

sendere Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der angebotenen Produkte erlaubt.

4. Bei der Ausschreibungsvorbereitung und Angebotsprüfung lagen formale Mängel vor, die jedoch von den Anbietern nicht geltend gemacht worden waren, wodurch eine zivilrechtlich verbindliche Zuschlagserteilung an die Firma H. zu Stande kam.

Was den wirtschaftlichen Aspekt der gegenständlichen Vergabe betraf, zeigte die Prüfung des Kontrollamtes, dass die neben dem Alternativangebot der Firma H. in die engere Auswahl gekommenen Produkte sowohl vom Gebrauchstest als auch vom Angebotspreis her nicht gleichwertig waren. Grundsätzlich positiv hervorzuheben war die Kooperation des FE mit dem damals eingerichteten Arbeitskreis „Inkontinenzversorgung“ sowie die bei der Einschau festgestellte hohe Zufriedenheit der Nutzer mit den nunmehr KAV-weit verwendeten Fixierhosen. Hierzu wurde angeregt, bei künftigen Auftragsvergaben im Bereich „Inkontinenzversorgung“ auch auf das diesbezügliche Fachwissen von Mitarbeitern in anderen mit der gegenständlichen Thematik befassten Einrichtungen des Magistrats der Stadt Wien zurückzugreifen.

Darüber hinaus wurde empfohlen, bei derartigen Ausschreibungen durch das FE den Aspekt der Anzahl der möglichen Waschvorgänge in die Leistungsbeschreibung einfließen zu lassen und die Vorlage von Alternativangeboten ohne Einreichung eines ausschreibungsgemäßen Angebotes zuzulassen, wie dies lt. § 30 WLVergG zulässig ist. In jenen Fällen, in denen dem FE eine Produkttestung durch Anwender notwendig erscheint, sollten den Testpersonen für eine objektive Beurteilung alle in Frage kommenden Produkte gleichermaßen zur Verfügung gestellt werden.

#### **KAV (Wiener Krankenanstaltenverbund), Rechnungsabschluss 1999 – Prüfung der Leistungs- und Kostenstruktur der Pflegeheime**

Das Kontrollamt hat anlässlich der Prüfung des Rechnungsabschlusses 1999 die Leistungs- und Kostenstruktur der Städtischen Pflegeheime einer Prüfung unterzogen.

##### *1. Leistungsstruktur der Pflegeheime des KAV*

1.1 Lt. dem vom Gemeinderat im April 1993 genehmigten Bericht „Hilfe im hohen Alter“, der von der vom Gesundheitsstadtrat im Jahre 1992 eingesetzten gemeinderätlichen Kommission erstellt worden war, und dem Maßnahmenbericht der Magistratsabteilung 47 aus dem Jahre 1998 wurde festgelegt, dass der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) insgesamt rd. 6.000 Pflegebetten vorzuhalten hat, wobei Absystemisierungen aus Gründen der Qualitätssteigerung durch neu zu schaffende Plätze in den Pflegezentren Floridsdorf und Favoriten ausgeglichen werden sollten. Hinsichtlich der anzubietenden Qualität wurde vereinbart, dass der KAV in seinen Pflege- und Geriatriezentren hoch qualifizierte spezialisierte Leistungen unter spezieller medizinischer Betreuung anzubieten hat, was gleichzeitig einen Rückzug der Städtischen Pflegeheime aus dem klassischen Pflegeheimbereich bedeutete. Die durchgängige Betreuungs- und Pflegekette sollte durch Kooperation mit den privaten Anbietern und dem Fonds „Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser“ aufrechterhalten werden.

ein Produkt nicht mehr verwendet werden kann.

Der wirtschaftliche Aspekt der gegenständlichen Ausschreibung sowie die hohe Zufriedenheit der Nutzer zeigen auf, dass sich eine kooperative Zusammenarbeit mit Mitarbeitern, die Fachwissen in der gegenständlichen Thematik besitzen – wie dies im Arbeitskreis für „Inkontinenzversorgung“ der Fall war – bezahlt gemacht hat. Das FE-Neu wird künftig verstärkt bemüht sein, bei Auftragsvergaben (bzw. Vergabeverfahren) auch auf das Fachwissen anderer Einrichtungen des Magistrats zurückzugreifen.

Der Empfehlung des Kontrollamtes, Alternativangebote ohne Einreichung eines ausschreibungsgemäßen Angebotes zuzulassen, wie dies lt. § 30 WLVergG zulässig ist, wird nachgekommen werden. Ebenso wird künftig darauf geachtet werden, dass bei einer Produkttestung durch Anwender den Testpersonen alle in Frage kommenden Produkte gleichermaßen zur Verfügung gestellt werden.

1.2 Im Jahre 1999 wurden vom KAV lt. Verwaltungsbericht im Durchschnitt insgesamt 5.905 Pflegebetten vorgehalten.

Das größte Pflegeheim des KAV war das Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW), das zweitgrößte das Pflegeheim Baumgarten (PBG), gefolgt vom Pflegeheim Liesing (PLI). Hierbei handelt es sich um seit Jahrzehnten bestehende eigenständige Pflegeheime im Wiener Raum. Nicht im Wiener Raum gelegen waren Pflegebetten in den ebenfalls eigenständigen Pflegeheimen Klosterneuburg (PKL) und St. Andrä (PSA).

Weiters wurden vom KAV Pflegeheimbetten im Anschluss an die beiden Krankenanstalten Sozialmedizinisches Zentrum-Ost, Donauespital (SMZO) und Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital (PSO) geführt.

Im Areal der Baumgartner Höhe befanden sich das Pflegeheim Sanatoriumstraße (PHS), die Pflegeabteilung des Pulmologischen Zentrums (FPP) und das Förderpflegeheim Baumgartner Höhe (FPB), welche ab 1. August 2000 zum „Pflegezentrum Baumgartner Höhe“ als Teil des „Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe – Otto-Wagner-Spital mit Pflegezentrum“ zusammengefasst wurden.

Als Teil des Therapiezentrum Ybbs an der Donau bot der KAV auch noch Pflegebetten im Pflegeheim (PHY) und im Förderpflegeheim (FPY) Ybbs an der Donau an.

Im Folgenden werden die im Jahre 1999 durchschnittlich systemisierten Betten dieser Pflegeheime (gereiht nach ihrer Anzahl) angeführt und den geplanten und tatsächlich belegten Betten gegenüber gestellt. Die Zahl der geplanten und der tatsächlich belegten Betten wurde vom Kontrollamt auf Grund der Pflagetage errechnet und nicht – wie in den Krankenanstalten üblich – auf Grund der Belagstage, da der Unterschied zwischen diesen beiden Größen bei den Pflegeheimen wegen der geringen Fluktuation nicht ins Gewicht fällt:

Pflegeheim	durchschn. systemisiert	geplante Belegung	tatsächl. Belegung	Differenz gepl./belegt
GZW	2.796	2.665	2.617	- 48
PBG	970	964	952	- 12
PLI	407	406	400	- 6
SMZO	405	399	399	0
PKL	274	273	269	- 4
PHY	250	238	241	+ 3
PSA	208	179	193	+ 14
PSO	147	146	145	- 1
FPP	130	125	126	+ 1
PHS	126	124	123	- 1
	5.713	5.519	5.465	- 54
FPY	135	132	131	- 1
FPB	57	55	48	- 7
zus.	5.905	5.706	5.644	- 62

Aus dieser Aufstellung geht hervor, dass der KAV mit einem Angebot an 5.905 Betten den Vorstellungen des Berichtes „Hilfe im hohen Alter“ in etwa gerecht wurde. Allerdings muss hierzu erwähnt werden, dass die Angabe der durchschnittlich systemisierten Betten im Jahre 1999 nicht ganz der Realität entsprach. Beispielsweise wurden im GZW nicht 2.796 Betten, sondern max. 2.740 Betten durchschnittlich

angeboten, wie das auch aus der Selbstdarstellung des Hauses im Internet hervorging.

Hinsichtlich der vom Kontrollamt aus den geplanten Pflagetagen errechneten Bettenbelegung wird bemerkt, dass eine Unterschreitung der geplanten Belegung um insgesamt 1,1% zwar relativ gering ist, im Einzelnen betrachtet standen aber lt. den Aufzeichnungen z.B. im GZW 48 Betten bzw. im PBG zwölf Betten das ganze Jahr leer, deren Belegung geplant war. Wie die Erhebungen ergaben, lag dies u.a. auch daran, dass die Planzahlen nicht immer genau nachvollziehbar und auch in den verschiedenen Darstellungen etwas unterschiedlich waren.

Im Hinblick darauf, dass die Zahl der geplanten Betten für die Erstellung eines outputorientierten Budgets eine wichtige Rolle spielt, wurde empfohlen, in Zukunft sowohl der Bettensystemisierung als auch der Planung der tatsächlichen Bettenbelegung erhöhte Bedeutung beizumessen.

*Stellungnahme der Generaldirektion des Wiener Krankenanstaltenverbundes:*

Eine Unterschreitung der geplanten Belegung um insgesamt 1,1% erscheint – wie im Bericht des Kontrollamtes angeführt – auf eine Vollausslastung von 100% bezogen als relativ gering. Diese Abweichung rührt von zum Teil kurzfristig notwendig gewordenen längeren Bettensperren (Baukomplifikationen etc.) und den verstärkt ins Gewicht fallenden Kurzzeit- und Urlaubspflegen her. Der Anregung des Kontrollamtes, sowohl der Bettensystemisierung als auch der Planung der Bettenbelegung erhöhte Bedeutung beizumessen, wird entsprochen werden.

1.3 Abgesehen von den rein quantitativen Leistungsparametern wurden noch weitere nachfolgend beschriebene Leistungsindikatoren erhoben.

1.3.1 Im Jahre 1999 wurden vom KAV in einzelnen Häusern auch besondere Betreuungsformen angeboten:

Pflegeheim	Urlauberbetten	Wohnheimbetten	Kurzzeitpflege
GZW	9	97	67
PBG	–	–	21
PLI	6	52	–
SMZO	5	–	–
PSA	5	15	–
PSO	–	–	12
FPP	–	–	24
zus.	25	164	124

Darüber hinaus wurden im GZW 20 systemisierte bzw. 17 tatsächlich belegbare Betten als Hospizbetten geführt. Drei Betten waren deswegen nicht belegt worden, weil ein Besprechungszimmer für Angehörige eingerichtet worden war. Das Kontrollamt empfahl daher – trotz starker Nachfrage nach Hospizbetten -, im Sinne der Ordnungsmäßigkeit eine entsprechende Absystemisierung vorzunehmen.

Die Hospizbetreuung wird entsprechend den Vorgaben des Österreichischen Krankenanstaltenplanes 2001 in Zukunft als Teil des Krankenhauses Lainz geführt werden. Lt. ÖKAP sind 20 Betten vorgesehen, die jedoch aus den vom Kontrollamt ausgeführten Gründen nicht in Betrieb genommen werden können. Eine ordnungsgemäße Absystemisierung ist vorgesehen.

Die Auslastung der übrigen besonderen Betreuungsangebote betrug durchschnittlich rd. 97% bei den Wohnheimbetten, bei den Urlauberbetten jedoch nur rd. 66% (Pflagetage in Prozent der auf Grund der systemisierten Betten möglichen Tage). Für die Kurzzeitpflegebetten wurde keine gesonderte Statistik geführt.

Weitere spezielle intensive Betreuungsformen, wie z.B. die Betreuung von Personen mit Altersdemenz oder apallischem Syndrom („Enthirnungssyndrom“ z.B. nach Unfällen) im GZW, waren weder angebots- noch auslastungsmäßig im Jahre 1999 in der Bettenstatistik separat ausgewiesen.

Da auch auf dem Sektor der Altenpflege Spezialisierungen immer mehr in den Vordergrund treten und diese auch für die Ausstattung der Häuser und vor allem für die damit verbundenen Kosten von besonderer Bedeutung sind, wurde vom Kontrollamt empfohlen, das Angebot besonderer Betreuungsformen auch in den Statistiken – den tatsächlichen Gegebenheiten entsprechend – zum Ausdruck zu bringen.

### 1.3.2 Die Verweildauer der Pfleglinge zeigte von Haus zu Haus starke Abweichungen:

Während die beiden Förderpflegeheime FPB und FPY im Jahre 1999 nach der Berechnungsmethode des KAV für Langzeitpatienten eine durchschnittliche Verweildauer von mehr als elf Monaten aufwiesen, verweilten die Pfleglinge des FPP im Durchschnitt nicht einmal fünf Monate. Eine relativ lange Verweildauer wies noch das PHY mit 321 Tagen auf, eine relativ kurze durchschnittliche Verweildauer dagegen das PSO mit 187 Tagen und das GZW mit 192 Tagen. Die durchschnittliche Verweildauer der übrigen Pflegeheime bewegte sich zwischen 217 und 274 Tagen.

Hiezu musste bemerkt werden, dass es sich hierbei um die durchschnittliche Verweildauer sämtlicher Pfleglinge des betreffenden Pflegeheimes handelte, die somit aus verschiedenen Betreuungsformen (s. Punkt 1.3.1) resultierte. Sie war als Durchschnittszahl nicht sehr aussagekräftig, weshalb vom Kontrollamt empfohlen wurde, eine Auffächerung der Verweildauer nach den besonderen Betreuungsangeboten in die laufenden, zentral zugängigen Statistiken aufzunehmen.

### 1.3.3 Zur medizinischen Leistungskomponente war Folgendes festzustellen:

Die Pflegeheime des KAV werden nicht als Krankenanstalten gem. § 1 Abs. 3 des Wiener Krankenanstaltengesetzes (Wr. KAG) geführt, also weder als Sonderkrankenanstalten, d.h. Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke (Z. 2), noch als Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (Z. 4). Sie gelten gem. § 15 Abs. 2 des Wiener Sozialhilfegesetzes (WSHG) als Einrichtungen für Personen mit einer Behinderung oder einer unheilbaren

Eine detaillierte Leistungsdokumentation von ausgewiesenen Spezialbereichen ist ab sofort durch das verbesserte EDV-System möglich und wird auch im Zusammenhang mit der Einführung der Kostenrechnung in Pflegeheimen (die entsprechenden Vorarbeiten sind bereits im Laufen) erfolgen. Die besonderen Betreuungsformen werden ein Teil der statistischen Auswertungen sein.

Abgesehen von den allein durch die Unterschiedlichkeit der Klienten (in den Förderpflegeheimen einerseits und den Geriatriezentren und Pflegeheimen andererseits) bedingten Unterschieden in der Verweildauer zeigen sich auch bei den „traditionellen“ Pflegeheimen und Geriatriezentren Unterschiede, die u.a. auch in einer forcierten Entlassungspolitik (z.B. im GZW) begründet sind. Die relativ lange mittlere Verweildauer im PHY liegt mutmaßlich vor allem an der etwas anderen Selektion der aufgenommenen Patienten hinsichtlich deren Aufnahmediagnose und Alter. Der Anregung des Kontrollamtes nach einer Auffächerung der Verweildauer nach den Betreuungsangeboten bzw. den häufigsten Aufnahmediagnosen kann durch die Einführung der neuen EDV bereits in unmittelbarer Zukunft entsprochen werden.

Krankheit, welche die Verrichtungen des täglichen Lebens nicht selbst vornehmen können und der stationären Pflege und sozialen Betreuung bedürfen.

Sie fallen daher nicht unter die Bestimmung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. 745/1996, welches im § 1 Abs. 1 für Träger von Krankenanstalten u.a. die Erfassung der in stationärer Pflege befindlichen Pfléglinge nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) fordert. Dennoch wurden im Jahre 1999 bei Aufnahme von Pfléglingen in die Pflegeheime des KAV ICD-Diagnosen erfasst.

Eine Auswertung der ICD-Diagnosen für das Jahr 1999 ergab:

ICD-Diagnose	Aufnahmen	
	abs.	in %
psychiatrische Krankheiten	1.095	28
Krankheiten des Kreislaufsystems	1.047	26
Verletzungen und Vergiftungen	545	14
Krankheiten des Nervensystems	279	7
Stoffwechselstörungen	233	6
Neoplasien (Neubildungen)	217	5
schlecht bezeichnete Affektionen (Krankheiten)	147	4
Krankheiten des Skeletts	129	3
Krankheiten der Atmungsorgane	66	2
Zustand nach chir. Eingriffen	49	1
restliche Krankheiten	178	4
insgesamt	3.985	100

Eine pflegeheimweise Analyse zeigte, dass der Prozentsatz der Aufnahmen wegen psychiatrischer Krankheiten, gemessen an den Aufnahmen des betreffenden Pflegeheimes, im Jahre 1999 auf alle Häuser in etwa gleich verteilt war (zwischen 26% und 39% der Aufnahmen). Das PHY wies – entsprechend seiner Spezialisierung – 63% an derartigen Diagnosen, das FPP dagegen nur einen Anteil von 9% auf. Hinsichtlich der Aufnahme Kreislaufferkrankter ragten das PKL mit 39% und das PHY mit nur 10% seiner Aufnahmen hervor. Pfléglinge mit Verletzungen und dem Zustand nach chirurgischen Eingriffen wurden zwar absolut gesehen am meisten im GZW aufgenommen, der Anteil der Aufnahmen (gemessen an den Aufnahmen des Hauses) lag aber im FPP mit 51% und im PSO mit 36% am höchsten. Die Aufnahme wegen Krankheiten des Nervensystems erfolgte absolut gesehen wieder am meisten im GZW, aber – bezogen auf die Aufnahmen des Hauses – verstärkt im PHS und im SMZO (15% bzw. 13%), die meisten Aufnahmen wegen Stoffwechselstörungen verzeichneten das PBG und das PSA (13% bzw. 12%). Die Aufnahmen mit der Diagnose Neoplasie erfolgten sowohl mengenmäßig als auch bezogen auf die eigenen Aufnahmen verstärkt im GZW (8% der Aufnahmen). Pfléglinge mit Erkrankungen der Atmungsorgane wurden – abgesehen vom GZW (mit insgesamt 41 von 66 Aufnahmen) – prozentuell stärker im FPP und im PSA (je 7% der Aufnahmen des betreffenden Hauses) aufgenommen.

Es zeigte sich demnach, dass im Jahre 1999 zwar in den einzelnen Häusern Schwerpunkte gesetzt worden waren, die Auswertung war aber nach Ansicht des Kontrollamtes zur Analyse der Leistungsstruktur der Pflegeheime allein nicht ausreichend, weil bei Langzeitpflegen die Diagnose, derentwegen der medizinische Aufwand hauptsächlich entsteht, nicht mit der Aufnahmediagnose übereinstimmen muss. Aus diesem Grunde war im Jahre 1999 auch die Erfassung so genannter „inter-

kurrenter Diagnosen“ zwar vorgesehen, die Datenqualität reichte aber – wie die Einschau zeigte – für eine diesbezügliche Auswertung nicht aus. Die ICD-Diagnosen wurden seitens des KAV daher auch nur dazu verwendet, um in der vorgesehenen Meldung an das zuständige Bundesministerium die durchgeführten medizinischen Leistungen dokumentieren zu können.

Das Kontrollamt begrüßte zwar die Tatsache, dass auch in den Pflegeheimen ICD-Diagnosen erfasst werden. Es war allerdings im Hinblick auf den Erfassungsaufwand der Ansicht, dass diese Daten nicht nur zur externen Meldung an das Bundesministerium, sondern auch intern zur Analyse der Leistungsstruktur der Pflegeheime und zur Erstellung eines outputorientierten Budgets herangezogen werden sollten. Es wurde daher empfohlen, bei der im Jahre 2001 geplanten EDV-Umstellung, von der auch die Diagnosenerfassung betroffen sein wird, besonderen Wert nicht nur auf die Erfassung der ICD-Aufnahmediagnosen, sondern auch auf die Erfassung interkurrenter Diagnosen zu legen und die diesbezüglichen Auswertungen nicht nur dem zuständigen Bundesministerium, sondern auch der KAV-eigenen Abteilung Finanz und dem Controlling zur Verfügung zu stellen, da die medizinische Komponente oft zur Begründung von Kostenunterschieden herangezogen wird.

1.3.4 Zur Beurteilung der pflegerischen Leistungskomponente gab es zwei Möglichkeiten:

1.3.4.1 Das Kontrollamt beabsichtigte zunächst, als Leistungsparameter die Einstufung der Pfleglinge in die lt. Bundespflegegeldgesetz (BPGG) bzw. Wiener Pflegegeldgesetz (WPGG) vorgesehenen sieben Pflegegeldstufen heranzuziehen. Hierzu wurde allerdings von der Leiterin der Abteilung „Patientenservice“ im GZW mitgeteilt, dass die Erfassung der Pflegegeldeinstufung im Jahre 1999 ihres Erachtens Mängel aufwies, sodass sich aus den EDV-mäßigen Auswertungen keine Aussagen über die tatsächliche Pflegegeldeinstufung treffen ließen. Als Begründung hierfür wurde z.B. angegeben, dass bei Aufnahme eines Pfleglings dessen Pflegegeldeinstufung zwar in das EDV-System eingegeben, spätere Veränderungen in der Pflegegeldeinstufung aber nicht mehr festgehalten werden würden.

Die Leiterin der Abteilung „Patientenservice“ verwies allerdings auch darauf, dass im Jahre 2001 eine Umstellung des EDV-Systems geplant sei, von der sie sich auch wesentliche Verbesserungen hinsichtlich der Erfassung und Auswertung der Pflegegeldeinstufungen erwarte.

Nach der Ansicht des Kontrollamtes hat die richtige Erfassung und Auswertung der Pflegegeldeinstufung nicht nur statistischen Wert, sondern stellt auch eine Voraussetzung für die laufende Kontrolle und Aktualisierung der Einstufungen dar, was v.a. für die Höhe der Leistungserlöse (s. Pkt. 3. des vorliegenden Berichtes) von Bedeutung ist. Das Kontrollamt hat daher zwar im vorliegenden Bericht davon Abstand genommen, die Pflegegeldeinstufung als Leistungsparameter heranzuziehen, es wird aber nach der vom KAV angekündigten EDV-Umstellung eine diesbezügliche Prüfung vornehmen.

Ab 2001 ist zur Dokumentation von Diagnosen in Österreich statt des ICD 9 die Verwendung des ICD 10 gesetzlich vorgeschrieben. Eine entsprechende Umstellung in den EDV-Systemen ist auch in den Wiener städtischen Pflegeheimen erfolgt.

Weiters wird – vermutlich im 4. Quartal 2001 – ein neues interdisziplinäres Patientenbeschreibungssystem auf PC- und Internet-Technologie zur Anwendung kommen, bei dem sowohl die medizinischen Diagnosen inkl. interkurrenter Erkrankungen als auch der Pflegebedarf entsprechend dem Wiener Modell bzw. der Reaktivierungsstufen abgebildet werden soll. Es ist dann ein differenzierter Nachweis in erster Linie medizinischer, therapeutischer und auch fachpflegerischer Leistungen möglich. Diese Ergebnisse werden auch für eine intensiviertere Planung herangezogen, womit der Empfehlung des Kontrollamtes entsprochen werden soll. Die Auswertungen werden über die Finanzabteilung dem Bundesministerium übermittelt werden.

1.3.4.2 Eine weitere Möglichkeit zur Beurteilung der pflegerischen Leistungskomponente stellte die Zuordnung der Pflegerlinge zu bestimmten Pflegeaufwandskategorien im Rahmen des „Wiener Modells – Personalberechnung“ (WMPB) dar. Diese erfolgt nach den jeweiligen Fähigkeiten der Pflegerlinge sowohl auf physischem als auch auf psychischem Gebiet anhand von jeweils 6 Kriterien und 5 Schweregraden mit Hilfe der EDV-Systeme „Pflegeaufwandskategorien“ und „Reaktivierungsstufen“. Während ein Pflegerling der Pflegekategorie 1 selbstständig essen und trinken kann, keine Hilfe bei der Körperpflege und Ausscheidung benötigt, selbstständig mobil ist, keine Hilfe bei medizinisch therapeutischen Maßnahmen (wie z.B. Medikamenteneinnahme) benötigt und auch psychisch (Verständigungsfähigkeit, Stimmungslage, Antrieb, Orientierung, Gedächtnisleistung, Kooperationsbereitschaft, Kontaktfähigkeit) unauffällig ist und daher nahezu keinen Pflegeaufwand verursacht, ist für einen Pflegerling der Pflegekategorie 5 allein für die Erfüllung der Grundbedürfnisse (Ernährung, Körperpflege, Ausscheidung) sowie für die eventuelle Wiederherstellung der Mobilität ein extrem hoher Zeitaufwand erforderlich. Im Falle der Immobilität wird meist ein spezielles Lagerungsprogramm benötigt, d.h. die Lage des Pflegerlings muss in regelmäßigen Abständen verändert werden, und auch die oben angeführten psychischen Fähigkeiten eines Pflegerlings der Kategorie 5 sind erheblich eingeschränkt. Dieser Gruppe sind z.B. auch schwerst demente Personen oder Personen mit apallischem Syndrom zuzurechnen.

Die diesbezüglichen Zuordnungen des Jahres 1999 wurden dem Kontrollamt von der Generaldirektion des KAV zur Verfügung gestellt, wobei die Richtigkeit dieser Auswertungen – zum Unterschied von der Einteilung nach Pflegegeldstufen – nicht in Frage gestellt wurde. Das Kontrollamt hat daher die Einstufung in Pflegekategorien als Parameter für das Ausmaß der pflegerischen Komponente in den einzelnen Pflegeheimen herangezogen.

Dem Vergleich unterzogen wurden 5.475 durchschnittlich belegte Betten, also sämtliche Betten mit Ausnahme jener der beiden Förderpflegeheime, die diesbezüglich eine Sonderstellung einnehmen. Die Differenz zu den vom Kontrollamt aus dem Verwaltungsbericht entnommenen 5.465 Betten war lt. Auskunft der Direktion Kranken- und Altenpflege v.a. darauf zurückzuführen, dass die Daten aus zwei verschiedenen EDV-Paketen stammten, die bei nachträglichen Korrekturen nicht aneinander angeglichen werden. In den 5.475 dem Vergleich unterzogenen Betten wurden im Jahre 1999 durchschnittlich (jeweils gerundet) Pflegerlinge folgender Pflegekategorien betreut:

Pflegeheim	P f l e g e k a t e g o r i e					Gesamtzahl der Pflegerlinge
	1	2	3	4	5	
GZW	212	535	922	794	157	2.620
PBG	71	152	344	325	66	958
PLI	28	76	127	126	44	401
SMZO	44	83	125	104	40	396
PKL	26	58	89	86	12	271
PHY	16	63	62	69	33	243
PSA	10	42	65	64	9	190
PSO	8	26	45	56	11	146
FPP	13	37	38	34	7	129
PHS	5	20	40	43	13	121
zus.	433	1.092	1.857	1.701	392	5.475

Wie aus dieser Aufstellung hervorgeht, handelte es sich bei den in den Wiener Städtischen Pflegeheimen im Jahre 1999 betreuten Pflegerlingen

zu rd. 65% um Pfl eglinge der Pflegekategorien 3 und 4. Der Anteil der Pfl eglinge mit geringerer Pflegebedürftigkeit belief sich auf rd. 8% (Pflegekategorie 1) bzw. rd. 20% (Pflegekategorie 2), jener der höchsten Pflegekategorie 5 auf rd. 7%.

Weiters geht aus der Aufstellung hervor, dass die Verteilung auf Pflegekategorien innerhalb der einzelnen Pflegeheime nur ansatzweise Schwerpunkte erkennen ließ. So fiel z.B. im GZW auf, dass zwar nicht absolut, aber im Verhältnis zur Gesamtzahl der betreuten Pfl eglinge, mit rd. 6% etwas weniger Personen der Kategorie 5 untergebracht waren als in anderen Häusern. Hierbei kam offensichtlich zum Tragen, dass weniger pflegeintensive spezielle Betreuungsangebote – wie z.B. betreutes Wohnen – pflegeintensive spezielle Betreuungsangebote (Station für Altersdemenz oder für Apalliker) mengenmäßig übertrafen. Das PLI wies zum Unterschied vom GZW mit rd. 11% einen Schwerpunkt in der Pflegekategorie 5 auf, während das SMZO im Jahre 1999 sowohl mehr Pfl eglinge der Kategorie 1 (rd. 11%) als auch der Kategorie 5 (rd. 10%) betreute. Dies dürfte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass der Neubau des SMZO auch nicht pflegeintensive alte Menschen anzog, während die Nähe zur Krankenanstalt SMZO für den Schwerpunkt bei der Kategorie 5 ausschlaggebend war.

Bei den nicht im Wiener Raum gelegenen Pflegeheimen ergab sich beim PKL mit rd. 10% ein relativer Schwerpunkt der Kategorie 1, beim PHY mit rd. 14% ein solcher der Kategorie 5, der offensichtlich wieder aus der Nähe zum Psychiatrischen Krankenhaus Ybbs an der Donau resultierte, während das PSA sowohl relativ wenige Pfl eglinge der Kategorie 1 als auch der Kategorie 5 hatte.

Von den übrigen Pflegeheimen fiel lediglich im PHS (mit rd. 10%) ein relativer Schwerpunkt der Kategorie 5 auf, der wieder aus der Nähe zur Krankenanstalt resultierte.

Zusammenfassend war daher zum Leistungsparameter Pflegekategorie zu sagen, dass angesichts des im Punkt 2.2 abgehandelten doch recht einheitlichen Bedarfes der einzelnen Pflegeheime an Pflegepersonal die vom KAV immer wieder als Begründung für Kostenunterschiede herangezogenen Auswirkungen nicht gegeben sein dürften. Dennoch wurde vom Kontrollamt – wie bei den ICD-Diagnosen – empfohlen, in Zukunft diesbezügliche Auswertungen auch der Abteilung Finanz und dem Controlling für die Bemessung und die Kontrolle der Einhaltung des Budgets zur Verfügung zu stellen.

Hiezu ist festzuhalten, dass sich die in einem gewissen Maße von der Pflegekategorie abhängigen Kostenunterschiede nur durch detaillierte Korrelationsrechnungen und Regressionsanalysen nachweisen oder verwerfen lassen. Unbestreitbar ist aber, dass die Pflegekategorie nicht nur den Pflegepersonalschlüssel determiniert, sondern auch eine Reihe von anderen kostenbestimmenden Faktoren, wie Ärzteschlüssel oder Sachausgaben beeinflusst. Der Empfehlung des Kontrollamtes, Auswertungen auch der Abteilung Finanz und dem Controlling für die Bemessung und die Kontrolle der Einhaltung des Budgets zur Verfügung zu stellen, wird nicht zuletzt aus diesem Grund entsprochen werden.

## *2. Kostenstruktur der Pflegeheime des KAV*

2.1 Einleitend sei erwähnt, dass das Kontrollamt bei seinen folgenden Ausführungen – mangels einer nachvollziehbaren vollständigen Überleitung der Ausgaben der Pflegeheime in Kosten – überwiegend die Ausgaben des Jahres 1999 lt. Rechnungsabschluss der Stadt Wien, die auch Anlass der Prüfung waren, an Stelle der Kosten herangezogen hat. Eine Kostenrechnung ist für die Pflegeheime gesetzlich nicht vorgeschrieben, wurde aber auch dort als Instrument der Kostenkontrolle stufenweise eingeführt und konnte im Jahre 1999 zur näheren Analyse bestimmter Haushaltsposten (HHP) herangezogen werden. So wurden z.B. Analysen der HHP 458 (Mittel zur ärztlichen Betreuung und Ge-

Obwohl eine Kostenrechnung für die Pflegeheime gesetzlich nicht vorgeschrieben ist, wird in Zukunft dieses Instrument auch in den Langzeiteinrichtungen des KAV zur Kostenkontrolle stufenweise zur Anwendung kommen.



sundheitsvorsorge) und HHP 430 (Lebensmittel) anhand der Kosten (= tatsächlicher Verbrauch) vorgenommen, anstatt die Ausgaben lt. Rechnungsabschluss (= Einkauf) heranzuziehen.

Die Gesamtausgaben der Pflegeheime des KAV beliefen sich lt. Rechnungsabschluss im Jahre 1999 auf rd. 4.010,64 Mio.S (*entspricht 291,46 Mio.EUR*) und zeigten folgende Verteilung:

Personalausgaben	S 2.554.033.000,-	63,7%	<i>(entspricht 185.608.816,67 EUR)</i>
Investitionsausgaben	S 361.727.000,-	9,0%	<i>(entspricht 26.287.726,29 EUR)</i>
medizinischer Bedarf	S 121.636.000,-	3,0%	<i>(entspricht 8.839.632,86 EUR)</i>
Lebensmittelausgaben	S 100.692.000,-	2,5%	<i>(entspricht 7.317.573,02 EUR)</i>
sonstige Sachausgaben	S 755.614.000,-	18,9%	<i>(entspricht 54.912.610,92 EUR)</i>
Zuführung zu Rücklagen	S 116.936.000,-	2,9%	<i>(entspricht 8.498.070,54 EUR)</i>
zusammen	S 4.010.638.000,-	100,0%	<i>(entspricht 291.464.430,28 EUR)</i>

Anmerkung: Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

Bezieht man diese Gesamtausgaben auf einen Pflergetag, ergibt sich ein Satz von durchschnittlich rd. S 1.947,- (*entspricht 141,49 EUR*). Das Kontrollamt hat diesen Durchschnittssatz, der auch für Vergleiche mit privaten Anbietern herangezogen wird, näher analysiert. Hiebei ergab sich Folgendes:

Die Gesamtausgaben beinhalteten – abgesehen von der Zuführung zu Rücklagen – auch den Aufwand für Pensionszahlungen (Post 760) in Höhe von 360,97 Mio.S (*entspricht 26,23 Mio.EUR*) sowie Investitionsausgaben für die im Jahre 1999 noch nicht in Betrieb befindlichen Pflerbetten in den Pflerzentren Floridsdorf und Favoriten in Höhe von 126,52 Mio.S (*entspricht 9,19 Mio.EUR*) und einen Rest von 0,09 Mio.S (*entspricht 0,01 Mio.EUR*) an Personalausgaben für das nicht realisierte Projekt der Geriatriischen Poliklinik, die mit der Leistungserbringung im Jahre 1999 nicht unmittelbar in Zusammenhang standen. Zieht man diese Beträge von den oben angeführten Gesamtausgaben ab, so ergibt sich eine Summe von 3.406,12 Mio.S (*entspricht 247,53 Mio.EUR*), bezogen auf einen Pflergetag somit ein Durchschnittssatz von rd. S 1.653,- (*entspricht 120,13 EUR*).

Dieser Satz reduziert sich auf S 1.539,- (*entspricht 111,84 EUR*), wenn man noch die Investitionen abzieht. Er enthält dann nur mehr die mit der Leistungserstellung verbundenen Personal- und Sachausgaben der im Jahre 1999 in Betrieb befindlichen Pflerheime, weist aber im Einzelnen eine beträchtliche Bandbreite zwischen S 1.220,- (*entspricht 88,66 EUR*) und S 4.188,- (*entspricht 304,35 EUR*) je Pflergetag auf. Die teuersten Pflerheime waren hiebei die beiden Förderpflerheime

FPB: S 4.188,- (*entspricht 304,35 EUR*),  
 FPY: S 2.004,- (*entspricht 145,64 EUR*)

und die beiden auf der Baumgartner Höhe gelegenen Pflerheime

PHS: S 2.210,- (*entspricht 160,61 EUR*),  
 FPP: S 1.963,- (*entspricht 142,66 EUR*).

Gefolgt wurden diese Heime vom PSO mit S 1.733,- (*entspricht 125,94 EUR*) und den nicht im Wiener Raum gelegenen Pflegeheimen

PSA: S 1.646,- (*entspricht 119,55 EUR*),  
PKL: S 1.588,- (*entspricht 115,40 EUR*),  
PHY: S 1.523,- (*entspricht 110,68 EUR*).

Die drei eigenständigen Pflegeheime im Wiener Raum lagen ausgabenmäßig eng beisammen:

GZW: S 1.482,- (*entspricht 107,70 EUR*),  
PBG: S 1.453,- (*entspricht 105,67 EUR*),  
PLI: S 1.484,- (*entspricht 107,85 EUR*).

Das SMZO war mit S 1.220,- (*entspricht 88,73 EUR*) pro Tag jenes mit den geringsten Personal- und Sachausgaben.

Auffällig war, dass sich bei den nicht an Krankenanstalten angeschlossenen eigenständigen Pflegeheimen die Personalkomponente zwischen rd. 72% und 75% der angeführten Personal- und Sachausgaben bewegte, während sie in den Pflegeheimen, die den benachbarten Krankenanstalten angeschlossen waren, zwischen rd. 50% im PSO und 69% im SMZO betrug. Daraus könnte geschlossen werden, dass in den an Krankenanstalten angeschlossenen Pflegeheimen diverse Leistungen, für die eigenes Personal erforderlich wäre, von der Krankenanstalt „angekauft“ wurden und daher den Sachausgaben (HHP 728) zuzurechnen waren, oder dass die aus der Kostenrechnung der Krankenanstalt entnommenen Kosten des angeschlossenen Pflegeheimes so hoch angesetzt wurden, dass sich die Personalkomponente prozentuell verringerte.

2.2 Die Personalausgaben beliefen sich auf durchschnittlich S 1.065,- (*entspricht 77,40 EUR*) je Pfl egetag und wiesen eine Bandbreite zwischen S 841,- (*entspricht 61,12 EUR*) im SMZO und PHY und S 1.219,- (*entspricht 88,59 EUR*) im PHS bzw. S 2.509,- (*entspricht 182,34 EUR*) im FPB auf und waren vor allem auf die personelle Besetzung der einzelnen Pflegeheime zurückzuführen. Der in diesem Zusammenhang angestellte Vergleich zeigte beträchtliche Unterschiede sowohl beim medizinischen als auch beim Verwaltungs- und Betriebspersonal, nicht jedoch beim Pflegepersonal, dessen Zuteilung (wie bereits erwähnt) nach dem WMPB erfolgte.

Während sich die Bandbreite beim Pflegepersonal zwischen 1,3 Betten (FPY) und 2 Betten je Schwester (GZW, PLI, PKL, FPB) bewegte, entfielen auf einen Arzt im PHS 9,4 Betten, im FPP 18 Betten und im FPB 24 Betten. Im PSO hatte ein Arzt laut den vorhandenen Aufzeichnungen 48,3 Betten, im PHY 41,6 und im FPY sogar 65,5 Betten zu betreuen. In den restlichen Pflegeheimen bewegte sich die Bettenanzahl pro Arzt zwischen 23,6 im GZW und 30,7 im SMZO.

Auch die Anzahl des Verwaltungs- und Betriebspersonals zeigte erhebliche Unterschiede: Während die eigenständigen Pflegeheime, nämlich das GZW, das PBG und das PLI mit 4 bis 4,4 Betten je Person ähnlich ausgestattet waren, waren die beiden eigenständigen Pflegeheime außerhalb des Wiener Raumes, nämlich das PKL (mit 3) und das PSA (mit 2,2 Betten je Person) personalintensiver. Eine geringere Personalausstattung hatten die im Areal der Baumgartner Höhe gelegenen Pflegeheime, nämlich das FPB mit 6, das PHS mit 9,7 und das FPP mit 9,8 Betten je Person. Eine noch geringere Personalausstattung hatten die beiden Pflegeheime SMZO mit 10,1 Betten und PSO mit 13,2 Betten je Person. Aus der Reihe fielen die beiden Pflegeheime im Areal

des Psychiatrischen Krankenhauses Ybbs an der Donau, also das PHY mit 48,2 Betten pro Person und das FPY, das laut Aufzeichnungen über kein Verwaltungs- und Betriebspersonal verfügte.

Das restliche Personal (Psychologen, med.techn. Personal, Sanitätshilfspersonal, Abteilungshelferinnen) schwankte zwischen 0,9 Betten pro Person im FPB und 22,4 Betten pro Person im SMZO. Die drei Pflegeheime GZW, PBG und PLI mit 10,2 bis 10,9 Betten je Person zeigten wieder eine ähnliche Personalausstattung.

Während sich also beim Pflegepersonal eine ziemlich gleichmäßige Aufteilung zeigte, wiesen die übrigen Berufszweige eine größere Bandbreite auf. Inwieweit es sich bei einer relativ geringen Personalbesetzung um eine Verlagerung zum Sachaufwand oder einfach um Verrechnungsmängel handelte, war nicht ohne weiteren Aufwand nachvollziehbar und bleibt einer späteren Prüfung vorbehalten. Unabhängig davon wurde vom Kontrollamt empfohlen, in Zukunft die Personalbemessung – wie beim Pflegepersonal – auch für andere Berufsgruppen nach einer nachvollziehbaren Methode vorzunehmen.

2.3 Dividiert man die Sachausgaben aller Pflegeheime durch die Pflegetage, ergibt sich ein Durchschnitt von S 475,- (*entspricht 34,52 EUR*) pro Tag. Er resultiert aus einer Bandbreite zwischen S 376,- (*entspricht 27,32 EUR*) im PBG und S 1.679,- (*entspricht 122,02 EUR*) im FPB. Auffällig war, dass die in den eigenständigen Pflegeheimen für Sachausgaben aufgewendeten Beträge im unteren Bereich lagen und nur um rd. 18% voneinander abwichen, während die Sachausgaben der an Krankenanstalten angeschlossenen Pflegeheime wesentlich stärkere Abweichungen zeigten und – mit Ausnahme des SMZO – auch wesentlich höher waren als in den eigenständigen Pflegeheimen. So wendete z.B. das PHS mit S 991,- (*entspricht 72,02 EUR*) um rd. 161% mehr auf als das SMZO mit S 380,- (*entspricht 27,62 EUR*).

Die Sachausgaben bestanden zu etwas mehr als einem Drittel aus Entgelten für sonstige Leistungen von Gewerbetreibenden, Firmen und juristischen Personen und zu fast einem Fünftel aus Instandhaltungen. Zwischen rd. 10 und rd. 12% entfielen auf Lebensmittel und den medizinischen Aufwand.

2.3.1 Die Ausgaben auf HHP 728 – Entgelte für sonstige Leistungen von Gewerbetreibenden, Firmen und juristischen Personen beliefen sich im Jahre 1999 auf 336,21 Mio.S (*entspricht 24,43 Mio.EUR*), bezogen auf einen Pflegetag auf durchschnittlich S 163,- (*entspricht 11,85 EUR*) und wiesen ebenfalls eine große Bandbreite auf. Während sie sich bei den eigenständigen Pflegeheimen und beim Pflegeheim SMZO zwischen S 43,- (*entspricht 3,12 EUR*) im PBG und S 94,- (*entspricht 6,83 EUR*) im SMZO bewegten, betragen sie bei den übrigen Pflegeheimen zwischen S 596,- (*entspricht 43,31 EUR*) im PHY und S 1.335,- (*entspricht 97,02 EUR*) im FPB.

Diese Unterschiede überschritten nach Ansicht des Kontrollamtes das auf Grund der Verlagerung von den Personal- zu den Sachausgaben annehmbare Ausmaß. Lt. Auskunft des KAV waren sie zum Teil auf interne Verrechnungsmängel zurückzuführen, d.h., dass den angeschlossenen Pflegeheimen von den Krankenanstalten zu viele Kosten überrechnet wurden.

Obwohl es sich bei den gegenseitigen Verrechnungen um interne Ausgaben bzw. Einnahmen handelt und es auch im Hinblick auf die Deckelung der Krankenanstaltenfinanzierung und das nichtkosten-

Hiezu wird angemerkt, dass derzeit an Personalplanungsmethoden für den med.-techn. Dienst und die Ärzte gearbeitet wird. Da diese Methoden sehr komplex sind, ist die Umsetzung und Implementierung erst mittelfristig möglich. Trotzdem wird der KAV der Empfehlung des Kontrollamtes folgen und derartige Methoden suchen und bei Entsprechung zum Einsatz bringen.

Den Ausführungen des Kontrollamtes, dass die Verrechnung von Leistungen zwischen Krankenanstalten und angeschlossenen Pfl-

deckende Pflegeentgelt voraussichtlich keine Auswirkungen auf die effektiven Einnahmen hat, ist das Kontrollamt der Ansicht, dass die Verrechnung zwischen den Krankenanstalten und den Pflegeheimen rechnerisch richtig sein sollte. Es wurde daher empfohlen, in Zukunft der Verrechnung zwischen Krankenanstalten und Pflegeheimen erhöhte Bedeutung beizumessen.

geheim transparent, nachvollziehbar und rechnerisch richtig sein soll, wird zugestimmt. Durch betriebswirtschaftliche Umstellungen – insbesondere die flächendeckende Einführung von SAP – und durch die Neuorganisation bei Standortzusammenlegungen (Otto-Wagner-Spital, Geriatriezentrum Floridsdorf bzw. Favoriten, SMZ-Hietzing) sind entsprechende Verbesserungen in den Abrechnungsmodalitäten zu erwarten. Dies ist insbesondere durch die in einer Verantwortung liegende Verrechnung begründet. Zudem wird dies durch die Anwendung von SAP geradezu unumgänglich.

Nur durch eine korrekte transparente Abrechnung können sog. Synergieeffekte, wie sie durch Standortzusammenführung zu erwarten sind, auch dokumentiert und quantifiziert werden.

2.3.2 Eine nähere Analyse der auf der Haushaltspost 430 zu verrechnenden Ausgaben für Lebensmittel ergab, dass auf dieser HHP im Rechnungsabschluss nur bei den eigenständigen Pflegeheimen GZW, PBG, PLI, PKL und PSA sowie beim SMZO Buchungen aufschienen. Das bedeutet, dass – im Gegensatz zum SMZO, welches wie die anderen nicht eigenständigen Pflegeheime von Krankenanstalten mitversorgt wird – die für die Versorgung der Pflinglinge erforderlichen Lebensmittel im Verrechnungswege auf anderen HHP aufscheinen oder dass von deren Verrechnung überhaupt Abstand genommen wurde.

Bezog man die Lebensmittelausgaben für die Verpflegung der Pflinglinge und übrigen Teilnehmer an Mahlzeiten der eigenständigen Pflegeheime (HHP 430 000 100) inklusive SMZO auf einen Pflingtag, so ergab sich eine Bandbreite zwischen rd. S 50,- (*entspricht 3,63 EUR*) pro Pflingtag im PLI und PBG und rd. S 59,- (*entspricht 4,29 EUR*) im PKL bzw. S 64,- (*entspricht 4,65 EUR*) im PSA. Diese Bandbreite blieb auch bei einer genaueren, die tatsächlichen Verköstigungstage und Mahlzeiten berücksichtigenden Analyse bestehen bzw. wurde sie noch größer. Für weitere Analysen vermisste das Kontrollamt allerdings eine statistische Berücksichtigung jener Tage, an denen die Pflinglinge keine Verpflegung über die Küche erhielten, was z.B. bei Sondenernährung (Verrechnung auf HHP 458) der Fall ist.

Gesondert verbucht wurden im Jahre 1999, wie gem. VRV vorgesehen, die Ausgaben für Kongresse und Tagungen, Mineralwasser, Festtagsaktionen, Diplomfeiern und diagnostische Zwecke. Wenn es sich hierbei im Einzelnen auch nicht um große Beträge handelte, fiel hierbei dennoch beispielsweise das PKL auf, welches pro Pflingtag für Lebensmittel für medizinische und diagnostische Zwecke (HHP 430 000 800) mehr als zehnmal so viel aufwendete wie die anderen Häuser. Eine Einschau in die Belege der zuständigen Buchhaltungsabteilung zeigte, dass hier ausschließlich zusätzliche Getränke, wie Cola, Almdudler, diverse Fruchtsäfte und Bier für die Pflinglinge angekauft worden waren.

Im Hinblick auf den herrschenden Kostendruck und das Wirtschaftlichkeitsbewusstsein sind die Kosten einer optimalen Verpflegung der Pflinglinge von entscheidender Bedeutung. Es wurde daher empfohlen, eine Kalkulation der gesamten Verpflegung (also inklusive Heilnahrung und Diätetika) anzustellen und die Erfassung bei jenen Anstalten,

Den Empfehlungen des Kontrollamtes hinsichtlich einer detaillierten Kalkulation der gesamten Verpflegung wird nachgekommen werden. Hierzu darf ergänzend ausgeführt werden, dass Heilnahrung, Diätetika und Son-

die von den benachbarten Krankenanstalten versorgt werden, einheitlich und nachvollziehbar durchzuführen. Nach Vorliegen der entsprechenden Unterlagen ist vorgesehen, die Verpflegskosten einer gesonderten Prüfung durch das Kontrollamt zu unterziehen.

2.3.3 Der Durchschnitt des auf Haushaltspost 458 – Mittel zur ärztlichen Betreuung und Gesundheitsvorsorge verbuchten medizinischen Aufwandes lag lt. Rechnungsabschluss 1999 (bezogen auf einen Pflergetag) bei rd. S 59,- (*entspricht 4,29 EUR*) bzw. bei rd. S 30,- (*entspricht 2,18 EUR*) nur für pharmazeutische Spezialitäten (Medikamente). Er errechnete sich aus Werten zwischen rd. S 95,- (*entspricht 6,90 EUR*) im PHS und rd. S 24,- (*entspricht 1,74 EUR*) im PSA für den gesamten medizinischen Aufwand bzw. aus Werten zwischen rd. S 52,- (*entspricht 3,78 EUR*) im PHS und FPB und rd. S 10,- (*entspricht 0,73 EUR*) im PSA nur für die pharmazeutischen Spezialitäten.

Eine nähere Analyse der Ausgaben für pharmazeutische Spezialitäten anhand der Ergebnisse der Kostenrechnung des Jahres 1999 im GZW zeigte deutlich die Abhängigkeit der Kosten von der jeweiligen Betreuungsform. Während im Hospiz rd. S 62,- (*entspricht 4,51 EUR*), für die Versorgung von Apallikern rd. S 51,- (*entspricht 3,71 EUR*), für Rehabilitation rd. S 47,- (*entspricht 3,42 EUR*) oder für die Aufnahme-station rd. S 33,- (*entspricht 2,40 EUR*) pro Tag verbraucht wurden, beliefen sich die Kosten für die Langzeitbetreuung und das betreute Wohnen nur auf S 10,- (*entspricht 0,73 EUR*) und S 11,- (*entspricht 0,80 EUR*) pro Pflergetag.

Es zeigte sich aber auch, dass die an Krankenanstalten angeschlossenen Pflergeheime besonders hohe Ausgaben bei den pharmazeutischen Spezialitäten je Pflergetag aufwiesen, wie z.B. das FPB und das PHS mit rd. S 52,- (*entspricht 3,78 EUR*). Die Ausgaben der eigenständigen Pflergeheime lagen demgegenüber nur zwischen rd. S 36,- (*entspricht 2,62 EUR*) im PBG und rd. S 10,- (*entspricht 0,73 EUR*) im PSA.

Ebenso unterschiedlich verhielt es sich bei den Verbandsstoffen. Während die angeschlossenen Pflergeheime im Durchschnitt S 4,60 (*entspricht 0,33 EUR*) pro Pflergetag aufwendeten, beliefen sich die diesbezüglichen Ausgaben der drei eigenständigen Pflergeheime im Wiener Raum auf durchschnittlich S 2,35 (*entspricht 0,17 EUR*) pro Pflergetag.

Ein weiterer auffälliger Posten war die „Einmalwäsche“. Während im FPY fast keine Ausgaben für Einmalwäsche im Rechnungsabschluss aufschienen, beliefen sich die diesbezüglichen Ausgaben lt. Rechnungsabschluss in dem anderen Förderpflergeheim (FPB) auf rd. S 22,- (*entspricht 1,60 EUR*) pro Tag. Hierbei handelte es sich im Vergleich aller Pflergeheime um den Maximalwert, gefolgt vom PKL mit Ausgaben von rd. S 20,- (*entspricht 1,45 EUR*) pro Pflergetag bzw. S 18,- (*entspricht 1,31 EUR*) im PLI. Das GZW verzeichnete z.B. demgegenüber Ausgaben für Einmalwäsche von rd. S 10,- (*entspricht 0,73 EUR*) pro Pflergetag.

Die Ursachen für die angeführten Bandbreiten gingen aus den vom Kontrollamt untersuchten Leistungsparametern nicht hervor. In diesem Zusammenhang sollte v.a. – wie auch bei HHP 728 und HHP 430 – auf die gegenseitigen Verrechnungen Wert gelegt werden, um eine Basis für weitere Betriebsvergleiche zu schaffen.

derernährung überwiegend additiv als Supplement zur normalen Kost angeboten werden. Eine direkte Substituierung der gesamten Verpflegskosten ist durch den Einsatz von Heilnahrung nur bei den wenigen vollsondenernährten Patienten zu erwarten.

Die Höhe der Kosten der Mittel zur ärztlichen Betreuung (VRV-Post 458) stehen im engen Zusammenhang mit der speziellen medizinischen Zielsetzung und sind somit auch ein Spiegelbild der dem Klientel angepassten Betreuungsintensität.

Die doch sehr gravierenden Kostenunterschiede deuten aber auch auf unterschiedliche in-

2.4 Abschließend war zu den Ausgaben zu bemerken, dass der für 1999 veranschlagte Betrag von 4.221,97 Mio.S (*entspricht 306,82 Mio.EUR*) um 294,75 Mio.S (*entspricht 21,42 Mio.EUR*) oder 7,5% über dem Voranschlag des Jahres 1998 und um 395,80 Mio.S (*entspricht 28,76 Mio.EUR*) oder 10,3% über dem Rechnungsabschluss des Jahres 1998 lag. Lt. Auskunft des KAV war beabsichtigt, mit diesem Voranschlag zu signalisieren, dass die Stadt Wien beabsichtigte, im Jahre 1999 einen besonderen Schwerpunkt auf dem Sektor der Pflegeheime zu setzen. Eine nachvollziehbare Konkretisierung dieses Schwerpunktes konnte dem Kontrollamt vom KAV aber nicht mitgeteilt werden.

Wie aus den Zahlen des Rechnungsabschlusses hervorging, konnte dieser beabsichtigte Schwerpunkt in der vorgesehenen Deutlichkeit nicht gesetzt werden:

Ausgaben	RA 1999 Mio.S (Mio.EUR)	VA 1999 Mio.S (Mio.EUR)	RA 1998 Mio.S (Mio.EUR)
Personalausgaben	2.193,06 (159,38)	2.348,21 (170,65)	2.124,16 (154,37)
Pensionen	360,97 (26,23)	375,10 (27,26)	356,23 (25,89)
Investitionen	361,73 (26,29)	448,72 (32,61)	241,20 (17,53)
Instandhaltungen	166,07 (12,07)	154,13 (11,20)	148,16 (10,77)
Lebensmittel	100,69 (7,32)	118,18 (8,59)	103,11 (7,49)
med. Bedarf	121,64 (8,84)	143,37 (10,42)	121,97 (8,86)
sonst. Sachaufwand	589,54 (42,84)	634,26 (46,09)	569,57 (41,39)
	3.893,70 (282,97)	4.221,97 (306,82)	3.664,40 (266,30)
Zuführung zu Rücklagen	116,94 (8,50)	–	161,77 (11,76)
zusammen	4.010,64 (291,46)	4.221,97 (306,82)	3.826,17 (278,06)

Anmerkung: Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

Abgesehen davon, dass ein Betrag von 182,20 Mio.S (*entspricht 13,24 Mio.EUR*), den der KAV zunächst als Reserve einbehält und nicht auf die einzelnen Pflegeheime aufteilte, nicht benötigt wurde, konnte 1999 der für Investitionen vorgesehene Betrag um 86,99 Mio.S (*entspricht 6,32 Mio.EUR*) oder rd. 19,4% des geplanten Investitionsbudgets nicht ausgeschöpft werden; auch beliefen die Pensionen sich

terne Verrechnungsausancen hin, wobei z.B. bei Vorhandensein eigener Funktionsbereiche Ausgaben der Post 458 zugeordnet werden, bei Fehlen solcher Einrichtungen diese Kosten aber den medizinischen Fremdleistungen zugeordnet würden. Ungeachtet dessen wird der KAV seine Bemühungen um eine den tatsächlichen Aufwänden entsprechende zwischenanstaltliche Verrechnung intensivieren.

Hiezu wird bemerkt, dass allein die Tatsache, den Pflegeheimen einen gegenüber der Vorperiode deutlich höheren Ausgabenrahmen zuzuordnen, bereits ein Indiz für die diesbezügliche Schwerpunktsetzung ist. Unzweifelhaft und auch nachvollziehbar gab es eine Reihe von Maßnahmen, die einen Bedeutungszuwachs der Pflegeheime implizieren. Stellvertretend für viele andere Maßnahmen seien hier der Auf- bzw. Ausbau der Akutgeriatrie und der Palliativmedizin (GZW), die Einführung eines Geriatriischen Assessments und die laufenden Standardverbesserungen genannt.

Die nicht ausgeschöpften Budgetmittel – insbesondere auf dem Investitionssektor – waren im weitesten Sinne auf Unvorhersehbarkeiten im Bauablauf verschiedener Sanierungsmaßnahmen zurückzuführen. Die erwähnten „Einsparungen“ bei den Personalausgaben waren

lt. Rechnungsabschluss auf 360,97 Mio.S (*entspricht 26,23 Mio.EUR*) und nicht wie budgetiert auf 375,10 Mio.S (*entspricht 27,26 Mio.EUR*). Bei den übrigen Personal- und Sachausgaben kam es zu Minderausgaben in Höhe von 227,15 Mio.S (*entspricht 16,51 Mio.EUR*). Insgesamt beliefen sich die Minderausgaben – ohne Berücksichtigung der Rücklagenzuführungen – gegenüber dem Budget somit auf 328,27 Mio.S (*entspricht 23,86 Mio.EUR*) oder 7,8%. Dass die 2.082.846 geplanten Pflagetage um 1,1% unterschritten wurden (tatsächliche Pflagetage: 2.059.966), reduzierte zwar die pflage tagabhängigen Kosten, konnte aber für obige Minderausgaben nicht ausschlaggebend gewesen sein. Die tatsächlichen Ausgaben inklusive Rücklagenzuführungen lagen immerhin noch um 184,47 Mio.S (*entspricht 13,41 Mio.EUR*) oder 4,8% über jenen des Vorjahres.

Wenngleich eine Schwerpunktsetzung auf dem Sektor der Pflegeheime und Minderausgaben gegenüber dem Voranschlag an sich positiv zu bewerten waren, wurde vom Kontrollamt dennoch empfohlen, in Zukunft Budgetmittel für Schwerpunkte nur dann zu binden, wenn konkrete und in weiterer Folge auch nachvollziehbare Vorstellungen über die beabsichtigten Ziele vorhanden sind.

im Wesentlichen auf die Rücknahme von Mehrdienstleistungsentschädigungen (vor allem im Pflegebereich von 41 bis 48 Wochenstunden auf 40 Stunden) und auf die Umstellung der Anzahl der einzelverrechneten Mehrleistungen zurückzuführen.

Weiters ergaben sich bei den Vertragsbediensteten Minderausgaben gegenüber dem Voranschlag: Zielsetzung war, „mehr Personal an das Bett“ zu bringen, weshalb entsprechende Budgetmittel vorgesehen wurden. Die Attraktivität des Pflegeberufes an sich und vor allem die Bereitschaft junger Pflegepersonen, in einem Pflegeheim zu arbeiten und dort nur von alten Menschen umgeben zu sein, haben dies leider nicht in einem entsprechenden Ausmaß zugelassen.

Die wesentlichen Abweichungen beim Sachaufwand traten bei Lebensmitteln sowie bei den Mitteln zur ärztlichen Betreuung und Gesundheitsvorsorge durch die rückläufige Anzahl von Pflage tagen einerseits und wirtschaftlicheren Einkauf andererseits ein.

Der Empfehlung des Kontrollamtes wird aus der Sicht des KAV entsprochen, was wie folgt zu begründen ist:

Wie bereits unter Pkt. 1 des Kontrollamtsberichtes „Leistungsstruktur des KAV“ angeführt, sollte der KAV das Ziel verfolgen, in seinen Pflege- und Geriatriezentren hoch qualifizierte spezialisierte Leistungen unter spezieller medizinischer Betreuung anzubieten, was gleichzeitig einen Rückzug der städtischen Pflegeheime aus dem klassischen Pflegeheimbereich bedeutet. Selbstverständlich ist auf die Durchgängigkeit der Betreuungskette in Kooperation mit den privaten Anbietern Rücksicht zu nehmen. Auf Grund dieser Zieldefinition muss das derzeit sehr unterschiedliche Leistungsspektrum, das historisch gewachsen ist, schrittweise an das oben angeführte Ziel herangeführt werden.

Aus diesem Grund wurde (aufbauend auf den im Jahr 1997 vom Magistrat der Stadt Wien vorgelegten Bedarfs- und Entwicklungsplan der Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen) von der Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement und dem KAV das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im November 2000 mit der Durchführung des Projektes „Wiener Pflegeheimplan“ beauftragt. Zielsetzung des Projektes ist es, aufbauend auf einer Istanalyse der jetzigen Angebotsstrukturen, ein auf den Bedarf der Bewohner abgestuftes

und gleichzeitig überschaubares Angebot an stationärer Pflege zu schaffen. Das Angebot an Leistungen bzw. an Einrichtungen muss dazu je nach Zielgruppe und nach Betreuungs- und Behandlungsbedürfnissen differenziert werden. Dazu ist sowohl die Festlegung von Qualitätsstandards des Pflegeangebotes als auch die Bestimmung der Anzahl der benötigten Plätze erforderlich. Dieser Endbericht muss vereinbarungsgemäß im November 2001 den Auftraggebern vorgelegt werden und kann dann, vorbehaltlich der politischen Zustimmung, schrittweise umgesetzt werden.

In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass der Magistrat der Stadt Wien, vertreten durch die Magistratsdirektion – Verwaltungsorganisation (MD-VO) eine Untersuchung bzw. eine Analyse der Leistungsangebote der Stadt Wien für Senioren in Auftrag gegeben hat. Schwerpunktmäßig umfasst die Untersuchungs- und Beratungsgegenstand die Magistratsabteilung 12, die Magistratsabteilung 47 und die Geriatriezentren/Pflegeheime des KAV.

Bei der Umsetzung der beabsichtigten Ziele des KAV muss daher nicht nur das Ergebnis des Wiener Pflegeheimplanes, sondern auch das Ergebnis dieser Analyse in Betracht gezogen werden.

### 3. Einnahmen

3.1 Bei den Pflegeheimen handelt es sich rechtlich, wie erwähnt, um Einrichtungen gem. § 15 Abs. 2 Wiener Sozialhilfegesetz (WSHG). Gem. § 26 WSHG ist in diesem Fall der Empfänger der Leistungen zum Ersatz der für ihn aufgewendeten Kosten verpflichtet, soweit er über hinreichendes Einkommen oder Vermögen verfügt, wobei für Leistungen aus der stationären Pflege bei Beziehern von Pflegegeld zunächst dieses zum Kostenersatz heranzuziehen ist.

Die Pflegeentgelte für die Wiener städtischen Pflegeheime wurden gem. § 36 Abs. 2 WSHG von der Landesregierung durch Verordnung festgesetzt. Sie beliefen sich für das Jahr 1999 auf S 1.100,- (*entspricht 79,94 EUR*) pro Tag und wurden seit dem Jahre 1994 nicht erhöht. Es handelt sich hierbei um einen Mischsatz, der sowohl bei Unterbringung kaum pflegeintensiver Pfleglinge in einem Wohnheim als auch bei Unterbringung von Pfleglingen der höchsten Pflegegeldstufe verrechnet wird. Da nicht alle Pfleglinge über ein entsprechend hohes Einkommen oder Vermögen verfügen, entsteht eine Differenz zwischen dem Pflegeentgelt und den tatsächlichen Eigenleistungen des Pfleglings, die im Jahre 1999 – wie in den Vorjahren – zu Lasten der Stadt Wien ging. Sie erhöhte aber nicht den Abgang der Pflegeheime, sondern sie wurde von der Magistratsabteilung 47 getragen. Bei den auf HHP 810 – Leistungserlöse des Ansatzes der Pflegeheime (4210) im Jahre 1999 gebuchten Einnahmen handelte es sich daher im Wesentlichen um das Pflegeentgelt von S 1.100,- (*entspricht 79,94 EUR*) pro Pfl egetag.

Im Durchschnitt deckte das Pflegeentgelt im Jahre 1999 nur rd. 56,5% der gesamten auf einen Pfl egetag bezogenen Ausgaben von S 1.947,-



(entspricht 141,49 EUR) bzw. mit S 1.539,- (entspricht 111,84 EUR) rd. 71,5% der um die Investitionsausgaben bereinigten Gesamtausgaben. Die Differenz zwischen dem von der Landesregierung genehmigten Pflegeentgelt und den tatsächlichen Ausgaben ging im Jahre 1999 – wie in den Vorjahren – als Abgang der Pflegeheime ebenfalls zu Lasten der Stadt Wien und belief sich auf insgesamt 1.038,38 Mio.S (entspricht 75,46 Mio.EUR).

3.2 Stellt man auch bei den Einnahmen einen Vergleich mit dem Voranschlag an, so ergibt sich Folgendes:

Einnahmen	RA 1999 Mio.S (Mio.EUR)	VA 1999 Mio.S (Mio.EUR)	RE 1998 Mio.S (Mio.EUR)
Leistungserlöse			
HHP 810	2.845,20 (206,77)	2.303,95 (167,43)	2.385,31 (173,35)
Rücklagen	55,43 (4,03)	–	42,51 (3,09)
sonst. Einnahmen	71,63 (5,21)	45,45 (3,30)	45,80 (3,33)
zusammen	2.972,26 (216,-)	2.349,40 (170,74)	2.473,62 (179,76)

Hieraus geht hervor, dass bei den Einnahmen – im Gegensatz zu den Ausgaben – bei der HHP 810 – Leistungserlöse ein Voranschlag erstellt wurde, der unter jenem des Ergebnisses des Jahres 1999 lag. Dies geschah offensichtlich im Einklang mit dem Rückgang an Pflgetagen. Im Jahre 1998 waren 2.114.516 Pflgetage angefallen, für 1999 waren 2.082.846 Tage geplant, tatsächlich fielen nur 2.059.966 an. Trotzdem wurden Mehreinnahmen auf der HHP 810 in der Höhe von rd. 541,25 Mio.S (entspricht 39,33 Mio.EUR) oder 23,5% erzielt.

Wie das Kontrollamt feststellte, beruhten 92% dieser Mehreinnahmen auf Nachverrechnungen an die Magistratsabteilung 47, da in der ersten Hälfte des Jahres 1998 in der im GZW angesiedelten Buchhaltung für die Pflegeheime der Stadt Wien die manuelle Verrechnung durch eine EDV-Lösung ersetzt worden war. Bedingt durch die Umstellung wurden auch die Rückstände aufgearbeitet, sodass für 1999 und früher gegenüber der Magistratsabteilung 47 eine Gesamtforderung in der Höhe von 2.201,71 Mio.S (entspricht 160 Mio.EUR) gegeben war. Der im Budget der Magistratsabteilung 47 hierfür vorgesehene Betrag belief sich allerdings nur auf rd. 1.218,56 Mio.S (entspricht 88,56 Mio.EUR), weshalb für das Jahr 1999 ein Überschreitungsantrag in der Höhe von rd. 497 Mio.S (entspricht 36,12 Mio.EUR) gestellt werden musste und die restlichen rd. 486,15 Mio.S (entspricht 35,33 Mio.EUR) im Jahre 2000 abgegolten wurden. Von einer Budgetierung der im Vorhinein bekannten Nachverrechnungen war laut Auskunft des KAV unter Hinweis auf die Haushaltsordnung Abstand genommen worden.

Die nicht periodengerechte unvollständige Verrechnung der vom eigenen Sozialhilfeträger (Magistratsabteilung 47) zu vergütenden Teile des Pflegeentgeltes war bereits Gegenstand eines Kontrollamtsberichtes (s. TB 1998, S. 109 ff.) gewesen. Es war in diesem Zusammenhang nochmals zu betonen, dass – auch wenn es sich um nach außen nicht wirksame Ausgaben und Einnahmen handelt – auf eine ordnungsgemäße, periodengerechte Verrechnung Wert zu legen ist.

3.3 Obwohl die Pfleglinge auch während ihres Aufenthaltes in einem Pflegeheim Sozialversicherungsbeiträge bezahlen, ruht derzeit ihr Anspruch auf die Abgeltung medizinischer Leistungen durch die Sozial-

Die Veranschlagung der Vergütungen zwischen dem KAV und dem eigenen Sozialhilfeträger (Magistratsabteilung 47) für das Jahr 1999 erfolgte bekanntlich im Rahmen des „Doppelbudgets 1998/1999“ bereits im Herbst 1997, sodass die im Budgetvollzug 1999 tatsächlich eingetretenen Einnahmen bzw. Ausgaben und damit die Abweichungen zum Voranschlag im Lichte dieser Vorgangsweise zu sehen sind.

Es ist seit Jahren ein Bestreben des KAV, für medizinische und therapeutische Leistungen in Pflegeheimen/Geriatriezentren eine zumin-

versicherung. Es zählt aber zu den Hauptaufgaben der Pflegeheime des KAV, die Pflinglinge während ihres stationären Aufenthaltes im Pflegeheim medizinisch und therapeutisch zu betreuen, wofür der jeweilige Sozialversicherungsträger dann aufkommen müsste, würden diese Leistungen in einer Krankenanstalt erbracht. Das Kontrollamt empfahl in diesem Zusammenhang, die diesbezüglichen Verhandlungen mit den Sozialversicherungsträgern nachhaltig zu verstärken.

#### 4. Zusammenfassung

Stellte man der Leistungsstruktur jene der Kosten gegenüber, so ließen sich die erheblichen Unterschiede der Kosten pro Pflingling und Tag zwischen den einzelnen Pflegeheimen mit Unterschieden im Leistungsspektrum, wie sie aus den zum Zeitpunkt der Prüfung vorhandenen Unterlagen hervorgingen, nicht begründen. Die Prüfung zeigte, dass insbesondere bei den den Krankenanstalten angeschlossenen Pflegeheimen ein Mangel in der Verrechnung der Kosten zwischen Pflegeheim und Krankenanstalt vorliegen musste. Einerseits schienen die gegenseitigen Verrechnungen zu Lasten der Pflegeheime zu gehen, andererseits dürfte auf Verrechnungen verzichtet worden sein.

Um in Zukunft aussagekräftige Unterlagen für betriebswirtschaftliche Zwecke zur Verfügung zu haben, war es nach Ansicht des Kontrollamtes einerseits erforderlich, zunächst die Verrechnung der Pflegeheimkosten so zu gestalten, dass sie die Realität abbilden, andererseits müssten aber auch die derzeitigen Parameter hinsichtlich der Leistungsstruktur überarbeitet werden. Wenn z.B. in dem eingangs erwähnten Bericht „Hilfe im hohen Alter“ davon ausgegangen wurde, dass die Pflegebetten des KAV hoch qualifizierte spezialisierte Leistungen anzubieten haben oder die Magistratsabteilung 47 in privaten Pflegeheimen soziale Hilfe erst ab einer Pflegestufe 3 gewährt, so müsste nach Ansicht des Kontrollamtes die Einstufung der Pflinglinge nach ihrem tatsächlichen Pflegeaufwand einen unabdingbaren Leistungsparameter und nicht nur statistische Größen darstellen, deren Richtigkeit in Frage zu stellen ist.

Erst nach Kenntnis der eigenen Kosten und nach Vorliegen geeigneter Leistungsparameter liegen nach Ansicht des Kontrollamtes die Voraussetzungen für Wirtschaftlichkeitsvergleiche (im Sinne eines Benchmarking) und für die Erstellung eines outputorientierten Budgets vor.

dest teilweise Kostenabgeltung von den Sozialversicherungsträgern zu erwirken. Auf Grund der bestehenden unterschiedlichen Rechtsstandpunkte, inwieweit ein Leistungsanspruch für bestimmte Leistungen an Pflinglingen während eines Aufenthaltes in einem Pflegeheim/Geriatriezentrum überhaupt besteht, konnte bis heute keine zufrieden stellende Lösung in dieser Angelegenheit erwirkt werden.

Im Zuge der „Unternehmung KAV“ wird ein neuer Versuch seitens der Generaldirektion unternommen werden, vorerst KAV-intern mit den in diese Thematik involvierten Fachbereichen eine fundierte Basis für neue Gespräche mit den Sozialversicherungsträgern zu erarbeiten und diese sodann in konstruktiven Verhandlungen auch entsprechend durchzusetzen.

Hiezu wird auf die Zielsetzungen und die sich daraus ergebenden Maßnahmen – Wiener Pflegeheimplan und Analyse der Leistungsangebote der Stadt Wien für Senioren – hingewiesen. Ebenfalls muss erwähnt werden, dass die Umsetzung der geplanten Maßnahmen sowohl hinsichtlich der Leistungsstruktur als auch der Finanzierung nur schrittweise vorgenommen werden kann.

Im Wiener Pflegeheimplan wird bei der Definition des Sollzustandes den Pflege- und Betreuungsstufen und den daraus folgenden Lei-

stungskatalogen sowie Qualitätsstandards ein hoher Stellenwert beigemessen. Die Umsetzung dieses Leistungsangebotes und dieser Qualitätsstandards wird auch die vom Kontrollamt angeführten Voraussetzungen für Wirtschaftlichkeitsvergleiche (im Sinne eines Benchmarkings) sowie die Kostentransparenz ermöglichen.

Wie bereits erwähnt, werden mit der Einführung von SAP bzw. der Kostenrechnung in den Pflegeheimen (vorgesehen ab 2002) jedenfalls die vom Kontrollamt angesprochenen Informationen (etwa hinsichtlich der Kosten) als Voraussetzung für ein Benchmarking im Bereich der Pflegeheime in vermehrtem Maße zur Verfügung stehen.

### **KAV (Wiener Krankenanstaltenverbund), Sicherheitstechnische und die Hygiene betreffende Prüfung des Geriatrizentrums Klosterneuburg**

Das Kontrollamt hat das Geriatrizentrum Klosterneuburg und anliegende Objekte im September 2001 einer sicherheitstechnischen und die Hygiene betreffenden Prüfung unterzogen. Diese führte zu folgendem Ergebnis:

#### *1. Allgemeines*

Das Geriatrizentrum besteht im Wesentlichen aus zwei dreigeschossigen Gebäudekomplexen, wovon das sog. Altgebäude vor rd. 250 Jahren und das Neubaugebäude vor rd. 150 Jahren errichtet wurde. Dem Altgebäude ist das ehemalige Wäschereigebäude angeschlossen, in dem u.a. die Werkstätte, das Wäschelager und der Exitusraum untergebracht sind. Außerdem sind im Nahbereich der beiden Anstaltsgebäude zwei in der Verwaltung des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) stehende Wohnhäuser situiert, wovon eines im Zeitpunkt der gegenständlichen Prüfung nicht mehr genutzt wurde. Im Geriatrizentrum Klosterneuburg standen im September 2001 rd. 280 Betten für die stationäre Betreuung zur Verfügung.

Die Anstalt, die im Verlaufe ihres Bestehens u.a. als „Irrenhaus“, Krankenhaus, Erziehungs- und Altenheim gedient hatte, wurde im Jahre 1971 in die Verwaltung der Stadt Wien übernommen und ab diesem Zeitpunkt vom KAV als Pflegeheim bzw. Geriatrizentrum geführt. Bis zum Jahr 1996 hatte sich die Anstalt noch zur Hälfte im Besitz des Landes Niederösterreich befunden. Mit Kaufvertrag vom 20. Februar 1996 erwarb die Stadt Wien auch diesen Anteil und ist seither Alleineigentümerin.

#### *2. Rechtliche Grundlagen*

2.1 Das Geriatrizentrum Klosterneuburg unterliegt hinsichtlich der Betriebsführung den Bestimmungen des niederösterreichischen Sozialhilfegesetzes – NÖ SHG, LGBl.Nr. 15/00. Die für die Gewährleistung der Sicherheit von technischen Anlagen und Einrichtungen erforderlichen Maßnahmen sind in einer Reihe von einschlägigen Bundes- und Landesgesetzen sowie in technischen Richtlinien geregelt. Hervorzuheben war in diesem Zusammenhang neben der niederösterreichi-