



Dampfschiffstraße 2  
A-1033 Wien  
Postfach 240

Tel. +43 (1) 711 71 - 0  
Fax +43 (1) 712 94 25  
[office@rechnungshof.gv.at](mailto:office@rechnungshof.gv.at)

## RECHNUNGSHOFBERICHT

### Vorlage vom 28. März 2012

#### Bund 2012/3

Beschaffungsvorgang „Elektronische Aufsicht“	2
Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug	12
Verfahrensdauer im zivilgerichtlichen Verfahren; Follow-up-Überprüfung	24
Sanitätswesen im Bundesheer; Follow-up-Überprüfung	29

## **BESCHAFFUNGSVORGANG „ELEKTRONISCHE AUFSICHT“**

**Zum Zeitpunkt der Beschaffung der technischen Ausstattung für den elektronisch überwachten Hausarrest bestand keine gesetzliche Grundlage für dessen Anwendung. Entgegen dem Vorschlag der Bundesbeschaffung GmbH ließ das BMJ statt fünf nur drei Bewerber zur Angebotslegung zu. Dies schränkte den Wettbewerb unnötigerweise ein.**

**Für die Durchführung des Vergabeverfahrens wählte die Bundesbeschaffung GmbH – allerdings ohne dies entsprechend zu begründen – das Verhandlungsverfahren.**

**Das BMJ und die Vollzugsdirektion dokumentierten ihre Entscheidungen im Vergabeverfahren unzureichend, wodurch eine Nachvollziehbarkeit nicht vollständig gegeben war.**

### Prüfungsziel

Ziel der Überprüfung war die Beurteilung, ob die Beschaffung der elektronischen Fußfessel dem Bundesvergabegesetz entsprechend durchgeführt und das Verfahren und die jeweiligen Entscheidungen vom BMJ bzw. der Bundesbeschaffung GmbH (BBG) nachvollziehbar dokumentiert wurden. Weiters war zu beurteilen, ob zum Zeitpunkt der Ausschreibung eine gesetzliche Grundlage für den elektronisch überwachten Hausarrest bestand. Von der Überprüfung nicht umfasst war die Beurteilung des elektronisch überwachten Hausarrests in seiner praktischen Durchführung. Die Prüfung des RH erfolgte aufgrund eines Verlangens von Abgeordneten zum Nationalrat. (TZ 1)

### GESETZLICHE BESTIMMUNGEN FÜR DIE ELEKTRONISCHE AUFSICHT

#### Entwicklung seit 2008

Bereits mit 1. Jänner 2008 trat im Strafvollzugsgesetz (StVG) eine gesetzliche Grundlage für die Anwendung der elektronischen Aufsicht in Kraft. Der Einsatz war im Sinne einer Missbrauchskontrolle beschränkt auf die Überwachung von Vollzugslockerungen (Freigang), des Ausgangs und der Unterbrechung des Vollzugs.

Gleichzeitig war mit dieser gesetzlichen Regelung, wie dazu in den Erläuterungen der Regierungsvorlage ausgeführt wird, auch eine Möglichkeit für die Erprobung im Rahmen eines Modellversuchs geschaffen worden. (TZ 3)



Bis zur Einführung des elektronisch überwachten Hausarrests mit 1. September 2010 bestand keine Möglichkeit, eine Freiheitsstrafe vollständig oder teilweise in der Unterkunft eines Verurteilten zu vollziehen; bis dahin hatte der Strafvollzug zwingend in einer Justizanstalt zu erfolgen. Ebenso bestand für die Untersuchungshaft diese Möglichkeit erst mit 1. September 2010. (TZ 3)

#### Gesetzliche Einführung

Das BMJ sandte am 7. April 2010 einen Gesetzesentwurf zur Einführung des elektronisch überwachten Hausarrests zur Begutachtung aus. Nationalrat und Bundesrat beschlossen das Bundesgesetz im Juli 2010, das am 1. September 2010 — wie im Gesetzesentwurf des BMJ vorgesehen — in Kraft trat. Das BMJ leitete bereits im März 2010 das Vergabeverfahren für die elektronische Fußfessel — und damit noch vor dem Beschluss des Gesetzgebers — ein. Der vom BMJ vorgeschlagene Zeitpunkt für das Inkrafttreten des elektronisch überwachten Hausarrests war sachlich nicht nachvollziehbar. Das Vergabeverfahren stand dadurch unter Zeitdruck. Als Folge davon ließ das BMJ nur drei von insgesamt acht Bewerbern zur zweiten Stufe des Vergabeverfahrens zu. (TZ 4)

#### EINSATZ DER ELEKTRONISCHEN FUßFESSEL

##### Gesetzliche Voraussetzungen

Beträgt die Strafzeit nicht mehr als zwölf Monate, kann — entsprechend dem neuen Gesetz — noch vor Strafantritt ein Antrag gestellt und die Strafzeit zur Gänze in Form von elektronisch überwachtem Hausarrest verbracht werden (Frontdoor). Ebenso kann ein Teil der noch zu verbüßenden Strafzeit, wenn diese zwölf Monate nicht übersteigt, in Form des elektronisch überwachten Hausarrests absolviert werden (Backdoor). (TZ 5)

Beim Vollzug einer zeitlichen Freiheitsstrafe in Form des elektronisch überwachten Hausarrests muss der Antragsteller über eine geeignete Unterkunft verfügen und einer geeigneten Beschäftigung im Inland nachgehen. Die im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen haben schriftlich ihre Einwilligung zu erteilen. Ferner muss der Antragsteller ein Einkommen beziehen und Kranken- und Unfallversicherungsschutz genießen. Vor der Entscheidung sind die Wohnverhältnisse, das soziale Umfeld und allfällige Risikofaktoren (z.B. Gefährlichkeit des Betroffenen, Art und Beweggrund der Anlassstat, frühere Verurteilungen) in Form einer Risikoabwägung zu prüfen. (TZ 5)



Der Kostenersatz beträgt maximal 22 EUR pro angefangenen Kalendertag. Er entfällt, soweit dadurch der zu einer einfachen Lebensführung notwendige Unterhalt des Strafgefangenen und der Personen, zu deren Unterhalt er verpflichtet ist, gefährdet wäre. (TZ 5)

#### Ablauf des elektronisch überwachten Hausarrests

Die im elektronisch überwachten Hausarrest befindliche Person hat einen in einem Aufsichtsprofil festgelegten Tagesablauf einzuhalten. Die Unterkunft darf insbesondere für Zwecke der Beschäftigung, zur Beschaffung des notwendigen Lebensbedarfs und zur Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Hilfe verlassen werden. Ein in der Unterkunft installiertes Basisgerät kommuniziert mittels Radiofrequenz-Technologie mit der elektronischen Fußfessel. Bei einer unerlaubten An- oder Abwesenheit in der Unterkunft, einer Manipulation am Basisgerät oder an der elektronischen Fußfessel wird ein Alarm ausgelöst und an die Überwachungszentrale übermittelt. Eine elektronische Überwachung des Betroffenen außerhalb der Unterkunft erfolgt nicht. (TZ 6)

#### Betrauung der BBG mit der Durchführung des Vergabeverfahrens und Projektmanagement im BMJ

Am 7. April 2010 beauftragte die Vollzugsdirektion die BBG, das Vergabeverfahren „Elektronische Aufsicht“ durchzuführen. Die BBG hatte – mit Unterstützung der Vollzugsdirektion – u.a. folgende Leistungen zu erbringen: Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Bundesvergabegesetzes 2006 (BVergG), Erstellung der Teilnahmebedingungen, der Ausschreibungsunterlagen und des Leistungsverzeichnisses, Angebotsöffnung, -prüfung und -bewertung sowie Begleitung der Verhandlungen, Abschluss des Verfahrens und Zuschlagserteilung. In dem zwischen der BBG und der Vollzugsdirektion zur Durchführung des Vergabeverfahrens geschlossenen Vertrag war formell die Aufgabenteilung festgelegt. Sowohl die BBG als auch das BMJ bzw. die Vollzugsdirektion erbrachten ihre vertraglich vereinbarten Leistungen zur Durchführung des Vergabeverfahrens. (TZ 7)

Die Vollzugsdirektion richtete Anfang Mai 2010 ein Projektteam ein. Dieses hatte Themen und Problemstellungen (z.B. rechtliche Aspekte, IT-Administration, Hard- und Software) hinsichtlich der Umsetzung des elektronisch überwachten Hausarrests abzuarbeiten. Das von der Vollzugsdirektion eingerichtete Projektmanagement erwies sich als geeignet, die Umsetzung des elektronisch überwachten Hausarrests vorzubereiten. Zusätzlich zum Projektteam war im BMJ ein Lenkungsausschuss eingerichtet. Die dem Lenkungsausschuss übertragenen Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Zielsetzungen und Entscheidungskompetenzen (Mehrheits- oder Konsensescheidungen) bzw.



dessen Zusammensetzung waren mangels einer Dokumentation nicht feststellbar. (TZ 7, 22)

#### Ermittlung des geschätzten Auftragswerts und tatsächliche Vergabesumme

Das BMJ holte im Februar 2010 im Zuge der Vorbereitung für die Ausschreibung bei vier Unternehmen Grobkostenschätzungen ein. Bei drei Unternehmen lagen die auf drei Jahre berechneten Preise für die stationäre Kontrolle auf Basis von 300 Einheiten zwischen 75 EUR und 276 EUR für eine Person pro Monat (durchschnittliche Kosten von rd. fünf Euro pro Tag und überwachter Person). Der angegebene Preis des vierten Unternehmens konnte mangels Vergleichbarkeit nicht einbezogen werden. (TZ 8)

Im Gesetzesentwurf bezifferte das BMJ die Erstinvestition zur Einführung der elektronischen Aufsicht mit ca. 1,50 Mill. EUR. Dieser Betrag beinhaltete die Kosten für das technische Equipment (elektronische Fußfessel, Basisstation, Hard- und Software) und die Schulungskosten für sämtliche Mitarbeiter. In der am 5. Mai 2010 veröffentlichten Bekanntmachung der Ausschreibung im Amtsblatt der EU war der Auftragswert für eine Vertragsdauer von 36 Monaten ebenfalls mit 1,50 Mill. EUR angegeben. (TZ 8)

Bei der Berechnung der Vergabesumme ging die BBG von einer vertraglich fix vereinbarten Laufzeit von drei Jahren (1.612.225,50 EUR) und zwei Jahren Vertragsverlängerung (1.074.817,00 EUR) aus. Die tatsächliche Vergabesumme ergab demnach 2.687.042,50 EUR. Die Differenz zwischen dem geschätzten Auftragswert und der tatsächlichen Vergabesumme war auf die unterschiedliche Berechnung der Vertragslaufzeit zurückzuführen. (TZ 8)

#### Art des Vergabeverfahrens

Ziel und Auftragsgegenstand des Vergabeverfahrens war der Abschluss eines Rahmenvertrags über die Bereitstellung einer Gesamtlösung zur elektronischen Aufsicht von Strafgefangenen. Die BBG qualifizierte die zu erbringende Leistung als nichtprioritäre Dienstleistung. Da der vom BMJ geschätzte Auftragswert von 1,50 Mill. EUR über dem entsprechenden EU-Schwellenwert lag, musste ein für den Oberschwellenbereich zulässiges Verfahren gewählt werden. (TZ 9)

In einer am 21. April 2010 verfassten Aktennotiz stellte die BBG mögliche Verfahrensarten gegenüber. Demnach biete das Verhandlungsverfahren mit vorheriger Bekanntmachung die größtmögliche Flexibilität für den Auftraggeber, durch verpflichtende Verhandlungsrunden bestehe allerdings Zeitdruck. Das BMJ stimmte diesem Vorschlag der BBG zu. Die Wahl dieses Verfahrens war aufgrund der Notwendigkeit einer



Leistungsabstimmung mangels hinreichend genauer vertraglicher Spezifikationen zulässig. (TZ 9)

Da das Verhandlungsverfahren aber ein Ausnahmeverfahren darstellt, sind die maßgeblichen Gründe, aufgrund derer es durchgeführt wird, gemäß § 36 BVergG in einem schriftlichen Vergabevermerk festzuhalten. Dieser lag weder in der BBG noch im BMJ auf. (TZ 9)

#### ERSTE STUFE DES VERGABEVERFAHRENS

##### Eignungskriterien

Die BBG erstellte auf Basis von Unterlagen des BMJ die Teilnahmebedingungen für die Ausschreibung. Sie schlug dem BMJ weiters vor, eine Expertenkommission zur Auswahl der Bewerber zu bilden und fünf Bewerber zur zweiten Stufe des Verhandlungsverfahrens zuzulassen. Das BMJ entschied sich aus Zeitgründen dafür, drei Bewerber auszuwählen und zur Abgabe eines konkreten Angebots einzuladen. Die Bewerber mussten für die Erbringung der ausschreibungsgegenständlichen Leistung geeignet sein. Geeignet waren befugte Unternehmer, die technisch, finanziell und wirtschaftlich leistungsfähig sowie zuverlässig waren. (TZ 10)

##### Auswahlkriterien und Bewertung

Die Expertenkommission (sieben Bedienstete des BMJ bzw. der Vollzugsdirektion und ein Bediensteter der BBG) wählte aus den acht rechtzeitig bei der BBG eingelangten Teilnahmeanträgen die drei besten Bewerber anhand von Auswahlkriterien aus. Die BBG lud diese zur Abgabe eines konkreten Angebots ein. In den Teilnahmebedingungen war zu den Auswahlkriterien folgende Reihenfolge und Gewichtung festgelegt:

1. Umfang und Komplexität der Referenzprojekte, Gewichtung 80 %
2. Qualitätssicherungs- und Supportprozesse, Gewichtung 20 %. (TZ 11)

##### Ergebnis der Bewertung

Die der Expertenkommission zur Bewertung übermittelten Teilnahmeanträge waren nicht anonymisiert. Zunächst bewerteten die einzelnen Mitglieder der Expertenkommission die Referenzprojekte der Bewerber. Nach Bildung eines Zwischenergebnisses und einer Sitzung bewerteten sie die Konzepte zur Qualitätssicherung und zur Bereitstellung von Support. Es war nicht nachvollziehbar, warum die Bewertung nicht in einem Block durchgeführt wurde und sich der Bewertungsprozess über vier Tage



erstreckte. Sechs der acht Begründungen für die Referenzprojekte entsprachen nicht den festgelegten Bewertungskriterien. Jeweils zwei Mitglieder begründeten ihre Bewertung der Referenzen als auch der Qualitätssicherungs- und Supportprozesse wortident. Die BBG vernachlässigte in diesem Punkt die vertraglich vereinbarte Qualitätssicherung. (TZ 12)

Die auf Rang eins bis drei platzierten Bewerber lud die BBG zur ersten Angebotslegung ein. Dieses Vorgehen entsprach zwar dem Vergaberecht; allerdings verzichtete das BMJ darauf, das einem Vergabeverfahren innewohnende Potenzial — nämlich die wirtschaftlichste Lösung zu finden — auszuschöpfen und schränkte damit den Wettbewerb unnötigerweise ein. (TZ 12)

## ZWEITE STUFE DES VERGABEVERFAHRENS

### Festlegung des Ausschreibungsinhalts und Erstellung des Leistungsverzeichnisses

Grundlage für die Festlegung des Ausschreibungsinhalts waren die Ergebnisse von Modellversuchen und einer Projektgruppe. Im BMJ gab es zwei Modellversuche zur elektronischen Aufsicht im Rahmen der bedingten Entlassung bzw. im Bereich der Vollzugslockerungen. Beim ersten Modellversuch im Jahr 2006 setzte das BMJ GPS-Technologie (Global Positioning System) zur Überwachung ein, die jedoch fehleranfällig und teuer war. Beim zweiten Modellversuch im Jahr 2008 wählte das BMJ Radiofrequenz-Technologie. Die technische Ausstattung stellte jenes Unternehmen bei, das sich als Bieter C am gegenständlichen vom RH überprüften Vergabeverfahren beteiligte. Im Bereich der Technik traten Probleme auf, die zum Teil nicht behoben werden konnten; u.a. war die Reichweite zu gering. (TZ 13)

Ende 2009 beauftragte das Kabinett der Bundesministerin für Justiz eine Projektgruppe damit, die Bedingungen und Voraussetzungen (Kosten, Potenzial, internationaler Vergleich etc.) zur gesetzlichen Einführung des elektronisch überwachten Hausarrests zu erheben. Die Erfahrungen aus den Modellversuchen und die Ergebnisse der Projektgruppe waren Basis für die Erstellung des Ausschreibungsinhalts, insbesondere des Leistungsverzeichnisses. Das Leistungsverzeichnis enthielt eine detaillierte Aufgliederung der bewertungsrelevanten Soll- und zwingend zu erfüllenden Muss-Anforderungen. Aufgrund der fehlenden gesetzlichen Grundlage bestanden Unsicherheiten bei der Erstellung der Ausschreibungsinhalte. (TZ 13)

### Allgemeine und kommerzielle Ausschreibungsbedingungen

Die allgemeinen Ausschreibungsbedingungen sahen vor, dass der Zuschlag nach dem Bestbieterprinzip dem technisch und wirtschaftlich günstigsten Angebot zu erteilen ist.

Für die Ermittlung des besten Angebots waren folgende Zuschlagskriterien einschließlich ihrer Gewichtung vorgesehen: (TZ 14)

Zuschlagskriterium	Gewichtung
	in %
Preis	50,0
Funktionalität der Lösung zur elektronischen Aufsicht über RF <sup>1</sup> -Technologie	40,0
GPS Funktionalität	2,5
Vertragliche Zusagen des Bieters	7,5

<sup>1</sup> Radiofrequenz

Quellen: BBG, RH

### Angebotslegungen

Die BBG lud im Zeitraum vom 18. Juni bis 30. Juli 2010 die drei von der Expertenkommission ausgewählten Bewerber zu insgesamt drei Angebotslegungen ein. Die BBG prüfte die Angebote auf Vollständigkeit und Ausschreibungskonformität. Es erfolgten keine Nachforderungen oder Aufklärungen an die drei Bieter. (TZ 15)

Die BBG ermittelte die Bewertungspreise aufgrund der im dritten Angebot ausgewiesenen Preise. Eine exakte Prognose der während der Laufzeit des Vertrags (drei Jahre) abzurufenden Mengen war dem BMJ nicht möglich. Es entwickelte daher sieben mit unterschiedlicher Ziehungswahrscheinlichkeit gewichtete Szenarien. Zur Bewertung der Gesamtkosten und Ermittlung des Bewertungspreises sahen die allgemeinen Ausschreibungsbedingungen des dritten Angebots einen Betrachtungszeitraum von fünf Jahren vor. Die Ermittlung ergab folgende Bewertungspreise:

	in EUR
Bieter A	2.687.042,50
Bieter B	2.425.424,00
Bieter C	1.851.236,73

Quellen: BBG, RH

Das Angebot des Bieters A lag um rd. 45 % und das Angebot des Bieters B um rd. 31 % über jenem von Bieter C. (TZ 15)



Im Juni 2010 übergaben die drei Bieter dem BMJ technisches Equipment (Basisstationen und Fußfessel) zur Testung. Ziel war, die Erfüllung der Muss-Anforderungen zu überprüfen und eine qualitative Bewertung der Systeme vorzunehmen. Dabei wurden u.a. die Montage und Demontage der Basisstation und der elektronischen Fußfessel, die Einstellung der Reichweite in Räumlichkeiten und die Bedienbarkeit überprüft. Bedienstete des BMJ bzw. der Vollzugsdirektion führten vom 22. Juni bis 5. August 2010 mehrere Tests durch (mit dem technischen Equipment des Bieters A und B jeweils zwei Teststellungen und des Bieters C fünf). (TZ 16)

Die Ergebnisse der im Juni 2010 durchgeföhrten Teststellungen hielt das BMJ in Testprotokollen fest. Aus diesen ging hervor, dass keines der Produkte problemlos war. Beim technischen Equipment von Bieter A bemängelten die Tester eine komplizierte und aufwändige Einstellung der Reichweite. Weiters merkten sie zur Software an, dass diese noch in Aufbau sei, aber problemlos funktioniere. Insgesamt entsprach laut den Testprotokollen das Produkt des Bieters A am besten. Bei dem getesteten technischen Equipment der Bieter B und C traten Mängel auf, die im Ergebnis zur Verletzung von Muss-Anforderungen führten. (TZ 16)

Das zu den Teststellungen im Juni 2010 verwendete Testprotokoll enthielt keine Angaben zur Testdurchführung (z.B. Gerätenummer der Basisstation und Fußfessel) und zur Testumgebung (z.B. Wohnungsgröße). Es war nicht geeignet, um eine lückenlose Nachvollziehbarkeit der ersten Teststellungen und ihrer Ergebnisse zu gewährleisten. Bei den nachfolgenden Teststellungen waren diese Faktoren im Wesentlichen – abhängig von der Art des Tests – berücksichtigt. Anhand der Dokumentation zu den nachfolgenden Teststellungen war das Ausscheiden der Bieter B und C aufgrund bestehender Mängel bei Muss-Anforderungen nachvollziehbar. (TZ 19)

#### Verhandlungsrunden

Die BBG führte mit den drei Bietern zwei Verhandlungsrunden durch und protokollierte die Ergebnisse der insgesamt sechs Verhandlungen. Erörtert wurden u.a. Fragen zu den Angeboten und bei den Teststellungen aufgetretene Probleme. Die Bieter hatten daher ab der ersten Verhandlungsrunde Kenntnis über die bei den Teststellungen festgestellten Mängel der technischen Ausstattung. (TZ 20)

#### Abschluss des Vergabeverfahrens

Die Vergabekommission qualifizierte die bei den Teststellungen festgestellten Mängel des technischen Equipments der Bieter B und C als unbehebbar. Sie schied die beiden Angebote am 9. August 2010 wegen Nichterfüllung von Muss-Anforderungen aus und

teilte den Bieter B und C mittels Telefax vom 10. August 2010 diese Entscheidung gemeinsam mit der Zuschlagsentscheidung mit. (TZ 21)

Die BBG gab dem Bieter A mittels Telefax vom 10. August 2010 die Zuschlagsentscheidung bekannt. Die Vergabesumme zur Erbringung der Gesamtleistung betrug 2.687.042,50 EUR. Die beiden ausgeschiedenen Bieter beantragten kein Nachprüfungsverfahren. Nach Ablauf der zehntägigen Stillhaltefrist erteilte die BBG mittels Telefax vom 23. August 2010 den Zuschlag an den Bieter A. Am 6. Oktober 2010 erfolgte die Veröffentlichung der Bekanntmachung über den vergebenen Auftrag im Amtsblatt der EU. (TZ 21)

Die Entscheidung, nur drei Bieter zur zweiten Stufe des Verhandlungsverfahrens zuzulassen, schränkte den Wettbewerb und damit die Möglichkeit, ein wirtschaftlich und technisch besseres Ergebnis zu erzielen, ein. (TZ 21)

#### Dokumentation des Vergabeverfahrens

Das BMJ und die Vollzugsdirektion legten zu einzelnen Verfahrensschritten Akten an. Im Wesentlichen betraf dies: Vorbereitung der Ausschreibung, Stand der Vorbereitungen, Projektmanagement sowie Stand und Abschluss des Vergabeverfahrens. Die Testprotokolle waren in der Vollzugsdirektion aktenmäßig nicht erfasst, sondern bei Sachbearbeitern aufbewahrt. Im ELAK-System erfasste das BMJ nur die Testprotokolle zu zwei Testungen. (TZ 22)

Aus Dokumenten der BBG ging hervor, dass zudem im BMJ ein Lenkungsausschuss bestand, der in den gesamten Vergabeprozess eingebunden und entscheidungsbefugt war. Die Zusammensetzung dieses Ausschusses, die Aufgaben sowie Entscheidungskompetenz waren im BMJ nicht dokumentiert; Sitzungsprotokolle existierten nicht. Eine das Vergabeverfahren umfassende Dokumentation des BMJ fehlte. Die BBG legte die vorhandenen Unterlagen des Vergabeverfahrens einschließlich des E-Mail-Verkehrs vor. Sie dokumentierte das Vergabeverfahren umfassend. Vergaberechtliche Dokumentations- und Bekanntmachungspflichten sowie Fristen hielt die BBG ein. (TZ 22)

#### **Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:**

##### **BMJ**

*(1) Beschaffungen, die für die Vollziehung eines Gesetzes erforderlich sind, wären erst dann einzuleiten, wenn das entsprechende Gesetz beschlossen ist. Weiters wäre ein ausreichend bemessener Zeitraum der Legisvakanz vorzusehen, um den Grundsätzen*



*des Vergaberechts – vor allem der Schaffung von Wettbewerb – hinreichend Rechnung tragen zu können und qualitätsvolle Vergaben sicherzustellen. (TZ 4)*

*(2) Es wäre sicherzustellen, dass im Zuge einer Projektabwicklung Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Zielsetzungen und Entscheidungskompetenzen der daran beteiligten Gremien, wie bspw. eines Lenkungsausschusses, klar festgelegt werden und dies entsprechend dokumentiert wird. (TZ 7)*

#### ***BMJ und Vollzugsdirektion***

*(3) Es wäre bei Teststellungen bereits zu Beginn sicherzustellen, dass alle Faktoren der Testdurchführung und Testumgebung detailliert dokumentiert werden. (TZ 19)*

*(4) Es wäre sicherzustellen, dass alle wesentlichen Verfahrensschritte und Entscheidungen in einem Vergabeverfahren aktenmäßig dokumentiert werden. (TZ 22)*

#### ***Bundesbeschaffung GmbH***

*(5) Es wäre sicherzustellen, dass bei der Durchführung eines Verhandlungsverfahrens die maßgeblichen Gründe für die Wahl dieses Verfahrens gemäß der gesetzlichen Verpflichtung nach § 36 BVergG schriftlich festgehalten werden. (TZ 9)*

*(6) Es sollte verstärkt Augenmerk auf die Qualitätssicherung bei Begründungen zur Bieterauswahl gelegt werden. (TZ 12)*

*(7) Aus Gründen der Objektivität wäre – soweit praktikabel und administrierbar – sicherzustellen, dass Expertenkommissionen Teilnehmerunterlagen in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt werden. (TZ 12)*

## KOSTEN DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG IM STRAFVOLLZUG

**Die Ausgaben für die medizinische Versorgung von Häftlingen stiegen von 29,34 Mill. EUR (2000) auf 73,76 Mill. EUR (2010). Im Durchschnitt betrugen die Ausgaben pro Häftling 2009 8.418 EUR und waren damit rund dreimal so hoch wie die laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf in Österreich.**

**Den größten Anteil an den Ausgaben stellte die externe Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecher in psychiatrischen Anstalten dar. Allein 2009 entfielen darauf bereits 50 % der Gesamtausgaben. Da Häftlinge nicht sozialversichert sind, hat das BMJ für die stationäre Aufnahme in Krankenanstalten den Privatpatiententarif zu bezahlen. Durch die Unterbringung im vom BMJ neu errichteten Forensischen Zentrum Asten sind jährliche Einsparungen in einer Größenordnung von rd. 8,20 Mill. EUR zu erwarten.**

**Die Ausgaben für das medizinische Stammpersonal in den Justizanstalten stiegen von rd. 9,05 Mill. EUR (2000) auf rd. 11,42 Mill. EUR (2010). Allerdings kaufte das BMJ ab 2009 verstärkt Betreuungspersonal zu und wendete dafür 2010 weitere 8,48 Mill. EUR auf. Es fehlte eine zentrale fachliche Aufsicht und Kontrolle über die medizinische Versorgung in den Justizanstalten. Ein eigener Chefärztlicher Dienst war im Aufbau.**

**Die Ausgaben für Medikamente stiegen von 2,76 Mill. EUR (2000) auf 8,19 Mill. EUR (2008) und konnten in der Folge durch entsprechende Maßnahmen im Einkauf um rd. 11 % auf 7,30 Mill. EUR (2010) gesenkt werden. Ein weiteres Einsparungspotenzial von bis zu 0,75 Mill. EUR bestand bei der Drogensubstitution.**

### Prüfungsziele

Ziele der Überprüfung waren die Darstellung der wesentlichen Faktoren für die Kostenentwicklung der medizinischen Versorgung im Strafvollzug, die Beurteilung des Mitteleinsatzes, die Identifikation von Kostentreibern und Einsparungspotenzialen, die Beurteilung der Beschaffung und Verwendung von Medikamenten, die Beurteilung des Personaleinsatzes sowie die Beurteilung der Maßnahmen, die das BMJ zur Kosteneindämmung gesetzt hat. (TZ 1)



## Rechtsgrundlagen

Das Strafvollzugsgesetz enthielt Regelungen über die ärztliche Versorgung der Häftlinge. Wesentliche Fragen zur ärztlichen, psychiatrischen und pflegerischen Betreuung waren lediglich in Form eines Erlasses — der Vollzugsordnung — geregelt, dem keinerlei Außenwirksamkeit zukam. (TZ 2, 3)

## SYSTEM DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

### Allgemeines

Die Vollzugsordnung sah die Einrichtung eines Ärztlichen Dienstes vor, dessen Leiter für die Gesundheit der Häftlinge Sorge zu tragen hatte. Zusätzlich war ein Psychiatrischer Dienst einzurichten, dessen Leiter die psychiatrische Betreuung der Häftlinge oblag. Für regelmäßig benötigte medizinische Leistungen (z.B. Zahnbehandlung, Röntgen) bestanden vertragliche Vereinbarungen mit Fachärzten. (TZ 4)

Die Justizanstalten waren bemüht, die ärztliche Betreuung soweit wie möglich in der eigenen Anstalt durchzuführen, weil Ausführungen zu externen Ärzten wegen der notwendigen Bewachung mit organisatorischen Problemen verbunden waren und zusätzliche Kosten verursachten. (TZ 4)

Häftlinge, die intensivere Betreuung benötigten, konnten in drei justizeigenen Sonderkrankenanstalten untergebracht werden, die jedoch nicht für aufwendigere medizinische Behandlungen (z.B. Operationen) eingerichtet waren. Diese erfolgten in öffentlichen Krankenanstalten. Ein Teil der zurechnungsunfähigen geistig abnormen Rechtsbrecher war dauerhaft in öffentlichen psychiatrischen Anstalten untergebracht. (TZ 4)

Gemäß Arzneimittelgesetz und Suchtmittelgesetz dürfen Justizanstalten Arzneimittel vom Hersteller, Depositeur oder Arzneimittel-Großhändler zur Erfüllung ihrer Aufgaben beziehen. (TZ 5)

Der Anstaltsleiter war nach der Vollzugsordnung ermächtigt, die „Medikamentengebarung“ an Justizwachebeamte zu übertragen. Diese Ermächtigung stand im Widerspruch zu den Bestimmungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes. (TZ 6)

Die Vollzugsordnung sah die Einrichtung von Krankenabteilungen und eines Pflegedienstes vor. Weder das Strafvollzugsgesetz (StVG) noch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz enthielten Regelungen über die spezifischen Anforderungen des Straf- und Maßnahmenvollzugs. (TZ 7)



## Sonderkrankenanstalten

Zur Errichtung und zum Betrieb einer Sonderkrankenanstalt war eine Bewilligung der zuständigen Landesregierung erforderlich. Für eine zwischenzeitlich erfolgte Erweiterung der Sonderkrankenanstalt Wien-Josefstadt beantragte der Anstaltsleiter 2004 eine Bewilligung der Wiener Landesregierung. Das Verfahren war zur Zeit der Überprüfung an Ort und Stelle noch nicht abgeschlossen, so dass die Sonderkrankenanstalt hinsichtlich der Erweiterungen ohne rechtliche Grundlage existierte. (TZ 9)

## Vereinbarungen mit Krankenanstaltenträgern

Das BMJ bzw. die Vollzugsdirektion hatten mit zwei Krankenanstaltenträgern Verträge über den Betrieb von geschlossenen Abteilungen abgeschlossen. Im Jahr 2010 konnte der vertraglich vereinbarte Mindestbelag im Landesklinikum Krems nicht erreicht werden. Dies verursachte dem BMJ Ausgaben von rd. 127.000 EUR ohne Gegenleistung. (TZ 10)

## Kooperation mit dem Heeresspital

Seit Anfang 2011 nutzte das BMJ die Einrichtungen des Heeresspitals zur ambulanten Untersuchung und Behandlung von Häftlingen. Diese Kooperation mit dem BMLVS brachte dem BMJ Einsparungen bei den Kosten sowie Vorteile bei der Bewachung und der Sicherheit. Die stationäre Aufnahme von Häftlingen im Heeresspital zogen die beteiligten Ressorts (BMLVS, BMJ) nicht in Erwügung. (TZ 12)

## KOSTENTRAGUNG UND FINANZIERUNG

### Leistungsumfang und Kostentragung

Da die Häftlinge nicht sozialversichert waren, hatte das BMJ die Kosten der medizinischen Versorgung zu tragen. Das Strafvollzugsgesetz enthielt keine Regelung über den Umfang der medizinischen Leistungen. Diese hatten sich daher daran zu orientieren, was im gleichen Fall von den Sozialversicherungen geleistet würde. (TZ 13)

### Finanzierungsbeitrag der Bundesländer

Die Justizanstalten bezahlten für die stationäre Behandlung der Häftlinge in öffentlichen Krankenanstalten den Privatpatiententarif; dieser liegt deutlich über den von den Sozialversicherungsträgern eingehobenen Beträgen. Zur Abdeckung der Mehrausgaben leisteten die Bundesländer dem BMJ auf Grundlage von Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG jährliche Pauschalvergütungen in der Höhe von insgesamt 8,55 Mill. EUR. (TZ 15)



In dem der Vereinbarung zugrundeliegenden Basisjahr 2000 deckte der Beitrag der Bundesländer mehr als 50 % der Krankenanstaltenkosten des BMJ von 15,33 Mill. EUR ab. Da die Krankenanstaltenkosten des BMJ auf 42,38 Mill. EUR im Jahr 2010 anstiegen, reduzierte sich der anteilmäßige Finanzierungsbeitrag der Bundesländer auf mittlerweile rd. 20 %. (TZ 15)

Der RH hatte dem BMJ bereits 2010 Verhandlungen mit den Bundesländern zur Erziehung höherer Kostengerechtigkeit bzw. eines Kostenausgleichs empfohlen. Das BMJ hatte darauf verwiesen, dass eine Erhöhung der Pauschalvergütung bisher am Widerstand der Bundesländer gescheitert sei. Die Geltungsdauer der aktuellen Vereinbarung endet 2013. (TZ 15)

#### Einbeziehung der Häftlinge in das Krankenversicherungssystem

Überlegungen im Hinblick auf eine generelle Einbeziehung der Häftlinge in das System der Krankenversicherung verfolgte das BMJ nicht weiter, weil dadurch keine Kostensparnisse für das BMJ zu erwarten wären. Mit einer gesetzlichen Erweiterung der Möglichkeit, Häftlinge in bestimmten Fällen an einen Sozialversicherungsträger zur Betreuung zuzuteilen, könnte allerdings im Einzelfall auch (etwa bei längeren Krankenhausaufenthalten) die Anwendung des für die Sozialversicherungsträger verrechneten Tarifs erreicht werden. (TZ 16)

#### Ausgaben für die medizinische Versorgung

##### Kostenerfassung

Wegen des Fehlens einer entsprechenden Kostenrechnung war das BMJ nicht in der Lage, die Kosten der medizinischen Versorgung im Straf- und Maßnahmenvollzug exakt, periodengerecht und vollständig auszuweisen. Die Auswertung von Daten der Haushaltsverrechnung und der Personalverrechnung ermöglichte — ergänzt durch weitere Erhebungen — nur eine näherungsweise Berechnung auf Basis von Ausgaben. (TZ 17)

##### Langfristige Entwicklung der Ausgaben

Die Gesamtausgaben für die medizinische Versorgung der Häftlinge im Straf- und Maßnahmenvollzug stiegen von 29,34 Mill. EUR im Jahr 2000 um rd. 151 % auf 73,76 Mill. EUR im Jahr 2010 an. (TZ 18)

### Entwicklung der Ausgaben für die externe Versorgung

Die Ausgaben für die externe Behandlung der Insassen stiegen von 17,33 Mill. EUR im Jahr 2000 auf 46,35 Mill. EUR im Jahr 2010. (TZ 19)

Die mit Abstand größte Ausgabenposition stellte die externe Unterbringung von Insassen des Maßnahmenvollzugs in psychiatrischen Krankenanstalten dar. Die steigende Anzahl der Unterzubringenden und steigende Tarife führten zu einer deutlichen Erhöhung von 10,55 Mill. EUR im Jahr 2000 auf 32,82 Mill. EUR im Jahr 2010. Der Tarifzettel der teuersten psychiatrischen Krankenanstalt (Pavillon 23 des Otto Wagner Spitals in Wien) erhöhte sich pro Tag von 226,74 EUR (3.120 S) im Jahr 2000 auf 645,00 EUR im Jahr 2010 um rd. 185 %. (TZ 20)

Im Jahr 2009 lag der Anteil der Ausgaben für die Unterbringung in psychiatrischen Krankenanstalten an den gesamten Ausgaben der medizinischen Versorgung bereits bei rd. 50 %. Durch die Errichtung einer zweiten justizeigenen Anstalt für die interne Unterbringung zurechnungsunfähiger Straftäter in Asten gelang es dem BMJ, diesen Trend im Jahr 2010 zu stoppen und die Ausgaben zu senken. (TZ 20)

Mit der Errichtung des Forensischen Zentrums in Asten erweiterte das BMJ die justizeigenen Unterbringungsmöglichkeiten für zurechnungsunfähige geistig abnorme Rechtsbrecher um rd. 90 Plätze. Damit konnten Minderausgaben gegenüber einer externen Unterbringung in einer Größenordnung von rd. 8,20 Mill. EUR jährlich erzielt werden. Das kontinuierliche Anwachsen der Zahl der Unterzubringenden lässt allerdings zusätzliche Maßnahmen erforderlich erscheinen. Der RH hat dazu bereits in seiner Gebarungsüberprüfung zum Thema „Maßnahmenvollzug für geistig abnorme Rechtsbrecher“ eine Reihe von Empfehlungen getroffen (Reihe Bund 2010/11). (TZ 21)

Die Ausgaben für die Behandlung in sonstigen öffentlichen Krankenanstalten (ohne psychiatrische Anstalten) stiegen von 4,78 Mill. EUR im Jahr 2000 auf 9,56 Mill. EUR im Jahr 2010. Die Ausgaben für die externe Behandlung durch niedergelassene praktische Ärzte und Fachärzte verdoppelten sich von 2,00 Mill. EUR im Jahr 2000 auf 3,97 Mill. EUR im Jahr 2010. Systematische Kontrollen über die Notwendigkeit der externen Leistungserbringung fehlten. (TZ 22, 23)

### Entwicklung der Ausgaben für die interne Versorgung

Die Ausgaben für die interne Versorgung der Insassen stiegen von 12,00 Mill. EUR im Jahr 2000 auf 27,41 Mill. EUR im Jahr 2010. (TZ 24)



Die Ausgaben für das justizeigene medizinische Personal stiegen zwischen 2000 und 2010 — im Wesentlichen im Ausmaß der jährlichen Lohnerhöhungen — von 9,05 Mill. EUR auf 11,42 Mill. EUR an. Allerdings kaufte das BMJ zuletzt vermehrt zusätzlich Betreuungspersonal zu; die zusätzlichen Ausgaben dafür erreichten im Jahr 2010 bereits rd. 8,48 Mill. EUR. Wesentlicher Grund war die Errichtung des Forensischen Zentrums Asten, weil das für den Betrieb erforderliche ärztliche und pflegerische Personal über die Justizbetreuungsagentur zugekauft wurde. (TZ 25, 26)

Die Ausgaben für Medikamente stiegen von 2,76 Mill. EUR (2000) auf 8,19 Mill. EUR (2008). In der Folge konnten — obwohl die Zahl der Häftlinge von 2008 bis 2010 um rd. 5 % anstieg — durch entsprechende Maßnahmen im Einkauf die zusätzlichen Ausgaben um rd. 11 % auf 7,30 Mill. EUR (2010) gesenkt werden. Wegen einer fehlenden IT-unterstützten Dokumentation der ausgegebenen Medikamente, ihres Einkaufspreises und der individuellen Dosierung war eine detaillierte Analyse der Ausgabenentwicklung nicht möglich. (TZ 27)

Trotz eines Anstiegs der Anzahl an Substituierten sanken auch die Ausgaben für Substitutionsmedikamente von 1,44 Mill. EUR (2008) auf 1,06 Mill. EUR (2010); dies entsprach einem Rückgang von 26,7 %. (TZ 28)

#### Ausgaben je Häftling

Die jährlichen Ausgaben für die medizinische Versorgung pro Häftling betrugen im Jahr 2010 8.540 EUR (2009: 8.418 EUR). Sie waren damit rund dreimal so hoch wie die laufenden öffentlichen Ausgaben für Gesundheit (Staat und Sozialversicherung) in Österreich, die 2009 pro Einwohner bei insgesamt 2.701 EUR lagen. Ohne Berücksichtigung der Ausgaben für die Unterbringung in psychiatrischen Krankenanstalten betrugen 2010 die Ausgaben pro Häftling 4.867 EUR (2009: 4.362 EUR). (TZ 29)

#### Ausgaben je Justizanstalt

Hohe Pro-Kopf-Ausgaben fielen in den Justizanstalten mit intensivem Betreuungsbedarf (Maßnahmenvollzug, Sonderkrankenanstalten) an. Die durchschnittlichen Ausgaben je Insassen der Justizanstalten des Regelvollzugs ohne besonderen Betreuungsbedarf unterschieden sich demgegenüber mit 2.574 EUR (2010) nicht wesentlich von den öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesamtbevölkerung. Zwischen den Justizanstalten bestanden allerdings große Unterschiede, deren Ursachen bisher vom BMJ nicht analysiert wurden. (TZ 30)



## PERSONAL FÜR DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

### Bedarfsermittlung

Das BMJ und die Vollzugsdirektion arbeiteten seit 2009 für einzelne Berufsgruppen im Betreuungsbereich (Psychologischer Dienst, Sozialdienst) Konzepte für die Personalbemessung aus, um einen Überblick über den tatsächlichen Personalbedarf zu gewinnen. Für den Bedarf an ärztlichen und pflegerischen Leistungen bestanden solche Konzepte nicht. (TZ 32)

### Verträge der Ärzte

Ein Vergleich der Verträge der Ärzte zeigte ein historisch gewachsenes, hohes Maß an Uneinheitlichkeit und Unübersichtlichkeit. Beispielsweise lag der höchste Stundensatz der Allgemeinmediziner einer Justianstalt um 47 % über dem niedrigsten, bei den Psychiatern um 32 %. (TZ 33)

### Sonderverträge nach dem Vertragsbedienstetengesetz 1948

Mit 24 Ärzten bestanden Sonderverträge. Eine Richtlinie des Bundeskanzleramtes legte die maximalen Personalkosten für Ärzte in Form von Stundensätzen fest. Zu den festgelegten Konditionen war es für das BMJ schwierig, qualifiziertes ärztliches Personal zu rekrutieren. (TZ 34)

### Justizbetreuungsagentur

Die im Jahr 2009 eingerichtete Justizbetreuungsagentur hatte die Aufgabe, Betreuungspersonal für den Straf- und Maßnahmenvollzug anzustellen oder in anderer Weise vertraglich zu verpflichten und dieses den Justianstalten zur Verfügung zu stellen. (TZ 35)

Das Tätigwerden der Justizbetreuungsagentur ermöglichte die Anstellung bzw. Beschäftigung von Personal, ohne die Zahl der Planstellen im Personalplan des jeweiligen Bundesfinanzgesetzes erhöhen zu müssen. Der Zukauf des ärztlichen und pflegerischen Personals über die Justizbetreuungsagentur bewirkte, dass Ausgaben für dauerhaft beschäftigtes Personal als Sachaufwand verrechnet wurden. Dies stand im Konflikt mit dem Grundsatz der Budgetwahrheit. (TZ 36)

Die Justizbetreuungsagentur konnte ihren gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen nur eingeschränkt nachkommen. Sie verfügte — entgegen der geltenden



Rahmenvereinbarung — weder über einen Personalpool noch über ein Springersystem, um dringenden Personalbedarf kurzfristig decken zu können. (TZ 37)

Der Ärztliche Leiter der Justizanstalt Stein wurde mit Zustimmung des BMJ von der Justizbetreuungsagentur mit 40 Wochenstunden unbefristet angestellt. Dies stand im Widerspruch zu den Regelungen des Justizbetreuungsagentur-Gesetzes, wonach die Justizbetreuungsagentur für Führungskräfte im Betreuungsbereich der Justizanstalten nicht zuständig sein sollte. (TZ 38)

#### MEDIKAMENTE

##### Einkauf von Medikamenten

Das Volumen der über die Bundesbeschaffung GmbH getätigten Medikamenteneinkäufe stieg kontinuierlich an und erreichte im Jahr 2010 unter Berücksichtigung der ab 2008 erfolgten Erweiterung auf Substitutionsmedikamente rd. 86 % der Gesamtausgaben für Medikamente. (TZ 39)

Das Substitutionsmedikament Methadon war nicht in der Einkaufsvereinbarung mit der Bundesbeschaffung GmbH enthalten. Die Einkaufspreise für das von Apotheken bezogene Methadon variierten stark. Bei optimiertem Einkauf wären jährliche Einsparungen von zumindest rd. 90.000 EUR erzielbar. Unter Zugrundelegung des durchschnittlichen Einkaufspreises in den Justizanstalten Innsbruck und Wien-Josefstadt ermittelte der RH ein bundesweites Einsparungspotenzial von rd. 210.000 EUR. (TZ 40)

##### Verschreibung von Medikamenten

Die Verschreibung von Medikamenten erfolgte durch das ärztliche Personal in den Justizanstalten bzw. im Falle von Ausführungen durch die dort behandelnden Ärzte nach ihrem freien Ermessen. Im Rahmen des Pilotprojekts zur Einführung eines Chefärztlichen Dienstes strebte das BMJ die Neustrukturierung des Angebots an Arzneimitteln in den Justizanstalten sowie die Abstimmung der Verschreibungspraxis an. (TZ 41)

Die Auswahl des zur Anwendung kommenden Substitutionsmedikaments wurde nicht bundesweit abgestimmt. Die Substitution mit Methadon war um rd. 36 % günstiger als mit anderen Substitutionsmitteln. Bei ausschließlicher Verwendung von Methadon als Substitutionsmittel und automatisierter Dosierung durch die Justizanstalten errechnete der RH ein jährliches Einsparungspotenzial in Höhe von 750.000 EUR. (TZ 28, 42)



## Medikamentenverwaltung

In jeder Justizanstalt war ein Medikamentendepot eingerichtet. Mittel zur Durchführung von Substitutionstherapien wurden in eigenen Suchtgiftschränken aufbewahrt. (TZ 43)

Es gab keine einheitliche Software zur Verwaltung der Medikamentendepots für alle Justizanstalten. Die bestehenden Programme gaben lediglich Auskunft über den aktuellen mengenmäßigen Lagerbestand des jeweiligen Medikaments. Es konnte weder überprüft werden, ob der Einkauf mit den Verschreibungen korrelierte, noch war ein allfälliger Schwund dokumentiert. (TZ 44)

Der Verbrauch an Substitutionsmedikamenten war — im Gegensatz zu den herkömmlichen Medikamenten — lückenlos dokumentiert. (TZ 45)

## MAßNAHMEN DES BMJ ZUR KOSTENEINDÄMMUNG

### Projekt zur Struktur und Kostenentwicklung der medizinischen Versorgung

Im Jahr 2008 führte das BMJ ein Projekt zur Struktur und Kostenentwicklung der medizinischen Versorgung im Straf- und Maßnahmenvollzug durch. Die Vorschläge zur Strukturverbesserung bzw. Kostensenkung bezogen sich im Wesentlichen auf den Maßnahmenvollzug. (TZ 46)

### Einrichtung eines Chefärztlichen Dienstes

Im Gegensatz zu zivilen Einrichtungen verfügte die Vollzugsverwaltung über keinen zentralen Ärztlichen Dienst, der Fachaufsicht und Controlling über die ärztliche Tätigkeit in den Justizanstalten ausüben hätte können. Seit Mitte 2010 arbeitete das BMJ am Aufbau eines Chefärztlichen Dienstes. (TZ 47)

### IT-Unterstützung in der medizinischen Versorgung

Das BMJ plante bereits seit mehreren Jahren eine Erweiterung der IT-unterstützten Insassenverwaltung auf den medizinischen Bereich. Für die Dokumentation der verschriebenen Medikamente und deren Dosierung hatte das BMJ bereits eine entsprechende Anwendung eingerichtet. Es fehlten aber noch wesentliche Funktionalitäten (insbesondere Preisinformationen) und ein flächendeckender Einsatz.

IT-mäßig erfasste Informationen hinsichtlich der internen ärztlichen Leistungserbringung und des Zukaus exzerner medizinischer Leistungen, die für die Wahrnehmung



zentraler Controllingaufgaben Voraussetzung waren, fehlten ebenfalls noch. Ein entsprechendes Projekt soll bis Anfang des Jahres 2012 abgeschlossen werden. (TZ 48)

**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 dienstrechtlichen 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, bedarfsoorientierte 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)



(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 Gebarungsüberprüfung 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)



## **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.**

### 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)

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, Aufgaben-erfüllung und Qualitätsmanagement ausgehend von 34 Seminaren im Fortbildungs-zeitraum 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)

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 Geburungsüberprüfung 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)

In einem Zeitraum von sechs Monaten erhob 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 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)



**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)



## **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.**

### **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. (TZ 1)

### **Aus-, Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals**

Mit Inkrafttreten des § 39b Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979 (für Beamte) bzw. des § 6b Vertragsbedienstetengesetz 1948 (für Vertragsbedienstete) im Jänner 2011 setzte das BMLVS die Empfehlung des RH, in dienstrechlicher 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 Einrichtung 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 Patienten-



aufkommen 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)

Die Empfehlung des RH, Nebenbeschäftigung 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 Nebenbeschäftigung in einer ärztlichen Funktion genehmigungspflichtig. Das BMLVS hatte jedoch keine konkreten Vorgaben definiert, um die Zulässigkeit von Nebenbeschäftigung 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-Dienstrechtsgebet 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)

## 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)

#### 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 fehlte 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)

#### 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)

## 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 Anspruchsbe rechtigten (Präsenzdienner) weiterhin für notwendig. Vorkehrungen, 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 Truppen sanität. Die weiteren Planungen sollten im Rahmen des Projekts zur Restrukturierung der Sanitätsorganisation erfolgen. (TZ 8)

## Heeresvertragsärzte

Aufgrund einer Änderung des Vertragsbedienstetengesetzes 1948 fiel die Rechtsgrund lage für die Neuanstellung 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)

## 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 Notarztwagen in zivile Rettungssysteme wurden Kooperationsprojekte nicht verwirklicht. Laut BMLVS werde die Empfehlung im Rahmen des Projekts zur Restrukturierung der Sanitätsorganisation wieder aufgegriffen. (TZ 21)

***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 hieß 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 Journaldienstregelung im Heeresspital in Wien wäre zu achten. (TZ 16)*

*(16) Nebenbeschäftigte 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)*

*(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)*