

Bericht des Rechnungshofes

Sanitätswesen im Bundesheer; Follow-up-Überprüfung

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis _____	158
Abkürzungsverzeichnis _____	159

BMLVS**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Landesverteidigung und Sport****Sanitätswesen im Bundesheer; Follow-up-Überprüfung**

KURZFASSUNG _____	161
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	170
Konzepte _____	170
Planungsansätze _____	172
Grundlagen der Planung _____	174
Militärische Krankenanstalten _____	175
Militärärzte _____	178
Kosten- und Leistungsrechnung _____	181
Kooperationen im Sanitätswesen _____	183
Journaldienste _____	190
Dienstzeitregelung _____	191
Nebenbeschäftigungen _____	192
Patiententransport _____	194
Nutzung von Synergien _____	196
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen _____	198

Tabellenverzeichnis

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

Abkürzungsverzeichnis

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

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport

Sanitätswesen im Bundesheer; Follow-up-Überprüfung

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

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

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

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

Aus-, Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals

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

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

Journaldienste

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

Dienstzeitregelung

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

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

Nebenbeschäftigungen

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

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

Patientenrückholung aus dem Ausland

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

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

Nutzung von Synergien

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

Konzepte

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

Auslastung der stationären Kapazitäten

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

Richtlinie für Sonderverträge für Militärärzte

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

Kosten- und Leistungsrechnung

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

Kooperationen der militärischen Krankenanstalten

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

Sanitätsschule

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

Planungsansätze

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

Grundlagen der Planung

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

Kosten der militärischen Krankenanstalten

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

Präsente Bataillonsärzte

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

Heeresvertragsärzte

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

Kooperationen im Sanitätswesen

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

Gesundheits- und Krankenpflegeschule

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

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

Notarztwägen des Bundesheers

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

Kenndaten zum Sanitätswesen im Bundesheer				
Rechtliche Grundlagen	Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F. Heeresgebührengesetz 2001, BGBl. I Nr. 31/2001 i.d.g.F.			
Organisation des Sanitätsdienstes				
Militärmedizinisches Zentrum in Wien	Kommando des Militärmedizinischen Zentrums Heeresspital in Wien Sanitätsschule Gesundheits- und Krankenpflegeschule			
Sanitätszentrum Süd	Kommando des Sanitätszentrums Süd Militärspital in Graz Feldambulanz ¹ in Klagenfurt			
Sanitätszentrum West	Kommando des Sanitätszentrums West Militärspital in Innsbruck Feldambulanz ¹ in Salzburg			
Feldambulanz ¹ in Hörsching				
Truppenärztliche Versorgung ² (mit/ohne stationäre Aufnahmekapazitäten) in den Kasernen				
Gebarung³	2009	2010	Veränderung 2009/2010	
	in Mill. EUR ⁴		in %	
Gesamtausgaben für das Sanitätswesen ⁵	75,92	74,36	- 2,0	
<i>davon</i>				
- Personalausgaben für die Stabsabteilungen im BMLVS sowie im nachgeordneten Bereich ⁶	2,77	2,81	+ 1,4	
- Ausgaben Militärmedizinisches Zentrum in Wien, Sanitätszentren Süd und West sowie Feldambulanz in Hörsching ⁷	40,10	39,36	- 1,8	
- Ausgaben Stellungskommissionen sowie Truppenärztliche Ordinationen ⁸	24,07	25,23	+ 4,8	
- Ausgaben externe Behandlungen ⁹	8,99	6,97	- 22,4	
Medizinisches Sanitätspersonal¹⁰	2008	2009	2010	Veränderung 2008/2010
	Anzahl ¹¹			in %
Personalstand	731	649	682	- 6,7
Organisationsplan	1.048 ¹²	990	974	- 7,1

¹ zuvor Sanitätsanstalt

² zuvor Krankenreviere

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

⁴ Rundungsdifferenzen möglich

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

⁶ Kommando Einsatzunterstützung, Streitkräfteführungskommando

⁷ einschließlich Journaldienste sowie dezentrale Beschaffungen

⁸ einschließlich Journaldienste

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

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

¹¹ Stand jeweils zum Dezember

¹² Stand Organisationsplan neu vom Februar 2009

Prüfungsablauf und -gegenstand

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

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

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

Konzepte

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

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

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

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

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

¹ operatives Fachkonzept, Fähigkeitenkatalog für die Sanitätstruppe

² ambulante Behandlung bzw. Diagnose, keine Aufnahme stationärer Patienten

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

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

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

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

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

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

Planungsansätze

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

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

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

Tabelle 1: Personalbedarf medizinisches Sanitätspersonal für die gesamte Sanitätsorganisation ¹			
	2008	2009	2010
	Anzahl ²		
Tatsächlicher Personalstand	731	649	682
<i>davon</i>			
– Militärärzte	177	145	154
– Sanitätsunteroffiziere	554	504	528
Organisationsplan	1.048 ³	990	974
<i>davon</i>			
– Militärärzte	318	316	318
– Sanitätsunteroffiziere	730	674	656
Zuwachsbedarf	317	341	292
<i>davon</i>			
– Militärärzte	141	171	164
– Sanitätsunteroffiziere	176	170	128

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

² Stand jeweils zum Dezember

³ Stand Organisationsplan neu vom Februar 2009

Quelle: BMLVS

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

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

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

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

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

Grundlagen der Planung

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

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

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

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

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

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

Militärische Krankenanstalten

Kosten

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

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

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

5.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung nicht um.

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

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

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

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

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

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

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

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

³ bezogen auf die aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen stationär aufgenommenen Patienten

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

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

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

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

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

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

⁴ Dabei wurden drei Variantenberechnungen durchgeführt:

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

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

Militärärzte

Richtlinie für Sonderverträge

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

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

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

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

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

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

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

Präsente Bataillonsärzte

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

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

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

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

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

8.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung nicht um.

Der RH empfahl dem BMLVS weiterhin, den Einsatz präsenter Batail- lonsärzte im Hinblick auf die höheren Ausgaben und die fehlende Mög- lichkeit zum Erhalt der medizinischen Qualifikation zu überdenken.

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

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

Militärärzte

Heeresvertragsärzte

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

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

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

- 9.2** Das BMLVS setzte die Empfehlung nicht um.

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

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

⁶ BGBl. I Nr. 111/2010

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

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

Kosten- und Leistungsrechnung

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

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

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

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

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

Kosten- und Leistungsrechnung

Tabelle 2: Gesamtausgaben des BMLVS für das Sanitätswesen¹

	2009	2010
	in Mill. EUR ²	
Gesamtausgaben für das Sanitätswesen	75,9	74,4
davon		
– Zentralstelle/Abteilung Militärmedizin³	1,0	1,0
– Kommando Einsatzunterstützung	40,8	40,1
davon		
– <i>Abteilung Militärisches Gesundheitswesen⁴</i>	<i>0,7</i>	<i>0,7</i>
– <i>Militärmedizinisches Zentrum in Wien⁵</i>	<i>15,8</i>	<i>15,4</i>
davon		
– <i>Personalausgaben ohne Journaldienste</i>	<i>15,3</i>	<i>14,9</i>
– <i>Sachaufwand</i>	<i>0,6</i>	<i>0,6</i>
– <i>Sanitätszentrum Süd⁶</i>	<i>8,8</i>	<i>7,6</i>
davon		
– <i>Personalausgaben ohne Journaldienste</i>	<i>8,6</i>	<i>7,3</i>
– <i>Sachaufwand</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>
– <i>Sanitätszentrum West⁷</i>	<i>5,8</i>	<i>6,8</i>
davon		
– <i>Personalausgaben ohne Journaldienste</i>	<i>5,4</i>	<i>6,4</i>
– <i>Sachaufwand</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>
– <i>Feldambulanz in Hörsching</i>	<i>2,0</i>	<i>2,3</i>
davon		
– <i>Personalausgaben ohne Journaldienste</i>	<i>1,9</i>	<i>2,3</i>
– <i>Sachaufwand</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>
– <i>Beschaffungen⁸</i>	<i>5,9</i>	<i>5,1</i>
– <i>Journaldienste</i>	<i>1,7</i>	<i>2,0</i>
– Streitkräfteführungskommando	25,1	26,3
davon		
– <i>Abteilung JMed⁹</i>	<i>1,1</i>	<i>1,1</i>
– <i>Nachgeordneter Bereich¹⁰</i>	<i>24,1</i>	<i>25,2</i>
davon		
– <i>Personalausgaben ohne Journaldienste</i>	<i>19,9</i>	<i>20,0</i>
– <i>Journaldienste</i>	<i>3,1</i>	<i>4,2</i>
– <i>Sachaufwand</i>	<i>1,0</i>	<i>1,0</i>
– Externe Behandlungen¹¹	9,0	7,0

¹ ohne Ausgaben für Infrastruktur, zentrale Beschaffungen (Großgeräte, Möbel etc.) sowie Auslandszulagen für Sanitätspersonal

² Rundungsdifferenzen möglich

³ Personalausgaben (Sachausgaben nicht ermittelbar bzw. vernachlässigbar); bereinigt um anteilige Ausgaben für das Referat Veterinärmedizin

⁴ Personalausgaben (Sachausgaben nicht ermittelbar bzw. vernachlässigbar); bereinigt um anteilige Ausgaben für die Referate Arbeitsmedizin und Eignungsfeststellung sowie Veterinärmedizin

⁵ Kommando des Militärmedizinischen Zentrums in Wien, Heerespital in Wien, Sanitätsschule, Gesundheits- und Krankenpflegeschule sowie Heeresapotheke

⁶ Kommando des Sanitätszentrums Süd, Militärspital in Graz und Feldambulanz in Klagenfurt

⁷ Kommando des Sanitätszentrums West, Militärspital in Innsbruck und Feldambulanz in Salzburg

⁸ vor allem Medikamente, Verbandsmaterial, medizinische Kleingeräte

⁹ Personalausgaben (Sachausgaben nicht ermittelbar bzw. vernachlässigbar)

¹⁰ Stellungskommissionen, truppenärztliche Ordinationen (vormals Krankenreviere)

¹¹ Ausgaben für Vertretungsärzte (Konsiliarärzte) und Behandlungen in zivilen Einrichtungen, die über das Heerespersonalamt abgerechnet wurden

Quelle: BMLVS

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

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

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

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

Kooperationen im Sanitätswesen

Aus-, Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹² Entsendung lediglich für die Dauer von längstens sechs Monaten

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

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

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

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

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

Kooperationen der militärischen Krankenanstalten

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

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

¹⁴ unabhängig von den von der Österreichischen Ärztekammer vorgeschriebenen Fortbildungsverpflichtungen

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

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

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

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

- 13.3** *Das BMLVS nahm die Feststellungen des RH zur Kenntnis.*

Sanitätsschule

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

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

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

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

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

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

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

- 14.3** *Laut Stellungnahme des BMLVS sei die Einbindung der betroffenen Militärärzte (Ärzte für Allgemeinmedizin und Notärzte bzw. ein Facharzt für Pathologie) in den Krankenanstaltenbetrieb vor allem deswegen unterblieben, weil in einem Heeresfachambulatorium bzw. in Fachabteilungen der Heereskrankenanstalt grundsätzlich kein einschlägiger Fähigkeitserhalt für diese Ärzte zu erzielen sei.*
- 14.4** Der RH entgegnete, dass seine Empfehlung, Maßnahmen zum Fähigkeitserhalt von Militärärzten zu setzen, auch als grundsätzliche Empfehlung aufzufassen war (vgl. TZ 11). Dazu verwies er auch auf die anlässlich der Überprüfung der Beteiligung Österreichs am Einsatz im Tschad aufgezeigten Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Militärärzten für Auslandseinsätze (Reihe Bund 2011/11, TZ 27).

Gesundheits- und Krankenpflegeschule

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

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

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

Die Kursteilnehmer- und Abschlusszahlen stellten sich wie folgt dar:

Tabelle 3: Kursteilnehmerzahlen an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule		
Lehrgang	Teilnehmer (Kursbeginn)	Teilnehmer (Abschluss)
	Anzahl	
2004/2007	7	4
2005/2008	10	8 (3) ¹
2006/2009	9 (1) ¹	8 (1) ¹
2007/2010	17 (9) ¹	17 (9) ¹
2008/2011	16 (1) ¹	15 (1) ¹
2009/2012	15 (2) ¹	
2010/2013	15 (4) ^{1 2}	
2011/2014	11 (1) ¹	

¹ davon zivile Teilnehmer

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

Quelle: BMLVS

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

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

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

15.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung nicht um.

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

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

Journaldienste

16.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht empfohlen, für die Journaldienste in den militärischen Krankenanstalten eine Regelung zu treffen, die entsprechend dem Patientenaufkommen wirtschaftlich, zweckmäßig und sparsam gestaltet ist und auch den gesetzlichen Vorgaben des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes¹⁵ entspricht.

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

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

¹⁵ BGBl. I Nr. 8/1997 i.d.g.F.

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

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

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

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

Dienstzeitregelung

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

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

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

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

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

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

17.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung um.

Nebenbeschäftigungen

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

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

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

18.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung um.

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

¹⁷ mit Stand Juli 2011

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

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

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

Weiters stellte der RH fest, dass im April 2011 eine neue Verordnung des Bundesministers für Landesverteidigung und Sport über unzulässige Nebenbeschäftigungen¹⁸ in Kraft getreten war. Militärärzte waren von der Verordnung nicht betroffen. Das BMLVS begründete dies damit, dass die im Heeresspital in Wien aufgezeigten Beanstandungen bei Nebenbeschäftigungen von Militärärzten nicht auf die fehlende Zulässigkeit der Nebenbeschäftigungen, sondern auf eine mangelnde Dienstaufsicht zurückzuführen waren.

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

- 19.2** Das BMLVS setzte die Empfehlung nicht um. Der RH verwies dazu neuerlich auf die im Vorbericht aufgezeigten Beanstandungen bei Nebenbeschäftigungen von Militärärzten.

¹⁸ BGBl. II Nr. 100/2011

Nebenbeschäftigungen

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

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

Patiententransport

Patientenrückholung aus dem Ausland

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

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

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

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

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

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

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

20.2 Das BMLVS setzte die beiden Empfehlungen um.

Notarzwägen des
Bundesheers

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

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

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

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

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

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

21.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung nicht um.

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

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

Nutzung von Synergien

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

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

²⁰ in Graz und Innsbruck

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

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

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

22.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung um.

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

²¹ Entfernung rd. 13 Kilometer

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

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

Der RH hielt folgende Empfehlungen an das BMLVS aufrecht:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen

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

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

Wien, im März 2012

Der Präsident:

Dr. Josef Moser