.2** Das BMJ setzte die Empfehlung somit um.



Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

- 12 Von den insgesamt zehn überprüften Empfehlungen des Vorberichts setzte das BMJ vier vollständig, drei teilweise und drei Empfehlungen nicht um. Der RH hob folgende Empfehlungen hervor:
- (1) Durch eine straffe Verfahrensführung wäre das Entstehen einer hohen Anzahl offener Verfahren bei einzelnen Gerichten bzw. Gerichtsabteilungen zu verhindern. (TZ 2)
 - (2) Die im Rahmen des Projekts „Dienstaufsicht neu“ vorgeschlagene Einführung von Kennzahlen (Clearancerate, Rückstandsquote und Erledigungsdauer) sollte umgesetzt werden. (TZ 2)
 - (3) Es wäre ein besonderer Schwerpunkt auf die optimierte Abwicklung von Verfahrensarten mit besonders langer durchschnittlicher Verfahrensdauer zu legen. (TZ 3)
 - (4) Vorgaben für die obligatorische Erfassung der Beauftragung und Erledigung von Gutachten in der Verfahrensautomation Justiz sollten festgelegt und eine entsprechende Auswertbarkeit sichergestellt werden. Die jeweiligen Sachverständigenurgenzen wären weiters im System festzuhalten, um die Pflichterfüllung durch Sachverständige im Sinne der Zivilprozessordnung überwachen zu können. (TZ 4)
 - (5) Im Hinblick auf den hohen manuellen Bearbeitungsaufwand sollten den Gerichten die Daten der Prüfliste und der Registerauswertung auch aggregiert bzw. in elektronischer Form zur Verfügung gestellt werden. (TZ 5)
 - (6) Die Registerauswertungen wären im Hinblick auf eine höhere Wirksamkeit künftig halbjährlich vorzunehmen. (TZ 6)
 - (7) Die Innere Revision sollte künftig verstärkt genutzt werden, weil diese im Vergleich zu allgemeinen Kontrolllisten vertiefte Ursachenanalysen ermöglicht. (TZ 7)
 - (8) Im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Durchführung von Justizmanagement-Lehrgängen wäre zu evaluieren, ob mit den derzeit angebotenen Lehrgangsinhalten die gesetzten Ziele erreicht werden. Falls erforderlich sollten entsprechende Änderungen vorgenommen werden. (TZ 9)



Bericht des Rechnungshofes

Sanitätswesen im Bundesheer; Follow-up-Überprüfung



[Redacted area]



Inhalt

Inhaltsverzeichnis

BMLV S

Tabellenverzeichnis	158
Abkürzungsverzeichnis	159
Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport	
Sanitätswesen im Bundesheer; Follow-up-Überprüfung	
KURZFASSUNG	161
Prüfungsablauf und -gegenstand	170
Konzepte	170
Planungsansätze	172
Grundlagen der Planung	174
Militärische Krankenanstalten	175
Militärärzte	178
Kosten- und Leistungsrechnung	181
Kooperationen im Sanitätswesen	183
Journaldienste	190
Dienstzeitregelung	191
Nebenbeschäftigte	192
Patiententransport	194
Nutzung von Synergien	196
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen	198

Tabellen

R
H

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Personalbedarf medizinisches Sanitätspersonal für die gesamte Sanitätsorganisation	173
Tabelle 2: Gesamtausgaben des BMLVS für das Sanitätswesen	182
Tabelle 3: Kursteilnehmerzahlen an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule	189



Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BKA	Bundeskanzleramt
BM...	Bundesministerium ...
BMI	für Inneres
BMJ	für Justiz
BMLVS	für Landesverteidigung und Sport
bzw.	beziehungsweise
etc.	et cetera
EUR	Euro
ff.	fortfolgend
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GP	Gesetzgebungsperiode
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
Mill.	Million(en)
Nr.	Nummer
rd.	rund
RH	Rechnungshof
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
Z	Ziffer



Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport

Sanitätswesen im Bundesheer; Follow-up-Überprüfung

Das BMLVS setzte die Empfehlungen des RH zum Sanitätswesen im Bundesheer teilweise um. Noch nicht umgesetzt waren insbesondere die Detailplanung und Umsetzung der neuen Sanitätsorganisation, ein Gesamtkonzept für die Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals im Rahmen von Kooperationen mit zivilen Einrichtungen sowie die Einbindung der Notarztwagen des Bundesheers in zivile Notarztsysteme.

Das BMLVS hatte zudem weiterhin keinen Überblick über die Gesamtkosten für das Sanitätswesen. Gemäß den Erhebungen des RH beliefen sich die nachvollziehbaren Ausgaben des BMLVS für das Sanitätswesen im Jahr 2009 auf rd. 75,9 Mill. EUR und im Jahr 2010 auf rd. 74,4 Mill. EUR.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Follow-up-Überprüfung Sanitätswesen im Bundesheer war es, die Umsetzung von Empfehlungen zu beurteilen, die der RH bei einer vorangegangenen Gebarungsüberprüfung abgegeben hatte. (IZ 1)

Aus-, Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals

Mit Inkrafttreten des § 39b Beamten-Dienstrechtsgezetz 1979 (für Beamte) bzw. des § 6b Vertragsbedienstetengesetz 1948 (für Vertragsbedienstete) im Jänner 2011 setzte das BMLVS die Empfehlung des RH, in dienstrechterlicher Hinsicht Vorsorge zu treffen, dass die Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals auch in zivilen Einrichtungen verpflichtend möglich ist, teilweise um. Dafür erforderliche Kooperationsvereinbarungen mit zivilen Gesundheitseinrichtungen fehlten jedoch – abgesehen von einer seit 1992 bestehenden Kooperation mit der Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH – weiterhin, trotz einer entsprechenden Weisung des Bundesministers für Landesverteidigung und Sport aus dem Jahr 2009 sowie der Ein-



Kurzfassung

richtung einer eigenen Task Force im BMLVS im Jahr 2010. Die neu abgeschlossenen Beschäftigungsverträge für Sanitätspersonal wiesen weiterhin keine Fortbildungsverpflichtung bei zivilen Gesundheitseinrichtungen auf. (TZ 11, 12)

Journaldienste

Durch eine neue Journaldienstregelung setzte das BMLVS die Empfehlung des RH, den Journaldienst in den militärischen Krankenanstalten entsprechend dem Patientenaufkommen und unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes wirtschaftlich, zweckmäßig und sparsam zu regeln, im Mai 2011 um. Im Heeresspital in Wien erfolgte die Umsetzung jedoch erst verspätet im Juli 2011. (TZ 16)

Dienstzeitregelung

Das BMLVS setzte die Empfehlung des RH, die Einhaltung der Gleitzeitregelung im Heeresspital in Wien im Rahmen der Dienstaufsicht zu kontrollieren, durch verstärkte Schulungs- und Kontrollmaßnahmen um. (TZ 17)

Aufgrund des Vorberichts des RH überprüfte das BMLVS die Arbeitszeiterfassungen von insgesamt 44 Militärärzten und -psychologen in Wien von Jänner 2008 bis August 2010. Bei 29 Militärärzten und -psychologen des Heeresspitals in Wien wurden Verstöße gegen die Vorgaben des BMLVS festgestellt. Dies führte in 23 Fällen zur Einleitung disziplinärer Maßnahmen sowie in einem Fall zur Auflösung des Dienstverhältnisses. Der Kommandant des Heeresspitals wurde im April 2011 von seiner Funktion abberufen. Bei drei nach dem Vertragsbedienstetengesetz 1948 beschäftigten Ärzten erfolgten Belehrungen. Ein Verfahren war noch ausständig. (TZ 17)

Nebenbeschäftigung

Im Rahmen einer ressortweiten Erhebung zwischen August und Oktober 2010 setzte das BMLVS die Empfehlung des RH, die Nebenbeschäftigungsverhältnisse bei Militärärzten auf ihre Vereinbarkeit mit den dienstlichen Anforderungen zu überprüfen, um. (TZ 18)



Kurzfassung

BMLVS**Sanitätswesen im Bundesheer;
Follow-up-Überprüfung**

Die Empfehlung des RH, Nebenbeschäftigte von Militärärzten grundsätzlich zu regeln und in regelmäßigen Abständen Aktualisierungen der Nebenbeschäftigungsmeldungen vorzusehen, setzte das BMLVS jedoch nicht um. Bei Sonderverträgen für Militärärzte gemäß § 36 Vertragsbedienstetengesetz 1948 waren Nebenbeschäftigte in einer ärztlichen Funktion genehmigungspflichtig. Das BMLVS hatte jedoch keine konkreten Vorgaben definiert, um die Zulässigkeit von Nebenbeschäftigte zu beurteilen. Für eine regelmäßige Aktualisierung von Nebenbeschäftigungsmeldungen sah das BMLVS trotz der im Vorbericht des RH aufgezeigten Beanstandungen keine Veranlassung, weil Bedienstete gemäß § 56 Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979 bzw. § 5 Vertragsbedienstetengesetz 1948 verpflichtet wären, jede erwerbsmäßige Nebenbeschäftigung und jede Änderung einer solchen unverzüglich zu melden. (TZ 19)

Patientenrückholung aus dem Ausland

Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, die organisatorische Abwicklung der Rückholung von Patienten aus dem Ausland mit vorhandenen Ressourcen des BMLVS durchzuführen, die eigenständige Rückholung verletzter und kranker Soldaten aus dem Ausland ehestmöglich sicherzustellen und für den Transport vom Flughafen zur Krankenanstalt mit heereseigenem Notarztteam zu sorgen. Diese Empfehlung setzte das BMLVS um. Bestehende Verträge mit einem privaten Unternehmen über die Rückholung von Patienten aus dem Ausland wurden mit Wirksamkeit vom 31. Mai 2011 gekündigt. Als Ersatz schloss das BMLVS im April 2011 einen neuen Rahmenvertrag mit einer Flugambulanz ab, wobei die Verrechnung nur mehr nach tatsächlich erbrachten Leistungen erfolgte. (TZ 20)

Aufgrund von Anordnungen des BMLVS aus den Jahren 2010 und 2011 waren Patienten aus einem Auslandseinsatz nach Möglichkeit vorrangig mit heereseigenen Transportmitteln in eine Krankenanstalt zu transportieren. Dafür setzte das BMLVS seit April 2010 ein neues Patientenbetreuungs-Container-System für Transportflugzeuge („C-130 MEDEVAC-Modul“) ein. Das erforderliche Sanitätspersonal (Aeromedical Crew) wurde ausgebildet. (TZ 20)



Kurzfassung

Nutzung von Synergien

Aufgrund einer Anordnung des BMLVS vom August 2010 sowie einer ersten Evaluierung vom Februar 2011 wurden an den Standorten Graz und Innsbruck Laborgeräte gemeinsam genutzt. Damit setzte das BMLVS die Empfehlung des RH, an gemeinsamen Standorten von Militärspital und Stellungskommission Synergien durch gemeinsamen Einsatz von medizinischen Geräten und durch unbürokratische Personalaushilfe zu nutzen, um. Außerdem hatte das Labor der Feldambulanz in Hörsching die Labortätigkeit für die nahe gelegene Stellungskommission in Linz wegen eines Geräteausfalls von Jänner bis Mai 2010 tageweise übernommen. Die kurzfristige Personalaushilfe zwischen den Stellungskommissionen und den Organisationseinheiten des Sanitätswesens wies das BMLVS exemplarisch nach. Gemäß dem neuen Sanitätskonzept des BMLVS war die Zusammenlegung von sanitätsdienstlichen Einrichtungen an gemeinsamen Standorten zu prüfen. (TZ 22)

Konzepte

Im Juni 2011 hatte das BMLVS ein neues operatives Fachkonzept verfügt, der Fähigkeitenkatalog für die Sanitätstruppe fehlte jedoch noch. Damit setzte das BMLVS die Empfehlung des RH, die Konzepte für das Sanitätswesen im Hinblick auf eine abgestimmte Vorgangsweise bei der Planung und Umsetzung zügig fertigzustellen, teilweise um. Zudem setzte das BMLVS im Juni 2011 eine Projektarbeitsgruppe für die Detailplanung und Realisierung der neuen Sanitätsorganisation bis Juni 2013 ein. (TZ 2)

Auslastung der stationären Kapazitäten

Die Empfehlung des RH, die Kapazitäten und die Organisation insbesondere für die klinische Versorgung der Anspruchsberechtigten (Präsenzdiener) außerhalb der Einsätze nach dem tatsächlichen Patientenaufkommen zu planen und aus wirtschaftlichen Gründen auch alternative Modelle (ähnlich wie für den Zivildienst) zu erwägen, wurde teilweise umgesetzt. Das BMLVS hatte die Bettenkapazitäten sowohl im Heeresspital in Wien als auch in den Kasernen reduziert und alternative Modelle für die klinische Versorgung der Anspruchsberechtigten (Präsenzdiener) erwogen. Die tatsächliche Auslastung der militärischen Krankenanstalten war mit rd. 12,6 % jedoch weiterhin äußerst gering. Eine endgültige Festlegung der stationären Kapazitäten außerhalb der Einsätze lag noch nicht vor. (TZ 6)



Kurzfassung

BMLVS**Sanitätswesen im Bundesheer;
Follow-up-Überprüfung**

Richtlinie für Sonderverträge für Militärärzte

Ein Neuentwurf für eine neue Richtlinie betreffend Sonderverträge für Militärärzte war in Bearbeitung. Damit setzte das BMLVS die Empfehlung des RH, diese Richtlinie zu evaluieren sowie deren Zweckmäßigkeit im Hinblick auf die Rekrutierung von Militärärzten zu beurteilen, teilweise um. Eine schriftliche Evaluierung und Beurteilung der Zweckmäßigkeit der ursprünglichen Richtlinie fehlt jedoch nach wie vor. (TZ 7)

Kosten- und Leistungsrechnung

Das BMLVS setzte die Empfehlung des RH, aussagefähige Auswertungen im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung auch für das Sanitätswesen zu erstellen, mit der Einführung der Kosten- und Leistungsrechnung im Militärmedizinischen Zentrum in Wien im Februar 2010 teilweise um. Über die Gesamtkosten des Sanitätswesens lagen im BMLVS jedoch weiterhin keine aussagefähigen Auswertungen vor, weil ein Gesamtüberblick fehlte. Gemäß den Erhebungen des RH beliefen sich die nachvollziehbaren Ausgaben des BMLVS für das Sanitätswesen im Jahr 2009 auf rd. 75,9 Mill. EUR und im Jahr 2010 auf rd. 74,4 Mill. EUR. (TZ 10)

Kooperationen der militärischen Krankenanstalten

Das BMLVS hatte die Restrukturierung des Sanitätswesens zwar eingeleitet, aber noch nicht abgeschlossen. Das neue Sanitätskonzept des BMLVS sah die Umwandlung der militärischen Krankenanstalten in Fachambulatorien vor. Kriterien und Umfang von notwendigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in zivilen Einrichtungen für das Sanitätspersonal definierte das BMLVS nicht. Damit setzte es die Empfehlung des RH, vor der Umsetzung von einzelnen standortbezogenen Kooperationsprojekten den Gesamtbedarf an stationären Kapazitäten für die militärischen Krankenanstalten realistisch festzulegen sowie Kriterien und den Umfang von notwendigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in zivilen Einrichtungen für das Sanitätspersonal zu definieren, teilweise um. (TZ 13)



Kurzfassung

Sanitätsschule

Die Empfehlung des RH, die Militärärzte der Sanitätsschule umfassend in den Lehrbetrieb und – zur Aufrechterhaltung ihrer fachlichen Fähigkeiten – in den Krankenanstaltenbetrieb einzubinden, setzte das BMLVS teilweise um, weil die verfügbaren Militärärzte der Sanitätsschule nunmehr in den Lehrbetrieb eingebunden wurden. Die Gesamtausgaben für Gastlehrer wurden von rd. 29.000 EUR (2008) auf rd. 11.000 EUR (2010) reduziert. Eine Einbindung der Militärärzte in den Krankenanstaltenbetrieb erfolgte nicht. Das BMLVS begründete dies vor allem mit der mangelnden praktischen Erfahrung der Militärärzte. (TZ 14)

Planungsansätze

Gemäß dem neuen Sanitätskonzept des BMLVS wäre die sanitätsdienstliche Versorgung der Anspruchsberechtigten (vorwiegend Präsenzdiener) außerhalb der Einsätze insbesondere durch Rückgriff auf Ressourcen des zivilen Gesundheitssystems sicherzustellen. Die Detailplanung – einschließlich Varianten hinsichtlich einer allfälligen Aussetzung bzw. eines möglichen Wegfalls der Wehrpflicht – war noch ausständig. Damit setzte das BMLVS die Empfehlung des RH, für den Sanitätsdienst außerhalb der Einsätze eine auf den Bedarf ausgerichtete Planung nach Wirtschaftlichkeitskriterien aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen gegenüber der Einsatzorganisation zu erstellen, nicht um. (TZ 3)

Grundlagen der Planung

Die Empfehlung des RH, bei künftigen Änderungen von Strukturen des Bundesheers vorweg auch allfällige finanzielle Auswirkungen zu berechnen und bei den Entscheidungen zu berücksichtigen, setzte das BMLVS nicht um, weil dies weder in der Planungsrichtlinie vom Jänner 2011 verpflichtend vorgesehen war, noch im Projektauftrag für die Restrukturierung der Sanitätsorganisation vom Juni 2011 enthalten war. (TZ 4)



Kurzfassung

BMLVS**Sanitätswesen im Bundesheer;
Follow-up-Überprüfung**

Kosten der militärischen Krankenanstalten

Im Februar 2010 wurde eine Kosten- und Leistungsrechnung im Militärmedizinischen Zentrum (einschließlich Heeresspital) in Wien eingeführt. Die Daten für die militärischen Krankenanstalten wurden infolge einer Organisationsänderung ab 2009 jedoch nicht mehr gesondert, sondern nur auf der Ebene der jeweils vorgesetzten Kommanden erfasst. Die neuen Daten waren damit auch nicht mehr mit jenen aus den Vorjahren vergleichbar. Somit konnten auch die Kosten der militärischen Krankenanstalten bei tatsächlicher Auslastung nicht erhoben werden. Somit setzte das BMLVS die Empfehlung des RH, die Kosten der militärischen Krankenanstalten bei tatsächlicher Auslastung zu ermitteln und diese den Strukturüberlegungen im Sanitätswesen zugrunde zu legen, nicht um. (TZ 5)

Präsente Bataillonsärzte

Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, den Einsatz präsenter Bataillonsärzte im Hinblick auf die mehr als doppelt so hohen Ausgaben gegenüber Heeresvertragsärzten und die fehlende Möglichkeit zum Erhalt der medizinischen Qualifikation zu überdenken. Das BMLVS hielt den Einsatz präsenter Bataillonsärzte wegen der militärmedizinischen Expertise im Bataillon und in internationalen Stäben sowie wegen der – bislang durch Heeresvertragsärzte wahrgenommenen – medizinischen Versorgung der Anspruchsberechtigten (Präsenzdienner) weiterhin für notwendig. Vorrangig, um die medizinische Qualifikation der präsenten Bataillonsärzte angesichts der eingeschränkten Möglichkeiten bei den zu behandelnden Präsenzdienern zu erhalten, fehlten. Somit war die Empfehlung des RH nicht umgesetzt. Im neuen Sanitätskonzept war vorgesehen, bestehende Sanitätsstrukturen erheblich zu reduzieren, auch im Bereich der Truppensanität. Die weiteren Planungen sollten im Rahmen des Projekts zur Restrukturierung der Sanitätsorganisation erfolgen. (TZ 8)

Heeresvertragsärzte

Aufgrund einer Änderung des Vertragsbedienstetengesetzes 1948 fiel die Rechtsgrundlage für die Neuambilanzierung von Heeresvertragsärzten auf Basis der Gesamtvereinbarung mit der Österreichischen Ärztekammer ab Jänner 2011 weg. Da keine alternativen Lösungen für die Anstellung von Heeresvertragsärzten (zivile Ärzte) vorlagen, war die diesbezügliche Empfehlung nicht umgesetzt. (TZ 9)



Kurzfassung

Kooperationen im Sanitätswesen

Das BMLVS verfügte neue Laufbahnbilder für das Sanitätspersonal, setzte damit aber die Empfehlung des RH, ein alle Sanitätseinrichtungen umfassendes Konzept zu erarbeiten, das die medizinische und die militärmedizinische Fort- und Weiterbildung des gesamten Sanitätspersonals des Bundesheers im Rahmen von Kooperationen mit zivilen Einrichtungen vorsieht, nicht um. Die weitere Befassung mit Kooperationen war im Rahmen des Projekts zur Restrukturierung der Sanitätsorganisation vorgesehen. (TZ 11)

Gesundheits- und Krankenpflegeschule

Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, den Betrieb der Gesundheits- und Krankenpflegeschule einzustellen und den Ausbildungsbedarf durch Kooperationen mit zivilen Schulen abzudecken. Diese Empfehlung setzte das BMLVS nicht um. Im Jänner 2011 erteilte die Zentralstelle des BMLVS die Weisung, das Aufnahmeverfahren für den Lehrgang 2011/2014 bis auf Weiteres auszusetzen. Entgegen dieser Weisung nahm die Gesundheits- und Krankenpflegeschule im Februar 2011 elf Bewerber mit Wirksamkeit vom April 2011 auf. Im März 2011 entschied die Zentralstelle des BMLVS, den Lehrgang durchzuführen. (TZ 15)

Nach dem neuen Sanitätskonzept des BMLVS hätte die fachliche Ausbildung für das gehobene medizinische Sanitätspersonal im Allgemeinen im zivilen Bereich zu erfolgen. (TZ 15)

Notarztwägen des Bundesheers

Das BMLVS setzte die Empfehlung des RH, die Einbindung der Notarztwägen des Bundesheers in zivile Notarztsysteme umgehend zu betreiben, um die medizinischen Fähigkeiten der Notärzte und Notfallsanitäter aufrecht zu erhalten, nicht um. Aufgrund rechtlicher Bedenken des BMLVS gegen eine kostenlose Einbindung der Notarztwägen in zivile Rettungssysteme wurden Kooperationsprojekte nicht verwirklicht. Laut BMLVS werde die Empfehlung im Rahmen des Projekts zur Restrukturierung der Sanitätsorganisation wieder aufgegriffen. (TZ 21)


BMLVS
**Sanitätswesen im Bundesheer;
Follow-up-Überprüfung**
Kenndaten zum Sanitätswesen im Bundesheer

Rechtliche Grundlagen	Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F. Heeresgebührengesetz 2001, BGBl. I Nr. 31/2001 i.d.g.F.
Organisation des Sanitätsdienstes	
Militärmedizinisches Zentrum in Wien	Kommando des Militärmedizinischen Zentrums Heeresspital in Wien Sanitätsschule Gesundheits- und Krankenpflegeschule
Sanitätszentrum Süd	Kommando des Sanitätszentrums Süd Militärspital in Graz Feldambulanz ¹ in Klagenfurt
Sanitätszentrum West	Kommando des Sanitätszentrums West Militärspital in Innsbruck Feldambulanz ¹ in Salzburg

Feldambulanz¹ in Hörsching
Truppenärztliche Versorgung² (mit/ohne stationäre Aufnahmekapazitäten) in den Kasernen

Gebarung³	2009	2010	Veränderung 2009/2010
			in Mill. EUR ⁴
Gesamtausgaben für das Sanitätswesen ⁵	75,92	74,36	- 2,0
<i>davon</i>			
- Personalausgaben für die Stabsabteilungen im BMLVS sowie im nachgeordneten Bereich ⁶	2,77	2,81	+ 1,4
- Ausgaben Militärmedizinisches Zentrum in Wien, Sanitätszentren Süd und West sowie Feldambulanz in Hörsching ⁷	40,10	39,36	- 1,8
- Ausgaben Stellungskommissionen sowie Truppenärztliche Ordinationen ⁸	24,07	25,23	+ 4,8
- Ausgaben externe Behandlungen ⁹	8,99	6,97	- 22,4
Medizinisches Sanitätspersonal ¹⁰	2008	2009	Veränderung 2008/2010
		Anzahl ¹¹	in %
Personalstand	731	649	682
Organisationsplan	1.048 ¹²	990	974

¹ zuvor Sanitätsanstalt

² zuvor Krankenreviere

³ Für das Jahr 2008 lagen mit Ausnahme der Ausgaben für Spitäler und externe Behandlungen keine entsprechenden Daten vor

⁴ Rundungsdifferenzen möglich

⁵ ohne Ausgaben für Infrastruktur, zentrale Beschaffungen (Großgeräte, Möbel etc.) sowie Auslandszulagen für Sanitätspersonal

⁶ Kommando Einsatzunterstützung, Streitkräfteführungskommando

⁷ einschließlich Journaldienste sowie dezentrale Beschaffungen

⁸ einschließlich Journaldienste

⁹ Ausgaben für Vertretungsärzte (Konsiliarärzte) und Behandlungen in zivilen Einrichtungen, die über das Heerespersonalamt abgerechnet wurden

¹⁰ Ärzte, Sanitätsunteroffiziere (diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Notfallsanitäter)

¹¹ Stand jeweils zum Dezember

¹² Stand Organisationsplan neu vom Februar 2009

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 Der RH überprüfte im Juni und Juli 2011 beim BMLVS die Umsetzung von Empfehlungen, die er bei einer vorangegangenen Gebarungsüberprüfung zum Sanitätswesen im Bundesheer – Militärische Planungen abgegeben hatte. Der in der Reihe Bund 2009/13 veröffentlichte Bericht wird in der Folge als Vorbericht bezeichnet.

Weiters hatte der RH zur Verstärkung der Wirkung seiner Empfehlungen deren Umsetzungsstand bei den überprüften Stellen nachgefragt. Das Ergebnis dieses Nachfrageverfahrens hatte er in seinem Bericht Reihe Bund 2010/14 veröffentlicht.

Zu dem im Oktober 2011 übermittelten Prüfungsergebnis nahm das BMLVS im Jänner 2012 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerung im März 2012.

Konzepte

2.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, die Konzepte für das Sanitätswesen¹ im Hinblick auf eine abgestimmte Vorgangsweise bei der Planung und Umsetzung zügig fertigzustellen.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass im Dezember 2009 der Auftrag ergangen sei, die Erarbeitung eines neuen Sanitätskonzepts vorzubereiten. Weiters sei eine Projektgruppe zur Erstellung des operativen Fachkonzepts eingesetzt worden.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLVS im Juni 2011 das operative Fachkonzept „Sanitätswesen“ als verbindliche Planungsgrundlage mit mittel- bis langfristigen Zielvorgaben verfügt hatte. In dem neuen Sanitätskonzept berücksichtigte es sowohl Empfehlungen des RH als auch Empfehlungen aus ressortinternen Überprüfungen. Mit dem Sanitätskonzept schuf das BMLVS auch die Grundlagen für die Weiterbearbeitung des Fähigkeitenkatalogs für die Sanitätstruppe, dessen Entwurf bis Ende 2011 vorliegen sollte.

Das neue Sanitätskonzept legte folgende Prioritäten für die Anpassung des Sanitätsdienstes fest:

- Umwandlung der Krankenanstalten (Heeres- und Militärspitäler) in Fachambulatorien²;
- Anpassung der Struktur der Truppensanität einschließlich Reduzierung der Anzahl der zentralen Bettenstationen;

¹ operatives Fachkonzept, Fähigkeitenkatalog für die Sanitätstruppe

² ambulante Behandlung bzw. Diagnose, keine Aufnahme stationärer Patienten

**Sanitätswesen im Bundesheer;
Follow-up-Überprüfung**

- Anpassung der Feldambulanzen und Zusammenlegung der Feldambulanzen mit Stellungskommissionen und Bettenstationen;
- Ausarbeitung von Personalaufbringungsmodellen und Abschluss von Kooperationsverträgen;
- Anpassung der Führungs- und Schulstruktur;
- Einführung eines Sanitätsinformations- und -verwaltungssystems sowie
- begleitende Sicherstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen.

Nach der Verfügung des neuen Sanitätskonzepts setzte das BMLVS im Juni 2011 eine Projektarbeitsgruppe „Sanitätsorganisation 2013“ zur Detailplanung und Realisierung der neuen Sanitätsorganisation ein. Der Abschluss des Projekts (einschließlich einer Strukturevaluierung) war bis Juni 2013 vorgesehen.

2.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung teilweise um, weil es ein neues operatives Fachkonzept für das Sanitätswesen verfügt hatte, der Fähigkeitenkatalog für die Sanitätstruppe jedoch noch fehlte.

Der RH empfahl dem BMLVS, die Erstellung von Konzepten für das Sanitätswesen sowie die Detailplanung und Realisierung der neuen Sanitätsorganisation zügig abzuschließen.

2.3 *Laut Stellungnahme des BMLVS befindet sich die Detailplanung und Umsetzung des neuen Sanitätskonzepts in Bearbeitung. Das Sanitätskonzept beinhaltet bereits die Festlegung von Fähigkeiten inklusive organisatorischer Ableitungen.*

2.4 Der RH entgegnete, dass ein gesonderter Fähigkeitenkatalog für die Sanitätstruppe im Konzeptrahmenplan des BMLVS vorgesehen war. Das BMLVS hatte einen entsprechenden Entwurf bis Ende 2011 in Aussicht gestellt. Der RH verwies daher erneut auf seine Empfehlung, die Erstellung von Konzepten für das Sanitätswesen sowie die Detailplanung und Realisierung der neuen Sanitätsorganisation zügig abzuschließen.

**Planungsansätze**

3.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, für den Sanitätsdienst außerhalb der Einsätze eine auf den Bedarf ausgerichtete Planung nach Wirtschaftlichkeitskriterien aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen gegenüber der Einsatzorganisation zu erstellen.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass im Zuge der Restrukturierung des Sanitätsdienstes (Konzeptbearbeitung) geprüft werde, wie die für einen Einsatz vorgehaltenen Sanitätskapazitäten unter Bedachtnahme auch der friedensmäßigen Aufgaben synergetisch genutzt werden könnten. Neben einer aktiven Suche nach synergetischen Kooperationen vor allem im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung (z.B. Krankenanstaltenverbund, Wiener Rettung, Medizinische Universität) erfolge eine Plausibilitätsprüfung der Aufbringbarkeit von medizinischem Fachpersonal. Auf diese Ergebnisse aufbauend erfolge eine Restrukturierung des Sanitätsdienstes außerhalb der Einsatzorganisation.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass noch keine Plausibilitätsprüfung der Aufbringbarkeit von medizinischem Fachpersonal vorlag. Im Dezember 2010 belief sich der zusätzliche Personalbedarf beim medizinischen Sanitätspersonal gegenüber den Planungen auf insgesamt 292 Personen (davon 164 Militärärzte).



Planungsansätze

**Sanitätswesen im Bundesheer;
Follow-up-Überprüfung**
Tabelle 1:
**Personalbedarf medizinisches Sanitätspersonal
für die gesamte Sanitätsorganisation¹**

	2008	2009	2010
	Anzahl ²		
Tatsächlicher Personalstand	731	649	682
<i>davon</i>			
– Militärärzte	177	145	154
– Sanitätsunteroffiziere	554	504	528
Organisationsplan	1.048 ³	990	974
<i>davon</i>			
– Militärärzte	318	316	318
– Sanitätsunteroffiziere	730	674	656
Zuwachsbedarf	317	341	292
<i>davon</i>			
– Militärärzte	141	171	164
– Sanitätsunteroffiziere	176	170	128

¹ Militärmedizinisches Zentrum in Wien, Sanitätszentren Süd und West, Feldambulanz in Hörsching sowie truppenärztliche Versorgung in den Kasernen

² Stand jeweils zum Dezember

³ Stand Organisationsplan neu vom Februar 2009

Quelle: BMLVS

Im neuen Sanitätskonzept des BMLVS war vorgesehen, die sanitätsdienstliche Versorgung der Anspruchsberechtigten (vorwiegend Präsenzdiener) außerhalb der Einsätze insbesondere durch Rückgriff auf Ressourcen des zivilen Gesundheitssystems sicherzustellen. Bestimmte Bereiche sollten aufgrund des militärischen Bedarfs weiterhin innerhalb des Bundesheers abgedeckt werden, wie z.B. Untersuchungen auf Diensttauglichkeit, Eignung sowie Suchtmittelmissbrauch.

Die Detailplanung sollte im Rahmen des Projekts zur Restrukturierung der Sanitätsorganisation erfolgen. Dabei war vorgesehen, auch Varianten hinsichtlich einer allfälligen Aussetzung bzw. eines möglichen Wegfalls der Wehrpflicht zu planen.

3.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung nicht um, weil die Detailplanung für den Sanitätsdienst außerhalb der Einsätze noch ausständig war.



Der RH empfahl dem BMLVS weiterhin, für den Sanitätsdienst außerhalb der Einsätze eine auf den Bedarf ausgerichtete Planung nach Wirtschaftlichkeitskriterien aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen gegenüber der Einsatzorganisation zu erstellen.

3.3 Laut Stellungnahme des BMLVS werde es die Empfehlung des RH im laufenden Reformprozess berücksichtigen.

Grundlagen der Planung

4.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, bei künftigen Änderungen von Strukturen des Bundesheers vorweg auch allfällige finanzielle Auswirkungen zu berechnen und bei den Entscheidungen zu berücksichtigen.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass der Auftrag ergangen sei, allfällige finanzielle Auswirkungen bei Entscheidungen zu berücksichtigen. Ein Projekt sei eingerichtet worden, um die Planungsschritte unter Nutzung der schrittweise verbesserten Kosten- und Leistungsrechnung sowie einer allfälligen neuen Budgetstruktur zu optimieren. Vorgaben für eine verbesserte Kosten- und Leistungsrechnung sowie eine Neufassung der Richtlinie für die Bundesheer-Planung seien in Bearbeitung.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLVS im Jänner 2011 eine Neufassung der Richtlinie für die Bundesheer-Planung verfügt hatte. Eine verpflichtende Berechnung und Berücksichtigung finanzieller Auswirkungen bei Strukturänderungen des Bundesheers war aus der Richtlinie jedoch nicht ableitbar. Dies war auch im Projektauftrag vom Juni 2011 zur Planung und Realisierung der neuen Sanitätsorganisation nicht explizit vorgesehen.

4.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung nicht um, weil eine Berücksichtigung finanzieller Auswirkungen bei Strukturänderungen des Bundesheers weder in der Planungsrichtlinie verpflichtend vorgesehen war, noch im Projektauftrag für die Restrukturierung der Sanitätsorganisation enthalten war.

Der RH empfahl dem BMLVS weiterhin, bei künftigen Änderungen von Strukturen des Bundesheers – einschließlich der weiteren Planungen zur neuen Sanitätsorganisation – vorweg auch allfällige finanzielle Auswirkungen zu berechnen und der Entscheidungsfindung zugrunde zu legen.



- 4.3** Laut *Stellungnahme des BMLVS* seien durch die Kontingentierung von Vollbeschäftigungäquivalenten sehr wohl die finanziellen Auswirkungen der Sanitätsorganisation abgeschätzt worden. Allfällige finanzielle Auswirkungen würden bei der Planung der Sanitätsorganisation 2013 berücksichtigt werden.
- 4.4** Der RH entgegnete, dass in den ihm vorgelegten Planungen zur neuen Sanitätsorganisation keine Kontingentierung von Vollbeschäftigungäquivalenten enthalten war. Eine solche kann auch nicht die Berechnung von finanziellen Auswirkungen ersetzen. Der RH verwies daher erneut auf seine Empfehlung, bei künftigen Änderungen von Strukturen des Bundesheers – einschließlich der weiteren Planungen zur neuen Sanitätsorganisation – vorweg auch allfällige finanzielle Auswirkungen zu berechnen und der Entscheidungsfindung zugrunde zu legen.

Militärische Krankenanstalten

Kosten

- 5.1 (1)** Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, die Kosten der militärischen Krankenanstalten bei tatsächlicher Auslastung zu ermitteln und diese den Strukturüberlegungen im Sanitätswesen zugrunde zu legen. Im Heeresspital in Wien war nämlich nur von einer Auslastung von rd. 5 % beim Anteil der stationär pflegebedürftigen Patienten auszugehen; zudem lagen keine Auswertungen aus der Kostenrechnung vor. Für die Militärspitäler in Graz und Innsbruck war der RH von einem vergleichbaren Patientenaufkommen ausgegangen.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass der Leistungskatalog überarbeitet worden sei. Der Vollbetrieb der Kosten- und Leistungsrechnung im Militärmedizinischen Zentrum in Wien (einschließlich Heeresspital) sei seit Juni 2010 sichergestellt.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLVS im Februar 2010 eine Kosten- und Leistungsrechnung im Militärmedizinischen Zentrum in Wien eingeführt hatte, die seit Juni 2010 im Vollbetrieb lief. Das BMLVS erfasste die Daten für die militärischen Krankenanstalten infolge einer Organisationsänderung ab 2009 jedoch nicht mehr gesondert, sondern nur auf der Ebene der jeweils vorgesetzten Kommanden. Die neuen Daten waren damit auch nicht mehr mit jenen aus den Vorjahren vergleichbar. Da das BMLVS die Kostendaten für die militärischen Krankenanstalten nicht mehr gesondert auswies, konnten auch die Kosten bei tatsächlicher Auslastung nicht erhoben werden.



Militärische Krankenanstalten

5.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung nicht um.

Der RH empfahl dem BMLVS weiterhin, die Kosten der militärischen Krankenanstalten bei tatsächlicher Auslastung zu ermitteln und diese den Strukturüberlegungen im Sanitätswesen zugrunde zu legen.

5.3 Laut *Stellungnahme des BMLVS* werde es die Empfehlung des RH im laufenden Reformprozess berücksichtigen.

Auslastung der stationären Kapazitäten

6.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, die Kapazitäten und die Organisation insbesondere für die klinische Versorgung der Anspruchsberechtigten (Präsenzdiener) außerhalb der Einsätze nach dem tatsächlichen Patientenaufkommen zu planen und aus wirtschaftlichen Gründen auch alternative Modelle (ähnlich wie für den Zivildienst) zu erwägen.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass bei der Überarbeitung des Sanitätskonzepts die Optimierung der medizinischen Versorgung der Anspruchsberechtigten geprüft werde.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLVS im Juni 2009 aufgrund der geringen Auslastung in den heerseigenen Spitätern angeordnet hatte, die Anzahl der aufgestellten Krankenbetten auf den tatsächlichen Bedarf auszurichten. Das Heeresspital in Wien betrieb daraufhin nur mehr 60 von 110 verfügbaren Krankenbetten; die übrigen Krankenbetten hielt es für besondere Anlassfälle vor.

Für das Jahr 2010 ging das BMLVS von einer Auslastung von rd. 26,8 % in den militärischen Krankenanstalten aus.³ Der RH erhob, dass die Auslastung beim Anteil der zwingend stationär pflegebedürftigen Patienten rd. 12,6 % betrug.

Weiters hatte das BMLVS im Jänner 2011 mit dem BMJ eine Amtshilfevereinbarung und im Februar 2011 mit dem BMI ein Verwaltungsübereinkommen über die Durchführung von Untersuchungen und ambulanten Behandlungen von Häftlingen im Heeresspital in Wien abgeschlossen; diese Übereinkommen betrafen jedoch den ambulanten und nicht den stationären Bereich.

Darüber hinaus stellte der RH fest, dass das BMLVS im September 2010 angeordnet hatte, die Bettenkapazitäten im Bereich der truppenärztlichen Versorgung in den Kasernen an das tatsächliche Patientenauf-

³ bezogen auf die aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen stationär aufgenommenen Patienten



kommen anzupassen; somit waren nur mehr an 16 von 63 Standorten (Kasernen) dauerhaft stationäre Aufnahmekapazitäten vorgesehen (Reduktion um zwei Standorte in Wien).

Auswertungen über allfällige Einsparungen durch die Maßnahmen des BMLVS im Heeresspital in Wien bzw. im Bereich der truppenärztlichen Versorgung in den Kasernen lagen nicht vor.

Darüber hinaus stellte der RH fest, dass das BMLVS im Zuge der Erstellung des neuen Sanitätskonzepts Vergleichsrechnungen über die Kosten einer allfälligen Einbeziehung von Präsenzdienern in die gesetzliche Kranken- bzw. Unfallversicherung durchgeführt hatte.⁴ Die endgültige Ausprägung des stationären Bedarfs einschließlich der Prüfung alternativer Modelle war im Rahmen des Projekts zur Restrukturierung der Sanitätsorganisation gemäß den Vorgaben des neuen Sanitätskonzepts vorgesehen.

6.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung teilweise um, weil es die Bettenkapazitäten sowohl im Heeresspital in Wien, als auch in den Kasernen reduziert und alternative Modelle für die klinische Versorgung der Anspruchsberechtigten (Präsenzdienner) erwogen hatte. Die tatsächliche Auslastung der militärischen Krankenanstalten war mit rd. 12,6 % weiterhin äußerst gering. Eine endgültige Festlegung der stationären Kapazitäten außerhalb der Einsätze lag noch nicht vor.

Der RH empfahl dem BMLVS weiterhin, die Kapazitäten und die Organisation insbesondere für die klinische Versorgung der Anspruchsberechtigten (Präsenzdienner) außerhalb der Einsätze nach dem tatsächlichen Patientenaufkommen zu planen und aus wirtschaftlichen Gründen auch alternative Modelle einzubeziehen.

6.3 Laut *Stellungnahme des BMLVS* werde es die Empfehlung des RH im laufenden Reformprozess berücksichtigen.

⁴ Dabei wurden drei Variantenberechnungen durchgeführt:

- Variante 1: Auf Basis der monatlichen Beitragsgrundlage für Zivildiener errechnete das BMLVS Kosten von rd. 11,1 Mill. EUR (Krankenversicherung) bzw. rd. 13,2 Mill. EUR (Kranken- und Unfallversicherung) pro Jahr.
- Variante 2: Auf Basis der monatlichen Beitragsgrundlage für die Pensionsbeiträge für Präsenzdienner ergaben sich Kosten von rd. 17,5 Mill. EUR (Krankenversicherung) bzw. rd. 20,8 Mill. EUR (Kranken- und Unfallversicherung) pro Jahr.
- Variante 3: Auf Basis eines monatlichen Durchschnittsbezugs aus der Kosten- und Leistungsrechnung des Bundesheers errechnete das BMLVS Kosten von rd. 11,0 Mill. EUR (Krankenversicherung) bzw. rd. 13,0 Mill. EUR (Kranken- und Unfallversicherung) pro Jahr.

Die Auslagerung von Eignungs- und Dienstfähigkeitsuntersuchungen in den zivilen Bereich würde zusätzliche Kosten von rd. 8,9 Mill. EUR pro Jahr verursachen.



Militärärzte

Richtlinie für Sonderverträge

7.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, die Richtlinie betreffend Sonderverträge für Militärärzte umgehend zu evaluieren und deren Zweckmäßigkeit im Hinblick auf die Zielerreichung zur Rekrutierung von Militärärzten zu beurteilen. Die – auf drei Jahre befristete – Ermächtigung des BKA für die Richtlinie war im September 2008 abgelaufen und hätte davor vom BMLVS evaluiert werden sollen. Das BMLVS hatte nach Auslaufen der Ermächtigung bis Februar 2009 noch zwölf weitere Militärärzte aufgenommen.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass es die Evaluierung der Richtlinie abgeschlossen habe; die Genehmigung einer neuen Richtlinie durch das BKA sei noch ausständig.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass keine schriftliche Evaluierung und Beurteilung der Zweckmäßigkeit der Richtlinie vorlag, das BMLVS jedoch im März 2010 zu einem neuen Richtlinienentwurf des BKA vom Februar 2010 Stellung genommen hatte. Da sich das BKA dazu nicht geäußert hatte, richtete das BMLVS auf Veranlassung des RH im Juli 2011 eine schriftliche Urgenz an das BKA.

Von März 2009 bis Juli 2011 nahm das BMLVS noch 23 weitere Militärärzte mit Sondervertrag auf, für die – mangels neuer Richtlinie – jeweils Einzelgenehmigungen des BKA erforderlich waren.

7.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung teilweise um, weil ein Neuentwurf für eine Richtlinie betreffend Sonderverträge für Militärärzte in Bearbeitung war; eine schriftliche Evaluierung vorab war jedoch nicht erfolgt.

Der RH empfahl dem BMLVS, auf ein rasches Inkraftsetzen der Richtlinie betreffend Sonderverträge für Militärärzte hinzuwirken.

7.3 *Laut Stellungnahme des BMLVS liege die Genehmigung einer Richtlinie für den Abschluss von Sonderverträgen für Militärärzte in seinem Interesse.*

Präsente Bataillonsärzte

8.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, den Einsatz präsenter Bataillonsärzte im Hinblick auf die mehr als doppelt so hohen Ausgaben und die fehlende Möglichkeit zum Erhalt der medizinischen Qualifikation zu überdenken. Gemäß den Planungen des BMLVS sollten die Aufgaben der Heeresvertragsärzte an 23 neue präsente Bataillonsärzte übertragen werden. Für einen präsenten Bataillonsarzt betrugen die



Militärärzte

BMLVS**Sanitätswesen im Bundesheer;
Follow-up-Überprüfung**

jährlichen Ausgaben rd. 101.000 EUR; diese waren damit mehr als doppelt so hoch wie für einen Heeresvertragsarzt.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass im Zuge der Überprüfung und Restrukturierung des Sanitätsdienstes eine Evaluierung des bisher erzielten quantitativen und qualitativen „Aufwuchses“ des Sanitätspersonals erfolge. Weiters würden die Möglichkeiten zum Fähigkeitserhalt evaluiert und der Aufwand unter Bedachtnahme auf die Sanitätsversorgung von Anspruchsberechtigten und den Präsenzaufgaben gegenübergestellt werden.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLVS den Einsatz präsenter Bataillonsärzte wegen der militärmedizinischen Expertise im Bataillon und in internationalen Stäben sowie wegen der – bislang durch Heeresvertragsärzte wahrgenommenen – medizinischen Versorgung der Anspruchsberechtigten (Präsenzdiener) weiterhin für notwendig hielt (vgl. TZ 9). Nicht jedes Bataillon sei jedoch für unmittelbare Einsätze präsent zu halten bzw. als strukturiertes Bataillon zum Einsatz zu bringen. Im neuen Sanitätskonzept war vorgesehen, die bestehenden Sanitätsstrukturen erheblich zu reduzieren, auch im Bereich der Truppen-sanität. Die weiteren Planungen sollten im Rahmen des Projekts zur Restrukturierung der Sanitätsorganisation erfolgen.

Im Juli 2011 verfügte das Bundesheer über insgesamt zwölf präsente Bataillonsärzte, davon neun Ärzte mit und drei Ärzte ohne Auslandseinsatzverpflichtung.⁵ Zehn Ärzte wiesen eine – für Auslandseinsätze erforderliche – Notarztqualifikation auf, acht Ärzte hatten bereits Erfahrung mit Auslandseinsätzen. Vorkehrungen, um die medizinische Qualifikation der präsenter Bataillonsärzte angesichts der eingeschränkten Möglichkeiten bei den zu behandelnden Patienten (insbesondere Präsenzdiener) zu erhalten, fehlten (vgl. TZ 11).

8.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung nicht um.

Der RH empfahl dem BMLVS weiterhin, den Einsatz präsenter Bataillonsärzte im Hinblick auf die höheren Ausgaben und die fehlende Möglichkeit zum Erhalt der medizinischen Qualifikation zu überdenken.

8.3 Laut *Stellungnahme des BMLVS* werde es die Empfehlung des RH im laufenden Reformprozess berücksichtigen.

⁵ Neun Bataillonsärzte mit Sonderverträgen nach dem Vertragsbedienstetengesetz 1948, BGBl. Nr. 86/1948 i.d.g.F., drei Bataillonsärzte nach dem Beamten-Dienstrechtsge-setz 1979, BGBl. Nr. 333/1979 i.d.g.F.



Militärärzte

Heeresvertragsärzte

9.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, alternative Anstellungsmöglichkeiten für Heeresvertragsärzte (zivile Ärzte) zu prüfen.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass die auf Basis einer Gesamtvereinbarung mit der Österreichischen Ärztekammer bestehenden Verträge mit Heeresvertragsärzten zu den jeweils vertraglich vorgesehenen Zeitpunkten auslaufen würden. „Alternative Anstellungsmöglichkeiten“ würden die Sonderverträge für Militärärzte gemäß § 36 Vertragsbedienstetengesetz 1948 darstellen. Im Rahmen der Überprüfung und Restrukturierung des Sanitätsdienstes im Bundesheer werde eine standortbezogene Prüfung der Zweckmäßigkeit der ärztlichen Versorgung ohne sanitätstaktische Komponente erfolgen (Prüfung der Zweckmäßigkeit von Heeresvertragsärzten gegenüber Offizieren des militärmedizinischen Dienstes).

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass aufgrund einer Änderung des Vertragsbedienstetengesetzes 1948⁶ ab Jänner 2011⁷ die Rechtsgrundlage für den Abschluss neuer Verträge mit Heeresvertragsärzten auf Basis der Gesamtvereinbarung mit der Österreichischen Ärztekammer wegfiel. Mit Ende Juni 2011 kündigte daher das BMLVS die Gesamtvereinbarung; bereits bestehende Verträge blieben davon unberührt. Alternative Lösungen für die Anstellung von Heeresvertragsärzten lagen nicht vor.

9.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung nicht um.

Der RH empfahl dem BMLVS, Lösungen für die Anstellung von Heeresvertragsärzten (zivile Ärzte) zu erarbeiten.

9.3 *Laut Stellungnahme des BMLVS erscheine nur der Abschluss von Sonderverträgen gemäß § 36 Abs. 2 Vertragsbedienstetengesetz 1948 möglich, um für zivile Ärzte mit geringfügiger Beschäftigung eine adäquate Nachfolgeregelung zu schaffen. Eine Grundlage für den Abschluss von Dienstverträgen für Nachfolger für Heeresvertragsärzte sei in Bearbeitung.*

⁶ BGBl. I Nr. 111/2010

⁷ Gemäß § 1 Abs. 3 Z 2 Vertragsbedienstetengesetz 1948 war das Bundesgesetz nicht auf Personen anzuwenden, die unverhältnismäßig kurze Zeit, wenn auch regelmäßig, oder die nur fallweise verwendet wurden, anzuwenden. Als unverhältnismäßig kurze Zeit galt eine Beschäftigung im Ausmaß von weniger als einem Drittel der für Vollbeschäftigung vorgeschriebenen Wochendienstleistung. Diese Bestimmung trat am 31. Dezember 2010 außer Kraft.



9.4 Der RH wies darauf hin, bei der Gestaltung der Neuregelung zu beachten, dass Kündigungen wegen Bedarfsmangels nach dem Vertragsbedienstetengesetz des Bundes nicht möglich sind.

Kosten- und Leistungsrechnung

10.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, aussagefähige Auswertungen im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung auch für das Sanitätswesen zu erstellen. Lediglich im Jahr 2003 waren die Gesamtkosten des Sanitätswesens im Zuge einer Einmalkostenrechnung errechnet worden; dabei ermittelte das BMLVS Gesamtkosten in Höhe von 65,6 Mill. EUR.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass es bestrebt sei, die Kosten- und Leistungsrechnung flächendeckend im gesamten Ressort einzuführen. Im Militärmedizinischen Zentrum in Wien sei der Vollbetrieb der Kosten- und Leistungsrechnung seit Juni 2010 sichergestellt.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass im Februar 2010 eine Kosten- und Leistungsrechnung im Militärmedizinischen Zentrum in Wien eingeführt wurde (vgl. TZ 5). Über die Gesamtkosten für das Sanitätswesen lagen im BMLVS jedoch weiterhin keine aussagefähigen Auswertungen vor, weil ein Gesamtüberblick aufgrund unterschiedlicher organisatorischer bzw. budgetärer Zuständigkeiten fehlte. Gemäß Einzelerhebungen des RH beliefen sich die nachvollziehbaren Ausgaben des BMLVS für das Sanitätswesen im Jahr 2009 auf rd. 75,9 Mill. EUR und im Jahr 2010 auf rd. 74,4 Mill. EUR. Laut einer parlamentarischen Anfragebeantwortung des Bundesministers für Landesverteidigung und Sport aus dem Jahr 2010 beliefen sich die budgetwirksamen Ausgaben für das Sanitätswesen im Jahr 2009 hingegen lediglich auf rd. 59 Mill. EUR.⁸ Die Differenz ergab sich im Wesentlichen daraus, dass die Ausgaben für die zuständigen Stabsabteilungen des BMLVS,⁹ für Journaldienste sowie für externe Behandlungen, die über das Heerespersonalamt abgerechnet wurden, nicht enthalten waren.

⁸ Parlamentarische Anfragebeantwortung vom 7. September 2010, 6094/AB zu 6101/J XXIV. GP

⁹ Zentralstelle/Abteilung Militärmedizin, Kommando Einsatzunterstützung/Abteilung Militärisches Gesundheitswesen, Streitkräfteführungskommando/Abteilung JMed



Kosten- und Leistungsrechnung

Tabelle 2:

Gesamtausgaben des BMLVS für das Sanitätswesen¹

	2009	2010
	in Mill. EUR ²	
Gesamtausgaben für das Sanitätswesen	75,9	74,4
davon		
– Zentralstelle/Abteilung Militärmedizin ³	1,0	1,0
– Kommando Einsatzunterstützung	40,8	40,1
davon		
– Abteilung Militärisches Gesundheitswesen ⁴	0,7	0,7
– Militärmedizinisches Zentrum in Wien ⁵	15,8	15,4
davon		
– Personalausgaben ohne Journaldienste	15,3	14,9
– Sachaufwand	0,6	0,6
– Sanitätszentrum Süd ⁶	8,8	7,6
davon		
– Personalausgaben ohne Journaldienste	8,6	7,3
– Sachaufwand	0,3	0,3
– Sanitätszentrum West ⁷	5,8	6,8
davon		
– Personalausgaben ohne Journaldienste	5,4	6,4
– Sachaufwand	0,4	0,4
– Feldambulanz in Hörsching	2,0	2,3
davon		
– Personalausgaben ohne Journaldienste	1,9	2,3
– Sachaufwand	0,1	0,1
– Beschaffungen ⁸	5,9	5,1
– Journaldienste	1,7	2,0
– Streitkräfteführungskommando	25,1	26,3
davon		
– Abteilung JMed ⁹	1,1	1,1
– Nachgeordneter Bereich ¹⁰	24,1	25,2
davon		
– Personalausgaben ohne Journaldienste	19,9	20,0
– Journaldienste	3,1	4,2
– Sachaufwand	1,0	1,0
– Externe Behandlungen ¹¹	9,0	7,0

¹ ohne Ausgaben für Infrastruktur, zentrale Beschaffungen (Großgeräte, Möbel etc.) sowie Auslandszulagen für Sanitätspersonal² Rundungsdifferenzen möglich³ Personalausgaben (Schausgaben nicht ermittelbar bzw. vernachlässigbar); bereinigt um anteilige Ausgaben für das Referat Veterinärmedizin⁴ Personalausgaben (Schausgaben nicht ermittelbar bzw. vernachlässigbar); bereinigt um anteilige Ausgaben für die Referate Arbeitsmedizin und Eignungsfeststellung sowie Veterinärmedizin⁵ Kommando des Militärmedizinischen Zentrums in Wien, Heerespital in Wien, Sanitätsschule, Gesundheits- und Krankenpflegeschule sowie Heeresapotheke⁶ Kommando des Sanitätszentrums Süd, Militärspital in Graz und Feldambulanz in Klagenfurt⁷ Kommando des Sanitätszentrums West, Militärspital in Innsbruck und Feldambulanz in Salzburg⁸ vor allem Medikamente, Verbandsmaterial, medizinische Kleingeräte⁹ Personalausgaben (Schausgaben nicht ermittelbar bzw. vernachlässigbar)¹⁰ Stellungskommissionen, truppenärztliche Ordinationen (vormals Krankenreviere)¹¹ Ausgaben für Vertretungsärzte (Konsiliarärzte) und Behandlungen in zivilen Einrichtungen, die über das Heerespersonalamt abgerechnet wurden

Quelle: BMLVS



10.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung teilweise um, weil es zwar eine Kosten- und Leistungsrechnung im Militärmedizinischen Zentrum eingeführt hatte, aber kein Überblick über die Gesamtkosten des Sanitätswesens bestand.

Der RH empfahl dem BMLVS weiterhin, aussagefähige Auswertungen im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung auch für das Sanitätswesen zu erstellen.

10.3 *Laut Stellungnahme des BMLVS komme ab 2013 im gesamten Ressort ein einheitlicher Leistungskatalog mit dem Instrument SAP/CO der Bundeskosten- und Leistungsrechnung zur Anwendung. Die Vollziehung der Bundeskosten- und Leistungsrechnung mit SAP/CO sehe keine detaillierte Produktkalkulation im einzelnen Sanitätsfall vor.*

10.4 Der RH betonte, dass der Leistungskatalog so zu gestalten ist, dass aussagefähige Auswertungen im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung auch für das Sanitätswesen erstellt werden können und ein Überblick über die Gesamtkosten des Sanitätswesens erzielt werden kann.

Kooperationen im Sanitätswesen

Aus-, Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals

11.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, ein alle Sanitätseinrichtungen umfassendes Konzept zu erarbeiten, das die medizinische und die militärmedizinische Fort- und Weiterbildung des gesamten Sanitätspersonals des Bundesheers im Rahmen von Kooperationen mit zivilen Einrichtungen vorsieht. Es sollten darin insbesondere auch die Kriterien und der Umfang der Maßnahmen zum Erhalt der medizinischen Qualifikation festgelegt werden.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass sämtliche Ausbildungsgänge des Sanitätspersonals in den Durchführungsbestimmungen der Offiziers- und Unteroffiziersausbildung geregelt seien. Für sämtliche Ausbildungsgänge existierten Curricula. Für Offiziere im militärmedizinischen und im gehobenen medizinisch-technischen Dienst seien Laufbahnbilder verfügt worden, für Militärpsychologen sei ein neues Laufbahnbild in Bearbeitung. Die Verpflichtung zur Absolvierung des Diplomfortbildungsprogramms sei Inhalt der Ärztekammervertragsbestandteile. Das dreijährige Fort- und Weiterbildungsprogramm werde im Personalinformationssystem „PERSIS“ gespeichert.



Kooperationen im Sanitätswesen

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass BMLVS-interne Prüfberichte vom März bzw. Dezember 2009 neuerlich die Notwendigkeit von Kooperationen mit zivilen Einrichtungen aufzeigten, weil die zu behandelnden Patienten (insbesondere Präsenzdiener) dem Sanitätspersonal wenig Gelegenheit böten, seine Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erhalten. Im Hinblick auf allfällige Einsatzaufgaben seien die stationäre Versorgung und operative Tätigkeiten an Patienten vermehrt erforderlich.

Im Jänner 2010 sowie im Februar 2011 ordnete das BMLVS neue Laufbahnbilder für Offiziere des militärmedizinischen, militärpharmazeutischen und Veterinärdienstes sowie für Militärpsychologen an. Weiters verfügte das BMLVS im April 2009 ein Laufbahnbild für die neue Sonderlaufbahn „Offiziere des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes“; die erforderliche Berücksichtigung im Dienstrecht war noch nicht erfolgt.

Ein Konzept für alle Sanitätseinrichtungen, das die medizinische bzw. militärmedizinische Fort- und Weiterbildung des gesamten Sanitätspersonals des Bundesheers im Rahmen von Kooperationen mit zivilen Einrichtungen vorsah, lag jedoch nicht vor.

Das neue Sanitätskonzept des BMLVS legte fest, dass das Sanitätspersonal seine medizinische Qualifikation mit den im normalen Dienstbetrieb auftretenden Krankheitsbildern weder qualitativ noch quantitativ erhalten könne. Das Sanitätspersonal des Bundesheers müsse daher zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung seiner Fähigkeiten zu einem Kooperationspartner entsendet werden können; dies habe planbar und auf sicherer vertraglicher Grundlage zu erfolgen. Die weitere Befassung mit Kooperationen war im Rahmen des Projekts zur Restrukturierung der Sanitätsorganisation vorgesehen.

11.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung nicht um, weil ein Gesamtkonzept für die medizinische und die militärmedizinische Fort- und Weiterbildung nicht vorlag.

Der RH empfahl dem BMLVS weiterhin, ein alle Sanitätseinrichtungen umfassendes Konzept zu erarbeiten, das die medizinische und die militärmedizinische Fort- und Weiterbildung des gesamten Sanitätspersonals des Bundesheers im Rahmen von Kooperationen mit zivilen Einrichtungen vorsieht. Es sollten darin insbesondere auch die Kriterien und der Umfang der Maßnahmen zum Erhalt der medizinischen Qualifikation festgelegt werden.



Kooperationen im Sanitätswesen

BMLVS

**Sanitätswesen im Bundesheer;
Follow-up-Überprüfung**

11.3 Laut *Stellungnahme des BMLVS* befindet sich das Konzept für die Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals im Rahmen von Kooperationen in Bearbeitung. Das BMLVS werde die Empfehlung des RH im laufenden Reformprozess berücksichtigen.

12.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, in dienstrechtlicher Hinsicht Vorsorge zu treffen, dass künftig die Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals auch in zivilen Einrichtungen verpflichtend möglich ist.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass es aufgrund der zweiten Dienstrechtsnovelle 2009¹⁰ seit Jänner 2011 die Möglichkeit habe, Beamte zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung ihrer medizinischen, medizinisch-technischen oder pflegerischen Fähigkeiten in zivile Gesundheitseinrichtungen zu entsenden.¹¹ Die Entsendung müsse jedoch in unmittelbarem und überwiegendem Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben des Bundesheers stehen. Kooperationsprojekte mit zivilen Gesundheitseinrichtungen befanden sich in Verhandlung. Die bereits zuvor bestehende Regelung des § 39a Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979 sei für die Aus- und Fortbildung von Sanitätspersonal bei zivilen Kooperationspartnern aufrecht und praktikabel.¹²

Weiters teilte das BMLVS mit, dass die Aufnahme der Fortbildungsverpflichtung bei zivilen Gesundheitseinrichtungen in die Beschaffungsverträge angestrebt werde.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass mit den im Jänner 2011 in Kraft getretenen Bestimmungen des § 39b Beamten-Dienstrechtsge setz 1979 (für Beamte) bzw. § 6b Vertragsbedienstetengesetz 1948 (für Vertragsbedienstete) zwar die dienstrechtlichen Voraussetzungen für die Entsendung von Sanitätspersonal an zivile Einrichtungen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der medizinischen, medizinisch-technischen oder pflegerischen Fähigkeiten geschaffen wurden. Derartige Entsendungen setzten jedoch das Vorliegen eines entsprechenden Kooperationsvertrags voraus. Abgesehen von einer bereits seit 1992 bestehenden Kooperationsvereinbarung zwischen dem Militärspital in Innsbruck und der Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH hatte das BMLVS jedoch keine weiteren Kooperationsvereinbarungen

¹⁰ Einführung des § 39b in das Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979 bzw. des § 6b in das Vertragsbedienstetengesetz 1948 mit BGBl. I Nr. 111/2010

¹¹ Entsendung ohne schriftliche Zustimmung des Beamten lediglich für die Dauer von 90 Tagen in einem Kalenderjahr; Entsendung mit schriftlicher Zustimmung unbegrenzt

¹² Entsendung lediglich für die Dauer von längstens sechs Monaten



Kooperationen im Sanitätswesen

mit zivilen Gesundheitseinrichtungen abgeschlossen – trotz einer entsprechenden Weisung des Bundesministers für Landesverteidigung und Sport aus dem Jahr 2009 sowie der Einrichtung einer eigenen Task Force im BMLVS im Jahr 2010¹³ (vgl. TZ 21). Bemühungen des BMLVS, eine Kooperationsvereinbarung mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund abzuschließen, führten lediglich zu Vertragsentwürfen.

Weiters stellte der RH fest, dass die Beschäftigungsverträge für neu aufgenommenes Sanitätspersonal weiterhin keine Fortbildungsverpflichtung bei zivilen Gesundheitseinrichtungen aufwiesen.

- 12.2** Das BMLVS setzte die Empfehlung teilweise um, weil die dienstrechtlichen Voraussetzungen für die Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals auch in zivilen Einrichtungen geschaffen wurden. Entsprechende Kooperationsvereinbarungen für die Entsendung von Sanitätspersonal an zivile Einrichtungen waren zwischenzeitig jedoch nicht abgeschlossen worden. Außerdem sahen die Beschäftigungsverträge für neu aufgenommenes Sanitätspersonal weiterhin keine Fortbildungsverpflichtung bei zivilen Gesundheitseinrichtungen vor.

Der RH empfahl daher dem BMLVS, Kooperationsvereinbarungen mit zivilen Gesundheitseinrichtungen zügig abzuschließen. Darüber hinaus empfahl er, in den Dienstverträgen für neu aufzunehmendes Sanitätspersonal eine Fortbildungsverpflichtung bei zivilen Gesundheitseinrichtungen insbesondere hinsichtlich praktischer medizinischer, medizinisch-technischer und pflegerischer Leistungen an Patienten vorzusehen.¹⁴

- 12.3** *Laut Stellungnahme des BMLVS werde es die Empfehlung des RH im laufenden Reformprozess berücksichtigen.*

Kooperationen der militärischen Krankenanstalten

- 13.1 (1)** Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, vor der Umsetzung von einzelnen standortbezogenen Kooperationsprojekten den Gesamtbedarf an stationären Kapazitäten für die militärischen Krankenanstalten realistisch festzulegen. Weiters wären Kriterien und Umfang von notwendigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in zivilen Einrichtungen für das Sanitätspersonal zu definieren.

¹³ Die Task Force wurde im März 2010 eingerichtet und hätte ihre Arbeit im Oktober 2010 abschließen sollen. Insgesamt fanden zwei Sitzungen der Task Force statt (am 13. März 2010 und am 4. August 2010); diese blieben aber ohne konkrem Ergebnis.

¹⁴ unabhängig von den von der Österreichischen Ärztekammer vorgeschriebenen Fortbildungsverpflichtungen



Kooperationen im Sanitätswesen

BMLVS

**Sanitätswesen im Bundesheer;
Follow-up-Überprüfung**

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass als erste Maßnahme die geplante Verlegung des Militärspitals in Innsbruck nach Schwaz in Tirol abgebrochen und die Verhandlungen hinsichtlich der geplanten Kooperation mit dem Gemeindeverband Bezirkskrankenhaus Schwaz beendet worden seien. Im Rahmen der Restrukturierung des Sanitätswesens erfolge eine Überprüfung und Neubeurteilung der Mengengerüste und des Ausbildungsbedarfs. Davon abgeleitet werde der Bedarf an stationären Kapazitäten festgelegt. Ableitungen für etwaige Kooperationen würden nach Verfügung des Sanitätskonzepts erfolgen.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLVS im Oktober 2009 die Verhandlungen über die geplante Kooperation zwischen dem Militärspital in Innsbruck und dem Gemeindeverband Bezirkskrankenhaus Schwaz beendet hatte. Gemäß dem neuen Sanitätskonzept waren die militärischen Krankenanstalten in Fachambulatorien umzuwandeln. Kriterien und Umfang von notwendigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in zivilen Einrichtungen für das Sanitätspersonal definierte das BMLVS nicht. Eine Überprüfung und Neubeurteilung war im Rahmen des Projekts zur Restrukturierung der Sanitätsorganisation vorgesehen.

13.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung teilweise um, weil es die Restrukturierung des Sanitätswesens zwar eingeleitet, aber noch nicht abgeschlossen hatte.

Der RH empfahl dem BMLVS weiterhin, Kriterien und Umfang von notwendigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in zivilen Einrichtungen für das Sanitätspersonal zu definieren.

13.3 Das BMLVS nahm die Feststellungen des RH zur Kenntnis.

Sanitätsschule

14.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, die Militärärzte der Sanitätsschule umfassend in den Lehrbetrieb und – zur Aufrechterhaltung ihrer fachlichen Fähigkeiten – in den Krankenanstaltenbetrieb einzubinden.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass es bemüht sei, den Aufwand für externe Gastlehrer durch Einbindung der Militärärzte der Sanitätsschule in den Lehrbetrieb zu reduzieren. Eine Änderung der Arbeitsplatzbeschreibungen der Ärzte sei in Arbeit. Durch regelmäßigen Einsatz im kurativen Bereich werde die Erhaltung der fachlichen Fähigkeiten der Militärärzte umzusetzen sein.



Kooperationen im Sanitätswesen

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass während der Überprüfung durch den RH an der Sanitätsschule von sechs laut Organisationsplan vorgesehenen Militärärzten nur drei tatsächlich zur Verfügung standen. In entsprechenden Erlässen des BMLVS war eine allgemeine Lehrverpflichtung für Schulpersonal vorgesehen. Die Arbeitsplatzbeschreibungen sahen dagegen nur bei zwei Ärzten ausdrücklich eine Einbindung in den Lehrbetrieb vor.

Die drei verfügbaren Militärärzte wurden nunmehr in den Lehrbetrieb an der Sanitätssehule eingebunden. Die Ausgaben für externe und heeresinterne Gastlehrer wurden von insgesamt rd. 29.000 EUR (2008) auf rd. 11.000 EUR (2010) reduziert.

Eine Einbindung der Militärärzte in den Krankenanstaltenbetrieb erfolgte jedoch nicht; das BMLVS begründete dies mit der mangelnden praktischen Erfahrung der Militärärzte und mit der verminderten Personalausstattung der Sanitätsschule.

14.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung teilweise um, weil die verfügbaren Militärärzte der Sanitätsschule in den Lehrbetrieb, insbesondere aufgrund der mangelnden praktischen Erfahrung jedoch nicht in den Krankenanstaltenbetrieb eingebunden wurden.

Der RH empfahl dem BMLVS, Maßnahmen zum Fähigkeitserhalt von Militärärzten zu setzen.

14.3 *Laut Stellungnahme des BMLVS sei die Einbindung der betroffenen Militärärzte (Ärzte für Allgemeinmedizin und Notärzte bzw. ein Facharzt für Pathologie) in den Krankenanstaltenbetrieb vor allem deswegen unterblieben, weil in einem Heeresfachambulatorium bzw. in Fachabteilungen der Heereskrankenanstalt grundsätzlich kein einschlägiger Fähigkeitserhalt für diese Ärzte zu erzielen sei.*

14.4 Der RH entgegnete, dass seine Empfehlung, Maßnahmen zum Fähigkeitserhalt von Militärärzten zu setzen, auch als grundsätzliche Empfehlung aufzufassen war (vgl. TZ 11). Dazu verwies er auch auf die anlässlich der Überprüfung der Beteiligung Österreichs am Einsatz im Tschad aufgezeigten Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Militärärzten für Auslandseinsätze (Reihe Bund 2011/11, TZ 27).



Kooperationen im Sanitätswesen

Sanitätswesen im Bundesheer;
Follow-up-ÜberprüfungGesundheits- und
Krankenpflegeschule

15.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, den Betrieb der Gesundheits- und Krankenpflegeschule einzustellen und den Ausbildungsbedarf durch Kooperationen mit zivilen Schulen abzudecken.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, im Zuge der Restrukturierung des Sanitätswesens die Mengengerüste und den Ausbildungsbedarf für Sanitätspersonal sowie die Möglichkeit einer alternativen Bedarfsdeckung durch Kooperationen mit zivilen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen zu prüfen. An der Gesundheits- und Krankenpflegeschule erfolgte jedoch nicht nur die Heranbildung der Diplomkrankenpfleger, sondern sei auch die qualifizierte Fortbildung des Sanitätsfachpersonals durchzuführen.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLVS eine Schließung der Gesundheits- und Krankenpflegeschule erwogen, aber noch nicht vorgenommen hatte. Die Zentralstelle des BMLVS hatte im Jänner 2011 die Weisung erteilt, das Aufnahmeverfahren für den Lehrgang 2011/2014 bis auf Weiteres auszusetzen. Entgegen dieser Weisung nahm die Gesundheits- und Krankenpflegeschule nach einem Aufnahmeverfahren im Februar 2011 elf Bewerber mit Wirksamkeit vom April 2011 auf. Im März 2011 entschied die Zentralstelle des BMLVS, den Lehrgang durchzuführen.

Die Kursteilnehmer- und Abschlusszahlen stellten sich wie folgt dar:

Tabelle 3: Kursteilnehmerzahlen an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule

Lehrgang	Teilnehmer (Kursbeginn)	Teilnehmer (Abschluss)	
		Anzahl	
2004/2007		7	4
2005/2008		10	8 (3) ¹
2006/2009		9 (1) ¹	8 (1) ¹
2007/2010		17 (9) ¹	17 (9) ¹
2008/2011		16 (1) ¹	15 (1) ¹
2009/2012		15 (2) ¹	
2010/2013		15 (4) ^{1,2}	
2011/2014		11 (1) ¹	

¹ davon zivile Teilnehmer

² im Jahr 2011 waren davon noch zehn Teilnehmer in der Ausbildung

Quelle: BMLVS



Kooperationen im Sanitätswesen

Laut BMLVS waren die niedrigen Teilnehmerzahlen bis 2008 auf eine Änderung des Ausbildungsplans für das Sanitätspersonal zurückzuführen; ab 2010 stieg die Zahl der ausgebildeten diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger an. Von den insgesamt 30 genehmigten Ausbildungsplätzen waren somit im Durchschnitt rd. 50 % belegt.

An der Gesundheits- und Krankenpflegeschule erfolgte nicht nur die Ausbildung zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger, sondern auch die Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals. Der Personalstand der Gesundheits- und Krankenpflegeschule belief sich auf sieben Vollbeschäftigungäquivalente. Mangels detaillierter Aufschlüsselung in der Kosten- und Leistungsrechnung konnte das BMLVS keine Auskunft über die tatsächlichen Kosten für die Ausbildung an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule erteilen.

Nach dem neuen Sanitätskonzept des BMLVS hätte die fachliche Ausbildung für das gehobene medizinische Personal im Allgemeinen im zivilen Bereich zu erfolgen.

15.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung nicht um.

Der RH empfahl dem BMLVS, zunächst die Aus- und Weiterbildung des militärischen Pflegepersonals durch Kooperationen mit dem zivilen Bereich sicherzustellen und den Betrieb der Gesundheits- und Krankenpflegeschule einzustellen.

15.3 Laut *Stellungnahme des BMLVS* werde es die Empfehlung des RH im laufenden Reformprozess berücksichtigen.

Journaldienste

16.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, für die Journaldienste in den militärischen Krankenanstalten eine Regelung zu treffen, die entsprechend dem Patientenaufkommen wirtschaftlich, zweckmäßig und sparsam gestaltet ist und auch den gesetzlichen Vorgaben des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes¹⁶ entspricht.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass eine neue Journaldienstregelung (Grundsatzregelung) erarbeitet werde und sich im Stellungnahmeverfahren befindet.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLVS aufgrund einer durch seinen Bericht veranlassten ressortinternen Überprüfung des Heeresspitals in Wien ein Optimierungs- und Einsparungspotenzial von zumin-

¹⁶ BGBl. I Nr. 8/1997 i.d.g.F.



Journaldienste

Sanitätswesen im Bundesheer; Follow-up-Überprüfung

dest 25 % im Bereich der Journaldienste sah. Daraufhin wies das BMLVS das Heeresspital in Wien im Mai 2011 an, ab Juni 2011 eine neue Journaldienstregelung umzusetzen, die nach dem Patientenaufkommen gestaltet war und den gesetzlichen Vorgaben des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes entsprach. Das Heeresspital in Wien erließ jedoch erst am 14. Juli 2011 – einen Tag nach der örtlichen Überprüfung durch den RH – eine Anordnung zum neuen Journaldienstbetrieb.

- 16.2** Das BMLVS setzte die Empfehlung nach der örtlichen Überprüfung durch den RH um.

Der RH empfahl dem BMLVS jedoch, auf die ordnungsgemäße Umsetzung der Journaldienstregelung im Heeresspital in Wien zu achten.

- 16.3** *Laut Stellungnahme des BMLVS werde die Umsetzung der Journaldienstregelung im Rahmen der Dienstaufsicht wahrgenommen.*

Dienstzeitregelung

- 17.1** (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, die Einhaltung der Gleitzeitregelung im Heeresspital in Wien im Rahmen der Dienstaufsicht zu kontrollieren.

Im Rahmen des Stellungnahme- bzw. Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass es die Zeitkartenführung im Heeresspital in Wien überprüft habe. Unregelmäßigkeiten bei der Einhaltung der Gleitzeitregelung seien disziplinär gewürdigt, die Dienstaufsicht sei verstärkt worden. Die Richtlinien betreffend die gleitende Dienstzeit für Militärärzte sowie die Führung der Zeitkarte seien überarbeitet und im Mai 2010 neu erlassen worden.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLVS am 20. Mai 2010 eine neue Richtlinie über die gleitende Dienstzeit für Militärärzte sowie die Führung von Arbeitszeitkarten verfügt hatte. Die Handhabung der neuen Richtlinie wurde im November 2010 im Heeresspital in Wien im Rahmen von Kaderfortbildungsveranstaltungen erläutert. Seit Jänner 2011 hatte der für das Heeresspital zuständige Kommandant des Militärmedizinischen Zentrums in Wien seiner vorgesetzten Dienststelle im BMLVS die monatlichen Dienstaufsichtspläne vorzulegen.

Weiters stellte der RH fest, dass das BMLVS aufgrund des Vorberichts die Arbeitszeiterfassungen von insgesamt 44 Militärärzten und Militärpsychologen in Wien von Jänner 2008 bis August 2010 überprüft hatte. Bei 29 Militärärzten und Militärpsychologen des Heeresspitals in Wien wurden Verstöße gegen die Vorgaben des BMLVS festgestellt; in 15 Fällen lagen dagegen keine bzw. nur marginale Fehlleistungen



Dienstzeitregelung

vor. Dies führte in 23 Fällen zu Disziplinaranzeigen bzw. eingeleiteten Kommandantenverfahren sowie in einem Fall zur Auflösung des Dienstverhältnisses.¹⁶ Der Kommandant und ärztliche Leiter des Heeresspitals in Wien wurde mit Wirksamkeit vom 1. April 2011 von seiner Funktion abberufen. Bei drei nach dem Vertragsbedienstetengesetz 1948 beschäftigten Ärzten erfolgten Belehrungen. Ein Verfahren war noch ausständig.

Im Zuge dieser Überprüfungen stellte das BMLVS Unregelmäßigkeiten bei Abrechnungen von Ärzten des Heeresspitals in Wien fest. Im November 2010 bzw. März 2011 übermittelte das BMLVS Sachverhaltsdarstellungen wegen des Verdachts gerichtlich strafbarer Handlungen an die Korruptionsstaatsanwaltschaft bzw. die Staatsanwaltschaft Wien. Der Verdacht richtete sich gegen insgesamt sieben Personen. Ein Arzt wurde gekündigt.

17.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung um.

Nebenbeschäftigung

18.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, die Nebenbeschäftigungsverhältnisse bei Militärärzten auf ihre Vereinbarkeit mit den dienstlichen Anforderungen zu überprüfen.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass es eine Überprüfung der Nebenbeschäftigungsverhältnisse von Militärärzten auf ihre Vereinbarkeit mit dienstlichen Anforderungen durchgeführt habe.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLVS zwischen August und Oktober 2010 die Nebenbeschäftigungen sämtlicher Bediensteter des Ressorts neu erhoben und seine Nebenbeschäftigungsdatenbank aktualisiert hatte. Während der Gebarungsüberprüfung war die Überprüfung von vier neu gemeldeten Nebenbeschäftigungen noch offen.¹⁷

18.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung um.

¹⁶ Die Verfahren waren zum Zeitpunkt der Follow-up-Überprüfung noch nicht abgeschlossen.

¹⁷ mit Stand Juli 2011



Nebenbeschäftigte

BMVLS**Sanitätswesen im Bundesheer;
Follow-up-Überprüfung**

- 19.1 (1)** Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, Nebenbeschäftigte von Militärärzten grundsätzlich zu regeln und in regelmäßigen Abständen auch Aktualisierungen der Nebenbeschäftigungsmeldungen vorzusehen.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMVLS mitgeteilt, dass bei Sonderverträgen für Militärärzte gemäß § 36 Vertragsbediensteten gesetz 1948 Nebenbeschäftigte als genehmigungspflichtig vereinbart würden. Ab Jänner 2010 bestünde für den Bundesminister für Landesverteidigung und Sport die Möglichkeit, mittels Verordnung zu regeln, welche Nebenbeschäftigte für bestimmte Personengruppen unzulässig sind. Neben einer bereits bestehenden Verordnung über unzulässige Nebenbeschäftigte für Bedienstete im Nachrichtendienstlichen Bereich sei eine weitere Verordnung über unzulässige Nebenbeschäftigte für andere Personengruppen in Bearbeitung.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass gemäß den Sonderverträgen für Militärärzte Nebenbeschäftigte in einer ärztlichen Funktion genehmigungspflichtig waren. Das BMVLS hatte jedoch keine konkreten Vorgaben definiert, um die Zulässigkeit von Nebenbeschäftigte zu beurteilen.

Weiters stellte der RH fest, dass im April 2011 eine neue Verordnung des Bundesministers für Landesverteidigung und Sport über unzulässige Nebenbeschäftigte¹⁸ in Kraft getreten war. Militärärzte waren von der Verordnung nicht betroffen. Das BMVLS begründete dies damit, dass die im Heeresspital in Wien aufgezeigten Beanstandungen bei Nebenbeschäftigte von Militärärzten nicht auf die fehlende Zulässigkeit der Nebenbeschäftigte, sondern auf eine mangelnde Dienstaufsicht zurückzuführen waren.

Für eine regelmäßige Aktualisierung von Nebenbeschäftigungsmeldungen sah das BMVLS keine Veranlassung, weil Bedienstete gemäß § 56 Abs. 3 Beamten-Dienstrechts gesetz 1979 bzw. § 5 Abs. 1 Vertragsbedienstetengesetz 1948 verpflichtet wären, jede erwerbsmäßige Nebenbeschäftigung und jede Änderung einer solchen unverzüglich zu melden.

- 19.2** Das BMVLS setzte die Empfehlung nicht um. Der RH verwies dazu neu erlich auf die im Vorbericht aufgezeigten Beanstandungen bei Nebenbeschäftigte von Militärärzten.

¹⁸ BGBl. II Nr. 100/2011



Nebenbeschäftigte

Er empfahl dem BMLVS weiterhin, Nebenbeschäftigte von Militärärzten grundsätzlich zu regeln und konkrete Vorgaben zu definieren, um die Zulässigkeit von Nebenbeschäftigte zu beurteilen. Weiters empfahl er, in regelmäßigen Abständen Aktualisierungen der Nebenbeschäftigungsmeldungen vorzusehen.

- 19.3 Laut *Stellungnahme des BMLVS* könne aufgrund der vielfachen Möglichkeiten der zeitlichen Gestaltung einer Nebenbeschäftigung ausschließlich im Einzelfall beurteilt werden, ob einem Militärarzt durch eine Nebenbeschäftigung die Erfüllung seiner Dienstpflichten nach den §§ 47 ff. Beamten-Dienstrechtsgegesetz 1979 unmöglich gemacht bzw. erschwert werde und somit der Tatbestand „Behinderung an der Erfüllung der dienstlichen Aufgaben“ im Sinne des § 56 Abs. 2 1. Fall Beamten-Dienstrechtsgegesetz 1979 erfüllt sei.
- 19.4 Der RH entgegnete, dass eine grundsätzliche Regelung der Nebenbeschäftigte von Militärärzten mit konkreten Vorgaben erforderlich ist, um die Zulässigkeit einer Nebenbeschäftigung im Einzelfall auch beurteilen zu können, und hielt seine Empfehlung aufrecht.

Patiententransport

Patientenrückholung aus dem Ausland

- 20.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, die organisatorische Abwicklung der Rückholung von Patienten aus dem Ausland mit vorhandenen Ressourcen des BMLVS durchzuführen. Weiters hatte er empfohlen, die eigenständige Rückholung verletzter und kranker Soldaten aus dem Ausland ehestmöglich sicherzustellen und für den Transport vom Flughafen zur Krankenanstalt mit einem heereseigenen Notarztteam zu sorgen.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass die Einsatzfähigkeit des neu angekauften Patientenbetreuungs-Container-Systems¹⁹ vorhanden und die Ausbildung des medizinischen Fachpersonals (Aeromedical Crew) abgeschlossen sei. Die Inanspruchnahme von Fremdleistungen sei nur mehr anlassbezogen nach gesonderter Beurteilung beabsichtigt.

- (2) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLVS die bestehenden Verträge mit einem privaten Unternehmen über die organisatorische Abwicklung der Rückholung von verletzten oder erkrankten österreichischen Soldaten aus dem Ausland mit Wirksamkeit vom 31. Mai 2011 gekündigt hatte. Diese Verträge hatte das BMLVS für jeden einzelnen

¹⁹ medizinische Versorgungseinrichtung für den Transport von verletzten Personen in zivilen oder militärischen Luftfahrzeugen



Patiententransport

Sanitätswesen im Bundesheer; Follow-up-Überprüfung

Auslandseinsatz abgeschlossen, wobei sich die Kosten nach der Personalstärke des jeweiligen Auslandskontingents richteten.

Im April 2011 schloss das BMLVS mit einer Flugambulanz einen auf drei Jahre begrenzten Rahmenvertrag über Flugrettungsleistungen ab, wobei die Verrechnung nur mehr nach tatsächlich erbrachten Leistungen erfolgte. Der Rahmenvertrag bot überdies die Möglichkeit, das medizinische Fachpersonal des Bundesheers (Aeromedical Crew) für die Einsätze zu stellen.

Aufgrund von Anordnungen des BMLVS aus den Jahren 2010 und 2011 waren Soldaten, die aus gesundheitlichen Gründen aus einem Auslandseinsatz rückgeführt wurden, nach Möglichkeit vorrangig mit heimischen Krankentransportmitteln in eine Krankenanstalt zu transportieren. Das BMLVS übernahm im April 2010 ein dafür angekaufte Patientenbetreuungs-Container-System für Transportflugzeuge („C-130 MEDEVAC-Modul“) und setzte dieses bis Juli 2011 zweimal für Patiententransporte aus dem Ausland ein. Darüber hinaus bildete es das erforderliche Sanitätspersonal (Aeromedical Crew) aus.

20.2 Das BMLVS setzte die beiden Empfehlungen um.

Notarztwagen des Bundesheers

21.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, die Einbindung der Notarztwagen des Bundesheers in zivile Notarztsysteme umgehend zu betreiben. Das BMLVS hatte im Jahr 2005 zehn Notarztwagen um insgesamt rd. 900.000 EUR angeschafft. Das Nutzungskonzept sah vor, die Fahrzeuge u.a. zur Aus-, Fort- und Weiterbildung der Notärzte und Sanitätsunteroffiziere sowie zur Erhaltung der Qualifikation des Sanitätspersonals mit notfallmedizinischer Ausbildung einzusetzen. Seit 2007 verwendete das BMLVS zwei Notarztwagen im Auslandseinsatz. Die übrigen acht Fahrzeuge waren den militärischen Krankenanstalten bzw. den Militärflugplätzen zugeteilt.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass eine Task Force zur Erarbeitung der Grundlagen für die Einbindung der Notarztwagen in zivile Notarztsysteme gebildet worden sei und dass Kooperationsprojekte mit zivilen Rettungsstellen in Wien und in der Steiermark verhandelt würden.

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass ein BMLVS-interner Kontrollbericht aus dem Jahr 2009 neuerlich aufzeigte, dass das BMLVS die im Inland verwendeten Notarztwagen mangels Patientenaufkommens kaum für Notfall- oder Krankentransporte eingesetzt hatte. Die Fahrzeuge wiesen hohe Stehzeiten auf und wurden häufig bei Repräsentations-



Patiententransport

tationsveranstaltungen (Paraden, Garnisonsbälle etc.) genutzt. Im August 2011 wurde die Zuweisung eines weiteren Notarztwagens für einen Auslandseinsatz beantragt.

Der Bundesminister für Landesverteidigung und Sport hatte in einer Weisung vom Mai 2009 die nachdrückliche Realisierung von Sanitätskooperationen angeordnet; dazu richtete das BMLVS eine Task Force ein (vgl. TZ 12). In weiterer Folge erwog das BMLVS Kooperationen mit den Ländern Wien und Steiermark; aufgrund rechtlicher Bedenken gegen eine kostenlose Einbindung der Notarztwagen in zivile Rettungssysteme verwirklichte es jedoch keine Kooperationsprojekte. Eine Einbindung in zivile Notarztsysteme erfolgte somit nicht.

Laut BMLVS werde es die Empfehlung des RH im Rahmen des Projekts zur Restrukturierung der Sanitätsorganisation wieder aufgreifen.

21.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung nicht um.

Der RH empfahl dem BMLVS weiterhin, die Einbindung der Notarztwagen des Bundesheers in zivile Notarztsysteme umgehend zu betreiben, um die medizinischen Fähigkeiten der Notärzte und Notfallsanitäter aufrechtzuerhalten.

21.3 Laut *Stellungnahme des BMLVS* werde es die Empfehlung des RH im laufenden Reformprozess berücksichtigen.

Nutzung von Synergien

22.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, an gemeinsamen Standorten von Militärspital und Stellungskommission²⁰ Synergien durch gemeinsamen Einsatz von medizinischen Geräten und durch unbürokratische Personalaushilfe zu nutzen.

Im Rahmen des Nachfrageverfahrens hatte das BMLVS mitgeteilt, dass Daten über Leistungen sowie personelle und materielle Ressourcen der Labors in den Stellungskommissionen und den Militärspitälern erhoben worden seien und ein Evaluierungsverfahren eingeleitet worden sei. Die Personalaushilfe von medizinisch-technischem Personal werde durch das verantwortliche Kommando sichergestellt.

²⁰ in Graz und Innsbruck



Nutzung von Synergien

BMLVS

**Sanitätswesen im Bundesheer;
Follow-up-Überprüfung**

(2) Der RH stellte nunmehr fest, dass ein BMLVS-interner Revisionsbericht aus dem Jahr 2009 empfohlen hatte, die Auslastung der Labors für die Stellungskommissionen und die Militärspitäler in Graz und Innsbruck zu prüfen und die Labors zur effizienteren Nutzung der vorhandenen Großgeräte gegebenenfalls zusammenzulegen. Das BMLVS hatte die Umsetzung der Empfehlung für 2009 zugesagt.

Im August 2010 ordnete das BMLVS die Zusammenarbeit zwischen den Labors an gemeinsamen Standorten von Militärspitälern und Stellungskommissionen in Graz und Innsbruck an. An diesen Standorten wurde jeweils ein gemeinsames Blutanalysegerät angemietet und im jeweiligen Militärspital aufgestellt. Aufgrund einer ersten Evaluierung im Februar 2011 ordnete das BMLVS auch die gemeinsame Nutzung von Ultraschallgeräten an und regte sie hinsichtlich der übrigen Laborausstattung an. Zudem hatte das Labor der Feldambulanz in Hörsching die Labortätigkeit für die nahe gelegene²¹ Stellungskommission in Linz wegen eines Geräteausfalls von Jänner bis Mai 2010 tageweise übernommen. Die kurzfristige Personalaushilfe zwischen den Stellungskommissionen und den Organisationseinheiten des Sanitätswesens wies das BMLVS anhand exemplarisch ausgewählter Beispiele nach.

Gemäß dem neuen Sanitätskonzept des BMLVS war die Zusammenlegung von sanitätsdienstlichen Einrichtungen an gemeinsamen Standorten zu prüfen.

22.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung um.

Der RH empfahl dem BMLVS jedoch, die Zusammenlegung von sanitätsdienstlichen Einrichtungen an gemeinsamen Standorten vorzunehmen.

²¹ Entfernung rd. 13 Kilometer



Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

23 Der RH stellte während der Geburungsüberprüfung fest, dass von den insgesamt 22 Empfehlungen sechs vollständig, sieben teilweise und neun nicht umgesetzt worden waren.

Der RH hielt folgende Empfehlungen an das BMLVS aufrecht:

(1) Die Erstellung von Konzepten für das Sanitätswesen sowie die Detailplanung und Realisierung der neuen Sanitätsorganisation wären zügig abzuschließen. (TZ 2)

(2) Aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen gegenüber der Einsatzorganisation sollte für den Sanitätsdienst außerhalb der Einsätze eine auf den Bedarf ausgerichtete Planung nach Wirtschaftlichkeitskriterien erstellt werden. (TZ 3)

(3) Bei künftigen Änderungen von Strukturen des Bundesheers – einschließlich der weiteren Planungen zur neuen Sanitätsorganisation – wären vorweg auch allfällige finanzielle Auswirkungen zu berechnen und der Entscheidungsfindung zugrunde zu legen. (TZ 4)

(4) Die Kosten der militärischen Krankenanstalten bei tatsächlicher Auslastung wären zu ermitteln und diese den Strukturüberlegungen im Sanitätswesen zugrunde zu legen. (TZ 5)

(5) Die Kapazitäten und die Organisation insbesondere für die klinische Versorgung der Anspruchsberechtigten (Präsenzdiener) außerhalb der Einsätze sollten nach dem tatsächlichen Patientenaufkommen geplant und aus wirtschaftlichen Gründen auch alternative Modelle einbezogen werden. (TZ 6)

(6) Auf ein rasches Inkraftsetzen der Richtlinie betreffend Sonderverträge für Militärärzte wäre hinzuwirken. (TZ 7)

(7) Der Einsatz präsenter Bataillonsärzte sollte im Hinblick auf die höheren Ausgaben und die fehlende Möglichkeit zum Erhalt der medizinischen Qualifikation überdacht werden. (TZ 8)

(8) Lösungen für die Anstellung von Heeresvertragsärzten (zivile Ärzte) wären zu erarbeiten. (TZ 9)

(9) Es wären aussagefähige Auswertungen im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung auch für das Sanitätswesen zu erstellen. (TZ 10)



(10) Es sollte ein alle Sanitätseinrichtungen umfassendes Konzept erarbeitet werden, das die medizinische und die militärmedizinische Fort- und Weiterbildung des gesamten Sanitätspersonals des Bundesheers im Rahmen von Kooperationen mit zivilen Einrichtungen vorsieht. Es sollten darin insbesondere auch die Kriterien und der Umfang der Maßnahmen zum Erhalt der medizinischen Qualifikation festgelegt werden. (TZ 11)

(11) Kooperationsvereinbarungen mit zivilen Gesundheitseinrichtungen wären zügig abzuschließen. In den Dienstverträgen für neu aufzunehmendes Sanitätspersonal wäre eine Fortbildungsverpflichtung bei zivilen Gesundheitseinrichtungen insbesondere hinsichtlich praktischer medizinischer, medizinisch-technischer und pflegerischer Leistungen an Patienten vorzusehen. (TZ 12)

(12) Kriterien und Umfang von notwendigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in zivilen Einrichtungen wären für das Sanitätspersonal zu definieren. (TZ 13)

(13) Maßnahmen zum Fähigkeitserhalt von Militärärzten wären zu setzen. (TZ 14)

(14) Die Aus- und Weiterbildung des militärischen Pflegepersonals wäre zunächst durch Kooperationen mit dem zivilen Bereich sicherzustellen und der Betrieb der Gesundheits- und Krankenpflegeschule einzustellen. (TZ 15)

(15) Auf die ordnungsgemäße Umsetzung der Journaldienstrege lung im Heeresspital in Wien wäre zu achten. (TZ 16)

(16) Nebenbeschäftigung von Militärärzten wären grundsätzlich zu regeln und konkrete Vorgaben zu definieren, um die Zulässigkeit von Nebenbeschäftigungen zu beurteilen. Aktualisierungen der Nebenbeschäftigungsmeldungen wären in regelmäßigen Abständen vorzusehen. (TZ 19)



Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen

(17) Die Einbindung der Notarztwagen des Bundesheers in zivile Notarztsysteme wäre umgehend zu betreiben, um die medizinischen Fähigkeiten der Notärzte und Notfallsanitäter aufrechtzuerhalten. (TZ 21)

(18) Die Zusammenlegung von sanitätsdienstlichen Einrichtungen an gemeinsamen Standorten wäre vorzunehmen. (TZ 22)

Wien, im März 2012

Der Präsident:

Dr. Josef Moser

**Bisher erschienen:**

Reihe Bund 2012/1

Bericht des Rechnungshofes

- Salzburger Festspielfonds
- Spitzensportförderung und Maßnahmen im Zusammenhang mit Team Rot-Weiß-Rot
- Drittmittelverwaltung sowie Forschungsverwertung an den Technischen Universitäten Graz und Wien; Follow-up-Überprüfung
- Wiener Linien – 3. Ausbauphase U1 und U2; Follow-up-Überprüfung
- Effizienz und Qualität des Berufsschulwesens; Follow-up-Überprüfung

Reihe Bund 2012/2

Bericht des Rechnungshofes

- Flugrettung mit Schwerpunkten in den Ländern Salzburg und Tirol
- Anti-Claimmanagement und Korruptionsbekämpfung bei Straßen- und Bahnbauvorhaben
- Umsetzung der Wasserrahmenrichtlinie hinsichtlich Fließgewässer auf Ebene des Bundes sowie in den Ländern Niederösterreich, Salzburg, Steiermark und Tirol
- Künstlerhilfe-Fonds
- Berufsberatungseinrichtungen an der Universität Wien und an der Technischen Universität Wien

