

Bericht des Rechnungshofes

Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis _____	72
Abkürzungsverzeichnis _____	73

BMJ**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Justiz****Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug**

KURZFASSUNG _____	75
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	87
Rechtsgrundlagen _____	87
System der medizinischen Versorgung _____	88
Kostentragung und Finanzierung _____	94
Ausgaben für die medizinische Versorgung _____	97
Personal für die medizinische Versorgung _____	112
Medikamente _____	118
Maßnahmen des BMJ zur Kosteneindämmung _____	124
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen _____	128

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Kostenbeiträge der Bundesländer _____	95
Tabelle 2:	Langfristige Entwicklung der Ausgaben _____	99
Abbildung 1:	Ausgabenentwicklung bei der externen Versorgung __	100
Abbildung 2:	Ausgabenentwicklung bei der internen Versorgung__	104
Tabelle 3:	Ausgaben für Substitutionsmedikamente (Jahr 2010) _	106
Tabelle 4:	Anzahl der Insassen _____	107
Tabelle 5:	Ausgaben für die medizinische Versorgung pro Insassen _____	107
Tabelle 6:	Ausgaben der medizinischen Versorgung pro Insassen der Justizanstalten _____	108
Tabelle 7:	Ausgaben pro Untergebrachttem in psychiatrischen Krankenanstalten _____	108
Tabelle 8:	Ausgaben pro Kopf in den Justizanstalten mit besonderem Betreuungsbedarf _____	110
Tabelle 9:	Ausgaben pro Kopf in den Justizanstalten ohne besonderen Betreuungsbedarf _____	111
Tabelle 10:	Medizinisches Personal und sonstiges Betreuungspersonal _____	112
Tabelle 11:	Ausgaben für Medikamente insgesamt und für Beschaffungen über die BBG _____	119
Tabelle 12:	Verschreibung von Substitutionsmedikamenten _____	121

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AMG	Arzneimittelgesetz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BBG	Bundesbeschaffung GmbH
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BKA	Bundeskanzleramt
BM...	Bundesministerium ...
BMJ	für Justiz
BMLVS	für Landesverteidigung und Sport
bspw.	beispielsweise
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
EU	Europäische Union
EUR	Euro
ff.	folgend(e) (Seite, Seiten)
G(es)mbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IT	Informationstechnologie
LGBl.	Landesgesetzblatt
mg	Milligramm
Mill.	Million(en)
Nr.	Nummer
Pkt.	Punkt
RH	Rechnungshof
rd.	rund
S	Schilling
sog.	so genannte(r)
StVG	Strafvollzugsgesetz

Abkürzungen



TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
USt	Umsatzsteuer
vgl.	vergleiche
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Justiz

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 betragen 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.

KURZFASSUNG

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

Kurzfassung

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 Landeskrankenhaus 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 Erwägung. (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 Erzielung 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 Kostenersparnisse 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 Tarifsatz 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 Gebarungsprüfung 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 betragen 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 betragen 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, Sonderkrankeanstalten) 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 Justizanstalt 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 Justizanstalten 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 Justiz-

betreuungsagentur 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 Zukaufs externer 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)

Kenndaten zur 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.			
Ausgaben¹	2008	2009	2010	Differenz 2008 bis 2010
externe medizinische Versorgung	in Mill. EUR ²			in %
Unterbringung in öffentlichen psychiatrischen Krankenanstalten	31,49	35,05	32,82	4
sonstige öffentliche Krankenanstalten	7,50	7,67	9,56	27
Zwischensumme öffentliche Krankenanstalten	38,99	42,72	42,38	9
praktische Ärzte, Zahnärzte, sonstige Fachärzte (extern)	3,38	3,94	3,97	17
Summe externe medizinische Versorgung (Behandlung)	42,37	46,66	46,35	9
interne medizinische Versorgung				
Anstaltsärzte, Psychiater, Psychologen	6,95	7,18	6,76	– 3
eigenes Pflegepersonal	4,24	4,37	4,66	10
Zwischensumme justizeigenes medizinisches Personal	11,18	11,55	11,42	2
Personal über Justizbetreuungsagentur	–	2,33	6,66	–
Personal über sonstige Unternehmen	2,77	2,54	1,82	– 34
Zwischensumme zugekauft medizinisches Personal	2,77	4,87	8,48	206
Medikamente	8,19	7,11	7,30	– 11
Zahnersatz und sonstige Heilbehelfe	0,26	0,25	0,22	– 15
Zwischensumme Medikamente und Heilbehelfe	8,45	7,36	7,51	– 11
Summe interne medizinische Versorgung	22,40	23,78	27,41	22
Gesamtsumme medizinische Versorgung	64,77	70,44	73,76	14
Anzahl der Insassen³ und Pro-Kopf-Ausgaben				
	Anzahl			
Insassen im Jahresdurchschnitt	8.242	8.367	8.637	5
	in EUR			
Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung	7.858	8.418	8.540	9

¹ Gesamtausgaben für die medizinische Versorgung der Insassen im Straf- und Maßnahmenvollzug

² Rundungsdifferenzen

³ einschließlich der Unterbringung in psychiatrischen Krankenanstalten

Quellen: BMJ, Haushaltsverrechnung des Bundes, RH

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 Der RH überprüfte von Februar bis April 2011 die Gebarung des BMJ hinsichtlich der Kosten der medizinischen Versorgung im Straf- und Maßnahmenvollzug.¹ Erhebungen erfolgten auch in der Vollzugsdirektion sowie in den Justizanstalten Graz-Karlau, Hirtenberg, Korneuburg, Stein und Wien-Josefstadt.

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.

Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2008 bis 2010. Zur besseren Verdeutlichung der Entwicklung stellte der RH in einigen Fällen die Ausgaben ab dem Jahr 2000 dar.

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

Rechtsgrundlagen

2 Das Strafvollzugsgesetz (StVG) regelte in §§ 66 bis 74 die ärztliche Betreuung der Häftlinge. Danach hatten die Vollzugsbehörden für die Erhaltung der körperlichen und geistigen Gesundheit der Strafgefangenen Sorge zu tragen.

3.1 Auf Grundlage des StVG hatte das BMJ im Jahr 1995 eine „Vollzugsordnung für Justizanstalten (Vollzugsordnung)“ erlassen.² Diese enthielt u.a. Regelungen über den Ärztlichen Dienst, den Psychiatrischen Dienst und den Pflegedienst, über die Einrichtung von Krankenabteilungen in den Justizanstalten und von geschlossenen Abteilungen in Krankenanstalten. Regelungen über die Einrichtung von Sonderkrankenanstalten innerhalb der Vollzugsverwaltung waren nicht enthalten. Die Vollzugsordnung hatte lediglich die Qualität eines Erlasses und war somit keine nach außen wirksame Rechtsvorschrift. Dessen ungeachtet wurde in vertraglichen Vereinbarungen des BMJ mit externen Rechtsträgern auf die Vollzugsordnung verwiesen und solcherart der Vertragsinhalt ausgestaltet.

¹ Maßnahmenvollzug ist der in der Justiz gebräuchliche Begriff für die Unterbringung gefährlicher – insbesondere geistig abnormer – Täter.

² JMZ 42302/27/V/95 vom 22.12.1995

- 3.2** Der RH kritisierte, dass wesentliche Fragen, wie die ärztliche, psychiatrische und pflegerische Betreuung der Häftlinge – abgesehen von den allgemeinen Regelungen des StVG – lediglich in Form eines Erlasses geregelt waren, dem keinerlei Außenwirksamkeit zukam.

Der RH empfahl, Durchführungsregelungen zum StVG, wie sie zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in der Vollzugsordnung enthalten waren, als Rechtsverordnung analog der Anhalteordnung³ zu erlassen.

- 3.3** *Laut Stellungnahme des BMJ nehme es die Empfehlung des RH zur Kenntnis und werde sie auf ihre Umsetzbarkeit hin prüfen.*

System der medizinischen Versorgung

Allgemeines

- 4** Die Vollzugsordnung sah die Einrichtung eines Ärztlichen Dienstes vor, dessen Leiter für die Gesundheit der Häftlinge im Sinne der §§ 66 ff. StVG 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.

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.

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

- 5** Gemäß Arzneimittelgesetz⁴ dürfen Justizanstalten Arzneimittel vom Hersteller, Depositeur oder Arzneimittel-Großhändler zur Erfüllung ihrer Aufgaben beziehen. Im Zuge der Novellierung des Suchtmittel-

³ 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

⁴ § 57 Abs. 1 Z 7 AMG, BGBl. Nr. 185/1983 i.d.g.F.

gesetzes Ende 2010 wurde den Justizanstalten ab 1. Jänner 2011 auch eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung für den Erwerb, den Besitz und die Verarbeitung von Suchtmitteln eingeräumt.

6.1 Der Anstaltsleiter war nach der Vollzugsordnung ermächtigt, die „Medikamentengebarung“ an entsprechend geeignete und vorgebildete Justizwachebeamte zu übertragen. Diese Ermächtigung stand im Widerspruch zu den Bestimmungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes. § 15 Abs. 2 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz legte eine geteilte Verantwortung zwischen ärztlicher Anordnung einerseits und Durchführung der angeordneten Tätigkeit durch Angehörige des Gesundheits- und Pflegepersonals andererseits fest.

6.2 Der RH empfahl, die Vollzugsordnung den Regelungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes anzupassen.

6.3 *Laut Stellungnahme des BMJ werde die Überarbeitung (Neufassung) der Vollzugsordnung als prioritär angesehen und für 2012 in Aussicht genommen.*

7.1 In 18 Justizanstalten bestanden Krankenabteilungen. Die Leitung der Krankenabteilung oblag einem Justizwachebeamten, der in Angelegenheiten der medizinischen und pflegerischen Betreuung dem Leiter des Ärztlichen Dienstes unterstand. In den Justizanstalten Eisenstadt, Krems, St. Pölten, Wels, Wien-Favoriten, Wien-Mittersteig und Wiener Neustadt bestand keine Krankenabteilung bzw. nur ein Krankenzimmer.

In den Justizanstalten mit Krankenabteilungen war die Einrichtung eines Pflegedienstes vorgesehen, der einem Leiter zu unterstellen war. Dieser hatte in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Leiter die Pflege der in der Krankenabteilung angehaltenen Häftlinge durchzuführen. Weiters gehörte zu seinen Aufgaben auch die sichere und vorschriftsmäßige Lagerung der Medikamente. Weder das StVG noch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz enthielten Regelungen über die spezifischen Anforderungen des Straf- und Maßnahmenvollzugs.

7.2 Der RH empfahl dem BMJ, klare rechtliche Grundlagen über Aufgaben und Befugnisse des Pflegepersonals zu schaffen.

7.3 *Laut Stellungnahme des BMJ werde auf die Einhaltung der bestehenden rechtlichen Grundlagen für das Pflegepersonal zukünftig besonderes Augenmerk gelegt werden. Der legislative Rahmen für pflege-*

rische Aufgaben unterscheidet jedoch nicht zwischen einer in Freiheit befindlichen und einer inhaftierten Person. Dementsprechend fänden sich auch keine speziellen Vorschriften für den Pflegedienst im Vollzug – ausgenommen organisatorische Maßnahmen.

- 7.4** Der RH wies neuerlich darauf hin, dass weder das StVG noch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Regelungen über die spezifischen Anforderungen des Straf- und Maßnahmenvollzugs enthielten.

Er verblieb daher im Sinne der Klarheit der rechtlichen Grundlagen bei seiner Empfehlung, in die Rechtsvorschriften für den Straf- und Maßnahmenvollzug eine Bestimmung über Aufgaben und Befugnisse des Pflegepersonals aufzunehmen.

Sonderkrankenanstalten

- 8** Die Vollzugsverwaltung führte drei Sonderkrankenanstalten (Wien–Josefstadt, Wilhelmshöhe und Stein). Die Sonderkrankenanstalten Wien–Josefstadt und Stein waren organisatorisch Teil der jeweiligen Justizanstalt. Die Sonderkrankenanstalt Wilhelmshöhe wurde organisatorisch als Außenstelle der Justizanstalt Wien–Josefstadt geführt und diente als Lungenheilstätte.

- 9.1** Zur Errichtung und zum Betrieb einer Sonderkrankenanstalt war eine Bewilligung der zuständigen Landesregierung nach dem jeweiligen Krankenanstaltengesetz erforderlich.⁵ Für die Sonderkrankenanstalten Stein und Wilhelmshöhe existierten Bewilligungsbescheide der Niederösterreichischen Landesregierung.

Für die Sonderkrankenanstalt Wien–Josefstadt bestand eine Bewilligung der Wiener Landesregierung vom Oktober 1991. Diese Bewilligung bezog sich auf die Errichtung einer 56 Betten führenden Sonderkrankenanstalt. Die Sonderkrankenanstalt war in der Folge jedoch um mehrere Abteilungen und Räume erweitert worden und verfügte zur Zeit der Überprüfung an Ort und Stelle über 78 Betten. Die Sonderkrankenanstalt war baulich und organisatorisch nicht vom übrigen Teil der Justizanstalt getrennt.

Der Anstaltsleiter hatte im Jahr 2004 bei der Wiener Landesregierung einen Antrag auf Bewilligung der Erweiterung eingebracht. Das Verfahren war zur Zeit der Überprüfung an Ort und Stelle noch nicht abgeschlossen, so dass die Sonderkrankenanstalt hinsichtlich der Erwei-

⁵ Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. Nr. 23/1987 i.d.g.F.; NÖ Krankenanstaltengesetz, LGBl. 9440 i.d.g.F.

terungen ohne rechtliche Grundlage existierte. Der RH hatte diesen Umstand bereits 2005 im Rahmen einer Gebarungsüberprüfung der Justizanstalt Wien–Josefstadt bemängelt.⁶

- 9.2** Der RH kritisierte, dass die Sonderkrankenanstalt Wien–Josefstadt seit Jahren teilweise ohne ausreichende Bewilligung betrieben wurde.

Er wiederholte seine damalige Empfehlung, umgehend für eine Betriebsbewilligung im Sinne der einschlägigen Bestimmungen des Wiener Krankenanstaltengesetzes zu sorgen.

- 9.3** *Laut Stellungnahme des BMJ werde es für einen sinnvollen Abschluss des offenen krankenanstaltenrechtlichen Genehmigungsverfahrens Sorge tragen.*

Vereinbarungen mit
Krankenanstalten-
trägern

- 10.1** Die Vollzugsordnung sah die Einrichtung von geschlossenen Abteilungen in Krankenanstalten vor. Dazu waren zwischen dem BMJ bzw. der Vollzugsdirektion und den Spitalserhaltern Vereinbarungen abzuschließen. Solche Vereinbarungen bestanden mit

- dem Konvent der Barmherzigen Brüder als Rechtsträger des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Wien (Vertrag vom April 2001) und
- der Stadt Krems an der Donau als Rechtsträger des Allgemeinen öffentlichen Krankenhauses der Stadt Krems (nunmehr: Landesklinikum Krems, Vertrag vom September 1978).

Der Vertrag mit dem Konvent der Barmherzigen Brüder sah die Vorhaltung einer eigenen Station im Ausmaß von acht Akutbetten vor, die ausschließlich der stationären Behandlung von Häftlingen dienen. Dafür hatte das BMJ einen jährlichen Pauschalbetrag zu entrichten, der jeweils die Gesamtkosten für die Vorhaltung der Station abzudecken hatte und von der Auslastung unabhängig war. Der Pauschalbetrag umfasste die ärztlichen und pflegerischen Leistungen zuzüglich der anteilmäßigen Gemein- und Umlagekosten laut interner Kostenrechnung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder. Im Jahr 2010 stellte das Krankenhaus dem BMJ dafür einen Betrag in der Höhe von 1,04 Mill. EUR in Rechnung. Die Auslastung der geschlossenen Abteilung lag in den Jahren 2008 bis 2010 bei rd. 75 %. Der RH errechnete die durchschnittlichen Kosten pro Belagstag für das Jahr 2010 mit 496 EUR.

⁶ Bericht des RH, Reihe Bund 2005/10, Justizanstalt Wien–Josefstadt, TZ 10

Im Vertrag betreffend das nunmehrige Landeskrankenhaus Krems war die Vorhaltung einer eigenen Station im Ausmaß von zehn Akutbetten vorgesehen. Grundsätzlich zahlten die Justizanstalten nur für die tatsächliche Aufenthaltsdauer der von ihnen in die Krankenanstalt überstellten Insassen. Der Tagessatz (Privatpatiententarif) lag im Jahr 2010 bei 655 EUR. Der Vertrag sah allerdings einen Mindestbelag von vier Betten täglich, gerechnet auf den Jahresdurchschnitt, also insgesamt von 1.460 Belagstagen, vor. Wurde dieser Mindestbelag mit Häftlingen nicht erreicht, hatte das BMJ neben den tatsächlich angefallenen Kosten auch die Differenz zum vereinbarten Mindestbelag abzugelten.

Während die Auslastung in den Jahren 2008 und 2009 noch knapp über der vereinbarten Mindestauslastung von 40 % lag, wurde dieser Wert im Jahr 2010 mit 1.266 Belagstagen (rd. 35 % Auslastung) erstmals unterschritten. Dies verursachte dem BMJ Ausgaben von 127.070 EUR (194 Belagstage à 655 EUR) ohne Gegenleistung. Zusammen mit den für die tatsächliche Belegung angefallenen Ausgaben in der Höhe von 829.230 EUR errechneten sich die Gesamtkosten der Station im Jahr 2010 mit 956.300 EUR.

10.2 Der RH empfahl dem BMJ die Aufnahme von Verhandlungen mit dem Landeskrankenhaus Krems, um eine kostengünstigere Lösung für die geschlossene Abteilung zu erreichen.

10.3 *Laut Stellungnahme des BMJ würden österreichweit verschiedene Modelle einer kostengünstigeren stationären externen Spitalsversorgung von Insassen auf ihre Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit geprüft. Je nach Ergebnis dieser Untersuchung werde entweder die Empfehlung aufgegriffen oder die aktuellen Verträge aufgelöst.*

11 Einige Justizanstalten hatten – zum Teil formlose – Vereinbarungen mit insgesamt sechs Krankenanstalten über die Bereitstellung von Räumlichkeiten zur Unterbringung von Häftlingen abgeschlossen. Dabei handelte es sich jedoch um besonders adaptierte Krankenzimmer und nicht um geschlossene Abteilungen. Dies brachte im Gegensatz zur regulären Unterbringung in Krankenanstalten Vorteile im Hinblick auf Bewachung und Sicherheit.

Kooperation mit dem Heeresspital

12.1 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. Lediglich die Versorgung

mit Leistungen der Zahnmedizin, Psychiatrie, Kinderheilkunde und Gynäkologie sowie die Versorgung von Notfällen waren nicht möglich. Als Richtwert für die Patientenfrequenz wurden maximal 20 Patienten pro Woche vereinbart. Pro Untersuchungs- bzw. Behandlungsfall legte das BMLVS eine pauschale Ambulanzgebühr in der Höhe von 35,33 EUR fest. Die Ambulanzgebühren öffentlicher Krankenanstalten sahen unterschiedliche Beträge für die einzelnen Leistungen vor. Diese waren zum Teil etwa gleich hoch, in der Regel jedoch um ein Vielfaches höher.

Neben einer Kostenersparnis brachte die Zusammenarbeit dem BMJ Vorteile bei der Bewachung und bezüglich der Sicherheit. Gleichzeitig trug sie zur Minderung der vom RH kritisierten Unterauslastung des Heeresspitals bei.⁷

Die Nutzung des Heeresspitals durch die Justizanstalten erforderte jedoch einen entsprechenden Aufwand bei der Ausführung von Häftlingen. Vor allem Justizanstalten außerhalb von Wien konnten öffentliche Krankenanstalten gegebenenfalls wesentlich günstiger erreichen als das Heeresspital, wodurch möglichen Einsparungen im Betreuungsbereich ein erhöhter Aufwand für Transport und Bewachung der Häftlinge gegenüberstand. Die stationäre Aufnahme von Häftlingen im Heeresspital zogen die beteiligten Ressorts (BMLVS, BMJ) nicht in Erwägung.

- 12.2** Der RH wertete die Zusammenarbeit des BMJ mit dem BMLVS positiv. Er verkannte jedoch nicht die Probleme hinsichtlich der Erreichbarkeit des Heeresspitals.

Der RH empfahl dem BMJ zu prüfen, ob das Heeresspital auch für stationär aufzunehmende Häftlinge genutzt werden könnte.

- 12.3** *Laut Stellungnahme des BMJ hätten mehrere derartige Vorstöße zu keinem Ergebnis geführt, weil die Heeresverwaltung dieses Ansinnen abgelehnt habe.*

⁷ Bericht des RH, Reihe Bund 2009/13, Sanitätswesen im Bundesheer, TZ 10, 19

Kostentragung und Finanzierung

Leistungsumfang und Kostentragung

- 13** Das StVG enthielt keine Regelung über den Umfang der medizinischen Leistungen. Da eine unterschiedliche Behandlung von Strafgefangenen gegenüber der übrigen Bevölkerung sachlich nicht gerechtfertigt wäre, hatten sich die nach dem StVG zu erbringenden Leistungen daran zu orientieren, was im gleichen Fall von den Sozialversicherungen geleistet würde.⁸

Da die Häftlinge nicht sozialversichert waren, hatte das BMJ die Kosten der medizinischen Versorgung insoweit zu tragen, als nicht ein Dritter zur Leistung verpflichtet war.⁹ Diese Verpflichtung bestand nicht nur für die medizinische Versorgung innerhalb der Justizanstalten, sondern auch für die Inanspruchnahme externer medizinischer Leistungen (z.B. die Behandlung eines Strafgefangenen durch einen Facharzt), unabhängig davon, ob dazu ein Arzt in die Justizanstalt gerufen oder der Häftling in die Arztordination ausgeführt werden musste.

Auch die im Zusammenhang mit der Unterbringung in einer öffentlichen Krankenanstalt anfallenden Kosten waren durch den Bund zu tragen, solange der Patient Strafgefangener war. Danach galten die allgemeinen Bestimmungen über die Kostentragung (Patient, Sozialversicherung, öffentlicher Wohlfahrtsträger).¹⁰

Dem Strafgefangenen war auch die notwendige Zahnbehandlung zu gewähren. Die konservierende Zahnbehandlung erfolgte in einfacher Form, soweit der Strafgefangene nicht eine besondere Ausführung der Behandlung auf seine Kosten begehrte. Zahnersatz war grundsätzlich nur auf Kosten des Strafgefangenen zu gewähren. Soweit der Strafgefangene nicht über die entsprechenden Mittel verfügte, waren aber die Kosten des Zahnersatzes, wenn seine Herstellung oder Umarbeitung nicht ohne Gefährdung der Gesundheit des Strafgefangenen bis zur Entlassung aufgeschoben werden konnte, vom Bund zu tragen.¹¹

Finanzierung der medizinischen Versorgung

- 14** Das BMJ finanzierte die medizinische Versorgung der Häftlinge aus den im Rahmen der jährlichen Bundesfinanzgesetze zur Verfügung stehenden Mitteln. Die Bundesländer beteiligten sich auf der Grundlage einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG „über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen von öffentlichen Krankenanstalten

⁸ vgl. Drexler, StVG² § 68 Rz 1

⁹ § 89 Abs. 1 Z 1 und 2 ASVG

¹⁰ § 71 Abs. 2 StVG; Drexler, StVG² § 71 Rz 2 und 3

¹¹ § 73 StVG

für Insassen von Justizanstalten“ mit einem Kostenbeitrag in der Höhe von jährlich 8,55 Mill. EUR (siehe TZ 15). Bezogen auf das Jahr 2010 trugen somit der Bund (das BMJ) mit 88,4 % und die Bundesländer mit insgesamt 11,6 % zur Finanzierung der Gesamtausgaben für die medizinische Versorgung in der Höhe von rd. 73,76 Mill. EUR bei.

Finanzierungsbeitrag
der Bundesländer

15.1 Die Justizanstalten bezahlen für die stationäre Behandlung und die Betreuung von Häftlingen durch öffentliche Krankenanstalten den für unversicherte Privatpatienten geltenden Tarif, der deutlich über den von den Sozialversicherungsträgern eingehobenen Beträgen liegt. Durch die jährlichen Pauschalvergütungen der Länder nach der erwähnten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG sollten diese Mehrkosten des BMJ abgedeckt und eine faktische Gleichstellung mit den von den Sozialversicherungsträgern bezahlten Leistungen hergestellt werden. Die auf den Krankenhauskosten des Jahres 2000 basierende Vereinbarung trat erstmals am 1. Jänner 2003 in Kraft. Die Geltungsdauer der aktuellen Bund-Länder-Vereinbarung endet am 31. Dezember 2013.

Die Pauschalvergütungen blieben seit dem erstmaligen Inkrafttreten der Vereinbarung unverändert bei rd. 8,55 Mill. EUR jährlich. Auf die einzelnen Bundesländer entfielen vereinbarungsgemäß folgende Beträge:

Tabelle 1: Kostenbeiträge der Bundesländer	
Bundesland	jährlicher Pauschalbetrag
	in EUR
Burgenland	257.660,58
Kärnten	592.527,18
Niederösterreich	1.440.375,26
Oberösterreich	1.317.792,73
Salzburg	549.064,90
Steiermark	1.180.476,99
Tirol	699.628,86
Vorarlberg	345.734,68
Wien	2.166.169,28
Summe	8.549.430,46

Quelle: Bundesgesetzblatt

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 %.

Der RH hatte dem BMJ bereits anlässlich der Gebarungüberprüfung „Maßnahmenvollzug für geistig abnorme Rechtsbrecher“ (Reihe Bund 2010/11) Verhandlungen mit den Bundesländern zur Erzielung höherer Kostengerechtigkeit bzw. eines Kostenausgleichs empfohlen. Das BMJ hatte darauf verwiesen, dass eine Erhöhung der Pauschalvergütung bisher am Widerstand der Bundesländer gescheitert sei.

15.2 Der RH empfahl dem BMJ, im Zuge der Verhandlungen der Bund-Länder-Vereinbarung für den Zeitraum nach 2013 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.

15.3 *Laut Stellungnahme des BMJ beabsichtige es, eine derartige Initiative zu setzen. Allerdings seien derartige Initiativen bis dato immer am Widerstand der Länder gescheitert.*

Einbeziehung der Häftlinge in das Krankenversicherungssystem

16.1 Vor dem Hintergrund des Anstiegs der für die externe Behandlung in Krankenanstalten anfallenden Kosten stellte das BMJ Überlegungen zur Einbeziehung der Häftlinge in das System der Krankenversicherung an, um diese Kosten zu reduzieren.

Dazu erarbeitete und bewertete das BMJ mehrere Varianten (z.B. vollständige oder teilweise Einbeziehung in die Krankenversicherung nach ASVG oder nach anderen gesetzlichen Grundlagen, eigene Krankenkasse für den Strafvollzug). Dabei zeigte sich, dass eine derartige Erweiterung des Versichertenkreises für den Sozialversicherungsträger jedenfalls aufwandsneutral sein müsse (Aufwandsdeckungsprinzip). Darüber hinaus fallen einige der bereits derzeit vom Strafvollzug erbrachten Leistungen nicht unter das Leistungsrecht der Krankenversicherung (z.B. Zugangs- und Abgangsuntersuchungen, Drogensubstitutionsbehandlungen) und müssten weiterhin vom BMJ getragen werden. Überdies entstünde allenfalls zusätzlich ein nicht abschätzbarer Aufwand für die Behandlung von Angehörigen der Insassen auch aus EU-Mitgliedstaaten und Drittstaaten, mit denen Österreich entsprechende

Abkommen geschlossen hat. Dem BMJ erschien letztlich die generelle Einbeziehung in das Krankenversicherungssystem als keine zweckmäßige Lösung. Es setzte daher keine weiteren Umsetzungsmaßnahmen.

Eine Alternative bestand jedoch in einer gesetzlichen Erweiterung der Möglichkeiten, einen Häftling zur Betreuung an einen Sozialversicherungsträger zuzuteilen. Das StVG sah bereits vor, Häftlinge nach Arbeitsunfällen bei ihrer Entlassung zur fortgesetzten Behandlung der Gebietskrankenkasse des Wohnortes zuzuteilen.¹² Auf diesem Weg könnte das BMJ etwa bei längeren Krankenhausaufenthalten von Häftlingen den Vorteil der – gegenüber den Privatpatiententariifen – reduzierten Tarife der Sozialversicherungsträger erzielen, ohne die erwähnten Nachteile eines eigenen Krankenversicherungssystems in Kauf nehmen zu müssen.

- 16.2** Die Einstellung der Überlegungen des BMJ zur grundsätzlichen Einbeziehung der Insassen des Straf- und Maßnahmenvollzugs in das System der Krankenversicherung war für den RH nachvollziehbar, weil dadurch keine Kostenvorteile für das BMJ zu erwarten waren.

Der RH empfahl dem BMJ 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.

- 16.3** *Laut Stellungnahme des BMJ stehe es dieser Empfehlung positiv gegenüber und werde seine Aktivitäten zur Umsetzung dieses Lösungsvorschlags verstärken.*

Ausgaben für die medizinische Versorgung

Kostenerfassung

- 17.1** Das BMJ verfügte über keine Kostenrechnung zur exakten, periodengerechten und vollständigen Ermittlung der effektiven Kosten der medizinischen Versorgung im Straf- und Maßnahmenvollzug. Die Vollzugsdirektion behalf sich mit der Festlegung getrennter Verrechnungskonten für die betroffenen Sachausgaben in der Haushaltsverrechnung (z.B. Unterbringung in psychiatrischen Krankenanstalten, Ausgaben für öffentliche Krankenanstalten, praktische Ärzte, Zahn- bzw. sonstige Fachärzte, Medikamente, Zahlungen an die Justizbetreuungsagentur). Die Auswertung dieser Ausgaben ermöglichte dem RH

¹² § 77 Abs. 4 StVG

Ausgaben für die medizinische Versorgung

eine näherungsweise Ermittlung der „Kosten“ der medizinischen Versorgung insgesamt und für die einzelnen Justizanstalten.

Ungenauigkeiten entstanden durch nicht periodengerechte Zuordnung von Zahlungen, insbesondere der verzögerten Bezahlung von Rechnungen der öffentlichen Krankenanstalten. Teilweise verrechneten die Justizanstalten Ausgaben für die medizinische Versorgung auch nicht auf den erwähnten eigenen Verrechnungskonten, sondern auf „Mischkonten“; diese waren daher nicht entsprechend zuordenbar (z.B. Personalbereitstellung von Ärzten, Psychiatern, Therapeuten, Pflegepersonal durch Unternehmen, Zukauf von Einzelleistungen). Soweit mit vertretbarem Aufwand ermittelbar, bezog der RH diese Zahlungen in seine Darstellungen ein.

Die Lohnkosten des in den Justizanstalten eingesetzten eigenen medizinischen Betreuungspersonals wurden nicht getrennt verrechnet. Das BMJ konnte allerdings über zugeordnete Funktionsbezeichnungen aus der Personalverrechnung die Ausgaben für konkrete Aufgabebereiche (Anstaltsärzte, Pflegedienst, Psychiater, Psychologen) für die Jahre 2008 bis 2010 auswerten und dem RH zur Verfügung stellen.

Die Kosten für Anlagen und für Raum sowie die Personalressourcen, die für die Bewachung bei Ausführungen zu Ärzten und Ambulanzen bzw. bei stationärem Aufenthalt in Krankenanstalten anfielen, wurden nicht berücksichtigt.

17.2 Der RH empfahl dem BMJ, 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.

17.3 *Laut Stellungnahme des BMJ sei eine Kostenrechnung zu den Personalkosten der medizinischen Versorgung insgesamt und detailliert schon unabhängig von den Vorgaben des RH im Aufbau begriffen und soll im ersten Halbjahr 2012 zur Verfügung stehen.*

Nach Abschluss der Arbeiten würden die Kosten regelmäßig analysiert und darauf aufbauend ein Kennzahlensystem für innerorganisatorische Vergleiche entwickelt werden.

Langfristige Entwicklung der Ausgaben

18 Die Gesamtausgaben des BMJ für die medizinische Versorgung im Straf- und Maßnahmenvollzug stiegen zwischen 2000 und 2010 um rd. 151 % von rd. 29,34 Mill. EUR auf rd. 73,76 Mill. EUR an. Die Entwicklung im Detail stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 2: Langfristige Entwicklung der Ausgaben	
	Gesamtausgaben für die medizinische Versorgung im Straf- und Maßnahmenvollzug
	in Mill. EUR
2000	29,34
2001	33,37
2002	37,80
2003	42,09
2004	44,44
2005	50,18
2006	60,79
2007	63,69
2008	64,77
2009	70,44
2010	73,76

Quellen: BMJ, Haushaltsverrechnung des Bundes, RH

In der Folge sind die langfristigen Entwicklungen getrennt nach den Teilbereichen der externen und internen Versorgung im Einzelnen dargestellt. Die externe medizinische Versorgung beinhaltet die stationäre und ambulante Behandlung durch öffentliche Krankenanstalten sowie durch niedergelassene Ärzte. Die interne medizinische Versorgung umfasst die anstaltsinterne Behandlung durch justizeigenes ärztliches und pflegerisches Personal sowie durch zugekauftes Personal einschließlich der Ausgaben für Medikamente und Heilbehelfe.

Ausgaben für die medizinische Versorgung

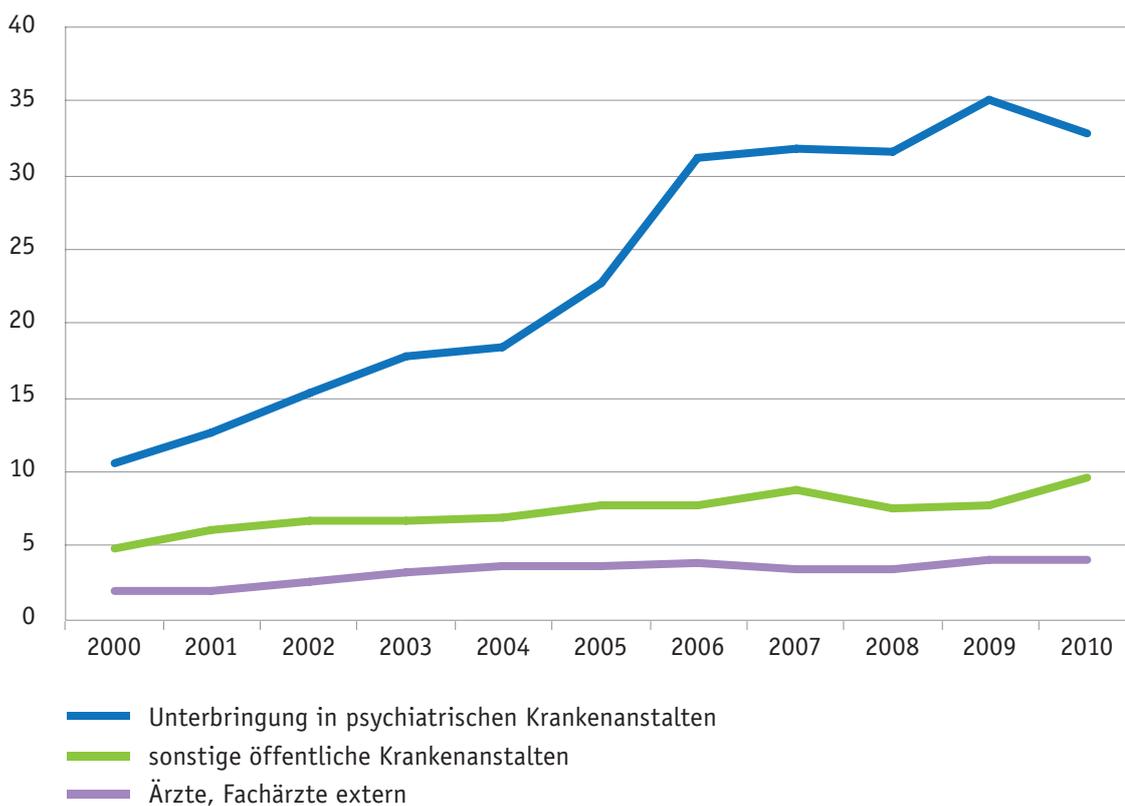
Entwicklung der Ausgaben für die externe Versorgung

Allgemeines

19 Die Ausgaben für die externe Behandlung der Insassen stiegen von 17,33 Mill. EUR (2000) auf 46,35 Mill. EUR (2010). Die Entwicklung stellte sich – getrennt nach den einzelnen Teilbereichen – wie folgt dar:

Abbildung 1: Ausgabenentwicklung bei der externen Versorgung

in Mill. EUR



Quelle: RH

Ausgaben für die Unterbringung in psychiatrischen Krankenanstalten

20 Die mit Abstand größte Ausgabenposition stellte die stationäre Behandlung in psychiatrischen Krankenanstalten dar. Der deutliche Anstieg der Ausgaben von 10,55 Mill. im Jahr 2000 auf 32,82 Mill. EUR im Jahr 2010 (um 211 % bzw. auf mehr als das Dreifache) war auf die Zunahme der im Maßnahmenvollzug extern Unterzubringenden und den Anstieg der Tarifsätze der Krankenanstalten zurückzuführen. So stieg die Anzahl der geistig abnormen zurechnungsunfähigen Straftäter im Maßnahmenvollzug seit Jahresende 2000 von 288 auf 436 (Stichtag 1. Jänner 2011) um rd. 51 %. Der Tarifsatz der teuersten psy-

chiatrischen 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 %.

Im Jahr 2009 lag der Anteil der Ausgaben für die Unterbringung in psychiatrischen Krankenanstalten bereits bei rd. 50 % der Gesamtausgaben für die medizinische Versorgung. Durch die Errichtung einer – neben Göllersdorf – weiteren justizeigenen Anstalt für den Maßnahmenvollzug an zurechnungsunfähigen Straftätern (Forensisches Zentrum Asten) gelang es dem BMJ 2010, den Trend der letzten Jahre – vorerst – zu stoppen und die Ausgaben für die externe Unterbringung zu senken.

- 21.1** Im Laufe des Jahres 2010 übernahm das Forensische Zentrum Asten Zug um Zug Maßnahmenpatienten aus den psychiatrischen Krankenanstalten und war Ende 2010 mit rd. 90 Insassen voll belegt.

Auf Basis eines Vergleichs der Kosten je Hafttag in der Justizanstalt Göllersdorf von 162 EUR (für Asten war 2010 noch kein aussagekräftiger Tagsatz ermittelbar) mit dem durchschnittlichen Tarifsatz psychiatrischer Krankenanstalten von rd. 412 EUR (Tagsätze jeweils für 2010) errechnete der RH jährliche Minderausgaben in einer Größenordnung von rd. 8,20 Mill. EUR.

Allerdings stieg die Gesamtzahl der im Maßnahmenvollzug untergebrachten zurechnungsunfähigen Rechtsbrecher allein von 1. Jänner 2010 bis 1. Jänner 2011 weiter von 406 auf 436. Es war somit absehbar, dass die mit der Errichtung des Forensischen Zentrums Asten erreichte Entlastung bei der externen Unterbringung nur vorübergehend bleiben wird und diese Kosten künftig wieder deutlich ansteigen werden.

- 21.2** Der RH verwies in diesem Zusammenhang auf seine bereits im Rahmen der Gebarungsüberprüfung „Maßnahmenvollzug für geistig abnorme Rechtsbrecher“ (Bericht des RH, Reihe Bund 2010/11) getroffenen Feststellungen.

Er empfahl, 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.

Ausgaben für die medizinische Versorgung

Weiters empfahl der RH dem BMJ in Anbetracht der kontinuierlich steigenden Anzahl geistig abnormer Rechtsbrecher, rechtzeitig Planungen für eine weitere Ausweitung der justizeigenen Kapazitäten vorzunehmen.

- 21.3** *Laut Stellungnahme des BMJ habe es insbesondere seit den Empfehlungen aus dem Rechnungshofbericht 2010 zum Maßnahmenvollzug zahlreiche Aktivitäten gesetzt, um die Ursachen für die Steigerung zu analysieren. Es sei eine vertiefte Statistik aufgebaut worden und das Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie sei mit einer Analyse betraut worden, die sich insbesondere mit den Zugängen zum Maßnahmenvollzug beschäftigt. Die Ergebnisse würden dann für eine umfassendere strategische Ausrichtung herangezogen werden.*

Weiters werde das BMJ unter Berücksichtigung des erfolgreichen Verlaufes des Forensischen Zentrums Asten eine Erweiterung der justizeigenen Kapazitäten prüfen. Ein Ergebnis werde bis Ende 2012 vorliegen.

Ausgaben für sonstige öffentliche Krankenanstalten

- 22.1** Die Ausgaben für die Behandlung in sonstigen öffentlichen Krankenanstalten (ohne psychiatrische Krankenanstalten) stiegen von 4,78 Mill. EUR (2000) auf 9,56 Mill. EUR (2010) um 100 %. Generell waren diese Ausgaben für die Justizanstalten nur sehr eingeschränkt steuerbar, weil aus medizinischen Gründen in der Regel keine Alternative zur Aufnahme in einer öffentlichen Krankenanstalt bestand. Der zuletzt vergleichsweise deutliche Anstieg von 7,67 Mill. EUR im Jahr 2009 auf 9,56 Mill. EUR im Jahr 2010 ließ daher keinen Rückschluss auf eine anhaltende (dauerhafte) Entwicklung zu.
- 22.2** Der RH empfahl, eine institutionalisierte laufende Kontrolle hinsichtlich der Notwendigkeit der Aufnahme bzw. der Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Krankenanstalten vorzusehen (siehe auch TZ 47).
- 22.3** *Laut Stellungnahme des BMJ stehe es der Empfehlung des RH positiv gegenüber. Schon jetzt könne in einer Datenbank die Liste der in Spitälern aufhältigen Insassen abgefragt und durch den Chefarzt kontrolliert werden.*

Ausgaben für externe praktische Ärzte und Fachärzte

- 23.1** Die Ausgaben für die externe Behandlung durch niedergelassene praktische Ärzte und Fachärzte verdoppelten sich von 2,00 Mill. EUR (2000) auf 3,97 Mill. EUR (2010) um rd. 98 %. Zusätzlich verursachte die Ausführung von Häftlingen zu externen Behandlungen organisatorische Probleme, weil die Justizanstalten ihre Personalressourcen für die Bewachung der ausgeführten Insassen einsetzen mussten. Eine zentrale Überwachung hinsichtlich der Notwendigkeit der externen Durchführung von Behandlungen erfolgte nicht.
- 23.2** Der RH empfahl dem BMJ, eine systematische Kontrolle vorzusehen, inwieweit Behandlungen 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.
- 23.3** *Laut Stellungnahme des BMJ würde eine derartige systematische Kontrolle zum Aufgabenbereich des zukünftigen Chefarztes gehören. Die dafür erforderliche Datenbasis würde aus einer internen Datenbank zur Verfügung gestellt werden können.*

Entwicklung der Ausgaben für die interne Versorgung

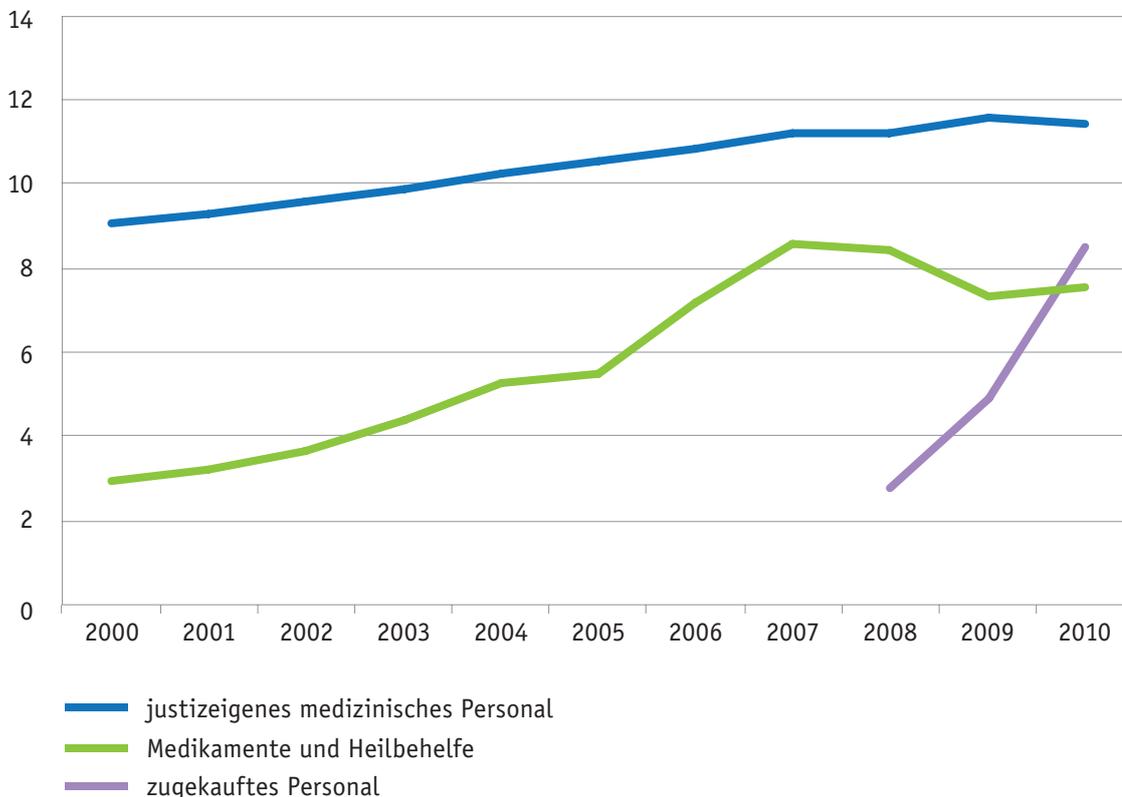
Allgemeines

- 24** Die Ausgaben für die interne Versorgung der Insassen stiegen von 12,00 Mill. EUR (2000) auf 27,41 Mill. EUR (2010). Die Entwicklung stellte sich – getrennt nach den einzelnen Teilbereichen – wie folgt dar:

Ausgaben für die medizinische Versorgung

Abbildung 2: Ausgabenentwicklung bei der internen Versorgung

in Mill. EUR



Quelle: RH

Ausgaben für justzeigenes medizinisches Personal

25.1 Die in der Grafik dargestellten Ausgaben für das justzeigene medizinische Personal beruhen auf einer Erhebung originärer Daten für das Jahr 2000 durch das BMJ sowie einer Fortschreibung der Werte bis 2007 mit einer – vom BMJ kalkulierten – jährlichen Erhöhung von drei Prozent. Für die Jahre 2008 bis 2010 wertete das BMJ auf Ersuchen des RH die tatsächlichen Zahlungen an das medizinische Stammpersonal (Anstaltsärzte, Psychiater, Psychologen; eigenes Pflegepersonal) erneut aus. Die Ausgaben stiegen zwischen 2000 und 2010 von 9,05 Mill. EUR auf 11,42 Mill. EUR um rd. 26 %.

25.2 Insgesamt zeigten die Personalausgaben somit einen kontinuierlichen Verlauf mit einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg etwa im Ausmaß der allgemeinen Bezugserhöhungen bei gleichbleibendem Personalstand.

Ausgaben für zugekauft Personal

- 26.1** Seit 2009 bezieht das BMJ Betreuungspersonal über die Justizbetreuungsagentur. Bereits zuvor kauften einzelne Justizanstalten ärztliches und pflegerisches Personal direkt oder über andere Unternehmen zu. Diese Ausgaben waren wegen Mischverrechnung mit anderen Ausgaben nicht unmittelbar aus der Haushaltsverrechnung auswertbar. Für den Zeitraum 2008 bis 2010 erhob das BMJ – auf Ersuchen des RH – diese daher im Einzelnen. Während die Ausgaben für das zugekaufte Personal im Jahr 2008 bei 2,76 Mill. EUR lagen, erreichten sie im Jahr 2010 bereits 8,48 Mill. EUR.
- 26.2** Der Anstieg der Ausgaben für zugekauft Personal in den letzten zwei Jahren war insbesondere auf die Errichtung des Forensischen Zentrums in Asten zurückzuführen, weil das für den Betrieb erforderliche Betreuungspersonal zur Gänze über die Justizbetreuungsagentur zugekauft wurde. Dem standen allerdings deutlich höhere Einsparungen bei der externen Unterbringung in psychiatrischen Krankenanstalten gegenüber (siehe TZ 21).

Ausgaben für Medikamente und Heilbehelfe

- 27.1** Die Ausgaben für Medikamente stiegen von 2,76 Mill. EUR (2000) um rd. 164 % auf 7,30 Mill. EUR (2010) an. Die Ausgaben für Zahnersatz und sonstige Heilbehelfe erhöhten sich von rd. 190.000 EUR (2000) auf rd. 220.000 EUR (2010), dies entsprach einer Steigerung von rd. 16 %.

Obwohl die Zahl der Häftlinge von 2008 bis 2010 um rd. 5 % anstieg, verringerten sich die Ausgaben für Medikamente von 8,19 Mill. EUR (2008) auf 7,30 Mill. EUR (2010); dies entsprach einem Rückgang in Höhe von rd. 11 %. Dementsprechend verringerten sich die Pro-Kopf-Ausgaben für Medikamente von 1.025 EUR (2008) auf 868 EUR (2010).

Mittels eines IT-unterstützten Systems (IVV-Medikation) sollten alle Justizanstalten pro Häftling die Ausgabe der verschriebenen Medikamente und die jeweilige Dosierung dokumentieren, um aussagekräftige Daten für ein bundesweites Controlling des Medikamentenverbrauchs zu erhalten. Das Programm war jedoch noch nicht bundesweit implementiert (siehe TZ 48).

- 27.2** Der RH stellte fest, dass aufgrund der fehlenden bundesweiten Dokumentation der ausgegebenen Medikamente, ihres Einkaufspreises und der individuellen Dosierung eine detaillierte Analyse der Gründe für die Entwicklung der Gesamtausgaben für Medikamente nicht möglich

Ausgaben für die medizinische Versorgung

war. Er empfahl, die Implementierung des IT-unterstützten Systems voranzutreiben und in Zukunft die Gesamtausgaben für Medikamente einer vertieften Analyse zu unterziehen, um daraus Steuerungsmöglichkeiten für die Ausgaben für Medikamente abzuleiten.

27.3 *Laut Stellungnahme des BMJ werde auch diese vertiefte Analyse vom Chefarzt durchgeführt werden.*

Ausgaben für Substitutionsmedikamente

28.1 In 25 von insgesamt 27 Justizanstalten wurden Substitutionstherapien unter Einsatz unterschiedlicher Substitutionsmedikamente durchgeführt. Die Anzahl der Substituierten stieg von 740 (Stand per 1. Oktober 2008) um rd. 19 % auf 881 (Stand per 1. Oktober 2010).

Trotz dieses Anstiegs sanken die Ausgaben für Substitutionsmedikamente von 1,44 Mill. EUR (2008) auf 1,06 Mill. EUR (2010); dies entsprach einem Rückgang von 26,7 %. Dementsprechend verringerten sich die Pro-Kopf-Ausgaben von 1.950 EUR (2008) auf 1.201 EUR (2010). Das BMJ führte den Rückgang auf den Bezug ausgewählter Substitutionsmedikamente über Rahmenverträge, welche von der Bundesbeschaffung GmbH (BBG) 2008 abgeschlossen worden waren, zurück (siehe TZ 39).

Die nachstehende Tabelle zeigt eine Gegenüberstellung der Anzahl an Substituierten und der Ausgaben für Substitutionsmedikamente im Jahr 2010:

Tabelle 3: Ausgaben für Substitutionsmedikamente (Jahr 2010)			
	Substituierte	Ausgaben	Pro-Kopf-Ausgaben
	Anzahl	in EUR ¹	
Gesamt	881	1.058.029	1.201
<i>davon substituiert mit Methadon</i>	407	377.372	927
<i>davon substituiert mit anderen Mitteln</i>	474	680.656	1.436

¹ Rundungsdifferenzen

Quellen: BMJ, RH

28.2 Der RH wies darauf hin, dass die Substitution mit Methadon um rd. 36 % günstiger war als mit anderen Mitteln.

Ausgaben je Häftling 29.1 Die Anzahl der Insassen im Straf- und Maßnahmenvollzug im Jahresdurchschnitt entwickelte sich wie folgt:¹³

Tabelle 4: Anzahl der Insassen				
	2008	2009	2010	Differenz 2008 bis 2010
	Anzahl			in %
Strafgefangene	5.625	5.493	5.708	1
Untersuchungshäftlinge	1.676	1.916	1.937	16
Untergebrachte im Maßnahmenvollzug	799	821	843	6
<i>davon in psychiatrischen Krankenanstalten</i>	<i>250</i>	<i>254</i>	<i>225</i>	<i>- 10</i>
sonstige Insassen (z.B. Schubhaft, Auslieferungshaft)	142	137	149	5
Gesamtbelag	8.242	8.367	8.637	5

Quelle: BMJ

Damit errechneten sich die jährlichen Ausgaben des BMJ für die medizinische Versorgung aller Insassen (einschließlich Unterbringung in psychiatrischen Anstalten) pro Kopf wie folgt:

Tabelle 5: Ausgaben für die medizinische Versorgung pro Insassen				
	2008	2009	2010	Differenz 2008 bis 2010
	in EUR			in %
Ausgaben	7.858	8.418	8.540	9

Quelle: RH

¹³ Um eine geeignete Basis zur Ermittlung der jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben zu erhalten, errechnete der RH die angeführten Zahlen als Mittelwert der jeweiligen Stände zum Monatsersten. Sie unterscheiden sich daher bei den Untergebrachten im Maßnahmenvollzug von den im Bericht des RH über den „Maßnahmenvollzug für geistig abnorme Rechtsbrecher“ (Reihe Bund 2010/11) angeführten Zahlen, die den Stand jeweils zum 1. Jänner wiedergeben.

Ausgaben für die medizinische Versorgung

Die jährlichen durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung der Insassen der Justizanstalten in den Jahren 2008 bis 2010 sind in der nachstehenden Tabelle – detailliert nach wesentlichen Ausgabenpositionen – dargestellt:

Tabelle 6: Ausgaben der medizinischen Versorgung pro Insassen der Justizanstalten				
	2008	2009	2010	Differenz 2008 bis 2010
	in EUR			in %
öffentliche Krankenanstalten	939	946	1.136	21
niedergelassene Ärzte	423	486	472	12
externe medizinische Versorgung	1.362	1.432	1.608	18
justizeigenes Personal	1.399	1.423	1.358	– 3
zugekauft Personal	346	601	1.008	191
Medikamente und Heilbehelfe	1.057	906	893	– 16
interne medizinische Versorgung	2.802	2.930	3.259	16
medizinische Versorgung (ohne psychiatrische Krankenanstalten)¹	4.164	4.362	4.867	17

¹ Beträge abzüglich der Ausgaben für psychiatrische Anstalten bezogen auf den Insassenstand abzüglich der Anzahl der in den psychiatrischen Krankenanstalten Untergebrachten

Quellen: BMJ, Haushaltsverrechnung des Bundes, RH

Für die dauerhafte Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecher in psychiatrischen Krankenanstalten hatte das BMJ den Privatpatiententarif zu bezahlen. Damit waren sämtliche Leistungen für die Unterbrachten abgedeckt; weitere Kosten für deren medizinische Versorgung fielen nicht an. Pro Unterbrachtem in psychiatrischen Anstalten wendete das BMJ jährlich folgende Beträge auf:

Tabelle 7: Ausgaben pro Unterbrachtem in psychiatrischen Krankenanstalten				
	2008	2009	2010	Differenz 2008 bis 2010
	in EUR			in %
Ausgaben	125.950	137.975	145.880	16

Quelle: RH

Zum Vergleich errechnete der RH auf Grundlage von Daten der Statistik Austria die durchschnittlichen laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben (Staat und Sozialversicherungsträger) pro Einwohner für Österreich im Jahr 2009 (Daten für 2010 noch nicht verfügbar) mit 2.701 EUR (2008: 2.615 EUR).

- 29.2** Der RH stellte fest, dass die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben für die medizinische Versorgung pro Häftling (2009: 8.418 EUR) mehr als dreimal so hoch wie die laufenden Gesundheitsausgaben pro Kopf (2009: 2.701 EUR) in Österreich waren. Ohne die Ausgaben für die Unterbringung in psychiatrischen Anstalten lagen sie bezogen auf das Jahr 2009 um rd. 60 % höher als die laufenden Gesundheitsausgaben pro Kopf.

Ausgaben je Justizanstalt

- 30.1** Der RH errechnet die jährlichen Ausgaben der medizinischen Versorgung pro Insassen getrennt nach den einzelnen Justizanstalten.

Hohe Pro-Kopf-Ausgaben fielen naturgemäß in den Justizanstalten mit besonders intensivem psychiatrischen und psychologischen Betreuungsbedarf der Insassen an. Dies betraf jene Justizanstalten, die zur Gänze oder teilweise dem Maßnahmenvollzug dienen (Göllersdorf, Außenstelle Asten der Justizanstalt Linz ab 2010, Wien-Mittersteig und Wien-Favoriten bzw. Wels, Wien-Josefstadt, Stein, Graz-Karlau und Garsten) und die Justizanstalt für Jugendliche in Gerasdorf. In Wien-Josefstadt und Stein bestanden zudem noch Sonderkrankenanstalten mit durchgängiger ärztlicher und pflegerischer Anwesenheit.

Ausgaben für die medizinische Versorgung

Tabelle 8: Ausgaben pro Kopf in den Justizanstalten mit besonderem Betreuungsbedarf				
Justizanstalt	2008	2009	2010	Differenz 2008 bis 2010
	in EUR			in %
Göllersdorf	20.711	26.223	28.424	37
Linz (inklusive Asten)	1.968	2.682	9.784	397
Wien-Mittersteig	7.671	7.854	8.816	15
Wels	5.669	6.151	6.875	21
Wien-Josefstadt	6.659	5.711	6.206	- 7
Gerasdorf	4.267	4.677	5.998	41
Stein	6.740	6.079	5.868	- 13
Wien-Favoriten	7.366	7.050	5.517	- 25
Graz-Karlau	3.559	3.223	3.254	- 9
Garsten	3.000	3.333	2.657	- 11

Quelle: RH

Deutlich niedriger lagen die Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung in der Regel in den Justizanstalten, deren Insassen keinen besonderen Betreuungsbedarf aufwiesen.

Tabelle 9: Ausgaben pro Kopf in den Justizanstalten ohne besonderen Betreuungsbedarf

Justizanstalt	2008	2009	2010	Differenz 2008 bis 2010
	in EUR			in %
Krems	3.874	4.218	5.115	32
Schwarzau	5.120	4.432	3.711	- 28
Feldkirch	3.168	2.932	3.309	4
Korneuburg	3.241	3.067	2.995	- 8
Innsbruck	2.699	2.790	2.946	9
Sankt Pölten	2.247	2.704	2.885	28
Wien-Simmering	2.330	2.370	2.584	11
Sonnberg	2.133	2.683	2.530	19
Ried	1.949	2.327	2.413	24
Klagenfurt	2.900	2.603	2.392	- 18
Eisenstadt	2.485	2.493	2.338	- 6
Salzburg	2.447	2.368	2.043	- 17
Hirtenberg	1.801	2.025	2.036	13
Suben	1.453	1.588	1.768	22
Graz-Jakomini	1.569	1.463	1.675	7
Leoben	1.639	1.542	1.622	- 1
Wiener Neustadt	1.775	1.362	1.388	- 22
Durchschnitt aller Justizanstalten ohne besonderen Betreuungsbedarf	2.519	2.527	2.574	2

Quelle: RH

30.2 Nach den Berechnungen des RH unterschieden sich die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung der Insassen in den Justizanstalten des Regelvollzuges somit nicht wesentlich von den durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesamtbevölkerung (2009: 2.701 EUR; siehe TZ 29). Zwischen den einzelnen Justizanstalten bestanden allerdings dennoch deutliche Unterschiede, deren Ursachen bisher vom BMJ nicht analysiert wurden.

Der RH empfahl, die Pro-Kopf-Ausgaben bei den Justizanstalten anhand entsprechender Kenndaten regelmäßig zu analysieren. Die Ergebnisse sollten als Basis für vertiefte Untersuchungen im Rahmen eines zentralen Controllings im medizinischen Bereich und zur Identifikation erforderlicher Maßnahmen herangezogen werden.

30.3 Laut Mitteilung des BMJ solle das in der Stellungnahme zum Thema Kostenerfassung (TZ 17) beschriebene Kennzahlensystem auch als Basis für vertiefte Untersuchungen und sich daraus ergebende Maßnahmen dienen. Das BMJ sehe in internen Kostenvergleichen den Schlüssel zur Ermittlung von Einsparungspotenzialen.

Personal für die medizinische Versorgung

Allgemeines

31 Die Zahl der Mitarbeiter der Justizanstalten im Bereich der medizinischen Versorgung und in den sonstigen Betreuungsbereichen setzte sich (in Vollzeitäquivalenten) wie folgt zusammen:¹⁴

Tabelle 10: Medizinisches Personal und sonstiges Betreuungspersonal					
	2008¹	2009¹	2010¹	2011¹	Differenz 2008 bis 2011
	in Vollzeitäquivalenten				in %
medizinisches Personal	125,17	124,99	166,50	213,44	71
<i>davon Justizbetreuungsagentur</i>	–	–	48,31	90,48	
sonstiges Betreuungspersonal	177,17	179,93	195,02	201,33	14
<i>davon Justizbetreuungsagentur</i>	–	–	14,08	14,42	
Summe	302,34	304,92	361,52	414,77	37
<i>davon Justizbetreuungsagentur</i>	–	–	62,39	104,90	

¹ jeweils per 1. Jänner

Quellen: BMJ, RH

Das in den Justizanstalten eingesetzte medizinische Personal wurde generell aufgrund nachstehender gesetzlicher und vertraglicher Regelungen tätig:

- öffentlich-rechtliche Dienstverhältnisse (Beamte)
- Dienstverträge nach dem Vertragsbedienstetengesetz 1948
- Sonderverträge nach § 36 Vertragsbedienstetengesetz 1948
- freie Arbeitsverträge
- Werkverträge

¹⁴ Enthalten sind Beamte, Vertragsbedienstete (einschließlich solche mit Sondervertrag), freie Dienstnehmer und Dienstnehmer, die den Justizanstalten von der Justizbetreuungsagentur überlassen wurden.

- Arbeitskräfteüberlassung (insbesondere durch die Justizbetreuungsagentur)
- leistungsbezogene Abrechnung (in der Regel nach BVA-Tarif)

Bedarfsermittlung

32.1 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.¹⁵ Für den Bedarf an ärztlichen und pflegerischen Leistungen bestanden solche Konzepte nicht.

32.2 Der RH empfahl dem BMJ, auch für den Ärztlichen Dienst und den Pflegedienst Konzepte für die Personalbemessung auszuarbeiten, um den bundesweiten Bedarf nach einheitlichen Kriterien ermitteln zu können.

32.3 *Laut Stellungnahme des BMJ beabsichtige es, in naher Zukunft derartige Konzepte zu erarbeiten.*

Verträge der Ärzte

33.1 Ein Vergleich der Verträge der Ärzte zeigte ein historisch gewachsenes, hohes Maß an Uneinheitlichkeit und Unübersichtlichkeit.

Die Bezahlung wies – ebenso wie die rechtliche Ausgestaltung der Beschäftigung – große Unterschiede auf. Die zeitlichen Verpflichtungen wurden jeweils einvernehmlich nach dem in der Anstalt vorhandenen Bedarf festgelegt. Das ärztliche Personal wurde zu unterschiedlichen Stundensätzen beschäftigt. Beispielsweise lag der höchste Stundensatz der Allgemeinmediziner einer Justizanstalt um 47 % über dem niedrigsten, bei den Psychiatern um 32 %. Dermatologen wurden entweder nach BVA-Tarif, nach BVA-Tarif mit Prozentzuschlag oder nach Stundensatz abgerechnet. Auch die Abgeltung von Bereitschafts-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten war uneinheitlich geregelt. In bestimmten Fällen, vor allem bei den Zahnärzten, erfolgte die Abrechnung nicht nach Stunden, sondern nach konkret erbrachten Leistungen. Ein durchgängiges System der Honorierung der Ärzte war nicht erkennbar. Eine Valorisierung der Verträge erfolgte nur dort, wo dies im jeweiligen Vertrag ausdrücklich vorgesehen war.

33.2 Der RH kritisierte die uneinheitliche rechtliche und finanzielle Ausgestaltung der Beschäftigungsverhältnisse der Ärzte in den Justizanstalten.

¹⁵ Bericht des RH, Reihe Bund 2010/11, TZ 36

Personal für die medizinische Versorgung

Er empfahl dem BMJ, auf eine Vereinheitlichung der Beschäftigungsverhältnisse der Ärzte unter Berücksichtigung sachlich erforderlicher Differenzierungen hinzuwirken.

33.3 *Laut Stellungnahme des BMJ werde eine Vereinheitlichung der Beschäftigungsverhältnisse der Ärzte unter Berücksichtigung sachlich erforderlicher Differenzierungen angestrebt.*

Sonderverträge nach dem Vertragsbedienstetengesetz 1948

34.1 Mit 24 Ärzten bestanden Sonderverträge im Ausmaß von sechs bis 40 Wochenstunden. Eine Richtlinie des BKA legte die maximalen Personalkosten für Ärzte in Form von Stundensätzen fest. Gleichzeitig erteilte das BKA mit dieser Richtlinie eine generelle Genehmigung zum Abschluss von Sonderverträgen (gemäß § 36 Abs. 2 Vertragsbedienstetengesetz 1948) mit Ärzten zur Dienstleistung in Justizanstalten.

Das BMJ wies darauf hin, dass es zu den vom BKA festgelegten Konditionen – vor allem außerhalb des großstädtischen Bereiches – schwierig war, qualifiziertes ärztliches Personal zu rekrutieren.

34.2 Der RH empfahl dem BMJ, in Zusammenarbeit mit dem BKA – in Anlehnung an die Regelungen für Militärärzte – ein einheitliches Entlohnungsschema für Ärzte in der Vollzugsverwaltung auszuarbeiten.¹⁶

34.3 *Laut Stellungnahme des BMJ sei es mitunter sehr schwierig, geeignete Ärzte für Justizanstalten zu finden. Das BMJ beabsichtige, in Zusammenarbeit mit dem BKA in Anlehnung an die Regelung für Militärärzte ein einheitliches Entlohnungsschema – soweit dies möglich ist – auszuarbeiten.*

Justizbetreuungsagentur

Rechtsgrundlagen der Justizbetreuungsagentur

35 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 Justizanstalten zur Verfügung zu stellen.¹⁷ Mit der Errichtung der Justizbetreuungsagentur verfolgte der Gesetzgeber die Ziele,

- eine kostengünstige, qualitätsvolle und differenzierte Betreuung im Straf- und Maßnahmenvollzug sicherzustellen,

¹⁶ vgl. Gebarungüberprüfung „Sanitätswesen im Bundesheer – Militärische Planungen“, Reihe Bund 2009/13, TZ 12

¹⁷ vgl. § 2 Abs. 1 Justizbetreuungsagentur-Gesetz

- die Kosten und Ausgaben für den Maßnahmenvollzug durch Einsparungen infolge der Verlagerung von in öffentlichen Psychiatrien Untergebrachten in justizeigene Anstalten zu verringern sowie
- ausreichend qualifiziertes und kostengünstiges Fremdpersonal im Betreuungsbereich des Straf- und Maßnahmenvollzugs zur Verfügung zu stellen.

Bei akuten Personalausfällen, z.B. durch Krankheit oder Karenz, sollte die Justizbetreuungsagentur in der Lage sein, kurzfristig Personal für die erforderliche kontinuierliche Betreuung der Häftlinge zur Verfügung zu stellen.

Gemäß § 2 Abs. 4 Justizbetreuungsagentur-Gesetz war eine Rahmenvereinbarung mit der Bundesministerin für Justiz abzuschließen, in der Art und Weise der Aufgabenerfüllung und Grundsätze für das zu leistende Entgelt und dessen Verrechnung festzulegen waren. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle war die Rahmenvereinbarung vom Jänner 2011 in Kraft. Diese sah u.a. vor:

- Wahrnehmung der Leitungsfunktionen im Betreuungsbereich der Justizanstalten durch Beamte und Vertragsbedienstete des Bundes (ausgenommen Leitung der Sonderkrankenanstalten Stein, Wien-Josefstadt und Lungenheilstätte Wilhelmshöhe sowie der dort eingerichteten Pflegedienste),
- jährliche Vereinbarung eines Leistungs- und Preiskatalogs zwischen BMJ und Justizbetreuungsagentur auf Grundlage einer Kostenrechnung,
- Garantie einer hohen Ausfallsicherheit des Personals, rasche Vertretungen bei kurzfristigen Personalausfällen sowie
- Einrichtung eines Springersystems für kurzfristige und kleinere Aufträge.

Bereitstellung von Personal für die interne Versorgung

- 36.1** Das Tätigwerden der Justizbetreuungsagentur ermöglichte die Anstellung bzw. Beschäftigung von Personal, ohne die Zahl der Planstellen im Personalplan des jeweiligen Bundesfinanzgesetzes erhöhen zu müssen. Die Justizbetreuungsagentur verfolgte das Ziel, die Verträge in inhaltlicher und finanzieller Hinsicht nach einem möglichst einheitlichen Schema abzuschließen. Sie orientierte sich dabei am Kollektivvertrag für Arbeitnehmer, die bei Mitgliedern der Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe (BAGS) beschäftigt sind (sog. BAGS-Tarif).

Potenzielle Vertragspartner waren aber vielfach nicht bereit, zu den Konditionen dieses Kollektivvertrags ein Dienstverhältnis mit der Justizbetreuungsagentur einzugehen und strebten daher oftmals Sonderverträge an. Die Sonderverträge wurden zwar grundsätzlich nur befristet abgeschlossen, aufgrund des gesetzlichen Verbots des Abschlusses von Kettenarbeitsverträgen stand aber bei wiederholter Verlängerung von befristeten Verträgen eine ex-lege-Umwandlung in unbefristete Verträge im Raum.

- 36.2** Der RH stellte fest, dass der Zukauf des ärztlichen und pflegerischen Personals über die Justizbetreuungsagentur dazu führte, dass Ausgaben für dauerhaft beschäftigtes Personal als Sachaufwand verrechnet wurden. Dies widersprach dem im Bundeshaushaltsgesetz niedergelegten Grundsatz der Budgetwahrheit.

- 37.1** Die Errichtung der Justizbetreuungsagentur war eine wesentliche Voraussetzung für die Inbetriebnahme des Forensischen Zentrums Asten, weil damit eine Ausweitung des Zukaufs von Betreuungsleistungen ohne Planstellenerhöhung möglich war.

Generell verfolgte das BMJ im Betreuungsbereich das Ziel, bevorzugt Sachleistungen – über die Justizbetreuungsagentur – anzukaufen, anstatt neue Arbeitsverträge abzuschließen. Darüber hinaus sollte mit der Justizbetreuungsagentur die Voraussetzung geschaffen werden, Personalressourcen vermehrt von den Justizanstalten gemeinsam nutzen zu können.

Die Justizbetreuungsagentur konnte ihren gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen nur eingeschränkt nachkommen. Sie war zwar bemüht, planbaren Personalbedarf entsprechend den Anforderungen der Vollzugsverwaltung zu erfüllen, es gelang ihr jedoch nicht, zu einer Flexibilisierung des Systems beizutragen. Die Justizbetreuungsagen-

tur verfügte – entgegen der geltenden Rahmenvereinbarung – weder über einen Personalpool noch über ein Springersystem, um dringenden Personalbedarf kurzfristig decken zu können.

37.2 Der RH bemängelte, dass die Justizbetreuungsagentur gesetzliche und vertragliche Verpflichtungen nur teilweise erfüllte, wodurch die gewünschten Effekte einer Flexibilisierung und Vergünstigung der Kosten des Personaleinsatzes nicht erreicht werden konnten. Er empfahl daher dem BMJ, in Kooperation mit der Justizbetreuungsagentur ein Modell zu erarbeiten, um die ursprünglich beabsichtigten Effekte einer Flexibilisierung und Vergünstigung der Kosten des Personaleinsatzes zu erreichen.

37.3 *Laut Stellungnahme des BMJ sei die Justizbetreuungsagentur bereits angehalten worden, innerhalb eines vertretbaren Zeitraumes einen entsprechenden Personalpool anzulegen bzw. ein „Springersystem“ einzurichten.*

Ärztliche Leitung der Sonderkrankenanstalten

38.1 Die Sonderkrankenanstalten waren organisatorischer Bestandteil der jeweiligen Justizanstalt. Im Rahmenvertrag zwischen dem BMJ und der Justizbetreuungsagentur war vorgesehen, dass die Ärztlichen Leiter der Sonderkrankenanstalten von der Justizbetreuungsagentur angestellt werden konnten. Diese Regelung stand im Widerspruch zu § 2 Abs. 3 Justizbetreuungsagentur-Gesetz, wonach die Justizbetreuungsagentur für Führungskräfte im Betreuungsbereich der Justizanstalten nicht zuständig sein sollte.

Die Sonderkrankenanstalten waren in der Vollzugsordnung nicht als Betreuungseinrichtungen ausgewiesen, woraus das BMJ und die Vollzugsdirektion ableiteten, dass die ärztlichen Leitungsfunktionen im Bereich der Sonderkrankenanstalten entgegen den Vorgaben des Justizbetreuungsagentur-Gesetzes von der Justizbetreuungsagentur besetzt werden konnten. Der Ärztliche Leiter der Justizanstalt Stein wurde mit Zustimmung des BMJ von der Justizbetreuungsagentur mit 40 Wochenstunden unbefristet angestellt.

38.2 Der RH kritisierte, dass eine Vollzeitkraft mit Führungsaufgaben entgegen der Rechtslage von der Justizbetreuungsagentur angestellt wurde. Er empfahl, Führungskräfte jedenfalls durch die Vollzugsdirektion anzustellen.

38.3 Laut Stellungnahme des BMJ nehme es die von seiner Rechtsansicht abweichende Rechtsmeinung des RH zur Kenntnis.

38.4 Der RH verblieb bei seiner Rechtsmeinung unter Hinweis auf die Regelungen des Justizbetreuungsagentur-Gesetzes, deren Inhalt nicht durch Regelungen in der Vollzugsordnung verändert werden kann. Ungeachtet der rechtlichen Beurteilung im konkreten Fall bekräftigte der RH seine Empfehlung, dass Vollzeitkräfte mit Führungsaufgaben durch die Vollzugsdirektion anzustellen wären.

Medikamente

Einkauf von Medikamenten

Zusammenarbeit mit der Bundesbeschaffung GmbH (BBG)

39.1 Die BBG wurde 2001 errichtet. Unternehmensgegenstand ist die Wahrnehmung von Aufgaben auf dem Gebiet des Beschaffungswesens mit dem Ziel einer ökonomisch sinnvollen Volumens- und Bedarfsbündelung zur Optimierung der Einkaufsbedingungen des Bundes. Der Bundesminister für Finanzen legt per Verordnung fest, welche Güter und Dienstleistungen grundsätzlich von der BBG zu beschaffen sind.

Mit Wirksamkeit vom 7. August 2002 wurde der bereits bestehende Katalog um Pharmaprodukte, medizintechnische Standardausrüstung und -geräte sowie um medizinische Behelfe erweitert. Die BBG schloss seit 2003 regelmäßig Rahmenverträge für die Lieferung von Arzneimitteln ab.

Das BMJ beauftragte im Jahr 2007 die BBG auch mit der Durchführung eines Vergabeverfahrens zum Abschluss eines Rahmenvertrags für die Lieferung von Substitutionsmedikamenten. Die angebotenen Preise lagen laut einer Angebotsübersicht der BBG bis zu rd. 58 % unter den früheren Einkaufspreisen. Nach erfolgreicher Durchführung des Vergabeverfahrens schloss die BBG Mitte 2008 Rahmenverträge für die Lieferung der Substitutionsmedikamente Subutex, Suboxone und Substitol ab.

Die BBG stellte dem BMJ jährlich eine Übersicht über die aus Rahmenverträgen beschafften Medikamente zur Verfügung. Demzufolge entwickelte sich das Beschaffungsvolumen wie folgt:

Tabelle 11: Ausgaben für Medikamente insgesamt und für Beschaffungen über die BBG

Jahr	2008	2009	2010
	in Mill. EUR ¹		
Gesamtausgaben für Medikamente	8,19	7,10	7,30
Beschaffung herkömmlicher Medikamente über BBG	4,89	4,66	5,57
Beschaffung Medikamente für Substitution über BBG	0,07	0,59	0,68
Beschaffungsvolumen BBG gesamt	4,96	5,25	6,25
	in %		
Anteil Beschaffungsvolumen BBG an gesamten Ausgaben für Medikamente	60,6	73,9	85,6

¹ inklusive USt

Quellen: BMJ, BBG, RH

39.2 Der RH wertete die Bemühungen des BMJ positiv, durch eine einheitliche und strukturierte Beschaffung Einsparungen zu erzielen.

Einkauf von Methadon

40.1 Die Justizanstalten bezogen das gemäß Rezept verschriebene Substitutionsmedikament Methadon in bereits zur Einnahme vorbereiteter individueller Dosierung aus ortsansässigen Apotheken. Die Apotheken verwendeten zur Ermittlung des Preises je Dosis unterschiedlichste Kalkulationsmodelle.

Die Einkaufspreise für eine zur Einnahme fertig hergerichtete Portion variierten stark. Die teuerste Portion kostete nahezu das 8-Fache der billigsten.

In den Justizanstalten Wien-Josefstadt und Innsbruck wurden Vier-Liter-Gebinde von Apotheken gekauft und die Portionen mit Hilfe angemieteter Automaten vom Pflegepersonal selbst abgefüllt. Der Einkaufspreis lag unter Berücksichtigung der Mietkosten für den Automaten im unteren Bereich der festgestellten Preisspanne.

Der RH ermittelte für die 23 Justizanstalten ohne Automaten einen Durchschnittspreis für die Beschaffung einer Portion Methadon mit 40 mg. Bei Absenkung des Einkaufspreises in allen Justizanstalten, die mehr bezahlten, auf diesen Durchschnittswert, wären jährliche Einsparungen von zumindest rd. 90.000 EUR erzielbar. Unter Zugrundelegung des durchschnittlichen Einkaufspreises in den Justizanstalten

Medikamente

Innsbruck und Wien–Josefstadt ermittelte der RH ein bundesweites Einsparungspotenzial von rd. 210.000 EUR.

- 40.2** Der RH empfahl dem BMJ, Einsparungspotenziale bei der Beschaffung von Methadon zu prüfen.
- 40.3** *Laut Stellungnahme des BMJ werde derzeit geprüft, ob entweder eine zentrale Verblisterung oder eine Aufbereitung in Schlüsselanstalten möglich ist.*

Verschreibung von Medikamenten

Allgemein

- 41.1** Die Verschreibung der Medikamente erfolgte durch das ärztliche Personal in den Justizanstalten bzw. im Falle von Ausführungen durch die dort behandelnden Ärzte nach ihrem eigenen freien Ermessen. Es oblag dem Leiter des Ärztlichen Dienstes sicherzustellen, dass keine einander ausschließenden Medikamente verschrieben wurden und die besonderen Bedingungen der Medikamentenausgabe in einer Justizanstalt (z.B. Wahl einer Darreichungsform, die nicht zum Handel unter Häftlingen geeignet ist) berücksichtigt wurden. Laut Vorgaben des BMJ sollte er auf eine Verschreibungspraxis hinwirken, die sich an der medizinischen Notwendigkeit, den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit sowie am Leistungsniveau der Sozialversicherung orientiert.

Die verschriebenen Medikamente wurden in Folge durch die Justizanstalt beschafft, vom Pflegepersonal gemäß den Anweisungen dispensiert und in Folge an die Häftlinge ausgegeben.

In Rahmen des 2010 gestarteten Projekts zur Einrichtung eines Chefärztlichen Dienstes analysierte die Vollzugsdirektion mit Hilfe von Experten die Praxis bei der Verschreibung von Arzneimitteln (einschließlich Substitutionsmedikamenten). Ziel war es, Vorschläge für die Neustrukturierung des Angebots an Arzneimitteln in den Justizanstalten sowie für eine Einteilung der verordneten Arzneimittel in solche, die frei verschrieben werden können und solche, bei denen es eines Kontrollmechanismus bedarf, zu erarbeiten.

- 41.2** Der RH befürwortete ein verstärktes Controlling der Verschreibungspraxen und empfahl dem BMJ, das Projekt zügig voranzutreiben.
- 41.3** *Laut Stellungnahme des BMJ seien die technischen Voraussetzungen für ein verstärktes Controlling der Verschreibungspraxen bereits geschaffen. An der organisatorischen Umsetzung werde gearbeitet.*

Verschreibung von Substitutionsmitteln

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

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

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

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

¹ Stand 1. Oktober 2010

Quellen: BMJ, RH

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

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

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

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

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

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

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

Medikamenten-
verwaltung

Allgemeines

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

Verwaltung der Medikamentendepots

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

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

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

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

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

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

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

Verwaltung der Substitutionsmedikamente

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

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

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

Maßnahmen des BMJ zur Kosteneindämmung

Projekt zur Struktur und Kostenentwicklung der medizinischen Versorgung

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

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

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

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

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

Einrichtung eines
Chefärztlichen Dienstes

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

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

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

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

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

Maßnahmen des BMJ zur Kosteneindämmung

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

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

47.2 Der RH anerkannte die Maßnahmen des BMJ zum Aufbau einer personellen Kompetenz zum Zwecke der Wahrnehmung der Fachaufsicht und des Controllings über die ärztliche Tätigkeit in den Justizanstalten. Er empfahl dem BMJ, den Aufbau dieser personellen Kompetenz unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten zu verfolgen und dessen Verantwortlichkeiten im gesamten Straf- und Maßnahmenvollzug klar und eindeutig zu regeln.

47.3 *Laut Stellungnahme des BMJ stehe es der Empfehlung des RH positiv gegenüber. Bereits im Rahmen des Projekts „IVV-Ärztepaket“ sei projektbezogen ein Chefarzt etabliert worden. Die dabei gewonnenen Erfahrungen würden in die Maßnahmen zur Schaffung einer organisatorisch klar definierten Chefarztstellung einfließen. Bereits die projektbezogene Einführung habe sich in der Steuerung der Medikation und der Fachaufsicht über Ärzte und Gesundheitspersonal bewährt.*

IT-Unterstützung in der medizinischen Versorgung

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

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

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

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

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

48.2 Der RH empfahl dem BMJ, die IT-Unterstützung im Sinne des bereits erstellten Projekt- und Zeitplans konsequent umzusetzen, um für die Wahrnehmung zentraler Controllingaufgaben auf aussagekräftige Informationen zurückgreifen zu können.

48.3 *Laut Stellungnahme des BMJ werde an der Umsetzung des so genannten Ärztepakets in der integrierten Vollzugsverwaltung (IVV) mit Nachdruck gearbeitet. Die österreichweite Inbetriebnahme solle im Laufe des 1. Halbjahres 2012 erfolgen. Einzelne Daten für das Controlling könnten bereits jetzt aus der IVV abgerufen werden.*

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

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

(1) Es sollte eine Kostenrechnung eingeführt werden, die eine unmittelbare, eindeutige und periodengerechte Ermittlung der effektiven Kosten der medizinischen Versorgung insgesamt und detailliert (gegliedert nach Justizanstalten und wesentlichen Leistungspositionen) ermöglicht. Darauf basierend sollten aussagekräftige Kennzahlen ermittelt und zeitliche sowie innerorganisatorische Vergleiche angestellt werden. (TZ 17)

(2) Die IT-Unterstützung in der ärztlichen Versorgung wäre im Sinne des bereits erstellten Projekt- und Zeitplans konsequent umzusetzen, um für die Wahrnehmung zentraler Controllingaufgaben auf aussagekräftige Informationen zurückgreifen zu können. (TZ 48)

(3) Der Aufbau einer personellen Kompetenz zum Zwecke der Wahrnehmung der Fachaufsicht und des Controllings wäre unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten zu verfolgen. Dessen Verantwortlichkeiten im gesamten Straf- und Maßnahmenvollzug wären klar und eindeutig zu regeln. (TZ 47)

(4) Es wäre eine institutionalisierte laufende Kontrolle hinsichtlich der Notwendigkeit der Aufnahme von Häftlingen in öffentliche Krankenanstalten bzw. der Aufenthaltsdauer vorzusehen. (TZ 22)

(5) Es wäre eine systematische Kontrolle vorzusehen, inwieweit Behandlungen von Häftlingen extern erfolgen müssen und welche Leistungen verstärkt von Anstaltsärzten im Rahmen ihrer 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, bedarfsorientierte und ausreichende Strukturen für die Nachbetreuung). (TZ 21)

(15) In Anbetracht der kontinuierlich steigenden Anzahl geistig abnormer Rechtsbrecher wären rechtzeitig Planungen für eine weitere Ausweitung der justizeigenen Unterbringungskapazitäten vorzunehmen. (TZ 21)

(16) Es wären Verhandlungen mit dem Landeskrankenhaus 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 Gebarungüberprüfung 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)