

Bericht des Rechnungshofes

**Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug;
Follow-up-Überprüfung**

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis _____ 612

BMJ

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
JustizKosten der medizinischen Versorgung
im Strafvollzug; Follow-up-Überprüfung

KURZFASSUNG _____ 614

Prüfungsablauf und -gegenstand _____ 620

System der medizinischen Versorgung _____ 620

Kostentragung und Finanzierung _____ 627

Ausgaben für die medizinische Versorgung _____ 632

Personal für die medizinische Betreuung _____ 639

Medikamente _____ 644

Einrichtung eines Chefärztlichen Dienstes _____ 647

Schlussempfehlungen _____ 649

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AMG	Arzneimittelgesetz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIG	Bundesimmobilien GmbH
BKA	Bundeskanzleramt
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMLVS	Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport
BPD	Bundespolizeidirektion
bspw.	beispielsweise
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
bzw.	beziehungsweise
EUR	Euro
G(es)mbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKK	Gebietskrankenkasse
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IRKS	Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie
IT	Informationstechnologie
IVV	Integrierte Vollzugsverwaltung
IWV	Integrierte Wirtschaftsverwaltung
MED-Modul	Medikamentenverwaltung
Mio.	Million(en)
Nr.	Nummer
rd.	rund
RH	Rechnungshof
StVG	Strafvollzugsgesetz
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Justiz

Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug; Follow-up-Überprüfung

Das BMJ setzte die Empfehlungen des RH, die dieser im Jahr 2012 betreffend die Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug veröffentlicht hatte, zum größeren Teil um. Umgesetzt wurde insbesondere die Empfehlung zum Aufbau einer personellen Kompetenz zum Zwecke der Wahrnehmung der Fachaufsicht und des Controllings der ärztlichen Tätigkeit in Justizanstalten. Durch die Beschäftigung eines ärztlichen und eines zahnärztlichen Chefarztes konnten Einsparungen erzielt werden.

Vor allem durch die Inbetriebnahme des Forensischen Zentrums Asten sanken die Ausgaben für die stationäre Behandlung von geistig abnormen zurechnungsunfähigen Straftätern in psychiatrischen Krankenanstalten von rd. 35 Mio. EUR (2009) auf rd. 30 Mio. EUR (2013).

Das BMJ suchte die Länder für eine Verlängerung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen von öffentlichen Krankenanstalten für Insassen in Justizanstalten zu gewinnen. Die tatsächliche Verlängerung der Ende 2013 ausgelaufenen Vereinbarung unterblieb aber letztlich. Dadurch ersparten sich die Länder ab 2014 ihren Kostenbeitrag von jährlich zumindest rd. 8,55 Mio. EUR, unter Berücksichtigung der vom BMJ errechneten Valorisierung sogar von bis zu rd. 22,8 Mio. EUR.

Offen waren noch die teilweise Einbeziehung von Häftlingen in das Krankenversicherungssystem, die Erarbeitung von Personalbemessungskonzepten für den Ärztlichen Dienst und den Pflegedienst sowie ein einheitliches Entlohnungsschema für Ärzte in der Vollzugsverwaltung.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Follow-up-Überprüfung zum Thema Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug war es, die Umsetzung von Empfehlungen zu beurteilen, die der RH bei einer vorangegangenen Gebarungsüberprüfung abgegeben hatte. (TZ 1)

System der medizinischen Versorgung

Das BMJ setzte die Empfehlung des RH, Durchführungsregelungen zum Strafvollzugsgesetz, wie sie zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in der Vollzugsordnung enthalten waren, als Rechtsverordnung zu erlassen, nicht um. Die Vollzugsordnung enthielt nicht nur innerorganisatorische Regelungen, sondern regelte auch den Umgang des Justizpersonals mit den Häftlingen sowie Rechte und Pflichten der Häftlinge. Dies erforderte aus Gründen der Rechtsstaatlichkeit und Transparenz eine Verordnung, wie dies bspw. bei der Anhalteordnung des BMI der Fall war. (TZ 2)

Die empfohlene Anpassung der Vollzugsordnung an die Regelungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes unterblieb: Weiterhin standen die Regelungen in der Vollzugsordnung im Widerspruch zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. (TZ 3)

Auch die Empfehlung, klare rechtliche Grundlagen über Aufgaben und Befugnisse des Pflegepersonals im Straf- und Maßnahmenvollzug zu schaffen, setzte das BMJ nicht um. (TZ 4)

Der im Jahr 2004 gestellte Antrag auf Bewilligung einer Erweiterung der Bettenkapazität in der Sonderkrankenanstalt Wien-Josefstadt wurde durch die Reorganisation des Spitalstraktes obsolet, da die Größe nun wieder der ursprünglichen Betriebsbewilligung aus 1991 entsprach. (TZ 5)

Durch die Verhandlungen mit dem Landeskrankenhaus Krems und die Überlegungen, die externe Behandlung von Häftlingen auf ein Krankenhaus zu konzentrieren, setzte das BMJ die Empfehlung betreffend eine kostengünstigere Lösung für die geschlossene Abteilung zwar um. Die Verhandlungen blieben jedoch erfolglos. Seitens des BMJ bestand nunmehr die Absicht, den gesamten Bedarf an stationärer Versorgung an einem Ort zu konzentrieren („Justizklinik“). (TZ 6)

Das BMJ setzte die Empfehlung, mit dem BMLVS in Verhandlungen über eine stationäre Aufnahme von Häftlingen in den Heeresspitälern einzutreten, um. Das BMLVS stimmte einer stationären Auf-

**Kosten der medizinischen Versorgung
im Strafvollzug; Follow-up-Überprüfung**

nahme von Häftlingen jedoch nicht zu, obwohl diese die vom RH kritisierte Unterauslastung in den Heeresspitälern reduziert hätte. (TZ 7)

**Kostentragung und
Finanzierung**

Die Justizanstalten hatten für die stationäre Behandlung und die Betreuung der nicht sozialversicherten Häftlinge durch öffentliche Krankenanstalten den für unversicherte Privatpatienten geltenden Tarif zu bezahlen. Die Länder beteiligten sich auf der Grundlage einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG mit einem Pauschalbeitrag an diesen Kosten. Indem das BMJ die Länder zur Verlängerung dieser Art. 15a-Vereinbarung bzw. zur Anpassung der Pauschalbeiträge der Länder zu gewinnen suchte, setzte es die entsprechende Empfehlung des RH um. (TZ 8)

Die tatsächliche Verlängerung der Ende 2013 ausgelaufenen Art. 15a-Vereinbarung und die Anpassung der Pauschalabgeltung der Länder unterblieben aber letztlich. Sie scheiterten einerseits an der fehlenden Zustimmung des Bundeslandes Wien, andererseits an den infolge der Verlängerung der Finanzausgleichsperiode unterbliebenen Neuverhandlungen der geltenden Art. 15a-Vereinbarung. Dadurch ersparten sich die Länder ab 2014 ihren Kostenbeitrag von jährlich zumindest rd. 8,55 Mio. EUR, unter Berücksichtigung der vom BMJ errechneten Valorisierung sogar von bis zu rd. 22,8 Mio. EUR. (TZ 8)

Zur fortgesetzten Behandlung entlassener Häftlinge nach Arbeitsunfällen waren die Häftlinge einem Sozialversicherungsträger zuzuweisen. Die Empfehlung, abschließend zu klären, ob diese Regelung auch auf andere Fälle – z.B. bei längeren Krankenhausaufenthalten – erweitert werden konnte, setzte das BMJ nicht um. (TZ 9)

Die „Prüfung der Einbeziehung der Insassen von Justizanstalten in die gesetzliche Krankenversicherung“ war eine der im Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018 im Bereich der Justiz genannten Maßnahmen. Laut Auskunft des BMJ sei ein entsprechender Gesetzesentwurf in Ausarbeitung. (TZ 9)

**Ausgaben für
die medizinische
Versorgung**

Das BMJ führte eine Kosten- und Leistungsrechnung zur Ermittlung der Kosten der medizinischen Versorgung im Straf- und Maßnahmenvollzug ein. Allerdings fehlte weiterhin ein aussagekräftiges Kennzahlensystem; ein innerorganisatorischer Vergleich von Kostenträgern war nur mit einem verhältnismäßig hohen Aufwand möglich. (TZ 10)

Zur Stabilisierung der Anzahl von geistig abnormen Rechtsbrechern im Maßnahmenvollzug setzte das BMJ in Umsetzung der Empfehlung des RH u.a. folgende Maßnahmen: Implementierung von Kennzahlen, Erstellung eines jährlichen Berichts zum Monitoring des Maßnahmenvollzugs, Aufnahme entsprechender Kennzahlen in die Zielvereinbarungen mit den Justizanstalten und Abschluss von Vereinbarungen zur Intensivbetreuung von geistig abnormen Rechtsbrechern mit bestehenden und neuen Nachbetreuungseinrichtungen. (TZ 11)

In Entsprechung der Empfehlung des RH hatte das BMJ eine rechtzeitige Planung für eine weitere Ausweitung der justizeigenen Kapazitäten vorgenommen. Das BMJ plante ein Projekt zur Erweiterung des Forensischen Zentrums Asten um rd. 40 auf rd. 130 Plätze. Der Bau soll im Sommer 2014 beginnen und im Herbst 2015 fertiggestellt werden. Als Folge der Inbetriebnahme des Forensischen Zentrums Asten lagen die Ausgaben für die stationäre Behandlung von geistig abnormen zurechnungsunfähigen Straftätern in psychiatrischen Krankenanstalten im Jahr 2013 mit 30,28 Mio. EUR unter jenen der Vorjahre (ausgenommen 2011). (TZ 12)

Das BMJ setzte die Empfehlung des RH, eine institutionalisierte laufende Kontrolle hinsichtlich der Notwendigkeit der Aufnahme von Häftlingen in öffentliche Krankenanstalten bzw. der Aufenthaltsdauer vorzusehen, durch die Einbindung des Chefarztes bei Spitalszuweisung von Häftlingen um. (TZ 13)

Indem durch ein IT-unterstütztes System mit der entsprechenden Datenbasis und einen geregelten Ablaufprozess die systematische Kontrolle der Behandlungen möglich war, setzte das BMJ die Empfehlung des RH um. Diese Kontrollen nahmen die zwischenzeitig installierten Chefarzte wahr. Die Chefarzte konnten österreichweit in aktuelle Behandlungsmaßnahmen einsehen und durch die Mitbefassung bei Behandlungen durch externe Ärzte diese Behandlungen auch steuern. (TZ 14)

Zur Steuerung der Ausgaben für Medikamente im Strafvollzug hatte das BMJ in teilweiser Umsetzung der Empfehlung des RH entsprechende Daten bereitgestellt; auch wurden Medikamentenstatistiken monatlich erstellt und war die Verschreibung bestimmter Medikamente verpflichtend an die Genehmigung des Chefarztes gebunden. Eine umfassende vertiefte Analyse der Gesamtausgaben für Medikamente hatte das BMJ aber noch nicht durchgeführt. (TZ 15, 23)

**Kosten der medizinischen Versorgung
im Strafvollzug; Follow-up-Überprüfung**

Die Empfehlung, die IT-Unterstützung in der ärztlichen Versorgung konsequent umzusetzen, um für die Wahrnehmung zentraler Controllingaufgaben auf aussagekräftige Informationen zurückgreifen zu können, setzte das BMJ um: Das seit 1. November 2013 bundesweit eingesetzte sogenannte Ärztepaket, ein Programm für eine umfassende Dokumentation medizinischer Leistungen, stellte eine Vielzahl von aussagekräftigen Informationen für die Wahrnehmung zentraler Controllingaufgaben bereit. (TZ 16)

Die Empfehlung des RH, die Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung in den Justizanstalten anhand entsprechender Kenndaten regelmäßig zu analysieren, setzte das BMJ nicht um. (TZ 17)

**Personal für die
medizinische
Betreuung**

Nicht umgesetzt hatte das BMJ auch die vom RH empfohlene Ausarbeitung von Personalbemessungskonzepten auch für den Ärztlichen Dienst und den Pflegedienst. Diese sollten die vorhandenen Konzepte zu einzelnen Berufsgruppen (Psychologischer Dienst, Sozialdienst) ergänzen, um den tatsächlichen Personalbedarf im Überblick abzubilden. (TZ 18)

Die vorhandenen Verträge der im Strafvollzug tätigen Ärzte waren in hohem Maß uneinheitlich und unübersichtlich. Durch die Verwendung von Vertragsschablonen und Preisblättern für neu eintretende Ärzte konnte das BMJ eine teilweise Vereinheitlichung erreichen. Allerdings bestand insoweit weiterhin eine Uneinheitlichkeit in der rechtlichen und finanziellen Ausgestaltung der Beschäftigungsverhältnisse, als früher abgeschlossene Verträge unverändert weiter galten. (TZ 19)

Das BMJ setzte die Empfehlung des RH, in Anlehnung an die Regelungen für Militärärzte ein einheitliches Entlohnungsschema für Ärzte in der Vollzugsverwaltung auszuarbeiten, nicht um. (TZ 20)

Ebenfalls nicht umgesetzt hatte das BMJ die Empfehlung, Vollzeitkräfte mit Führungsaufgaben im Betreuungsbereich direkt bei der Vollzugsdirektion anzustellen. Der ärztliche Leiter der Justizanstalt Stein war entgegen den gesetzlichen Bestimmungen nach wie vor im Wege der Justizbetreuungsagentur beschäftigt. (TZ 21)

Medikamente

Mit dem bundesweiten Einsatz des IT-Moduls „Medikamentenverwaltung“ waren die Verwaltung der Medikamentendepots und auch die Inventuren unter Ermittlung und Dokumentation allfälliger Dif-

ferenzen gewährleistet. Damit setzte das BMJ die entsprechende Empfehlung um. Desgleichen hatte das BMJ mit dem österreichweiten Einsatz des Medikamentenverwaltungsprogramms die technischen Voraussetzungen zum Controlling der Verschreibungspraxis von Medikamenten geschaffen. (TZ 22, 23)

Zur Prüfung von Einsparungspotenzialen bei der Beschaffung von Methadon hatte das BMJ eine Arbeitsgruppe gegründet. Laut Arbeitsgruppe kam aus Gründen der Wirtschaftlichkeit, Rechtssicherheit und Personalsituation – insbesondere infolge der Notwendigkeit von IT-Umstellungen, der Beschaffung eines weiteren Methadongeräts und des zusätzlichen Personalbedarfs – die Umsetzung einer zentralen Beschaffung und Ausgabe von Methadon nicht in Betracht. Die Arbeitsgruppe untersuchte nur die Möglichkeit einer Konzentration von Einkauf und Abfüllung in der Justizanstalt Wien-Josefstadt. Weitere Varianten bezog sie nicht in ihre Überlegungen mit ein. (TZ 24)

Die Substitutionsmedikation unterstand durch das Medikamentenverwaltungsprogramm und die Einbindung des Chefarztes in die Auswahl der Substitutionsmedikamente einer laufenden Beobachtung. Damit hatte das BMJ die entsprechende Empfehlung des RH umgesetzt. Zusätzlich sollte eine Arbeitsgruppe „Standards für die Beratung, Behandlung und Betreuung von suchtkranken Menschen im Straf- und Maßnahmenvollzug“ erarbeiten. Ein Endergebnis hinsichtlich einer möglichen Vereinheitlichung der Auswahl von Substitutionsmitteln unter Beachtung von Missbrauchsformen und Einsparungspotenzialen stand zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch aus. (TZ 25)

Einrichtung eines Chefärztlichen Dienstes

Das BMJ setzte die Empfehlung des RH zum Aufbau einer personellen Kompetenz für Fachaufsicht und Controlling der ärztlichen Tätigkeit in den Justizanstalten um: Es bestellte je einen Chefarzt sowohl für den allgemein medizinischen Bereich als auch für den zahnmedizinischen Bereich. Die Chefarzte konnten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bereits auf Einsparungen verweisen: So zeigten sie Doppelbehandlungen auf, woraufhin das BMJ Honorare rückforderte; auch hatte die Tätigkeit der Chefarzte zur Auflösung eines Vertragsverhältnisses mit einem Anstaltszahnarzt geführt. (TZ 26)

Kosten der medizinischen Versorgung
im Strafvollzug; Follow-up-Überprüfung

Kenndaten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug							
Rechtsgrundlagen	Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. Nr. 144/1969 i.d.g.F. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 i.d.g.F. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997 i.d.g.F. Justizbetreuungsagentur-Gesetz – JBA-G, BGBl. I Nr. 101/2008 i.d.g.F. Arzneimittelgesetz – AMG, BGBl. Nr. 185/1983 i.d.g.F. Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl. I Nr. 112/1997 i.d.g.F. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen für Insassen von Justizanstalten, BGBl. I Nr. 28/2006						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Differenz 2008 bis 2013
	in Mio. EUR						in %
externe medizinische Versorgung							
Unterbringung in öffentlichen psychiatrischen Krankenanstalten	31,49	35,05	32,82	27,01	31,41	30,28	- 4
sonstige öffentliche Krankenanstalten	7,50	7,67	9,56	10,14	11,31	10,63	42
Zwischensumme öffentliche Krankenanstalten	38,99	42,72	42,38	37,16	42,72	40,92	5
praktische Ärzte, Fachärzte, Zahnärzte extern	3,38	3,94	3,97	4,71	5,63	4,72	39
Zwischensumme externe med. Versorgung (Behandlung)	42,37	46,66	46,35	41,86	48,35	45,63	8
interne medizinische Versorgung							
Anstaltsärzte, Psychiater, Psychologen	6,95	7,18	6,76	6,80	5,53	6,18	- 11
eigenes Pflegepersonal	4,24	4,37	4,66	4,92	5,06	5,01	18
Zwischensumme justizeigenes Personal	11,18	11,55	11,42	11,71	10,58	11,18	0
Personal über Justizbetreuungsagentur	-	2,33	6,66	7,42	8,95	9,01	387 ¹
Personal über sonstige Unternehmen	2,77	2,54	1,82	1,97	2,49	2,27	- 18
Zwischensumme zugekauftes medizinisches Personal	2,77	4,87	8,48	9,39	11,44	11,29	308
Medikamente	8,19	7,11	7,30	7,15	7,54	7,15	- 13
Zahnersatz und sonstige Heilbehelfe	0,26	0,25	0,22	0,21	0,21	0,24	- 9
Zwischensumme Medikamente und Heilbehelfe	8,45	7,35	7,52	7,36	7,75	7,39	- 13
Summe interne medizinische Versorgung	22,40	23,78	27,41	28,46	29,77	29,86	33
Gesamtsumme medizinische Betreuung	64,77	70,43	73,76	70,33	78,12	75,50	17
Anzahl der Insassen und Pro-Kopf-Ausgaben							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Differenz 2008 bis 2013
	Anzahl						in %
Insassen im Jahresdurchschnitt	8.242	8.367	8.673	8.537	8.773	8.807	7
	in EUR						
Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung	7.858	8.418	8.540	8.238	8.905	8.573	9

¹ Differenz 2009 bis 2013

Quellen: BMJ; RH

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte im März und April 2014 die Umsetzung von Empfehlungen, die er bei der Gebarungsüberprüfung „Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug“ abgegeben hatte. Der in der Reihe Bund 2012/3 veröffentlichte Bericht wird in der Folge als Vorbericht bezeichnet.

(2) 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 2013/13 veröffentlicht.

(3) Zu dem im August 2014 übermittelten Prüfungsergebnis gab das BMJ im Oktober 2014 eine Stellungnahme ab. Der RH erstattete seine Gegenäußerung im November 2014.

System der medizinischen Versorgung

Allgemeines

2.1 (1) Der RH hatte dem BMJ in seinem Vorbericht (TZ 3) empfohlen, Durchführungsregelungen zum Strafvollzugsgesetz (StVG), wie sie zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in der Vollzugsordnung enthalten waren, als Rechtsverordnung zu erlassen. Die zur Zeit des Vorberichts geltende „Vollzugsordnung für Justizanstalten (Vollzugsordnung)“, die u.a. Regelungen zum Ärztlichen Dienst, Psychiatrischen Dienst und Pflegedienst, zur Einrichtung von Krankenabteilungen in den Justizanstalten und von geschlossenen Abteilungen in Krankenanstalten enthielt, hatte lediglich die Qualität eines Erlasses und war somit keine nach außen wirksame Rechtsvorschrift.

(2) Das BMJ hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass eine Prüfung der Umsetzung der Empfehlung des RH der kommenden Legislaturperiode vorbehalten sei, zumal aktuell andere Prioritäten (elektronisch überwachter Hausarrest, insbesondere aber auch die Anpassungen im Zusammenhang mit der Verwaltungsgerichtsbarkeit) gegeben seien.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass eine Arbeitsgruppe mit der Neugestaltung der Vollzugsordnung beauftragt war. Die überarbeitete Vollzugsordnung soll laut Auskunft des BMJ wie bisher ein Erlass der Vollzugsdirektion werden.

2.2 Das BMJ setzte die Empfehlung, Durchführungsregelungen zum StVG, wie sie zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in der Vollzugsordnung enthalten waren, als Rechtsverordnung zu erlassen, nicht um.

Der RH wies darauf hin, dass die Vollzugsordnung nicht nur innerorganisatorische Regelungen enthielt, sondern auch den Umgang des Justizpersonals mit den Häftlingen sowie Rechte und Pflichten der Häftlinge regelte. Aus Gründen der Rechtsstaatlichkeit und Transparenz sollte die Vollzugsordnung daher als Rechtsverordnung erlassen werden, wie das bspw. bei der Anhalteordnung des BMI der Fall war.¹

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das BMJ, Durchführungsregelungen zum StVG, wie sie zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in der Vollzugsordnung enthalten waren, als Rechtsverordnung zu erlassen.

2.3 *Laut Stellungnahme des BMJ arbeite es derzeit an einer umfassenden Reorganisation des Strafvollzugs sowie insbesondere an einer Reform des Maßnahmenvollzugs. Nach dem Abschluss dieser Arbeiten werde eine erneute Prüfung der Umsetzbarkeit dieser Empfehlung erfolgen.*

3.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht festgestellt, dass der Anstaltsleiter gemäß Vollzugsordnung ermächtigt war, die „Medikamentengebarung“ an entsprechend geeignete und vorgebildete Justizwachebeamte zu übertragen. Diese Ermächtigung stand im Widerspruch zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (§ 15 Abs. 2), das eine geteilte Verantwortung zwischen ärztlicher Anordnung einerseits und Durchführung der angeordneten Tätigkeit durch Angehörige des Gesundheits- und Pflegepersonals andererseits festlegte. Der RH hatte dem BMJ daher in seinem Vorbericht (TZ 6) empfohlen, die Vollzugsordnung den Regelungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes anzupassen.

(2) Laut Mitteilung des BMJ im Nachfrageverfahren werde die Überarbeitung (Neufassung) der Vollzugsordnung weiterhin als prioritär angesehen und sei bereits angelaufen. Aufgrund des großen Spektrums sowie der für die Neufassung der Vollzugsordnung erforderlichen hohen personellen Ressourcen werde eine Umsetzung für frühestens Ende 2014 in Aussicht genommen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ die Vollzugsordnung den Regelungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes nicht angepasst hatte.

¹ Verordnung der Bundesministerin für Inneres über die Anhaltung von Menschen durch die Sicherheitsbehörden und Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes (Anhalteordnung - AnhO), BGBl. II Nr. 128/1999

Laut Auskunft des BMJ beschäftigte sich die mit der Neugestaltung der Vollzugsordnung betraute Arbeitsgruppe (siehe TZ 2) auch mit dem Bereich der medizinischen Versorgung in den Justizanstalten. Ziel war laut Auskunft des BMJ das Erstellen einer Art „Handbuch für die Arbeit in den Krankenabteilungen der Justizanstalten“. Das BMJ wies darauf hin, dass die Materie insgesamt als rechtlich äußerst komplex einzustufen sei und das Handbuch wegen der notwendigen Abstimmung mit dem BMG daher frühestens im Laufe des Jahres 2015 in Kraft treten soll.

- 3.2** Das BMJ setzte die Empfehlung, die Vollzugsordnung dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz anzupassen, nicht um: Weiterhin standen die Regelungen in der Vollzugsordnung im Widerspruch zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz.

Der RH begrüßte die begonnenen Vorarbeiten zur Überarbeitung der Vollzugsordnung sowie zu einem „Handbuch für die Arbeit in den Krankenabteilungen der Justizanstalten“, wiederholte aber seine Empfehlung an das BMJ, die Vollzugsordnung den Regelungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes anzupassen.

- 3.3** *Laut Stellungnahme des BMJ werde die in Vorbereitung befindliche, überarbeitete Vollzugsordnung unter anderem hinsichtlich der Medikamentengebarung an die Regelungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes angepasst werden. Grundsätzlich brächten die Vortragenden der Strafvollzugsakademie im Zuge der einschlägigen Seminare bereits seit geraumer Zeit bei jeder passenden Gelegenheit sowohl die Zuständigkeit für „Medikamentengebarung“ als auch diese selbst dem primär angesprochenen Personenkreis als klassisches Problemfeld zur Kenntnis – insbesondere anlässlich der mehrmals jährlich stattfindenden „Fachtagungen der Krankenabteilungen & Ordinationen der Justizanstalten“. Dabei würden unter anderem auch Bezug habende Rechtsgrundlagen auf breiter Basis erörtert, etwa die einzelnen berufsrechtlichen Vorschriften sowie die materiellen Vorschriften zur Medikamentengebarung (z.B. das Apothekengesetz, die Apothekenbetriebsordnung, das Arzneimittelgesetz). Insoweit sollte bis zum Inkrafttreten der Vollzugsordnung eine ausreichende Informationsbasis über die aktuell gültige Rechtslage zur Verfügung stehen.*

- 4.1** (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht festgestellt, dass weder das StVG noch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Regelungen über die spezifischen Anforderungen der medizinischen und pflegerischen Betreuung im Rahmen des Straf- und Maßnahmenvollzugs enthielten. Der RH hatte dem BMJ daher in seinem Vorbericht (TZ 7)

empfohlen, klare rechtliche Grundlagen über Aufgaben und Befugnisse des Pflegepersonals zu schaffen.

(2) Das BMJ hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass auf die Einhaltung der bestehenden rechtlichen Grundlagen für das Pflegepersonal zukünftig besonderes Augenmerk gelegt werde. Der legislative Rahmen für pflegerische Aufgaben unterscheide jedoch nicht zwischen einer in Freiheit befindlichen und einer inhaftierten Person. Dementsprechend seien – abgesehen von organisatorischen Maßnahmen – keine speziellen Vorschriften für den Pflegedienst im Vollzug geschaffen worden. Im Zuge der Überarbeitung der Vollzugsordnung (Neufassung) werde auch diese Thematik – soweit erforderlich – behandelt werden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ bisher keine klaren rechtlichen Grundlagen über Aufgaben und Befugnisse des Pflegepersonals geschaffen hatte. Hinsichtlich der Umsetzung dieser Empfehlung verwies das BMJ im Zuge der Gebarungsüberprüfung abermals auf die Tätigkeit der mit der Neugestaltung der Vollzugsordnung betrauten Arbeitsgruppe (siehe TZ 2).

- 4.2 Das BMJ setzte die Empfehlung nicht um: Regelungen zu den spezifischen Anforderungen, Rechten und Pflichten des Pflegepersonals im Straf- und Maßnahmenvollzug fehlten.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das BMJ, klare rechtliche Grundlagen über Aufgaben und Befugnisse des Pflegepersonals zu schaffen.

- 4.3 *Laut Stellungnahme des BMJ bedürfe es aus Sicht des BMJ keiner eigenen rechtlichen Regelung für die Arbeit des Pflegepersonals im Straf- und Maßnahmenvollzug. Das diplomierte Pflegepersonal und Pflegehelfer unterlägen den bestehenden, allgemeinen berufsrechtlichen Vorschriften (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz), unabhängig davon, in welcher Einrichtung sie arbeiteten. Dies gelte ebenso für andere fallweise in Justizanstalten ausgeübte medizinische Assistenzberufe im weiteren Sinn. Auch für diese fänden sich Regelungen in den entsprechenden Spezialgesetzen (z.B. Sanitätäergesetz, Gesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, Gesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste, Medizinische Assistenzberufe-Gesetz), die unabhängig von der Einrichtung, in der sie ausgeübt würden, gelten würden. Schließlich gelte dies ebenso für den Einsatz von Laien als ärztliche Hilfspersonen. Entsprechende Regelungen dazu fänden sich im Ärztegesetz 1998. Bei Tätigkeiten in Spitälern – wie z.B. in den Sonderkrankenanstalten Wien-Josefstadt, Wilhelmshöhe und Stein – würden*

darüber hinaus die Bestimmungen des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes gelten.

Erweiterung Sonderkrankenanstalt Wien-Josefstadt

4.4 Der RH entgegnete, dass die vom BMJ angeführten Gesetze keine spezifischen Regelungen für die Arbeit im Strafvollzug enthielten. Er wiederholte daher seine Empfehlung, klare rechtliche Grundlagen über Aufgaben und Befugnisse des Pflegepersonals zu schaffen. Derartige Regelungen hatte das BMJ auch im Rahmen der Gebarungsprüfung in Aussicht gestellt.

5.1 (1) Nachdem die im Jahr 1991 bewilligte räumliche Situation sowie die Anzahl der Betten in der Sonderkrankenanstalt Wien-Josefstadt nicht mehr ausreichten, stellte der Anstaltsleiter im Jahr 2004 einen Antrag auf Bewilligung einer Erweiterung. Im Jahr 2011 war das Verfahren noch immer nicht abgeschlossen. Der RH hatte daher in seinem Vorbericht (TZ 9) dem BMJ empfohlen, umgehend für eine Betriebsbewilligung im Sinne der einschlägigen Bestimmungen des Wiener Krankenanstaltengesetzes zu sorgen.

(2) Nach Angaben des BMJ im Nachfrageverfahren habe die Evaluierung des Aufgabenbereichs der Sonderkrankenanstalt Wien-Josefstadt ergeben, dass die dem Antrag auf Erweiterung der Betriebsbewilligung zugrunde liegende Bettenkapazität nicht im beantragten Ausmaß benötigt werde, weshalb eine Modifizierung des ursprünglichen Antrags in Vorbereitung sei.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass im Rahmen eines Projekts zur Reorganisation des Spitaltraktes der Justizanstalt Wien-Josefstadt die Sonderkrankenanstalt Wien-Josefstadt weiterhin die ursprünglich genehmigte Bettenanzahl umfassen sollte. Aufgrund dieser Entscheidung zog die Justizanstalt Wien-Josefstadt den Antrag auf Bewilligung einer Erweiterung im Februar 2014 zurück.

5.2 Durch die Reorganisation des Spitaltraktes entsprach die Größe der Sonderkrankenanstalt Wien-Josefstadt wieder der ursprünglichen Betriebsbewilligung.

Vereinbarungen mit Krankenanstalten-trägern

6.1 (1) Das BMJ hatte mit dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien und dem Landeskrankenhaus Krems Vereinbarungen über die Vorkauf von geschlossenen Abteilungen zur stationären Behandlung von Häftlingen abgeschlossen. Diese Vereinbarungen sahen die Bezahlung eines garantierten Mindestbelags vor. Obwohl der Mindestbelag von vier Betten täglich beim Landeskrankenhaus Krems im Jahr 2010

nicht mehr erreicht werden konnte, war das BMJ verpflichtet, die der Mindestauslastung zugrunde liegenden Gesamtkosten zu tragen. Dies verursachte dem BMJ im Jahr 2010 Ausgaben von 127.070 EUR ohne Gegenleistung. In seinem Vorbericht (TZ 10) hatte der RH daher dem BMJ empfohlen, Verhandlungen mit dem Landeskrankenhaus Krems aufzunehmen, um eine kostengünstigere Lösung für die geschlossene Abteilung zu erreichen.

(2) Im Nachfrageverfahren teilte das BMJ dem RH mit, dass Sondierungsgespräche mit Spitalsbetreibern erfolglos geblieben seien. Aktuell würden Vorgespräche mit der Niederösterreichischen Landesholding geführt. Diese würden nach endgültiger Bestellung des Chefarztes der Vollzugsdirektion voraussichtlich im Herbst 2013 detailliert fortgeführt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Verhandlungen des BMJ um eine kostengünstigere Lösung für die geschlossene Abteilung im Landeskrankenhaus Krems bisher erfolglos geblieben waren. Der Mindestbetrag im Landeskrankenhaus Krems wurde im Jahr 2011 knapp verfehlt und in den Jahren 2012 und 2013 wieder deutlich überschritten.

Seitens des BMJ bestand die Absicht, den gesamten Bedarf an stationärer Versorgung an einem Ort zu konzentrieren („Justizklinik“) und auf die geschlossenen Abteilungen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und im Landeskrankenhaus Krems zu verzichten. Eine diesbezügliche Expertise des noch zu ernennenden Chefarztes werde abgewartet.

- 6.2 Durch die Verhandlungen mit dem Landeskrankenhaus Krems und die Überlegungen, die externe Behandlung von Patienten auf eine Krankenanstalt zu konzentrieren, setzte das BMJ die Empfehlung des RH, Verhandlungen für eine kostengünstigere Lösung für die geschlossene Abteilung aufzunehmen, zwar um. Diese Verhandlungen blieben jedoch erfolglos.

Der RH empfahl dem BMJ, die Bemühungen zur Einrichtung einer „Justizklinik“ unter Beachtung von Kosten-Nutzen-Aspekten möglichst rasch zu finalisieren.

Bis zur Umsetzung einer Gesamtlösung empfahl der RH dem BMJ, die Verhandlungen mit dem Landeskrankenhaus Krems betreffend einer kostengünstigeren Lösung weiterzuführen.

- 6.3 (1) Laut Stellungnahme des BMJ wären die Verhandlungen betreffend einer kostengünstigeren Lösung für die geschlossene Abteilung im Landeskrankenhaus Krems bisher erfolglos geblieben. Die Gebühren würden durch die Niederösterreichische Landesregierung festgesetzt und gemäß

§ 51 Abs. 3 des Niederösterreichischen Krankenanstaltengesetzes verlautbart.

Der Mindestbelag im Landeskrankenhaus Krems wäre in den Jahren 2012 und 2013 deutlich überschritten worden. Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit werde dies auch 2014 der Fall sein.

(2) Derzeit werde an einem Konzept zur Einrichtung einer „Justizklinik“ unter Beiziehung der Chefarztin der Vollzugsdirektion gearbeitet. Weiters würden noch im Herbst 2014 mehrere öffentliche und private Spitalsbetreiber eingeladen, ihr Interesse zur Einrichtung einer Justizklinik („Gesperrte Abteilung“) unter Berücksichtigung des ausgearbeiteten Konzepts der Vollzugsdirektion darzulegen. Danach sei beabsichtigt, eine Kosten–Nutzen–Analyse durchzuführen und abhängig von diesem Ergebnis eine Entscheidung darüber zu treffen, ob und bejahendenfalls in welcher Form dieses Vorhaben umgesetzt werden sollte.

Kooperation mit dem Heeresspital

7.1 (1) Zwischen dem BMJ und dem BMLVS bestand ab Jänner 2011 eine Vereinbarung über einen neunmonatigen Probetrieb zur Nutzung des Heeresspitals für ambulante Untersuchungen und Behandlungen. Aufgrund dessen konnten alle vorhandenen Facharztambulanzen für Zwecke des Strafvollzugs genutzt werden. Der RH hatte dem BMJ in seinem Vorbericht (TZ 12) empfohlen, zu prüfen, ob das Heeresspital auch für stationär aufzunehmende Häftlinge genutzt werden könnte.

(2) Das BMJ hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass aufgrund der gut verlaufenden Kooperation zwischen dem Heeresspital und den Justizanstalten zwischenzeitig die ursprünglich auf Amtshilfe basierende Kooperation in ein ständiges Verwaltungsübereinkommen übergeführt worden sei, wobei in Analogie zur laufenden Amtshilfe für die BPD Wien (Schubhaft) auf Wunsch des BMLVS die Kooperation auf ambulante Untersuchungen und Behandlungen beschränkt worden sei und eine Ausweitung auf stationäre Versorgung auf Wunsch des BMLVS nicht mehr weiterverfolgt werde. Die bestehende Kooperation sei mittels Zusatzübereinkommen auch auf die Standorte Graz, Innsbruck und Hörsching erweitert worden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ im März 2012 mit dem BMLVS ein Verwaltungsübereinkommen zur Durchführung von Untersuchungen und ambulanten Behandlungen von in Justizanstalten angehaltenen Personen im Heeresfachambulatorium Wien abgeschlossen hatte. Laut BMJ stimmte das BMLVS einer Ausweitung des Verwaltungsübereinkommens auf stationäre Versorgung nicht zu. Das Verwaltungsübereinkommen blieb daher auf ambulante Untersuchungen und

**Kosten der medizinischen Versorgung
im Strafvollzug; Follow-up-Überprüfung**

Behandlungen beschränkt. Bis Mitte 2013 schloss das BMJ mit dem BMLVS Zusatzübereinkommen für die Untersuchungen und Behandlungen in den Heeresambulanzen in Graz, Innsbruck und Hörsching ab.

- 7.2 Das BMJ setzte die Empfehlung um, indem es mit dem BMLVS in Verhandlungen über eine stationäre Aufnahme von Häftlingen in den Heeresspitälern eintrat. Das BMLVS stimmte einer stationären Aufnahme von Häftlingen jedoch nicht zu, obwohl diese die vom RH kritisierte Unterauslastung in den Heeresspitälern reduziert hätte.²

Kostentragung und Finanzierung

Finanzierungsbeitrag
der Bundesländer

- 8.1 (1) Nach den Feststellungen des Vorberichts hatten die Justizanstalten für die stationäre Behandlung und die Betreuung der nicht sozialversicherten Häftlinge durch öffentliche Krankenanstalten den für unversicherte Privatpatienten geltenden Tarif zu bezahlen. Dieser Tarif lag deutlich über den von den Sozialversicherungsträgern eingehobenen Beträgen.

Die Länder beteiligten sich auf der Grundlage einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG („Vereinbarung über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen von öffentlichen Krankenanstalten für Insassen von Justizanstalten“) mit einem Kostenbeitrag in der Höhe von jährlich rd. 8,55 Mio. EUR, um diese Mehrkosten des BMJ abzudecken und eine faktische Gleichstellung mit den von den Sozialversicherungsträgern bezahlten Leistungen herzustellen. Die auf den Krankenhauskosten des Jahres 2000 basierende Vereinbarung trat am 1. Jänner 2003 in Kraft und galt, bei gleichbleibendem Kostenbeitrag der Länder, bis 31. Dezember 2013.

In dem der Vereinbarung zugrunde liegenden Basisjahr 2000 deckte der Kostenbeitrag der Länder mehr als 50 % der Krankenanstaltenkosten des BMJ (15,33 Mio. EUR) ab. Da die Krankenanstaltenkosten des BMJ auf 42,38 Mio. EUR im Jahr 2010 anstiegen, eine Anpassung des Kostenbeitrags der Länder aber unterblieb, reduzierte sich der anteilmäßige Finanzierungsbeitrag der Länder auf rd. 20 % im Jahr 2010.

Der RH hatte dem BMJ in seinem Vorbericht (TZ 15) daher empfohlen, im Zuge der Verhandlungen der Bund-Länder-Vereinbarung für den Zeitraum nach 2013 neuerlich eine Initiative zur Anpassung der Pauschalvergütung der Länder zu setzen.

(2) Das BMJ hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass es das BMG um rechtzeitige Einbeziehung in die Verhandlungen über die Verlängerung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG („Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“, BGBl. I Nr. 105/2008) gebeten habe. Ziel des BMJ sei es, die aktuelle Vereinbarung zumindest bis 2018 zu verlängern, den aktuellen Rückvergütungsbetrag von 8.549.430,46 EUR auf 22.760.641,40 EUR anzuheben und eine Valorisierungsklausel in die zukünftige Vereinbarung aufzunehmen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die „Vereinbarung über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen von öffentlichen Krankenanstalten für Insassen von Justizanstalten“ zum Ende der Laufzeit am 31. Dezember 2013 ersatzlos ausgelaufen war.

Im Zuge der Verlängerung der Finanzausgleichsperiode bis Ende 2014 wurde auch die „Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ bis Ende 2014 verlängert bzw. neu abgeschlossen. Hingegen unterblieb – trotz Bemühungen des BMJ, die Zustimmung aller Länder zur Verlängerung zu erwirken – eine analoge Verlängerung der „Vereinbarung über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen von öffentlichen Krankenanstalten für Insassen von Justizanstalten“: Mangels Zustimmung des Landes Wien lief die Vereinbarung zum Jahresende 2013 aus.

Durch das ersatzlose Auslaufen der Vereinbarung ersparten sich die Länder ab 2014 ihren Kostenbeitrag in Höhe von jährlich zumindest rd. 8,55 Mio. EUR, unter Berücksichtigung der vom BMJ errechneten Valorisierung sogar von bis zu rd. 22,8 Mio. EUR.

Parallel zu den Verhandlungen um die Verlängerung der Vereinbarungen bereitete das BMJ eine neue Regelung zur teilweisen Einbeziehung von Häftlingen in die Krankenversicherung vor, die aus finanzieller Sicht des BMJ einen Neuabschluss der bisherigen Vereinbarung obsolet machen würde (siehe TZ 9).

- 8.2** Das BMJ setzte die Empfehlung um, indem es die Länder zur Verlängerung der „Vereinbarung über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen von öffentlichen Krankenanstalten für Insassen von Justizanstalten“ bzw. zur Anpassung der Pauschalbeiträge der Länder zu gewinnen suchte.

Die tatsächliche Verlängerung der Ende 2013 auslaufenden Art. 15a-Vereinbarung und die Anpassung der Pauschalabgeltung der Länder scheiterten einerseits an der fehlenden Zustimmung des Bun-

des Landes Wien, andererseits an den infolge der Verlängerung der Finanzausgleichsperiode unterbliebenen Neuverhandlungen der geltenden Art. 15a-Vereinbarung.

In Anbetracht des Scheiterns der Bemühungen um eine Verlängerung bzw. Anpassung der Art. 15a-Vereinbarung empfahl der RH dem BMJ, neuerlich eine Initiative zur Anpassung der Pauschalvergütung der Länder zu setzen, sofern die Arbeiten an der teilweisen Einbeziehung von Häftlingen in die Krankenversicherung zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis führen.

- 8.3** *Laut Stellungnahme des BMJ würde, nachdem die Verlängerung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen von öffentlichen Krankenanstalten für Insassen von Justizanstalten für die Jahre 2009 bis 2013 (BGBl. I Nr. 4/2009) für das Jahr 2014 am Widerstand des Bundeslandes Wien gescheitert sei, diese Vereinbarung in das Paket der Verlängerung der Finanzausgleichsperiode für die Jahre 2014 bis 2016 aufgenommen. Dabei sei ein Anpassungsbedarf, nämlich den aktuellen Rückvergütungsbetrag von 8.549.430,46 EUR auf 21.821.605,05 EUR anzuheben, bekanntgegeben und angeregt worden, eine Valorisierungsklausel in die zukünftige Vereinbarung aufzunehmen. Optional dazu sei darauf hingewiesen worden, dass es für das BMJ denkbar wäre, auf diese Anpassung sowie eine weitere Verlängerung der aktuellen 15a-Vereinbarung über das Jahr 2016 hinaus im Konsultationsmechanismus zu verzichten; dies im Gegenzug für die Zustimmung der Länder zu einer entsprechenden Änderung des StVG, welche die Übergabe von Insassen zur Behandlung an die jeweilige Gebietskrankenkasse (GKK) und Rückvergütung dieser Leistungen entsprechend dem jeweiligen GKK-Tarif durch die Straf- und Maßnahmenvollzugsverwaltung analog § 77 Abs. 4 StVG ermögliche.*

Demgemäß sei in absehbarer Zeit mit einer zufriedenstellenden Lösung dieser äußerst komplexen Materie nicht zu rechnen.

- 8.4** Der RH hielt fest, dass der Ministerrat mittlerweile nach Einlangen der Stellungnahme im RH am 18. November 2014 im Zuge der Verlängerung des Finanzausgleichs auch eine Verlängerung der § 15a-Vereinbarung über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen von öffentlichen Krankenanstalten für Insassen von Justizanstalten beschlossen hat.

Die am 1. Jänner 2009 geschlossene Vereinbarung soll nunmehr bis Ende 2016 verlängert werden. Da die Vereinbarung zwischenzeitig Ende 2013 ersatzlos ausgelaufen war, soll der Beschluss rückwirkend gelten und auch das Jahr 2014 umfassen.

Die vom RH empfohlene und vom BMJ angestrebte Valorisierung war nicht vorgesehen, so dass weiterhin die Beträge aus der ursprünglichen Vereinbarung gelten.

Im Hinblick auf den finanziellen Nachteil des BMJ, der ohne Valorisierung des Beitrags der Länder in einer Größenordnung von rd. 13 Mio. EUR jährlich liegt, hielt der RH seine Empfehlung aufrecht.

Einbeziehung der
Häftlinge in das
Krankenversiche-
rungssystem

9.1 (1) Der RH hatte dem BMJ in seinem Vorbericht (TZ 16) empfohlen, abschließend zu klären, ob die Zuteilung von Häftlingen an einen Sozialversicherungsträger – wie dies zur fortgesetzten Behandlung entlassener Häftlinge nach Arbeitsunfällen gesetzlich³ vorgesehen war – auch auf andere Fälle (z.B. bei längeren Krankenhausaufenthalten) erweitert werden könnte.

(2) Laut Mitteilung des BMJ im Nachfrageverfahren sei es für das BMJ denkbar, über eine Verlängerung der aktuellen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen von öffentlichen Krankenanstalten für Insassen von Justizanstalten über das Jahr 2014 hinaus auf die Anhebung des Rückvergütungsbetrags und die Aufnahme einer Valorisierungsklausel zu verzichten, sofern die Länder im Gegenzug einer Änderung des StVG zustimmten, welche die Übergabe von Insassen zur Behandlung an die jeweilige Gebietskrankenkasse (GKK) und die Rückvergütung dieser Leistungen entsprechend dem jeweiligen GKK-Tarif durch die Straf- und Maßnahmenvollzugsverwaltung analog der Regelung bei entlassenen Häftlingen (§ 77 Abs. 4 StVG) ermögliche.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ die Frage der Zuteilung von Häftlingen an einen Sozialversicherungsträger auch in anderen Fällen als bei der Behandlungsfortsetzung entlassener Häftlinge nach Arbeitsunfällen nicht abschließend geklärt hatte.

Das Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018 nannte als eine Maßnahme im Bereich der Justiz die „Prüfung der Einbeziehung der Insassen von Justizanstalten in die gesetzliche

³ § 77 Abs. 4 StVG

Krankenversicherung“. Laut Auskunft des BMJ sei ein Gesetzesentwurf zur diesbezüglichen Erweiterung des § 77 StVG in Ausarbeitung.

- 9.2 Das BMJ setzte die Empfehlung nicht um: Eine Klarstellung der Frage, ob die Zuteilung von Häftlingen an einen Sozialversicherungsträger auch auf andere Fälle als dem § 77 Abs. 4 StVG – z.B. bei längeren Krankenhausaufenthalten – erweitert werden könnte, war nicht erfolgt.

Der RH hielt darüber hinaus fest, dass eine Änderung des StVG nicht, wie vom BMJ im Nachfrageverfahren angegeben, von einer Zustimmung der Bundesländer abhängig war.

Der RH empfahl dem BMJ, darauf hinzuwirken, die ins Auge gefasste Erweiterung des § 77 StVG so bald als möglich umzusetzen.

- 9.3 *Laut Stellungnahme des BMJ würde, nachdem die Verlängerung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen von öffentlichen Krankenanstalten für Insassen von Justizanstalten für die Jahre 2009 bis 2013 (BGBl. I Nr. 4/2009) für das Jahr 2014 am Widerstand des Bundeslandes Wien gescheitert sei, diese Vereinbarung in das Paket der Verlängerung der Finanzausgleichsperiode für die Jahre 2014 bis 2016 aufgenommen. Dabei sei ein Anpassungsbedarf, nämlich den aktuellen Rückvergütungsbetrag von 8.549.430,46 EUR auf 21.821.605,05 EUR anzuhellen, bekanntgegeben und angeregt worden, eine Valorisierungsklausel in die zukünftige Vereinbarung aufzunehmen. Optional dazu sei darauf hingewiesen worden, dass es für das BMJ denkbar wäre, auf diese Anpassung sowie eine weitere Verlängerung der aktuellen 15a-Vereinbarung über das Jahr 2016 hinaus im Konsultationsmechanismus zu verzichten; dies im Gegenzug für die Zustimmung der Länder zu einer entsprechenden Änderung des StVG, welche die Übergabe von Insassen zur Behandlung an die jeweilige GKK und Rückvergütung dieser Leistungen entsprechend dem jeweiligen GKK-Tarif durch die Straf- und Maßnahmenvollzugsverwaltung analog § 77 Abs. 4 StVG ermögliche.*

Demgemäß sei in absehbarer Zeit mit einer zufriedenstellenden Lösung dieser äußerst komplexen Materie nicht zu rechnen.

- 9.4 Der RH hielt fest, dass der Ministerrat mittlerweile nach Einlangen der Stellungnahme im RH am 18. November 2014 im Zuge der Verlängerung des Finanzausgleichs auch eine Verlängerung der § 15a-Vereinbarung über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen von öffentlichen Krankenanstalten für Insassen von Justizanstalten beschlossen hat.

Die am 1. Jänner 2009 geschlossene Vereinbarung soll nunmehr bis Ende 2016 verlängert werden. Da die Vereinbarung zwischenzeitig Ende 2013 ersatzlos ausgelaufen war, soll der Beschluss rückwirkend gelten und auch das Jahr 2014 umfassen.

Die vom RH empfohlene Klarstellung der Frage, ob die Zuteilung von Häftlingen an einen Sozialversicherungsträger auch auf andere Fälle als dem § 77 Abs. 4 StVG erweitert werden könnte, erfolgte nicht. Daher hielt der RH seine Empfehlung aufrecht.

Ausgaben für die medizinische Versorgung

Kostenerfassung

10.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht (TZ 17) empfohlen, eine Kostenrechnung einzuführen, 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.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMJ mitgeteilt, dass seit 1. Jänner 2013 eine bundesweite Kosten- und Leistungsrechnung verfügbar sei. Darauf basierend könnten in einem weiteren Schritt die Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung an entsprechenden Kenndaten gemessen werden. Daraus werde ein Kennzahlensystem für innerorganisatorische Vergleiche entwickelt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ seit Anfang 2013 über eine Kosten- und Leistungsrechnung verfügte. Ein innerorganisatorischer Vergleich von Kostenträgern war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung allerdings nur mit einem verhältnismäßig hohen Aufwand möglich. Ein aussagekräftiges Kennzahlensystem gab es nicht.

10.2 Das BMJ setzte die Empfehlung des RH durch die Implementierung einer Kosten- und Leistungsrechnung teilweise um. Der RH kritisierte jedoch, dass ein aussagekräftiges Kennzahlensystem weiterhin fehlte. Er wiederholte daher seine Empfehlung an das BMJ, auf Basis der Kosten- und Leistungsrechnung ein aussagekräftiges Kennzahlensystem zu erstellen, um zeitliche und innerorganisatorische Vergleiche anstellen zu können.

Ausgaben für die
Unterbringung in
psychiatrischen
Krankenanstalten

10.3 Laut Stellungnahme des BMJ sei beabsichtigt, aufbauend auf der Bundes-Kosten- und Leistungsrechnung, die für 2013 erstmalig zur Verfügung gestanden sei, ein passendes Kennzahlensystem zu konzipieren.

11.1 (1) Da die stationäre Behandlung von geistig abnormen zurechnungs-unfähigen Straftätern in psychiatrischen Krankenanstalten die mit Abstand größte Ausgabenposition im Bereich der medizinischen Versorgung im Strafvollzug darstellte, hatte der RH dem BMJ in seinem Vorbericht (TZ 21) empfohlen, verstärkt Maßnahmen zur Stabilisierung der Anzahl von geistig abnormen Rechtsbrechern im Maßnahmenvollzug (z.B. vertiefte Analyse der Ursachen für die Steigerung, gezielte Behandlung der Insassen, bedarfsorientierte und ausreichende Strukturen für die Nachbetreuung) zu setzen.

Nach den Feststellungen des Vorberichts war der deutliche Anstieg der Ausgaben von 10,55 Mio. EUR im Jahr 2000 auf 32,82 Mio. EUR im Jahr 2010 (somit auf mehr als das Dreifache) neben dem Anstieg der Tarifsätze der Krankenanstalten auf die Zunahme der im Maßnahmenvollzug extern Unterzubringenden zurückzuführen. Durch die Errichtung einer – neben Göllersdorf – weiteren justizeigenen Anstalt für den Maßnahmenvollzug (Forensisches Zentrum Asten) war es dem BMJ im Jahr 2010 gelungen, den ansteigenden Trend – vorerst – zu stoppen und die Ausgaben für die externe Unterbringung zu senken.

(2) Das BMJ hatte im Nachfrageverfahren u.a. mitgeteilt, dass es insbesondere seit den Empfehlungen aus dem Bericht des RH „Maßnahmenvollzug für geistig abnorme Rechtsbrecher“ (Reihe Bund 2010/11) zahlreiche Aktivitäten gesetzt habe, um die Ursachen für die Steigerung zu analysieren:

- Es habe eine vertiefte Statistik aufgebaut.
- Die beim Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie (IRKS) beauftragte Studie zu den Zugängen zum Maßnahmenvollzug („Welcher organisatorischer Schritte bedarf es, um die Zahl der Einweisungen in den Maßnahmenvollzug zu verringern?“; Laufzeit Mai 2011 bis März 2012) sei mittlerweile fertiggestellt; das BMJ setze sich vertieft mit der Studie auseinander.
- Zahlreiche neue Kooperationen hinsichtlich der Zusammenarbeit in der Nachbetreuung im forensischen Kontext seien eingegangen worden.

Ausgaben für die medizinische Versorgung

- Mit den bisherigen Kooperationspartnern der Nachbetreuung sei die Erweiterung der Nachbetreuungsstrukturen erarbeitet worden; allerdings könne mit allen Anstrengungen zur Nachsorge alleine keine dauerhafte Reduzierung der Unterbringung herbeigeführt werden.
- Das BMJ habe aussagekräftige allgemeine Kennzahlen implementiert und zu einem bundesweiten Monitoring des Maßnahmenvollzugs, das jährlich in einen Bericht münde, ausgebaut.
- Geeignete Leistungskennzahlen würden in die Zielvereinbarungen mit den – mit dem Maßnahmenvollzug betrauten – Justizanstalten aufgenommen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ u.a. folgende Maßnahmen zur Stabilisierung der Anzahl von geistig abnormen Rechtsbrechern im Maßnahmenvollzug gesetzt hatte:

- Implementierung von Kennzahlen: u.a. Entwicklung der Neueinweisungen, der Abgänge, der Untergebrachten, der durchschnittlichen Anhaltedauer und der Wiederkehrer-Rate;
- Erstellung eines jährlichen Berichts (Monitoring des Maßnahmenvollzugs an geistig abnormen Rechtsbrechern);
- Aufnahme entsprechender Kennzahlen in die Zielvereinbarungen mit den Justizanstalten;
- Abschluss von Vereinbarungen zur Intensivbetreuung von geistig abnormen Rechtsbrechern mit bestehenden und neuen Nachbetreuungseinrichtungen.

Die Gesamtzahl der im Maßnahmenvollzug untergebrachten zurechnungsunfähigen Rechtsbrecher war bis zum Stichtag 1. Jänner 2013 weiter gestiegen. Zum Stichtag 1. Jänner 2014 lag die Zahl erstmals seit vielen Jahren unter jener des Vorjahres.

Als Folge der Inbetriebnahme des Forensischen Zentrums Asten lagen die Ausgaben für die stationäre Behandlung von geistig abnormen zurechnungsunfähigen Straftätern in psychiatrischen Krankenanstalten im Jahr 2013 mit 30,28 Mio. EUR unter jenen der Vorjahre (ausgenommen 2011). Während im Jahr 2009 der Anteil der Ausgaben für die Unterbringung in psychiatrischen Krankenanstalten mit rd. 35 Mio. EUR bereits bei rd. 50 % der Gesamtausgaben für die medizinische Versorgung im Strafvollzug gelegen war, ging dieser Anteil im Jahr 2013 auf rd. 40 % der Gesamtausgaben zurück.

11.2 Das BMJ setzte die Empfehlung des RH u.a. durch die Implementierung von Kennzahlen und die Erstellung eines jährlichen Monitoringberichts um.

12.1 (1) In Anbetracht der kontinuierlich gestiegenen Anzahl geistig abnormer Rechtsbrecher – allein vom 1. Jänner 2010 bis 1. Jänner 2011 war eine Zunahme von 406 auf 436 zu verzeichnen – hatte der RH dem BMJ in seinem Vorbericht (TZ 21) weiters empfohlen, rechtzeitig Planungen für eine weitere Ausweitung der justizeigenen Kapazitäten vorzunehmen.

(2) Das BMJ hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass ein Konzept zur Ausweitung der Maßnahmenvollzugslandschaft in Ausarbeitung sei, wobei grundsätzlich feststehe, dass die Insourcing-Bemühungen fortgesetzt würden. Der Fokus liege aktuell auf einer Erweiterung der Kapazitäten im Forensischen Zentrum Asten durch die Schaffung dislozierter Wohngruppen. Zur Vorbereitung der dafür notwendigen Zu- und Umbauten sei mit der Bundesimmobilien GmbH (BIG) eine Planungsvereinbarung abgeschlossen worden. Danach werde die Genehmigung des BMF zur Realisierung dieses Projekts eingeholt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ ein Projekt zur Erweiterung des Forensischen Zentrums Asten um rd. 40 auf rd. 130 Plätze (um rd. 44 %) in die Wege geleitet hatte. Der Bau sollte im Sommer 2014 beginnen und im Herbst 2015 fertiggestellt werden.

12.2 Das BMJ setzte die Empfehlung des RH durch die Erweiterung der Aufnahmekapazität des Forensischen Zentrums Asten um rd. 44 %, die im Herbst 2015 fertiggestellt sein sollte, um.

Ausgaben für sonstige öffentliche Krankenanstalten

13.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht (TZ 22) empfohlen, eine institutionalisierte laufende Kontrolle hinsichtlich der Notwendigkeit der Aufnahme von Häftlingen in öffentliche Krankenanstalten bzw. der Aufenthaltsdauer vorzusehen.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMJ mitgeteilt, dass österreichweit die Liste mit den Insassen in externen Krankenanstalten mit der IVV⁴-Rolle „MED-österreichweit-lesend“ abgefragt und somit durch den Chefarzt kontrolliert werden könne. Darüber hinaus sei analog der IVV ein Bettenmanagement eingeführt worden, das alle Justizanstalten verpflichte, sowohl planbare als auch akute Spitalszuweisungen

⁴ IT-Programm Integrierte Vollzugsverwaltung

Ausgaben für die medizinische Versorgung

dem Chefarzt der Vollzugsdirektion per E-Mail zu melden, damit dieser koordinierend eingreifen könne. Die gesperrten Abteilungen in öffentlichen Krankenanstalten könnten so optimal genutzt werden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass aufgrund eines Erlasses vom 30. Jänner 2012 jede Zuweisungsanzeige (Akutfälle) und Zuweisungsanfrage (planbare Zuweisung) per E-Mail an die Vollzugsdirektion und den Chefarzt übermittelt wurde. Der Chefarzt nahm, um die weitere Vorgangsweise zu besprechen, mit der jeweiligen Krankenanstalt Kontakt auf, um die medizinisch und kostenmäßig zweckmäßigste Lösung zu wählen.

13.2 Das BMJ setzte die Empfehlung durch die Einbindung des Chefarztes bei Zuweisungen von Häftlingen in öffentliche Krankenanstalten um.

Ausgaben für externe praktische Ärzte und Fachärzte

14.1 (1) Nach den Feststellungen des Vorberichts hatten sich die Ausgaben für die externe Behandlung von Häftlingen vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2010 nahezu verdoppelt (von 2,00 Mio. EUR auf 3,97 Mio. EUR). Der RH hatte dem BMJ daher in seinem Vorbericht (TZ 23) empfohlen, 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.

(2) Im Zuge des Nachfrageverfahrens hatte das BMJ mitgeteilt, dass die erforderliche Datenbasis durch das Ärztepaket-Modul der IVV zur Verfügung gestellt werde. Die systematische Kontrolle werde künftig zum Aufgabengebiet des Chefarztes gehören.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ über ein IT-unterstütztes System (Integrierte Vollzugsverwaltung – IVV) mit der entsprechenden Datenbasis verfügte. Durch die Implementierung dieses Systems und einen geregelten Ablaufprozess war die systematische Kontrolle der Behandlung von Häftlingen möglich; die zwischenzeitig installierten Chefärzte nahmen diese Kontrollen wahr. So konnten die Chefärzte österreichweit in aktuelle Behandlungsmaßnahmen einsehen und durch die Mitbefassung bei Behandlungen durch externe Ärzte diese Behandlungen auch steuern.

14.2 Das BMJ setzte die Empfehlung des RH durch die Festlegung des Ablaufprozesses und damit der Möglichkeit der Steuerung der Behandlung durch externe Ärzte um.

Ausgaben für
Medikamente und
Heilbehelfe

15.1 (1) Der RH hatte dem BMJ in seinem Vorbericht (TZ 27) empfohlen, auf Basis von Daten des im Aufbau befindlichen IT-Systems für die medizinische Versorgung die Gesamtausgaben für Medikamente einer vertieften Analyse zu unterziehen, um daraus Steuerungsmöglichkeiten für die Ausgaben abzuleiten.

(2) Laut Mitteilung des BMJ im Nachfrageverfahren sei die Durchführung der empfohlenen vertieften Analyse durch den Chefarzt vorgesehen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass durch die Inbetriebnahme eines Medikamentenverwaltungsprogramms (das Modul „Medikamentenverwaltung“ im IT-Programm „Integrierte Wirtschaftsverwaltung“ (IWW) als Teil des sogenannten Ärztepakets; siehe auch TZ 22) eine Analyse technisch möglich war und die Daten monatlich dem Chefarzt vorgelegt wurden. Im Ablaufprozess war auch vorgesehen, dass die Verschreibung bestimmter Medikamente durch den Chefarzt zu genehmigen war. Eine von der Bundesrechenzentrum GmbH monatlich erstellte Medikamentenstatistik wurde im Folgemonat an den Chefarzt übermittelt. Eine umfassend vertiefte Analyse der Gesamtausgaben für Medikamente auf Basis der aktuellen Daten hatte das BMJ aber noch nicht durchgeführt.

Die Ausgaben für Medikamente blieben in den vergangenen Jahren weitgehend stabil und lagen 2013 mit 7,15 Mio. EUR auf dem Niveau von 2009 (7,11 Mio. EUR).

15.2 Das BMJ setzte die Empfehlung des RH durch die Bereitstellung der Daten, die verpflichtende Genehmigung des Chefarztes bei der Verschreibung bestimmter Medikamente und die Erstellung von Medikamentenstatistiken teilweise um. Die Analyse der Daten war hingegen noch nicht umfassend erfolgt.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das BMJ, die Gesamtausgaben für Medikamente einer vertieften Analyse zu unterziehen, um daraus Steuerungsmöglichkeiten für die Ausgaben abzuleiten.

15.3 *Laut Stellungnahme des BMJ sei in einem ersten Schritt bei der Medikamentenverschreibung begonnen worden. Aufgrund der monatlichen Controllingberichte der Bundesrechenzentrum GmbH seien bereits entsprechende Punkte in das Pflichtenheft für die Medikamentenerfassung aufgenommen worden.*

In einem Controllingmodul würden die Kosten für Medikamente pro Justizanstalt auf Basis genauer Regelungen erfasst. Für die vertiefte Analyse würden die Medikationskosten pro Indikationsgruppe und

Ausgaben für die medizinische Versorgung

deren monatliche und jährliche Entwicklung je Justizanstalt sowie die monatlich erfassten Quartals- und Jahreskosten der zehn meistverschriebenen Medikamente herangezogen.

IT-Unterstützung in der medizinischen Versorgung

16.1 (1) In seinem Vorbericht hatte der RH dem BMJ (TZ 48) empfohlen, die IT-Unterstützung in der ärztlichen Versorgung im Sinne des bereits erstellten Projekt- und Zeitplans konsequent umzusetzen, um für die Wahrnehmung zentraler Controllingaufgaben auf aussagekräftige Informationen zurückgreifen zu können.

(2) Das BMJ hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass das Ärztepaket im IT-Programm „Integrierte Vollzugsverwaltung“ (IVV) plangemäß Mitte 2012 in Betrieb genommen worden sei.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass im sogenannten Ärztepaket, das seit 1. November 2013 bundesweit im Einsatz war, neben dem Medikamentenverwaltungsprogramm (siehe TZ 22) auch eine IT-unterstützte, patientenbezogene Krankenakte integriert war. Dieses Programm zur Krankenaktenverwaltung erfasste u.a. Risikodokumentationen der Betroffenen, Diagnosen und Behandlungsmittelungen. Es enthielt eine Gesamtsicht über die internen ärztlichen Leistungserbringungen und den Zukauf externer medizinischer Leistungen. Durch diese IT-Unterstützung war die Wahrnehmung zentraler Controllingaufgaben im Bereich der ärztlichen Versorgung möglich.

16.2 Das BMJ setzte die Empfehlung des RH durch die bundesweite Inbetriebnahme des sogenannten Ärztepakets, eines Programms für eine umfassende Dokumentation medizinischer Leistungen, um.

Ausgaben je Justizanstalt

17.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht (TZ 30) dem BMJ empfohlen, die Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung in den Justizanstalten anhand entsprechender Kenndaten regelmäßig zu analysieren. Dies deshalb, da zwischen den einzelnen Justizanstalten deutliche Unterschiede in den Pro-Kopf-Ausgaben bestanden, z.B. belief sich im Jahr 2010 die Bandbreite der Ausgaben in Justizanstalten ohne besonderen Betreuungsbedarf auf 1.388 EUR (Justizanstalt Wiener Neustadt) bis 5.115 EUR (Justizanstalt Krems). Die Ergebnisse der Analyse sollten als Basis für vertiefte Untersuchungen im Rahmen eines zentralen Controllings und zur Identifikation erforderlicher Maßnahmen herangezogen werden.

(2) Das BMJ hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass seit 1. Jänner 2013 eine bundesweite Kosten- und Leistungsrechnung verfügbar sei. Darauf basierend würden in einem weiteren Schritt die Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung an entsprechenden Kenndaten gemessen werden. Daraus werde ein Kennzahlensystem für innerorganisatorische Vergleiche entwickelt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ über eine Kosten- und Leistungsrechnung verfügte. Ein aussagekräftiges Kenndatensystem für einen Vergleich der Pro-Kopf-Ausgaben gab es nicht. Damit unterblieben auch kennzahlenbasierte Analysen.

- 17.2** Da das BMJ keine Analysen zu den Pro-Kopf-Ausgaben durchführte, setzte es die Empfehlung des RH nicht um.

Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung an das BMJ, die Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung in den Justizanstalten anhand entsprechender Kenndaten regelmäßig zu analysieren.

- 17.3** *Laut Stellungnahme des BMJ würden zusätzlich zur Analyse der Medikamentenkosten auch die Diagnosen sowie die Anzahl von die Gesundheit beeinträchtigenden Vorfällen je Justizanstalt erfasst.*

Dieses Kennzahlensystem werde nun auf seine Aussagekraft und Effizienz hin beobachtet. Entsprechend den daraus gewonnenen Erfahrungen solle es auf die anderen Bereiche der medizinischen Versorgung ausgeweitet werden; insbesondere solle eine anstalts- sowie kopfbezogene Auswertung der Kosten der medizinischen Versorgung im Straf- und Maßnahmenvollzug eingeführt werden.

Personal für die medizinische Betreuung

Bedarfsermittlung

- 18.1** (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht festgestellt, dass das BMJ und die Vollzugsdirektion für einzelne Berufsgruppen im Betreuungsbereich (Psychologischer Dienst, Sozialdienst) Konzepte für die Personalbemessung ausgearbeitet hatten, um einen Überblick über den tatsächlichen Personalbedarf zu gewinnen. Für den Bedarf an ärztlichen und pflegerischen Leistungen bestanden solche Konzepte nicht. Der RH hatte dem BMJ in seinem Vorbericht (TZ 32) daher empfohlen, auch für den Ärztlichen Dienst und den Pflegedienst Konzepte für die Personalbemessung auszuarbeiten, um den bundesweiten Bedarf nach einheitlichen Kriterien ermitteln zu können.

Personal für die medizinische Betreuung

(2) Das BMJ hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass weiterhin beabsichtigt sei, in naher Zukunft zu versuchen, ein derartiges Personalbemessungskonzept – analog dem für Sozialarbeiter und Psychologen entwickelten Konzept – für den Bedarf des Ärztlichen Dienstes sowie des Pflegedienstes zu erarbeiten, um den bundesweiten Bedarf dieser Bereiche nach einheitlichen Kriterien ermitteln zu können.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ bis zum Ende der Gebärungsüberprüfung kein Personalbemessungskonzept für den Ärztlichen Dienst und den Pflegedienst ausgearbeitet hatte.

18.2 Das BMJ setzte die Empfehlung nicht um: Ein entsprechendes Personalbemessungskonzept lag nicht vor.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das BMJ, auch für den Ärztlichen Dienst und den Pflegedienst Konzepte für die Personalbemessung auszuarbeiten, um den bundesweiten Bedarf nach einheitlichen Kriterien ermitteln zu können.

18.3 *Laut Stellungnahme des BMJ stehe mit Aufnahme der Tätigkeit der Cheförzantin der Strafvollzugsverwaltung die für die Erstellung der Konzepte für die Personalbemessung für den Ärztlichen Dienst und den Pflegedienst erforderliche Fachkompetenz zur Verfügung. Der diesbezügliche Auftrag zur Erstellung dieser Konzepte werde noch im laufenden Jahr erteilt werden.*

Verträge der Ärzte

19.1 (1) Die vorhandenen Verträge der Ärzte zeigten, so der RH im Vorbericht, ein historisch gewachsenes, hohes Maß an Uneinheitlichkeit und Unübersichtlichkeit. Auch ein durchgängiges System der Honorierung der Ärzte war nicht erkennbar. Der RH hatte dem BMJ daher im Vorbericht (TZ 33) empfohlen, auf eine Vereinheitlichung der Beschäftigungsverhältnisse der Ärzte unter Berücksichtigung sachlich erforderlicher Differenzierungen hinzuwirken.

(2) Das BMJ hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sich die Vereinheitlichung der Beschäftigungsverhältnisse der Ärzte sehr schwierig gestalte, weil Ärzte nur sehr schwer für eine Tätigkeit in einer Justizanstalt zu gewinnen seien. Die beginnende Ärzteknappeit erschwere es zusätzlich, die Empfehlung umzusetzen.

(3) Der RH stellte nunmehr – wie auch schon in seiner Gebarungsüberprüfung betreffend die Justizbetreuungsagentur⁵ – fest, dass eine Vereinheitlichung nur teilweise gelungen war. Nach Auskunft des BMJ durften neue Beschäftigungsverhältnisse mit Ärzten, die nicht auf eine Planstelle ernannt wurden, nur mehr im Wege der Justizbetreuungsagentur und nicht durch die Justizanstalten abgeschlossen werden. Die Justizbetreuungsagentur verwendete als Basis für Verträge Vertragsschablonen und Preisblätter. Bereits früher abgeschlossene Verträge galten unverändert weiter.

Der RH verwies in diesem Zusammenhang auf seine anlässlich der Gebarungsüberprüfung betreffend die Justizbetreuungsagentur geäußerte Kritik, dass die Anstellung von Personal über die Justizbetreuungsagentur zu geringerer Transparenz hinsichtlich des Personalaufwands führt.⁶

- 19.2** Das BMJ setzte die Empfehlung teilweise um: Durch die Verwendung von Vertragsschablonen und Preisblättern für neu eintretende Ärzte konnte es eine teilweise Vereinheitlichung erreichen. Allerdings bestand insoweit weiterhin eine Uneinheitlichkeit in der rechtlichen und finanziellen Ausgestaltung der Beschäftigungsverhältnisse, als früher abgeschlossene Verträge unverändert weiter galten.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das BMJ, auf eine Vereinheitlichung der Beschäftigungsverhältnisse der Ärzte unter Berücksichtigung sachlich erforderlicher Differenzierungen hinzuwirken.

- 19.3** *Laut Stellungnahme des BMJ sei die Vollzugsdirektion nach wie vor bemüht, auf eine Vereinheitlichung der Beschäftigungsverhältnisse unter Berücksichtigung der notwendigen sachlichen Differenzierungen bei Ärzten hinzuwirken. Allerdings bestehe nach wie vor eine Ärztenknappheit, die der Umsetzung dieser Empfehlung entgegenstehe.*

- 19.4** Dem RH sind die vom BMJ dargestellten Probleme bewusst. Im Hinblick auf die nach wie vor bestehende Uneinheitlichkeit der Verträge wiederholte der RH seine Empfehlung, auf eine Vereinheitlichung der Beschäftigungsverhältnisse unter Berücksichtigung der notwendigen sachlichen Differenzierungen bei Ärzten hinzuwirken.

⁵ Bericht des RH, „Justizbetreuungsagentur“, Reihe Bund 2014/7, TZ 14

⁶ Bericht des RH, „Justizbetreuungsagentur“, Reihe Bund 2014/7, TZ 3

Personal für die medizinische Betreuung

Sonderverträge nach dem Vertragsbedienstetengesetz 1948

20.1 (1) Der RH hatte im Vorbericht festgestellt, dass mit 24 Ärzten Sonderverträge bestanden. Er hatte dem BMJ dazu in seinem Vorbericht (TZ 34) empfohlen, in Zusammenarbeit mit dem BKA – in Anlehnung an die Regelungen für Militärärzte – ein einheitliches Entlohnungsschema für Ärzte in der Vollzugsverwaltung auszuarbeiten.⁷

(2) Das BMJ hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass eine Vereinheitlichung der Beschäftigungsverhältnisse der Ärzte unter Berücksichtigung sachlich erforderlicher Differenzierungen angestrebt werde.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ bisher kein einheitliches Entlohnungsschema für Ärzte in der Vollzugsverwaltung ausgearbeitet hatte.

20.2 Das BMJ setzte die Empfehlung nicht um; weiterhin gab es kein einheitliches Schema zur Entlohnung der Ärzte.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das BMJ, in Zusammenarbeit mit dem BKA – in Anlehnung an die Regelungen für Militärärzte – ein einheitliches Entlohnungsschema für Ärzte in der Vollzugsverwaltung auszuarbeiten.

20.3 *Laut Stellungnahme des BMJ hätten die ersten Gespräche mit dem BKA in dieser Sache gezeigt, dass die Regelungen für Militärärzte – wenn überhaupt – nur eingeschränkt als Orientierung für ein Entlohnungsschema für Ärzte in der Vollzugsverwaltung herangezogen werden könnten. Insbesondere bedürfe die Festlegung der Entlohnung von Ärzten in Justizanstalten, die unverhältnismäßig kurze Zeit (weniger als ein Drittel der Vollbeschäftigung) – wenn auch regelmäßig – oder die nur fallweise beschäftigt würden, besonderer Sorgfalt. Hier gelte es, sowohl den Entgeltvorstellungen der Ärzte als auch den Vorgaben der Sparsamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit mit dem Ziel gerecht zu werden, die ärztliche Versorgung der Insassen auch in Hinblick sicherzustellen.*

20.4 Der RH entgegnete, dass die vom BMJ aufgezeigten Probleme einem Entlohnungsschema, wie bspw. jenem für die Militärärzte, nicht grundsätzlich entgegenstehen. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest, ein einheitliches Entlohnungsschema für Ärzte in der Vollzugsverwaltung auszuarbeiten.

⁷ vgl. Bericht des RH, „Sanitätswesen im Bundesheer – Militärische Planungen“, Reihe Bund 2009/13, TZ 12

Ärztliche Leitung
der Sonderkranken-
anstalten

21.1 (1) Nach den Feststellungen des Vorberichts war eine Vollzeitkraft mit Führungsaufgaben im Betreuungsbereich einer Justizanstalt (die Ärztliche Leitung der Sonderkrankenanstalt in der Justizanstalt Stein) entgegen den gesetzlichen Bestimmungen, wonach die Justizbetreuungsagentur für Führungskräfte im Betreuungsbereich der Justizanstalten nicht zuständig sein sollte, über die Justizbetreuungsagentur beschäftigt. Um den gesetzlichen Vorgaben zu entsprechen, hatte der RH in seinem Vorbericht (TZ 38) empfohlen, Vollzeitkräfte mit Führungsaufgaben im Betreuungsbereich jedenfalls durch die Vollzugsdirektion anzustellen.

(2) Nach Mitteilung des BMJ im Nachfrageverfahren seien Führungskräfte im Betreuungsbereich von der Vollzugsdirektion grundsätzlich unter Bindung einer Planstelle beschäftigt worden. Die Anstellung einer Chefärztin sowie einer Chefzahnärztin bei der Vollzugsdirektion werde mit Zustimmung des BKA aktuell durchgeführt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die betreffende Vollzeitkraft mit Führungsaufgaben nach wie vor über die Justizbetreuungsagentur beschäftigt wurde. Das BMJ vertrat im gegenständlichen Fall abweichend vom RH weiterhin die Rechtsmeinung, dass die ärztlichen Leitungsfunktionen im Bereich der Sonderkrankenanstalten entgegen den Vorgaben des Justizbetreuungsagentur-Gesetzes von der Justizbetreuungsagentur besetzt werden konnten, weil die Sonderkrankenanstalten in der Vollzugsordnung nicht als Betreuungseinrichtungen ausgewiesen waren.

21.2 Das BMJ setzte die Empfehlung des RH nicht um, weil die betreffende Vollzeitkraft mit Führungsaufgaben nach wie vor über die Justizbetreuungsagentur beschäftigt wurde. Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das BMJ, Vollzeitkräfte mit Führungsaufgaben im Betreuungsbereich jedenfalls durch die Vollzugsdirektion anzustellen.

21.3 *Laut Stellungnahme des BMJ seien Führungskräfte im Betreuungsbereich grundsätzlich von der Vollzugsdirektion unter Bindung einer Planstelle beschäftigt. Das BKA habe mittlerweile auch der Einrichtung eines Chefärztlichen Dienstes und eines Chefzahnärztlichen Dienstes in der Vollzugsdirektion zugestimmt; das Ausschreibungsverfahren zur Besetzung des Chefärztlichen Dienstes in der Vollzugsdirektion sei abgeschlossen, das Ausschreibungsverfahren des Chefzahnärztlichen Dienstes in der Vollzugsdirektion sei noch nicht beendet.*

21.4 Der RH nahm zur Kenntnis, dass Führungskräfte im Betreuungsbereich zukünftig grundsätzlich von der Vollzugsdirektion unter Bindung einer Planstelle beschäftigt werden, wie das bei der Besetzung

eines Chefärztlichen Dienstes und eines Chefaznärztlichen Dienstes bereits erfolgt ist.

Medikamente

Medikamenten- verwaltung

22.1 (1) Der RH hatte dem BMJ in seinem Vorbericht (TZ 44) empfohlen, unter Berücksichtigung von Kosten–Nutzen–Aspekten eine bundesweit einheitliche Software zur Verwaltung der Medikamentendepots für alle Justizanstalten einzuführen, die auch Inventuren unter Ermittlung und Dokumentation allfälliger Differenzen ermöglicht.

(2) Nach Angaben des BMJ im Nachfrageverfahren sei das Modul „Medikamentenverwaltung“ im IT–Programm I WV⁸ ausgerollt und bundesweit einheitlich in Verwendung.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ das Modul „Medikamentenverwaltung“ bundesweit einsetzte. Dadurch waren die Verwaltung der Medikamentendepots und auch die Inventuren unter Ermittlung und Dokumentation allfälliger Differenzen gewährleistet.

22.2 Das BMJ setzte durch den bundesweiten Einsatz des Moduls „Medikamentenverwaltung“ die Empfehlung des RH um.

Verschreibung von Medikamenten

23.1 (1) Um das Angebot der medizinisch notwendigen Arzneimittel in den Justizanstalten an die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit sowie an das Leistungsniveau der Krankenkassen heranzuführen, hatte der RH in seinem Vorbericht (TZ 41) dem BMJ empfohlen, das im Jahr 2010 gestartete Controllingprojekt zur Verschreibungspraxis von Medikamenten zügig voranzutreiben.

(2) Das BMJ hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die technischen Voraussetzungen bereits geschaffen worden seien. Das Controlling werde durch den Chefarzt durchgeführt und soll mit der endgültigen Bestellung des Chefarztes ausgeweitet werden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das Controlling der Verschreibungspraxis von Medikamenten durch die Anstaltsärzte zu den Aufgaben des Chefarztes zählte. Durch den österreichweiten Einsatz des Medikamentenverwaltungsprogramms ab 1. November 2013 wurden die technischen Voraussetzungen zum Controlling der Verschreibungspraxis von Medikamenten geschaffen. Mit dem Medikamentenverwal-

⁸ IT-Programm Integrierte Wirtschaftsverwaltung

**Kosten der medizinischen Versorgung
im Strafvollzug; Follow-up-Überprüfung**

tungsprogramm konnte der Chefarzt nachvollziehen, welche und wie viele Medikamente in den einzelnen Justizanstalten verschrieben wurden. Weiters waren im Programm jene Medikamente definiert, die vor Verschreibung vom Chefarzt zu genehmigen waren. Aus dem Medikamentenverwaltungsprogramm erstellte schließlich die Bundesrechnungszentrum GmbH Controllingberichte und leitete diese jeweils im Folgemonat an den Chefarzt weiter.

23.2 Das BMJ setzte die Empfehlung des RH mit dem bundesweiten Einsatz des Medikamentenverwaltungsprogramms und der Überbindung von Aufgaben des Controllings an den Chefarzt um.

Einkauf von
Methadon

24.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht (TZ 40) dem BMJ empfohlen, Einsparungspotenziale bei der Beschaffung von Methadon zu prüfen, da die Einkaufspreise für eine zur Einnahme fertig hergerichtete Portion stark variierten (bis zum nahezu 8-Fachen).

(2) Das BMJ hatte im Zuge des Nachfrageverfahrens mitgeteilt, dass eine zentrale Verblisterung (patientenindividuelle Verpackung von Medikamenten) der vom Anstaltsarzt verschriebenen Medikamente geprüft und ein Probebetrieb für den Herbst 2013 vorgesehen sei. In der Justizanstalt Wien-Josefstadt werde am Projekt „Methadonverbund-Ost“ gearbeitet (Versorgung mehrerer Justizanstalten mit Methadon). Sollte ein derartiges System eingeführt werden, dann könnte Methadon zentral beschafft und ausgegeben werden. Sollte sich dieser Weg als nicht umsetzbar erweisen, wäre die Methadonaufbereitung durch „Schlüsselapotheken“ durchzuführen, die Justizanstalten belieferten.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMJ eine Arbeitsgruppe zur Prüfung von Einsparungspotenzialen bei der Beschaffung von Methadon gegründet hatte. Die Arbeitsgruppe legte im April 2013 die Projektstudie vor. Sie gelangte darin zu dem Ergebnis, dass aus Gründen der Wirtschaftlichkeit, Rechtssicherheit und Personalsituation – insbesondere infolge der Notwendigkeit von IT-Umstellungen, der Beschaffung eines weiteren Methadongeräts und des zusätzlichen Personalbedarfs – die Umsetzung einer zentralen Beschaffung und Ausgabe von Methadon nicht in Betracht kam.

Die Arbeitsgruppe untersuchte nur die Möglichkeit einer Konzentration von Einkauf und Abfüllung in der Justizanstalt Wien-Josefstadt. Weitere Varianten, wie z.B. die vom BMJ im Nachfrageverfahren angeführte Methadonaufbereitung durch „Schlüsselapotheken“, bezog die Arbeitsgruppe nicht in ihre Überlegungen mit ein.

- 24.2** Mit der Installierung der Arbeitsgruppe zur Prüfung von Einsparungspotenzialen bei der Beschaffung von Methadon setzte das BMJ die Empfehlung des RH um.

In Anbetracht möglicher Einsparungspotenziale empfahl der RH dem BMJ, Alternativen zum Projekt „Methadonverbund-Ost“ zu untersuchen.

- 24.3** *Laut Stellungnahme des BMJ sei die Anregung des RH aufgegriffen und in Schlüsselanstalten überprüft worden. Hier habe sich aber gezeigt, dass eine Verblisterung von Flüssigkeiten durch eine zentrale Stelle aufgrund der Logistik und der mangelnden Haltbarkeit der Arzneimittelspezialität Methadon nicht möglich sei. Daher sei eine Versorgung durch eine umliegende Apotheke unumgänglich. Eine zentrale Beschaffung dieser Arzneispezialität sei damit nicht mehr gegeben. Daher sei diese Substanz von der Ausschreibung durch die Bundesbeschaffung GmbH ausgenommen worden.*

- 24.4** Der RH nahm zur Kenntnis, dass aus den vom BMJ angeführten Gründen weiterhin eine Beschaffung von Methodon aus umliegenden Apotheken erfolgt. In Anbetracht der vom RH im Vorbericht festgestellten erheblichen Preisunterschiede wäre beim Einkauf verstärkt auf die Preisangemessenheit zu achten.

Verschreibung von Substitutionsmitteln

- 25.1** (1) Im Vorbericht (TZ 42) hatte der RH festgestellt, dass die Auswahl von Substitutionsmitteln bundesweit nicht abgestimmt war: Mit Stand 1. Oktober 2010 wurde bundesweit z.B. das Substitutionsmedikament Methadon in 46 % der Fälle verschrieben, Substitol in 31 % der Fälle, Suboxene in 13 % der Fälle etc. Der RH hatte daher dem BMJ empfohlen, die praktizierte Auswahl von Substitutionsmedikamenten einer vertieften Untersuchung zu unterziehen und – wenn medizinisch vertretbar – eine bundesweit einheitliche Auswahl von Substitutionsmitteln unter Beachtung möglicher Missbrauchsformen und Nutzung von Einsparungspotenzialen anzustreben.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMJ mitgeteilt, dass der Chefarzt in die erstmalige Verschreibung von Substitutionsmitteln (Ausnahme Methadon) eingebunden sei. Eine Arbeitsgruppe, die sich mit der Entwöhnungsbehandlung von Strafgefangenen beschäftige, sei eingerichtet worden. Eine unmittelbare Einflussnahme auf die Wahl der Behandlung durch den behandelnden Arzt scheine allerdings nicht möglich. Darüber hinaus werde eine Kooperation mit führenden Drogentherapieeinrichtungen angestrebt, um u.a. den Chefarzt in Fragen der Substitution beraten zu können.

**Kosten der medizinischen Versorgung
im Strafvollzug; Follow-up-Überprüfung**

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass durch den Einsatz des Medikamentenverwaltungsprogramms (siehe TZ 22) die Auswahl von Substitutionsmedikamenten laufend beobachtet wurde und die Medikamente in Abstimmung mit dem Chefarzt verschrieben wurden.

Darüber hinaus berief das BMJ im November 2011 eine aus acht Personen bestehende Arbeitsgruppe ein, welche die Adaption der aus dem Jahr 2005 stammenden Richtlinie für die Substitutionsbehandlung im Vollzug zur Aufgabe hatte. Die Arbeitsgruppe hatte auch den Auftrag, auf Basis der Definition des Suchtbegriffs der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „Standards für die Beratung, Behandlung und Betreuung von suchtkranken Menschen im Straf- und Maßnahmenvollzug“ auszuarbeiten. Dieses Projekt befand sich zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle in der Endphase; ein Endergebnis zur möglichen Vereinheitlichung stand daher noch aus.

25.2 Das BMJ setzte die Empfehlung des RH zur vertieften Untersuchung der Auswahl von Substitutionsmedikamenten durch die laufende Beobachtung der Substitutionsmedikation über das Medikamentenverwaltungsprogramm und durch die Einbindung des Chefarztes in die Auswahl der Substitutionsmedikamente um.

Die Empfehlung, eine bundesweit einheitliche Auswahl von Substitutionsmitteln unter Beachtung möglicher Missbrauchsformen und Nutzung von Einsparungspotenzialen anzustreben, setzte das BMJ durch die Einberufung einer Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von „Standards für die Beratung, Behandlung und Betreuung von suchtkranken Menschen im Straf- und Maßnahmenvollzug“ um.

**Einrichtung eines
Chefärztlichen
Dienstes**

26.1 (1) Im Gegensatz zu zivilen Einrichtungen verfügte die Vollzugsverwaltung zur Zeit des Vorberichts über keinen zentralen Ärztlichen Dienst, der Fachaufsicht und Controlling über die ärztliche Tätigkeit in den Justizanstalten hätte ausüben können. Der RH hatte dem BMJ daher in seinem Vorbericht (TZ 47) empfohlen, den Aufbau einer personellen Kompetenz zum Zwecke der Wahrnehmung der Fachaufsicht und des Controllings unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten zu verfolgen. Dessen Verantwortlichkeiten wären im gesamten Straf- und Maßnahmenvollzug klar und eindeutig zu regeln.

(2) Nach Mitteilung des BMJ im Nachfrageverfahren habe das BKA der Installierung eines Chefärztlichen und eines Chefzahnärztlichen Dienstes für den Strafvollzug in der Vollzugsdirektion im Weg der Einrichtung zweier Arbeitsplätze mit je 20 Wochenstunden zugestimmt. Ein Chefarzt und eine Chefzahnärztin seien eingerichtet worden.

Einrichtung eines Chefärztlichen Dienstes

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung sowohl für den allgemein medizinischen Bereich als auch für den Zahnmedizinischen Bereich je ein Chefarzt interimistisch beschäftigt, jedoch noch nicht definitiv bestellt worden war. Die Vereinbarung der stellenplanmäßigen Vorsorge für eine definitive Bestellung im Ausmaß von jeweils 20 Wochenstunden war mit dem BKA abgeschlossen worden. Die Ausschreibungsverfahren waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Laufen bzw. in Vorbereitung.

Die Aufgaben der Chefärzte umfassten u.a. die Fachaufsicht über die Justizärzte und den Pflegedienst, die Konzeptionierung der medizinischen Behandlung, Bewilligung von Ansuchen betreffend Medikamente, Rehabilitation und Prothetik, Zuweisung von Spitalsbetten, Kontrolle der Abrechnung von medizinisch externen Leistungen sowie den Aufbau und die Durchführung eines Controllings.

Die Chefärzte konnten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bereits auf Einsparungen verweisen: So zeigten sie Doppelbehandlungen auf, woraufhin das BMJ Honorare rückforderte; auch hatte die Tätigkeit der Chefärzte zur Auflösung eines Vertragsverhältnisses mit einem Anstaltszahnarzt geführt.

- 26.2** Das BMJ setzte die Empfehlung des RH durch die Bestellung von Chefärzten um. Mit den Chefärzten war klar und eindeutig eine Stelle zur Fachaufsicht und zum Controlling über die ärztliche Tätigkeit in den Justizanstalten berufen.

Schlussempfehlungen

27 Der RH stellte fest, dass das BMJ von den insgesamt 25 überprüften Empfehlungen 14 vollständig, drei teilweise und acht nicht umgesetzt hatte.

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Reihe Bund 2012/3					
Vorbericht		Follow-up-Überprüfung			
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	umgesetzt	teilweise umgesetzt	nicht umgesetzt
3	Erlassung von Durchführungsregelungen zum Strafvollzugsgesetz in Form einer Rechtsverordnung	2			X
6	Anpassung der Vollzugsordnung hinsichtlich der Zuständigkeit für „Medikamentengebarung“ an das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz	3			X
7	Schaffung klarer rechtlicher Regelungen zu Aufgaben und Befugnissen für das Pflegepersonal im Straf- und Maßnahmenvollzug	4			X
10	Verhandlungen mit dem Landeskrankenhaus Krems zur Erreichung einer kostengünstigeren Versorgung	6	X		
12	Prüfung der Nutzung des Heerespitals auch für stationär aufzunehmende Häftlinge	7	X		
15	Initiative zur Anpassung des Finanzierungsbeitrags der Länder zur Kostentragung der medizinischen Behandlung nicht sozialversicherter Häftlinge	8	X		
16	Erweiterung der Möglichkeiten, Häftlinge in die gesetzliche Krankenversicherung einzubeziehen	9			X
17	Einführung einer Kostenrechnung für die Kosten der medizinischen Versorgung und Ermittlung aussagekräftiger Kennzahlen	10		X	
21	Maßnahmen zur Stabilisierung der Anzahl der im Maßnahmenvollzug Untergebrachten	11	X		
21	rechtzeitige Planung der Ausweitung justizeigener Unterbringungsmöglichkeiten für geistig abnorme Rechtsbrecher	12	X		
22	institutionalisierte, laufende Kontrolle der Notwendigkeit der Aufnahme von Häftlingen in öffentlichen Krankenanstalten und der Aufenthaltsdauer	13	X		
23	systematische Kontrolle der Notwendigkeit von externen Behandlungen bei niedergelassenen Ärzten	14	X		

Schlussempfehlungen

Fortsetzung: Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Reihe Bund 2012/3					
Vorbericht		Follow-up-Überprüfung			
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	umgesetzt	teilweise umgesetzt	nicht umgesetzt
27	vertiefte Analyse der Gesamtausgaben für Medikamente	15		X	
48	Umsetzung der IT-Unterstützung in der ärztlichen Versorgung im Sinne des bereits erstellten Projekt- und Zeitplans	16	X		
30	regelmäßige Analyse der Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung in den Justizanstalten	17			X
32	Erarbeitung von Personalbemessungskonzepten für den Ärztlichen Dienst und den Pflegedienst	18			X
33	Vereinheitlichung der Beschäftigungsverhältnisse der Ärzte	19		X	
34	Ausarbeitung eines einheitlichen Entlohnungsschemas für Ärzte in der Vollzugsverwaltung	20			X
38	Anstellung von Führungskräften durch die Vollzugsdirektion	21			X
44	Einführung einer bundesweit einheitlichen Software zur Verwaltung der Medikamentendepots in Justizanstalten	22	X		
41	zügige Betreuung des Controllingprojekts zur Verschreibungspraxis von Medikamenten	23	X		
40	Prüfung von Einsparungspotenzialen bei der Beschaffung von Methadon	24	X		
42	vertiefte Untersuchung der praktizierten Auswahl an Substitutionsmedikamenten	25	X		
42	bundesweit einheitliche Auswahl an Substitutionsmitteln	25	X		
47	Aufbau einer personellen Kompetenz zur Wahrnehmung der Fachaufsicht und des Controllings über die ärztliche Tätigkeit in Justizanstalten	26	X		

**Kosten der medizinischen Versorgung
im Strafvollzug; Follow-up-Überprüfung**

Anknüpfend an den Vorbericht hob der RH folgende Empfehlungen an das BMJ hervor:

(1) Durchführungsregelungen zum Strafvollzugsgesetz, wie sie zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in der Vollzugsordnung enthalten waren, wären als Rechtsverordnung zu erlassen. (TZ 2)

(2) Die Vollzugsordnung wäre hinsichtlich der Zuständigkeiten im Zusammenhang mit der „Medikamentengebarung“ an die Regelungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes anzupassen. (TZ 3)

(3) Es wären klare rechtliche Grundlagen über Aufgaben und Befugnisse des Pflegepersonals im Straf- und Maßnahmenvollzug zu schaffen. (TZ 4)

(4) Die Bemühungen zur Einrichtung einer „Justizklinik“ wären unter Beachtung von Kosten-Nutzen-Aspekten möglichst rasch zu finalisieren. (TZ 6)

(5) Bis zur Umsetzung einer Gesamtlösung („Justizklinik“) wären die Verhandlungen mit dem Landeskrankenhaus Krems betreffend einer kostengünstigeren Lösung für die geschlossene Abteilung weiterzuführen. (TZ 6)

(6) Es wäre neuerlich eine Initiative zur Anpassung der Pauschalvergütung der Länder zu setzen, sofern die Arbeiten an der teilweisen Einbeziehung von Häftlingen in die Krankenversicherung zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis führen. (TZ 8)

(7) Es wäre darauf hinzuwirken, dass die ins Auge gefasste Erweiterung des § 77 Strafvollzugsgesetz (Zuteilung von Häftlingen an einen Sozialversicherungsträger z.B. auch bei längeren Krankenhausaufenthalten) so bald als möglich umgesetzt wird. (TZ 9)

(8) Auf Basis der Kosten- und Leistungsrechnung wäre ein aussagekräftiges Kennzahlensystem zu den Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug zu erstellen, um zeitliche und innerorganisatorische Vergleiche anstellen zu können. (TZ 10)

(9) Die Gesamtausgaben für Medikamente im Strafvollzug wären einer vertieften Analyse zu unterziehen, um daraus Steuerungsmöglichkeiten für die Ausgaben abzuleiten. (TZ 15)

Schlussempfehlungen

(10) Die Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung in den Justizanstalten wären anhand entsprechender Kenndaten regelmäßig zu analysieren. (TZ 17)

(11) Es wären für den Ärztlichen Dienst und den Pflegedienst in den Justizanstalten Konzepte für die Personalbemessung auszuarbeiten, um den bundesweiten Bedarf nach einheitlichen Kriterien ermitteln zu können. (TZ 18)

(12) Auf eine Vereinheitlichung der Beschäftigungsverhältnisse der in den Justizanstalten tätigen Ärzte unter Berücksichtigung sachlich erforderlicher Differenzierungen wäre hinzuwirken. (TZ 19)

(13) In Zusammenarbeit mit dem BKA wäre – in Anlehnung an die Regelungen für Militärärzte – ein einheitliches Entlohnungsschema für Ärzte in der Vollzugsverwaltung auszuarbeiten. (TZ 20)

(14) Vollzeitkräfte mit Führungsaufgaben im Betreuungsbereich wären jedenfalls durch die Vollzugsdirektion anzustellen. (TZ 21)

(15) In Anbetracht der möglichen Einsparungspotenziale wären Alternativen zum Projekt „Methadonverbund-Ost“ zu untersuchen. (TZ 24)

Wien, im Dezember 2014

Der Präsident:

Dr. Josef Moser