

## Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport

### Sanitätswesen im Bundesheer – Militärische Planungen

Das Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport plante, den Sanitätsdienst im Bundesheer vor allem für internationale Einsätze um 317 Personen, davon 141 Ärzte, aufzustocken. Berechnungen der Mehrausgaben lagen aber nicht vor. Der RH bezifferte die Mehrausgaben mit rd. 19 Mill. EUR pro Jahr.

Im Inland konnte die Sanitätsversorgung trotz hoher Aufwendungen und sehr geringer Auslastung der militärischen Krankenanstalten nur durch Zukauf von Leistungen sichergestellt werden.

#### Kurzfassung

#### Prüfungsziel

Ziel der Überprüfung war die Beurteilung der Auswirkungen der Umsetzung der Empfehlungen der Bundesheerreformkommission ÖBH 2010 im Sanitätswesen, insbesondere im Hinblick auf Kooperationen mit zivilen Einrichtungen. (TZ 1)

#### Internationale Verpflichtungen und nationale Umsetzung

Österreich verpflichtete sich zu humanitären Aufgaben und Rettungseinsätzen, friedenserhaltenden Aufgaben sowie Kampfeinsätzen bei der Krisenbewältigung einschließlich friedensschaffender Maßnahmen. Im Jahr 2003 setzte der damalige Bundesminister für Landesverteidigung die Bundesheerreformkommission zur Erstellung entsprechender Vorschläge ein. Nach Empfehlung der Bundesheerreformkommission sollte das Bundesheer bis 2010 imstande sein, künftig zumindest ein Jahr lang eine multinationale Brigade im Ausland zu führen. Eine wesentliche Voraussetzung dafür, nämlich die Möglichkeit, Berufssoldaten zu Auslandseinsätzen zu verpflichten, bestand bis dahin nicht. Im Jahr 2004 erteilte der damalige Bundesminister für Landesverteidigung den Auftrag, die Umsetzung der Empfehlungen der Bundesheerreformkommission zu planen. (TZ 2, 3)

## Auswirkungen auf den Sanitätsbereich

Für den Sanitätsbereich bedeuteten die Reformvorschläge der Bundesheerreformkommission eine grundlegende Änderung. Während der Sanitätsdienst bisher darauf ausgerichtet war, außerhalb der Einsätze nur die Präsenzdiener medizinisch zu versorgen und Einsätze erst nach einer Mobilmachung durchzuführen, sollte er nunmehr die Truppe bei Einsätzen im In- und Ausland mit präsenten Kräften unterstützen. (TZ 3)

## Konzepte

Die operativen Konzepte betreffend das Sanitätswesen waren zur Zeit der Gebarungüberprüfung noch nicht fertiggestellt; sowohl das operative Konzept „Militärisches Gesundheitswesen“ als auch der Fähigkeitenkatalog für die Sanitätstruppe befanden sich erst im Entwurfsstadium. Trotzdem wurden bereits der Stellenplan sowie organisatorische Änderungen im Bereich der Grundorganisation im Sanitätswesen in Kraft gesetzt. (TZ 5)

## Grundlagen der Planung

Während für Einsätze im Ausland entsprechende Planungen vorlagen, fehlten diese weitgehend, vor allem für die medizinische Versorgung der Präsenzdiener im Inland. Grundsätzlich bestanden unterschiedliche Anforderungen der sanitätsdienstlichen Versorgung im Einsatzfall und bei der medizinischen Versorgung außerhalb der Einsätze. (TZ 3, 6)

Das BMLVS plante, weiterhin drei eigene Krankenanstalten (Wien, Graz, Innsbruck) zu betreiben, ohne aber für die Anzahl und Größe eine Bedarfserhebung durchgeführt zu haben. (TZ 10)

Die Planung berücksichtigte nicht, dass

- die durchschnittliche Auslastung des stationären Bereichs der militärischen Krankenanstalten nur rd. 5 % betrug; (TZ 10)
- die Kosten pro Belagstag rund das Zweieinhalbfache jener der Wiener Krankenanstalten auswies; (TZ 11)

- die jährlichen Ausgaben für die organisatorisch neu vorgesehenen Bataillonsärzte mehr als doppelt so hoch wären wie jene der Heeresvertragsärzte; (TZ 13)
- Synergien beim Einsatz von medizinischen Geräten an gemeinsamen Standorten von Militärspital und Stellungskommission nicht genutzt wurden; (TZ 22)
- im Heeresspital in Wien von 43 Militärärzten 21 eine erwerbsmäßige Nebenbeschäftigung ausübten; davon führten 13 Militärärzte eine Kassenordination, obwohl sie zu einer Wochendienstzeit von 40 bzw. 41 Stunden verpflichtet waren. (TZ 15)

#### Richtlinie für Sonderverträge mit neu eintretenden Militärärzten

Trotz Ablauf der Ermächtigung im Jahr 2008, mit einer Richtlinie Sonderverträge mit neu eintretenden Militärärzten abzuschließen, nahm das BMLVS ohne die vorgesehene gebotene Evaluierung sowie Verlängerung der Richtlinie zwölf weitere Militärärzte auf. (TZ 12)

#### Personalaufstockung im medizinischen Bereich

Um die Gesamtziele der Sanitätsversorgung zu erreichen, sah die Planung mit absoluter Priorität eine Personalaufstockung vor allem im Bereich der Militärärzte vor. Die dafür notwendige Berechnung der Mehrausgaben fehlte. Der RH bezifferte sie mit 19 Mill. EUR pro Jahr. Das BMLVS verfügte auch nicht flächendeckend über die seit 2005 für Bundesdienststellen gesetzlich vorgesehene Kosten- und Leistungsrechnung. (TZ 4, 9)

#### Journaldienste

Im Heeresspital in Wien wurden bei den Journaldiensten laufend die Bestimmungen des Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetzes – KA–AZG verletzt; zum Teil wurde den Vorgaben der Gleitzeitregelung für Militärärzte nicht entsprochen. (TZ 14)

### Aus- und Fortbildung

Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen des Sanitätspersonals beruhen ausschließlich auf deren Eigeninitiative. Wegen der fehlenden verpflichtenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in zivilen Einrichtungen und des geringen Patientenaufkommens in den eigenen Einrichtungen konnten die medizinischen Qualifikationen nicht erhalten und die Fähigkeiten des Sanitätspersonals nicht weiterentwickelt werden. (TZ 18)

Obwohl in der Sanitätsschule in Wien sechs Ärzte beschäftigt waren, entstanden zusätzliche Ausgaben für externe Vortragende (2008 rd. 22.000 EUR). Auch die Gesundheits- und Krankenpflegeschule in Wien konnte aufgrund geringer Teilnehmerzahlen nicht wirtschaftlich geführt werden. Die Möglichkeit zur kostenfreien Ausbildung an zivilen Einrichtungen wurde nicht genutzt. (TZ 20, 21)

### Patiententransport

Um rd. 900.000 EUR angekaufte Notarztwagen wurden insofern nicht zweckentsprechend verwendet, als die angestrebte Einbindung in zivile Notarztsysteme bisher nicht erfolgte. (TZ 16)

Bei der Rückholung verletzter oder erkrankter Soldaten aus dem Ausland wurden eigene Ressourcen nicht genutzt. Die Ausbildung des Sanitätspersonals für ein lufttransportfähiges Patientenbetreuungs-Container-System (Anschaffungspreis rd. 1,2 Mill. EUR) erfolgte nicht rechtzeitig; die Einsatzfähigkeit des neu angekauften Systems verzögerte sich. (TZ 17)

### Kooperationen mit zivilen Einrichtungen

Bei den militärischen Krankenanstalten bestand grundsätzlich Interesse an Kooperationen mit zivilen Einrichtungen, jedoch stand im BMLVS jeweils der Neubau der militärischen Krankenanstalt im Mittelpunkt der Überlegungen. Lösungen unter Beibehaltung der bestehenden Krankenanstalten wurden nicht verfolgt. Die Anforderungen und Erwartungen über Art und Umfang der Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern waren noch nicht festgelegt. (TZ 19) Im Sanitätszentrum West wurden vom Bundesheer ohne vertragliche Einigung bereits Übersiedlungsmaßnahmen durchgeführt und beim voraussichtlichen Kooperationspartner für die Planung des Neubaus rd. 80.000 EUR aufgewendet. (TZ 19)

**Synergien**

Militärspitäler und die am gleichen Standort untergebrachten Stellungskommissionen ließen vorhandene Synergien durch gemeinsamen Einsatz von medizinischen Geräten und durch Personalaus- hilfen ungenutzt. (TZ 22)

**Kenndaten zum Sanitätswesen im Bundesheer**

Rechtliche Grundlagen Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F.  
Heeresgebührengesetz 2001 – HGG 2001, BGBl. I Nr. 31/2001 i.d.g.F.

**Organisation des geplanten Sanitätsdienstes**

Militärmedizinisches Zentrum in Wien	Heeresspital in Wien Sanitätsschule Gesundheits- und Krankenpflegeschule 2 Sanitätsanstalten (Baden, St. Pölten)
Sanitätszentrum Süd	Militärspital in Graz Sanitätsanstalt in Klagenfurt
Sanitätszentrum West	Militärspital in Innsbruck Sanitätsanstalt in Salzburg

Sanitätsanstalt Hörsching  
Krankenreviere in den Kasernen

**Gebarung** in Mill. EUR

Aufwendungen der Spitäler im Jahr 2008	16,4
externe Behandlungskosten <sup>2)</sup>	4,8
Gesamtkosten des Sanitätswesens <sup>3)</sup> im Jahr 2003	65,6

**Medizinisches Sanitätspersonal<sup>1)</sup>** Anzahl

Personalstand Dezember 2008	731
Organisationsplan Februar 2009	1.039

<sup>1)</sup> Ärzte, Sanitätsunteroffiziere (diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Notfallsanitäter)

<sup>2)</sup> Konsiliarärzte und Behandlungen in zivilen Einrichtungen

<sup>3)</sup> laut einer im Rahmen von Management ÖBH 2010 erstellten Einmalkostenrechnung

## Prüfungsablauf und –gegenstand

1 Der RH überprüfte von Dezember 2008 bis Februar 2009 die Gebarung des Sanitätswesens im Bundesheer – Militärische Planungen. Ziel der Überprüfung war die Beurteilung der Auswirkungen der Umsetzung der Empfehlungen der Bundesheerreformkommission ÖBH 2010 im Sanitätswesen, insbesondere im Hinblick auf Kooperationen mit zivilen Einrichtungen.

Zu dem im Mai 2009 übermittelten Prüfungsergebnis nahm das BMLVS im August 2009 Stellung. Der RH verzichtete auf eine Gegenäußerung.

Zur besseren Lesbarkeit werden in diesem Berichtsbeitrag die Ressortbezeichnungen BMLV bzw. BMLVS einheitlich als BMLVS angeführt.

## Internationale Verpflichtungen

2 Österreich erklärte sich im Rahmen seiner Mitgliedschaft bei den Vereinten Nationen sowie der Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa zur Teilnahme an internationalen Operationen der Konfliktverhütung, der Krisenbewältigung und der Friedenssicherung bereit. Der Beitritt zur EU erfolgte 1995. Im selben Jahr trat Österreich der NATO–Partnerschaft für den Frieden bei und beschloss in der Folge die Zusammenarbeit im gesamten Bereich der friedensunterstützenden Operationen.

Der im Jahr 1999 in Kraft getretene Vertrag von Amsterdam nahm die Petersberg–Aufgaben in den EU–Vertrag auf. Diese umfassen humanitäre Aufgaben und Rettungseinsätze, friedenserhaltende Aufgaben sowie Kampfeinsätze bei der Krisenbewältigung einschließlich friedensschaffender Maßnahmen. Dadurch war eine Änderung der Österreichischen Bundesverfassung erforderlich (Art. 23f B–VG). Im Jahr 2001 beschloss der Nationalrat eine neue Sicherheits– und Verteidigungsdoktrin.

**Vorschläge der  
Bundesheerreform-  
kommission**

3.1 Der damalige Bundesminister für Landesverteidigung setzte im Herbst 2003 die Bundesheerreformkommission ein, welche „die allgemeinen Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Anpassung der militärischen Landesverteidigung an die Bedrohungen und Herausforderungen am Beginn des 21. Jahrhunderts“ schaffen sollte. Die Bundesheerreformkommission empfahl in ihrem Endbericht u.a. Nachfolgendes:

- Das Bundesheer sollte bis 2010 imstande sein, zumindest ein Jahr lang eine multinationale Brigade im Ausland über das gesamte Spektrum der Petersberg–Aufgaben zu führen. Diese Ambition bedeutete insbesondere, die Kernfunktion des Brigadestabs und den wesentlichen Teil der Kampf– und Unterstützungskräfte der Brigade zu stellen. Der Einsatz sollte in Abständen von drei bis vier Jahren wiederholbar sein.
- Die Aufgaben des Bundesheers – somit auch jene des Sanitätswesens – sollten weitgehend mit präsenten Kräften<sup>1)</sup> durchgeführt werden.

<sup>1)</sup> Dem Präsenzstand gehören Personen an, die Präsenz– oder Ausbildungsdienst leisten sowie jene, die in einem Dienstverhältnis zum Bundesheer stehen.

- Es wäre Vorsorge zu treffen, hinkünftig Berufssoldaten zu Auslandseinsätzen verpflichten zu können. Das Bundesverfassungsgesetz über Kooperation und Solidarität bei der Entsendung von Einheiten und Einzelpersonen in das Ausland sieht nämlich vor, dass Personen nur aufgrund einer freiwilligen Meldung ins Ausland entsendet werden dürfen.

Im Jahr 2004 erteilte der damalige Bundesminister für Landesverteidigung den Auftrag zur Planung der Umsetzung der Empfehlungen der Bundesheerreformkommission (Projekt: Management ÖBH 2010).

3.2 Die Vorschläge der Bundesheerreformkommission bedeuteten grundlegende Änderungen für das Sanitätswesen. Während der Sanitätswesen bisher darauf ausgerichtet war, außerhalb der Einsätze im Wesentlichen nur die Präsenzdiener zu versorgen und Einsätze erst nach Mobilmachung durchführen konnte, sollte er nunmehr die Truppe bei Einsätzen im In– und Ausland mit präsenten Kräften unterstützen.

## Kosten- und Leistungsrechnung

**4.1** Das BMLVS ermittelte im Jahr 2003 im Zuge einer Einmalkostenrechnung für das Sanitätswesen Gesamtkosten in Höhe von 65,6 Mill. EUR. Trotz gesetzlicher Verpflichtung seit dem Jahr 2005<sup>1)</sup> lagen im BMLVS für die folgenden Jahre keine Auswertungen über die Gesamtkosten des Sanitätswesens vor. Grund dafür war, dass noch nicht in allen Bereichen die Daten für die Kostenrechnung erfasst wurden. Für die Militärspitäler in Innsbruck und in Graz wurden zwar seit dem Jahr 2007 Auswertungen erstellt, nicht jedoch für das Heeresspital in Wien. Dies hatte auch zur Folge, dass dem RH Quantifizierungen und ein Überblick über die Kostenentwicklung nur eingeschränkt möglich waren.

<sup>1)</sup> Gemäß § 82 Abs. 1 Bundeshaushaltsgesetz – BHG, BGBl. Nr. 213/1986 i.d.g.F., sowie der Kosten- und Leistungsrechnungsverordnung – KLR-V, BGBl. II Nr. 526/2004, waren die Bundesministerien ab dem Jahr 2005 verpflichtet, eine umfassende und aussagekräftige Kosten- und Leistungsrechnung für das jeweilige Ministerium zu erstellen.

**4.2** Der RH erachtete die Kosten- und Leistungsrechnung als ein wesentliches Planungs-, Entscheidungs- und Managementinstrumentarium und empfahl, umgehend den diesbezüglichen gesetzlichen Bestimmungen nachzukommen und aussagefähige Auswertungen auch für das Sanitätswesen zu erstellen.

**4.3** Laut Stellungnahme des BMLVS sei es bestrebt, flächendeckend eine Kosten- und Leistungsrechnung einzuführen.

## Konzepte

**5.1** Die operativen Konzepte betreffend das Sanitätswesen waren zur Zeit der Gebarungüberprüfung noch nicht fertiggestellt; sowohl das operative Konzept „Militärisches Gesundheitswesen“ als auch der Fähigkeitenkatalog für die Sanitätstruppe befanden sich erst im Entwurfsstadium. Trotzdem wurden bereits der Stellenplan sowie organisatorische Änderungen im Bereich der Grundorganisation<sup>2)</sup> im Sanitätswesen in Kraft gesetzt.

<sup>2)</sup> Unter Grundorganisation wird die oberste (militärstrategische) Führung, die obere (operative) Führung, die zentrale Logistik einschließlich der Militärspitäler, die Akademien und Schulen, die Ämter zur Unterstützung sowohl im strategischen wie auch im operativen Bereich, die Militärkommanden (mit der territorialen Verwaltung einschließlich der dezentralen Ergänzungs- und Stabstelleneinrichtungen, die Militärmusiken, die Übungsplatzorganisation etc.) sowie Einrichtungen, wie z.B. das Heeresgeschichtliche Museum, das Heeressportzentrum, verstanden.

**5.2** Der RH beanstandete die Zeitverzögerung bei der Anpassung der Konzepte betreffend das Sanitätswesen an die geänderten militärischen Rahmenbedingungen. Er empfahl im Hinblick auf eine abgestimmte Vorgangsweise bei der Planung und Umsetzung, die Konzepte zügig fertigzustellen.

- 5.3 Laut Stellungnahme des BMLVS werde das Inkraftsetzen von Konzepten vor Strukturveränderungen angestrebt. An der Fertigstellung der Konzepte betreffend das Sanitätswesen werde gearbeitet.

## Planungsansätze

- 6.1 Die Einsatzerfordernisse umfassten im Sanitätsdienst insbesondere
- die Notfallmedizin unter erheblich erschwerten Einsatzbedingungen,
  - die Katastrophenmedizin sowie
  - die Kriegschirurgie.

Für die medizinische Versorgung vor allem für die Präsenzdiener außerhalb der Einsätze bestand aber vor allem Bedarf an allgemeinmedizinischen Kenntnissen. Das BMLVS erarbeitete dafür jedoch keine Planungsgrundlagen.

- 6.2 Da sich die sanitätsdienstliche Versorgung im Einsatzfall von der medizinischen Versorgung außerhalb der Einsätze bzw. im Frieden grundsätzlich unterscheidet, empfahl der RH, eine auf diesen Bedarf ausgerichtete Planung für den Sanitätsdienst nach Wirtschaftlichkeitskriterien zu erstellen.
- 6.3 Laut Stellungnahme habe das BMLVS die Empfehlung des RH zur Kenntnis genommen und werde Optimierungspotenziale prüfen.

## Grundlagen der Planung

### Allgemeine Strategie

- 7 Das BMLVS sah vor, grundsätzlich eigene Spitäler zu betreiben, um für den Einsatzfall auch das Know-how zum Errichten und Betreiben einer klinischen Einrichtung zu erhalten. Eine Beschäftigung des Sanitätsfachpersonals in zivilen Krankenanstalten unter gleichzeitiger Aufgabe der eigenen Strukturen lehnte das BMLVS ab. Dies deshalb, um insbesondere das Personal besser an das Militär zu binden bzw. im Einsatzfall besser darüber verfügen zu können. Die militärischen Krankenanstalten hätten grundsätzlich jene Fächer zu betreiben, die für die Errichtung und den Betrieb einer Feldambulanz bzw. eines Feldspitals notwendig sind.

## Grundlagen der Planung

Die Aufgabenstellung der militärischen Krankenanstalten in der Grundorganisation beinhaltete – zusätzlich zu der medizinischen Versorgung der Anspruchsberechtigten (vorwiegend Präsenzdiener) – im Wesentlichen die Ausbildung und den Erhalt der Einsatzqualifikation des Sanitätspersonals durch entsprechende Verwendung auch in zivilen Krankenanstalten. Weiters sollten die militärischen Krankenanstalten die Versorgung all jener Patienten übernehmen, die aufgrund ihrer spezifischen Verletzungsmuster bei Einsätzen in den zivilen Krankenanstalten nicht bzw. nicht dem internationalen Standard entsprechend behandelt werden können. Auch sollten in den militärischen Krankenanstalten u.a. die Eignungsuntersuchungen von Militärpiloten, Heerestauchern, Fallschirmspringern und des Personals für Auslandseinsätze durchgeführt werden.

### Organisatorische Änderungen

- 8 Der Sanitätsdienst umfasste im Wesentlichen die Krankenreviere in den Kasernen mit dem truppenärztlichen Dienst, die Sanitätsanstalten sowie die militärischen Krankenanstalten in Wien, Graz und Innsbruck. Weiters betrieb das BMLVS in Wien eine Sanitätsschule sowie eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule.

Im Bereich der Grundorganisation sah die Planung u.a. folgende Maßnahmen vor:

- Zusammenlegung von Heeresspital in Wien, Sanitätsschule und Gesundheits- und Krankenpflegeschule sowie der zwei Sanitätsanstalten Burgenland und Niederösterreich zum Militärmedizinischen Zentrum in Wien;
- Zusammenlegung von Militärspital in Innsbruck und Sanitätsanstalt in Salzburg zum Sanitätszentrum West;
- Zusammenlegung von Militärspital in Graz und Sanitätsanstalt in Klagenfurt zum Sanitätszentrum Süd;
- in der Folge Schließung der Sanitätsanstalten Burgenland und Niederösterreich;
- Verbleib der Sanitätsanstalt Oberösterreich in Hörsching;
- Bereitstellung von Notarztteams beim Militärmedizinischen Zentrum und bei den Sanitätszentren, um im Einsatzfall die Sanitätszüge der Bataillone zu verstärken, sowie

- Reduzierung der Krankenreviere in Kasernen durch Auflassung von Standorten.

Aufgrund der Zusammenlegung bisher getrennter Teile der Sanitätsorganisation sowie der Schließung von zwei Sanitätsanstalten waren im neuen Organisationsplan des BMLVS rd. 60 Planstellen bei der Verwaltung weniger vorgesehen.

Im Bereich der Truppe sollten für Einsätze drei mobile Feldambulanzen mit entsprechender personeller Besetzung vorhanden sein. Gleichzeitig wurde je ein präsenster Sanitätszug<sup>1)</sup> unter dem Kommando eines Bataillonsarztes bei den Bataillonen und ein präsenster Brigadearzt bei jeder Brigade vorgesehen.

<sup>1)</sup> bestehend aus einer Ambulanzgruppe mit 16 Mann und fallweise ergänzt durch bis zu vier Notarzttrupps (bestehend aus Notarzt, Notfallsanitäter und Kraftfahrer)

Dazu sollte das präsenste Sanitätspersonal, insbesondere im Hinblick auf die Besetzung der geplanten drei Feldambulanzen, entsprechend aufgestockt werden. Diese Änderungen sowie der Stellenplan traten bereits im Februar 2009 in Kraft.

Geplante Personalaufstockung im medizinischen Bereich

9.1 Das gesamte medizinische Personal umfasste im Dezember 2008 177 Ärzte und 554 Sanitätsunteroffiziere (438 diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger und 116 Notfallsanitäter) und somit insgesamt 731 Militärpersonen.

Um die Gesamtziele im Bereich der Sanitätsversorgung zu erreichen, sah die Planung absolute Priorität für die Sicherstellung der Personalaufstockung, insbesondere im Bereich der Militärärzte, vor.

	Militärärzte	Sanitätsunteroffiziere Anzahl	Summe <sup>2)</sup>
tatsächlicher Personalstand im Dezember 2008	177	554	731
Organisationsplan neu vom Februar 2009	318	730	1.048
Zuwachsbedarf	141	176	317

<sup>2)</sup> ohne Apotheker, Psychologen, medizinisch-technisches Personal, Assistenzpersonal, Lehrpersonal, ziviles Personal sowie Verwaltungspersonal

## Grundlagen der Planung

Die Planung zum Ist-Stand im Dezember 2008 ergab einen zusätzlichen Gesamtpersonalbedarf beim medizinischen Personal von insgesamt 317 Personen (davon 141 Militärärzte). Berechnungen der Mehrausgaben dafür lagen im BMLVS nicht vor.

- 9.2** Der RH bezifferte die zusätzlichen Personalausgaben bei den Militärärzten und Sanitätsunteroffizieren – unter Zugrundelegung der Richtwerte für die Durchschnittspersonalausgaben<sup>1)</sup> und unter Berücksichtigung der Einsparung von 60 Planstellen (rd. 2,4 Mill. EUR) im Verwaltungsbereich – mit rd. 19 Mill. EUR pro Jahr.

<sup>1)</sup> Kundmachung des Bundesministers für Finanzen betreffend die Richtwerte für die Durchschnittspersonalausgaben/-kosten, die Durchschnittsmietkosten und den kalkulatorischen Zinssatz, BGBl. II Nr. 50/2009

Er wies darauf hin, dass das BMLVS im Zuge der Planung für die neue Sanitätsstruktur des Bundesheers keine Berechnungen über die Mehrausgaben für die geplante Personalaufstockung anstellte.

Der RH empfahl, hinkünftig bei Änderungen von Strukturen des Bundesheers vorweg auch allfällige finanzielle Auswirkungen zu berechnen und bei den Entscheidungen zu berücksichtigen.

- 9.3** Laut Stellungnahme des BMLVS werde es die Empfehlung des RH bei künftigen Planungsänderungen nach Maßgabe der Möglichkeiten berücksichtigen.

## Militärische Krankenanstalten

### Auslastung

- 10.1** (1) Die durchschnittliche Auslastung der militärischen Krankenanstalten – bezogen auf die tatsächlich aufgestellten Betten – stellte sich wie folgt dar:

Jahr	Heeresspital in Wien <sup>2)</sup>	Militärspital in Graz	Militärspital in Innsbruck
		in %	
2005	29,4	48,2	38,4
2006	24,8	40,0	32,9
2007	18,7	34,0	24,5
2008	18,8	32,4	28,2

<sup>2)</sup> abzüglich der Bettentage für Eignungsuntersuchungen (z.B. Pilotentauglichkeit)

Gemäß einem BMLVS-internen Prüfungsbericht hingegen war im Jahr 2005 im Heeresspital in Wien von einer Auslastung von nur rd. 5 % auszugehen. Die Mehrheit der stationären Patienten wäre nämlich aufgrund der Diagnosen nicht zwingend stationär aufzunehmen gewesen<sup>1)</sup>, sondern hätte auch z.B. in einem Krankenrevier behandelt werden können. Der RH ging aufgrund dieses internen Prüfungsberichts davon aus, dass die mit zivilen Einrichtungen vergleichbare Auslastung in allen militärischen Krankenanstalten daher erheblich geringer war, als in der Tabelle ausgewiesen.

<sup>1)</sup> grippale Infekte, Bronchitis, Kreislaufbeschwerden

Eine vom RH angeregte aktuelle Auswertung des BMLVS über das Jahr 2007 zeigte für das Heeresspital in Wien beim Anteil der stationären Pflegebedürftigkeit der Patienten keine Veränderung. Für die beiden Militärspitäler in Graz und Innsbruck lagen keine diesbezüglichen Auswertungen vor. Der RH ging von einem mit dem Heeresspital in Wien vergleichbaren Patientenaufkommen aus.

(2) Die militärischen Krankenanstalten verfügten nicht in allen medizinischen Fachrichtungen über entsprechende Ressourcen, um die auftretenden Krankheitsmuster der Anspruchsberechtigten zu versorgen. Aus diesem Grund kaufte das Bundesheer entweder Leistungen von Konsiliarärzten zu oder überwies Patienten in zivile Behandlungseinrichtungen. Laut Schätzung in einer Studie umfassten diese Leistungen rd. 50 % der Versorgungsleistungen. Die Ausgaben dafür betragen im Jahr 2007 rd. 6,1 Mill. EUR und im Jahr 2008 rd. 5,6 Mill. EUR.

(3) Für die Anzahl und Größe der zu planenden militärischen Krankenanstalten erfolgte keine Bedarfserhebung. Erst im Zuge der Gebärungsüberprüfung durch den RH beauftragte das BMLVS eine Bedarfserhebung zur Abschätzung der Anzahl der anspruchsberechtigten Patienten. Die Planung ging von den drei bestehenden Standorten in der vorhandenen Größe aus.

- 10.2** Der RH wies darauf hin, dass die stationären Kapazitäten nicht auf den tatsächlichen Bedarf an zu erbringenden Versorgungsleistungen abgestimmt waren. Jegliche Planungsgrundlagen für die militärischen Krankenanstalten fehlten.

Der RH empfahl daher, die Kapazitäten und die Organisation insbesondere für die klinische Versorgung der Anspruchsberechtigten (Präsenzdiener) nach dem tatsächlichen Patientenansturm zu planen und aus wirtschaftlichen Gründen auch alternative Modelle (z.B. ähnlich wie für den Zivildienst) zu überlegen.

## Militärische Krankenanstalten

**10.3** In seiner Stellungnahme verwies das BMLVS zufolge der Wehrpflicht auf eine besondere Obsorge- und Dienstaufsichtspflicht des Bundesheers. Es nehme die Empfehlungen des RH zur Kenntnis und werde Optimierungspotenziale prüfen.

### Kosten

**11.1** Eine im Rahmen der Umsetzung des Projekts Management ÖBH 2010 gemeinsam mit einem externen Berater erstellte Studie kam zu dem Schluss, dass militärische Krankenanstalten im Vergleich zum zivilen Bereich deutliche Kostenvorteile aufwiesen. Als Vergleich wurden die öffentlichen Spitäler der Länder Wien und Burgenland herangezogen:

2003	militärische Krankenanstalten	öffentliche Krankenanstalten Burgenland	öffentliche Krankenanstalten Wien
		Anzahl	
Betten	289	1.248	10.960
		in %	
Auslastung	25,4	71,2	81,2
		in EUR	
Kosten je tatsächlich aufgestellten Bett	30.210	107.491	199.749

Die Studie wies darauf hin, dass die Auslastung der Militärspitäler jedoch deutlich geringer als in zivilen Krankenanstalten sei und die Anzahl der vorgehaltenen Betten eventuell dem tatsächlichen Bedarf angepasst werden müsste.

11.2 Unter Berücksichtigung der nicht stationär aufzunehmenden Patienten war die durchschnittliche Auslastung der Bettenstationen noch deutlich niedriger. Unter der Annahme einer Auslastung von 5 % für alle militärischen Krankenanstalten (siehe dazu TZ 10) ermittelte der RH daher Kosten je Belagstag von 1.654 EUR. Der Vergleich mit zivilen Einrichtungen stellte sich wie folgt dar:

2003	militärische Krankenanstalten	öffentliche Kranken- anstalten Burgenland	öffentliche Kranken- anstalten Wien
		in EUR	
Kosten pro Belagstag lt. Studie	326	413	674
Kosten pro Belagstag bei 5 % Auslastung <sup>1)</sup>	1.654	–	–

<sup>1)</sup> Berechnung des RH

Der RH wies darauf hin, dass die bei Festlegung der Sanitätsstruktur erfolgte Annahme, die militärischen Krankenanstalten würden im Vergleich zu zivilen Spitälern eine deutlich günstigere Kostenstruktur aufweisen, nicht zutrifft. Die Kosten betragen rund das Zweieinhalbfache einer Wiener Krankenanstalt.

Er empfahl, die Kosten bei tatsächlicher Auslastung in den militärischen Krankenanstalten zu ermitteln und diese den Strukturüberlegungen im Sanitätswesen zugrunde zu legen.

11.3 Laut Stellungnahme des BMLVS nehme es die Empfehlung des RH zur Kenntnis und werde Optimierungspotenziale prüfen.

## Militärärzte

### Entlohnung

12.1 (1) Entsprechend der Bundesheerreformkommission, Militärärzte marktgerecht zu entlohnen, erteilte das BKA im September 2005 dem BMLVS eine auf drei Jahre befristete Ermächtigung, nach einer Richtlinie Sonderverträge<sup>2)</sup> mit neu eintretenden Militärärzten abzuschließen. Dadurch war es möglich, Militärärzte, die bereit waren, an Auslandseinsätzen teilzunehmen, nach einem eigenen Gehaltsschema zu entlohnen.

<sup>2)</sup> nach § 36 des Vertragsbedienstetengesetzes 1948, BGBl. Nr. 86/1948 i.d.g.F.

## Militärärzte

(2) Vor Ablauf der Ermächtigung im Jahr 2008 sollte vom BMLVS eine Evaluierung vorgenommen werden. Obwohl weder eine Evaluierung noch eine Verlängerung der Richtlinie erfolgte, nahm das BMLVS nach Auslaufen der Ermächtigung bis Februar 2009 noch zwölf weitere Militärärzte auf.

**12.2** Der RH empfahl dem BMLVS, die Richtlinie betreffend die Sonderverträge für Militärärzte umgehend zu evaluieren um deren Zweckmäßigkeit im Hinblick auf die Zielerreichung zur Rekrutierung von Militärärzten zu beurteilen.

**12.3** Laut Stellungnahme des BMLVS werde eine Evaluierung der Richtlinie eingeleitet.

## Heeresvertragsärzte

**13.1** (1) Die Sanitätsanteile der präsenten Verbände des österreichischen Bundesheers waren bis zum Beginn der Umsetzung der Empfehlungen der Bundesheerreformkommission dem Milizstand zugeordnet und daher nicht ständig verfügbar. Im Jahr 1979 hatte das BMLVS zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Präsenzdiener mit der Österreichischen Ärztekammer eine Gesamtvereinbarung getroffen, auf deren Basis Einzelverträge mit Ärzten geschlossen wurden. Nach dieser Gesamtvereinbarung hatten Ärzte, die im Umkreis einer Kaserne eine Ordination betrieben, die Möglichkeit, einen unbefristeten zivilrechtlichen Dienstvertrag abzuschließen.

Hauptaufgabe der Heeresvertragsärzte war die truppenärztliche Betreuung der Präsenzdiener und Ausbildungsdienst leistenden Personen sowie die Untersuchung aller Soldaten auf Dienstfähigkeit. Für Einsätze standen die Heeresvertragsärzte nicht zur Verfügung. Die medizinische Betreuung im Einsatz war Aufgabe der einzuberufenden Ärzte des Milizstands.

(2) Nach der Judikatur des Obersten Gerichtshofes unterlagen die Verträge der Heeresvertragsärzte dem Vertragsbedienstetengesetz des Bundes. Kündigungen wegen Bedarfsmangels waren daher nicht möglich.

Seit 1988, als der Oberste Gerichtshof erstmals die Anwendbarkeit des Vertragsbedienstetengesetzes bejahte, wurden 24 zur Zeit der Gebärungsüberprüfung noch tätige Heeresvertragsärzte unbefristet aufgenommen. Ab dem Jahr 2004 wurden Heeresvertragsärzte jedoch nur noch befristet aufgenommen.

Im Jahr 2004 waren im Bundesheer 79 Heeresvertragsärzte angestellt. Die Ausgaben hierfür betragen rd. 3,2 Mill. EUR jährlich. Im Jahr 2008 waren 52 Heeresvertragsärzte mit Gesamtausgaben in Höhe von rd. 2,4 Mill. EUR (durchschnittlich 47.000 EUR pro Arzt) tätig.

(3) Die Aufgaben der Heeresvertragsärzte sollten gemäß Planung an 23 neue präsente Bataillonsärzte übertragen werden. Für einen präsenten Bataillonsarzt betragen die jährlichen Ausgaben rd. 101.000 EUR und waren damit mehr als doppelt so hoch als die Ausgaben für einen Heeresvertragsarzt. Entgegen den ursprünglichen Plänen des BMLVS waren auch in der neuen Sanitätsorganisation Heeresvertragsärzte vorgesehen. Überlegungen, wie die medizinische Qualifikation der Bataillonsärzte zu erhalten wäre, fehlten.

- 13.2 Der RH beurteilte die Entscheidung des BMLVS, Heeresvertragsärzte nur noch zeitlich befristet anzustellen, positiv.

Er empfahl dem BMLVS, alternative Anstellungsmöglichkeiten für Heeresvertragsärzte zu prüfen.

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

- 13.3 Laut Stellungnahme des BMLVS seien die Bataillonsärzte neuer Prägung für die systememinent notwendige Expertise im Bataillon vorgesehen und die höheren Ausgaben gerechtfertigt. Die weiteren Rahmenbedingungen zum Erhalt der notfallmedizinischen Fähigkeiten würden schrittweise mit der personellen Aufstockung zu schaffen sein. Die Heeresvertragsärzte – soweit in der Organisation noch vorgesehen – würden nur mehr befristet aufgenommen werden.

#### Journaldienste

- 14.1 (1) Zur Aufrechterhaltung des stationären Spitalbetriebs im Heeresspital in Wien leisteten die Militärärzte außerhalb der regulären Arbeitszeit Journaldienste. Gemäß dem Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetz – KA–AZG<sup>1)</sup> und eines Erlasses des BMLVS durften weder zwei aufeinander folgende Dienste eingeteilt noch mehr als zwei Journaldienste pro Woche absolviert werden. Für die Abteilungen Chirurgie, Interne Medizin und Anästhesie wären grundsätzlich Fachärzte als dienstleistende Ärzte vorgesehen.

<sup>1)</sup> BGBl. I Nr. 8/1997 i.d.g.F.

Den monatlichen Dienstplänen war hingegen zu entnehmen, dass pro Tag bis zu sieben Ärzte Journaldienst leisteten. Teilweise leisteten Ärzte bis zu 13 Journaldienste pro Monat. Demgegenüber wurden in den Militärspitalern in Graz und Innsbruck die Journaldienste bei vergleichbarem Patientenaufkommen von nur einem Arzt mit gültigem Notarztdiplom sichergestellt.

Die Journaldienste der einzelnen Fachabteilungen im Heeresspital in Wien waren zum Teil mit Fachärzten anderer Fachrichtungen besetzt. In diesen Fällen war eine zusätzliche Rufbereitschaft für den zuständigen Facharzt eingerichtet.

Die Anstaltsordnung sah vor, dass im Rahmen des Journaldiensts die Patienten dauernd zu überwachen und die notwendigen ärztlichen Versorgungsmassnahmen ohne unnötigen Aufschub sicherzustellen sind; Regelungen über Anzahl und Zusammensetzung des täglichen Journaldiensts in den militärischen Krankenanstalten fehlten.

(2) Die Dienst(Gleit)zeitregelungen der Militärärzte sahen die Mitnahme eines Zeitguthabens bzw. einer Zeitschuld von nur zehn Stunden in den nächsten Monat vor. Tatsächlich wurde diese Grenze im Heeresspital in Wien in Einzelfällen überschritten, die Ärzte führten teilweise keine Arbeitszeitaufzeichnungen.

- 14.2** Der RH kritisierte, dass bei den Journaldiensten im Heeresspital in Wien laufend die Bestimmungen des KA–AZG verletzt wurden und den Vorgaben der Gleitzeitregelung für Militärärzte nicht entsprochen wurde.

Er empfahl, für die Journaldienste in den militärischen Krankenanstalten eine Regelung zu treffen, die entsprechend dem Patientenaufkommen wirtschaftlich, zweckmäßig und sparsam gestaltet ist und auch den gesetzlichen Vorgaben des KA–AZG entspricht.

Weiters empfahl er, im Rahmen der Dienstaufsicht die Einhaltung der Gleitzeitregelung im Heeresspital in Wien zu kontrollieren.

- 14.3** Laut Stellungnahme des BMLVS sei eine Neuregelung bzw. eine Evaluierung der Journaldienste eingeleitet. Unregelmäßigkeiten bei der Einhaltung der Gleitzeitregelung seien disziplinar gewürdigt und die Dienstaufsicht verstärkt worden.

Neben-  
beschäftigungen

- 15.1** Von 43 im Heeresspital in Wien beschäftigten Ärzten übten 21 eine erwerbsmäßige Nebenbeschäftigung aus. Von diesen führten 13 Ärzte eine Kassenordination.

Die Kassenverträge, die Militärärzte mit den Sozialversicherungsträgern abgeschlossen hatten, regelten die Öffnungszeiten der Ordinationen und hielten ab 2001 fest, dass die Ärzte neben dem Kassenvertrag eine Nebenbeschäftigung (z.B. in einem Krankenhaus) nur in einem durchschnittlichen Ausmaß von maximal zehn Wochenstunden ausüben durften.

Alle im Heeresspital Wien beschäftigten Ärzte hatten als Beamte bzw. Vertragsbedienstete eine Wochendienstzeit von 41 bzw. 40 Stunden zu erbringen.

Ein Vergleich der Öffnungszeiten der Privatordinationen der Militärärzte mit den im Heeresspital zu erbringenden Kernarbeitszeiten zeigte, dass sich diese teilweise überschneiden.

Das BMLVS nahm Nebenbeschäftigungsmeldungen entsprechend den Bestimmungen des Beamtendienstrechtsgesetzes 1979 – BDG 1979<sup>1)</sup> zur Kenntnis und führte keine Unvereinbarkeitsprüfungen durch. Eine Regelung betreffend Nebenbeschäftigungen von Militärärzten lag nicht vor.

<sup>1)</sup> BGBl. Nr. 333/1979 i.d.g.F.

- 15.2** Der RH empfahl, bestehende Nebenbeschäftigungsverhältnisse bei Militärärzten auf ihre Vereinbarkeit mit den dienstlichen Anforderungen zu überprüfen. Weiters empfahl er, Nebenbeschäftigungen von Militärärzten grundsätzlich zu regeln und in regelmäßigen Abständen auch Aktualisierungen der Nebenbeschäftigungsmeldungen vorzusehen.
- 15.3** Laut Stellungnahme des BMLVS sei eine Überprüfung der Nebenbeschäftigungsverhältnisse eingeleitet. Künftig würden bei Sonderverträgen Nebenbeschäftigungen als genehmigungspflichtig vereinbart.

## Patiententransport

Notarzwägen des Bundesheers

**16.1** Das BMLVS beschaffte 2005 zehn Notarzwägen um insgesamt rd. 900.000 EUR. Davon wurden je vier dem Heeresspital in Wien und dem Militärspital in Graz sowie zwei dem Militärspital in Innsbruck zugewiesen. Vier dieser zehn Fahrzeuge waren an Militärflugplätze<sup>1)</sup> sowie zwei an Auslandskontingente abgestellt.

<sup>1)</sup> Langenlebarn, Hörsching, Graz-Thalerhof und Zeltweg

Das Nutzungskonzept sah vor, die Fahrzeuge u.a. zur Aus-, Fort-, und Weiterbildung der Notärzte und Sanitätsunteroffiziere sowie zur Erhaltung der Qualifikation des Sanitätspersonals mit notfallmedizinischer Ausbildung einzusetzen. Da das Bundesheer in Friedenszeiten nicht über das Patientenaufkommen verfügte, welches für die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Notärzte und Notfallsanitäter erforderlich war, strebte das BMLVS die Einbindung in zivile Notarztsysteme an. Eine derartige Einbindung erfolgte bisher nicht.

**16.2** Der RH bemängelte, dass die Notarzwägen aufgrund fehlender Kooperationen nicht zweckentsprechend verwendet wurden.

Er empfahl dem BMLVS, umgehend die Einbindung der Notarzwägen des Bundesheers in zivile Notarztsysteme zu betreiben, um sie zweckentsprechend verwenden zu können und damit die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals des Bundesheers zu gewährleisten.

**16.3** Laut Stellungnahme des BMLVS werde die Einbindung in zivile Rettungssysteme angestrebt.

Patientenrückholung aus dem Ausland

**17.1** (1) Das Bundesheer war für den Rücktransport erkrankter oder verletzter österreichischer Soldaten aus dem Ausland verantwortlich. Zur Erfüllung dieser Verpflichtung schloss das BMLVS Verträge mit einem privaten Unternehmen ab, das die organisatorische Abwicklung der Rückholung bewerkstelligte. In allen Fällen erfolgte der Transport mit externer medizinischer Betreuung. Die Verträge mit dem Unternehmen beinhalteten auch den Transport erkrankter bzw. verletzter Soldaten vom Flughafen in ein Krankenhaus innerhalb Österreichs. Die Ausgaben beliefen sich im Zeitraum 2004 bis 2008 auf rd. 1,4 Mill. EUR. Die Unternehmung organisierte in diesem Zeitraum insgesamt 18 Rückholungen.

(2) Da zivile Unternehmungen nicht in der Lage waren, Personen auch aus Kriegs- bzw. Krisengebieten zurückzuholen (repatriieren), beabsichtigte das BMLVS eine eigenständige Rückholung der verletzten Personen durch Ankauf eines lufttransportfähigen Patientenbetreuungs-Container-Systems<sup>1)</sup> und erstellte dazu im April 2005 ein militärisches Pflichtenheft. Darin waren die Anforderungen an das System und die Ziele dargestellt.

<sup>1)</sup> medizinische Versorgungseinrichtung für den Transport von verletzten Personen in zivilen oder militärischen Luftfahrzeugen

Das Gerät wurde um einen Preis von rd. 1,2 Mill. EUR beschafft.

Die zusätzlichen medizinischen und sicherheitstechnischen Aufgaben erforderten eine spezielle Ausbildung des Sanitätspersonals. Diese Ausbildung sollte zeitgleich mit der Beschaffung erfolgen, um bei Lieferung des Systems einsatzfähig zu sein. Ein entsprechendes Konzept zur Ausbildung des notwendigen Fachpersonals lag im BMLVS nicht vor.

- 17.2 Der RH kritisierte, dass bei der organisatorischen Abwicklung der Rückholung von Patienten aus dem Ausland eigene Ressourcen nicht genutzt wurden. Weiters bemängelte er, dass die Einsatzfähigkeit des neu angekauften Systems durch die nicht rechtzeitige Ausbildung des Sanitätspersonals verzögert wurde.

Der RH empfahl daher, die organisatorische Abwicklung der Rückholung von Patienten aus dem Ausland mit vorhandenen Ressourcen des BMLVS durchzuführen und nicht extern zu vergeben.

Er regte darüber hinaus an, die eigenständige Rückholung verletzter und kranker Soldaten aus dem Ausland ehestmöglich sicherzustellen und auch den Transport der Patienten vom Flughafen zur Krankenanstalt innerhalb Österreichs durch heereigene Notarztteams durchzuführen, um diesbezügliche Kosten für Fremdleistungen einzusparen.

- 17.3 Laut Stellungnahme des BMLVS werde es diesbezüglich Optimierungspotenziale prüfen.

## Kooperationen im Sanitätswesen

Aus-, Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals

**18.1** (1) Die medizinische Versorgung der Anspruchsberechtigten – vorwiegend Präsenzdiener – erfolgte durch den truppenärztlichen Dienst in den Kasernen (Krankenreviere), in den Sanitätsanstalten und in den militärischen Krankenanstalten. Diese Struktur sollte auch der Aus-, Fort- und Weiterbildung des für den Einsatz im In- und Ausland benötigten sanitätsdienstlichen Fachpersonals und zur Sicherstellung der personellen und materiellen Erfordernisse für Einsätze dienen.

(2) Sowohl die Bundesheerreformkommission als auch Management ÖBH 2010 gelangten in ihren Schlussfolgerungen zur Erkenntnis, dass in den militärischen Sanitätseinrichtungen aufgrund des qualitativ und quantitativ geringen Patientenaufkommens die einsatzrelevanten Fähigkeiten der Militärärzte und des Pflegepersonals nur unzureichend sichergestellt werden können. Es wurde daher als unerlässlich angesehen, die medizinische Qualifikation des Personals durch Kooperationen mit zivilen Gesundheitseinrichtungen zu erhalten. Das BMLVS stellte allerdings auch fest, dass eine verpflichtende Tätigkeit des Sanitätspersonals in zivilen Einrichtungen nicht möglich war, weil die dienstrechtlichen Voraussetzungen fehlten.<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Laut Beamtendienstrechtsgesetz 1979 – BDG 1979 sind Dienstzuteilungen ohne Zustimmung des Dienstnehmers bis maximal 90 Tage möglich. Weiters bedürfen Entsendungen der Zustimmung des Dienstnehmers.

(3) Eine Kooperation im Hinblick auf Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals in den militärischen Krankenanstalten bestand lediglich zwischen dem Militärspital in Innsbruck und der TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH. Im Rahmen einer bereits seit 1992 bestehenden Vereinbarung absolvierten in den Jahren 2007 und 2008 an der Universitätsklinik Innsbruck nur drei Militärärzte und drei diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen; in einem Fall erfolgte eine mehrmonatige Gastarztstätigkeit.

Die Militärärzte des Militärspitals in Graz führten fallweise Hospitationen im Rahmen von Einzelvereinbarungen in zivilen Krankenanstalten durch. In Wien wurde von den Militärärzten bisher keine Fort- und Weiterbildung in zivilen Krankenanstalten vorgenommen, jedoch betrieben rd. 50 % der Ärzte als Nebenbeschäftigung eine private Ordination.

(4) Für die Ausbildung der Sanitäter und Notfallsanitäter bestanden beim Bundesheer bundesweit Kooperationen mit zivilen Rettungsorganisationen und Krankenanstalten.

Das BMLVS ermöglichte für die Fort- und Weiterbildung einen tagesweise durchgeführten Dienst bei Rettungsorganisationen; zum Teil wurden diese Dienste als Nebenbeschäftigung ausgeübt. Diese Aktivitäten beruhten jedoch auf freiwilliger Initiative der Mitarbeiter.

Ein Konzept zur Fort- und Weiterbildung für Militärärzte, Notfall- und Rettungssanitäter sowie für Gesundheits- und Krankenpfleger lag nicht vor. Dieses sollte vorsehen, in welchem Ausmaß praktische Tätigkeiten in zivilen Einrichtungen zur Erhaltung und Weiterentwicklung der medizinischen Qualifikation und ihrer für Einsätze notwendigen Fähigkeiten erforderlich wären.

- 18.2** Der RH stellte fest, dass Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für das Sanitätspersonal ausschließlich auf deren Eigeninitiative beruhten.

Der RH empfahl daher, ein alle Sanitätseinrichtungen umfassendes Konzept zu erarbeiten, das die medizinische und die militärmedizinische Fort- und Weiterbildung des gesamten Sanitätspersonals des Bundesheers im Rahmen von Kooperationen mit zivilen Einrichtungen vorsieht. Es sollten darin insbesondere die Kriterien und der Umfang der Maßnahmen zum Erhalt der medizinischen Qualifikation („training on the job“) festgelegt werden. Um in weiterer Folge die Umsetzung des Konzepts sicherzustellen, wäre in dienstrechtlicher Hinsicht Vorsorge zu treffen, dass Fort- und Weiterbildung in zivilen Einrichtungen auch verpflichtend möglich ist.

- 18.3** Laut Stellungnahme des BMLVS würden alle gesetzlich vorgeschriebenen praktischen Verwendungen in vollem Umfang erfüllt.

Kooperationen der  
militärischen Krankenanstalten

- 19.1** (1) Das BMLVS führte mit dem Magistrat der Stadt Wien im Jahr 2004 Sondierungsgespräche über eine mögliche Kooperation mit dem Heeresspital in Wien. Es wurde überlegt, das Heeresspital Wien in einen beabsichtigten Neubau des Krankenhauses Wien-Nord zu integrieren, der auf einer Teilgrundstücksfläche der Van-Swieten-Kaserne errichtet werden sollte. Das BMLVS erachtete dabei vor allem die gemeinsame Nutzung der Infrastruktur und der Großgeräte, wie Röntgenapparate, Labor etc., als Vorteil. Die Kooperationsgespräche verliefen ergebnislos.

(2) Die Medizinische Universität Graz bot 2004 dem damaligen Bundesminister für Landesverteidigung eine Kooperation mit dem Militärspital in Graz zur Errichtung eines Traumacenters an. Das Militärspital sollte in einen Neubau integriert werden. Im Jahr 2008 wurde eine gemeinsame Absichtserklärung zur Realisierung unterzeichnet; eine vertragliche Vereinbarung lag noch nicht vor.

(3) Seit 2003 bestanden Überlegungen hinsichtlich einer Kooperation des Militärspitals in Innsbruck mit dem Bezirkskrankenhaus Schwaz. Das BMLVS stellte im Rahmen der Prüfung von Kooperationsmöglichkeiten fest, dass die Anforderungen an das medizinische Fachspektrum durch den Kooperationspartner nur zu 80 % abgedeckt würden. Das BMLVS hatte mit dem Kooperationspartner noch nicht geklärt, in welchem Ausmaß ein Personaleinsatz im zivilen Krankenanstaltenbetrieb erfolgen könnte. Ein Neubau des Militärspitals war vorgesehen.

In den Jahren 2006 und 2007 unterzeichnete der jeweilige Bundesminister für Landesverteidigung Absichtserklärungen für die in Aussicht genommene Kooperation. In gemeinsamen Arbeitsgruppen sollten die Bedingungen für die Zusammenarbeit, ein detailliertes Betriebskonzept, die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die Finanzierung festgelegt und eine Gesamtwirtschaftlichkeitsbetrachtung vorgenommen werden.

Obwohl noch keine vertragliche Einigung über eine Kooperation zustande kam und eine Reihe von Fragestellungen ungeklärt waren, übersiedelte das Bundesheer bereits Teile des Kommandos des neu geschaffenen Sanitätszentrums West von Innsbruck in die Kaserne in Vomp. Beim Kooperationspartner wurden bereits für den Neubau der militärischen Krankenanstalt Planungskosten (Architektenhonorare) in Höhe von rd. 80.000 EUR aufgewendet.

- 19.2** Der RH hielt fest, dass das BMLVS ungeachtet des Interesses an Kooperationsmöglichkeiten für die Erhaltung der medizinischen Qualifikation des Sanitätspersonals stets den Neubau der jeweiligen militärischen Krankenanstalt in den Vordergrund stellte und Lösungen unter Beibehaltung der bestehenden Krankenanstalten nicht verfolgte.

Der RH empfahl dem BMLVS, vor der Umsetzung von einzelnen standortbezogenen Kooperationsprojekten für die militärischen Krankenanstalten den tatsächlichen Gesamtbedarf an stationären Kapazitäten realistisch festzulegen. Weiters wären Kriterien und Umfang von notwendigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in zivilen Einrichtungen für das Sanitätspersonal zu definieren.

**19.3** Laut Stellungnahme des BMLVS würden die Empfehlungen des RH bei der weiteren Bearbeitung der Kooperationen berücksichtigt.

Sanitätsschule

**20.1** Die Sanitätsschule in Wien hatte die Aufgabe, für die fachdienstliche und militärische Ausbildung des Sanitätspersonals, einschließlich der Ausbildungsplanung und –koordination, zu sorgen. Im Jahr 2008 fanden 41 Kurse mit insgesamt 792 Teilnehmern statt.

Das BMLVS sah ab Februar 2009 sechs Planstellen für Ärzte vor. Vier von ihnen hatten keine Lehrverpflichtung an der Sanitätsschule. Eine Reihe von Kursen wurde daher auch von externen Vortragenden durchgeführt und verursachte im Jahr 2008 Ausgaben von rd. 22.000 EUR.

Die Militärärzte der Sanitätsschule erbrachten im Zuge ihrer dienstlichen Tätigkeit keine kurativen Leistungen, sondern führten u.a. fachbezogene Projekte und Forschungsarbeiten durch.

**20.2** Der RH kritisierte, dass das BMLVS für die Militärärzte in der Sanitätsschule überwiegend keine Lehrverpflichtung vorgab. Dadurch mussten Leistungen größtenteils von ressortinternen und externen Vortragenden erbracht werden; dies verursachte zusätzliche Ausgaben.

Der RH empfahl daher, die Militärärzte der Sanitätsschule umfassend in den Lehrbetrieb und – zur Aufrechterhaltung ihrer fachlichen Fähigkeiten – in den militärischen Krankenanstaltenbetrieb einzubinden.

**20.3** Laut Stellungnahme des BMLVS sei es bestrebt, die anfallenden Kosten für externe Vortragende zu reduzieren.

Gesundheits- und  
Krankenpflegeschule

**21.1** (1) Im Jahr 1998 erfolgte die Gründung der Gesundheits- und Krankenpflegeschule (GuKS) am Standort der Van-Swieten-Kaserne in Wien. Laut BMLVS lagen der Gründung im Wesentlichen drei Überlegungen zugrunde:

- Schaffung einer auch im zivilen Bereich anerkannten Diplombildung,
- Ausbildung zu geringeren Kosten als an einer zivilen Schule (damaligen Erhebungen zufolge rd. 50.000 EUR je Schüler) sowie
- Vermeidung von Unvereinbarkeiten hinsichtlich Urlaubsansprüche der Bediensteten des BMLVS mit Schulferien an zivilen GuKS.

## Kooperationen im Sanitätswesen

In der GuKS waren insgesamt neun Personen beschäftigt. Das BMLVS konnte dem RH keine Dokumente vorlegen, welche die Gründung der GuKS betrafen.

(2) Die Schulbetriebsbewilligung des Magistrats der Stadt Wien beinhaltete eine genehmigte Höchstschüleranzahl von maximal 30 Schülern pro Jahrgang. Ab 2001 befand sich die Schule mit drei Jahrgängen im Vollbetrieb. Die Teilnehmerzahlen stellten sich wie folgt dar:

Lehrgang	Teilnehmer (Kursbeginn)	Teilnehmer (Abschluss)
	Anzahl	
2004/2007	7	4
2005/2008	10	8 (3) <sup>1)</sup>
2006/2009	9 (1) <sup>1)</sup>	–
2007/2010	17 (9) <sup>1)</sup>	–
2008/2011	15 (1) <sup>1)</sup>	–

<sup>1)</sup> davon zivile Teilnehmer

Einer im Jahr 2006 erfolgten Prüfung des Heeresspitals, der Sanitätsschule sowie der GuKS in Wien durch das BMLVS zufolge, war in den nächsten Jahren keine Steigerung der Schülerzahlen zu erwarten. Dieser Prognose lag jedoch keine Bedarfserhebung zugrunde.

Das BMLVS konnte keine Auskunft über die tatsächlichen Kosten der Ausbildung an der GuKS erteilen. Erhebungen des RH zufolge wäre bei zivilen GuKS in den Bundesländern eine diesbezügliche Ausbildung nach entsprechender Eignungsprüfung grundsätzlich und zumeist ohne Kostenbeteiligung möglich.

**21.2** Der RH vertrat die Ansicht, dass aufgrund der künftig zu erwartenden niedrigen Schüleranzahlen der Betrieb einer eigenen GuKS als nicht zweckmäßig und wirtschaftlich erscheint.

Der RH empfahl daher, den Betrieb der GuKS einzustellen und den Ausbildungsbedarf durch Kooperationen mit zivilen Schulen in den Bundesländern sicherzustellen. Dadurch könnten auch Rekrutierungen für den Bedarf von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern in den westlichen Bundesländern verbessert werden.

Nutzung von  
Synergien

21.3 Laut Stellungnahme des BMLVS würden die Empfehlungen des RH bei künftigen Planungen berücksichtigt werden.

22.1 Die Stellungskommission und das Militärspital waren an zwei Standorten (Innsbruck, Graz) in jeweils der selben Kaserne untergebracht. Dennoch verfügten die Stellungskommissionen über eigene Untersuchungsgeräte, insbesondere über eigene Labors und Röntgengeräte. Eine Personalaushilfe in den jeweils anderen Dienststellen war nur schwer möglich. Die Stellungskommissionen waren als Referate den Ergänzungsabteilungen der Militärkommanden und damit dem Streitkräfteführungskommando unterstellt.

Die Militärspitäler hingegen unterstanden dem Kommando Einsatzunterstützung. Der Dienstweg lief daher über mehrere Stellen; eine Vertretungsregelung bestand nur in Graz in den Jahren 2005 und 2006.

22.2 Der RH empfahl, an gemeinsamen Standorten von Militärspital und Stellungskommission Synergien durch gemeinsamen Einsatz von medizinischen Geräten und durch unbürokratische Personalaushilfe zu nutzen.

22.3 Laut Stellungnahme des BMLVS sei die effiziente Nutzung von vorhandenen Großgeräten bereits Gegenstand einer Überprüfung durch die ressorteigene Innenrevision gewesen. Die Empfehlungen des RH würden weiterverfolgt.

## Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

23 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen an das BMLVS hervor:

(1) Im Hinblick auf eine abgestimmte Vorgangsweise bei der Planung und Umsetzung sollten die Konzepte für das Sanitätswesen zügig fertiggestellt werden. (TZ 5)

(2) Aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen gegenüber der Einsatzorganisation sollte für den Sanitätsdienst außerhalb der Einsätze eine auf den Bedarf ausgerichtete Planung nach Wirtschaftlichkeitskriterien erstellt werden. (TZ 6)

(3) Bei künftigen Änderungen von Strukturen des Bundesheers wären vorweg auch allfällige finanzielle Auswirkungen zu berechnen und bei den Entscheidungen zu berücksichtigen. (TZ 9)

(4) Die Kosten der militärischen Krankenanstalten bei tatsächlicher Auslastung wären zu ermitteln und diese den Strukturüberlegungen im Sanitätswesen zugrunde zu legen. (TZ 11)

(5) Die Kapazitäten und die Organisation insbesondere für die klinische Versorgung der Anspruchsberechtigten (Präsenzdiener) außerhalb der Einsätze sollten nach dem tatsächlichen Patientenanstieg geplant und aus wirtschaftlichen Gründen auch alternative Modelle (ähnlich wie für den Zivildienst) erwogen werden. (TZ 10)

(6) Die Richtlinie betreffend Sonderverträge für Militärärzte wäre umgehend zu evaluieren und deren Zweckmäßigkeit im Hinblick auf die Zielerreichung zur Rekrutierung von Militärärzten zu beurteilen. (TZ 12)

(7) Der Einsatz präsenster Bataillonsärzte sollte im Hinblick auf die höheren Ausgaben und die fehlende Möglichkeit zum Erhalt der medizinischen Qualifikation überdacht werden. (TZ 13)

(8) Es sollten alternative Anstellungsmöglichkeiten für Heeresvertragsärzte geprüft werden. (TZ 13)

(9) Es wären aussagefähige Auswertungen im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung auch für das Sanitätswesen zu erstellen. (TZ 4)

(10) Es sollte ein alle Sanitätseinrichtungen umfassendes Konzept erarbeitet werden, das die medizinische und die militärmedizinische Fort- und Weiterbildung des gesamten Sanitätspersonals des Bundesheers im Rahmen von Kooperationen mit zivilen Einrichtungen vorsieht. Es sollten darin insbesondere auch die Kriterien und der Umfang der Maßnahmen zum Erhalt der medizinischen Qualifikation festgelegt werden. (TZ 18)

(11) Es wäre in dienstrechtlicher Hinsicht Vorsorge zu treffen, dass künftig die Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals auch in zivilen Einrichtungen verpflichtend möglich ist. (TZ 18)

(12) Vor der Umsetzung von einzelnen standortbezogenen Kooperationsprojekten für die militärischen Krankenanstalten wäre der Gesamtbedarf an stationären Kapazitäten realistisch festzulegen. Weiters wären Kriterien und Umfang von notwendigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in zivilen Einrichtungen für das Sanitätspersonal zu definieren. (TZ 19)

(13) Die Militärärzte der Sanitätsschule wären umfassend in den Lehrbetrieb und – zur Aufrechterhaltung ihrer fachlichen Fähigkeiten – in den Krankenanstaltenbetrieb einzubinden. (TZ 20)

(14) Der Betrieb der Gesundheits- und Krankenpflegeschule wäre einzustellen und der Ausbildungsbedarf durch Kooperationen mit zivilen Schulen sicherzustellen. (TZ 21)

(15) Für die Journaldienste in den militärischen Krankenanstalten wäre eine Regelung zu treffen, die entsprechend dem Patientenaufkommen wirtschaftlich, zweckmäßig und sparsam gestaltet ist und auch den gesetzlichen Vorgaben des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes – KA-AZG entspricht. (TZ 14)

(16) Die Einhaltung der Gleitzeitregelung im Heeresspital in Wien wäre im Rahmen der Dienstaufsicht zu kontrollieren. (TZ 14)

(17) Die Nebenbeschäftigungsverhältnisse bei Militärärzten wären auf ihre Vereinbarkeit mit den dienstlichen Anforderungen zu überprüfen. (TZ 15)

(18) Nebenbeschäftigungen von Militärärzten wären grundsätzlich zu regeln, und es wären in regelmäßigen Abständen auch Aktualisierungen der Nebenbeschäftigungsmeldungen vorzusehen. (TZ 15)

## Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen

(19) Die organisatorische Abwicklung der Rückholung von Patienten aus dem Ausland sollte mit vorhandenen Ressourcen des BMLVS durchgeführt werden. (TZ 17)

(20) Die eigenständige Rückholung verletzter und kranker Soldaten aus dem Ausland sollte ehestmöglich sichergestellt und für den Transport vom Flughafen zur Krankenanstalt mit heeres eigenem Notarztteam gesorgt werden. (TZ 17)

(21) Die Einbindung der Notarztwägen des Bundesheers in zivile Notarztssysteme wäre umgehend zu betreiben. (TZ 16)

(22) An gemeinsamen Standorten von Militärspital und Stellungskommission wären Synergien durch gemeinsamen Einsatz von medizinischen Geräten und durch unbürokratische Personalaushilfe zu nutzen. (TZ 22)