

Der Herr Bürgermeister richtete am 9. September 2003 ein Ersuchen gem. § 73 Abs 6 WStV an das Kontrollamt, das die Prüfung der Struktur und Qualität des geriatrischen Bereiches der Stadt Wien zum Inhalt hatte.

Im Hinblick auf die im stationären Bereich des Geriatriezentrums Am Wienerwald bekannt gewordenen Vorfälle umfasste die Einschau des Kontrollamtes die von der Stadt Wien im Rahmen der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund" (WKAV) und durch das Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser (KWP) angebotene stationäre Pflege sowie die Wahrnehmung der behördlichen Aufsichtspflicht durch die Wiener Landesregierung.

Die von den beiden angeführten Einrichtungen erbrachte Pflegequalität war überwiegend als sicher oder angemessen zu beurteilen. Bei einem erheblichen Teil der Einrichtungen des WKAV lagen jedoch bauliche Gegebenheiten vor, die mit einer Altenpflege nach modernen Gesichtspunkten nicht mehr vereinbar erschienen.

Den Zielsetzungen des vom Gemeinderat vor zehn Jahren beschlossenen Programms "Hilfe im hohen Alter" wurde im Geriatriezentrum am Wienerwald z.T. nicht entsprochen, weshalb empfohlen wurde, im Sinne dieses Beschlusses Maßnahmen zu setzen.

Die quantitativ erforderliche Personalausstattung für die Betreuung von Menschen mit hohem Pflegeaufwand war in den Einrichtungen des WKAV in noch nicht ausreichendem Maß gegeben, wobei auch die tatsächlichen Anwesenheitszeiten analysiert sowie die Dienstzeiten und die Ausbildung überdacht werden sollten.

Häufig waren auch Mängel in der Pflegedokumentation festzustellen, sodass die Einführung eines einheitlichen, interdisziplinären EDV-unterstützten Dokumentationssystems zielführend erschien.

Schließlich wären zur Schaffung ausreichender Ressourcen für die stationäre Versorgung alter Menschen die in einigen Studien enthaltene Empfehlung bezüglich einer sukzessiven Umwandlung von Wohnplätzen in Pflegeplätze umzusetzen.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Allgemeines	4
1. Rechtliche Grundlagen	4
2. Heimordnungen und Heimverträge	11
3. Politische Zielvorgaben und Studien zur geriatrischen Versorgung in Wien.....	12
II. Die geriatrischen Einrichtungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes	36
4. Organisation des WKAV	36
5. Pflegebetten	36
6. Ausgabenentwicklung	39
7. Leistungsangebot	42
8. Aufnahme und Einstufung der Bewohner nach den Pflegegeldstufen.....	43
9. Festlegung des Personalbedarfes	48
10. Personal in geriatrischen Einrichtungen des WKAV	50
11. Pflegepersonal.....	54
12. Fehlzeiten des Pflegepersonals.....	66
13. Mehrdienstleistungen sowie Fort- und Weiterbildung im Pflegebereich.....	68
14. Mindestpräsenz an Pflegepersonal auf den Stationen	72
15. Nicht unmittelbar in die Stationspflege eingebundenes Personal	77
16. Abteilungshelfer	82
17. Ärzte	84
18. Beschäftigung von Zivildienern und freiwilligen Helfern.....	89
19. Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit.....	92
20. Ausstattung der Pflegestationen.....	100
21. Maßnahmen zur Anhebung des Standards im patientennahen Bereich.....	105
22. Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Pflegebereich	122
23. Wahrnehmung der Dienstaufsicht in den geriatrischen Einrichtungen des WKAV	129
24. Beschwerdemanagement	131
25. Sofortmaßnahmen des WKAV nach einer Überprüfung durch die behördliche Aufsicht im GZW	135

26. Feststellungen des Kontrollamtes auf Grund unangekündigter Überprüfungen in einzelnen Stationen	142
III. Die geriatrischen Einrichtungen des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser sowie private Wohn- und Pflegeheime	158
27. Organisation des KWP	158
28. Pflegeplätze	159
29. Ausgaben	165
30. Leistungsangebot	165
31. Aufnahme und Einstufung der Bewohner nach den Pflegegeldstufen.....	166
32. Pflegegeld.....	167
33. Festlegung des Personalbedarfes	169
34. Pflegepersonal.....	172
35. Aufgaben des Pflegepersonals.....	173
36. Wahrnehmung der Dienstaufsicht in den Einrichtungen des KWP	176
37. Infrastruktur	177
38. Beschwerdemanagement.....	179
39. Maßnahmen zur Qualitätssicherung.....	181
40. Feststellungen auf Grund unangekündigter Überprüfungen in einzelnen Betreuungsstationen	182
41. Private Wohn- und Pflegeheime	184
IV. Behördliche Aufsicht.....	189
42. Wahrnehmung der behördlichen Aufsichtspflicht.....	189
V. Resümee.....	195
43. Abschließende Feststellungen und Empfehlungen des Kontrollamtes	195
VI. Anhang.....	202
Abkürzungsverzeichnis.....	202

I. Allgemeines

1. Rechtliche Grundlagen

1.1 Die Grundlage für die Aufnahme in ein Pflegeheim bildet das Gesetz über die Regelung der Sozialhilfe (Wiener Sozialhilfegesetz - WSHG).

Der § 1 dieses Gesetzes besagt, dass die Sozialhilfe jenen Menschen die Führung eines menschenwürdigen Lebens zu ermöglichen hat, die dazu der Hilfe der Gemeinschaft bedürfen. Die Sozialhilfe umfasst die Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes, die Hilfe in besonderen Lebenslagen und die sozialen Dienste. Weiters ist in diesem Gesetz geregelt, dass der Hilfe Suchende auf die Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes einen Rechtsanspruch hat. Zum Lebensbedarf zählt u.a. die Pflege, die in Form von Geldleistungen, Sachleistungen oder persönlicher Hilfe gesichert werden kann.

Gem. § 15 WSHG umfasst die Pflege die körperliche und persönliche Betreuung von Personen, die auf Grund ihres körperlichen oder geistig-seelischen Zustandes nicht im Stande sind, die notwendigen Verrichtungen des täglichen Lebens ohne fremde Hilfe zu besorgen. Diese kann innerhalb oder außerhalb von Pflegeheimen gewährt werden. Pflegeheime im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen für Personen mit einer Behinderung oder einer unheilbaren Krankheit, welche die Verrichtungen des täglichen Lebens nicht selbst vornehmen können und der stationären Pflege und sozialen Betreuung bedürfen. In den Pflegeheimen ist, soweit es nach dem Gesundheitszustand der dort untergebrachten Personen möglich und zweckmäßig ist, für Beschäftigungstherapie vorzusorgen.

Nach § 23 WSHG unterliegen Pflegeheime (§ 15 Abs 2 WSHG) der behördlichen Aufsicht. Aufsichtsbehörde ist die Landesregierung. Die Aufsicht ist dahingehend auszuüben, dass die Pflegeheime nach Führung und Ausstattung den technischen, organisatorischen, personellen und hygienischen Erfordernissen einer fachgerechten Sozialhilfe entsprechen. Im Sinne des Abs 3 hat die Aufsichtsbehörde die Pflegeheime hinsichtlich der obigen Ausführungen periodisch zu überprüfen und den Rechtsträgern der Heime mit Bescheid die Behebung festgestellter Mängel unter Setzung einer angemessenen Frist aufzutragen. Ferner sieht das WSHG unter bestimmten Voraussetzungen auch die

Möglichkeit vor, den Betrieb eines Heimes mit Bescheid zu untersagen. Diese behördliche Aufsicht oblag bis zum 25. September 2003 nach der Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien (GEM) der Magistratsabteilung 47 - Pflege und Betreuung, wobei eine ärztliche Mitwirkung durch die Magistratsabteilung 15 - Gesundheitswesen vorgesehen war. Mit Dienstanweisung MDA - 1993-1/03 wurde zum vorgenannten Datum die Aufsicht über öffentliche und private Pflege- und Wohnheime der Magistratsabteilung 15 übertragen.

1.2 Gem. § 36 WSHG obliegt Wien als Land als Träger von Privatrechten die Vorsorge für die Errichtung und Führung von Pflegeheimen. Der innere Betrieb der vom Land Wien selbst geführten Pflegeheime ist vom Sozialhilfeträger durch eine Heimordnung zu regeln, welche mindestens Bestimmungen über den Vorgang bei der Aufnahme und Entlassung von Pflegelingen, über das von diesen zu beobachtende Verhalten, über die Befugnisse des dort tätigen Personals sowie sonstige für einen ordnungsgemäßen Betrieb der Pflegeheime und eine einwandfreie Betreuung der Pflegelinge erforderliche Bestimmungen zu enthalten hat.

Der vorgenannten Verpflichtung Wiens, für die Errichtung und Führung von Pflegeheimen vorzusorgen, wird durch die Führung eigener derartiger Einrichtungen sowie vertragliche Vereinbarungen mit anderen Rechtsträgern zur Bereitstellung entsprechender Kontingentplätze nachgekommen. Für die von der Unternehmung WKAV geführten Pflegeheime wurden die auf Grund des WSHG erforderlichen Heimordnungen von der seinerzeitigen Magistratsabteilung 17 - Anstaltenamt erlassen.

Heime in anderen Bundesländern, in denen Pflegelinge untergebracht sind, für die Wien als Sozialhilfeträger zuständig ist, unterliegen unter Zugrundelegung der entsprechenden landesgesetzlichen Vorschriften der Aufsicht des jeweiligen Bundeslandes.

Für die drei vom WKAV in Niederösterreich betriebenen Pflegeheime gelten weiters auch die sonstigen Bestimmungen der niederösterreichischen (NÖ) Pflegeheim Verordnung. Diese beziehen sich insbesondere auf die bauliche und personelle Ausstattung, die Rechte und Pflichten des betreibenden Rechtsträgers sowie der Bewohner.

Für die in Wien gelegenen Heime war zum Zeitpunkt der gegenständlichen Prüfung eine derartige Rechtsnorm, wie unter Pkt. 1.5 dargestellt, noch nicht in Geltung.

1.3 Hinsichtlich des überwiegenden Teils des Betreuungspersonals gelten neben dienst- bzw. arbeitsrechtlichen Vorschriften auch Berufsgesetze, von denen insbesondere das Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuKG), das Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G) sowie das Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 - ÄrzteG 1998) zu nennen sind.

1.3.1 Das GuKG normiert die Tätigkeiten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Pflegehilfe und bestimmt, dass diese ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft ausüben haben. Weiters haben sie das Wohl und die Gesundheit der Patienten, Klienten und pflegebedürftigen Menschen unter Einhaltung der hierfür geltenden Vorschriften unter Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren, wobei ihnen auch eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung auferlegt ist.

Der § 5 des zitierten Gesetzes fordert die Dokumentation der von den Pflegepersonen gesetzten pflegerischen Maßnahmen, welche insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten hat.

Obwohl die genannte Berufsgruppe entsprechend diesem Gesetz einer Verschwiegenheitspflicht unterliegt, besteht u.a. im Fall des Verdachtes, dass eine Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält oder vernachlässigt wurde, eine Meldepflicht, sofern dies zur Verhinderung einer weiteren erheblichen Gefährdung des Wohls der betroffenen Person erforderlich ist. Eine ähnliche Bestimmung findet sich ebenfalls im für den ärztlichen Berufsstand geltenden ÄrzteG. Auch die Geschäftsordnung für den Magistrat der Stadt Wien (GOM) verpflichtet alle Bediensteten, wichtige, im Dienst wahrgenommene und den Dienst betreffende Vorfälle oder dienstlich bekannt gewordene strafbare Handlungen dem Vorgesetzten sofort zu melden.

Für den gehobenen Gesundheits- und Krankenpflagedienst legt das GuKG einen eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich fest, welcher u.a. die Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose), die Pflegeplanung, die Durchführung der Pflegemaßnahmen sowie die Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation) umfasst. Daneben besteht im Sinne des GuKG ein mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich, der die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung umfasst. Dabei trägt der anordnende Arzt die Verantwortung für die Anordnung, während dem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit obliegt.

Als erweiterten bzw. speziellen Tätigkeitsbereich nennt das GuKG u.a. die Leitung des Pflegedienstes an Einrichtungen, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen, wobei der Pflegedienstleitung die Verantwortung für die Qualität der Pflege und die Organisation der pflegerischen Maßnahmen in der gesamten Einrichtung übertragen wurden. Hierzu gehören z.B. die Überwachung, Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität und der Pflegeorganisation sowie die Führung und der Einsatz des Personals im Pflegebereich.

Für die Bediensteten der Berufsgruppe der Pflegehelfer normiert das GuKG, dass die Durchführung pflegerischer Maßnahmen nur nach Anordnung und unter Aufsicht von DGKP erfolgen darf. Zu diesen zählen u.a. die Durchführung von Grundtechniken der Pflege und Mobilisation, Körperpflege und Ernährung, Krankenbeobachtung, prophylaktische Pflegemaßnahmen, Dokumentation der durchgeführten Pflegemaßnahmen sowie Pflege, Reinigung und Desinfektion von Behelfen. In einzelnen Ausnahmefällen und zeitlich begrenzt dürfen die genannten Tätigkeiten ohne Aufsicht durchgeführt werden, sofern die Anordnung schriftlich erfolgt ist.

1.3.2 Das ÄrzteG führt zum Beruf des Arztes aus, dass die Ausübung desselben jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit umfasst, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird, insbesondere u.a. die Untersuchung auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen von körperlichen und

psychischen Krankheiten oder Störungen, von Behinderungen oder Missbildungen und Anomalien, die krankhafter Natur sind, die Behandlung solcher Zustände, die Vorbeugung von Erkrankungen etc. Gem. § 49 Abs 1 ÄrzteG ist der Arzt verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat sich entsprechend fortzubilden und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.

Auf Basis der Bestimmungen des ÄrzteG kann der Arzt im Einzelfall ärztliche Tätigkeiten an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind. Er trägt die Verantwortung für die Anordnung. Die ärztliche Aufsicht entfällt, sofern die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe bei der Durchführung übertragener ärztlicher Tätigkeiten keine ärztliche Aufsicht vorsehen.

Gem. § 51 Abs 1 ÄrzteG ist der Arzt verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere z.B. über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten und der erforderlichen Daten im Sinne des Arzneimittelgesetzes zu führen.

Grundsätzlich verpflichtet auch das ÄrzteG die Angehörigen dieses Berufsstandes zur Verschwiegenheit. Falls sich jedoch für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht ergibt, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die schwere Körperverletzung herbeigeführt wurde, hat dieser gem. § 54 Abs 4 - bis auf spezielle Ausnahmesituationen, die im Abs 5 angeführt sind - der Sicherheitsbehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten. Gleiches gilt im Fall eines Verdachts, dass eine volljährige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt,

gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist. In derartigen Verdachtsfällen sind Aufzeichnungen über die den Verdacht begründenden Wahrnehmungen zu führen.

Auch der Verwaltungsgerichtshof hat in seinem Erkenntnis GZ 89/09/0107 aus dem Jahr 1990 die Auffassung vertreten, dass ein Arzt, der bei der Ausübung seines ärztlichen Dienstes auf Unkorrektheiten von Angehörigen des Krankenpflegepersonals im medizinischen Bereich stößt, verpflichtet ist, diesen nachzugehen und sie aufzuklären oder ihre Aufklärung zu veranlassen hat.

1.4 Da die Regelung der Errichtung, der Erhaltung und des Betriebes von Heimen für Personen, die wohl ständiger Pflege, aber bloß fallweiser ärztlicher Betreuung bedürfen, in die Zuständigkeit der Länder fällt, existiert keine bundesweit einheitliche Rechtsnorm dieses Bereiches. Es wurde jedoch im Jahr 1993 eine Vereinbarung des Bundes und der Länder gem. Art 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen (Pflegevereinbarung) getroffen, in der sich Bund und Länder verpflichteten, innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches Mindeststandards für Sach- und Geldleistungen sicherzustellen. Als Ausfluss dieser Vereinbarung haben fast alle Bundesländer Gesetze bzw. Verordnungen, die die Errichtung und den Betrieb von Altenheimen, Pflegeheimen und Pflegestationen des jeweiligen Bundeslandes regeln, wie z.B. die bereits erwähnte NÖ Pflegeheim Verordnung, die Oberösterreichische (OÖ) Alten- und Pflegeheimverordnung und das Steiermärkische Pflegeheimgesetz, erlassen. Diese sind jedoch sehr unterschiedlich gestaltet, haben z.T. verschiedene Regelungsbereiche und regulieren bestimmte Bereiche, wie z.B. die Personalausstattung nur sehr allgemein bzw. legen sie detaillierte Personalschlüssel fest. Einige dieser Rechtsnormen legen auch die maximale Belagszahl der Zimmer fest. Die Länder Tirol und Wien haben diesen Abschnitt der Pflegevereinbarung noch nicht erfüllt.

1.5 Seitens der Magistratsabteilung 15 war dem Kontrollamt während der gegenständlichen Prüfung ein Entwurf eines Wiener Heimgesetzes (WHG) übermittelt worden, der folgende wesentliche Bereiche beinhaltet:

- den Abschluss eines schriftlichen Heimvertrages zwischen dem Heimträger und dem Heimbewohner,
- die Rechte der Heimbewohner und Maßnahmen zu deren Sicherstellung,
- Bestimmungen zur Personalausstattung sowie die Bestellung eines Heimleiters und je eines Verantwortlichen für die Bereiche Pflegedienst, Medizin, Hygiene und Technische Sicherheit,
- die Dokumentation über die Heimbewohner,
- die Qualitätsarbeit,
- Verschwiegenheitspflichten,
- die behördliche Aufsicht sowie
- die Einrichtung einer Heimkommission unter Vorsitz des Wiener Patientenanwaltes zur Unterstützung des Magistrats bei seiner Aufsicht und zu dessen Beratung in Heimangelegenheiten.

Der fünfte Abschnitt des vorliegenden Gesetzesentwurfes bestimmt, dass die Landesregierung durch Verordnung unter Berücksichtigung des tatsächlichen Betreuungs- und Pflegebedarfes so genannte Betreuungsgruppen auf Grund von pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Leistungen zu beschreiben, weiters Mindeststandards betreffend die Personalausstattung, die baulich-technische Ausstattung sowie Mindestinhalte des medizinischen und therapeutischen Konzepts festzulegen hat.

Die gemäß dem Gesetzesentwurf vorgesehene Einrichtung einer "Heimkommission" zur Unterstützung und Beratung des Magistrats bei seiner Aufsichtspflicht in Heimangelegenheiten unter dem Vorsitz des Wiener Patientenanwaltes, die auch regelmäßig den Betreuungs- und Pflegestandard der Heime zu beurteilen hätte, erschien dem Kontrollamt insbesondere deshalb bemerkenswert, weil bereits im Jahr 1995 eine "Expertenpflegeheimkommission" unter Vorsitz des damaligen Patientenanwaltes eingesetzt worden war, die gemäß der Mitteilung vom 27. Februar 1995, KAV-GD-104/95/P/AL, als ständige Einrichtung ihr zur Kenntnis gelangende Mängel und Missstände sowie Beschwerden und Anregungen von Patienten, Angehörigen und Pflegeheimpersonal zu behandeln hatte. Weiters wäre dem Generaldirektor des WKAV von dieser Kommission mindestens einmal jährlich, in Anlassfällen auch öfter über ihre

Tätigkeit, die auch die Unterbreitung von Vorschlägen enthalten sollte, zu berichten gewesen. Tatsächlich trat dieses Gremium jedoch insgesamt nur zweimal, nämlich zuletzt 1997, zusammen und erstattete auch - mit Ausnahme des Erstberichtes in Bezug auf im Jahr 1994 bekannt gewordene Vorfälle in den ehemaligen Pflegeheimen St. Andrä/Traisen und Liesing, die zur Einsetzung dieser Kommission geführt hatten - keinen der vorgesehenen jährlichen Berichte.

2. Heimordnungen und Heimverträge

2.1 Vom WKAV wurde mit 1. April 1994 eine Heimordnung für alle Pflegeheime der Stadt Wien in Kraft gesetzt, deren Geltungsbereich sich zunächst auch auf die drei nicht in Wien gelegenen Geriatriezentren erstreckte. Geregelt wurden in dieser allgemein gültigen Heimordnung u.a die Aufnahme in ein Pflegeheim der Stadt Wien, die Leistungen der Pflegeheime, das Pflegeentgelt und die Aufzeichnungen über den Gesundheitszustand der Pflinglinge. Weiters wurde in der Heimordnung festgelegt, dass die jeweilige Direktion des Pflegeheimes als Beschwerdeadressat bei Beschwerden im Zusammenhang mit dem Aufenthalt im Pflegeheim anzusprechen sei.

Für die in Niederösterreich gelegenen Heime wurden nach In-Kraft-Treten der NÖ Pflegeheim Verordnung vom WKAV speziell für diese Anstalten eigene Heimordnungen sowie Heimverträge entwickelt, die sich nicht unwesentlich von der ursprünglichen Heimordnung unterschieden. So wurde z.B. unter dem Kapitel "ärztliche Betreuung" festgelegt, dass die Bewohner auch Dienste ihres Hausarztes in Anspruch nehmen dürfen, wenn sie für die Kosten selber aufkommen, während in der gültigen, allgemeinen Heimordnung lediglich festgestellt wird, dass die Bewohner in den Pflegeheimen u.a. "ärztliche Behandlung" erhalten. Des Weiteren finden sich in den Heimordnungen genaue Informationen zu den Essens- und Besuchszeiten, zur Wäsche- und Zimmerreinigung und zur Nachtruhe. Schließlich sind in den zwischen dem Heimträger und dem Bewohner bzw. dessen Vertreter abzuschließenden Heimverträgen u.a. ebenfalls sowohl Bestimmungen über dessen Rechte und Pflichten als auch die Pflichten des Heimträgers, über das Leistungsangebot, das zu entrichtende Entgelt, Regelungen betreffend den Datenschutz und nicht zuletzt auch eine Information über die verschiedenen Beschwerdemöglichkeiten enthalten. Wie das Kontrollamt vom WKAV in Erfahrung

brachte, sollen nunmehr diese Heimverträge mit allen Bewohnern in niederösterreichischen Pflege- bzw. Geriatriezentren der Reihe nach abgeschlossen werden.

2.2 Nach Ansicht des Kontrollamtes wäre es dringend angezeigt gewesen, die derzeit noch gültige Heimordnung des WKAV durch ähnliche Bestimmungen zu ersetzen, wie sie bereits für die in Niederösterreich gelegenen geriatrischen Einrichtungen in Kraft gesetzt wurden, da diese sowohl zeitgemäßer als auch kundenorientierter als die bisher gültigen Regelungen sind. Ebenso hätte der WKAV raschest zur Erhöhung der Rechtssicherheit mit allen Bewohnern in den von ihm betriebenen geriatrischen Einrichtungen entsprechende Heimverträge abschließen sollen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Der Entwurf zum WHG sieht Bestimmungen über die Heimordnung und über die Inhalte des Heimvertrages vor. Da bis zum In-Kraft-Treten dieses Gesetzes noch Änderungen möglich sind, wurde jeweils ein Grobkonzept auf Basis der niederösterreichischen Rechtslage erstellt. Mit Vorliegen des endgültigen Textes des WHG wird - abhängig von diesem - eine Anpassung und eine flächendeckende Verwendung von Heimverträgen und Heimordnungen in den Geriatriezentren der Stadt Wien erfolgen.

3. Politische Zielvorgaben und Studien zur geriatrischen Versorgung in Wien

3.1 Innerhalb der letzten rund 25 Jahre wurden in einer Reihe von Kommissionen und von der Stadt Wien in Auftrag gegebenen Studien immer wieder Überlegungen zur Verbesserung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Betreuung alter Menschen angestellt, die auch in diversen Beschlüssen des Wiener Gemeinderates ihren Niederschlag fanden.

3.1.1 So wurde bereits im Jahr 1989 auf Initiative des damaligen Bürgermeisters eine Spitalsreformkommission ins Leben gerufen, die Vorschläge zur Verbesserung der Patientenversorgung und zur Erhöhung der Effizienz der städtischen Krankenanstalten

erstellen sollte, wobei die Schaffung des WKAV und die Stärkung der Eigenständigkeit und Eigenverantwortung der Spitäler (Dezentralisierung) nicht zuletzt auch auf die Empfehlungen dieser Kommission zurückzuführen waren.

Bezüglich der Pflegeheime wurde damals von der genannten Kommission empfohlen, in einem ersten Schritt die bestehenden gegenständlichen Einrichtungen zu regionalisieren, indem die Abteilungen den Bezirken zugeordnet werden und in weiterer Folge als Belegabteilungen geführte Bezirkspflegeabteilungen zu errichten, in denen die ärztliche Betreuung durch den jeweiligen Hausarzt erfolgen sollte. Ein schrittweiser Ausbau dieser Bezirkspflegeabteilungen könnte zum Entstehen von Bezirkspflegezentren führen und zukünftig die "Großanstalt Lainz" ablösen, die für Spezialaufgaben als geriatrisches Krankenhaus zur Verfügung stehen sollte. In den genannten Zentren läge der Schwerpunkt im Bereich Pflege und die ärztliche Betreuung könnte - wie bereits erwähnt - durch den Hausarzt erfolgen; durch diese Maßnahmen wäre es möglich, im künftigen "geriatrischen Krankenhaus Lainz" eine bessere Unterbringungsmöglichkeit für die Patienten durch eine deutliche Bettenreduzierung und durch Umbauten zu schaffen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Bezüglich der Empfehlung der Wiener Spitalsreformkommission über die Pflegeheime wurden im WKAV - in Anlehnung an die Schaffung des Sozialmedizinischen Zentrums Ost, das ein Schwerpunktkrankenhaus, ein Pflegeheim und ein Geriatrisches Tageszentrum umfasst - in den letzten Jahren weitere Sozialmedizinische Zentren im Sinne der Regionalversorgung geschaffen. So verfügt der WKAV derzeit über insgesamt fünf Sozialmedizinische Zentren, nämlich das SMZ-Ost, das SMZ-Nord (bestehend aus Krankenhaus und Geriatriezentrum Floridsdorf sowie Geriatrischem Tageszentrum), das SMZ-Süd (bestehend aus dem Kaiser-Franz-Josef-Spital, Geriatriezentrum Süd-Favoriten und Geriatrischem Tageszentrum), das SMZ Sophienspital (bestehend aus

dem Sophienspital sowie dem angeschlossenen Geriatriezentrum und Geriatrischem Tageszentrum) und das Otto-Wagner-Spital mit angeschlossenen Pflegezentrum. Überlegungen über ein SMZ-West, bestehend aus dem Wilhelminenspital und dem Kaiserin-Elisabeth-Spital sind im Gange.

Derzeit in Projektphase ist das SMZ-Hietzing, ein beabsichtigter Verbund aus dem Krankenhaus Lainz, dem Neurologischen Zentrum Rosenhügel und einem deutlich verkleinerten GZW.

Der WKAV wurde aufgefordert, die Vorteilhaftigkeit einer eigenen Teilunternehmung für Geriatriezentren zu prüfen. Die Erkenntnisse daraus werden die weitere Vorgangsweise ergeben.

Der Empfehlung hinsichtlich der Bezirkspflegezentren wird durch die Einrichtungen des KWP nachgekommen.

Neben einer Reihe anderer Empfehlungen wurde weiters damals u.a. angeregt, zur Linderung der Personalengpässe beim Pflegepersonal promovierten Medizinerinnen in Ausbildungskursen die Befähigung zu verschaffen, auch qualifizierten Pflegedienst zu erbringen. Das System der so genannten Funktionspflege sollte durch die Gruppenpflege, die den Patienten eine persönlichere Betreuung ermöglicht, abgelöst werden, darüber hinaus sollte in den Pflegeheimen ein Betreuungssystem, bei dem eine Pflegeperson die Verantwortung für mehrere Patienten hat, erprobt werden. Bei Um- und Neubauten sei eine Teilung der großen Stationen in zwei Pflegeeinheiten vorzunehmen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Empfehlung bzw. Anregung, zur Linderung der Personalengpässe beim Pflegepersonal promovierten Medizinerinnen in Ausbildungskursen die Befähigung zu verschaffen, auch qualifizierten Pflegedienst zu machen, wurde aufgegriffen. In Entsprechung des

GuKG wurden und werden promovierte Mediziner zu Pflegehelfern ausgebildet. Insgesamt wurden seit 1991 ca. 300 Mediziner zu Pflegehelfern ausgebildet. Die Führung von Pflegehelferaufschulungen für Mediziner im Pflegedienst hat sich aus der Sicht des WKAV bewährt und wird weitergeführt. Derzeit befinden sich 13 Mediziner in Ausbildung zu Pflegehelfern.

Das System der so genannten Funktionspflege wurde nach den Ergebnissen der Wiener Spitalsreformkommission in den Krankenanstalten und Pflegeheimen der Stadt Wien ab 1990 schrittweise auf ein ganzheitliches Pflegesystem (Gruppenpflege, Zimmerpflege, Bereichspflege) umgestellt. Eine Ist-Zustandserhebung hat ergeben, dass derzeit in den Wiener Krankenanstalten und Pflegeheimen zu ca. 92 % nach ganzheitlichen Pflegesystemen gearbeitet wird. An der Umstellung der restlichen 8 % wird gearbeitet.

Bei Um-, Zu- und Neubauten von Stationen wird das Planungshandbuch des WKAV herangezogen.

Weiters sollte durch ein speziell geschultes, administratives Personal (Abteilungssekretärinnen) die Möglichkeit geschaffen werden, dass Pflegepersonen "in ihren ureigenen Bereich, nämlich den Dienst am Patienten, zurückkehren". Ebenso wurde von der Kommission festgehalten, dass mittelfristig eine Dienstplanerstellung auf der Grundlage der 40-Stunden-Woche anzustreben sei, um die Verweildauer im Pflegeberuf nicht weiter absinken zu lassen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Schaffung von Abteilungssekretärinnen zur Entlastung des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals von administrativen Tätigkeiten wurde nach den Ergebnissen der Wiener Spitalsreformkommission an zwei Pilotstationen im Kaiserin-Elisabeth-Spi-

tal in Form eines Projektes getestet, allerdings in weiterer Folge auf Grund der Personalsituation im Bereich der Sekretärinnen nicht weiter verfolgt.

Die Dienstplanerstellung im Pflegedienst erfolgt seit 1994 im Rahmen einer 40-Stunden-Woche. Diese Diensteinteilung wurde mit der Umstellung vom so genannten "Radl-Dienst" auf eine flexible Diensteinteilung eingeführt und wird seither praktiziert. Allerdings sind zur Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes nach wie vor Überstunden erforderlich, die durch den sukzessiven Abbau der sogenannten pauschalierten Überstunden durch einzelverrechnete Überstunden kompensiert werden.

Nicht zuletzt wurde die Behandlung und Betreuung alter Patienten in Krankenanstalten und Pflegeheimen als besonders qualifizierte Tätigkeit eingestuft, für die das Betreuungspersonal mit speziellen Schulungen, laufenden Fortbildungen und Supervisionen entsprechend befähigt werden müsse.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Im Rahmen der Personalentwicklung sowie der jährlich laufenden Fort- und Weiterbildungsangebote im WKAV wird vor allem für das Pflegepersonal in geriatrischen Einrichtungen ein umfangreiches Bildungsangebot vorgehalten. Neben einem eigenen Altenpflege-seminar sowie einer Fortbildung "Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden" und einer Fortbildungsreihe "Spezielle geriatrische Pflege", welche obligat angeboten wird, gibt es zu speziellen geriatrischen Themen, wie "Validierende Pflege", "Basale Stimulation" und "Kinästhetik in der Pflege" individuelle Fortbildungsangebote.

Die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Supervision in Form von Team- aber auch Einzelsupervision gibt es im WKAV seit 1997.

3.1.2 Gemäß einem Beschluss des Gemeinderates vom 29. April 1993 wurde der von einer gemeinderätlichen Kommission erstellte Bericht "Hilfe im hohen Alter" angenommen und zugleich ein Programm für den weiteren Ausbau der gesundheitlichen und sozialen Betreuung alter Menschen in Wien beschlossen. Der Magistrat der Stadt Wien wurde beauftragt, seinen diesbezüglichen künftigen Maßnahmen das oben genannte Programm zu Grunde zu legen und die darin vorgesehenen Schritte umgehend zu setzen, wobei im Hinblick auf die stationäre Pflege und Betreuung insbesondere nachstehende Vorhaben zeitgerecht verwirklicht werden sollten:

- Schaffung von 750 zusätzlichen Pflegeplätzen innerhalb von sieben Jahren,
- Umgestaltung des Pflegeheimes Lainz in ein modernes Pflegezentrum sowie
- Schaffung von drei weiteren sozialmedizinischen Zentren (SMZ) neben dem SMZ-Ost.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Der WKAV hat den Bericht "Hilfe im hohen Alter" im Rahmen der Maßnahmen für eine Weiterentwicklung der Geriatrie als Grundlage genommen und die vorgesehenen Schritte gesetzt. So wurden u.a., wie bereits angeführt, weitere Sozialmedizinische Zentren (Nord und Süd) geschaffen. Die Umgestaltung des Pflegeheimes Lainz in ein modernes Pflegezentrum wurde mit der Schaffung von Aufnahmestationen, welche nach einem 2-jährigen Modellversuch 1997 als fixer Bestandteil des Pflegeheimes Lainz installiert werden konnten, sowie der Schaffung eines Ambulanzentrums, welches seit Frühjahr 1998 in Betrieb ist, einer eigenen Einheit für demente Patienten sowie der Apallikerstation, einer eigenen Einrichtung für langzeitbeatmete Patienten, welche 2002 den Golden Helix Award gewonnen hat, einer Abteilung für orthopädische Rehabilitation und orthopädische Langzeitbetreuung für geriatrische Patienten, begonnen und wird fortgesetzt. Hand in Hand mit einer Differenzierung des Leistungsangebotes geht die

schrittweise Sanierung der einzelnen Pavillons und der damit verbundenen Bettenreduktion. Insgesamt wurden vom 1. Jänner 1989 bis 1. Jänner 2004 im GZW 940 Betten abgebaut, eine deutliche weitere Bettenreduktion ist durch den Abbau der Sieben- und Achtbettzimmer im Gange.

Der Schaffung neuer Plätze wurde nicht nur durch die Einrichtung der neuen Sozialmedizinischen Zentren des WKAV entsprochen, sondern es wurde auch seitens der Stadt Wien die Errichtung privater Einrichtungen gefördert.

Unter Pkt. 5 "Qualitätssicherung und Ausbildung" des gegenständlichen Gemeinderatsbeschlusses wurden bezüglich der im stationären Bereich zu treffenden Maßnahmen die Schaffung eines Landesgesetzes über die Wohn- und Pflegeheime binnen zwei Jahren sowie verstärkte Bemühungen um die Anwerbung von diplomiertem Personal gefordert.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Der Entwurf zum WHG befindet sich derzeit in der Begutachtungsphase. Die Bemühungen um die Anwerbung von diplomiertem Pflegepersonal wurden durch Imagekampagnen, durch Inseratschaltungen, Wiedereinstiegsprogramme für diplomiertes Pflegepersonal und zahlreiche andere Maßnahmen verstärkt.

Weiters sollte gem. Pkt. 2 "Organisatorische Maßnahmen im Spital und Pflegeheim" des bereits erwähnten Programms die Belegung von Krankenstationen möglichst nach dem Schweregrad der Erkrankung und dem Pflegebedarf gemischt erfolgen und zur Sicherstellung der Privatsphäre von Patienten Ein- bzw. Zweibettzimmer eingerichtet werden. Darüber hinaus wäre der Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals - aber auch der Ärzte - zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender mehr Bedeutung beizumessen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Der WKAV plant auf Grund der Ergebnisse der Altersstudie und der derzeit zu erwartenden Umstrukturierungen im Sozialbereich, sich in Zukunft in überwiegendem Ausmaß Patienten mit hohem und höchstem bzw. spezialisiertem Pflege- und Betreuungsaufwand und dem Bedarf einer dichten ärztlichen Betreuung (Betreuungsgruppen D und D+) zu widmen.

Die Überlegungen, für diese Patienten Sonderkrankenanstalten für chronisch Kranke zu schaffen, werden derzeit im Rahmen eines Projektes des WKAV bearbeitet. Die Sicherstellung der Privatsphäre in Ein- bzw. Zweibettzimmern ist durch das Raum- und Funktionsprogramm des Planungshandbuches des WKAV, welches bei Zu-, Um- und Neubauten als Grundlage verwendet wird, gesichert.

Schließlich wurden unter Pkt. 8 "Pflegeheime" zur Verbesserung der Strukturen in derartigen Einrichtungen u.a. nachstehende Forderungen aufgestellt:

- Aus- und Umgestaltungen mit dem Ziel der Schaffung von persönlichen Bereichen,
- Verringerung der Belagszahl pro Zimmereinheit,
- Verbesserung von Wasch- und Badeeinheiten,
- stärkere Berücksichtigung der lebensstypischen Alltagsrhythmen und daran stärker angepasster Tagesablauf,
- Verstärkung der Animation und Aktivierung der Patienten durch hierfür besonders geschulte Bedienstete, jedoch unter Einbeziehung des Pflegepersonals,
- ständige Beobachtung von Patienten mit schweren geistigen und körperlichen Behinderungen zur Erkennung und Nutzung aufgehellter Momente sowie
- nach Möglichkeit Einbindung der Patienten in Betreuungsfunktionen zur Überwindung des Verlustes eines Lebensinhalts.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Zur Verbesserung der Strukturen in den Geriatriezentren wird im Rahmen von Zu-, Um- und Neubauten, wie bereits erwähnt, das Planungshandbuch des WKAV verwendet. Das dort festgeschriebene Raum- und Funktionsprogramm für geriatrische Stationen ermöglicht die Schaffung von Tag- und Nachtstrukturen für Bewohner, sieht die entsprechenden Sanitär- und Sozialräume sowie die erforderlichen Nebenräume vor und ermöglicht damit den Bewohnern auch den erforderlichen persönlichen Bereich. Die Differenzierung des Betreuungsangebotes und damit die Schaffung von eigenen Betreuungseinheiten für demente Patienten ermöglicht in Zukunft auch das besondere Eingehen auf die Bedürfnisse dieser Patienten. Die Verstärkung der Animation und Aktivierung der Patienten durch hierfür besonders geschulte Bedienstete erscheint aus heutiger Sicht nur durch Personalvermehrung und damit verbunden auch eine dementsprechende Finanzierung für diesen Bereich möglich zu sein.

Gemäß dem gegenständlichen Programm wurden auch vom KWP neben der Führung von Wohneinheiten Pflegeeinrichtungen in den Wohnheimen geschaffen, die es den Bewohnern ermöglichen, auch im Krankheitsfall im jeweiligen Haus zu bleiben. Plätze in diesen Betreuungsstationen, welche nicht von Pensionären der Wohnheime benötigt wurden, konnten auch mit auswärtigen Pfleglingen belegt werden. Somit stellte dieses Angebot eine Erweiterung der Pflegebetten in Wien dar, wobei das KWP zum Zeitpunkt der Berichtslegung über 1.082 Pflegebetten in Betreuungsstationen verfügte, von denen 286 durch auswärtige Pfleglinge belegt waren.

Darüber hinaus gab es 31 private Einrichtungen, in welchen die Magistratsabteilung 47 über Kontingente an Pflegeplätzen verfügte und für deren Bewohner die Stadt Wien im Rahmen ihrer Aufgaben als Sozialhilfeträger Kostenzuschüsse leistete.

3.1.3 In dem auf Grundlage der unter Pkt. 1.4 bereits angeführten Vereinbarung des Bundes und der Länder gem. Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen erstellten "Bedarfs- und Entwicklungsplan der Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen (BEP 97)" wird unter Pkt. 11 "Entwicklungstendenzen in den Pflegeheimen der Stadt Wien" u.a. ausgeführt, dass im WKAV für alle Bereiche - also auch für die Pflegeheime und Geriatriezentren - Standards für die bauliche Gestaltung, die Einrichtung und die Personalausstattung erarbeitet werden würden. Diese sollten schrittweise in den bereits bestehenden Pflegeheimen und Geriatriezentren umgesetzt werden und die Grundlage für Neubauplanungen bilden.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Im WKAV wurden für Neu-, Zu- und Umbauten Planungsstandards für Krankenhäuser und Geriatriische Zentren (Pflegeheime) erarbeitet, die mit Ende 2003 abgeschlossen und im Frühjahr 2004 veröffentlicht werden. In diesen Planungsstandards gemäß Planungshandbuch wurden Grundlagen, Kenndaten, Betriebsorganisation, Hinweise für Planung und Bau, Erläuterungen zu den Raumprogrammen sowie Beispiele über einzelne Räume definiert. Darüber hinaus sind für Umbauten in bestehenden Objekten Ausnahmen bei bestehenden Anlagen definiert.

Durch verstärkte PR-Arbeit - wie Tage der offenen Tür, Angehörigengesprächsrunden und diverse Veranstaltungen - werde versucht, das mögliche Leistungsangebot transparent darzustellen. Als unbürokratische Anlaufstelle für Angehörige, Patienten und Mitarbeiter sei lt. BEP 97 im Frühjahr 1995 eine Expertenpflegeheimkommission eingerichtet worden (s. Pkt. 1.5 des vorliegenden Berichtes).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Verstärkte PR-Arbeit durch Tage der offenen Tür, Angehörigengesprächsrunden und diverse Veranstaltungen erfolgt laufend

durch die einzelnen Geriatriezentren, wobei auch das Leistungsangebot dargestellt wird.

Zur Verbesserung der Betreuungsqualität der Patienten und der Infrastruktur in den Pflegeheimen war weiters geplant, in den bestehenden (alten) Einrichtungen die Anzahl der systemisierten Betten zu reduzieren. Ziel war es, den Pflegeheimstationen vermehrt Wohncharakter zu geben, wobei sich durch eine Reduktion der systemisierten Betten auch der Personalschlüssel verbessern sollte.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Zur Verbesserung der Betreuungsqualität der Patienten und der Infrastruktur sowie zur Anhebung des Personalschlüssels wurden in allen Geriatriezentren des WKAV im Zeitrahmen vom 1. Jänner 1989 bis 1. Jänner 2004 insgesamt 1.243 Betten (davon 940 im GZW) absystemisiert.

3.1.4 In einem von der Magistratsabteilung 47 im Juni 1998 erstellten und vom Gemeinderat am 30. November 1998 zur Kenntnis genommenen Maßnahmenbericht zu "Hilfe im hohen Alter" wurde unter Pkt. 4 "Stationäre Pflege und Betreuung" festgestellt, dass Wien - insbesondere unter Berücksichtigung von Veränderungen in den Einrichtungen des KWP - "derzeit quantitativ ausreichend mit Pflegeplätzen versorgt sei". Das Pflegezentrum Alsergrund des WKAV sei daher nicht realisiert, sondern stattdessen von einer privaten Wohlfahrtsorganisation das Pflege- und Sozialzentrum "Rennweg" errichtet worden.

Der WKAV habe bis Juni 1998 763 Betten absystemisiert, womit zu diesem Zeitpunkt in dessen geriatrischen Einrichtungen 5.994 Pflegeplätze zur Verfügung gestanden seien; der Bettenabbau habe Generalsanierungen und Umstrukturierungen ermöglicht. Geplant sei, nach Errichtung der Geriatriezentren Floridsdorf und Favoriten eine weitere Reduzierung der Pflegeheimbetten in den bestehenden Einrichtungen vorzunehmen, wobei auf Grund der Bedarfssituation insgesamt vom WKAV vorgesehen sei, 6.000

Pflegeheimplätze vorzuhalten. Der WKAV werde in Zukunft "hochbetagten" Menschen mit hohem Pflegeaufwand in diesen Pflegeeinrichtungen hoch qualifizierte spezialisierte Leistungen und spezielle medizinische Betreuung anbieten.

Die Arbeiten am Pflegeheimgesetz seien vorläufig zurückgestellt worden, da sich bei den Vorbereitungen Abgrenzungsprobleme hinsichtlich des Anwendungsbereiches gezeigt hätten.

3.1.5 Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) gab im November 1999 eine vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales beauftragte "Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder" heraus, die in Entsprechung der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen vorzulegen waren.

Zusammengefasst ergab der Soll-Ist-Vergleich der Bundesländer Entwicklungserfordernisse bezüglich

- des Angebotes der Heimplätze und deren Struktur,
- der baulich-räumlichen Bedingungen in den Heimen,
- der personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal sowie
- der Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung sowie der wirtschaftlichen Führung der Einrichtungen.

Wesentliche Aspekte waren hiebei nach Auffassung des ÖBIG die österreichweite Erhöhung des Angebotes an Pflegeplätzen zu Lasten von Wohnplätzen, die Höherqualifizierung des Personals und die Aufstockung der Zahl der Pflege- und Betreuungspersonen.

Weiters war der gegenständlichen Übersicht zu entnehmen, dass die Pflegeeinrichtungen in Wien mit den Pflegeheimen in anderen Bundesländern nicht vergleichbar wären, da sie "hoch medikalisiert" seien und über ständiges fachärztliches Personal sowie

medizinische Einrichtungen verfügten. Sie hätten den Status eines Krankenhauses, fielen aber von ihrer Finanzierung her in den Bereich des Sozialen.

Dazu war anzumerken, dass alle Pflege- bzw. Geriatriezentren der Stadt Wien im Krankenanstaltenkataster des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) als "Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen" gemäß dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz des Bundes (KAKuG) enthalten sind, obwohl es sich bei diesen Einrichtungen sowohl nach Ansicht des WKAV als auch der Magistratsabteilung 15 um keine Krankenanstalten gem. Wiener Krankenanstaltengesetz (Wr. KAG), sondern um Pflegeheime im Sinne des WSHG handelt.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Hiezu wird bemerkt, dass im Rahmen eines Projektes, welches derzeit vom WKAV durchgeführt wird, Überlegungen angestellt werden, inwieweit es für dominierend medizinische Bereiche der geriatrischen Versorgung vorteilhaft ist, diese in der Rechtsform von Krankenanstalten zu führen (Sonderkrankenanstalten, Departements, affilierte Einrichtungen). Im Rahmen dieses Projektes sind die Alternativen und ihre Auswirkungen darzustellen.

3.2 Im November 2000 wurde das ÖBIG von der Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement und der Generaldirektion des WKAV mit der Durchführung des Projektes "Wiener Pflegeheimplan" beauftragt, wobei die Erstellung des Berichts in enger Zusammenarbeit mit Auftraggebervertretern, Vertretern öffentlicher und privater Pflegeeinrichtungen sowie den betroffenen Berufsgruppen erfolgte.

3.2.1 Die Zielsetzung des Projektes bestand darin, aufbauend auf dem damals bestehenden Angebot an insgesamt 83 Wiener Pflegeeinrichtungen, die zum Stichtag 31. Dezember 1999 rd. 21.000 Wohn- und Pflegeplätze bereitstellten, und das von der reinen Hotelleistung über Grundpflege bis hin zu intensiver Pflege und permanenter

ärztlicher Betreuung reichte, ein entsprechend den Betreuungs- und Behandlungsbedürfnissen abgestuftes und gleichzeitig überschaubares Angebot an stationärer Pflege zu schaffen. Nachfolgend werden einige wesentlich erscheinende Punkte aus dem im November 2001 vorgelegten Endbericht dargestellt.

Prinzipiell wurden bei der Beschreibung des Soll-Standes zwei Bereiche voneinander unterschieden, nämlich

- der qualitative Soll-Stand mit Mindestqualitätsstandards und einer Beschreibung von Leistungsangeboten auf der Basis von definierten Betreuungsgruppen sowie
- der quantitative Soll-Stand, der eine Prognose der benötigten Anzahl der Pflegeplätze für die Jahre 2005 und 2010 enthält.

3.2.2 Im Rahmen von Expertenworkshops erfolgte die Definition von fünf Betreuungsgruppen (A, B, C, D und D+), die es künftig ermöglichen sollten, Pflegeheimbewohner entsprechend ihrem tatsächlichen Pflege- und Betreuungsaufwand zu kategorisieren, da das in Anwendung befindliche Pflegestufensystem gemäß den geltenden Pflegegeldgesetzen vor allem den pflegerischen Bedarf von geistig und psychisch eingeschränkten Personen nur zum Teil oder gar nicht berücksichtigte. Abhängig von der Betreuungsgruppe wurde ein Leistungskatalog entwickelt, der pflegerische, ärztliche und therapeutische Angebote bzw. Leistungen enthält.

Hinsichtlich des Bedarfes an ärztlichem Personal wurden im gegenständlichen Bericht Abstufungen von der Sicherstellung der ärztlichen Leistung bei Bedarf bzw. freier Arztwahl für die Betreuungsgruppe A bis hin zur Rund-um-die-Uhr-Präsenz von Ärzten für Pflegeheimbewohner der Betreuungsgruppe D+ getroffen. Für den Bedarf an Pflegepersonal wurde pro Betreuungsgruppe einerseits der Personalschlüssel, andererseits die Personalzusammensetzung definiert, wobei Hilfsdienste, wie z.B. Abteilungshelfer, nur tagsüber einzusetzen wären. Insgesamt bestünde laut ÖBIG-Bericht für alle Wiener Pflegeeinrichtungen - also auch für die privaten Pflegeheime - auf Basis der im Pflegeheimplan definierten Qualitätsstandards bezogen auf alle Berufsgruppen bis zum Jahr 2005 ein Personalausbaubedarf um nahezu 3.900 Beschäftigte, wobei der höchste

Mehrbedarf bei den DGKP gegeben wäre. In diesem Zusammenhang wurde allerdings auch festgestellt, dass - wie in anderen europäischen Ländern auch - generell ein Mangel an qualifiziertem Betreuungspersonal bestünde. Als eine Maßnahme für die Entlastung des Betreuungspersonals wurde außerdem angeregt, helfenden Angehörigen finanziell entgegenzukommen (z.B. durch Senkung des Kostenbeitrages bei regelmäßiger Pflege) oder die Unterstützung ehrenamtlich Pflegender zu suchen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Ausstattung an ärztlichem Personal in den Geriatriezentren des WKAV wird sich in den nächsten Jahren in Entsprechung der Differenzierung des Betreuungsangebotes und der Zielsetzung, in überwiegendem Ausmaß hoch und höchst pflegebedürftige Patienten mit dem Bedarf einer dichten ärztlichen Betreuung aufzunehmen, verändern. Ebenso wird es eine Veränderung im Bereich der Pflegedienste und der Hilfsdienste in Entsprechung des Leistungsspektrums geben, wobei hier vor allem an Umschichtungen entsprechend der Veränderung der Leistung gedacht ist. Die Gewinnung von Pflegepersonal für den geriatrischen Bereich wird aus der Sicht des WKAV in den nächsten Jahren generell für alle Leistungserbringer und daher auch für den WKAV eine große Herausforderung sein. Die geplanten PR-Maßnahmen des WKAV sowie die bereits laufende und angedachte Fortsetzung der Ausbildungsoffensive gemeinsam mit dem Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds und dem Arbeitsmarktservice sollen helfen, den Bedarf besser decken zu können.

Der verstärkte Einsatz von freiwilligen Helfern, einschließlich Schulung, Einbindung in die Struktur unter Abklärung der rechtlichen Voraussetzungen ist in der Maßnahmenplanung betreffend Weiterentwicklung und Verbesserung der Pflege- und Betreuungssituation in den Geriatriezentren des WKAV vorgesehen. Die Anregung,

helfenden Angehörigen finanziell entgegen zu kommen, z.B. durch Senkung des Kostenbeitrages bei regelmäßiger Pflege, wird aufgenommen. Entsprechende Gespräche sind mit dem Sozialhilfeträger zu führen.

Als allgemeiner, unabhängig von der Betreuungsgruppe geforderter Qualitätsstandard für die Zimmerstruktur wurden höchstens Vierbettzimmer definiert. Zum Zeitpunkt der Pflegeheimplanerstellung betrug laut einer tabellarischen Darstellung der Anteil an Zimmern mit einer höheren Belegung im Pflegebereich des WKAV rd. 42 %.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Betreffend Qualitätsstandards für die Zimmerstruktur wird, wie bereits erwähnt, auf das Planungshandbuch des WKAV verwiesen. Das Planungshandbuch definiert für geriatrische Stationen Ein-, Zwei- und Vierbettzimmer. Die Umsetzung dieses Qualitätsstandards ist im Rahmen der Weiterentwicklung der Geriatriezentren des WKAV im Sanierungsprogramm vorgesehen.

Für trägerübergreifend gültige Qualitätsstandards erfolgte im Pflegeheimbericht eine Gliederung in vier Bereiche:

- Standards zur Qualitätssicherung,
- Standards bezüglich gesetzlicher Grundlagen,
- Standards zur Sicherung der Transparenz des Angebotes,
- Standards bezüglich Finanzierung im weiteren Sinn.

Zur Messung und Sicherung der Qualität im Sinne einer bedarfsgerechten Betreuung wurde die Einführung eines trägerübergreifenden Controllings oder eine laufende Evaluierung von Pflegeheimen angeregt. Laut Pflegeheimbericht sollten Qualitätsstandards "verbindlich und für alle Träger gleichermaßen gelten". Verbindliche Rahmenstandards

sollen gesetzlich festgelegt und "in einem Heimgesetz oder ähnlich verbindlichen Rechtsformen geregelt werden".

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Im Entwurf des WHG sowie im Entwurf des Magistrats betreffend Mindeststandards von Heimen sind Qualitätsstandards betreffend die Personalausstattung sowie die baulich-technische Ausstattung vorgesehen, sodass mit In-Kraft-Treten des Gesetzes und der Verordnung verbindliche Rahmenstandards gesetzlich festgelegt sind und damit verbindlich für alle Träger gleichermaßen gelten.

3.2.3 Die quantitative Bedarfsermittlung des ÖBIG basierte auf der Prämisse, dass ältere Menschen bei ihrem Eintritt in ein Pflegeheim ein höheres Alter aufweisen werden, die Verweildauer jedoch zukünftig kürzer sein wird. Darüber hinaus wäre vor allem durch den sprunghaften Anstieg von demenziellen Erkrankungen von einem höheren Pflegebedarf auszugehen, sodass dieser Entwicklung durch eine quantitativ sowie qualitativ entsprechende Personalausstattung in besonderem Ausmaß Rechnung zu tragen wäre.

Ingesamt wurde der prognostizierte Gesamtbedarf an Pflegebetten in Wien für 2005 mit 14.600 und für 2010 mit 13.200 beziffert (Stand 1999: rd. 10.250). Gleichzeitig wurde ein Rückgang der benötigten Wohnplätze von rd. 10.640 im Jahr 1999 auf 3.700 im Jahr 2005 und 3.000 im Jahr 2010 angenommen. Neben dem erwarteten Ausbaubedarf bei Pflegebetten und einem Überangebot an Wohnheimplätzen wurden auch erhebliche Ungleichgewichte zwischen den Bezirken angeführt. Um den bestehenden Defiziten zu begegnen, sei angesichts des bestehenden "faktischen Umwandlungspotenzials" und finanzieller Überlegungen die bauliche Adaptierung von Wohnheimplätzen zu Pflegeplätzen bei gleichzeitiger Aufrüstung mit entsprechenden Hilfsmitteln (z.B. Pflegebetten) als vorrangige Strategie anzustreben. Als weitere - jedoch auch kostenintensivste - Maßnahme sei auch der Neubau von Pflegeheimen in unterversorgten Regionen ohne die beschriebenen Adaptierungsmöglichkeiten von Bedeutung.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Der angesprochene prognostizierte Gesamtbedarf an Pflegebetten aus dem Wiener Pflegeheimplan, welcher vom ÖBIG mit Abschlussbericht November 2001 erstellt wurde, wird u.a. als Grundlage für die Erstellung des Geriatrieplans 2004 Verwendung finden. Es erging der Auftrag einen Plan unter Berücksichtigung folgender Aspekte zu erstellen:

- Neubewertung der demografischen Prognosen,
- Aktualisierung der Bedarfsprognose für Pflege- und Betreuung bis 2010,
- realistische Aussagen für die zukünftig notwendigen Kapazitäten im stationären Bereich,
- Entwicklung von inhaltlichen Vorgaben für die Leistungsverteilung und Leistungsdifferenzierung/Spezialisierung in Wien,
- weitere Planung unter dem Gesichtspunkt der Regionalisierung und Konkretisierung der möglichen Auswirkungen auf Heime bzw. für Heimträger,
- dabei Einbeziehung der neuen gesetzlichen Vorgaben des WHG bzw. der entsprechenden Verordnung zum WHG (Qualitätsstandards),
- Berücksichtigung der Vernetzung mit dem extramuralen Bereich der Pflege und Betreuung und
- Herstellung von Grundlagen für eine qualitäts- und leistungsangepasste Finanzierung.

Dabei zu berücksichtigen sind u.a. die Modernisierung der Geriatriezentren des WKAV und die damit verbundene Bettenreduktion in den Geriatriezentren des WKAV sowie die Forcierung der Kooperation mit dem privaten Bereich.

3.3 Im Jänner 2002 wurde eine externe Unternehmensberatungsfirma im Wege der damaligen Magistratsdirektion - Verwaltungsorganisation beauftragt, eine Analyse der Leistungsangebote für Senioren der Stadt Wien durchzuführen.

In dem im August 2002 vorgelegten Endbericht wurde bezüglich der Strukturen des WKAV u.a. festgestellt, dass

- für den Bereich der Geriatriezentren keine klare Vision, Strategie und Zukunftskonzeption zur Verfügung stehen, wobei dies u.a. dazu beitrage, dass sich die Mitarbeiter in diesen Bereichen gegenüber jenen in den Krankenanstalten zurückgesetzt fühlten,
- Umbauarbeiten dringend angebracht seien, da die Hotelqualität einzelner Einrichtungen in keinem Verhältnis zu den erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen stehe und durch diese Diskrepanz das Gesamtimage der Geriatrie- und Pflegezentren des WKAV massiv leide und
- eine klare leistungstechnische Abgrenzung zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenanstalten - im Sinne von Kosten- und Leistungstransparenz - zur Steuerung unerlässlich sei.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Anregung, eine klare leistungstechnische Abgrenzung zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenanstalten im Sinne von Kosten- und Leistungstransparenz zu schaffen, wurde aufgegriffen. Ab 2001 gibt es flächendeckend mit einem eigenen EDV-Programm (SAP R/3) eine eigene Kostenrechnung auf Basis der bundeseinheitlichen Kostenrechnungsverordnung. Zusätzlich werden für die Geriatriezentren auf Basis der Krankenanstaltenstatistik Personal- und Leistungsdaten erfasst.

Hinsichtlich des Dienstleistungsangebotes wurde angemerkt, dass in den geriatrischen Einrichtungen des WKAV nur teilweise eine Differenzierung im Leistungsangebot

festgestellt und eine abgestimmte durchgängige Planung, Koordination und Vorgehensweise nicht erhoben werden konnte und in den genannten Einrichtungen geistig und mehrfach behinderte Menschen mitbetreut werden würden, deren Pflege und Betreuung möglicherweise in einer anderen Einrichtung besser gewährleistet wäre.

Weiters wurde ausgeführt, dass von den Geriatriezentren des WKAV auch Klienten mit sozialer Indikation sowie mit keiner bzw. einer geringen Pflegegeldeinstufung aufzunehmen waren, wobei diese Vorgehensweise weder klientenorientiert noch kosteneffizient sei, da für diese die Bereitstellung einer ärztlichen Versorgung vielfach nicht notwendig wäre. Es sollten daher entsprechende Einrichtungen für diese spezifischen Zielgruppen geschaffen werden und basierend auf definierten Leistungsstandards und einer Evaluierung der Klientenzufriedenheit (eventuell auch über Angehörige) eine Qualitätssicherung bzw. ein Benchmarking auf Ebene der Qualität implementiert werden.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Geriatriezentren des WKAV haben im Sinne der Erfüllung des öffentlichen Auftrages - historisch bedingt - behinderte Menschen mitbetreut. Weiters werden im Sinne des öffentlichen Auftrages auch Klienten mit sozialer Indikation sowie Klienten mit keiner bzw. einer geringen Pflegegeldeinstufung aufgenommen, da die Geriatriezentren des WKAV in Ausnahme- bzw. Notsituationen oft die letzte Aufnahmemöglichkeit bieten. Im Sinne der zukünftigen geplanten Entwicklung, in überwiegendem Ausmaß hoch- und höchstpflegebedürftige Klienten aufzunehmen, müssen Versorgungsmöglichkeiten bzw. Kapazitäten für diese genannten Fälle in anderen Einrichtungen geschaffen werden. Im Rahmen des geplanten Geriatrieplans 2004 wird diese Thematik zu bearbeiten sein.

Schließlich bemerkten die Verfasser der gegenständlichen Studie bezüglich der Perso-

nalkapazitäten nur teilweise eine Relation zum angebotenen Leistungsspektrum, wobei die Notwendigkeit einer ärztlichen Rundumversorgung nicht in allen Einrichtungen gegeben sei.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Wie bereits angeführt, werden sich auf Grund der geplanten Veränderungen des Leistungsspektrums auch die Personalkapazitäten inkl. der ärztlichen Ausstattung verändern.

Zum Leistungsangebot des KWP wurde festgestellt, dass dessen strategische Neuorientierung (Umwandlung von Wohnplätzen in Pflegeplätze) in Abstimmung mit anderen Einrichtungen im Rahmen eines gesamtheitlichen Planes zu erfolgen habe. Geschehe dies nicht, bestünde die Gefahr, am Bedarf der Klienten vorbei zu agieren.

3.4 Zusammenfassend war vom Kontrollamt anzumerken, dass bereits im Jahr 1993 die Notwendigkeit der Schaffung eines Landesgesetzes über die Wohn- und Pflegeheime als ein Eckpunkt zur strukturellen und qualitativen Verbesserung der Betreuung im stationären geriatrischen Bereich erkannt worden war, eine Realisierung dieser Gesetzesmaterie erschien zum Zeitpunkt der Einschau allerdings absehbar.

Darüber hinaus bestanden seit dem Jahr 1989 Überlegungen zur Regionalisierung der stationären geriatrischen Versorgung, wobei seitens des WKAV deren Umsetzung mit der Errichtung der in den Jahren 2001 bzw. 2003 eröffneten Geriatriezentren Floridsdorf mit 120 systemisierten Pflegebetten und Favoriten mit 192 systemisierten Pflegebetten begonnen worden war.

3.4.1 Zu der im Wiener Pflegeheimplan (PH-Plan) erstellten Prognose bezüglich der benötigten Anzahl der Pflegeplätze für die Jahre 2005 und 2010 stellte der Bereichsleiter für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement auf Befragen dem Kontrollamt gegenüber fest, dass er nicht den Eindruck habe, dass ein derartiger Bedarf an Pflegebetten zu erwarten sei, wobei er jedoch über keine anders lautenden Prognosezahlen verfüge.

Um trotzdem eine Größenordnung bezüglich eines möglicherweise nicht gedeckten Bedarfes an Pflegebetten in Wien zu erkennen, hat das Kontrollamt im Wege des WKAV erhoben, in welchem Ausmaß in den von ihm geführten Krankenanstalten Patienten nach der im Sinne des § 144 Abs 3 ASVG erfolgten Asylierung - sofern die Anstaltspflege oder die medizinische Hauskrankenpflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt ist, wird sie vom Sozialversicherungsträger nicht mehr gewährt - nicht sofort in eine geriatrische Einrichtung aufgenommen werden konnten, sondern in der Krankenanstalt verblieben. Dabei zeigte sich, dass davon im Jahr 2002 insgesamt 1.849 Patienten betroffen waren, die nach der "Asylierung" noch insgesamt mehr als 92.600 Pflagegetage in den Krankenanstalten verbrachten; die durchschnittliche Verweildauer nach der "Asylierung" betrug etwa 50 Tage.

Ähnlich stellte sich die Situation im Jahr 2003 dar, wobei bis zum Stichtag 1. Oktober 2003 für 1.336 "asylierte" Patienten rd. 62.300 Pflagegetage mit einer durchschnittlichen diesbezüglichen Verweildauer von rd. 47 Tagen in den Krankenanstalten des WKAV zu verzeichnen waren.

Bei einer Erhöhung des derzeit bestehenden Bettenangebotes der Stadt Wien um etwa 230 bis 250 Pflegebetten könnte dieser Zahl an Patienten die Möglichkeit geboten werden, erheblich rascher als bisher in eine geriatrische Pflegeeinrichtung aufgenommen zu werden.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

In Entsprechung der aufgezeigten Problematik wurde im WKAV ein Projekt gestartet, welches das Ziel hat, kurzfristig einen Lösungsvorschlag für die in einer Krankenanstalt auf Warteposition für einen Heimplatz befindlichen Patienten zu finden.

Nachdem von sämtlichen im Jahr 2002 erfolgten Aufnahmen nahezu die Hälfte unmittelbar nach einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt des WKAV erfolgt war, könnte man unter der Annahme, dass die Wartezeiten für Patienten anderer Krankenanstalten

sowie für geplante Aufnahmen von zu Hause sich in einer ähnlichen Größenordnung bewegen, von einem möglichen Mehrbedarf von maximal 500 Pflegebetten für Wien ausgehen.

In diesem Zusammenhang wurde vom Kontrollamt nochmals darauf hingewiesen, dass sowohl in dem auch unter maßgeblicher Mitwirkung von Pflegeexperten aus dem Bereich der Stadt Wien erstellten "Wiener Pflegeheimplan" als auch in der unter Pkt. 3.3 angeführten (im Auftrag der Stadt Wien von einer Unternehmensberatungsfirma erstellten) Studie nicht zuletzt auf Grund einer veränderten Bedarfsentwicklung als ziel führend erkannt worden war, bestehende Wohn- in Pflegeplätze umzuwandeln sowie definierte Standards zur Qualitätssicherung zu schaffen. Während die letztgenannte Anregung im Sinne des zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes vorliegenden Entwurfes zum WHG mittels Verordnung der Wiener Landesregierung unmittelbar vor ihrer Umsetzung stand, waren bisher noch keine Maßnahmen gesetzt worden, systematische Planungen für die Umwandlung eines Teiles des bestehenden Wohnplatzangebotes in Pflegeplätze in Angriff zu nehmen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

In den letzten Jahren wurden Wohnheimplätze im Bereich des GZA sowie im GZL in Pflegeheimplätze umgewandelt. Derzeit bestehen nur im Bereich des GZW Wohnheimplätze. Diese Plätze befinden sich in einer Abteilung mit der speziellen Widmung psychosoziale Rehabilitation (97 Betten). In dieser Abteilung werden Patienten behandelt, bei denen die psychologische vor der medizinischen und pflegerischen Betreuung steht.

3.4.2 Im Gegensatz zum PH-Plan, dessen Erstellung durch den Bereichsleiter für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement sowie die Generaldirektion des WKAV als Beratungsleistung des ÖBIG beauftragt worden war, basierten nachstehende Zielsetzungen, die dem Kontrollamt als wesentlich erschienen, seit etwa einem Jahrzehnt auf Beschlüssen des Wiener Gemeinderates.

Dabei handelte es sich um

- die Umgestaltung des ehemaligen Pflegeheimes Lainz (nunmehr Geriatriezentrum Am Wienerwald) in ein geriatrisches Krankenhaus mit Spezialaufgaben bzw. in ein modernes Pflegezentrum,
- die Linderung der Personalengpässe beim Pflegepersonal,
- die Umsetzung von baulichen Standards in den geriatrischen Einrichtungen mit dem Ziel einer Anhebung der Wohn- und Lebensqualität und
- die Schaffung einer Expertenpflegeheimkommission.

3.5 Der Wiener Gemeinderat beschloss in seiner Sitzung vom 1. März 2002 die Einrichtung einer Kommission gem. § 59 Wiener Stadtverfassung. Diese Gemeinderätliche Geriatriekommission sollte die Strukturreformen im stationären und nichtstationären Bereich der geriatrischen Versorgung begleiten und unterstützen sowie Anregungen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen und sozialmedizinischen Betreuung alter Menschen in Wien geben. Die konstituierende Sitzung der Gemeinderätlichen Geriatriekommission fand am 15. April 2002 statt.

Im Rahmen ihrer Zusammenkünfte befasste sich die Kommission mit den unterschiedlichsten Themen aus dem Bereich der Geriatrie und nützte die Möglichkeit, sachkundige Personen z.B. aus der Magistratsabteilung 47 oder dem WKAV zu ihren Sitzungen einzuladen sowie Pflegestationen zu besuchen. Themen der Beratungen der Geriatriekommission waren u.a. das Pflegeheimgesetz, die baulichen Rahmenbedingungen in den geriatrischen Einrichtungen, Maßnahmen in Bezug auf die vermehrte Einstellung von diplomiertem Pflegepersonal in geriatrischen Bereichen, die Mobilisierung von Pfleglingen etc. Ferner berichteten im Zuge einer Sitzung der Geriatriekommission vom 14. Juni 2002 drei Vertreter von geriatrischen Einrichtungen des WKAV über die aktuelle Situation in den von ihnen gemeinsam mit den anderen Mitgliedern der jeweiligen Kollegialen Führungen geleiteten Geriatriezentren, wobei auch Probleme bezüglich der Personalressourcen und der baulich-räumlichen Strukturen zur Sprache kamen.

II. Die geriatrischen Einrichtungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes

4. Organisation des WKAV

Mit Beschluss des Gemeinderates vom 22. November 2000, Pr.Z. 164/2000, erfolgte mit 1. Jänner 2002 die Umwandlung des WKAV in eine Unternehmung im Sinne des § 71 der Verfassung der Bundeshauptstadt Wien; zugleich wurden innerhalb dieser drei Teilunternehmungen eingerichtet, womit der Teilunternehmung - Wiener Städtische Krankenanstalten und Pflegeheime (TU 1) die Umsetzung der von der Generaldirektion vorgegebenen Strategien, die Führung, die operative Steuerung und die Koordination der vom WKAV vorgehaltenen stationären geriatrischen Einrichtungen - also der Geriatrie- und Pflegezentren - übertragen wurde, während die operative Umsetzung des gesundheitspolitischen Versorgungsauftrages die einzelnen Anstalten wahrzunehmen haben. Aufgabe der Generaldirektion ist es u.a., entsprechende Rahmenbedingungen mittels Richtlinien vorzugeben sowie koordinierend und überwachend tätig zu sein.

5. Pflegebetten

Zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes im Herbst 2003 verfügte der WKAV über zehn Geriatriezentren und ein Pflegezentrum mit insgesamt rd. 5.740 systemisierten Pflegebetten.

5.1 Bei den innerhalb Wiens situierten geriatrischen Einrichtungen des WKAV handelte es sich um

- das Geriatriezentrum Am Wienerwald (GZW) in 1130 Wien mit rd. 2.440 Pflegebetten,
- das Geriatriezentrum Baumgarten (GZB) in 1140 Wien mit 930 Pflegebetten,
- das Geriatriezentrum Donaustadt (GZD) in 1220 Wien mit über 400 Pflegebetten,
- das Geriatriezentrum Liesing (GZL) in 1230 Wien mit 400 Pflegebetten,
- das Sozialmedizinische Zentrum Baumgartner Höhe - Pflegezentrum (OWP) in 1140 Wien mit nahezu 280 Pflegebetten,
- das Sozialmedizinische Zentrum Süd - Geriatriezentrum Favoriten (GZS) in 1100 Wien mit über 190 Pflegebetten,
- das Sozialmedizinische Zentrum Sophienspital - Geriatriezentrum (SSG) in 1070 Wien mit über 140 Betten und

- das Sozialmedizinische Zentrum Floridsdorf - Geriatriezentrum (GZF) in 1210 Wien mit 120 Pflegebetten.

Im Raum Niederösterreich betrieb die Stadt Wien

- das Therapiezentrum Ybbs/Donau - Geriatriezentrum (GZY) inklusive dem Sozialtherapeutischen Zentrum (SZY) mit insgesamt nahezu 390 Pflegebetten,
- das Geriatriezentrum Klosterneuburg (GZK) mit über 250 Pflegebetten und
- das Geriatriezentrum St. Andrä/Traisen (GZA) mit 200 Pflegebetten.

Wie der obigen Aufstellung zu entnehmen ist, waren von den insgesamt rd. 4.900 Pflegebetten des WKAV in Wien rd. 49,8 % im GZW und weitere rd. 19 % im GZB systemisiert, was bedeutet, dass nahezu 70 % aller Wiener Pflegebetten in den beiden letztgenannten - im Westen Wiens gelegenen - Großanstalten konzentriert waren. Weiters waren rd. 840 Pflegebetten des WKAV (d.s. rd.14,6 % aller systemisierten Pflegebetten) in geriatrischen Einrichtungen in Niederösterreich untergebracht.

Lediglich das GZD, das GZF und das GZS mit insgesamt rd. 710 Pflegebetten waren innerhalb der beiden letzten Jahrzehnte neu errichtet worden, während sich rd. 5.030 Pflegebetten - also rd. 87,6 % - grundsätzlich in Gebäuden mit einer z.T. sehr alten Bausubstanz befanden.

Fünf Geriatriezentren des WKAV - nämlich das GZW, das GZB, das GZL, das GZK und das GZA - wurden als eigenständige Einrichtungen ohne Anbindung an eine Krankenanstalt betrieben, das GZY war einer psychiatrischen Krankenanstalt (Therapiezentrum Ybbs) angeschlossen, während die übrigen sechs Geriatrie- bzw. Pflegezentren als Teil eines Sozialmedizinischen Zentrums geführt wurden.

5.2 Nachdem durch die bereits mehrfach dargestellte Notwendigkeit, sukzessive die Standards in den Pflegestationen zu verbessern, immer wieder Umbau- und Sanierungsarbeiten in den geriatrischen Einrichtungen des WKAV stattfanden und diese in der Regel mit Bettensperren verbunden waren, hat das Kontrollamt für den Zeitraum

1. Jänner 2000 bis 31. August 2003 nicht nur die Entwicklung der systemisierten Pflegebetten erhoben, sondern diesen auch die tatsächlich belegbaren Pflegebetten des WKAV gegenübergestellt:

Einrichtung	2000			2001			2002			2003		
	Betten syst.	Betten belegbar		Betten syst.	Betten belegbar		Betten syst.	Betten belegbar		Betten syst.	Betten belegbar	
	absolut	absolut	in %	absolut	absolut	in %	absolut	absolut	in %	absolut	absolut	in %
GZW	2.664	2.559	96,1	2.513	2.419	96,3	2.456	2.317	94,3	2.438	2.273	93,2
GZB	959	926	96,6	949	917	96,6	936	900	96,2	929	831	89,5
GZD	405	404	99,8	405	403	99,5	405	403	99,5	405	403	99,5
GZL	400	400	100,0	400	400	100,0	400	381	95,3	400	289	72,3
OWP	306	306	100,0	294	293	99,7	284	284	100,0	275	274	99,6
GZS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	192	149	77,6
SSG	141	141	100,0	141	141	100,0	141	140	99,3	141	140	99,3
GZF	-	-	-	120	120	100,0	120	120	100,0	120	120	100,0
GZY	250	239	95,6	250	239	95,6	250	239	95,6	250	239	95,6
SZY	135	135	100,0	135	135	100,0	135	135	100,0	135	135	100,0
GZK	271	258	95,2	251	225	89,6	251	214	85,3	251	202	80,5
GZA	200	200	100,0	200	200	100,0	200	200	100,0	200	200	100,0
Gesamt	5.731	5.568	97,2	5.658	5.492	97,1	5.578	5.333	95,6	5.736	5.255	91,6

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, lag im Jahr 2003 der systemisierte Bettenstand der geriatrischen Einrichtungen des WKAV wieder - so wie im Jahr 2000 - bei mehr als 5.700 Betten. Demgegenüber war die Zahl der belegbaren Betten in allen Jahren rückläufig, wobei der Rückgang bezüglich der verfügbaren Kapazität vom Jahr 2000 bis zum Stichtag 31. August 2003 313 Betten (d.s. 5,6 %) betrug. Auf Grund laufender Stations-sanierungen im GZK nahm die Zahl der belegbaren im Verhältnis zu den systemisierten Betten kontinuierlich ab, wobei wegen der Generalsanierung einer Station im Jahr 2003 durchschnittlich lediglich 202 von 251 systemisierten Betten belegbar waren.

Die relativ geringe Anzahl von durchschnittlich 289 belegbaren zu durchschnittlich 400 systemisierten Betten im GZL im Jahr 2003 erklärte sich ebenfalls mit in diesem Zeitraum stattgefundenen Umbauarbeiten, die eine entsprechende Zahl an Bettensperren notwendig machten.

5.3 Da den Anstalten lediglich die belegbaren Betten tatsächlich zur Verfügung standen, hat das Kontrollamt die jährliche durchschnittliche Auslastung der einzelnen geriatrischen Einrichtungen anhand einer Gegenüberstellung dieser Bettenzahl zu den belegten Betten errechnet:

Einrichtung	2000			2001			2002			2003		
	Betten belegbar	Betten belegt	Auslastung in %	Betten belegbar	Betten belegt	Auslastung in %	Betten belegbar	Betten belegt	Auslastung in %	Betten belegbar	Betten belegt	Auslastung in %
GZW	2.559	2.508	98,0	2.419	2.368	97,9	2.317	2.275	98,2	2.273	2.233	98,2
GZB	926	914	98,7	917	887	96,7	900	835	92,8	831	796	95,8
GZD	404	397	98,3	403	396	98,3	403	397	98,5	403	396	98,3
GZL	400	392	98,0	400	393	98,3	381	373	97,9	289	279	96,5
OWP	306	292	95,4	293	270	92,2	284	257	90,5	274	256	93,4
GZS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	149	136	91,3
SSG	141	139	98,6	141	139	98,6	140	135	96,4	140	138	98,6
GZF	-	-	-	120	93	77,5	120	119	99,2	120	119	99,2
GZY	239	233	97,5	239	231	96,7	239	233	97,5	239	227	95,0
SZY	135	132	97,8	135	130	96,3	135	130	96,3	135	131	97,0
GZK	258	253	98,1	225	221	98,2	214	212	99,1	202	199	98,5
GZA	200	195	97,5	200	195	97,5	200	196	98,0	200	194	97,0
gesamt	5.568	5.455	98,0	5.492	5.323	96,9	5.333	5.162	96,8	5.255	5.104	97,1

Anhand der Tabelle ist ersichtlich, dass in allen Jahren die durchschnittliche Auslastung der belegbaren Betten bezogen auf alle geriatrischen Einrichtungen des WKAV zwischen nahezu 97 % und 98 % lag, wobei in allen Jahren - mit Ausnahme von Anstalten im Jahr der Neueröffnung - das OWP die geringste Auslastung der belegbaren Betten mit Werten zwischen rd. 90 % und 95 % zu verzeichnen hatte.

6. Ausgabenentwicklung

Während bis zum Jahr 2000 die Einnahmen und Ausgaben der geriatrischen Einrichtungen des WKAV im Rechnungsabschluss der Bundeshauptstadt Wien als eigene Haushaltsstelle "4210 - Pflegeheime" getrennt ausgewiesen worden waren, wurde mit dem Jahr 2001 eine andere Form der Darstellung gewählt, aus der die in diesem Bereich erfolgten Einnahmen und Ausgaben nicht mehr gesondert ersichtlich waren.

6.1 Das Kontrollamt hat daher die Generaldirektion des WKAV ersucht, die Ausgabenentwicklung für den geriatrischen Bereich bezogen auf den Betrachtungszeitraum der

Jahre 2000 bis 2002 mittels der ihr vorliegenden Unterlagen entsprechend darzustellen. Dabei zeigte sich, dass im Jahr 2000 die diesbezüglichen Gesamtausgaben rd. 292 Mio.EUR, im Jahr 2001 rd. 268 Mio.EUR und im Jahr 2002 rd. 283 Mio.EUR betragen. Nachdem laut Auskunft des WKAV auf Grund organisatorischer Änderungen u.a. im Verrechnungswesen der anteilige Sachaufwand - d.h. die interne Verrechnung von Leistungen anderer Anstalten - bei den sozialmedizinischen Zentren sowie dem Therapiezentrum Ybbs nicht mehr erfolgte, wäre der Rückgang der Ausgaben im Jahr 2001 gegenüber dem Jahr 2000 um einen Betrag von mehr als 10 Mio.EUR zu bereinigen. Damit hätten die Ausgaben für den geriatrischen Bereich im Jahr 2001 bei Weiterführung der bis dahin üblichen internen Verrechnungsmodalitäten rd. 278 Mio.EUR, also um rd. 14 Mio.EUR (d.s. 4,8 %) weniger als im Jahr 2000 betragen.

Im Zusammenhang mit der Unternehmenswerdung des WKAV beinhalteten die Gesamtausgaben des Jahres 2002 erstmalig anteilige Verwaltungskosten der Magistratsabteilung 6 - Rechnungsamt und des übrigen Magistrats in Höhe von rd. 17 Mio.EUR, sodass sich die um diesen Betrag verminderten Ausgaben des Jahres 2002 auf rd. 266 Mio.EUR belaufen hätten; somit lagen die vergleichbaren Ausgaben des Jahres 2002 um rd. 2 Mio.EUR (d.s. 0,7 %) unter jenen des Jahres 2001.

Ein noch stärkerer Rückgang als bei den Gesamtausgaben war bei den Investitionen der geriatrischen Einrichtungen des WKAV zu verzeichnen. Während nämlich im Jahr 2000 die derartigen Aufwendungen noch rd. 37 Mio.EUR betragen, lagen im Jahr 2001 die diesbezüglichen Ausgaben bei rd. 24 Mio.EUR und im Jahr 2002 nur mehr bei rd. 22 Mio.EUR. Somit betrug der Rückgang im Jahr 2001 - bezogen auf das Jahr 2000 - rd. 13 Mio.EUR (d.s. 35,1 %) und im Jahr 2002 - bezogen auf das Jahr 2001 - weitere 2 Mio.EUR (d.s. 8,3 %).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Bei der Beurteilung der Ausgabenentwicklung in den Pflegeheimen bzw. Geriatriezentren wäre es - wie auch vom Kontrollamt selbst im gegenständlichen Bericht (s. Pkt. 21.2) angesprochen - aus der

Sicht des WKAV zielführend, die Ausgaben für den Neubau der Geriatriezentren Nord und Süd (Floridsdorf und Favoriten) gesondert zu betrachten bzw. auch getrennt darzustellen.

Die nachstehende Darstellung der "bereinigten" Ausgabenentwicklung zeigt ein realistisches Bild der Ausgaben der übrigen Pflegeheime und Geriatriezentren in der Phase des Neubaus der Geriatriezentren Nord und Süd:

	Ausgaben in Mio.EUR (netto)		
	2000	2001	2002
Gesamtausgaben	292,00	268,00	283,00
Bereinigung anteiliger Sachaufwand	-10,00		
Bereinigung Verwaltungskosten			-17,00
darin enthaltene "Neubauausgaben"			
GZ Nord u. GZ Süd	-16,50	-8,90	-13,70
bereinigte Ausgaben	265,50	259,10	252,30

Somit zeigen sich anhand der "bereinigten" Ausgaben naturgemäß andere Vergleichswerte. Dies gilt sowohl für die im Bericht angeführten Gesamtausgaben als auch für die Investitionsausgaben.

Unbestritten bleibt jedoch die Tatsache, dass auch bei dieser Darstellung die Ausgaben - wenn auch in geringerem Ausmaß - rückläufig waren (- 2,47 % bzw. - 2,69 %).

Weiters wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die erheblichen Neubauausgaben für die Geriatriezentren Nord und Süd in den Jahren 1996 - 2002 innerhalb der dem WKAV zur Verfügung gestandenen Budgets zu bedecken waren, d.h. es wurden dafür keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung gestellt.

6.2 Wie den von der TU 1 erstellten Ergebnisprotokollen über die im Dezember 2002 geführten Gespräche im Rahmen der Zielvereinbarungen 2003 mit den Kollegialen Führungen aller Anstalten zu entnehmen war, wurden diese angewiesen, "in Kenntnis der

lokalen Verhältnisse vorhandene Einsparungspotenziale auszuschöpfen", wodurch eine Einsparung von Personalkosten in der Höhe von 1 % angestrebt werden sollte; die Einsparungen sollten aber nicht im patientennahen Bereich negative Auswirkungen haben. Angemerkt wurde in diesem Zusammenhang, dass seitens der TU 1 keine standardisierte Vorgabe bezüglich des Begriffes "patientennah" definiert worden war.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Nach Ansicht der Generaldirektion bezieht sich der Begriff "patientennah" auf das unmittelbar am Patienten tätige Personal. Insbesondere zählen dazu Ärzte, Krankenpflegepersonal, Bedienstete der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und medizinisch-technischen Dienste, Bedienstete der Sanitätshilfsdienste sowie die Kanzleibediensteten "M" (vormals Abteilungsschreiberkräfte). Die Generaldirektion wird den Begriff "patientennah" näher konkretisieren. Hierzu wird festgestellt, dass es sich lt. Literatur bei "patientennah" noch um keinen eindeutigen Fachbegriff handelt und dieser erst im Entstehen ist.

Ebenso wurde von der TU 1 für nahezu alle Anstalten ein gegenüber dem Voranschlag 2002 geringeres Investitionsbudget für das Jahr 2003 veranschlagt.

7. Leistungsangebot

Grundsätzliches Ziel des WKAV ist es, pflegebedürftigen Menschen, bei denen der Pflege- und Betreuungsbedarf in einem so hohen Ausmaß erforderlich ist, dass eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist, in seinen geriatrischen Einrichtungen eine kompetente Pflege und medizinische Behandlung anzubieten.

7.1 Auf Grund der oben angeführten Zielsetzung wurde daher in allen genannten Anstalten - die vielfach über spezialisierte geriatrische Ausrichtungen verfügten - nicht nur eine fachpflegerische und therapeutische, sondern auch - rund um die Uhr - eine ärztliche Versorgung vorgehalten.

Darüber hinaus boten das GZW, das GZB, das SSG sowie das OWP Patienten, die nach schweren Erkrankungen oder Unfällen nach einem Krankenhausaufenthalt nicht direkt nach Hause entlassen werden konnten, bis zu einer Aufenthaltsdauer von maximal drei Monaten Kurzzeitpflege an.

Weiters können im GZW, im GZL, im GZD und im GZA von Pflegepatienten, die ansonsten zuhause von Angehörigen betreut wurden, zur Entlastung der Betreuungspersonen Urlauberbetten in Anspruch genommen werden; ein ebensolches Angebot bestand im GZY für zuhause betreute geistig und mehrfachbehinderte Erwachsene.

7.2 Darüber hinaus wurden nicht nur anstaltsweise, sondern in einer Reihe von geriatrischen Einrichtungen teilweise auf der Ebene der Abteilungen bzw. auf jener der Pflegestationen unterschiedliche medizinische oder pflegerische Schwerpunkte angeboten bzw. gesetzt. Beispielhaft sei in diesem Zusammenhang das GZW angeführt, in dem etwa in einzelnen Abteilungen Stationen mit den Schwerpunkten

- tierunterstützte Aktivitäten,
- Diabetes-Patienten,
- integrative Demenzbetreuung,
- Onkologie,
- Inkontinenz sowie Herz-Kreislaufkrankungen

bestehen.

Schließlich erschien erwähnenswert, dass in dieser Anstalt auch zwei medizinische Institute sowie 16 Spezialambulanzen eingerichtet waren. Ebenso standen im GZB den Bewohnern verschiedene fachärztliche Ambulanzen zur Verfügung.

8. Aufnahme und Einstufung der Bewohner nach den Pflegegeldstufen

Gemäß GEM oblag die Entscheidung über die Aufnahme in Pflegeheime der Stadt Wien der Magistratsabteilung 47, wobei lt. einem von dieser Dienststelle erstellten Leitfaden eine Aufnahme in Pflegeheime u.a. nur dann möglich ist, wenn der Pflegebedarf

zumindest der Pflegegeldstufe 3 entspricht und ambulante Dienste nicht mehr ausreichen. Eine derartige Einstufung ist sowohl für befristete Aufnahmen bis zu maximal drei Monaten im Jahr (Kurzzeitpflege) als auch für die Langzeitpflege Voraussetzung, während die gegenständliche Einschränkung für das auf fünf Wochen pro Jahr beschränkte Angebot der Urlaubsbetreuung zur Entlastung pflegender Angehöriger nicht gilt.

8.1 Im Jahr 2002 erfolgten rd. 69 % der Aufnahmen in die geriatrischen Einrichtungen der Stadt Wien als geplante Langzeitpflege und rd. 21 % als Kurzzeitpflege, wobei diese Pflegeform in der Regel unmittelbar nach einem Spitalsaufenthalt in Anspruch genommen wurde. Die restlichen rd. 10 % der Aufnahmen erfolgten im Rahmen der Urlaubsbetreuung.

Von sämtlichen im Jahr 2002 verzeichneten Aufnahmen erfolgten nahezu 60 % unmittelbar nach einem Spitalsaufenthalt und 40 % von zuhause aus. Auffallend hoch war der Anteil der unmittelbar aus Spitälern aufgenommenen Personen im GZB mit mehr als 70 % sowie im OWP und im SSG mit etwa 80 % aller Aufnahmen, wobei dazu sicher der Umstand beitrug, dass in allen drei genannten Anstalten auch die Betreuungsform Kurzzeitpflege angeboten wurde.

Demgegenüber fiel im GZD sowie im GZL der überproportional hohe Anteil von jeweils etwa 60 % an Bewohnern auf, die im Betrachtungszeitraum unmittelbar aus der Wohnung aufgenommen worden waren.

8.2 Trotz der oben genannten Aufnahmevoraussetzungen zeigte eine Auswertung der Pflegegeldeinstufungen, dass der Anteil von Bewohnern geriatrischer Einrichtungen des WKAV mit keiner bzw. einer Pflegegeldeinstufung 1 oder 2 im Jahr 2002 insgesamt im Durchschnitt bei nahezu 17 % und im Jahr 2003 bei nahezu 20 % lag. Auffällig war, dass deren Anteil

- im GZA im Jahr 2002 mehr als 25 % und im Jahr 2003 rd. 25 %,
- im GZY im Jahr 2002 mehr als 31 % und im Jahr 2003 nahezu 32 %,

- im GZW im Jahr 2002 nahezu 21 % und im Jahr 2003 nahezu 24 %

aller Bewohner betrug. Bei dem im Jahr 2003 neu eröffneten GZS lag deren Anteil ebenfalls mit rd. 25 % über dem Durchschnitt aller Anstalten.

Weiters war aus der Auswertung des WKAV ersichtlich, dass in beiden Jahren insgesamt im Durchschnitt rd. 70 % aller Bewohner Pflegegeld der Stufen 3, 4 oder 5 bezogen.

Der Anteil der Bewohner, die in den höchsten Pflegegeldstufen 6 und 7 eingestuft waren, lag im Jahr 2002 und 2003

- im SZY bei nahezu 43%,
- im GZF bei nahezu 22 %,
- im OWP bei etwa 21 %

und damit erheblich über dem Durchschnitt, da bezogen auf alle Anstalten nur rd. 11 % aller Bewohner Pflegegeld der Stufen 6 oder 7 bezogen hatten.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die genannten Pflegegeldeinstufungen werden nachstehend in einer Übersicht (zum Stichtag 7. Jänner 2004) dargestellt:

Geriatrische Einrichtung	Bewohner insgesamt	Warten auf Einstufung	Bewohner (je Pflegegeldstufe)							
			0	1	2	3	4	5	6	7
GZA	196	20		7	37	36	50	34	8	4
SZY	132	1		1	6	25	13	30	48	8
GZY	226	10		6	63	36	47	36	19	9
GZK	196	11		4	19	32	62	54	10	4
GZF	120	8		2	8	8	29	44	11	10

Geriatrische Einrichtung	Bewohner insgesamt	Warten auf Einstufung	Bewohner (je Pflegegeldstufe)							
			0	1	2	3	4	5	6	7
GZS	190	12		3	22	29	69	39	10	6
SSG	136	14		2	15	21	30	35	8	11
GZB	789	67	2	12	83	116	234	187	54	34
GZW	2.064	154	2	52	337	373	651	342	89	64
GZL	249	6		3	32	38	87	61	14	8
GZD	394	10		4	37	83	130	85	29	16
OWP	263	27		5	26	42	57	54	30	22
	4.955	340	4	101	685	839	1.459	1.001	330	196

Geriatrische Einrichtung	Bewohner insgesamt	Warten auf Einstufung	Anteil der Bewohner (je Pflegegeldstufe) in %							
			0	1	2	3	4	5	6	7
GZA	196	10,20		3,57	18,88	18,37	25,51	17,35	4,08	2,04
SZY	132	0,76		0,76	4,55	18,94	9,85	22,73	36,36	6,06
GZY	226	4,42		2,65	27,88	15,93	20,80	15,93	8,41	3,98
GZK	196	5,61		2,04	9,69	16,33	31,63	27,55	5,10	2,04
GZF	120	6,67		1,67	6,67	6,67	24,17	36,67	9,17	8,33
GZS	190	6,32		1,58	11,58	15,26	36,32	20,53	5,26	3,16
SSG	136	10,29		1,47	11,03	15,44	22,06	25,74	5,88	8,09
GZB	789	8,49	0,25	1,52	10,52	14,70	29,66	23,70	6,84	4,31
GZW	2.064	7,46	0,10	2,52	16,33	18,07	31,54	16,57	4,31	3,10
GZL	249	2,41		1,20	12,85	15,26	34,94	24,50	5,62	3,21
GZD	394	2,54		1,02	9,39	21,07	32,99	21,57	7,36	4,06
OWP	263	10,27		1,90	9,89	15,97	21,67	20,53	11,41	8,37
	4.955	6,86	0,08	2,04	13,82	16,93	29,45	20,20	6,66	3,96

Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

Aus dieser Darstellung ist ersichtlich, dass die Tendenz zu höheren Pflegestufen gegeben ist. Im Rahmen der Zielsetzung des WKAV, in Zukunft in überwiegendem Ausmaß hoch- und höchstpflegebedürftige Bewohner zu betreuen, müssen jedoch noch

Maßnahmen in Kooperation mit anderen Anbietern getroffen werden, um den Anteil an Bewohnern der Pflegestufen 1 bis 3 zu reduzieren. Dies wird im Rahmen des Geriatrieplans 2004 zu bearbeiten sein.

8.3 Das Kontrollamt hat sich bereits im Jahr 1998 im Zuge einer Prüfung der Vorschreibung, Einhebung und Verrechnung der Pflegeentgelte in städtischen Pflegeheimen (s. TB 1998, S. 109) mit den Pflegegeldeinstufungen auseinander gesetzt. Wie aus dem damaligen Bericht zu entnehmen ist, lag der Anteil der Bewohner geriatrischer Einrichtungen des WKAV, die in den Jahren 1995 bis 1997 kein Pflegegeld bzw. Pflegegeld der Stufen 1 oder 2 bezogen hatten, noch bei mehr als 30 %, während der Anteil der Bezieher der höchsten Pflegegeldstufen 6 bzw. 7 damals nur zwischen 7 % und 9 % betragen hatte.

Der Vergleich mit den nunmehrigen Gegebenheiten zeigte, dass der Anteil an Bewohnern mit einem besonders hohen Pflegebedarf in den geriatrischen Einrichtungen des WKAV insgesamt im Steigen begriffen, hingegen die Zahl der weniger pflegebedürftigen Bewohner langfristig rückläufig war.

Ebenso war allerdings festzustellen, dass bei der Aufnahme in geriatrische Einrichtungen des WKAV durch die Magistratsabteilung 47 weiterhin nicht in allen Fällen die von ihr selbst erstellten Voraussetzungen - nämlich Bezug einer Pflegegeldstufe 3 oder höher - eingehalten wurden, nachdem im Betrachtungszeitraum der nicht unbeachtliche Anteil von 17 % bis 20 % aller Bewohner diese Kriterien nicht erfüllte. Nach Ansicht des Kontrollamtes wurde durch diese Zuweisungspraxis der im Juni 1998 im Maßnahmenbericht zu "Hilfe im hohen Alter" festgelegten Zielsetzung des WKAV, in Zukunft "hochbetagten" Menschen mit hohem Pflegeaufwand hoch qualifizierte spezialisierte Leistungen und spezielle medizinische Betreuung anzubieten, nur bedingt Rechnung getragen.

Im Zusammenhang mit der teilweise als zu niedrig erachteten Pflegegeldeinstufung wurde jedoch erneut auf den unter Pkt. 3.3 genannten Bericht einer externen Be-

ratungsfirma verwiesen, in dem einerseits festgestellt wurde, dass eine zu starke medizinische Orientierung bestehende Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens bei der Einstufung vernachlässigte und andererseits in einigen Fällen auch eine soziale Indikation zur Aufnahme in ein Pflegeheim führte.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund:

Wie bereits berichtet, ist vorgesehen, im Rahmen der Weiterentwicklung der Geriatriezentren des WKAV in Zukunft im überwiegenden Ausmaß hoch- und höchstpflegebedürftige Patienten aufzunehmen. Allerdings müssen in diesem Zusammenhang Versorgungsmöglichkeiten bzw. Kapazitäten für Klienten, welche mit sozialer Indikation bzw. Klienten, welche trotz keiner bzw. geringer PflegegeldEinstufung eine stationäre Pflegeeinrichtung benötigen, geschaffen werden.

9. Festlegung des Personalbedarfes

Im Sinne des § 9 des zum Zeitpunkt der Einschau gültigen Statuts für die "Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund" kann der Magistratsdirektor festlegen, welche bzw. in welchem Ausmaß er grundsätzlich ihm zukommende Personalagenden dem Generaldirektor des WKAV überträgt.

9.1 Gemäß Erlass der Magistratsdirektion vom 3. April 2003, MDA-713-1/03, legte der Magistratsdirektor u.a. fest, dass die Dienstaufsicht über die Bediensteten des WKAV, mit Ausnahme der rechtskundigen Bediensteten, dem Generaldirektor obliegt. Weiters kann dieser unter der Maßgabe, dass die Zahl der systemisierten Dienstposten nicht erhöht werde, bei unbedingt notwendigen Organisations- bzw. Strukturänderungen unter bestimmten Voraussetzungen Dienstposten innerhalb des WKAV transferieren und/oder deren Bewertung im Ausmaß bis zu maximal 3 % aller systemisierten Dienstposten ändern. Schließlich obliegt es dem Generaldirektor des WKAV, über den Einsatz von Medizinstudenten im Pflegedienst im Rahmen von jährlich bis zu 780 Personenmonaten (das entspricht 65 Personen) zu entscheiden.

9.2 Grundlage für die in Abstimmung mit der Magistratsdirektion festgelegte Personalausstattung des WKAV und somit auch der von ihm geführten geriatrischen Einrichtungen bildete grundsätzlich der systemisierte Dienstpostenplan, wobei die diesbezüglichen Summen auch im jährlichen Voranschlag der Stadt Wien ausgewiesen werden.

Darüber hinausgehend wurde seit dem Jahr 1997 zwischen der Generaldirektion des WKAV und der Magistratsdirektion für das Pflegepersonal (DGKP und Pflegehelfer) jährlich ein so genannter "Soll-Dienstpostenplan" (Soll-DPP) vereinbart, auf Grund dessen infolge verschiedenster Personalmaßnahmen - insbesondere aber durch die Genehmigung so genannter "fiktiver Überstände" durch die Magistratsdirektion - in einer Reihe von Anstalten für Pflegepersonal mehr Dienstposten zur Verfügung standen als im systemisierten Dienstpostenplan vorgesehen war. Die Berechnungsgrundlagen für diesen Soll-DPP erfolgten mit bereits seit längerem durch den WKAV angewendeten Methoden der Personalbedarfsplanung, wobei für den Geriatrie- und Langzeitpflegebereich eine Eigenentwicklung des WKAV, nämlich das "Wiener Modell Personalbedarfsberechnung" herangezogen wurde. Diese Methode wurde mit Beginn des Jahres 2002 durch eine neue Personalbedarfsberechnungsmethode, nämlich die ebenfalls im Eigenbereich entwickelte "Pflegepersonal Regelung Geriatrie- und Langzeitpflege" (PPR-GL) ersetzt, wobei sich jedoch bis zum Zeitpunkt der Einschau diese noch in der Einführungsphase befand und nicht für die Erstellung des Soll-DPP herangezogen worden war.

Zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes gab es - mit Ausnahme des Pflegebereiches - für praktisch keine weitere Bedienstetengruppe aktuell gültige Personalbedarfsberechnungsmethoden, da entweder die entsprechenden Anhaltzahlen - etwa im Verwaltungsbereich - vom WKAV als veraltet angesehen oder - bei anderen Berufsgruppen - entsprechende Berechnungsmodelle erst erarbeitet wurden.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

In der Zwischenzeit wurden die zum Zeitpunkt der Prüfung des

Kontrollamtes in Ausarbeitung befindlichen Personalbedarfsberechnungsmethoden fertig gestellt.

Mittlerweile existieren für Verwaltungsbereiche (Personal, Finanz, Wirtschaft, Küche und Informatik-Koordination) anerkannte Berechnungsmethoden.

Im Bereich des Betriebspersonals wird das gleiche Modell zur Berechnung des Personalbedarfs im Küchenbereich angewendet. Im Februar wurde ein Projekt gestartet, das es ermöglichen wird, bis Juli 2004 auch den Reinigungsbereich (Hausarbeiter) zu berechnen.

Ab März 2004 wird weiters ein Modell erarbeitet werden, das Personalbedarfsberechnungen im Technikerbereich erlaubt. Das Ende des Projektes ist mit September 2004 vorgesehen.

Adäquate Methoden für den praktischen Einsatz im Bereich der MTD und der Ärzte sind derzeit noch in Diskussion.

Schließlich wurden für die Erstellung der jährlichen Personalbudgets durch die Generaldirektion bzw. Direktionen der Teilunternehmungen jährliche Planwerte mit den Direktionen der einzelnen Anstalten vereinbart, die im Wesentlichen - beruhend auf Erfahrungen aus den Vorjahren - das im Jahresdurchschnitt voraussichtlich tatsächlich zur Verfügung stehende Personal prognostizieren sollten. Diese flossen allerdings in die nachstehenden Betrachtungen des Kontrollamtes nicht ein, da sie ausschließlich für die interne Budgeterstellung von Relevanz waren.

10. Personal in geriatrischen Einrichtungen des WKAV

Um den Betrieb einer geriatrischen Einrichtung aufrecht zu erhalten, ist grundsätzlich der Einsatz von Mitarbeitern mit vielfältigsten Professionen und Aufgabenstellungen notwendig.

10.1 Im systemisierten Dienstpostenplan der Stadt Wien spiegelt sich diese Vielfalt in den dort angeführten unterschiedlichsten Personalgruppen wider, beginnend von den Leitungsfunktionen in den Anstaltsdirektionen über das Verwaltungs-, Ärzte-, medizinisch-technische und Pflegepersonal bis hin zum Küchen-, Haus- und Reinigungspersonal sowie jenem in den technischen Werkstätten und der Gärtnerei. Angemerkt wurde in diesem Zusammenhang, dass in jenen geriatrischen Einrichtungen, deren Betrieb im Verbund mit einer Krankenanstalt im Rahmen eines Sozialmedizinischen Zentrums erfolgte, eine Vielzahl von Aufgabenstellungen (wie z.B. Verwaltung, Ergo- und Physiotherapie, Küche, Werkstätten, Gärtnerei) gemeinsam bewältigt wurde, wobei in den Dienstpostenplänen die diesbezüglich zuständigen Personalgruppen grundsätzlich der jeweiligen Krankenanstalt zugeordnet waren. Demgegenüber wurde bis zum Jahr 2003 das Ärzte- und Pflegepersonal in eigenen Dienstpostenplänen - jeweils getrennt nach Krankenanstalt und geriatrischer Einrichtung - ausgewiesen, während in dem angeführten Jahr bezüglich des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe, in dem das OWP untergebracht ist, ein derartiger getrennter Nachweis der systemisierten Dienstposten nicht mehr vorgenommen wurde. Allerdings wurden die im Jahresdurchschnitt tatsächlich beschäftigten Bediensteten (Ist-Stände) von der TU 1 weiterhin getrennt geführt, womit das Kontrollamt - basierend auf diesen Auswertungen - in der nachstehenden Tabelle für den Betrachtungszeitraum der Jahre 2000 bis zum 31. August 2003 die diesbezügliche Entwicklung der Personalzahlen für alle geriatrischen Einrichtungen insgesamt darstellen konnte:

Beschäftigte Personen im Durchschnitt		Veränderung		Beschäftigte Personen im Durchschnitt		Veränderung		Beschäftigte Personen im Durchschnitt		Veränderung	
2000	2001	absolut	in %	2002	absolut	in %	2003 (bis 31. Aug.)	absolut	in %		
5.179	5.142	-37	-0,7	5.074	-68	-1,3	5.038	-36	-0,7		

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, ging im Betrachtungszeitraum die Zahl der unmittelbar in den geriatrischen Einrichtungen des WKAV Beschäftigten um 141 Mitarbeiter, d.s. rd. 2,7 % zurück, wobei allerdings zu bemerken ist, dass im gleichen Zeitraum der Rückgang bei den belegbaren Betten - wie bereits unter Pkt. 5.2 dargestellt - mit 5,6 % noch deutlicher ausfiel.

Die Personalausgaben in den geriatrischen Einrichtungen des WKAV betragen im Jahr 2000 rd. 160,20 Mio.EUR und stiegen kontinuierlich bis zum Jahr 2002 auf rd. 164,30 Mio.EUR (also um rd. 2,6 %) an. Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt, dass im Betrachtungszeitraum im GZW als einziger Anstalt ein deutlicher Rückgang an Personalausgaben von rd. 74,40 Mio.EUR im Jahr 2000 auf 73,50 Mio.EUR im Jahr 2002 (d.s. rd. 1,2 %) zu verzeichnen war.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Senkung der Personalausgaben im Zeitraum 2000 - 2002 um - 1,2 % im GZW geht jedoch mit einer im gleichen Zeitraum bemerkenswerten Reduktion an Patienten um - 9,3 % einher. Allein dieses Verhältnis zeigt, dass im Jahr 2002 ungleich mehr Personalausgaben für jeden im GZW anwesenden Patienten aufgewendet wurden als noch im Jahr 2000. Die Reduktion der Personalausgaben im GZW kann wie folgt aufgeschlüsselt werden (Beträge in EUR):

Personalausgaben GZW 2000 - 2002 (Datawarehouse Teilunternehmung 1)			
	2000	2002	Abweichung in %
Apotheker, Chemiker, Physiker u.ä.	162.069,22	174.716,22	7,80
Ärzte	6.970.674,05	8.246.300,08	18,30
Betriebspersonal	12.229.221,12	12.249.345,90	0,16
Krankenpflegefachdienstpersonal	23.322.225,60	21.958.520,50	-5,85
Medizinisch-technisches Dienstpersonal	1.863.844,87	2.180.546,33	16,99
Sonstiges Personal	4.072.201,84	3.971.491,27	-2,47
Sanitätshilfsdienstpersonal	22.919.768,30	22.564.143,60	-1,55
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	2.876.518,80	2.154.545,97	-25,10
Gesamt	74.416.523,80	73.499.609,87	-1,23

Deutlich erkennbar ist die Reduktion der Ausgaben für das Verwaltungspersonal (die gesamte Pflegegebührenverrechnungsabteilung wurde an die Magistratsabteilung 47 abgegeben) und die

Reduktion der Ausgaben für das Krankenpflegefachdienstpersonal (Dienstposten konnten nicht besetzt werden), das sonstige Personal und das Sanitätshilfsdienstpersonal im Zusammenhang mit der rückläufigen Patientenanzahl. Dem steht ein beachtlicher Zuwachs an Ausgaben für Ärzte (Zuwachs durch neues Gehaltschema bei nahezu gleichem Mitarbeiterstand), MTD-Personal (Erhöhung des durchschnittlichen Mitarbeiterstandes um 19 %) und andere Mitarbeiter mit akademischer Ausbildung (Psychologen erhielten die Psychotherapeutenzulage, gleicher Mitarbeiterstand) gegenüber. Die Ausgaben für das Betriebspersonal sind annähernd gleich geblieben.

Im gleichen Zeitraum wurde das GZF in Betrieb genommen. Dieser Umstand hat, in Bezug auf die Personalausgaben aller geriatrischen Einrichtungen, zu der vom Kontrollamt dargestellten Ausgabensteigerung von insgesamt 2,6 % geführt.

10.2 Um festzustellen, ob der gegenständliche Personalausgang lediglich im nicht patientennahen Bereich erfolgt ist, hat das Kontrollamt die Zahl der Mitarbeiter in jenen Bedienstetenkategorien, die seiner Ansicht nach als patientennah einzustufen sind, erhoben. Bei diesen handelte es sich im Wesentlichen um Ärzte, DGKP, Pflegehelfer und Abteilungshelfer, jedoch auch z.B. um diverse Therapeuten, Heilmasseur und Mitarbeiter im medizinisch-technischen Dienst, wobei der Anteil sämtlicher "patientennah" tätiger Bediensteter 77 % der im geriatrischen Bereich insgesamt durchschnittlich Beschäftigten betrug:

Patientennaher Bereich											
Beschäftigte Personen im Durchschnitt		Veränderung		Beschäftigte Personen im Durchschnitt		Veränderung		Beschäftigte Personen im Durchschnitt		Veränderung	
2000	2001	absolut	in %	2002	absolut	in %	2003 (bis 31. Aug.)	absolut	in %		
3.962	3.947	-15	-0,4	3.910	-37	-0,9	3.895	-15	-0,4		

Wie die Tabelle zeigt, war im Betrachtungszeitraum auch im patientennahen Bereich ein Personalrückgang im Ausmaß von 67 Bediensteten - d.s. rd. 1,7 % - zu verzeichnen, womit der Anteil des Personalrückganges im patientennahen Bereich bei rd. 48 % des Gesamtrückganges an beschäftigten Bediensteten lag.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Zu dieser Betrachtungsweise muss festgestellt werden, dass der Personalrückgang im patientennahen Bereich damit zusammenhängt, dass über bestimmte Arbeitsperioden Dienstposten auf Grund von Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal nicht besetzt werden konnten und damit die Statistik der tatsächlich beschäftigten Personen (korrigierte Beschäftigte) im Durchschnitt eine rückläufige Tendenz aufwies. Inzwischen ist durch Personalaufnahmen und Bettenreduktionen der so genannte Personalschlüssel verbessert worden.

10.3 Obwohl die Zahl der Beschäftigten sich auch im gesamten patientennahen Bereich rückläufig entwickelte, war insgesamt in den geriatrischen Einrichtungen des WKAV im Zeitraum der Jahre 2000 bis 2003 eine kontinuierliche Steigerung bei den Personalausgaben für diesen Bereich von rd. 128,50 Mio.EUR auf rd. 132,80 Mio.EUR - also um rd. 4,30 Mio.EUR - zu verzeichnen. Lediglich im GZW, im GZY und im GZK entwickelten sich die diesbezüglichen Ausgaben rückläufig oder blieben etwa gleich. Bezüglich des GZW und des GZK war allerdings anzumerken, dass sich die gegenständlichen Personalausgaben je belegten Bett in diesen beiden Anstalten infolge der verringerten Zahl an belegten Betten trotz des erwähnten Ausgabenrückganges weiterhin nicht auffallend von den diesbezüglichen Werten vergleichbarer Einrichtungen unterschieden.

11. Pflegepersonal

Bei dem weitaus größten Teil der in den geriatrischen Einrichtungen des WKAV Beschäftigten handelte es sich mit rd. 61 % aller Mitarbeiter um jene des Pflegebereiches, also die DGKP und die Pflegehelfer.

11.1 Die Personalausgaben für den gesamten Pflegebereich der geriatrischen Einrichtungen des WKAV betragen im Jahr 2000 rd. 100,70 Mio.EUR, stiegen im Jahr 2001 auf rd. 102,30 Mio.EUR an und sanken danach im Jahr 2002 auf rd. 101,60 Mio.EUR (d.s. gegenüber dem Jahr 2001 rd. 0,70 Mio.EUR bzw. rd. 0,7 % weniger). Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt, dass in den meisten Anstalten bei den Personalausgaben im Pflegebereich Steigerungen zu verzeichnen waren oder diese praktisch gleich blieben, während im GZW im Betrachtungszeitraum ein kontinuierlicher Rückgang um insgesamt rd. 1,80 Mio.EUR (d.s rd. 4 %) zu verzeichnen war. Allein im Jahr 2002 betrug der Ausgabenrückgang dieser Anstalt gegenüber dem Vorjahr rd. 1,40 Mio.EUR (d.s. mehr als 3 %).

Die geringsten Personalausgaben im Pflegebereich je belegten Bett wiesen im Jahr 2002 das GZY mit rd. 15.300,-- EUR, das GZA mit rd. 17.300,-- EUR und das GZD mit rd. 17.700,-- EUR auf, während im GZF mit 20.500,-- EUR und im GZB mit 20.400,-- EUR innerhalb der geriatrischen Einrichtungen des WKAV die höchsten Personalausgaben im Pflegebereich zu verzeichnen waren.

Eine Sonderstellung nahm das SZY ein, das einerseits ausschließlich DGKP beschäftigte und andererseits auf Grund seiner speziellen Aufgabenstellung einen wesentlich höheren Personalschlüssel als die anderen geriatrischen Einrichtungen aufwies, wodurch die Ausgaben im Pflegebereich je belegten Bett mit rd. 37.000,-- EUR weit über jenen der übrigen Einrichtungen lagen.

11.2 Obwohl die geriatrischen Einrichtungen des WKAV - im Gegensatz zu den Krankenanstalten - als Pflegeheime gemäß WSHG nicht den Bestimmungen des Wiener Krankenanstaltengesetzes unterlagen, wurden sie ebenfalls von einem Ärztlichen Direktor, einem Verwaltungsdirektor und einer DGKP in der Funktion des Pflegedirektors gemeinsam geleitet (Kollegiale Führung). In einigen größeren Anstalten wurde die Kollegiale Führung noch durch einen Technischen Direktor als viertes Mitglied ergänzt.

Weiters wurde angemerkt, dass in den Sozialmedizinischen Zentren sowie im Therapie-

zentrum Ybbs jeweils nur ein Verwaltungs- und ein Technischer Direktor für die gesamte Einrichtung (Krankenanstalt und Geriatrie- bzw. Pflegezentrum) vorgesehen waren, mit Ausnahme des GZD verfügten diese auch nur über einen Ärztlichen Direktor und in Einzelfällen wurde auch die Pflegeleitung gemeinsam wahrgenommen.

Jene größeren geriatrischen Einrichtungen, in denen dies dem WKAV aus Gründen einer nicht zu weiten Führungsspanne notwendig erschien, verfügten auch über Oberschwwestern, die für eine oder mehrere Abteilungen bzw. mehrere Stationen zuständig waren. Schließlich oblag die unmittelbare Führungsverantwortung auf Stationsebene jeweils einer Stationsschwester bzw. einem Stationspfleger, wobei für diese Funktion auch eine ständige Vertretung vorgesehen war.

Die Aufgaben der einzelnen Hierarchiestufen im Bereich des Pflegepersonals - beginnend von den Pflegedirektoren bis hin zu den Abteilungshelfern - waren grundsätzlich in standardisierten Stellenbeschreibungen festgelegt, wobei im Einzelfall bestimmte Aufgaben vom Vorgesetzten entfernt oder hinzugefügt werden konnten. Soweit in den Stellenbeschreibungen Kontrolltätigkeiten verankert waren, wird auf diese im gegenständlichen Bericht im Zusammenhang mit der Aufsichtspflicht unter Pkt. 22 gesondert eingegangen.

11.2.1 Den Direktoren des Pflegedienstes oblagen vier Tätigkeitsschwerpunkte, die jeweils aus einer großen Zahl an Einzelaufgaben bestanden. Dabei handelte es sich um die Kontrolle, die Sicherung und die Verbesserung der Pflegequalität und der Pflegeorganisation, um die Führung und den Einsatz des Personals im Pflegebereich, um die konsensuale Betriebsführung als Mitglied der Kollegialen Führung sowie um die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Organisationseinheiten und Berufsgruppen.

Die Sicherung von Pflegequalität und -organisation sollte insbesondere durch die Erstellung bzw. die Weiterentwicklung des Pflegeleitbildes, durch die Vorgabe hausbezogener allgemeiner Richtlinien, Pflegeziele und Pflegekonzepte, durch die Festlegung von Pflegequalitätskriterien, Pflegesystemen und Richtlinien für die Pflegedokumentation erfolgen.

Die Führung und der Einsatz des Pflegepersonals sollte einerseits die Personalplanung unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Personalauswahl, andererseits die Personalbedarfsplanung z.B. durch die Vorgabe und/oder Genehmigung von Rahmenbedingungen für die Diensterteilung, durch Personalausgleich und den Einsatz der Mitarbeiterinnen nach deren Qualifikation und Fähigkeiten sowie nicht zuletzt die Personalentwicklung mit Hilfe von Mitarbeiterorientierungsgesprächen, Mitarbeiterbeurteilungen, Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen etc. umfassen.

Unter den beiden weiteren Aufgabengebieten konsensuale Betriebsführung und Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Organisationseinheiten und Berufsgruppen waren im Wesentlichen sehr allgemein formulierte Tätigkeiten angeführt, die z.T. auch nur eine Mitwirkung an diversen Planungs-, Optimierungs- und Entwicklungsaufgaben festlegen, aber auch z.B. die Meldepflicht bei schwer wiegenden Ereignissen und die Sicherstellung der Informationsweitergabe.

11.2.2 Die Stellenbeschreibungen der Oberschwwestern enthielten die selben Tätigkeitsschwerpunkte wie jene der vorgenannten Berufsgruppe, die einzelnen Aufgaben waren jedoch auf die Mitwirkung bei anstaltsbezogenen Tätigkeiten bzw. auf die abteilungsbezogene Durchführung beschränkt. Darüber hinaus oblag ihnen u.a. auch die Kontaktpflege mit Patienten, Klienten und pflegebedürftigen Menschen sowie deren Vertrauenspersonen.

11.2.3 Auf Ebene der Stationen waren in den Stellenbeschreibungen der Stationschwwestern ebenfalls die Schwerpunkte Überwachung, Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität und der Pflegeorganisation, die Führung und der Einsatz des Pflegepersonals sowie die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Organisationseinheiten und Berufsgruppen genannt, statt der konsensualen Betriebsführung oblag ihnen die Organisation der Sachmittel und die Überwachung des Sachmitteleinsatzes.

Für die ständigen Vertreter der Stationsschwwestern waren die Aufgaben nahezu gleich definiert, teilweise jedoch auf die Mitwirkung bei den beschriebenen Tätigkeiten eingeschränkt. Zusätzlich waren sie mit der Anleitung von Schülerinnen und neuen Mitar-

beiterinnen sowie - in Zusammenarbeit mit dem Hygieneteam - mit der Überwachung der Hygienerichtlinien beauftragt.

11.2.4 Die Stellenbeschreibungen der nicht in Leitungsfunktionen eingesetzten übrigen DGKP gliederten sich in einen eigenverantwortlichen, einen mitverantwortlichen und einen interdisziplinären Bereich. Die Tätigkeiten im erstgenannten, umfangreichen Bereich betrafen u.a. die Pflegeanamnese (Erhebung der Pflegebedürfnisse und des -aufwandes), die Pflegediagnose, die Pflegeplanung, die Durchführung und die Evaluierung der Pflegemaßnahmen, die psychosoziale Betreuung unter Berücksichtigung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, die Organisation der Pflege und die Dokumentation des gesamten Pflegeprozesses. Mitverantwortlich hatten die DGKP z.B. Arzneimittel und Injektionen zu verabreichen, Blutentnahmen durchzuführen, Magensonden und Blasenkatheter zu legen bzw. zu setzen. Im interdisziplinären Bereich waren insbesondere beratende bzw. präventive Maßnahmen angeführt.

11.2.5 Bei den Pflegehelferinnen waren die Aufgabengebiete in die Durchführung pflegerischer Maßnahmen, die Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen, die soziale Betreuung im Sinne des alltäglichen Umganges mit Patienten, Klienten und pflegebedürftigen Menschen (als eigenständige Tätigkeiten), eigenständige Tätigkeiten in Bezug auf Einhaltung der Hygienerichtlinien und die Zusammenarbeit im Team mit anderen Berufsgruppen gegliedert. Die pflegerischen Maßnahmen umfassten z.B. die Anwendung der Grundtechniken der Pflege und der Mobilisation, die Körperpflege, die Ernährung, die Dokumentation sowie prophylaktische Pflegemaßnahmen. Die Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen betraf u.a. die Verabreichung von Arzneimitteln, das Anlegen von Verbänden und Bandagen, das Verabreichen von Insulininjektionen und die in diesem Zusammenhang notwendige Blutabnahme aus der Kapillare sowie Maßnahmen der Krankenbeobachtung aus medizinischer Indikation (Messung von Blutdruck, Puls, Temperatur etc.). Die soziale Betreuung beinhaltete vor allem die Kommunikation bzw. deren Förderung im sozialen Umfeld und die Animation im Sinne des "sich Beschäftigen". In den beiden letztgenannten Aufgabengebieten waren insbesondere die Beachtung der Hygienevorschriften und die Durchführung der bereichsbezogenen Hygienemaßnahmen, die

Vorbereitung und die Mithilfe bei der Verteilung der Speisen sowie die Arbeit im Team und die Mitgestaltung von Teamprozessen genannt.

11.3 Um festzustellen, ob im Betrachtungszeitraum die Anzahl des im Durchschnitt tatsächlich in den Anstalten verfügbaren Pflegepersonals (IST) - also abzüglich der längerfristig etwa durch Karenzurlaube, Präsenz- oder Zivildienst absenten Mitarbeiter, soweit deren Dienstposten nicht unmittelbar nachbesetzt wurden - den mit der Magistratsdirektion vereinbarten und im Soll-DPP festgelegten Personalzahlen entsprach, hat das Kontrollamt in der nachstehenden Tabelle anstaltsweise die Zahl der DGKP und der Pflegehelfer lt. Soll-DPP den diesbezüglichen durchschnittlichen Ist-Ständen gegenübergestellt.

Bei dem gegenständlichen Vergleich war es jedoch nicht möglich, das OWP einzubeziehen, da bezüglich dieser Anstalt für das Jahr 2003 nur mehr ein gemeinsamer Soll-DPP für das gesamte Sozialmedizinische Zentrum Baumgartner Höhe erstellt worden war und somit die gegenständlichen Soll-Werte für die geriatrische Einrichtung nicht mehr extra ausgewiesen wurden. Ebenso wurden in dem gegenständlichen Vergleich die erst im Betrachtungszeitraum neu eröffneten GZF und GZS ausgenommen:

Einrichtung	2000				2001				2002				2003			
	Soll-DPP	IST	Abweichung		Soll-DPP	IST	Abweichung		Soll-DPP	IST	Abweichung		Soll-DPP	IST	Abweichung	
			absolut	in %			absolut	in %			absolut	in %			absolut	in %
GZW	1.390	1.373	-17	-1,2	1.365	1.326	-39	-2,9	1.304	1.271	-33	-2,5	1.292	1.218	-74	-5,7
GZB	507	497	-10	-2,0	507	486	-21	-4,1	484	478	-6	-1,2	477	460	-17	-3,6
GZD	212	208	-4	-1,9	212	207	-5	-2,4	212	206	-6	-2,8	210	203	-7	-3,3
GZL	210	202	-8	-3,8	211	200	-11	-5,2	205	201	-4	-2,0	156	161	5	3,2
SSG	82	77	-5	-6,1	82	81	-1	-1,2	82	77	-5	-6,1	82	77	-5	-6,1
GZY	136	131	-5	-3,7	136	131	-5	-3,7	136	135	-1	-0,7	136	133	-3	-2,2
SZY	94	103	9	9,6	94	99	5	5,3	96	98	2	2,1	96	97	1	1,0
GZK	141	133	-8	-5,7	141	122	-19	-13,5	136	120	-16	-11,8	139	121	-18	-12,9
GZA	114	106	-8	-7,0	114	107	-7	-6,1	114	108	-6	-5,3	114	109	-5	-4,4
Sum.*)	2.886	2.830	-56	-1,9	2.862	2.759	-103	-3,6	2.769	2.694	-75	-2,7	2.702	2.579	-123	-4,6

*) ohne OWP, GZF und GZS

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass im Jahresdurchschnitt in den angeführten Anstalten insgesamt zwischen 56 Dienstposten (d.s. rd. 1,9 % der Soll-Dienstposten) im Jahr 2000 und 123 Dienstposten (d.s. rd. 4,6 % der Soll-Dienstposten) im Jahr 2003 (bis zum Stichtag 31. August) nicht besetzt waren. Im letztgenannten Zeitraum waren bezüglich des durchschnittlichen Unterstandes an Pflegepersonal die höchsten prozentuellen Abweichungen im GZK mit rd. 12,9 % (durchschnittlich 18 Dienstposten), im SSG mit rd. 6,1 % (durchschnittlich rd. fünf Dienstposten) und im GZW mit rd. 5,7 % (durchschnittlich 74 Dienstposten) zu verzeichnen. Demgegenüber war im GZL im Durchschnitt im Jahr 2003 und im SZY sogar über den gesamten Betrachtungszeitraum geringfügig mehr Personal tatsächlich vorhanden, als im Soll-DPP vorgesehen war. Hinsichtlich des Unterstandes im GZK ist allerdings relativierend anzumerken, dass die im Pkt. 5.2 angeführte hohe Zahl an Bettensperren sich nicht auf den Soll-DPP auswirkte, jedoch hiedurch eine geringere Arbeitsbelastung für das verfügbare Pflegepersonal als bei voller Auslastung der Pflegebetten gegeben war.

11.4 Nachdem seit einiger Zeit auch in den Zielvereinbarungen zwischen den Anstalten, der Generaldirektion bzw. der TU 1 festgelegt worden war, dass die Einrichtungen des WKAV zur Sicherstellung eines qualitativen Personaleinsatzes mittelfristig ein Verhältnis zwischen diplomiertem und nicht diplomiertem Pflegepersonal von 60 % zu 40 % anstreben sollten, hat das Kontrollamt die diesbezügliche Entwicklung einer Betrachtung unterzogen. Auch bei dieser Analyse wurden das GZS zur Gänze und das GZF bezogen auf das Jahr 2000 aus den bereits genannten Gründen ausgenommen. Beim GZF war festzustellen, dass in dieser Anstalt seit der Inbetriebnahme im Jahr 2001 das Verhältnis DGKP zu Pflegehelfern in allen Jahren zwischen 58,3 % und 58,7 % zu 41,1 % und 41,7 % lag, also das angestrebte Ziel nahezu erreicht wurde. Als noch weniger typisch stellte sich die Situation im GZY und SZY dar, das auf Grund der dort ebenfalls vom WKAV betriebenen Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege über ausreichend verfügbaren diplomierten Pflegenachwuchs verfügte, weshalb in diesen beiden Einrichtungen fast ausschließlich DGKP beschäftigt wurden. Demgegenüber stellte sich in allen anderen Anstalten eine Verteilung zwischen den Bedienstetenkategorien DGKP und Pflegehelfern wie folgt dar:

Einrichtung *)	Bed. Kategorie	2000	Verteilung in %	2001	Verteilung in %	2002	Verteilung in %	2003	Verteilung in %
GZW	DGKP	640	46,6	609	45,9	581	45,7	558	45,8
	Pflegehelfer	733	53,4	717	54,1	690	54,3	660	54,2
GZB	DGKP	258	51,9	240	49,4	230	48,1	221	48,0
	Pflegehelfer	239	48,1	246	50,6	248	51,9	239	52,0
GZD	DGKP	112	53,8	111	53,6	109	52,9	105	51,7
	Pflegehelfer	96	46,2	96	46,4	97	47,1	98	48,3
GZL	DGKP	123	60,9	121	60,5	117	58,2	92	57,1
	Pflegehelfer	79	39,1	79	39,5	84	41,8	69	42,9
OWP	DGKP	86	53,1	89	56,7	80	51,3	81	50,6
	Pflegehelfer	76	46,9	68	43,3	76	48,7	79	49,4
SSG	DGKP	37	48,1	40	49,4	35	45,5	31	40,3
	Pflegehelfer	40	51,9	41	50,6	42	54,5	46	59,7
GZK	DGKP	55	41,4	50	41,0	49	40,8	43	35,5
	Pflegehelfer	78	58,6	72	59,0	71	59,2	78	64,5
GZA	DGKP	36	34,0	38	35,5	38	35,2	36	33,0
	Pflegehelfer	70	66,0	69	64,5	70	64,8	73	67,0
	Summe DGKP	1.347	48,8	1.298	48,3	1.239	47,3	1.167	46,5
	Summe - Pflegehelfer	1.411	51,2	1.388	51,7	1.378	52,7	1.342	53,5

*) ohne GZS, GZF, GZY und SZY

Wie die Tabelle zeigt, lag lediglich im GZL der Anteil der DGKP am gesamten Pflegepersonal bei rd. 57 % und im GZD und OWP geringfügig über 50 %, während er in den anderen Pflegeeinrichtungen des WKAV z.T. erheblich darunter lag. So waren im GZA 67 %, im GZK nahezu 65 %, im SSG nahezu 60 %, im GZW mehr als 54 % und im GZB 52 % der Pflegepersonen Pflegehelfer.

Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt, dass im Gegensatz zu den Zielsetzungen in den Zielvereinbarungen in allen geriatrischen Einrichtungen des WKAV über den gesamten Betrachtungszeitraum gesehen der Anteil der DGKP gegenüber den Pflegehelfern tendenziell zurückging.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund:

Die Tatsache, dass trotz der Zielvereinbarungen bzw. Zielsetzungen, den Anteil des diplomierten Pflegepersonals mit 60 %

zu erreichen, der Prozentsatz an diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal tendenziell rückläufig ist, ergibt sich durch die Arbeitsmarktsituation in diesem Bereich. Der in diesem Bereich angesprochene Personalmangel ist durch den gegenwärtig geringen Zulauf zur Altenpflege erklärbar. So fehlt vielen jungen Pflegefachkräften im Rahmen der Altenpflege das unmittelbare und somit motivierende Erfolgserlebnis der Heilung eines Patienten. Diese Rekrutierungsproblematik ist aber kein singuläres Problem in Wien, vielmehr hat die Altenpflege weltweit mit diesem Problem zu kämpfen. Es wird daher trotz Werbeaktivitäten immer schwieriger, diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal für die Arbeit im Bereich der Geriatrie zu gewinnen. Die Berichterstattung auf Grund der Ereignisse im GZW hat diese Situation noch verschärft. Um hier gegenzusteuern, wurde im WKAV eine Ausbildungsoffensive, beginnend mit Februar 2004, gestartet. Weiters wird im April 2004 neuerlich eine große Imagekampagne vom WKAV durchgeführt werden.

11.5 Eine weitere, in Bezug auf die Ausstattung mit Pflegepersonal wesentliche Kennzahl beschreibt das Verhältnis der Zahl der eingesetzten Pflegepersonen (DGKP und Pflegehelfer) zu jeweils 100 belegten Pflegebetten, wobei bei der Zahl der durchschnittlich beschäftigten Bediensteten vom Kontrollamt ebenfalls wieder nur jene Pflegepersonen in die Betrachtung einbezogen wurden, die - mit Ausnahme der durch Urlaube, Krankenstände, Fortbildung etc. verursachten Fehlzeiten - tatsächlich für die Anstalten verfügbar waren (also ohne etwa durch Karenz, Präsenzdienst etc. verursachte "Dauerabsenzen").

Nicht enthalten in der Tabelle sind das GZF und das GZS, da - wie bereits erwähnt - diese beiden Anstalten erst während des Betrachtungszeitraums eröffnet wurden. Bei dem seit dem Jahr 2001 in Betrieb befindlichen GZF lag in den Jahren 2002 und 2003 - also nach erfolgtem Vollbetrieb - die Anzahl der durchschnittlich verfügbaren Pflegepersonen je 100 Betten jeweils bei 61 Bediensteten.

Einrichtung)	2000			2001			2002			2003 (bis 31.August)		
	durchschn. bel. Betten	IST	Anz. d. Bed. je 100 bel. Betten	durchschn. bel. Betten	IST	Anz. d. Bed. je 100 bel. Betten	durchschn. bel. Betten	IST	Anz. d. Bed. je 100 bel. Betten	durchschn. bel. Betten	IST	Anz. d. Bed. je 100 bel. Betten
GZW	2.508	1.373	55	2.368	1.326	56	2.275	1.271	56	2.235	1.218	54
GZB	914	497	54	887	486	55	835	478	57	797	460	58
GZD	397	208	52	396	207	52	397	206	52	396	203	51
GZL	392	202	52	393	200	51	373	201	54	280	161	58
OWP	292	162	55	270	157	58	257	156	61	256	160	63
SSG	139	77	55	139	81	58	135	77	57	138	77	56
GZY	233	131	56	231	131	57	233	135	58	227	133	59
SZY	132	103	78	130	99	76	130	98	75	131	97	74
GZK	253	133	53	221	122	55	212	120	57	199	121	61
GZA	195	106	54	195	107	55	196	108	55	194	109	56
Insges.	5.455	2.992	55	5.230	2.916	56	5.043	2.850	57	4.853	2.739	56

*) ohne GZS und GZF

Der Tabelle kann entnommen werden, dass sich anstaltsweise die durchschnittliche Anzahl des verfügbaren Pflegepersonals pro 100 Betten sehr unterschiedlich darstellte, wobei dies jedoch nicht zuletzt auch auf die unterschiedliche Pflegebedürftigkeit der Bewohner zurückzuführen war.

Bezüglich der im Vergleich auffallend hohen Zahl an Pflegepersonen je 100 Betten im SZY war anzumerken, dass es sich hierbei um eine spezielle Einrichtung für Menschen mit Intelligenzminderung und Körperbehinderungen handelte, für deren Personalausstattung lt. Auskunft der TU 1 andere Methoden der Personalbedarfsberechnung herangezogen worden waren als für die übrigen geriatrischen Einrichtungen des WKAV.

11.6 Um festzustellen, ob bzw. in welchem Ausmaß sich die gem. dem "Wiener Modell Personalbedarfsberechnung" errechneten Personalbedarfszahlen (Kennzahl) einerseits von den Zahlen des Soll-DPP und andererseits vom tatsächlich verfügbaren Personal unterschieden, hat das Kontrollamt in der nachstehenden Tabelle für die Jahre 2000 und 2001 anstaltsweise diese drei Werte sowie die jeweiligen Abweichungen dargestellt. Aus den bereits erwähnten Gründen sind das SZY, das OWP (mangels Soll-DPP seit dem Jahr 2002) sowie das GZF und das GZS in dieser Aufstellung nicht enthalten:

Einrichtung *)	2000							2001						
	Kennzahl	Soll-DPP	Abweichung Soll / Kennz.		IST	Abweichung Ist / Kennz.		Kennzahl	Soll-DPP	Abweichung		IST	Abweichung Ist / Kennz.	
			absolut	in %		absolut	in %			absolut	in %		absolut	In %
GZW	64	55	-9	-14,1	55	-9	-14,1	66	58	-8	-12,1	56	-10	-15,2
GZB	64	55	-9	-14,1	54	-10	-15,6	66	57	-9	-13,6	55	-11	-16,7
GZD	64	53	-11	-17,2	52	-12	-18,8	65	54	-11	-16,9	52	-13	-20,0
GZL	63	54	-9	-14,3	52	-11	-17,5	64	54	-10	-15,6	51	-13	-20,3
SSG	64	59	-5	-7,8	55	-9	-14,1	65	59	-6	-9,2	58	-7	-10,8
GZY	64	58	-6	-9,4	56	-8	-12,5	64	59	-5	-7,8	57	-7	-10,9
GZK	62	56	-6	-9,7	53	-9	-14,5	63	64	1	1,6	55	-8	-12,7
GZA	62	58	-4	-6,5	54	-8	-12,9	63	58	-5	-7,9	55	-8	-12,7
∅	63	56	-7	-11,1	54	-9	-14,3	65	58	-7	-10,8	55	-10	-15,4

*) ohne OWP, SZY, GZF und GZS

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, lagen in beiden Jahren im Durchschnitt in allen acht betrachteten Anstalten die Soll-Zahlen lt. Dienstpostenplan um etwa 11 % und die Anzahl des tatsächlich verfügbaren Personals um rd. 14 % bis 15 % unter den Kennzahlen gem. der damals verwendeten Personalbedarfsberechnungsmethode. Die höchsten Abweichungen ergaben sich dabei für das GZD und das GZL mit rd. 19 % bzw rd. 20 %. In dem in der Tabelle nicht enthaltenen OWP war hingegen zwischen dem errechneten Personalbedarf und den tatsächlich verfügbaren Pflegepersonen eine geringere Abweichung von etwa 10 % Unterschreitung festzustellen.

Wie bereits unter Pkt. 9.2 erwähnt, wurde im Jahr 2002 eine neue Personalbedarfsberechnungsmethode für das Pflegepersonal, nämlich die PPR-GL, eingeführt, wobei jedoch zum Zeitpunkt der Einschau diese Methode noch nicht im Regelbetrieb, sondern erst als - noch nicht evaluiertes - Pilotprojekt im Einsatz war.

Die in der nachstehenden Tabelle verwendeten Personalbedarfszahlen lt. PPR-GL für die Jahre 2002 und 2003 sind daher mangels erfolgter Evaluierung noch nicht als endgültige Werte für die einzelnen Anstalten zu verstehen, können jedoch durchaus als Richtzahlen für den jeweils dort bestehenden Personalbedarf gemäß dieser Berechnungsmethode herangezogen werden:

Einrichtung)	2002							2003 (bis 31. August)						
	Kennzahl	Soll-DPP	Abweichung		IST	Abweichung Ist / Kennz.		Soll-DPP	Abweichung		IST	Abweichung Ist / Kennz.		
			absolut	in %		absolut	in %		absolut	in %		absolut	In %	
GZW	60	57	-3	-5,0	56	-4	-6,7	58	-2	-3,3	54	-6	-10,0	
GZB	66	58	-8	-12,1	57	-9	-13,6	60	-6	-9,1	58	-8	-12,1	
GZD	58	53	-5	-8,6	52	-6	-10,3	53	-5	-8,6	51	-7	-12,1	
GZL	61	55	-6	-9,8	54	-7	-11,5	56	-5	-8,2	58	-3	-4,9	
SSG	58	61	3	5,2	57	-1	-1,7	59	1	1,7	56	-2	-3,4	
GZY	55	58	3	5,5	58	3	5,5	60	5	9,1	59	4	7,3	
GZK	61	64	3	4,9	57	-4	-6,6	70	9	14,8	61	-	-	
GZA	59	58	-1	-1,7	55	-4	-6,8	57	-2	-3,4	56	-3	-5,1	
ø	60	58	-2	-3,3	56	-4	-6,7	59	-1	-1,7	57	-3	-5,0	

*) ohne OWP, SZY, GZF und GZS

Festzustellen war vom Kontrollamt, dass sich im Vergleich zu den Personalbedarfszahlen für die Jahre 2000 und 2001 auf Grund der neuen Berechnungsmethode mittels PPR-GL für die acht betrachteten geriatrischen Einrichtungen erheblich geringere Werte von nur mehr durchschnittlich 60 an Stelle von 63 bzw. 65 Pflegepersonen je 100 Betten ergaben. Bedingt durch diesen Umstand lag in diesen beiden Jahren die Differenz zwischen dem Personalbedarf und dem Soll-DPP nur mehr zwischen 3,3 % und 1,7 %, während der tatsächliche durchschnittliche Personalstand um nahezu 7 % bis 5 % von der PPR-GL abwich. Die höchsten Abweichungen waren 2003 im GZB und GZD mit mehr als 12 % und im GZW mit 10 % zu verzeichnen. Das in der Tabelle nicht enthaltene OWP lag mit einem Personalbedarf von 64 Pflegepersonen je 100 Betten und 61 tatsächlich in diesem Bereich verfügbaren Mitarbeitern im Jahr 2002 mit einer Abweichung von somit rd. 5 % im Durchschnitt, während im Jahr 2003 mit 63 tatsächlich verfügbaren Pflegepersonen die Abweichung zum Personalbedarf nur mehr rd. 2 % betrug.

Demgegenüber erschien der mittels PPR-GL errechnete Personalbedarf von 69 Pflegepersonen je 100 Betten im GZF auffallend hoch; tatsächlich standen dieser geriatrischen Einrichtung in beiden Jahren mit 61 DGKP und Pflegehelfern je 100 Betten rd.

12 % weniger Mitarbeiter zur Verfügung, wobei jedoch diese Zahl erheblich über dem Durchschnitt der in der Tabelle angeführten acht Anstalten lag.

11.7 Das Kontrollamt empfahl dringend, die zum Zeitpunkt der Einschau lt. Auskunft des WKAV bereits eingeleitete Evaluierung der von den Anstalten ermittelten Personalbedarfszahlen gemäß PPR-GL abzuschließen und danach sicherzustellen, dass die anstaltsweisen Soll-DPP den erhobenen Personalbedarfszahlen angeglichen werden. In weiterer Folge wäre es Aufgabe der jeweiligen Führung der einzelnen Anstalten, im Einzelfall auch die Besetzung dieser Dienstposten zu gewährleisten.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Der Empfehlung des Kontrollamtes wird entsprochen werden. Die Evaluierung der PPR-GL wird im Jahr 2004 abgeschlossen und nach Einarbeitung der Evaluierungsergebnisse und eventuell erforderlicher Adaptierung als Personalplanungsmethode für den geriatrischen Bereich eingesetzt werden. Das Wiener Modell tritt dann automatisch außer Kraft.

12. Fehlzeiten des Pflegepersonals

Nachdem für die zum Zeitpunkt der Einschau gültigen Personalbedarfsberechnungen des WKAV eine Fehlzeitenquote im Ausmaß von 20 % festgelegt worden war, hat das Kontrollamt auch die Entwicklung der Fehlzeiten des Pflegepersonals einer Betrachtung unterzogen.

12.1 Insgesamt betrachtet lag im geriatrischen Bereich der Anteil aller Fehlzeiten (einschließlich Erholungsurlaub) bezogen auf die durchschnittliche absolute Zahl an Pflegepersonen in den Jahren 2000 und 2001 bei 79 Kalendertagen je Mitarbeiter und stieg auf 82 Kalendertage im Jahr 2002 an. Dies bedeutet, dass in den Jahren 2000 und 2001 der Anteil der Fehlzeiten bei rd. 21,6 % aller Kalendertage lag und sich im Jahr 2002 auf rd. 22,5 % aller Kalendertage erhöht hatte, also um 2,5 %-Punkte über jenem Wert lag, der im Rahmen der PPR-GL festgelegt worden war.

12.2 Auffallend weit über diesem Durchschnittswert lag in allen Jahren das GZD, das im Jahr 2000 90 Kalendertage (d.s. rd. 24,7 % aller Kalendertage) Fehlzeiten je Pflegeperson zu verzeichnen hatte, wobei dieser Wert nach einem leichten Rückgang im Jahr 2001 auf 88 Kalendertage im Jahr 2002 bereits auf nunmehr 99 Kalendertage angestiegen war, womit der Fehlzeitenanteil in dieser Anstalt nunmehr bei rd. 27,1 % aller Kalendertage - also erheblich über dem in der PPR-GL festgelegten Wert - lag.

Ebenfalls über dem Durchschnitt aller Anstalten lagen im Jahr 2002 die Fehlzeiten

- im SSG mit 84 Kalendertagen (d.s. rd. 23,0 % aller Kalendertage),
- im GZW mit 83 Kalendertagen (d.s. rd. 22,7 % aller Kalendertage) und
- im OWP und GZL mit 82 Kalendertagen (d.s. rd. 22,5 % aller Kalendertage)

je Pflegeperson.

Auffallend war in diesem Zusammenhang auch, dass sowohl im GZW als auch im OWP und GZL die Fehlzeiten beim Pflegepersonal im Betrachtungszeitraum kontinuierlich anstiegen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Im Jahr 2002 hat die Generaldirektion ein Projekt begonnen, das sich im Sinne eines "Frühwarnsystems" mit auffälligen Krankheitsentwicklungen beschäftigt.

Als erstes Ergebnis wurde ein allgemeiner Standard für ein Informationsgespräch mit dem jeweiligen Mitarbeiter nach einem längeren Krankenstand entwickelt, das ab Februar 2004 im GZW, im Sozialmedizinischen Zentrum Nord und im Kaiserin- Elisabeth-Spital pilotiert wird. Eine Evaluierung des Projektes ist für Sommer 2004 vorgesehen.

12.3 Das Kontrollamt empfahl der Generaldirektion des WKAV, nicht zuletzt auch im Hinblick auf die bestehenden Engpässe bei der Personalausstattung im Pflegebereich, der anstaltsweisen Entwicklung der Fehlzeiten künftig erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken. Insbesondere sollten in jenen Anstalten, in denen ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen war, die Ursachen dieser Entwicklung einer genauen Analyse unterzogen werden, damit künftig entsprechende Gegenmaßnahmen eingeleitet werden können.

Ebenso wären bezüglich jener Anstalten, deren Fehlzeiten erheblich über dem in der PPR-GL festgelegten Wert lagen, umgehend Maßnahmen zur Verbesserung der do. Personalsituation - beispielsweise durch einen Personalausgleich innerhalb der TU 1 - in die Wege zu leiten.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Es wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, um eine Ursachenanalyse der Fehlzeiten durchzuführen und Vorschläge für entsprechende Gegenmaßnahmen zu erarbeiten, die von der jeweiligen Pflegedienstleitung umzusetzen sind. Mit der Implementierung der PPR-GL wird der Personalausgleich durchgeführt werden.

13. Mehrdienstleistungen sowie Fort- und Weiterbildung im Pflegebereich

13.1 Zur Abdeckung der durch Absenzen bedingten Fehlzeiten sowie zur Sicherstellung von Mindestpersonalpräsenzen trotz der unter Pkt. 11 bereits angeführten Personalunterstände war es im gesamten Betrachtungszeitraum notwendig, dass seitens des Pflegepersonals in nicht unerheblichem Ausmaß Mehrdienstleistungen erbracht wurden. Zum Teil wurden diese Mehrdienstleistungen finanziell abgegolten, teils erfolgte eine Abgeltung in Freizeit.

13.1.1 Nachstehender Tabelle ist je Anstalt die Zahl jener von Pflegepersonen geleisteten Überstunden die in Freizeit abgegolten wurden, zu entnehmen:

Anzahl der in Freizeit abgeholzten Mehrdienstleistungen pro Anstalt									
	2000	2001		2002			2000 bis 2002		
Anstalt	Anzahl der Stunden	Anzahl der Stunden	Abweichung		Anzahl der Stunden	Abweichung		Abweichung gesamt	
			absolut	in %		absolut	in %	absolut	in %
GZW	22.326	20.160	-2.166	-9,7	17.858	-2.302	-11,4	-4.468	-20,0
GZB	5.549	3.937	-1.612	-29,1	3.567	-370	-9,4	-1.982	-35,7
GZD	723	614	-109	-15,1	423	-191	-31,1	-300	-41,5
GZL	1.185	2.011	826	69,7	2.212	201	10,0	1.027	86,7
OWP	2.288	2.899	611	26,7	2.704	-195	-6,7	416	18,2
SSG	339	388	49	14,5	398	10	2,6	59	17,4
GZF	-	914	914	-	950	36	3,9	950	-
GZY	1.869	2.045	176	9,4	2.202	157	7,7	333	17,8
GZK	1.084	947	-137	-12,6	789	-158	-16,7	-295	-27,2
GZA	3.073	1.894	-1.179	-38,4	2.811	917	48,4	-262	-8,5
Summe	38.436	35.809	-2.627	-6,8	33.914	-1.895	-5,3	-4.522	-11,8

Wie aus der gegenständlichen Tabelle ersichtlich ist, entwickelte sich die Zahl der in Freizeit abgeholzten Mehrdienstleistungen insgesamt betrachtet kontinuierlich rückläufig, wobei besonders hohe Rückgänge im GZD und GZB zu verzeichnen waren. Auffallend erschien dem Kontrollamt, dass entgegen diesem insgesamt festzustellenden Trend im GZL im Betrachtungszeitraum eine starke Steigerung bei den in Freizeit abgeholzten Mehrdienstleistungen zu verzeichnen war, obwohl auch in dieser Einrichtung im gesamten Betrachtungszeitraum beachtliche Abweichungen zwischen der verfügbaren Anzahl an Pflegepersonen und dem Personalbedarf festzustellen waren.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Zum GZL wird auf Grund der Feststellungen des Kontrollamtes berichtet, dass im Jahr 2000 mehr Dienstposten unbesetzt waren als im Arbeitsjahr 2002. Gleichzeitig hat ab Juni 2002 die Bettensperre für die geplante Übersiedlung in das GZS sowie für die geplante Sanierung einer Station begonnen, somit konnte der Personalstand erhöht werden, gleichzeitig wurden die angesammelten Überstunden abgeholzten.

13.1.2 Ein insgesamt betrachtet gegenläufiger Trend gegenüber der Entwicklung bei den in Freizeit abgegoltenen Mehrdienstleistungen war dagegen bei den bezahlten Überstunden zu verzeichnen:

Anzahl der finanziell abgegoltenen Mehrdienstleistungen pro Anstalt									
	2000	2001			2002			2000 bis 2002	
Anstalt	Anzahl der Stunden	Anzahl der Stunden	Abweichung		Anzahl der Stunden	Abweichung		Abweichung gesamt	
			absolut	in %		absolut	in %	absolut	in %
GZW	52.796	56.403	3.607	6,8	56.577	174	0,3	3.781	7,2
GZB	49.890	52.651	2.761	5,5	62.636	9.985	19,0	12.746	25,5
GZD	7.609	8.706	1.097	14,4	10.550	1.844	21,2	2.941	38,7
GZL	17.946	24.651	6.705	37,4	23.820	-831	-3,4	5.874	32,7
OWP	2.772	3.466	694	25,0	2.870	-596	-17,2	98	3,5
SSG	299	790	491	164,2	1.081	291	36,8	782	261,5
GZF	-	2.502	2.502	-	2.475	-27	-1,1	2.475	-
GZY	3.878	3.467	-411	-10,6	3.780	313	9,0	-98	-2,5
GZK	8.948	7.702	-1.246	-13,9	6.401	-1.301	-16,9	-2.547	-28,5
GZA	723	1.089	366	50,6	904	-185	-17,0	181	25,0
Summe	144.861	161.427	16.566	11,4	171.094	9.667	6,0	26.233	18,1

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, stiegen im Betrachtungszeitraum in allen geriatrischen Einrichtungen - mit Ausnahme des GZY und GZK - die von den Pflegepersonen geleisteten und finanziell abgegoltenen Überstunden z.T. erheblich an. Diese Entwicklung deutete nach Ansicht des Kontrollamtes darauf hin, dass vom Pflegepersonal in steigendem Ausmaß Mehrdienstleistungen nicht nur zur Abdeckung von temporären, fehlzeitenbedingten personellen Engpässen - die bei ausreichendem Personalstand in Freizeit abgegolten werden können - sondern zunehmend zur Überbrückung permanent fehlender Personalressourcen zu erbringen sind.

Zur Kompensation dieser finanziell abgegoltenen Mehrdienstleistungen durch mehr Beschäftigte im Pflegebereich wäre - umgelegt auf Vollzeitäquivalent abzüglich 20 % Fehlzeiten - im Jahr 2000 für den gesamten geriatrischen Bereich des WKAV der Einsatz von zusätzlich nahezu 90 und im Jahr 2002 bereits von mehr als 100 Pflegepersonen notwendig gewesen. Allein in den beiden großen Anstalten GZW und GZB hätte im Jahr 2002 eine Kompensation der in dieser Form abgegoltenen Überstunden einen Mehrbedarf von über 70 Pflegepersonen bedeutet.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die generelle Problematik, qualifiziertes Pflegepersonal für den Dienst in geriatrischen Pflegezentren zu gewinnen, führt dazu, dass zur Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes zur Kompensation der fehlenden Arbeitsstunden Mehrdienstleistungen angeordnet werden müssen.

13.2 Wie das Kontrollamt anhand einer Auswertung der im Betrachtungszeitraum von den im geriatrischen Bereich des WKAV tätigen Pflegepersonen absolvierten Fort- und Weiterbildungsstunden entnehmen konnte, entwickelten sich diese - im Gegensatz zu den erbrachten Mehrdienstleistungen - insgesamt betrachtet rückläufig, wobei im GZW ein massiver Rückgang im Jahr 2002 zu verzeichnen war. Während nämlich in den Jahren 2000 und 2001 von den Pflegepersonen dieser Anstalt noch erheblich über 30.000 Stunden an Fort- und Weiterbildung in Anspruch genommen wurden, reduzierte sich deren Zahl in dieser Anstalt im Jahr 2002 um mehr als ein Drittel auf unter 20.000 Stunden.

Auffallend war auch, dass damit im GZW im Jahr 2002 im Verhältnis zu den durchschnittlich beschäftigten Bediensteten die geringste Zahl an Fort- und Weiterbildungsstunden der in Wien gelegenen Geriatriezentren in Anspruch genommen wurde. Weniger derartige Stunden - bezogen auf die Zahl der Mitarbeiter im Pflegedienst - wurden in diesem Jahr nur im GZA und GZY konsumiert. Ein deutlicher Rückgang war auch im SSG zu verzeichnen, wobei die Zahl dort auch im Jahr 2002 noch immer geringfügig über dem Durchschnitt lag.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die rückläufige Tendenz der absolvierten Fort- und Weiterbildungsstunden ist u.a. darauf zurückzuführen, dass - bedingt durch den Mangel an Pflegepersonal - diverse Fortbildungsangebote zurückgenommen bzw. auf einen späteren Zeitpunkt verschoben

werden mussten. Gerade im GZW war im Arbeitsjahr 2002 durch die angespannte Personalsituation eine Rücknahme bzw. Zurückstellung des Fortbildungsangebotes für die Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes unerlässlich. Generell ist hier zu bemerken, dass der WKAV insgesamt und vor allem auch im Bereich der Geriatrie ein sehr umfangreiches Fortbildungsangebot vorhält und daher eine temporäre Zurücknahme des Fortbildungsangebotes keinen sofortigen Rückschritt im Rahmen der Personalentwicklung bedeutet.

Bei seiner in den Geriatriezentren durchgeführten Einschautätigkeit gewann das Kontrollamt jedoch nicht den Eindruck, dass ein Zusammenhang zwischen den absolvierten Fortbildungen und der erbrachten Pflegequalität besteht.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Der WKAV ist bemüht, im Rahmen der Personalentwicklung der fachlichen Fort- und Weiterbildung einen sehr hohen Stellenwert einzuräumen. Die Umsetzung des erworbenen Wissens in die Praxis obliegt einerseits den Bediensteten selbst bzw. ist vom Vorgesetzten in Form von Mitarbeiterorientierungsgesprächen und Kontrolle in der Praxis von den Mitarbeitern einzufordern. Auf Grund der Erfahrungen aus den Ereignissen im GZW wird in Zukunft in Form von Zielvereinbarungen sicher verstärkt das Augenmerk auf die Umsetzung des im Rahmen einer Fortbildung erworbenen Wissens in die Praxis gerichtet werden.

14. Mindestpräsenz an Pflegepersonal auf den Stationen

Grundsätzlich sind bei der Erstellung der Dienstpläne - für die die Stationsschwestern bzw. ihre ständigen Vertretungen verantwortlich sind - das Arbeitszeitgesetz, die vom WKAV festgelegten "Rahmenbedingungen zur flexiblen Diensteinteilung" und die ebenfalls WKAV-interne Arbeitszeitregelung "Wiener Arbeitszeitmodell" zu beachten.

14.1 Im Jahr 2000 wurden im Zuge der Überprüfung der "Grundlagen und Umsetzung bei der Dienstplanerstellung" durch die Interne Revision des WKAV Probleme bei der Dienstplangestaltung festgestellt. So wurde z.B. teilweise die maximale Wochenarbeitszeit von 60 Stunden oder die - mangels bestehender allgemein gültiger durch die Generaldirektion oder die TU erstellter Regelungen - anstaltsweise festzulegende Minimal- oder Maximalpräsenz im Tag-/Nachtdienst je Pflegestation nicht eingehalten bzw. fehlte es überhaupt an einer solchen Regelung. Als Konsequenz zu den Feststellungen der Internen Revision wurde eine Arbeitsgruppe "Dienstplan" eingerichtet, die in ihrem Endbericht vom 17. Dezember 2001 u.a. die Festlegung von stationsbezogenen Minimal- oder Maximalpräsenzen durch die einzelnen Anstalten empfahl.

14.2 Ende August 2003 waren in sämtlichen Pflegeanstalten des WKAV Arbeitszeitmodelle mit flexibler Diensteinteilung in Kraft. Die geriatrischen Einrichtungen regelten innerhalb dieser vorgegebenen Rahmenbedingungen u.a. die minimale und maximale tägliche Dienstdauer für die Pflegepersonen sowie auch deren Maximal- bzw. Mindestpräsenz im Tag- und Nachtdienst.

Einrichtung	Mindestpräsenz je Station (zur unmittelbaren Betreuung der Bewohner)		Maximal zu betreuende Bewohner/Station
	Tag (in Stunden)	Nacht (in Stunden)	
GZW	35,5	25,0	20 - 43 ^{*)}
GZY	37,5 - 50,0 ^{**)}	12,0 - 24,0 ^{**)}	24 - 40
GZS	32,0	18,0 ^{***)}	24
GZK	36,0 - 70,0 ^{**)}	12,5 - 25,0 ^{**)}	24 - 48
GZA	24,0 - 36,0 ^{**)}	12,0 - 24,0 ^{**)}	22 - 35
SSG	24,0 - 48,0 ^{**)}	12,5 - 25 ^{**)}	12 - 35
GZL	36,0 - 48,0 ^{**)}	12,0 - 24,0 ^{**)}	21 - 58
GZF	33,0	18,0 ^{***)}	24
GZB	36,0 - 84,0 ^{**)}	12,0 ^{****)}	19 - 52
GZD	52,0	25,0	45
OWP	24,0 - 48,0 ^{**)}	24,0	24 - 33

- *) Darüber hinaus gibt es eine Abteilung für Psychosoziale Rehabilitation mit 97 Betten.
- **) Stationsweise unterschiedliche Werte.
- ***) Je Stationsebene (das sind zwei Stationen) müssen mindestens drei Pflegepersonen anwesend sein, wobei abwechselnd jene Station, in der zwei Pflegekräfte Dienst versehen, die benachbarte mit nur einer Pflegekraft besetzte Station unterstützt.
- ****) Nach Möglichkeit werden bei Stationen mit mehr als 29 Bewohnern zwei Nachtdienste eingeteilt.

Vorstehender Tabelle ist die von den einzelnen Anstalten festgelegte erforderliche

Mindestanzahl an Pflegepersonal (in Stunden, ohne Leitungsfunktionen) je Station im Tag- und Nachtdienst sowie die jeweils durchschnittliche Zahl an zu betreuenden Bewohnern (entspricht grundsätzlich etwa den belegbaren Pflegebetten) dargestellt.

Wie aus obiger Tabelle ersichtlich, lag die von den Anstalten als unbedingt erforderlich erachtete Mindestpräsenz an Pflegepersonal im Tagdienst je nach Stationsgrößen in einer Spannbreite zwischen 24 Stunden (= zwei Pflegepersonen)

- für grundsätzlich mindestens 22 zu betreuende Bewohner im GZA,
- für grundsätzlich mindestens 12 Bewohner im SSG und
- für grundsätzlich mindestens 24 Bewohner im OWP

und 84 Stunden (= sieben Pflegepersonen) für bis zu 52 Bewohner im GZB.

Auffallend war, dass im GZW grundsätzlich 35,5 Stunden (= drei Pflegepersonen) unabhängig von der Stationsgröße für 20 bis hin zu 43 Bewohner zur Gewährleistung einer entsprechenden Pflege als Mindestpräsenz ausreichend erachtet wurden, während etwa die Pflegedirektion des GZD für die dortigen Stationen mit bis zu 45 Bewohnern 52 Stunden (= rd. 4,3 Pflegepersonen) Mindestpräsenz im Tagdienst als erforderlich erachtete. In den beiden neu errichteten Anstalten GZS und GZF befanden sich auf jeder Station bis zu 24 Bewohner, die Mindestpersonalpräsenz wurde mit 32 bzw. 33 Stunden (= rd. 2,7 Pflegepersonen) angegeben.

Bei den Nachtdiensten bewegte sich die Mindestpräsenz je nach Stationsgröße im Regelfall zwischen zwölf und 25 Stunden. Nur im GZB war die unbedingt erforderliche Stundenanzahl prinzipiell mit zwölf Stunden festgelegt, was bedeutet, dass im Extremfall bei minimaler Besetzung nur eine Pflegeperson für bis zu 52 Bewohner für die Betreuung in der Nacht verantwortlich sein konnte.

14.3 Die Übergabe in der Früh zwischen Nacht- und Tagdienst fand generell in allen Anstalten in der Zeit zwischen 6.30 Uhr und 7.30 Uhr, jene am Abend zwischen 18.30 Uhr und 19.30 Uhr statt. Ausnahme war lediglich das GZA, in dem die Dienstübergaben

in der Früh von 6.00 Uhr bis 6.15 Uhr und jene am Abend zwischen 17.45 Uhr und 18.00 Uhr erfolgten. Die Zeitdauer des Tag- und des Nachtdienstes umfasste in allen Anstalten jeweils rd. zwölf Stunden.

Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt in diesem Zusammenhang, dass für die Berechnung des Personalbedarfes mittels PPR-GL von einem Tagdienst zwischen 7.00 Uhr und 21.00 Uhr (also im Ausmaß von 14 Stunden) ausgegangen wurde. Die Berechnung des Personalbedarfes im Tagdienst erfolgte anhand eines analytisch patientenbezogenen Ansatzes, der diesbezügliche Bedarf für den Nachtdienst wurde mittels Arbeitsplatzberechnung eruiert.

14.4 Wie aus der Tabelle bezüglich der Mindestpräsenzen je Station ersichtlich ist, wurde von den einzelnen Anstalten der Mindestpersonalbedarf sowohl für den Tag- als auch den Nachtdienst grundsätzlich unterschiedlich beurteilt. Weiters fiel dem Kontrollamt in einzelnen geriatrischen Einrichtungen besonders die als unbedingt erforderlich erachtete geringe Mindestpräsenz von nur einer Pflegeperson je Station in der Nacht auf. Es gewann jedoch im Zuge seiner Einschau den Eindruck, dass die beispielsweise im GZS und GZF getroffenen Regelungen, nämlich insgesamt drei Pflegepersonen für zwei auf einer Ebene befindliche Stationen - mit insgesamt bis zu 48 Bewohnern - im Nachtdienst einzusetzen, eine durchaus praktikable Lösung darstellten.

Es wurde empfohlen, durch die Generaldirektion bzw. die TU 1 des WKAV auf die zu betreuenden Bewohner bezogene, verbindliche Mindeststandards bezüglich der jeweils vorzuhaltenden Mindestpersonalpräsenz festzulegen, wobei die Einhaltung dieser Vorgaben durch eine entsprechende Personalausstattung bzw. bei Engpässen in einzelnen Anstalten durch einen entsprechenden Personalausgleich sicherzustellen wäre. In diesem Zusammenhang erschien es auch zweckmäßig, innerhalb des WKAV einen entsprechenden Pool an gleichsam in Bereitschaft befindlichem Pflegepersonal zu schaffen, mit dem akut auftretende Personalengpässe in einzelnen Anstalten rasch ausgeglichen werden könnten.

Ebenso erschienen dem Kontrollamt Zeiträume von in der Regel durchschnittlich zwölf

Stunden, in denen auf den Stationen lediglich ein Nachtdienst mit erheblich geringerer Besetzung als der Tagdienst zur Verfügung stand, grundsätzlich zu lang. Dies bedeutete nämlich in der Praxis, dass auf Grund der vor dem Frühstück bzw. nach dem Abendessen noch notwendigen Betreuungsmaßnahmen sowie infolge des für die Dienstübergaben notwendigen Zeitaufwandes die Bewohner bis zu 14 oder gar 15 Stunden - soweit der Nachtdienst nicht entsprechende kleinere Speisen vorhält - keine Mahlzeiten zu sich nehmen konnten (s. hierzu auch Pkt. 26.4.5 des vorliegenden Berichtes). Um solche lange Nahrungskarennzeiten für die Bewohner künftig zu vermeiden, erschien es notwendig, die Gestaltung der Dienstpläne zu überdenken sowie generelle Standards im WKAV bezüglich der Zeitabstände zwischen der Einnahme des Abendessens sowie des Frühstücks für alle Anstalten verbindlich festzulegen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Generell sind von der Generaldirektion die Rahmenbedingungen zur flexiblen Diensteinteilung bzw. ist die Personalplanungsmethode, welche auch als Personalsteuerungsinstrument unter Berücksichtigung des Leistungsanfalls dient, vorgegeben.

Die zentrale Festlegung einer Minimal-/Maximalpräsenz durch die Generaldirektion im Rahmen der Diensteinteilung ist nicht vorgesehen. Diese ist durch das Pflegemanagement des Hauses festzulegen. Dies ist deshalb erforderlich, um die jeweilige Patientenstruktur, die Berücksichtigung des Tagesablaufes, die Berücksichtigung von planbaren Fehlzeiten und andere hausbezogene Faktoren in die Planung einbeziehen zu können. Die unterschiedliche Festlegung des Personalbedarfes für den Tagdienst und den Nachtdienst begründet sich u.a. damit, dass im Rahmen des Tagesprogramms Pflegeleistungen vorherrschend sind und in der Nacht Betreuungsleistungen. Im Sinne einer ausgewogenen Nachtpräsenz wird die für das GZS und für das GZF getroffene Regelung, insgesamt drei Pflegepersonen für zwei auf einer Ebe-

ne befindliche Stationen mit insgesamt bis zu 48 Bewohnern im Nachtdienst einzusetzen, für die anderen Geriatriezentren angestrebt bzw. schrittweise umgesetzt. Geplant ist ebenfalls, die derzeit üblichen 12-Stunden-Dienste durch flexiblere Arbeitszeiten, vor allem auch durch die obligate Einführung einer Spätschicht, um die Abendbetreuung besser als bisher zu gewährleisten, einzuführen. Gespräche mit der Gewerkschaft im Sinne der Einhaltung des Personalvertretungsgesetzes § 39 wurden in dieser Richtung schon aufgenommen. In Analogie zu den derzeit bereits in den Krankenanstalten eingerichteten hausinternen Personalpools, welche auch hausübergreifend zur Verfügung stehen, wird sich eine Arbeitsgruppe im Jahr 2004 mit der Errichtung eines Personalpools für Geriatriezentren auseinandersetzen.

15. Nicht unmittelbar in die Stationspflege eingebundenes Personal

Wie unter Pkt. 11 angeführt, war im Pflegebereich beginnend bei den Pflegedirektoren bis hin zu den Stationsschwesternvertretungen in den Anstalten eine Reihe von DGKP tätig, die hauptsächlich Leitungs-, Überwachungs- und qualitätssichernde Aufgaben wahrzunehmen hatten. Darüber hinaus waren auch auf der Ebene der u.a. für die geriatrischen Einrichtungen zuständigen Teilunternehmensdirektion zwei sowie in der Generaldirektion des WKAV fünf DGKP beschäftigt. Von diesen sieben DGKP waren insgesamt fünf mit Aufgaben im Bereich der Planung, Organisation und des Qualitätsmanagements betraut, zwei waren Mitarbeiter in der dem Generaldirektor unmittelbar unterstellten Stabsstelle "Interne Revision" des WKAV.

15.1 Grundsätzlich verfügte in allen geriatrischen Einrichtungen des WKAV jede bettenführende Station an leitendem Pflegepersonal über eine Stationsschwester sowie deren ständige Vertretung, wobei - wie dem Pkt. 14.2 des gegenständlichen Berichtes entnommen werden kann - die Stationsgrößen höchst unterschiedlich waren. So war etwa im GZL die Pflegeleitung (= Stationsschwester und Stellvertretung) einer Station für bis zu 58 Bewohner verantwortlich, während in dem neu errichteten GZS und GZF von

dieser lediglich die pflegerische Betreuung von 24 Bewohnern je Station zu beaufsichtigen war.

Im Gegensatz zum übrigen auf den Stationen tätigen Pflegepersonal war das leitende Personal nicht im Wechseldienst, sondern grundsätzlich von Montag bis Freitag tagsüber im Rahmen einer 40-Stunden-Woche beschäftigt. Die Festlegung der Dienstzeiten oblag den einzelnen geriatrischen Einrichtungen des WKAV, wobei in nur wenigen Anstalten die Dienstzeiten für diese Mitarbeiter so geregelt waren, dass - ausgenommen bei Absenz einer der beiden in der Stationsleitung tätigen DGKP - die gesamte Zeit des Tagdienstes, die im Regelfall rd. zwölf Stunden umfasste, abgedeckt werden konnte.

15.2 Während - wie oben angeführt - grundsätzlich jede Station über eine unmittelbare Pflegeleitung verfügte, stellte sich die diesbezügliche Situation bei den u.a. für die Dienst- und Fachaufsicht über mehrere Stationen zuständigen Oberschwestern anstaltsweise unterschiedlich dar. Im GZB und im OWP oblag die diesbezügliche Leitungsfunktion für jede medizinische Abteilung einer Oberschwester bzw. einer Oberin, während im GZW insgesamt zehn Oberschwestern für 13 medizinische Abteilungen zuständig waren. Somit stand dem GZB zum Zeitpunkt der Einschau im Durchschnitt für rd. 200, dem GZW für mehr als 220, hingegen dem OWP für rd. 130 Bewohner eine derartige leitende DGKP zur Verfügung. Zur letztgenannten Einrichtung war allerdings zu bemerken, dass diese über keine eigene Pflegeleitung verfügte, sondern von der Pflegedirektorin des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe mitbetreut wurde.

Bei den anderen Anstalten, die über keine derartige Abteilungsstruktur verfügten, stellten sich die diesbezüglichen Verhältnisse noch unterschiedlicher dar. Während z.B. im GZL mit 400 systemisierten Betten - von denen allerdings im Jahr 2003 im Durchschnitt nur 279 belegt waren - eine Oberschwester tätig war, verfügte etwa das GZD mit durchschnittlich geringfügig weniger als 400 Bewohnern im Jahr 2003 über keine einzige derartige Führungskraft im Pflegebereich. Nachvollziehbar war hingegen für das Kontrollamt die diesbezügliche Situation in den drei in Niederösterreich gelegenen Anstalten GZY, GZK und GZA sowie im neu errichteten GZS, da in allen genannten geriatrischen Einrichtungen für jeweils rd. 200 bis maximal rd. 250 Bewohner eine Oberschwester

vorgesehen war, wobei jedoch auffiel, dass das GZY, in dem die letztgenannte Zahl an Bewohnern untergebracht war, im Gegensatz zu den vorgenannten Einrichtungen über keine eigene Pflegeleitung für den geriatrischen Bereich verfügte, sondern dieser von der Pflegedirektorin des Therapiezentrums Ybbs mitbetreut wurde.

Für das GZF mit rd. 120 Bewohnern war eine Oberschwester zuständig, die übergeordnete Pflegeleitung wurde jedoch zweckmäßigerweise ebenfalls so wie im GZY von einer für das gesamte Sozialmedizinische Zentrum Floridsdorf verantwortlichen Pflegedirektorin wahrgenommen. Die Verantwortlichkeit der Pflegedirektorin und der Oberschwester des SSG mit 140 Bewohnern erstreckte sich ebenfalls auf das gesamte Sozialmedizinische Zentrum.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Das Einsatzgebiet im Bereich der Oberschwester ist vor allem in den großen Geriatriezentren historisch gewachsen und wird auf Grund des Ergebnisses einer Arbeitsgruppe, die sich im Rahmen der Planung für die zwei neuen Geriatriezentren mit dem Tätigkeitsbereich der Oberschwester auseinandergesetzt hat, schrittweise nach diesem Modell in die Praxis umgesetzt. In Zukunft soll es für jeweils rund 200 bis 250 Bewohner und das dazugehörige Personal eine Oberschwester geben.

15.3 Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt auch, dass in einigen Anstalten über die oben angeführten Leitungsfunktionen hinausgehend noch weiteres Pflegepersonal für spezielle Aufgaben herangezogen wurde. So beschäftigte etwa allein das GZW insgesamt neun DGKP nicht im unmittelbar patientennahen Bereich, sondern setzte diese Mitarbeiter beispielsweise auch im Bildungs-, Qualitäts- und Beschwerdemanagement sowie in der Kanzlei der Pflegedirektion ein. Darüber hinaus waren in der genannten Anstalt weitere 20 Pflegepersonen nicht in den Pflegeprozess auf den Stationen eingebunden, sondern in den verschiedenen Ambulanzen bzw. gemeinsam mit fünf Ärzten als so genanntes "Mobiles Team" (= Vorbegutachtung von in Krankenanstalten befindli-

chen Patienten vor deren Übernahme in das GZW). Weitere 16 Pflegepersonen standen ebenfalls nicht für die Betreuung von Bewohnern des GZW zur Verfügung, da auf Grund eines mit Wirksamkeit 1. Jänner 2002 auf zwei Kalenderjahre zwischen dem GZW und dem Krankenhaus Lainz abgeschlossenen Projektvereinbarung diese in der - der letztgenannten Krankenanstalt zugeordneten - "Akutgeriatrie" eingesetzt wurden.

Ebenso verfügte das GZL über insgesamt drei DGKP für Agenden des Qualitätsmanagements, für die so genannte "Leitung Animation" sowie zur "Beratung und Begleitung der Stationen bei der Umsetzung von Pflegekonzepten". Schließlich fiel dem Kontrollamt auf, dass auch im GZD eine Mitarbeiterin des Pflegebereiches in der Kanzlei der Pflegedirektion sowie eine weitere im Qualitätsmanagement beschäftigt war.

15.4 Das Kontrollamt empfahl der Generaldirektion des WKAV, künftig dafür Sorge zu tragen, dass in allen ihren geriatrischen Einrichtungen eine Führungsstruktur im Pflegebereich nach bestimmten, einheitlich festzulegenden Kennzahlen geschaffen wird. Weiters sollte die Notwendigkeit der ständigen Vertretungen der Stationsschwester - bei vielfach gleichzeitiger Anwesenheit - hinterfragt werden.

Nicht nachvollziehbar erschien es dem Kontrollamt, dass in einzelnen Anstalten bestimmte Sonderaufgaben - aber auch Kanzleitätigkeiten - von Mitarbeitern aus dem Kreis des Pflegepersonals wahrgenommen wurden, während in den übrigen geriatrischen Einrichtungen diese Agenden entweder von leitendem Pflegepersonal neben seinen übrigen Aufgaben mitbetreut oder von Mitarbeitern aus anderen Tätigkeitsbereichen erfüllt wurden.

Im Hinblick auf den immer wieder - gerade im geriatrischen Bereich - beklagten Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal regte das Kontrollamt daher an, die oben dargestellte Beschäftigung von Pflegepersonal im nicht unmittelbar patientennahen Bereich zu überdenken bzw. bestimmte Management- und Beratungsfunktionen künftig nicht in den einzelnen Anstalten vorzuhalten, sondern diese Dienstleistungen primär im Wege der Teilunternehmensdirektion bzw. der Generaldirektion allen geriatrischen Einrichtungen gemeinsam anzubieten.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Beschäftigung von Pflegepersonen im nicht unmittelbaren patientennahen Bereich ist in den einzelnen Einrichtungen unterschiedlich stark angewachsen. Eine Reorganisation wurde in diesem Zusammenhang bereits begonnen.

So wurden bereits in der Direktorenkonferenz vom 15. Mai 2002 die Pflegedirektoren aufgefordert, Überlegungen anzustellen, wie eine Rückführung von Pflegepersonen, welche derzeit im patientenfernen Bereich tätig sind, durch Umorganisation dieser Aufgaben, welche zwar für das Gesamtunternehmen wichtig sind, aber nicht zwingend von Pflegepersonen durchgeführt werden müssen, wie z.B. Bildungs-, Qualitäts- und Beschwerdemanagement sowie Kanzleitigkeiten, stattfinden könnte.

Weiters wurde der Auftrag erteilt, die ganzjährigen Stations-schwesternvertretungen mit mehr direkten Pflege-tätigkeiten zu betrauen; dahingehend sind auch die Stellenbeschreibungen der ganzjährigen Stationsschwesternvertretungen zu überarbeiten. Die Leitung dieser Arbeitsgruppe obliegt der Pflegedirektorin des SMZ-Ost-Donauspitals.

Erste Arbeitsergebnisse liegen schon vor bzw. wurden bereits umgesetzt. So wurde u.a. das Beschwerdemanagement im GZW von der Pflegedirektion an die Verwaltungsdirektorin abgegeben.

Für Beratungstätigkeiten in Form von Projektberatung, Organisations- und Personalentwicklungsprojekten steht den Häusern die in der TU 3 eingerichtete Servicestelle Organisations- und Personalentwicklung mit ihrem sehr hohen Know-how zur Verfügung.

16. Abteilungshelfer

Neben den Pflegepersonen (DGKP und Pflegehelfer) werden auf den Stationen aller geriatrischen Einrichtungen der Stadt auch so genannte Abteilungshelfer beschäftigt. Hierbei handelt es sich grundsätzlich um Personen ohne spezielle Vorkenntnisse, die zur Unterstützung des Pflegepersonals tagsüber primär für hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingesetzt werden.

16.1 Das in den Stellenbeschreibungen der Abteilungshelfer ausgewiesene Tätigkeitsprofil umfasste neben hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, wie z.B. Desinfektion und Reinigung von patientennahen Gegenständen sowie Pflege- und Therapiebehelfen, Ver- und Entsorgung hinsichtlich der Speisen sowie der Personal- und Patientenwäsche auch stations- und patientenbezogene Hol- und Bringdienste und patientenbezogene Mithilfe, wie insbesondere das Bettenmachen und die Mithilfe bei der Lagerung der Patienten. Weiters war in den Stellenbeschreibungen der Abteilungshelfer festgeschrieben, dass sie die Hygienevorschriften zu beachten, bereichsbezogene Hygienemaßnahmen durchzuführen und im Team mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten hatten.

16.2 Nachstehender Tabelle kann die im Betrachtungszeitraum in den einzelnen geriatrischen Einrichtungen vorgehaltene Zahl der für Abteilungshelfer systemisierten Dienstposten (syst. DP), die tatsächlich beschäftigten Bediensteten sowie die Abweichung zwischen den Soll- und Ist-Personalzahlen entnommen werden, wobei aus den bereits mehrfach erwähnten Gründen das SZY, das OWP sowie das GZF und das GZS in dieser Aufstellung nicht enthalten sind:

Einrichtung	2000				2001				2002				2003			
	syst. DP	Ø besch. Bed.	Abweichung		syst. DP	Ø besch. Bed.	Abweichung		syst. DP	Ø besch. Bed.	Abweichung		syst. DP	Ø besch. Bed.	Abweichung	
			absolut	in %			absolut	in %			absolut	in %			absolut	in %
GZW	176	177	1	0,6	171	164	-7	-4,1	163	164	1	0,6	172	162	-10	-5,8
GZB	49	47	-2	-4,1	49	47	-2	-4,1	49	48	-1	-2,0	49	46	-3	-6,1
GZD	18	16	-2	-11,1	20	18	-2	-10,0	22	19	-3	-13,6	23	23	0	0,0

Einrichtung	2000				2001				2002				2003			
	syst. DP	Ø besch. Bed.	Abweichung		syst. DP	Ø besch. Bed.	Abweichung		syst. DP	Ø besch. Bed.	Abweichung		syst. DP	Ø besch. Bed.	Abweichung	
			absolut	in %			absolut	in %			absolut	in %			absolut	in %
GZL	27	25	-2	-7,4	27	26	-1	-3,7	27	25	-2	-7,4	22	21	-1	-4,5
SSG	9	9	0	0,0	9	9	0	0,0	9	9	0	0,0	11	9	-2	-18,2
GZY	16	18	2	12,5	16	18	2	12,5	16	18	2	12,5	16	18	2	12,5
GZK	17	16	-1	-5,9	22	17	-5	-22,7	25	24	-1	-4,0	19	18	-1	-5,3
GZA	15	14	-1	-6,7	14	14	0	0,0	14	15	1	7,1	14	14	0	0,0
Sum.	327	322	-5	-1,5	328	313	-15	-4,6	325	322	-3	-0,9	326	311	-15	-4,6

Wie der Tabelle entnommen werden kann, lag der Ist-Stand an Abteilungshelfern im Betrachtungszeitraum zwischen etwa 1 % und weniger als 5 % unter dem diesbezüglichen Soll-Personalstand.

Legte man die Zahl der durchschnittlich beschäftigten Abteilungshelfer in den oben angeführten geriatrischen Einrichtungen auf die belegten Betten um, so zeigte sich, dass in den Jahren 2000 und 2001 durchschnittlich rd. sechs und seither rd. sieben derartige Mitarbeiter je 100 belegte Betten zur Verfügung standen, wobei die Abweichungen bei den Personalzahlen zwischen den einzelnen Anstalten bemerkenswert erschienen. So mussten etwa das GZB und das GZD in den Jahren 2000 und 2001 mit fünf bzw. vier Abteilungshelfern je 100 Betten das Auslangen finden, wobei sich diese Zahl im Jahr 2002 auf sechs derartige Mitarbeiter geringfügig erhöhte, während etwa im GZY seit jeher acht Abteilungshelfer je 100 Betten zur Verfügung stehen. Eine noch erheblich höhere Zahl von elf bzw. zwölf Abteilungshelfern je 100 Betten wurde im Jahr 2003 in dem neu errichteten GZS und GZF beschäftigt.

16.3 Das Kontrollamt verkannte nicht, dass für die Errechnung einer Personalkennzahl bezüglich der Berufsgruppe der Abteilungshelfer auf Grund deren Tätigkeitsprofils möglicherweise neben der durchschnittlichen Zahl der zu betreuenden Bewohner je Mitarbeiter auch andere Berechnungsgrundlagen einfließen können. Trotz dieser Überlegungen erschienen ihm die Unterschiede in der Personalausstattung zwischen den ein-

zelen Anstalten bezüglich dieser Berufsgruppe bemerkenswert hoch und auch nicht schlüssig nachvollziehbar. Es wurde daher empfohlen, auch bezüglich der Abteilungshelfer für die künftige Personalbemessung nachvollziehbare Berechnungsmethoden einzusetzen und danach für eine auf Kennzahlen beruhende, gleichmäßige Ausstattung der Anstalten mit diesen Mitarbeitern Sorge zu tragen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Das Tätigkeitsprofil der Abteilungshelfer weist viele Schnitt- bzw. Nahtstellen zum Tätigkeitsprofil der Reinigungskräfte auf. Die unterschiedliche Ausstattung mit Abteilungshelfern ist daher korrespondierend mit der Ausstattung der Reinigungskräfte zu sehen. Im Rahmen der geplanten Einführung einer Planungsmethode für Reinigungskräfte ist geplant, die Abteilungshelfer in diese Personalplanungsmethode zu integrieren, ein gemeinsames Tätigkeitsprofil zu erarbeiten und darauf aufbauend die Personalausstattung vorzunehmen.

17. Ärzte

Für die medizinische Betreuung der Bewohner der geriatrischen Einrichtungen des WKAV standen in allen Anstalten in einem Dienstverhältnis zur Stadt Wien stehende Ärzte rund um die Uhr zur Verfügung.

17.1 Die personelle Ausstattung bei dieser Berufsgruppe beruhte - wie das Kontrollamt im Zuge einer Prüfung der medizinischen Versorgung im nunmehrigen GZD feststellte (s. TB 1998, S. 98) ursprünglich auf der Annahme der ehemaligen Magistratsabteilung 17 - Anstaltenamt, dass in geriatrischen Einrichtungen grundsätzlich ein ärztlicher Leiter sowie ein Nachtdienst für eine Zahl von etwa 200 Pflegebetten erforderlich sei. Nachdem für die bei der Stadt Wien vollbeschäftigten Ärzte grundsätzlich eine Dienstzeit Montag bis Freitag von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr (d.s. 25 Wochenstunden) galt, mussten die Ärzte die auf eine 40-Stunden-Woche fehlenden Stunden durch Nachtdienste (13.00 Uhr bis 9.00 Uhr) erbringen. Auf Grund einer Vereinbarung der

Stadt Wien mit der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten aus dem Jahr 1981 war für jeden vorzuhaltenden Nachtdienst in der Regel die Systemisierung von sechs Ärztedienstposten erforderlich.

17.2 Gemäß den geltenden Dienstpostenbeschreibungen ist es u.a. Aufgabe des Ärztlichen Direktors einer Anstalt, die Letztverantwortung für die medizinische Betreuung sowie die Koordination und Steuerung aller qualitätssichernden Maßnahmen wahrzunehmen. Zur Sicherung der Durchführung angeordneter Maßnahmen hat dieser auch periodisch und zu unterschiedlichen Zeiten Kontrollgänge durchzuführen.

In den Dienstpostenbeschreibungen der übrigen Ärzte sind u.a. als allgemeine ärztliche Aufgaben die Beachtung der Patientenrechte, die Wahrnehmung der Anordnungskompetenz gem. GuKG und ÄrzteG sowie die Anordnung, Kontrolle und Dokumentation von sämtlichen Diagnose- und Therapiemaßnahmen angeführt.

17.3 In der nachstehenden Aufstellung wurde für den Betrachtungszeitraum die Entwicklung der systemisierten Ärzte-Dienstposten anstaltsweise dem jeweiligen tatsächlich durchschnittlichen Personalstand dieser Bedienstetengruppe gegenübergestellt, wobei es aus den bereits mehrfach erwähnten Gründen nicht zweckmäßig erschien, das OWP, das GZF und das GZS in die tabellarische Darstellung einzubeziehen.

Im OWP waren bis zum Jahr 2001 22 Ärztedienstposten systemisiert, wobei tatsächlich zuerst 21 und seit dem Jahr 2001 durchgehend 20 Ärzte im Durchschnitt zur Verfügung standen.

Das GZF verfügte seit dem Jahr 2002 über durchgehend fünf systemisierte und auch tatsächlich besetzte Ärztedienstposten, während für das im Spätsommer 2003 eröffnete GZS drei Ärztedienstposten systemisiert wurden, von denen bis zum Zeitpunkt der Einschau zwei besetzt waren. Die Situation in den übrigen Anstalten ist der Tabelle zu entnehmen, wobei jedoch grundsätzlich zu erwähnen ist, dass sowohl die genannte Systemisierung als auch die Besetzung wegen Aufgabenüberschneidungen mit dem Krankenhausbereich nicht in allen Fällen die Realität widerspiegeln:

Einrichtung	2000				2001				2002				2003			
	sys. DP	Ø besch. Bed.	Abweichung		sys. DP	Ø besch. Bed.	Abweichung		sys. DP	Ø besch. Bed.	Abweichung		sys. DP	Ø besch. Bed.	Abweichung	
			absolut	in %			absolut	in %			absolut	in %			absolut	in %
GZW	112	110	-2	-1,8	111	110	-1	-0,9	110	108	-2	-1,8	110	106	-4	-3,6
GZB	35	34	-1	-2,9	35	34	-1	-2,9	35	34	-1	-2,9	35	34	-1	-2,9
GZD	13	13	0	0,0	13	13	0	0,0	13	13	0	0,0	13	13	0	0,0
GZL	13	13	0	0,0	13	12	-1	-7,7	13	13	0	0,0	11	11	0	0,0
SSG	4	3	-1	-25,0	4	3	-1	-25,0	4	3	-1	-25,0	4	3	-1	-25,0
GZY	6	6	0	0,0	6	6	0	0,0	6	5	-1	-16,7	6	5	-1	-16,7
GZK	10	10	0	0,0	9	9	0	0,0	9	9	0	0,0	9	9	0	0,0
GZA	7	7	0	0,0	7	6	-1	-14,3	7	7	0	0,0	7	6	-1	-14,3
Sum.	200	196	-4	-2,0	198	193	-5	-2,5	197	192	-5	-2,5	195	187	-8	-4,1

Wie unter Pkt. 17.1 angeführt, gründete sich ursprünglich die ärztliche Ausstattung in den geriatrischen Einrichtungen auf die Annahme, dass für 200 Pflegebetten - neben einem ärztlichen Leiter - jeweils ein Nachtdienst erforderlich sei, für den jeweils sechs Ärztedienstposten zu systemisieren wären. Nachdem zum Zeitpunkt der Einschau der WKAV insgesamt über weniger als 5.000 durchschnittlich belegte Betten in seinen geriatrischen Einrichtungen verfügte, wären ausschließlich zur Abdeckung der Nachtdienste nach dem bereits erwähnten Schlüssel insgesamt lediglich 150 systemisierte Ärztedienstposten erforderlich; mit weiteren elf Ärztedienstposten würden sämtliche geriatrischen Einrichtungen über einen ärztlichen Leiter verfügen.

Tatsächlich stellte sich jedoch die Situation im ärztlichen Bereich so dar, dass das GZW um nahezu 50 % und das GZB über ein Drittel Ärzte mehr verfügten als zur Abdeckung der Nachtdienste erforderlich wären, da diese beiden Anstalten auch eine entsprechende Anzahl an Leitungsfunktionen im ärztlichen Bereich sowie einen umfangreichen Ambulanzbetrieb vorhielten.

Bezüglich der anderen neun Anstalten, deren Zahl an belegten Betten im Jahr 2003 zwischen 119 im GZF und 396 im GZD lag, stellte sich die Ausstattung mit ärztlichem Personal höchst unterschiedlich dar. Umgelegt auf die belegten Betten stand beispiels-

weise im OWP für durchschnittlich 13 Bewohner und im GZK für durchschnittlich 22 Bewohner ein Arzt zur Verfügung, während etwa im GZY und GZS durchschnittlich jeweils 45 bzw. im SSG 46 Bewohner von einem Arzt zu betreuen waren. Weiters fiel auf, dass in der Regel die im Rahmen eines sozialmedizinischen Zentrums geführten geriatrischen Einrichtungen über keinen eigenen ärztlichen Direktor verfügten, während hingegen das an das Sozialmedizinische Zentrum Ost angeschlossene GZD seit jeher einen eigenen ärztlichen Leiter beschäftigte.

Schließlich stellte das Kontrollamt im Zuge seiner Prüfung fest, dass in einigen sozialmedizinischen Zentren auch mit weniger als sechs Ärzten eine medizinische Versorgung rund um die Uhr aufrecht erhalten werden konnte, da in diesen Anstalten beispielsweise gemeinsam mit der Akutgeriatrie des Krankenhauses der Nachtdienst sichergestellt wurde.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die ärztliche Personalsituation muss wie folgt betrachtet werden:

Durch die unterschiedlichen Strukturen der Häuser sind auch unterschiedliche Strukturen in der Dichte der ärztlichen Betreuung entstanden. Die Personalberechnung für Ärzte basiert auf der Tatsache, dass für einen Nachtdienst sechs Ärzte benötigt werden. Das GZW wurde wie ein Krankenhaus organisiert. Das bedeutet, dass jede Abteilung die über 150 - 200 Betten verfügt, mit einem ärztlichen Vorstand ausgestattet ist. Die Ambulanzen im GZW werden auch von den anderen Geriatriezentren frequentiert. Im GZW wird ein Minimum an Nachtdiensten geführt. Um die Hauptarbeit im Tagesbereich abzudecken, sind im GZW auch zahlreiche Ärzte mit 20 Wochenstunden beschäftigt. Die unterschiedliche Ärztedichte im Bereich des OWP, GZK, GZY und GZS beruht auch darauf, dass die Berechnung für die Anzahl der Ärzte auf der Anzahl

der zu leistenden Nachtdienste basiert. Das heißt, dass die als erforderlich erachtete Präsenz entscheidend ist.

Der ärztliche Leiter im GZD ist darauf zurückzuführen, dass das Geriatriezentrum lange vor dem Krankenhaus eröffnet wurde. Von Seiten des WKAV werden bereits Überlegungen angestellt, ob eine mögliche Neuordnung mit einer alleinverantwortlichen Heimleitung vorteilhaft ist.

Adäquate Berechnungsmethoden für den Bedarf im Bereich der Ärzte sind derzeit noch in Diskussion.

17.4 Die unter Pkt 17.1 bereits erwähnte, im Jahr 1998 vom Kontrollamt durchgeführte Prüfung der medizinischen Versorgung im nunmehrigen GZD brachte damals u.a. zu Tage, dass einerseits "nur wenige Bewohner des Pflegeheimes einer 24-stündigen ärztlichen Betreuung bedürfen", andererseits jedoch mit 13 Ärzten für rd. 400 Bewohner eine medizinische Versorgung vorgehalten wurde, die einer "geriatrischen Krankenanstalt" nahe kam.

Zu einem ähnlichen Schluss kam - wie bereits unter Pkt. 3 angeführt - das ÖBIG in der von ihm im Jahr 1999 erstellten "Übersicht für die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder" für alle Pflegeeinrichtungen des WKAV. Im Jahr 2000 wurde ferner im ebenfalls bereits erwähnten "Wiener Pflegeheimplan" eine Abstufung der ärztlichen Präsenz von der Sicherstellung der ärztlichen Leistung bei Bedarf bzw. freier Arztwahl bis hin zur Rund-um-die-Uhr-Präsenz von Ärzten für höchstgradig betreuungsbedürftige Bewohner als zweckmäßig erachtet.

Im Zuge seiner nunmehrigen Einschau konnte das Kontrollamt eine solche Differenzierung des in den geriatrischen Einrichtungen des WKAV vorgehaltenen ärztlichen Leistungsangebotes insgesamt noch nicht erkennen, wiewohl es den Eindruck gewann, dass in den neu errichteten Geriatriezentren in Verbindung mit den ebenfalls dort ge-

schaffenen akutgeriatrischen Abteilungen Synergien bezüglich der Personalausstattung im medizinischen Bereich sinnvoll genutzt wurden.

Es wurde daher empfohlen, diese Vorgangsweise konsequent in allen sozialmedizinischen Zentren weiterzuverfolgen, aber auch bezüglich der nicht an Krankenanstalten angebundenen geriatrischen Einrichtungen Überlegungen hinsichtlich einer bedarfsorientierten und damit ökonomischeren medizinischen Versorgung anzustellen. In diesem Zusammenhang erschien es überlegenswert, ob nicht auch in den geriatrischen Einrichtungen des WKAV einer alleinverantwortlichen Heimleitung gegenüber einer Kollegialen Führung der Vorzug gegeben werden sollte. Weiters war es nach Ansicht des Kontrollamtes denkbar, etwa durch das Zusammenwirken der Ärzte von mehreren nicht an sozialmedizinische Zentren angebundenen Geriatriezentren mit weniger medizinischem Personal weiterhin rund um die Uhr eine entsprechende Betreuung der Bewohner sicherzustellen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Bezüglich des Zusammenwirkens der Ärzte in jenen Häusern, die an Krankenhäuser angeschlossen sind (Kaiser-Franz-Josef-Spital, Krankenhaus Floridsdorf, Krankenhaus Lainz) wird angemerkt, dass hier die Ärztedichte bereits deutlich gesenkt wurde. Das Krankenhaus Floridsdorf weist eine deutlich geringere Ärztedichte im Geriatriezentrum auf als dies in ähnlich großen Häusern der Fall ist, wobei ein Teil der Versorgung durch das Krankenhaus gewährleistet ist. Dieselbe Situation findet sich auch im Bereich des Kaiser-Franz-Josef-Spitals, in dem die Akutgeriatrie im selben Pavillon wie der Pflegeheimbereich angesiedelt ist.

18. Beschäftigung von Zivildienern und freiwilligen Helfern

Zur Unterstützung in den Geriatriezentren des WKAV wurden von einem Großteil der Anstalten Zivildienere und von einigen wenigen auch freiwillige Helfer eingesetzt.

18.1 Gem. § 22 Abs 2 Zivildienstgesetz (ZDG) hat der Zivildienstleistende die ihm von der Einrichtung im Rahmen des Zuweisungsbescheides aufgetragene Dienstleistung gewissenhaft zu verrichten und die dienstlichen Weisungen seiner Vorgesetzten pünktlich und genau zu befolgen. Soweit dies nötig ist, hat sich der Zivildienstleistende vom Rechtsträger der Einrichtung oder von dessen Beauftragten schulen zu lassen, um die Zivildienstleistung ordnungsgemäß erbringen zu können. Im Sinne des ZDG hat der Zivildienstleistende kurzfristig auch nicht zu seinen Aufgaben gehörende, im Rahmen des Aufgabenbereiches der Einrichtung liegende Dienstleistungen zu erbringen, soweit dies im Interesse des Dienstes erforderlich ist.

Im Jahr 2002 waren durchschnittlich insgesamt 136 Zivildienstler in den Geriatriezentren des WKAV beschäftigt. Die Konkretisierung der vom Zivildienstleistenden zu erbringenden Dienstleistungen erfolgte im Zuweisungsbescheid der Zivildienstverwaltungs Ges.m.b.H. In den in Wien gelegenen Geriatriezentren des WKAV hatten die Zivildienstler "Hilfsdienste bei der Krankenpflege, Patiententransport-, Zustell-, Versorgungs- und Reinigungsdienste sowie Hausarbeiten" zu erbringen. Die Zuweisungsbescheide bezüglich der in Niederösterreich gelegenen Geriatriezentren beinhalteten z.B. für Zivildienstler im GZK "Hilfsdienste bei der Pflege, Betreuung und Mobilisation alter und pflegebedürftiger Menschen, Patiententransporte, Hausarbeiten sowie Hol- und Bringdienste", Zivildienstler im GZY bzw. im GZA hatten neben "Hilfsdiensten bei der Krankenpflege und -betreuung, Patiententransporten, Zustell-, Versorgungs- und Reinigungsdiensten" auch Verwaltungsdienste zu erbringen.

Im Oktober 2003 erhob die TU 1 in den geriatrischen Einrichtungen einen allfälligen Mehrbedarf an Zivildienstlern sowie die dafür bereitstehenden Finanzmittel in den einzelnen Anstalten. Dabei zeigte sich, dass - mit Ausnahme des GZW - alle Geriatriezentren die Beschäftigung von mehr Zivildienstlern als zielführend erachten, sie jedoch über keine finanziellen Mittel hierfür verfügen würden. Wie aus dem Bericht zu der gegenständlichen Erhebung hervorging, sei es Ziel der TU 1, vor allem jene Geriatriezentren, die einen Personalunterstand im Pflegebereich aufweisen, zu ersuchen, für die Zuweisungstermine im Jahr 2004 mehr Zivildienstler anzufordern. Die erforderlichen Finanzmittel würden bei Finanzierungsproblemen im Wege der TU 1 aufgebracht werden.

18.2 Bezüglich der Beschäftigung von freiwilligen Helfern erhob das Kontrollamt, dass diese einerseits bisher in einzelnen Häusern in Form von so genannten "Patientenpatenschaften" eingesetzt wurden, andererseits wurden in Einzelinitiativen durch wenige Anstalten auch in Zusammenarbeit mit privaten Organisationen z.B. Privatpersonen mit ihren Haustieren (im Wege des Vereines "Tiere als Therapie") in die Betreuung der Bewohner eingebunden.

Während diese Tätigkeiten von freiwilligen Helfern bisher im Wesentlichen auf Einzelinitiativen beruhten und es auch an entsprechenden Rahmenbedingungen sowie Richtlinien fehlte, wurden den Anstalten mit Schreiben vom 21. Oktober 2003 seitens der Generaldirektion des WKAV Vordrucke zur Klarlegung der diesbezüglichen Rechte und Pflichten übermittelt. Weiters wurden zum Zeitpunkt der Einschau von der TU 1 in Zusammenarbeit mit bereits bestehenden Einrichtungen sowohl Werbemaßnahmen zur Gewinnung von Freiwilligen als auch "Praxisanleitungen" für diese Personengruppe erwogen.

18.3 Zu der Beschäftigung von Zivildienstleistenden merkte das Kontrollamt an, dass deren Tätigkeiten nicht mit jenen des Pflegepersonals, sondern eher mit dem Aufgabenprofil der Abteilungshelfer vergleichbar erschienen. Es sollte daher nach Ansicht des Kontrollamtes Ziel des WKAV sein, jene geriatrischen Einrichtungen, denen im Vergleich zu den übrigen Anstalten eine geringere Anzahl an Abteilungshelfern zur Verfügung steht, durch den vermehrten Einsatz von Zivildienern personell zu unterstützen.

Das Kontrollamt begrüßte die inzwischen gesetzten Initiativen des WKAV zur Gewinnung freiwilliger Helfer zu einer künftigen weiteren Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner seiner geriatrischen Einrichtungen. Es erschiene ihm allerdings grundsätzlich notwendig, für diesen Bereich unter Einbeziehung der personellen Ressourcen an Zivildienern ein Gesamtkonzept zu erstellen, in dem die Aufgaben und Zielsetzungen der Tätigkeiten dieser beiden Personengruppen definiert werden; aufbauend auf diesen Grundlagen wären für die Anstalten entsprechende Richtlinien zu erarbeiten, wobei der Sicherstellung der - eher geringfügigen - Finanzmittel für diesen zur aktiven Beschäftigung der Bewohner wesentlichen Bereich besondere Bedeutung beizumessen wäre.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Zahl der Zivildienstpflichtigen wird - trotz der nicht unerheblichen Kosten von ca. 10.000,-- EUR/Jahr - aufgestockt werden.

So sind im GZW zusätzlich 29 Zivildienstpflichtige vorgesehen. Damit entfällt fast auf jede Station ein Zivildienstpflichtiger. Ein Tätigkeitsprofil liegt je nach Bedürfnis des Hauses/der Station vor.

Weiters wurde ein Konzept für den verstärkten Einsatz "Freiwilliger Helfer" ausgearbeitet. Es ist aber in diesem Zusammenhang festzustellen, dass es solche "Freiwillige Helfer" schon seit langem gibt. Ein vermehrter Einsatz dieser Personen wird angestrebt.

Es liegen folgende Konzepte vor:

- Tätigkeitsprofil für "Freiwillige Helfer",
- Hotline für Interesse an freiwilligen Tätigkeiten,
- Ansprechpartner in den Geriatriezentren,
- Rechtliche Rahmenbedingungen für den Einsatz von "Freiwilligen Helfern".
- Eine Integration der Hilfsdienste der Zivildienstler und der "Freiwilligen Helfer" ist vorgesehen.

19. Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit

Im Sommer 2001 wurde im Auftrag des WKAV von einem Meinungsforschungsinstitut die Mitarbeiterzufriedenheit im gesamten genannten Unternehmen mittels eines standardisierten Fragebogens erhoben.

Inhaltliche Schwerpunkte dieser Befragung waren u.a.

- die Kommunikation, Kooperation und Anerkennung,

- die Arbeitszeit, Entlohnung und die Arbeitsbedingungen,
- die Arbeitsorganisation,
- die Arbeitsbelastungen sowie
- die vermutete Patientenzufriedenheit.

19.1 Nachdem durch das beauftragte Meinungsforschungsinstitut bei der von ihm durchgeführten Befragung in den sozialmedizinischen Zentren bei den Fragebögen nicht zwischen dem geriatrischen und dem sonstigen Bereich unterschieden wurde, erschien es dem Kontrollamt nur zweckmäßig, die Ergebnisse der Befragung in jenen fünf Geriatriezentren (GZW, GZB, GZL, GZK und GZA) einer näheren Betrachtung zu unterziehen, die nicht im Verbund mit anderen Einrichtungen des WKAV betrieben wurden.

Grundsätzlich fiel auf, dass an der angeführten Befragung im GZK und GZA erheblich mehr Mitarbeiter im Vergleich zur Bedienstetengesamtzahl teilgenommen hatten als in den übrigen drei betrachteten Anstalten.

Insgesamt am positivsten beurteilten die Bediensteten des GZA ihre Berufssituation, sie waren in hohem Maße mit der Zusammenarbeit (sowohl im Team als auch mit den Vorgesetzten), mit der Arbeitszeit, der Ausstattung mit Betriebsmitteln, der Entlohnung und der Anerkennung ihrer Arbeit - sowohl durch Vorgesetzte als auch Bewohner und Angehörige - zufrieden. Sorge bestand in diesem Geriatriezentrum lediglich bezüglich der Sicherheit des Arbeitsplatzes.

Auch die Mitarbeiter des GZB waren mit ihrer Berufssituation sehr zufrieden, es wurde jedoch in dieser Anstalt die Ausstattung mit Arbeitsmitteln, die Unterstützung durch die Vorgesetzten sowie allgemein die Leitung und Organisation als weniger zufrieden stellend beurteilt. Als belastend wurden die körperlich anstrengende Arbeit sowie der Zeitdruck empfunden.

Die Mitarbeiter des GZK waren grundsätzlich mit ihrer beruflichen Situation recht zufrieden, wobei jedoch die Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten, die Ausstattung mit Arbeitsmitteln sowie die Entlohnung als weniger zufrieden stellend erachtet wurden.

Auch in dieser Einrichtung wurde die körperliche Belastung durch die Tätigkeit als besonders belastend wahrgenommen.

Weniger zufrieden mit ihrer beruflichen Situation insgesamt waren die Bediensteten des GZL, wobei die Zusammenarbeit im Team und die Ausstattung mit Arbeitsmitteln kritikwürdig erschienen. Die Bediensteten vermissten auch die Anerkennung durch Bewohner und Angehörige und fühlten sich durch die Sorge um den Arbeitsplatz sowie körperlich schwere Arbeit belastet. Hingegen wurden die Leitung und die Organisation dieses Geriatriezentrums signifikant besser als in allen anderen geriatrischen Einrichtungen des WKAV bewertet.

Merklich unter dem Durchschnitt der Mitarbeiter der anderen Geriatriezentren waren jene des GZW mit ihrer beruflichen Situation zufrieden. Bemängelt wurden die Zusammenarbeit, Anerkennung und Unterstützung mit bzw. durch die Vorgesetzten, die Leitung und Organisation der Anstalt, die Arbeitszeit - wobei hier insbesondere auch die Verlässlichkeit des Dienstplanes als unbefriedigend wahrgenommen wurde -, die Entlohnung und der Zeitdruck. Bemerkenswert erschien auch, dass sich die Belegschaft des GZW tendenziell scheinbar weniger Gefühlen (z.B. Freude an der Arbeit, Ärger, Unbehagen) hingab als die Mitarbeiter in anderen Geriatriezentren, wobei die Resignation aber weiter verbreitet war als in den übrigen geriatrischen Einrichtungen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Wie das Kontrollamt richtig anmerkt, sind die Ergebnisse der Mitarbeiterzufriedenheitsstudie zur Frage "Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer beruflichen Tätigkeit?" im GZW merklich unter dem Durchschnitt im Vergleich zum Mittelwert des WKAV. Insgesamt gesehen lag sie auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (sehr unzufrieden) bei 1,93.

Betreffend die Dienstplangestaltung wird bemerkt, dass bei nicht planbaren Ausfällen wie Krankenständen, die Dienstpläne auf die

Minimalpersonalpräsenz umgeplant werden müssen. Dies bedeutet, dass Mitarbeiter Dienste unter Berücksichtigung ihrer Qualifikation und einer Diensteinteilung, welche zwei Monate im Vorhinein erstellt wird, übernehmen müssen. Nicht planbare Ausfälle bewirken, dass daher Dienstpläne einige Male überarbeitet werden müssen. Dies ist für den Stationsbetrieb unerlässlich und für die Mitarbeiter unbefriedigend, lässt sich aber aus der Akutsituation und unter Berücksichtigung der Patientenbetreuung nicht immer vermeiden.

Wegen der Unzufriedenheit mit der Entlohnung wird auf die Geriatriezulage hingewiesen.

Das Ergebnis der Mitarbeiterbefragung wurde im GZW den Mitarbeitern am 23. April 2002 präsentiert und von der Kollegialen Führung Überlegungen angestellt, die Ergebnisse längerfristig gesichert zu verbessern. Daher wurde eine Reihe von Projekten gestartet:

- Mitarbeiterfragestunde: Intervallmäßige Versammlung von Mitarbeitern im Festsaal des GZW ohne Themenvorgabe. Die Mitarbeiter konnten im Plenum dem Pflegedirektor Fragen stellen.
- Umstrukturierung der Abteilung Personal: Die gesamte Abteilung wurde in der Organisation und dem Ablauf verändert, um den Mitarbeitern fixe Ansprechpersonen in allen Belangen des Personalwesens zu bieten und dadurch eine persönliche Atmosphäre zu schaffen.
- EDV-Zugang für alle Mitarbeiter mit Ausnahme der Reinigungsdienste, um die Informationsstrukturen nachhaltig zu verbessern.

Unabhängig von den Projekten wurde zusätzlich eine Reihe von

Maßnahmen getroffen, welche nachstehend taxativ aufgezählt sind:

- Kinästhetik in der Pflege,
- Feedback der Mitarbeiter für Führungskräfte (nach dem EFQM-Modell),
- Innerbetriebliche Leistungsschau 2001 und 2003, bei der die Mitarbeiter bzw. Stationen und Bereiche ihre Leistungen und Projekte präsentieren konnten,
- Feedback-Bewertung der Pflegedirektion durch die Führungskräfte der zweiten Führungsebene,
- Berufsübergreifende Praktika zur Steigerung des Verständnisses und der Kommunikation der Berufsgruppen sowie
- Transfervereinbarung und Fragebogen über Arbeitszufriedenheit mit den Mitarbeitern, welche den zweiten Bildungsweg abgeschlossen haben, mit dem Ziel, die Arbeitszufriedenheit bei der Umsetzung der erworbenen Kompetenzen festzustellen bzw. die Motivation, im GZW zu bleiben, zu erhöhen.

19.2 Mit Schreiben vom 8. Oktober 2003 ersuchte der Generaldirektor des WKAV die Direktoren der drei Teilunternehmungen "auf Grund vermehrter politischer Anfragen bezüglich getroffener Maßnahmen resultierend aus dem Ergebnis der MitarbeiterInnenzufriedenheitsbefragung und im Hinblick auf ein zukünftiges internes Beschwerdeprogramm" ihm bis Ende 2003 zu berichten, welche Maßnahmen von den einzelnen Anstalten getroffen wurden.

Auf Ersuchen des Kontrollamtes übermittelte ihm die Generaldirektion des WKAV eine Liste der ihr bereits zum Zeitpunkt der Einschau gemeldeten von den Geriatriezentren bearbeiteten diesbezüglichen Projekte. Von den fünf unter Pkt. 19.1 genannten Geriatriezentren führten drei Anstalten Maßnahmen auf Grund der Mitarbeiterbefragung an, das GZA und das GZL gaben eine Leermeldung ab.

Bei den gemeldeten Projekten handelte es sich z.B. um die Einführung von Mitarbeiterorientierungsgesprächen, Mitarbeiterinformationsgesprächen etc.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Mitarbeiterbefragung in dieser Form fand im WKAV flächendeckend das erste Mal im Jahr 2001 statt. Die Präsentation der Ergebnisse in den jeweiligen Häusern wurde verpflichtend durchgeführt. Die Ergebnisse waren der Anlass für eine Vielzahl von Projekten, welche eine Verbesserung der in der Mitarbeiterbefragung aufgezeigten Defizite erwarten lassen.

Unabhängig davon wurden und werden seit Jahren Anstrengungen unternommen, um die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu verbessern und/oder zu sichern. Es entspricht den Tatsachen, dass das GZL die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zwar nicht zum Anlass genommen hat, ein eigenes Projekt ins Leben zu rufen, jedoch wurden von der Kollegialen Führung zahlreiche Maßnahmen getroffen, um die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu verbessern. Hierbei handelte sich es sich im Einzelnen um

- die Verbesserung der EDV-Ausstattung auf den Stationen,
- die teilweise Neueinrichtung der Dienst-/Aufenthaltsräume für Mitarbeiter an allen Stationen,
- die umfassende Adaptierung einer Station und eine damit verbundene Bettenreduktion,
- die Übersiedlung einer ursprünglich 58 Betten umfassenden Station (Schlossgebäude) in zwei adaptierte Stationen des Neugebäudes (30 und 24 Betten),
- die Übersiedlung zweier Stationen des Neugebäudes in adaptierte Stationen des Neugebäudes und damit verbundene Bettenreduktion sowie Tagraumschaffung, womit gegenwärtig mit

- Ausnahme einer Station alle Stationen über einen Tagraum verfügen,
- die Neuschaffung eines Dienstzimmers und damit verbundene Rückführung eines bis dahin kombinierten Dienst-/Aufenthaltsraumes für Mitarbeiter in einen Aufenthaltsraum für Mitarbeiter an einer Station,
 - die 100-prozentige Ausstattung der Stationen mit höhenverstellbaren Betten (elektrisch oder hydraulisch),
 - die Verlegung des Mitarbeiter-Speisesaales in dafür adaptierte Räumlichkeiten,
 - die Durchführung von Re-Teamings (lösungsorientierte Programme zur Teamentwicklung) an Stationen,
 - die regelmäßige Abhaltung von Teamgesprächen (einmal monatlich) an den Stationen,
 - die Etablierung von Angehörigenabenden in Stationen,
 - die Intensivierung des Informationsflusses zu Angehörigen,
 - die umfassendere und intensivere Beratung der Stationen zum Thema Supervision (durch die Supervisions-Verantwortliche des GZL),
 - die regelmäßigen Sitzungen der erweiterten Kollegialen Führung (Einbeziehung der zweiten Führungsebene des ärztlichen und pflegerischen Bereiches sowie des Verwaltungsbereiches),
 - die Ausbildung einer diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester zur Mediatorin sowie
 - die Anschaffung von Neugeräten im Labor sowie in der physikalischen Therapie.

Zu der Leermeldung des GZA darf bemerkt werden, dass hier auf Grund der Mitarbeiterbefragung zwar keine Projekte veranlasst wurden, jedoch trotz des hervorragenden Ergebnisses Maßnahmen zur Verbesserung der Zufriedenheit getroffen wurden. Es handelt sich hierbei um

- die Neuerrichtung von Sozialräumen auf zwei Stationen,
- die Verbesserungen im Angestellten Speisesaal (Wärmeisolation, Möblierung, Salatbuffet, Tellerwärmer, Gewürztheke etc.),
- die Möglichkeit, Gästetischbestellungen noch am gleichen Tag vorzunehmen,
- die monatliche interdisziplinäre Chargenbesprechung zwischen Pflege, Arzt und Personalvertretung,
- die periodische Besprechung aller Führungskräfte des Hauses mit der Kollegialen Führung (alle drei Monate),
- eine zweimal im Jahr abgehaltene Betriebsversammlung,
- die Einführung einer monatlichen Informationsstunde der Gleichbehandlungsbeauftragten und
- die Einbindung sämtlicher betroffenen Mitarbeiter bei der Erarbeitung von neuen Dienstplänen.

19.3 Nach Ansicht des Kontrollamtes sollten künftig Mitarbeiterbefragungen derart durchgeführt werden, dass auch bezüglich der sozialmedizinischen Zentren zwischen den Mitarbeitern aus den Krankenanstalten und jenen aus den geriatrischen Bereichen unterschieden werden kann. Weiters erschien es angezeigt, die Ergebnisse solcher Befragungen künftig zum Anlass zu nehmen, mit den Kollegialen Führungen jener Anstalten, in denen sich Problemstellungen zeigten, zeitnahe konkrete Maßnahmen festzulegen und deren Umsetzung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes sicherzustellen. Schließlich sollten zur Evaluierung der Erfolge der getroffenen Maßnahmen solche Befragungen in regelmäßigen Zeitabständen durchgeführt werden.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Anregung des Kontrollamtes, in Zukunft Mitarbeiterbefragungen derart durchzuführen, dass auch in den sozialmedizinischen Zentren die Auswertungen getrennt nach Krankenhäusern und Geriatriezentren durchgeführt werden, wird aufgenommen

werden. Weiters wird die Anregung aufgegriffen, die Ergebnisse der Befragungen bei kritischen Ergebnissen mit den Kollegialen Führungen der betreffenden Häuser zu besprechen und Vereinbarungen über die zu setzenden Maßnahmen und die Umsetzung zu treffen.

Zur Evaluierung der Erfolge der getroffenen Maßnahmen und der durchgeführten Projekte ist an eine Wiederholung der Befragungen in regelmäßigen Abständen gedacht.

20. Ausstattung der Pflegestationen

Mit Erlass vom 28. Oktober 1997 (KAV-GD-233/97/DTB/BO) wurden die in einem gemeinsam mit internationalen Experten erarbeiteten Planungshandbuch dokumentierten Standards für die Planung und Durchführung von Baumaßnahmen seitens der Generaldirektion des WKAV als Basis für künftige Neu-, Zu- und Umbauten in den Krankenhäusern und Pflegeheimen verbindlich festgelegt.

20.1 Unter Pkt. 2.10 dieses Handbuches sind die geltenden Standards für die Pflege geriatrischer Patienten (= Bewohner) festgeschrieben, wobei u.a. entsprechende Richtlinien für Haupträume (Krankenzimmer, Sanitärräume etc.) und Nebenräume (Pflegestützpunkt, Patientenbad etc.) definiert wurden.

Zielsetzung des gegenständlichen Teilbereiches sind lt. Handbuch die Sicherstellung der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Betreuung kranker und pflegebedürftiger Menschen auf der Grundlage eines zeitgemäßen Pflege- und Behandlungskonzeptes für alte Menschen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit, wobei im Hinblick auf eine flexible Nutzung grundsätzlich keine Unterschiede bei Kurzzeit-, Langzeit- und Remobilisationsstationen bestehen.

20.2 Gemäß Planungshandbuch sollten Pflegestationen jeweils über 24 Betten - verteilt auf acht Einbett-, vier Zweibettzimmer und zwei Vierbettzimmer - verfügen, wobei jedes Zimmer mit Sanitärräumen (Waschbecken, WC und Dusche) auszustatten sei. Somit

wäre jeweils ein Drittel der Bewohner in einer der drei genannten Zimmerkategorien unterzubringen.

Weiters sollten in jeder Station u.a. Tagräume mit Loggia oder Balkon eingerichtet werden, in denen die Bewohner auch die Mahlzeiten einnehmen können. Während in den Zimmern lediglich Fernsehanschlüsse vorzusehen seien, sollten diese Räume mit einem diesbezüglichen Gerät ausgestattet sein.

An Nebenräumen sei aus dem Planungshandbuch das - jeweils für zwei Stationen einzurichtende - Patientenbad erwähnt, das behindertengerecht auszuführen und u.a. mit einer Hebebadewanne, einem WC und einer Dusche auszustatten sei. Nicht zuletzt sollte auch jede Station über einen Raum für Verstorbene - u.a. für die Möglichkeit zur Verabschiedung durch die Angehörigen - verfügen.

20.3 Tatsächlich stellte sich die räumliche Situation in den geriatrischen Einrichtungen des WKAV zum Zeitpunkt der Einschau im Herbst 2003 - also sechs Jahre nach Inkrafttreten des gegenständlichen Erlasses - wie folgt dar:

- Im zuletzt errichteten GZS war ein Drittel der Bewohner in Einbettzimmern, alle anderen waren in Zweibettzimmern untergebracht.
- Das etwa zwei Jahre zuvor eröffnete GZF entsprach bezüglich der Zimmerausstattung zur Gänze den Standards des Planungshandbuches.
- Im GZD waren etwa 15 % der Bewohner in Einbett-, rd. 18 % in Zweibett- und die übrigen rd. 67 % in Dreibettzimmern untergebracht.
- Das GZA verfügte über 30% Zweibett-, 51% Dreibett- und 14% Vierbettzimmer, lediglich unter 2% der Bewohner waren in Einbettzimmern untergebracht. Die restlichen rd. 3% an verfügbaren Betten befanden sich in einem noch nicht umgebauten Siebenbettzimmer.

- Im OWP konnten rd. 8 % der Bewohner in Einbett-, etwa 13 % in Zweibett-, rd. 33 % in Dreibett- und ca. 27% der Bewohner in Vierbettzimmern untergebracht werden. Die übrigen rd. 19 % vorgehaltenen Betten befanden sich in Mehrbettzimmern über dem Planungsstandard.
- Weniger als zwei Dritteln der Bewohner des SSG standen Zimmer bis zu vier Betten zur Verfügung, die restlichen rd. 40 % waren überwiegend in Fünf- bzw. in geringem Umfang in Sechsbettzimmern untergebracht.
- Das GZY konnte nur rd. 48 % seiner Bewohner Zimmergrößen innerhalb der Bandbreite des Planungshandbuches anbieten, während sich rd. 34 % der verfügbaren Betten in Achtbettzimmern befanden. Die übrigen vorgehaltenen Betten standen den Bewohnern in Fünf- bis Siebenbettzimmern zur Verfügung.
- Im GZK wurden für rd. 47 % der Bewohner Zimmergrößen grundsätzlich innerhalb der Vorgaben des Planungshandbuches bereitgestellt, nahezu ein Viertel der Bewohner musste mit Fünfbettzimmern vorlieb nehmen, während den Übrigen nur Sechs- bzw. Siebenbettzimmer sowie ein Neunbettzimmer angeboten werden konnten.
- Das GZL konnte lediglich etwas mehr als 40 % seiner Bewohner Zimmer mit einer Bettenzahl entsprechend den Richtlinien anbieten, während der überwiegende Teil in Fünf-, Sechs- und Achtbettzimmern betreut werden musste.
- In der zweitgrößten geriatrischen Einrichtung des WKAV, dem GZB, wurde nahezu der Hälfte der Bewohner der Standard von Sechsbettzimmern angeboten, lediglich ein Drittel konnte in Zimmern mit bis zu vier Betten untergebracht werden. Weitere 15 % wurden in Fünfbettzimmern und nahezu 5 % der Bewohner in Sieben- bzw. Achtbettzimmern betreut.
- Weit entfernt von den Standards des Planungshandbuches war die Ausstattung im GZW, der mit nahezu 2.300 belegten Betten größten geriatrischen Einrichtung des

WKAV. Zum Zeitpunkt der Einschau standen für nahezu 57 % - also für rd. 1.300 Bewohner dieser Anstalt - nur Sieben- und Achtbettzimmer zur Verfügung, weitere rd. 18 % wurden in Fünf- und Sechsbettzimmern betreut. Lediglich geringfügig mehr als einem Viertel der Bewohner des GZW konnten Zimmer mit einer Bettenzahl innerhalb der Vorgaben des Planungshandbuches angeboten werden.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Im GZS wurde als Pilotprojekt die Zimmerstruktur mit Ein- und Zweibettzimmern gewählt, um Erfahrungen mit dieser Stationsstruktur gegenüber jener mit Vierbettzimmern gewinnen zu können.

Im GZW werden mit Beginn des Jahres 2004 das siebente und achte Bett in den Zimmern der Bewohner absystemisiert. Nach derzeitigem Planungsstand bedeutet dies eine Bettenreduzierung von ca. 300 Betten, welche im März 2004 abgeschlossen sein wird. Die Unterbringung in acht Einbettzimmern, vier Zweibettzimmern und zwei Vierbettzimmern bildet die Grundlage für die neu errichteten Geriatriezentren bzw. bei Stationssanierungen. Derzeit erfolgt die Planung für die Modernisierung der Pavillons IV und XIII. Durch diese geplanten Pavillonsanierungen entsteht ein weiterer Bettenabbau im GZW von etwa 140 Betten. Dieser Bettenabbau bedingt, dass für Bewohner in anderen Einrichtungen adäquate Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen müssen.

Für Sanierungen im Altbestand sind im Planungshandbuch Ausnahmen definiert, die Abweichungen bei den Stationsgrößen, bei den Zimmergrößen und bei den Sanitäreinrichtungen ermöglichen. Die Umsetzung dieser Standards wurde bei den neuerrichteten Geriatriezentren bzw. Stations- oder Pavillonadaptierungen ange-

wandt. Für das Tempo dieser Maßnahmen ist natürlich die Höhe des Investitionsbudgets als bedeutender Faktor maßgebend. Im Rahmen der Vereinbarung für die Finanzierung des WKAV in den Jahren 2001 - 2005 ist zwischen dem Investitionsbudget, den Sach- und den Personalausgaben ein ausgewogenes Verhältnis zu erreichen. Natürlich wäre auch aus der Sicht des WKAV die Schaffung moderner Strukturen in den Einrichtungen aller Geriatriezentren wünschenswert, jedoch ist dies mit den vorgegebenen budgetären Finanzmitteln nur im eingeschränkten Umfang möglich.

20.4 In Bezug auf die Ausstattung mit Sanitär- und Nebenräumen waren ebenfalls sowohl zwischen den einzelnen geriatrischen Einrichtungen als auch zum Teil innerhalb dieser massive stationsweise Unterschiede festzustellen. Was die Verfügbarkeit von WC-Anlagen betraf, so zeigte sich, dass im GZW für durchschnittlich acht Bewohner ein WC zur Verfügung stand, womit diese Anstalt über die im Verhältnis zur Zahl der Bewohner geringste Zahl an diesbezüglichen Sanitäreinrichtungen verfügte. Ähnlich stellte sich die Situation im GZK mit durchschnittlich geringfügig unter acht und im GZL mit mehr als sieben Bewohnern je verfügbarer Toilette dar. Demgegenüber waren das GZD, das GZS, das GZF aber auch das GZY zu erwähnen, wo jeweils im Durchschnitt nur bis zu zwei Bewohner eine Toilette gemeinsam nutzen mussten.

Ebenso große Unterschiede waren bezüglich der Zahl der Duschen je Bewohner festzustellen. So stand im SSG und im GZL für jeweils durchschnittlich mehr als 30 Bewohner nur eine Dusche zur Verfügung, während in den zuvor erwähnten vier Anstalten im Durchschnitt eine derartige Sanitäreinrichtung für jeweils rd. zwei Bewohner vorgehalten wurde.

Günstiger stellte sich die Situation im Hinblick auf die Patientenbäder dar, die im Wesentlichen entsprechend den Vorgaben des Planungshandbuches vorhanden und auch eingerichtet waren.

Schließlich fiel auf, dass es jedoch in den meisten Anstalten an geeigneten Räumlichkeiten für eine würdevolle Verabschiedung von Verstorbenen durch die Angehörigen mangelte.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund:

Die unterschiedlichen Gegebenheiten bei Sanitäreinrichtungen sind durch die unterschiedlichen Errichtungszeiträume bzw. die Sanierungszyklen bedingt.

Entsprechend den Planungsstandards ist für maximal zwei Personen ein Sanitärraum (WC und Dusche) vorgesehen. Bei Einbettzimmern soll es bei künftigen Planungen eine Sanitäreinheit mit Dusche und WC geben. Weiters ist eine Sanitäreinheit mit WC auch in unmittelbarer Nähe von Aufenthaltsräumen vorgesehen.

Sanierungsprojekte, wie z.B. der Pavillon VI im GZW, aber auch die Neubauten GZF und GZS zeigen, dass diese Standards eingehalten werden.

Ein Raum für Verstorbene (Verabschiedungsraum) ist in den Planungsstandards für jeweils zwei Stationen vorgesehen, was bei Neu-, Zu- und Umbauten erfüllt wird.

21. Maßnahmen zur Anhebung des Standards im patientennahen Bereich

Um festzustellen, in welchem Ausmaß im Betrachtungszeitraum vom WKAV in den geriatrischen Einrichtungen Ausgaben zur Standardanhebung im unmittelbaren Lebensbereich der Bewohner getätigt wurden, erhob das Kontrollamt sämtliche in den Jahren 2000 bis 2002 vom WKAV in den Geriatriezentren getätigten Ausgaben für Investitionen (bauliche Investitionen und Betriebsausstattungen) sowie Instandhaltungen (Gebäude, maschinelle und sonstige Anlagen). Bei der Auswertung der Aufwendungen zeigte sich allerdings, dass bei jenen Geriatriezentren, die im Verbund mit einer Krankenanstalt

betrieben werden und somit eine wirtschaftliche Einheit darstellen, die budgetäre Trennung der zugeteilten Mittel ab dem Zeitpunkt der Unternehmungswerdung des WKAV mit 1. Jänner 2002 nicht mehr vorgenommen wurde. Dabei handelte es sich um die Sozialmedizinischen Zentren Ost, Floridsdorf und Sophienspital sowie das Therapiezentrum Ybbs an der Donau. Im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe - Otto-Wagner-Spital mit Pflegezentrum wurde die budgetäre Trennung der Ansätze mit dem Zusammenschluss der vormals fünf eigenständigen Anstalten bereits seit dem Jahr 2001 nicht mehr vorgenommen.

21.1 In der nachstehenden Tabelle sind die entsprechenden Investitionen der Jahre 2000 bis 2002 in EUR (wie auch alle nachfolgend angeführten Beträge inkl. USt) angegeben:

Einrichtung	Bauliche Investitionen in EUR			Betriebsausstattung in EUR		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
GZW	8.437.402,81	6.774.585,17	1.789.635,59	2.979.759,48	1.110.783,13	969.471,83
GZD	97.060,36	125.065,39	-	206.471,72	62.662,80	-
GZF	10.948.976,46	1.802.887,20	-	2.743.808,15	171.724,26	-
GZS	6.173.852,18	8.748.106,85	14.685.109,07	-	-	1.627.647,23
OWP	220.074,89	-	-	162.921,53	-	-
SSG	43.059,60	50.400,00	-	27.756,72	1.022,39	-
GZB	2.116.273,44	1.101.086,47	793.528,60	572.381,14	328.164,41	275.792,52
GZL	416.061,23	448.878,71	547.929,50	154.828,73	63.719,29	140.425,33
GZY	1.150.389,88	810.000,00	-	89.816,53	6.904,15	-
GZK	231.594,54	1.521.292,20	558.267,90	166.082,83	292.860,99	150.386,40
GZA	188.539,40	609.116,62	103.797,16	98.579,45	65.231,14	82.693,97
Summe	30.023.284,79	21.991.418,61	18.478.267,82	7.202.406,28	2.103.072,56	3.246.417,28

Für die gegenständlichen Erhebungen des Kontrollamtes war es erforderlich, aus dem oben dargestellten Gesamtinvestitions- und - in der folgenden Übersicht enthaltenen - Instandhaltungsvolumen der letzten drei Jahre jene Anteile herauszuarbeiten, die den unmittelbaren Patientenbereich betrafen. Dies auch deshalb, weil mit Beschluss des Gemeinderates vom April 1993 (s.a. Pkt. 3.1.2 des Berichtes) der Magistrat der Stadt

Wien u.a. beauftragt worden war, die Strukturen bestehender Geriatriezentren zu verbessern und innerhalb von sieben Jahren 750 zusätzliche Pflegeplätze zu schaffen.

Für Instandhaltungen wurden im untersuchten Zeitraum die folgenden Beträge aufgewendet:

Einrichtung	Instandhaltung von Gebäuden in EUR			Instandhaltung maschineller Anlagen in EUR			Instandhaltung sonstiger Anlagen in EUR		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
GZW	3.771.146	2.512.129	3.844.379	66.176	48.800	61.183	576.114	520.179	529.652
GZD	128.283	112.494	-	49.405	40.279	-	543.093	46.930	-
GZF	475.491	23.452	-	150.990	-	-	13.292	18.233	-
GZS	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OWP	262.564	-	-	6.936	-	-	89.866	-	-
SSG	86.477	7.439	-	2.035	96	-	15.213	3.967	-
GZB	987.138	841.675	1.322.479	37.070	23.049	79.448	1.017.878	991.113	992.186
GZL	399.027	212.340	168.051	20.523	22.683	36.296	646.767	617.845	581.676
GZY	329.072	92.011	-	15.252	8.351	-	23.151	19.839	-
GZK	604.790	285.382	254.702	6.821	27.431	24.191	325.901	286.923	312.377
GZA	349.726	119.388	99.738	55.081	9.808	5.728	37.170	48.889	59.915
Summe	7.393.715	4.206.311	5.689.350	410.289	180.498	206.845	3.288.446	2.553.919	2.475.805

Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

Grundsätzlich wurde hiezu vom Kontrollamt angemerkt, dass eine wesentliche Grundlage für die Umsetzung dieser Zielvorgaben - nämlich die Erarbeitung eines nach Prioritäten geordneten Konzeptes für die Durchführung der erforderlichen anstaltsbezogenen Maßnahmen und die Erstellung eines hierfür notwendigen mehrjährigen Investitionsplanes - nicht in Angriff genommen worden war.

21.2 Die Finanzierung der vom Gemeinderat beschlossenen Maßnahmen erfolgte daher ausschließlich nach den sich im Rahmen der normalen Budgetansätze des WKAV ergebenden Möglichkeiten, wobei steigende Kosten für den Personal- und Sachaufwand dazu führten, dass - wie aus den vorstehenden Tabellen ersichtlich ist - dem WKAV geringere Mittel für Investitionen zur Verfügung standen und daher diesbezüglich im Betrachtungszeitraum des Kontrollamtes in nahezu allen Anstalten eine rückläufige

Tendenz festzustellen war. Dazu kam, dass die für die Errichtung der beiden neuen Geriatriezentren GZF und GZS mit insgesamt 392 Betten (einschl. Akutgeriatrie) aufzuwendenden Budgetmittel jene der bestehenden Geriatriezentren schmälerten und daher die vom Gemeinderat beschlossenen patientenbezogenen Standardanhebungen nicht im hierfür erforderlichen Umfang umgesetzt werden konnten.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Durch den Bau des GZS und des GZF mussten die Budgetmittel der Investitionsvorhaben der übrigen Geriatriezentren entsprechend reduziert werden.

21.3 Unter Standardanhebungen subsumierte das Kontrollamt jene Aufwendungen, die zu funktionellen Qualitätssteigerungen im direkten Patientenbereich führten und der Sicherstellung der pflegerischen und psychosozialen Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen, beispielsweise durch den Umbau bestehender Gebäude (Pavillons) oder Stationen mit dem Ziel der Reduzierung der Bettenanzahl pro Patientenzimmer, der Errichtung zusätzlicher Sanitärbereiche, des Einbaues von Aufzügen, der Erneuerung der Ausstattung von Patientenbereichen (wie Möblierung und TV-Einrichtungen), der Verbesserung von Sicherheitsstandards etc. Allgemeine bauliche und haustechnische Investitionen zur Aufrechterhaltung des Geriatriebetriebes, wie etwa die Erneuerung von Fassaden, Dachdeckungen, Straßenkanälen und Fahrwegen, der Elektroversorgung, die Instandsetzung von Verwaltungsgebäuden, Ärzte- und Schwesternbereichen, die Errichtung von Garagen, die Modernisierung der Anstaltsküchen sowie Investitionen zum Ankauf medizinischer Geräte und Einrichtungen (fahrbare Verband- und Medikamentenschränke, Leibschüsselspülanlagen, Patientenhebergeräte etc.) wurden dabei nicht berücksichtigt.

Da sowohl die medizinisch-pflegerischen Anforderungen als auch die Bedürfnisse der Patienten hinsichtlich eines entsprechenden Unterbringungskomforts bei der Inanspruchnahme von Krankenhäusern und Pflegeheimen einem laufenden Fortschritt unterliegen, wurden vom WKAV unter Beiziehung internationaler Fachleute Standards

entwickelt, die eine hohe Behandlungsqualität, eine Steigerung der Effizienz des Pflegepersonals und eine Erhöhung der Patientenzufriedenheit gewährleisten sollen. Diese Intentionen wurden in einem im Jahr 1997 veröffentlichten Planungshandbuch für Krankenhäuser und Pflegeheime ("Planungshandbuch") zusammengefasst, das - wie bereits erwähnt - u.a. bei Durchführung von Neu-, Zu- und Umbauten die Größe von Stationen, den Umfang benötigter Nutzflächen, die Grundrisse von Räumen und deren Ausstattung sowie die Lage zueinander etc. regelt (s. Pkt. 20 dieses Berichtes). So wurden Stationen mit 24 Betten in je zu einem Drittel in Ein-, Zwei- und Vierbettzimmern, jeweils mit integrierten Sanitärräumen, als optimale Größe angesehen. Hierzu wurde von der Generaldirektion des WKAV angemerkt, dass diese Vorgaben bei Neuplanungen zwar problemlos verwirklicht werden könnten, jedoch bei bestehenden Gebäuden bzw. Stationen nicht immer in allen Bereichen umsetzbar seien, da vor allem statische Belange etwa Kompromisse bei Raumteilungen erfordern. Vom Kontrollamt wurde im Rahmen seiner Begehungen festgestellt, dass bei umfassenden Sanierungen je nach Möglichkeit Ein-, Zwei-, Drei- und Vierbettzimmer mit einer ausreichenden Anzahl an behindertengerecht ausgestatteten Sanitärräumen - in die Bettzimmer integriert oder diesen vorgelagert - geschaffen wurden.

Die Erhebungen des Kontrollamtes ergaben bei den nachfolgend angeführten Anstalten Folgendes:

21.3.1 Von den auf dem Areal des GZW situierten 27 rd. 100 Jahre alten Gebäuden wurden im Prüfzeitpunkt 13 für die Altenpflege genützt. Abgesehen vom Pavillon XVI, der von der benachbarten Krankenanstalt Lainz betrieben wurde, waren in den verbleibenden Gebäuden Verwaltung, Küche, Pathologie, Magazine etc. untergebracht. Als patientenbezogene Standardanhebung war u.a. die im Jahr 1998 begonnene und im Jahr 2001 abgeschlossene Generalsanierung des Pavillons VI zu erwähnen, welche in Anlehnung an das Planungshandbuch vorgenommen wurde. Die damit verbundene Auflassung der Großraumzimmer mit bis zu acht Betten brachte auch die erwünschte Verringerung der Patientenbetten mit sich. In dem mit Gesamtkosten von rd. 7,45 Mio.EUR umgebauten Pavillon standen für Patienten nunmehr Ein-, Zwei-, Drei- und Vierbettzimmer mit entsprechenden Sanitärräumen zur Verfügung.

An weiteren patientenbezogenen Standardanhebungen wurden in den Jahren 2000 bis 2002 in diversen Pavillons Bäder behindertengerecht ausgestattet, zusätzliche Sanitärgruppen, Liftanlagen, Brandschutztüren und Brandrauchentlüftungsanlagen eingebaut, Tagräume und Patientengärten modernisiert, Balkonschutzverglasungen angebracht etc.

Investitionen	2000		2001		2002	
	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %
Bauliche Investitionen	6.075.415,67	72,01	3.046.438,24	44,97	588.586,00	32,89
Betriebs- ausstattung	661.560,00	22,20	92.160,00	8,30	439.335,83	45,32

Zum Zeitpunkt der Einschau standen im GZW für die Unterbringung pflegebedürftiger Personen insgesamt 72 Sieben- und 99 Achtbettzimmer - verteilt auf neun Pavillons - zur Verfügung. Daraus ergab sich, dass 1.296 Patienten, d.s. fast 57 % aller Bewohner, in Großraumzimmern untergebracht waren. Lt. Mitteilung der Kollegialen Führung des GZW sei es - eine gesicherte Finanzierung vorausgesetzt - in den nächsten Jahren Ziel der Anstalt, die Generalsanierung zweier weiterer Pavillons (Pavillon XIII und Pavillon IV) vorzunehmen, um auch dort eine Unterbringung der Bewohner entsprechend den Vorgaben des Planungshandbuches zu ermöglichen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Reduzierung der Sieben- und Achtbettzimmer im GZW mit insgesamt 300 Betten soll mit März 2004 abgeschlossen sein. Darüber hinaus ist die Generalsanierung des Pavillons IV in der Planungsphase. Dabei werden die Planungsstandards gemäß dem Planungshandbuch sowie die angesprochenen Verbesserungen der Zimmergrößen mit den entsprechenden Sanitäreinrichtungen berücksichtigt. Darüber hinaus werden auch die erforderlichen Neben- und Personalräume bedacht werden. Neben dem Pavillon IV ist als nächster Schritt der Pavillon XIII für eine Generalsanierung

vorgesehen. Nach Abschluss der Generalsanierung der Pavillons für die Bewohner wird das GZW mit entsprechenden Zimmerstrukturen nur mehr 1.000 - 1.200 Bewohnern zur Verfügung stehen.

21.3.2 Im Jahr 1982 wurde der Betrieb des GZD aufgenommen. Das auf dem Wissenstand der 70er-Jahre geplante und errichtete Gebäude ist für die Betreuung von insgesamt 405 Patienten ausgelegt, die in Ein-, Zwei- und Dreibettzimmern untergebracht sind. Jedes Patientenzimmer wurde mit einer Sanitärzelle, jede der neun Stationen mit behindertengerechten Dusch- bzw. WC-Anlagen sowie einem Aufenthaltsraum ausgestattet.

Im betrachteten Zeitraum wurde an patientenbezogenen Verbesserungsmaßnahmen u.a. die Ausgestaltung des Gartenbereiches vorgenommen, Maßnahmen zur Taubenabwehr getroffen, die behindertengerechte Umgestaltung der Personenaufzüge, die Erneuerung der Brandmeldeanlage sowie der Austausch von Patientenbetten und Matratzen vorgenommen.

Investitionen	2000		2001		2002	
	patientenbezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamtinvestitionen in %	patientenbezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamtinvestitionen in %	patientenbezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamtinvestitionen in %
Bauliche Investitionen	58.138,27	59,90	12.354,38	9,88	175.590,00	-
Betriebsausstattung	53.218,32	25,78	18.676,92	29,81	542.892,00	-

21.3.3 Das in den Jahren 1999 bis 2000 errichtete GZF besteht aus zwei so genannten Stationshäusern und einem Therapiehaus, welche über eine dreigeschossige Eingangshalle miteinander verbunden sind. Das 144 Patienten (120 Betten für die Langzeitpflege und 24 Betten für die Akutgeriatrie) Platz bietende Geriatriezentrum, in welchem auch entsprechende Therapieräume zur Verfügung stehen und in dem ein geriatrisches Tageszentrum der Magistratsabteilung 47 untergebracht ist, wurde entsprechend den Vorgaben des Planungshandbuches errichtet. So sind die Patientenzimmer jeweils mit Sanitärräumen ausgestattet, die funktionelle Anordnung der Aufenthaltsräume für die Patienten während des Tages gewährleistet deren Überschaubarkeit durch das Perso-

nal. Die Gestehungskosten des Geriatriezentrums beliefen sich auf rd. 25,36 Mio.EUR, womit sich Kosten von rd. 176.100,-- EUR pro Bett ergaben.

21.3.4 Das mit voraussichtlichen Kosten von rd. 47,89 Mio.EUR erbaute GZS wurde im Jahr 2003 nach vierjähriger Bauzeit in Betrieb genommen. Die durch eine Halle verbundenen beiden lang gestreckten Baukörper beinhalten neben dem Bereich zur medizinischen und pflegerischen Betreuung der Patienten eine Akutgeriatrie, ein Institut für physikalische Medizin und ein geriatrisches Tageszentrum der Magistratsabteilung 47. Jedem Patientenzimmer ist ein von innen begehbare Sanitärraum zugeordnet, ausreichende Aufenthalts-, Gemeinschafts- und Therapieräume stehen zur Verfügung.

Das in der Wirtschaftlichkeitsbesprechung genehmigte Projekt sah - den Vorgaben des Planungshandbuches entsprechend - die Unterbringung der Patienten in Ein-, Zwei- und Vierbettzimmern vor, womit das Geriatriezentrum zur Aufnahme von insgesamt 240 Personen geeignet gewesen wäre. Im Zuge der Planung ging der WKAV jedoch von seinen eigenen Vorgaben ab und errichtete 192 Betten für die Langzeitpflege und 56 Betten für die Akutgeriatrie. Die Patientenzimmer für die Langzeitpflege wurden in Abweichung zum Planungshandbuch ausschließlich als Ein- und Zweibettzimmer konzipiert, was zur Folge hatte, dass sich die im Planungshandbuch vorgegebenen Nutzflächen der Zimmer und Sanitäräume verringerten. Weiters zeigte sich, dass die Kosten von rd. 193.100,-- EUR pro Bett um etwa 17.000,-- EUR (d.s. rd. 9,7 %) über jenen des Geriatriezentrums Floridsdorf liegen werden.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Im Zuge der Projektumsetzung für das GZS wurde durch den Projektbeirat die Schaffung von zwei Standardbettenstationen für Akutgeriatrie mit je 28 Betten umgesetzt. Acht Bettenstationen wurden für die Langzeitpflege mit je 24 Betten ausgestattet, wobei bei diesen Bettenstationen auf das Vierbettzimmer zu Gunsten von weiteren Zweibettzimmern verzichtet wurde.

Die Gestaltung und Ausführung des GZS, welches einem Architektenwettbewerb unterworfen wurde, bedingt durch die großzügige Gestaltung der Verkehrsflächen, welche in den Stationen die Tag- und Nachtstruktur hervorhebt, eine Kostenabweichung gegenüber dem GZF. Bei künftigen Wettbewerben wird insbesondere darauf zu achten sein, dass durch eine entsprechende Projektstruktur die Umsetzung der Ergebnisse gewährleistet ist bzw. kostengünstigere Ausführungen zur Realisierung gelangen und somit derartige Abweichungen vermieden werden können.

21.3.5 Das aus einem Zentrum für Förderpädagogik und insgesamt sieben Langzeitpflegestationen bestehende OWP ist Teil des Sozialmedizinischen Zentrums. Die Pflegebereiche sind in sechs Pavillons des im Jahr 1907 als Landesheil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke am Steinhof eröffneten Hauses untergebracht. Im Pavillon 17, der das Zentrum für Förderpädagogik beinhaltet, werden in Wohngruppen untergebrachte schwerstbehinderte Kinder und Jugendliche nach ihren speziellen Bedürfnissen betreut. Die verbleibenden fünf Pavillons (9, 15, Severin, Karlshaus und Vindobona) werden für die Behandlung und Pflege betagter und gebrechlicher Menschen herangezogen.

In dem vom Kontrollamt untersuchten Zeitraum wurde die in Anlehnung an das Planungshandbuch vorgenommene Generalsanierung des Pavillons 9 abgeschlossen und der zugehörige Gartenbereich neu gestaltet. Ferner wurden die Stationsbäder in den Pavillons 17 und Vindobona behindertengerecht umgebaut, Tagräume neu möbliert, Patientenbetten und -möbel sowie Anti-Dekubitusmatratzen angekauft.

Investitionen	2000		2001		2002	
	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %
Bauliche Investitionen	88.951,55	40,42	182.074,53	-	33.003,00	-
Betriebs- ausstattung	502,38	0,31	37.174,58	-	48.502,67	-

Die Planungsarbeiten zur Generalsanierung des Pavillons Severin, in dem die Sanitärräume keine Einheit mit den Patientenzimmern bilden, die teils schmalen Gangbereiche als Tagräume herangezogen werden und die Pflegestützpunkte keinen ausreichenden Überblick über die Flurbereiche gewähren, waren im Prüfzeitpunkt abgeschlossen. Lt. Aussage der Verwaltungsdirektion sei die Abhaltung der diesbezüglichen Pflichtbesprechungen zu Jahresbeginn 2004 beabsichtigt.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Derzeit wird das Projekt Severin im Hinblick auf die zu erwartende Genehmigung des WHG überarbeitet, da in diesem Gesetz bzw. in der Verordnung zum Gesetz nur mehr Ein- und Zweibettzimmer vorgesehen sind und somit die lt. Planungshandbuch (Ein-, Zwei- und Vierbettzimmer) eingereichten Unterlagen nicht entsprechen. Es ist davon auszugehen, dass dieses Projekt in dieser Form auf Grund der vorhandenen Raumkapazitäten nicht umgesetzt werden kann. Alternative Lösungen werden gesucht, allerdings sind diese nur unter großen Kompromissen möglich.

21.3.6 Die im SSG angesiedelten fünf Langzeitpflegestationen sowie eine Kurzzeitpflegestation sind in zwei rd. 100 bzw. 125 Jahre alten Pavillons untergebracht. Die beiden Pavillons dienten bis Mitte der 80er-Jahre zur Unterbringung von Patienten aus dem Krankenhausbetrieb und erfuhren nach Umstellung auf den Pflegebetrieb - mit Ausnahme der Errichtung zweier Wintergärten sowie der Renovierung und Neumöblierung der Patientenzimmer der Kurzzeitpflegestation - keine Änderung. Eine zeitgemäße Pflege und Betreuung ist daher nur bedingt durchführbar, da z.B. die Patientenzimmer lediglich mit Waschgelegenheiten ausgestattet und die WC-Anlagen sowie die behindertengerecht ausgestatteten Bäder nur über Gänge erreichbar sind. Wie bereits unter Pkt 20.3 erwähnt, befinden sich rd. 60 % der Betten in Ein- bis Vierbettzimmern und rd. 40 % in Fünf- und Sechsbettzimmern. Die in dem vom Kontrollamt gewählten Beobachtungszeitraum getätigten Investitionen beschränkten sich vor allem auf Maler- und

Beschichtungsarbeiten, die Adaptierung der Möblierung von Tagräumen sowie auf die Beschaffung neuer Patientenbetten.

Lt. Aussage der Verwaltungsdirektion sei dies vor allem darauf zurückzuführen gewesen, dass das in den Jahren 1997 bis 1999 um rd. 10,17 Mio.EUR errichtete und dem Krankenhaus zuzuordnende Gebäude, welches zur Aufnahme der Patienten aus der im gleichen Jahr geschlossenen Allgemeinen Poliklinik diene, weitere Investitionen zur Sanierung von Pflegebereichen nicht zugelassen habe.

Investitionen	2000		2001		2002	
	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %
Bauliche Investitionen	40.551,60	94,18	28.748,40	57,04	30.360,00	-
Betriebs- ausstattung	13.440,00	48,42	960,00	93,90	175.080,00	-

Im Prüfzeitraum des Kontrollamtes waren die Planungsarbeiten für die Generalsanierung des älteren der beiden Gebäude (Kenyon-Pavillon) im Gange, Lt. Aussage der Verwaltungsdirektion würden diese im Jahr 2004 abgeschlossen sein. Nach Abhaltung der Pflichtbesprechungen und unter Voraussetzung einer gesicherten Finanzierung sei der Beginn der Generalsanierungsarbeiten im Jahr 2005 vorgesehen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Zur Generalsanierung des älteren der beiden Gebäude (Kenyon-Pavillon) im SSG wird berichtet, dass die Planungsarbeiten voraussichtlich 2004 abgeschlossen werden. Der Baubeginn für die Generalsanierung ist mit Frühjahr 2005 geplant. Aus heutiger Sicht ist die Finanzierung gesichert.

21.3.7 Das sich in Wien 14 befindliche GZB besteht aus sechs im Jahr 1902 errichteten Pavillons, die - mit Ausnahme jener Teile, in denen die Verwaltung untergebracht ist - der Altenpflege zur Verfügung stehen. Bis 2004 werden auf Initiative der Kollegialen

Führung insgesamt fünf Stationen des Pavillons 2, der das Herzstück der genannten geriatrischen Einrichtung darstellt, in Anlehnung an die Vorgaben des Planungshandbuches um rd. 5,66 Mio.EUR umgestaltet. Dies beinhaltet die Verringerung der Belegung pro Patientenzimmer und deren komplette Neuausstattung (Möblierung, Patientenbetten inkl. Anti-Dekubitusmatratzen), die Verlegung der Tagräume in einen Zubau sowie den Einbau eines zusätzlichen Patientenaufzuges. Weitere patientenbezogene Standardanhebungen betrafen die Neugestaltung von Tagräumen, die behindertengerechte Ausstattung von Sanitärräumen, den Einbau von Brandschutztüren sowie die Adaptierung von Brandmeldeanlagen.

Investitionen	2000		2001		2002	
	patientenbezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamtinvestitionen in %	patientenbezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamtinvestitionen in %	patientenbezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamtinvestitionen in %
Bauliche Investitionen	1.196.769,48	56,55	877.264,32	79,67	666.292,49	83,97
Betriebsausstattung	372.530,17	65,08	103.742,70	31,61	116.464,01	42,23

Im Prüfzeitraum des Kontrollamtes wurde die Generalsanierung des Pavillons 6 mit geschätzten Kosten von rd. 4,44 Mio.EUR in Angriff genommen; diese soll nach 18-monatiger Bauzeit im Jahr 2005 abgeschlossen sein.

Dem GZB ist ferner das in Wien 14 situierte St. Rochusheim angeschlossen, in dem im Prüfzeitpunkt 98 Patienten betreut wurden. Eine Generalsanierung des Gebäudes, die den Unterbringungskomfort wie im Planungshandbuch festgelegt garantiert, war lt. Technischer Direktion des GZB wirtschaftlich nicht zweckmäßig erschienen, weshalb die Generaldirektion des WKAV die Verlegung der Patienten des St. Rochusheimes in das GZB nach Abschluss der Generalsanierung des Pavillons 6 anordnete.

Als Sofortmaßnahme werden die im St. Rochusheim vorhandenen vier Siebenbett- und das Achtbettzimmer sukzessive auf Sechsbettzimmer absystemisiert. Nach Absiedlung der Patienten aus dem St. Rochusheim ist seitens der Generaldirektion des WKAV die Veräußerung des Objektes vorgesehen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Generalsanierung des Pavillons 6 des GZB hat im Oktober 2003 begonnen und wird voraussichtlich im Frühjahr 2005 beendet sein.

Die Sieben- und Achtbettzimmer im Rochusheim wurden inzwischen abgebaut.

21.3.8 Die Stadt Wien erwarb im Jahr 1876 das in Wien 23 befindliche Schloss Liesing samt Schlosspark, errichtete im Jahr 1878 ein im westlichen Teil des Areals gelegenes dreigeschossiges Gebäude und nützte die gesamte Anlage ab diesem Zeitpunkt für die Altenpflege.

In den Jahren 2000 bis 2002 vorgenommene patientenbezogene Standardverbesserungen betrafen die Errichtung dreier Wintergärten, die behindertengerechte Ausstattung von Sanitärgruppen, die Anbringung von Sonnenschutzfolien an den Fenstern der Patientenzimmer und deren teilweise Neumöblierung sowie die Installierung einer Brandmeldeanlage. Ferner wurde eine der drei im Schlossgebäude situierten Pflegestationen in Anlehnung an die Vorgaben des Planungshandbuches und unter Beachtung der denkmalpflegerischen Auflagen generalsaniert.

Investitionen	2000		2001		2002	
	patientenbezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamtinvestitionen in %	patientenbezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamtinvestitionen in %	patientenbezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamtinvestitionen in %
Bauliche Investitionen	332.621,56	79,95	100.536,82	22,40	388.482,47	70,90
Betriebsausstattung	118.608,14	76,61	43.229,57	67,84	83.024,51	59,12

Hinsichtlich des Schlossgebäudes war anzumerken, dass es in den beiden nicht sanierten Pflegestationen an ausreichenden Sanitäreanlagen mangelt und verwinkelte bzw. enge Gänge eine nach modernen Gesichtspunkten orientierte Betreuung der Patienten nicht zulassen. Das Neugebäude, in dem im Prüfzeitraum die Verwaltung und insge-

samt fünf Stationen untergebracht waren, kann hinsichtlich der Bettenzahl pro Patientenzimmer, Anzahl und Ausstattung der Tag- bzw. Therapieräume, ausreichend zur Verfügung stehender Sanitärräume, adäquater Schwesternstützpunkte etc. ebenfalls eine den heutigen Anforderungen gemäße pflegerische und psychosoziale Betreuung der Patienten nicht in vollem Umfang sicherstellen.

Eine entsprechend den Vorgaben des Planungshandbuches erforderliche Generalsanierung des Gebäudes war lt. Technischer Direktion aus wirtschaftlichen Überlegungen nicht vertretbar, weshalb im März 2002 von der Generaldirektion des WKAV die Planung für den Neubau eines Geriatriezentrums mit 240 Betten auf dem selben Standort in Auftrag gegeben wurde. Als Termin für die Pflichtbesprechungen des mit rd. 28,30 Mio.EUR veranschlagten Neubaus (ohne Einrichtung, jedoch inkl. Abbruch des Altgebäudes) - daraus errechnen sich Kosten von rd. 118.000,-- EUR pro Bett - war das Frühjahr 2004 vorgesehen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Der Termin für die erste Pflichtbesprechung (Raum- und Funktionsprogrammgespräch) des Projektes Neubau GZL kann - wie vorgesehen - im Frühjahr 2004 abgehalten werden.

21.3.9 Das GZY ist in einem in den Jahren 1859 - 1864 ursprünglich als Kloster errichteten Gebäude untergebracht. Das in der Folge für die ländliche Bevölkerung als Versorgungshaus (24 Betten pro Zimmer) dienende Gebäude kam im Jahr 1921 in den Besitz der Stadt Wien. Von dieser wurde das Gebäude neuerlich umgestaltet, wobei die Großraumzimmer auf Acht- bzw. Sechsbettzimmer verkleinert und durch die Errichtung von Trennwänden abgeschottete Bereiche für die Patienten geschaffen wurden.

Um die zeitgemäße Betreuung pflegebedürftiger Menschen sicherzustellen, wurde der dreigeschossige Westtrakt des Gebäudes in den Jahren 1998 bis 2001 mit Gesamtkosten von rd. 2,69 Mio.EUR generalsaniert. Dies betraf vor allem die Errichtung eines zusätzlichen Stiegenhauses und den Einbau eines Bettenaufzuges. Durch die Verle-

gung des Ganges in die Gebäudemitte konnten in Anlehnung an das Planungshandbuch die Acht- bzw. Sechsbettzimmer in Zwei- bzw. Vierbettzimmer mit dazugehörigen Sanitärräumen umgewandelt sowie die Pflegestützpunkte zentral angeordnet werden.

Ferner wurden in den Jahren 2001 und 2002 jeweils zwei Tagräume des östlichen Gebäudetraktes saniert. Anzumerken war weiters, dass der Anstalt für die Durchführung von Tischler-, Schlosserarbeiten etc. hauseigenes Personal zur Verfügung steht und dieses zur Herstellung von Patientenmöbeln (Schränke, Betten, Nachtkästchen etc.) herangezogen wird.

Investitionen	2000		2001		2002	
	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %
Bauliche Investitionen	714.000,00	62,07	615.600,00	76,00	0,00	-
Betriebs- ausstattung	0,00	0,00	0,00	0,00	30.574,00	-

Lt. Aussage der Verwaltungsdirektion sei beabsichtigt, mit der Planung für die Sanierung des östlichen Gebäudetraktes im Jahr 2004 zu beginnen, wobei neben der Umgestaltung der derzeitigen Stationsbereiche auch die Erneuerung der Therapieräume eingeschlossen werden soll.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Mit den Gesprächen über die Planung für die Sanierungsarbeiten des östlichen Gebäudetraktes des GZY wurde bereits begonnen. Neben der Umgestaltung der Stationsbereiche ist geplant, auch die Therapieräume zu erneuern.

21.3.10 Das in Klosterneuburg situierte GZK besteht aus zwei Gebäuden, deren Errichtung rd. 250 bzw. 150 Jahre zurückliegt. Von der Stadt Wien wird die Anstalt seit dem Jahr 1970 für die Altenpflege genützt. Da das Geriatriezentrum hinsichtlich des Unterbringungskomforts (Zimmergröße, Sanitäreinrichtungen, Trennung der Wohn- und

Schlafbereiche, Therapiemöglichkeiten etc.) nicht mehr den heutigen Anforderungen entsprach, entschloss sich die Kollegiale Führung zu einer sukzessiven Sanierung der beiden Gebäude, wobei die Generalsanierung der ersten von insgesamt sieben Stationen im Jahr 1999 abgeschlossen wurde.

In den Jahren 2000 bis 2002 erfolgte sodann die Generalsanierung der Station E mit Gesamtkosten von 1,20 Mio.EUR. Die im Speziellen für den Betreuungsschwerpunkt "Demenzerkrankungen mit ausgeprägtem Bewegungsdrang" ausgestaltete Station umfasst in Anlehnung an das Planungshandbuch nunmehr Zwei-, Drei- und Vierbettzimmer, was mit einer Reduktion der Bettenanzahl von 46 auf 25 einherging. Die Sanitärbereiche wurden jeweils zwischen zwei Zimmern angeordnet, die Situierung des Schwesternstützpunktes ermöglicht nunmehr einen ständigen Sichtkontakt zwischen Pflegepersonal und Patienten. Ferner wurde ein zusätzlicher Personenaufzug zur Erleichterung des Patiententransportes zu den Therapieräumen im so genannten Altgebäude errichtet.

Investitionen	2000		2001		2002	
	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %
Bauliche Investitionen	127.283,95	54,96	1.467.996,56	96,50	388.255,13	69,55
Betriebs- ausstattung	67.748,55	40,79	216.444,97	73,91	64.264,08	42,73

Derzeit wird die Station F mit Kosten von 1,60 Mio.EUR einer Generalsanierung unterzogen, wobei eine Trennung von Tag- und Nachtbereichen sowie der Einbau von Sanitärräumen in den Patientenzimmern erfolgt. Nach Fertigstellung der Arbeiten im Jahr 2004 werden anstatt 49 nur mehr 36 Betten zur Verfügung stehen. Lt. Aussage des Verwaltungsdirektors sei in weiterer Folge die sukzessive Generalsanierung der übrigen Stationen geplant.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Das GZK hat in den vergangenen Jahren große Anstrengungen

unternommen, die sukzessive Sanierung der beiden Gebäude voranzutreiben. 1999 konnte die Generalsanierung der ersten Station abgeschlossen werden. Die Generalsanierung der Station E mit dem Betreuungsschwerpunkt Demenzerkrankungen mit ausgeprägtem Bewegungsdrang ist sehr gut gelungen. In weiterer Folge wird derzeit die Station F, wie angeführt, einer Generalsanierung unterzogen. Die Arbeiten liegen im Zeitplan. Nach Maßgabe der Möglichkeiten und vorhandenen finanziellen Mittel soll in weiterer Folge die Generalsanierung der übrigen Stationen folgen.

21.3.11 Das in Herzogenburg gelegene barocke Stiftsgebäude St. Andrä (GZA) wurde im Jahr 1828 dem Magistrat der damaligen Residenzstadt Wien übergeben und ab diesem Zeitpunkt als Versorgungshaus für verarmte Wiener betrieben. In der Folge wurde das Stiftsgebäude mehrmals umgestaltet und den jeweils geltenden Pflegestandards angepasst, bis schließlich Ende der 90er-Jahre mit der umfassenden Modernisierung der Pflegestationen begonnen wurde. So wurden die vorhandenen Durchgehzimmer der Krankenstation 2, welche mit bis zu elf Betten belegt waren und keine Sanitäranlagen aufwiesen, in den Jahren 1997 bis 1998 in Anlehnung an die Vorgaben des Planungshandbuches zu Räumen mit zwei, drei und vier Betten umgestaltet und die Sanitärbereiche den Zimmern vorgelagert. In gleicher Art wurde die Krankenstation 1 in den Jahren 1999 bis 2000 und die Krankenstation 5 im Jahr 2000 saniert, wobei es die baulichen Gegebenheiten bei letzterer Station zuließen, Ein-, Zwei- und Vierbettzimmer zu errichten. Anzumerken war ferner, dass ein erheblicher Teil der Sanierungsleistungen durch anstaltseigenes Personal erfolgte.

Investitionen	2000		2001		2002	
	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %	patienten- bezogene Investitionen in EUR	bezogen auf Gesamt- investitionen in %
Bauliche Investitionen	63.024,26	33,43	437.431,85	71,81	101.712,42	97,99
Betriebs- ausstattung	76.129,45	77,23	51.060,14	78,28	9.941,65	12,02

Lt. Aussage des Verwaltungsdirektors sei die Planung zur Umgestaltung der Kranken-

stationen 3 und 4 bereits abgeschlossen, nach Durchführung der Pflichtbesprechungen sei der Beginn der Sanierungsarbeiten im Jahr 2004 vorgesehen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Planung zur Umgestaltung der Krankenstationen 3 und 4 im GZA wurde bereits abgeschlossen, die dementsprechenden Unterlagen wurden fertig gestellt. Mit der zuständigen niederösterreichischen Landesbehörde wurden bereits Vorgespräche geführt. Im März 2004 sollen die Verhandlungen mit der niederösterreichischen Landesbehörde erfolgen.

21.4 Bei Durchsicht der von den einzelnen Geriatriezentren zur Verfügung gestellten Unterlagen über getätigte Ausgaben auf den Postenklassen der Instandhaltung wurde festgestellt, dass nahezu der gesamte Anteil der getätigten Aufwendungen auf die Erhaltung aller für den Geriatriebetrieb erforderlichen Gebäude (Patientenpavillons, Küchen, Werkstätten, Garagen etc.), deren maschinellen und sonstigen Anlagen sowie auf Einrichtungen entfiel. Dies betraf insbesondere notwendige Instandsetzungen von Dächern, Fenstern und Fußböden sowie die Instandhaltung und Gebrechensbehebung von Heizungs-, Lüftungs-, Sanitär-, Telefon-, Elektro- und EDV-Anlagen.

An patientenbezogenen Verbesserungen wurden auf den Instandhaltungsposten Arbeiten kleineren Umfanges, wie etwa die Erneuerung der Wand- und Deckenmalerei diverser Patientenzimmer, Gänge und Tagräume, die Umgestaltung von Sanitärräumen, der Einbau zusätzlicher behindertengerechter Waschtische, die Anbringung von Wandschutzleisten, die Verbesserung der Beleuchtung, die Erneuerung der SAT und TV-Anlagen etc. durchgeführt. Die Kosten für diese durchgeführten Maßnahmen betragen bei den jeweiligen Geriatriezentren im Mittel etwa 3 % der unter Pkt. 21.1 dieses Berichtes angeführten Instandhaltungsaufwendungen.

22. Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Pflegebereich

Von der Generaldirektion des WKAV sowie der TU 1 wurden immer wieder sowohl the-

matisch klar abgegrenzte Richtlinien bzw. Festlegungen als auch grundsätzliche Regelungen zur Sicherstellung einheitlicher Pflegestandards erstellt.

22.1 An diesbezüglichen fachbereichsspezifischen Direktiven waren z.B. die im April 2000 vorgestellten und nach einer Probe- und Evaluierungsphase in den Anstalten umgesetzten fünf Richtlinien zur Inkontinenzversorgung zu erwähnen. Diese betrafen die Versorgung mittels Slipeinlagen oder Tropfenfängern, Inkontinenzeinlagen, Höschenwindeln, Urinalkondomen und Einmalbetteinlagen. Bei den Richtlinien handelt es sich um auf jeweils einer Seite dargestellte Zusammenfassungen der allgemeinen Produkteinsetzkriterien, der für die Produktauswahl vorliegenden Indikationen sowie eine produktspezifische Durchführungsanleitung.

22.1.1 Weiters wurde z.B. in einem Arbeitskreis der Umgang mit krankheitsbedingten Freiheitseinschränkungen erörtert und in einem Abschlussbericht dargestellt. Insbesondere wurden die rechtlichen Grundlagen, wie z.B. die Grundrechte nach dem Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch (ABGB), die Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten oder das Strafgesetzbuch (StGB) beschrieben, die Fixierungssysteme Bettgitter, Becken- und Rumpfgurt sowie Therapie- und Rollstuhltisch und die an diese gestellten Anforderungen erläutert. Überdies widmete sich der gegenständliche Bericht den Dokumentationsrichtlinien, der Aufsichtspflicht, der Schulung und Fortbildung.

Gemäß dem Ergebnisprotokoll einer gemeinsamen Sitzung der Pflegedirektoren mit der damaligen Direktion "Kranken- und Altenpflege" der Generaldirektion des WKAV vom 22. November 2000 wurde bezüglich der "Einschränkung der persönlichen Freiheit des Patienten zu seiner eigenen Sicherheit" festgestellt, dass eine schriftliche ärztliche Anordnung unter Angabe der Art der Einschränkung, des Beginns und des Endes notwendig sei und die Durchführung und Kontrolle den DGKP obläge; die Beobachtungen seien exakt zu dokumentieren.

22.1.2 Vom Kontrollamt war zu bemängeln, dass in den gegenständlichen Handlungsanleitungen wesentliche rechtliche Aspekte nicht ausreichend Berücksichtigung fanden.

So hätte eine Richtlinie des WKAV bezüglich freiheitsbeschränkender Maßnahmen unbedingt den deutlichen Hinweis auf die ausschließliche Zulässigkeit der Anwendung des jeweils diesbezüglich gelindesten Mittels zur Abwehr einer erheblichen Gefahr für Leib und Leben enthalten müssen. Ebenso sollte eine diesbezügliche Richtlinie auch praktische Hinweise enthalten, wie eine Freiheitsbeschränkung durch alternative Maßnahmen verhindert werden könne. Beispielhaft waren in diesem Zusammenhang Schlafgelegenheiten auf Bodenniveau oder überbreite Betten an Stelle von Bettgittern oder so genannte Hüftprotektoren zur Vermeidung von Sturzverletzungen anzuführen. Ferner käme eine freiheitsbeschränkende Maßnahme auch als Hilfeleistung bei einer akuten Gefahr - jedoch nicht zur Abwehr künftiger Gefahren - in Betracht.

Das Kontrollamt empfahl daher dem WKAV dringend, die bestehende Anleitung bezüglich freiheitsbeschränkender Maßnahmen zu überarbeiten und durch Aufzeigen derartiger Alternativen sowie in weiterer Folge auch durch die Beschaffung entsprechender Hilfsmittel so weit wie möglich die Einschränkung der persönlichen Freiheit von Bewohnern hintanzuhalten.

In diesem Zusammenhang wurde auch auf ein Erkenntnis des VfGH vom 28. Juni 2003, G 208/02, verwiesen, in dem dieser im Wesentlichen ausführte, dass Regelungen zur Abwehr von spezifisch krankheitsbedingten Gefahren, die nicht nur in Heimen, sondern ganz allgemein auftreten können, unter Einschluss der Zulässigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen kompetenzrechtlich dem "Gesundheitswesen" zuzuordnen und daher in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache sind.

Ein entsprechendes Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthaltes in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz) wurde vom Nationalrat beschlossen und dem Bundesrat übermittelt. Das In-Kraft-Treten dieses Gesetzes ist mit 1. Juli 2005 vorgesehen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Handlungsanleitungen bezüglich der freiheitsbeschränkenden

Maßnahmen werden überarbeitet. Allerdings ist dies im Kontext zum Heimaufenthaltsgesetz des Bundes zu sehen.

22.2 Als wesentliche grundsätzliche Handlungsanleitung wurden bzw. werden Rahmenstandards für den Gesundheits- und Krankenpflegebereich erarbeitet, in welchen ein Mindestmaß an Pflegequalität festgelegt wird. Von der Generaldirektion des WKAV ist vorgesehen, diese in drei Teile, nämlich einen Richtlinienenteil, einen Teil zur Pflegequalitätsermittlung und einen Teil bezüglich Pflege-Outcome-Kriterien zu gliedern, wobei zur Zeit der Einschau des Kontrollamtes lediglich der erste Teil in Geltung war, während sich der zweite in der Implementierungsphase und der dritte in der Planungsphase befand. Die Rahmenstandards legen keine Pflegehandlungen im Einzelnen fest, sondern dienen grundsätzlich der "prozesshaften Qualitätsorientierung" in der Pflege. Im ersten Teil sind u.a. Richtlinien für den stationären Aufenthalt über drei Monate hinaus bzw. der spezifische Standard im geriatrischen Langzeitbereich geregelt. Dieser Standard besagt, dass es Ziel des pflegerischen Handelns sei, auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner einzugehen. Die Pflege sei darauf ausgerichtet, mit den Ressourcen und Defiziten der Bewohner so zu arbeiten, dass ihre Genesung sowie die Beibehaltung bzw. Wiedererlangung ihrer Selbstständigkeit gefördert würde. Den Bewohnern, gegebenenfalls ihren Vertrauenspersonen bzw. den betreuenden Personen werde Sicherheit gegeben und bei einer geplanten Entlassung die weitere Versorgung in die Wege geleitet. Für einen begleiteten Lebensabschied werde Sorge getragen. Eine wohnliche Atmosphäre mit persönlichen Erinnerungsstücken sei im Langzeitbereich anzustreben.

An zusätzlichen Standards soll eine ausgewogene Personalausstattung entsprechend den Zielvereinbarungen mit den einzelnen Einrichtungen, ein bewohnerorientiertes Pflegesystem, Information über die Station und deren Angebot, eine mögliche Entlassungsvorbereitung, das "Spürbarmachen des Jahresrhythmus" und die Anwendung von individuellen Betreuungskonzepten gewährleistet sein. Letzteres wurde in einem ab 1. Oktober 2000 gültigen "Positionspapier der Pflegenden" näher geregelt. In diesem wird u.a. angeführt, dass die DGKP über die jeweils anzuwendenden Pflegekonzepte

generell und individuell basierend auf Erkenntnissen der Pflegewissenschaft, Forschung und Erfahrungswissen entscheiden sollen.

Zusätzlich legen die Rahmenstandards in den "verweildauerunabhängigen Richtlinien" u.a. eine halbjährliche Überprüfung der Pflegegeldeinstufung sowie dokumentierte Überprüfungen durch eine leitende Pflegeperson, ob der aktuelle Zustand des Bewohners mit dem dokumentierten Pflegeprozess übereinstimmt, fest. Im Langzeitbereich hat diese Begutachtung innerhalb von drei Monaten bei allen Bewohnern stattzufinden.

22.3 Grundlagen aller pflegerischen Dokumentationen, die einen wesentlichen Anteil an der Qualitätsarbeit haben, finden sich sowohl im GuKG als auch im Wr. KAG. Von der Generaldirektion des WKAV wurden mangels bestehender Durchführungsbestimmungen zu den vorgenannten Rechtsnormen eigene weiterführende Anweisungen erarbeitet. Dabei handelte es sich im Wesentlichen um die nachfolgend dargestellten Richtlinien:

22.3.1 Im Jahr 1995 waren von der Generaldirektion die "Richtlinien zur Pflegedokumentation" erlassen und im Jahr 2000 überarbeitet worden. Im Wesentlichen sind darin erneut die rechtlichen Grundlagen (GuKG, Wr. KAG) dargestellt und die Anweisungen zur Pflegeanamnese und Pflegediagnose, die Festlegung der Pflegeziele, die Planung der Pflegemaßnahmen, die Durchführung der Pflege und der Pflegebericht geregelt. Des Weiteren ist festgelegt, dass Anordnung und Durchführung von Pflegemaßnahmen mit Handzeichen nachvollziehbar sein müssen. Speziell zur Durchführung der Pflege wurde auf die nachstehend beschriebene Richtlinienempfehlung hingewiesen.

22.3.2 Mit 2. März 2000 wurde den Pflegeanstalten von der Generaldirektion die genannte Richtlinienempfehlung betreffend Durchführungsnachweise in der Pflegedokumentation zur weiteren Veranlassung übermittelt. Einleitend wird darin auf die in § 5 (1) GuKG normierte Verpflichtung aller Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zur Dokumentation der von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maß-

nahmen hingewiesen. Des Weiteren ist festgelegt, dass der Pflegeprozess lt. § 14 GuKG nachvollziehbar niedergeschrieben sein muss. Insgesamt hat die Pflegedokumentation die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeziele, die Pflegemaßnahmen, die Evaluierung, den Pflegebericht und allfällige Verlaufsberichte - auch den Bestimmungen des § 17 Wr. KAG entsprechend - zu enthalten.

In der Richtlinienempfehlung wird darüber hinaus festgelegt, dass jene Gesundheits- und Krankenpflegeperson, welche für die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose und die Pflegeplanung verantwortlich zeichnet, dies mit Handzeichen festzuhalten hat. Des Weiteren wird der Durchführungsnachweis für Pflegemaßnahmen geregelt. Auch hier bestätigt die jeweilige Pflegeperson, die von ihr durchgeführten Maßnahmen. Diese Bestätigung muss nicht erfolgen, wenn in der Pflegedokumentation auf einen betreffenden Standard bzw. individuelle Pflegemaßnahmen laut Planung hingewiesen wird. Tätigkeiten, welche nicht laut Pflegeplanung durchgeführt werden, sind jedenfalls im täglichen Pflegebericht zu beschreiben. Selbstverständliche Routinehandlungen müssen nicht dokumentiert werden. Grundsätzlich muss aber die Nachvollziehbarkeit der Pflegedokumentation gewährleistet sein.

22.4 Von einer Reihe der geriatrischen Einrichtungen des WKAV wurden über die vorgenannten allgemein gültigen Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende Aktivitäten gesetzt. Beispielhaft waren hiezu die Einsetzung von Qualitätsmanagern, die Installierung von Qualitätssicherungskommissionen und Arbeitskreisen sowie themenzentrierte Projekte anzuführen, wobei dem Kontrollamt auffiel, dass diese dezentrale Vorgehensweise teilweise zu thematischen Überschneidungen führte. Hinsichtlich der Dokumentation der Pflegevisiten gab es keine zentralen Vorgaben; es wurden lediglich von einigen Einrichtungen weiterführende Festlegungen getroffen und zusätzlich diesbezügliche Checklisten erarbeitet. Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt einerseits, dass z.B. im OWP eine lediglich abteilungsinterne Richtlinie bezüglich der Pflegedokumentation und eine hausinterne Checkliste zur Pflegevisite in Kraft gesetzt worden war, andererseits, dass etwa das GZW - offenbar als Reaktion auf im Zuge einer behördlichen Aufsicht festgestellte Mängel - erst mit Wirkung vom 1. Oktober 2003 derartige Richtlinien einschließlich einer Checkliste erlassen hatte.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Durchführung von Pflegevisiten als eine der Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der Pflege wurde von Seiten der Generaldirektion den Pflegedienstleitungen und den Oberschwestern der Häuser in den Stellenbeschreibungen verbindlich vorgegeben. Im Rahmen einer Pflegedirektorenkonferenz am 13. Jänner 1997 wurden die Zielsetzung der Pflegevisite sowie deren Ablauf und Dokumentation den Pflegedirektoren der Häuser (Krankenanstalten und Geriatriezentren) anhand eines Musters der Pflegedirektion Wilhelminenspital vorgestellt und die Empfehlung ausgesprochen, diesen im Wilhelminenspital entwickelten Leitfaden zu übernehmen und eventuell für das eigene Haus zu adaptieren.

22.5 Die oben dargestellte unterschiedliche Vorgangsweise der Anstalten ließ auf Kommunikations- und Koordinationsmängel schließen, welche - nicht zuletzt zur Nutzung von anderenfalls verloren gehenden Ressourcen - umgehend behoben werden sollten. In diesem Zusammenhang wies das Kontrollamt auf einen Bericht im TB 2002 (WKAV, Prüfung von Ausgaben für Beratungsleistungen) hin, in dem empfohlen worden war, seitens der Generaldirektion zu analysieren, inwieweit in einzelnen Einrichtungen bereits vorgenommene Maßnahmen geeignet wären, auch in anderen Bereichen des WKAV eine Qualitätsverbesserung zu bewirken. Darüber hinaus sollte sicher gestellt werden, dass derartige als zweckmäßig erkannte Qualitätsverbesserungsmaßnahmen WKAV-weit umgesetzt werden, um einen einheitlichen hohen Qualitätsstandard in allen städtischen Krankenanstalten und Geriatriezentren zu erreichen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Der WKAV wird die Anregung aufnehmen und analysieren, inwieweit in einzelnen Einrichtungen bereits vorgenommene Maßnahmen geeignet wären, auch in anderen Bereichen des WKAV eine Qualitätsverbesserung zu bewirken.

23. Wahrnehmung der Dienstaufsicht in den geriatrischen Einrichtungen des WKAV

Die Aufsichtspflicht in den Pflegeeinrichtungen des WKAV ergibt sich grundsätzlich aus dem Gesetz über das Dienstrecht der Beamten der Bundeshauptstadt Wien (Dienstordnung 1994 - DO 1994) bzw. dem Gesetz über das Dienstrecht der Vertragsbediensteten der Gemeinde Wien (Vertragsbedienstetenordnung 1995 - VBO 1995). In diesen Rechtsnormen ist geregelt, dass die Vorgesetzten auf eine gesetz- und zweckmäßige, wirtschaftliche und sparsame Besorgung der dienstlichen Aufgaben durch ihre Mitarbeiter zu achten haben. Weiters haben sie ihre Mitarbeiter dabei anzuleiten, erforderlichenfalls Weisungen zu erteilen und Fehler und Missstände abzustellen.

23.1 Wie bereits unter Pkt.1.3 des vorliegenden Berichtes dargestellt, regelt auch das GuKG Verantwortlichkeiten hinsichtlich bestimmter Aufsichtspflichten im Pflegebereich. Insbesondere sind von den dort genannten diesbezüglichen Bestimmungen einerseits die Leiter des Pflegedienstes und andererseits jene DGKP, unter deren Aufsicht pflegerische Maßnahmen von Pflegehelfern ausgeführt werden, betroffen.

23.2 Zur Konkretisierung dieser allgemein gehaltenen Anweisungen wurden vom WKAV - u.a. speziell auf die Erfordernisse im Pflegebereich abgestimmte - konkrete Dienstvorschriften erlassen, die auch die Aufsichtspflichten einschließlich der damit verbundenen Rechte für die einzelnen Hierarchiestufen normieren.

Die aus dem Jahr 1977 stammenden und zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes nach wie vor gültigen "Dienstvorschriften für das Pflegepersonal der Wiener städtischen Krankenanstalten" (MA 17 - 61/77/P) nennen als Vorgesetzte des ihnen unterstellten Pflegepersonals die Oberinnen des Pflegedienstes, die ihrerseits, sofern sie diese Funktion nicht selbst ausüben, den Leitern (Direktoren) des Pflegedienstes der Anstalt unterstellt sind. Ihnen sind zur Durchführung ihrer Aufgaben so genannte Pflegeaufsichtspersonen, nämlich die Oberschwester und die Stationschwester beigegeben. Diese können periodisch und zu verschiedenen Zeiten die Abteilungen bzw. Stationen aufsuchen und sich von der klaglosen Betreuung der Patienten überzeugen. Dabei festgestellte Mängel haben sie abzustellen, wobei sie im Fall von Übertretungen der Dienstvorschriften Ermahnungen aussprechen können. Bei gröberen Verstößen

haben sie darüber dem jeweiligen Leiter des Pflegedienstes zu berichten und auch auf jene Pflegepersonen aufmerksam zu machen, die nach ihrer eigenen Wahrnehmung minderqualifiziert oder für eine Weiterverwendung nicht mehr geeignet erscheinen.

Die Oberschwester üben über das der Abteilung zugeteilte Pflegepersonal die Dienstaufsicht aus und überwachen mit Unterstützung der Stationsschwester dessen Leistungen. Wichtige Vorkommnisse und Wahrnehmungen sind von ihnen in einem so genannten Rapportbuch festzuhalten.

Auf den Stationen haben die Stationsschwester das Pflegepersonal und die Durchführung der angeordneten pflegerischen Arbeiten zu überwachen und festgestellte Mängel sofort abzustellen.

23.3 Weiters sind die Aufsichtspflichten in den so genannten, von den Mitarbeitern jeweils unterfertigten, Anforderungsprofilen/Stellenbeschreibungen festgelegt.

Für die Direktoren des Pflegedienstes, die ihrerseits der Aufsicht des Direktors der TU 1 unterliegen, der diese Aufgabe der Leiterin der Abteilung für Organisation und Qualitätsmanagement delegieren kann, sind dies z.B. die Umsetzungskontrolle hausbezogen vorgegebener Richtlinien und Pflegeziele, die Erfolgskontrolle von verbindlichen Rahmenbedingungen und Pflegekonzepten, die stichprobenartige Kontrolle bzw. Überwachung der Pflege- und Betreuungsqualität und der Einhaltung der Richtlinien für die Pflegedokumentation sowie die Durchführung von Pflegevisiten.

Den Oberschwester obliegt lt. den Stellenbeschreibungen die Überwachung und Kontrolle der Pflege- und Betreuungsqualität anhand definierter Qualitätskriterien, die Überwachung und Überprüfung der Pflegedokumentation und die Durchführung von Pflegevisiten.

Neben den auch in den Stellenbeschreibungen der Oberschwester genannten und zuvor zitierten Aufgaben haben die Stationsschwester auch Kontrollaufgaben hinsichtlich der Umsetzung der vorgegebenen Pflegesysteme und Rahmenstandards.

Die DGKP haben im Zuge der Überwachung des "Hilfspersonals" die Durchführungskontrolle bei delegierten Pflegeinterventionen. Diese erstreckt sich auch auf neue Mitarbeiter, Schüler und Auszubildende.

Darüber hinaus ist den Stellenbeschreibungen zu entnehmen, dass seitens der Pflegedirektionen, gegebenenfalls unter Mitwirkung der Oberschwester, z.B. Pflegequalitätskriterien oder Richtlinien für die Pflegedokumentation, die über so genannte Rahmenstandards hinausgehen, verbindlich festzulegen sind.

Von einigen Geriatriezentren wurden bis Herbst 2003 derartige Richtlinien, z.B. für die Durchführung von Pflegevisiten erlassen.

24. Beschwerdemanagement

Zielsetzung eines effizienten Beschwerdemanagements ist es, systematisch Schwachstellen in einer Organisation zu erkennen, um einerseits auf konkrete einzelfallbezogene Problemstellungen möglichst rasch reagieren zu können und andererseits aber auch grundsätzliche Systemmängel zu erfassen, damit diese seitens der Leitung des Unternehmens erkannt und behoben werden können.

Beschwerden über geriatrische Einrichtungen können seitens der Bevölkerung u.a. an den Bürgermeister, die Magistratsdirektion, die amtsführende Stadträtin für Gesundheits- und Spitalswesen, die Wiener Patientenadvokatur, die Magistratsabteilung 47, die Generaldirektion des WKAV, die Direktion der TU 1 sowie seit 1. Oktober 2003 auch an den "Pflegeheim-Ombudsmann" gerichtet werden.

24.1 Bezüglich des WKAV ist in der Geschäftseinteilung für die Direktion der TU 1 im Rahmen der Abteilung "Organisation und Qualitätsmanagement" als eine der Aufgaben das Reklamationsmanagement, welches die Gesamtkoordination von Beschwerden, Interventionen und unspezifischen Anfragen sowie die Informationsbeschaffung und Berichterstattung umfasst, angeführt. Beschwerden, die im Wege der Generaldirektion in der TU 1 einlangten oder die unmittelbar an den Direktor der angeführten Teilunternehmung gerichtet waren, wurden dieser Abteilung zur Bearbeitung zugewiesen. Wenn

allerdings Beschwerden direkt in den Anstalten einlangten, war nicht sichergestellt, dass die Abteilung "Organisation und Qualitätsmanagement" damit befasst wurde.

24.2 In der Heimordnung für die Pflegeheime der Stadt Wien war vorgesehen, dass Beschwerden an die Leitung (Direktion) des Pflegeheimes zu richten sind. In den unter Pkt. 2 dieses Berichtes angeführten, neu gestalteten Heimordnungen für die in Niederösterreich gelegenen Anstalten des WKAV ist unter dem Pkt. 4 "Verwaltungsdirektion" angeführt, dass Fragen, Wünsche oder Beschwerden an den Verwaltungsdirektor oder sonstige Mitarbeiter des Hauses zu richten seien. In den in diesen Einrichtungen bereits in Verwendung stehenden Heimverträgen ist als eines der Rechte der Heimbewohner die rasche, objektive und angemessene Bearbeitung von Beschwerden angeführt. Schließlich wird unter dem Pkt. "Beschwerden und Gerichtsstand" ausgeführt, dass man besondere Vorkommnisse, schwer wiegende Mängel und Abweichungen von den vereinbarten Leistungen an den Heimleiter oder Träger des Heimes melden oder seine Beschwerde an die Abteilung Sanitäts- und Krankenanstaltenrecht des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung als Aufsichtsbehörde oder an den Niederösterreichischen Patienten- und Pflegeanwalt und/oder den Wiener Patientenanwalt richten könne.

24.3 Im vorliegenden Entwurf zum WHG ist das Recht der Heimbewohner auf jederzeitige Kontaktaufnahme mit einer in jedem Heim einzurichtenden Heimbewohnerservicestelle und der Wiener Patientenanwaltschaft und darüber hinaus das Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden bei der Heimbewohnerservicestelle durch den Heimbewohner selbst oder eine Vertrauensperson vorgesehen. Über die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit der Wiener Patientenanwaltschaft sind die Heimbewohner und die Vertrauenspersonen vom Heimträger nachweislich schriftlich zu informieren, ebenso über die Heimbewohnerservicestelle und deren Aufgaben. Um die Mitwirkung der Heimbewohner bei allen Angelegenheiten, welche ihre Rechte und Interessen betreffen, zu gewährleisten, hätte der Heimträger gemäß diesem Entwurf künftig sicherzustellen, dass in geheimer Wahl für jeweils 20 Heimbewohner ein Heimbewohnervertreter aus dem Kreis der Heimbewohner bestellt wird. Ferner wären künftig in

den Pflegeheimen regelmäßige Sprechtage durch die Wiener Patienten-anwaltschaft vorzusehen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Mit In-Kraft-Treten des WHG wird sichergestellt, dass Heimbewohnervertreter in geforderter Zahl gewählt werden.

24.4 Hinsichtlich des bestehenden Beschwerdemanagements in den einzelnen Pflegeeinrichtungen des WKAV war grundsätzlich zu bemerken, dass keine zentralen Vorgaben seitens des WKAV bestanden und somit jedes Haus mit Beschwerden individuell umging. Innerhalb der Häuser gab es in der Regel keine "Beschwerdestellen", sondern es wurden in Einzelfällen intern Personen für Beschwerden zuständig erklärt. Anliegen wurden - wenn sie unmittelbar dort deponiert worden waren - je nach Haus entweder von der betroffenen Station oder von den jeweiligen Direktionen bzw. der Kollegialen Führung erledigt.

Im Zuge der Erhebungen durch das Kontrollamt hat die Generaldirektion des WKAV mitgeteilt, dass infolge der Ereignisse der letzten Wochen in Bezug auf das Beschwerdemanagement kurzfristige Ergänzungen in die Wege geleitet worden seien. So sei ein Frühwarnsystem im Entstehen, welches ein zielgenaues und vor allem auch rasches Reagieren ermöglichen werde.

Wie unter Pkt. 25 dieses Berichtes näher ausgeführt wird, wurde von der Generaldirektion als Sofortmaßnahme nach den Vorfällen im GZW u.a. eine Infohotline zur Entgegennahme von telefonischen Beschwerden geschaffen sowie für Patienten und Angehörige die Möglichkeit vorgesehen, unmittelbar Beschwerden bei der obersten Führungsebene in den jeweiligen Anstalten zu deponieren.

Im Zuge seiner unmittelbaren stichprobenweisen Einschautätigkeit musste das Kontrollamt jedoch feststellen, dass auf den Anschlagtafeln in den von ihm überprüften Stationen vielfach lediglich die Patienten-anwaltschaft, jedoch nicht die Beschwerde-

möglichkeiten in der jeweiligen Anstalt, die Infohotline sowie der neu geschaffene "Pflege-Ombudsmann" den Bewohnern, ihren Angehörigen bzw. den Sachwaltern zur Kenntnis gebracht worden waren.

24.5 Das Kontrollamt war der Ansicht, dass - selbst wenn eine zentrale Bearbeitung von Beschwerden auf Grund unterschiedlicher fachlicher Kompetenzen nicht zweckmäßig erscheint - es künftig Ziel des WKAV sein sollte, EDV-unterstützt eine zentrale "Beschwerdedatenbank" einzurichten, auf die die einzelnen Häuser, die Teilunternehmens- und die Generaldirektion zugreifen können. Eine zentral mit den Beschwerden befasste Stelle in der General- oder der Teilunternehmensdirektion sollte die Beschwerden und Anliegen von Bewohnern, Angehörigen und Sachwaltern sowie deren Erledigung erfassen und vor allem auch systematisch auswerten. Eine solche Vorgangsweise würde es künftig ermöglichen, bestimmte Schwachstellen und Verbesserungspotenziale rechtzeitig zu erkennen und damit die Voraussetzung schaffen, entsprechende Maßnahmen zielgerichtet in die Wege zu leiten.

Schließlich sollten die Bewohner, Angehörigen und Sachwalter verstärkt sowohl in den Heimordnungen, in den künftig abzuschließenden Heimverträgen aber auch mittels der auf den Stationen befindlichen Anschlagtafeln auf die einzelnen Beschwerdestellen sowie deren örtliche und zeitliche Erreichbarkeit hingewiesen werden.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Im Licht der aktuellen Ereignisse wird über das bereits installierte Beschwerdemanagement hinsichtlich der Vorfälle im GZW hinaus ein professionelles, zeitgemäßes und umfassendes Beschwerdemanagement einzurichten sein. Das generelle Ziel des Beschwerdemanagements liegt darin, die Kundenzufriedenheit zu verbessern oder wieder herzustellen, d.h. negative Auswirkungen auf die Unternehmung zu minimieren und die in Beschwerden enthaltenen Hinweise auf betriebliche Schwächen zu erkennen, um

diese für die Verbesserung im Behandlungsprozess der Bewohner und Patienten zu nützen und Doppelgleisigkeiten zu verhindern.

Die Rahmenbedingungen (Schulungen, Betriebsmittel, Ausstattung) und notwendigen Ressourcen sollen festgelegt werden, die Ansprechpartner und die Informationswege sollen klar definiert sein.

Es wird künftig eine Ansprechstelle für Beschwerden, welche dann auch die Gesamtkoordination wahrnimmt, geben. Das gesamte Prozedere der Beschwerdebearbeitung bis zur Übermittlung der Beantwortung wird begleitet werden.

Um daraus ein Frühwarnsystem entwickeln zu können, wird eine zentrale Statistik und Dokumentation aufgebaut werden.

Das Projekt wurde unter der Beratung durch den Dienstleistungsbetrieb Organisations- und Personalentwicklung noch 2003 gestartet. Erste Ergebnisse sind im Frühjahr 2004 zu erwarten.

Im Zuge der Implementierung des Beschwerdemanagements in den einzelnen Institutionen des WKAV ist vorgesehen, die Mitarbeiter darüber umfassend zu informieren. Das Beschwerdemanagement und die Ansprechpersonen in den Häusern werden mit Aushang bekannt gemacht werden. Somit erscheint die Information für die Patienten, die Angehörigen und die Mitarbeiter sichergestellt.

25. Sofortmaßnahmen des WKAV nach einer Überprüfung durch die behördliche Aufsicht im GZW

Nachdem auf Grund einer Beschwerde des Sachwalters eines Bewohners im GZW eine unangekündigte Prüfung seitens der behördlichen Aufsicht durch die Magis-

tratsabteilung 47 erfolgt war und in deren Verlauf eine Reihe von Missständen zu Tage traten, ordnete der Generaldirektor des WKAV

- den Einsatz der Internen Revision,
- die Stärkung interner Kontrollmaßnahmen,
- die Bildung einer Kommission zur Überprüfung der Wahrnehmung der Aufsichtspflichten sowie
- Maßnahmen im Zusammenhang mit der Einrichtung eines Beschwerdemanagements

an.

25.1 Ab 4. September 2003 erfolgten durch die Interne Revision des WKAV stichprobenweise Überprüfungen einzelner Pflegestationen in diversen Geriatriezentren, wobei bis zum 25. September 2003 insgesamt 20 Stationen überprüft worden waren. Die Prüfungshandlungen wurden jeweils von zwei Bediensteten im Regelfall zu Zeiten, in welchen noch der Tagdienst auf den Stationen präsent war, durchgeführt. Lediglich in zwei Stationen des GZB fanden die gegenständlichen Prüfungshandlungen in den Abendstunden in der Zeit von 18.00 Uhr bis 22.45 Uhr statt.

25.1.1 Prüfungsgegenstände der Internen Revision des WKAV waren

- der Pflegezustand der Bewohner,
- die Reaktivierung, Mobilisierung und Lagerung,
- die Wahrung der Intimsphäre,
- die Versorgung der Bewohner mit Essen, Trinken sowie mit Medikamenten und
- die pflegerischen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Ausscheidung.

Darüber hinaus wurden die Patientendokumentation, die Funktionsfähigkeit der Rufanlagen sowie der Gesamteindruck der Stationen einer Beurteilung unterzogen.

In den Berichten der Internen Revision an den Generaldirektor erfolgte jeweils eine Be-

schreibung der vorgefundenen Gegebenheiten, wobei in den überprüften Stationen Mängel unterschiedlichster Art zu Tage traten.

Im Einzelnen wurden unterschiedlichste Pflegemängel auf einzelnen Stationen (z.B. fehlende Dekubitusprophylaxe, mangelnde Mund- bzw. Hautpflege), die Sauberkeit auf der Station, die Führung der Pflege- sowie der medizinischen Dokumentation beanstandet. In drei Fällen wurde bemängelt, dass die Rufanlagen von Bewohnern nicht betriebsbereit bzw. für diese nicht erreichbar waren. Ebenso wurde in Einzelfällen eine Fixierung von Bewohnern im Rollstuhl festgestellt, ohne dass eine Anordnung durch einen Arzt vorgelegen war.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

In der Zeit vom 4. September 2003 bis 21. November 2003 wurden 31 Stationen überprüft, wobei in zehn Fällen Prüfungshandlungen nach 18.00 Uhr stattfanden.

Es ist unbestritten, dass in wenigen Einzelfällen Mängel aufgetreten sind, allgemein kann aber gesagt werden, dass ein gutes Bild der pflegerischen Betreuung zu verzeichnen war und sich im Wesentlichen wie folgt darstellte:

Die Bewohner befanden sich unter Berücksichtigung der Tageszeit überwiegend außerhalb ihrer Betten bzw. ihrer Zimmer. Manche saßen im Rollstuhl bei ihrem Bett, beim Tisch im Zimmer oder in den Aufenthaltsbereichen. Die im Bett befindlichen Bewohner waren ordnungsgemäß gelagert und machten einen gut versorgten Eindruck.

Im Hinblick auf die Körperpflege vermittelten die Bewohner einen sauberen und gepflegten Eindruck. Die Körperpflege wurde bei mehr als 200 Bewohnern unmittelbar an besonders exponierten

Stellen, wie Nabel, Leistenbeuge, Hand- und Fußhygiene, Bauchfalte, Ohren und Brustbereich direkt am Bewohner begutachtet. Die für die Körperpflege erforderlichen Utensilien standen bereit.

Bei den beobachteten Pflegehandlungen wurde auf die Intimsphäre immer Rücksicht genommen.

Den Patienten wurde ausreichend Flüssigkeit angeboten bzw. war ersichtlich, dass die bereitgestellten Getränke und Nahrung bei Bewohnern, die nicht dazu in der Lage waren, diese selbstständig aufzunehmen, vom Pflegepersonal verabreicht wurden. Die Bewohner wirkten optisch weder unterernährt noch ausgetrocknet. Falls angeordnet, lagen Flüssigkeitsbilanzen weitgehendst ordnungsgemäß auf.

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Alters- und Baustruktur vermittelten die Stationen durchwegs einen optisch sauberen und wohnlichen Eindruck. Bei vier Stationen konnte dieses Urteil nicht zur Gänze bestätigt werden.

Die Reaktionszeit des Personals war generell unverzüglich. Die Rufanlagen waren technisch in Ordnung. Alle Glocken waren angesteckt und in Reichweite angebracht. Lediglich in zwei Fällen musste die Funktionsfähigkeit beanstandet werden.

Der größte Problembereich war bei der Dokumentation festzustellen und entsprach den Ausführungen des Kontrollamtberichtes unter Punkt 26.4.6.

25.1.2 Weitere unangekündigte Überprüfungen durch die Interne Revision des WKAV erfolgten im November 2003 als Konsequenz von stichprobenweisen Einschauen des

Kontrollamtes in den Anstalten, die Mängel aufzeigten. Bei diesen Prüfungen der Internen Revision wurden neuerlich mehrere Pflegemängel festgestellt.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Bei den stichprobenartigen Nachprüfungen der Internen Revision des WKAV infolge von Einschauen des Kontrollamtes wurde festgestellt, dass erkannte Pflegemängel offensichtlich sofort behoben worden waren. Allerdings wurden in einem Fall der Stationsbetrieb und die Hygiene infolge nicht koordinierter Umbauarbeiten im unzulässigen Ausmaß beeinträchtigt.

Wie einem Schreiben des Generaldirektors des WKAV vom 17. November 2003 an die amtsführende Stadträtin für Gesundheits- und Spitalswesen zu entnehmen war, habe der WKAV u.a. Vorerhebungen zur Prüfung der Wahrnehmung der disziplinären Verantwortung vorgenommen, die an die Magistratsabteilung 2 - Zentrales Mitarbeiter/innenservice für Dienstrecht und Besoldung als zuständige Behörde weitergeleitet werden würden.

25.2 Zur künftigen Sicherstellung einer hohen Betreuungsqualität wurde von der Generaldirektion des WKAV ein "Periodisches Kontrollberichtswesen" (KBW) für die flächendeckende Aufsicht über die Patientenbetreuung angeordnet. Ziel dieser Maßnahme sollte die "Intensivierung der Wahrnehmung der Aufsichtspflicht" bei gleichzeitiger "Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Häuser" sein. Auftretende Mängel in der Aufsicht und damit in der Patientenbetreuung sollten zeitnäher erkannt und behoben werden. Im Einzelnen war von der Generaldirektion eine in unterschiedlichen zeitlichen Intervallen abgestufte Berichterstattung der jeweiligen Pflege- und ärztlichen Verantwortlichen der Station an jene der Abteilung, von diesen an jene der Anstalt, sowie von diesen weiter an die Teilunternehmensdirektion und von der Letztgenannten schließlich an die Generaldirektion vorgesehen. Mittels dieser Berichte sollte eine Bestätigung der Wahrnehmung der Aufsichtspflichten erfolgen und darüber hinaus allenfalls erkannte Auffälligkeiten weitergeleitet werden.

Die Direktoren der Teilunternehmungen wurden vom Generaldirektor des WKAV am 6. Oktober 2003 angewiesen, das KBW in ihrem Bereich zu implementieren und die ersten inhaltlichen Berichte bis 31. Dezember 2003 vorzulegen. Wie dazu einem Schreiben des Direktors der TU 1 vom 16. Oktober 2003 zu entnehmen war, beabsichtigte dieser, die Implementierung des KBW im Rahmen der Zielvereinbarungsverhandlungen mit den betroffenen Anstalten in einem persönlichen Gespräch "anzudiskutieren". Er ersuchte daher in dem gegenständlichen Schreiben den Generaldirektor um Verständnis, dass er den ersten inhaltlichen Bericht erst zu einem späteren Zeitpunkt nachreichen könne.

Wie das Kontrollamt in Erfahrung brachte, wurde im Rahmen der Zielvereinbarungsgespräche 2004 der Direktion der TU 1 mit den Anstalten das oben angeführte KBW vorgestellt.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Im Rahmen der Zielvereinbarungsgespräche für das Jahr 2004 hat der Direktor der TU 1 das periodische Kontrollberichtswesen den Kollegialen Führungen der Anstalten (Geriatrizentren und Sozialmedizinische Zentren) vorgestellt und in die Vereinbarungen aufgenommen. Die diesbezüglichen Unterlagen wurden mit den Protokollen bereits versandt.

Durch dieses System ist eine lückenlose Aufzeichnung der Kontrollen gegeben. Inzwischen wurde offenkundig, dass manche Bedienstete sich durch das Kontrollberichtswesen verunsichert fühlen. Daher wurde bereits entschieden, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die eine Vereinheitlichung der Kontrollen in Form einer Checkliste erarbeiten wird. Die Ergebnisse werden in Veranstaltungen präsentiert werden, damit einerseits den Mitarbeitern eine von ihnen als ausreichend empfundene Hilfestellung gegeben und andererseits der wichtigen Führungsaufgabe, Aufsicht zu

üben, nachgekommen wird. Bis dahin ist die Implementierung ausgesetzt.

25.3 Des Weiteren wurde zur Überprüfung der bisherigen und der angestrebten Aufsichtspflicht und zur Feststellung gegebenenfalls einzuleitender personalrechtlicher und organisatorischer Maßnahmen eine Kommission eingerichtet.

Hinsichtlich der von der Generaldirektion beabsichtigten Einrichtung eines Beschwerdemanagements mit mehreren erfahrenen Experten sowie der Schaffung einer Infohotline zur Entgegennahme von telefonischen Beschwerden wird auf die Ausführungen unter Pkt. 24.4 dieses Berichtes verwiesen.

Zuletzt war der Kontakt mit der Patientenanwaltschaft verstärkt und die Öffentlichkeitsarbeit intensiviert worden.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund:

Seitens des WKAV wurde der Kontakt mit der Patientenanwaltschaft intensiviert. Des Weiteren wurden mit der Stelle des "Pflege-Ombudsmannes" Jour fixe-Termine eingeführt, wobei allfällige Anregungen, Beschwerden etc. besprochen werden, sodass allfällige Kritikpunkte und Wünsche ehestmöglich diskutiert bzw. weitergeleitet und umgesetzt werden können.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit wurde in den letzten Monaten - wie auch das Kontrollamt festgestellt hat - eine Vielzahl an Aktivitäten gesetzt. Künftig geplante wesentliche Schritte sollen sein:

- Eine Kampagne "Ehrenamtliche Mitarbeiter im Wiener Krankenanstaltenverbund" mit Medienbegleitung (Start März 2004),

- die Pflegekampagne zur Anwerbung von Pflegepersonal mit der Zielgruppe Schüler bzw. in weiterer Folge Wiedereinsteiger (Start April 2004),
- verstärkte Schaltung von Anzeigen für die Anwerbung von Schülern und Wiedereinsteigern (Neues Layout)
- Ausschreibung für Aufschulungskurse für Abteilungshelfer zum Pflegehelfer (drei Kurse für insgesamt 100 Teilnehmer, Beginn des ersten Kurses 12. Jänner 2004, des zweiten Kurses 16. Februar 2004 und des dritten Kurses 1. März 2004).

26. Feststellungen des Kontrollamtes auf Grund unangekündigter Überprüfungen in einzelnen Stationen

Das Kontrollamt hat in allen Geriatriezentren im Zeitraum vom 31. Oktober bis 28. November 2003 gemeinsam mit einer von ihm beigezogenen allgemein gerichtlich beeideten Sachverständigen für Krankenpflege unangekündigt Einsichten vorgenommen. Diese erfolgten auf 13 Stationen in elf geriatrischen Einrichtungen des WKAV und wurden - um u.a. den Zeitpunkt der Ausgabe des Abendessens, der Dienstübergabe sowie der üblichen Schlafenszeit festzustellen - in den späten Nachmittags- bzw. Abend- und Nachtstunden vorgenommen. Daneben verschaffte sich das Kontrollamt auch einen Eindruck über die räumlichen und personellen Gegebenheiten, die Bewohnerstruktur sowie administrative und organisatorische Abläufe, seitens der allgemein beeideten gerichtlichen Sachverständigen für Krankenpflege erfolgte eine Beurteilung der Pflegequalität.

26.1 Die Ausgabe des Abendessens begann in den einzelnen Heimen im Zeitraum zwischen 16.30 Uhr und 17.30 Uhr. In diesem Zusammenhang wurde auf die unter Pkt. 26.4.5 gegebenen Ausführungen hinsichtlich der Problematik einer länger andauernden Nahrungskarenz verwiesen, wobei jedoch auch nicht unerwähnt bleiben soll, dass in einem Geriatriezentrum lt. Auskunft der do. Pflegedirektion auf Wunsch einer überwiegenden Zahl an Bewohnern die vorgesehene Ausgabezeit des Abendessens von 17.30 Uhr auf 17.15 Uhr vorverlegt worden war.

Während auf einigen der besuchten Stationen bereits beim Eintreffen des Kontrollamtes nur mehr eine geringe Zahl an Bewohnern außerhalb ihrer Zimmer bzw. Betten anzutreffen war, konnte in anderen Einrichtungen beobachtet werden, dass sich - mit Ausnahme der bettlägerigen Pfleglinge - alle Bewohner in Privatkleidung in den Aufenthaltsbereichen aufhielten.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Problematik der längeren Nahrungskarenz durch die Ausgabe des Abendessens zwischen 16.30 Uhr und 17.30 Uhr ist bekannt, wobei jedoch Patienten auch äußern, so spät am Abend keine Nahrung zu sich nehmen zu wollen. Trotzdem ist beabsichtigt, im Rahmen einer Direktorenkonferenz (nochmals) festzuhalten, dass das Dienst habende Pflegepersonal vermehrt darauf zu achten hat, bei Bedarf eine Spätmahlzeit anzubieten.

Weiters wird in Zukunft noch mehr das Augenmerk auf die individuellen Lebensgewohnheiten der Patienten gelenkt und den Patienten die Möglichkeit gegeben werden, die Ruhezeiten nach ihren Bedürfnissen zu gestalten.

26.2 Zur räumlichen Ausstattung war festzuhalten, dass über 53 % der Bewohner in Zimmern mit mehr als vier Betten untergebracht waren.

26.2.1 Eine hohe Zahl an Betten pro Zimmer bedeutet in jedem Fall einen Mangel an Intimsphäre, der nur in wenigen Fällen durch die Möglichkeit der Anbringung von Vorhängen bzw. Aufstellung von Paravents gemildert wurde. Das Kontrollamt verkannte jedoch nicht, dass in vielen Fällen derartige Maßnahmen auch von den Pfleglingen abgelehnt wurden.

Unabhängig von der Zahl der aufgestellten Betten wurden in einigen Einrichtungen sehr beengte Platzverhältnisse vorgefunden, wodurch sowohl die Zugänglichkeit der Betten

für die vielfach bewegungseingeschränkten Bewohner als auch die Durchführung von Pflegehandlungen behindert wurden. Dies führte im Extremfall dazu, dass in einer Einrichtung zum Öffnen von Kastentüren die Betten verschoben werden mussten. In einer Station war auch noch eine größere Anzahl an nicht höhenverstellbaren Betten vorhanden, was zu einer vermeidbaren zusätzlichen Belastung des Pflegepersonals führte.

Mit wenigen Ausnahmen herrschte ein eklatanter Mangel an Abstellräumen, weshalb in Badezimmern, Aufenthaltsräumen und Gängen z.B. Pflege- und Reinigungsutensilien sowie Rollstühle abgestellt waren.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Es entspricht den Tatsachen, dass auf sehr vielen Stationen durch die baulichen Strukturen eklatanter Platzmangel herrscht und die in zunehmendem Maße benötigten und vorhandenen Hilfsmittel nicht adäquat untergebracht werden können. Durch den Abbau der Acht- und Siebenbettzimmer wird diese Situation entschärft, da die Hilfsmittel, wie Rollatoren, Rollstühle und Gehhilfen besser beim Patienten direkt untergebracht werden können.

Schon in der Vergangenheit wurden bei Generalsanierungen genügend Abstellflächen für Hilfsmittel eingeplant sowie auch bei Stationsadaptierungen nach Maßgabe der Möglichkeiten darauf Rücksicht genommen. Diese Vorgangsweise wird bei künftigen Sanierungsmaßnahmen weiter fortgesetzt werden.

26.2.2 Unmittelbar den Zimmern zugeordnete Sanitäreinheiten waren im Zuge der Einschau nur in den drei neuesten Geriatriezentren sowie in einer umgebauten Station einer älteren Einrichtung vorgefunden worden. Teilweise waren für die Bewohner weite Wegstrecken zum Aufsuchen dieser Einrichtungen zurückzulegen, was z.B. auch manche Maßnahmen der Inkontinenzprophylaxe erschwerte bzw. unmöglich machte. Wenig zweckmäßig erschienen dem Kontrollamt jene im Laufe der vergangenen zehn

Jahre stattgefundenen Stations- bzw. Pavillonumbauten, die keine Standardverbesserungen in dieser Richtung mit sich brachten. Dem Kontrollamt wurde in diesem Zusammenhang von den betreffenden Anstalten mitgeteilt, dass entsprechende Planungen von der Generaldirektion mit der Begründung, dass dies eine unvertretbare Bettenreduktion mit sich brächte, nicht genehmigt worden seien.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Vor In-Kraft-Treten des Planungshandbuches des WKAV wurden Stationssanierungen im Bereich der Geriatrie unter Bedachtnahme eines möglichst geringen Bettenverlustes durchgeführt. Dies hat auf Grund der vorhandenen Raumkapazitäten dazu geführt, dass weniger Sanitäreinheiten errichtet werden konnten.

In einer Einrichtung fanden zum Zeitpunkt der Einschau Sanierungsarbeiten an den bestehenden Gemeinschaftstoiletten statt, die ebenfalls zu keiner Standardanhebung führen werden. Überdies hatten diese Arbeiten zur Folge, dass die Bewohner während der Bauphase die Sanitäranlagen einer Nachbarstation benützen mussten, was mit unzumutbar langen Wegstrecken für Bewohner und Personal - im Ausmaß von bis zu rd. 80 m - zwischen den Sanitäranlagen und den von diesen am weitesten entfernten Zimmern verbunden war. Die Durchführung dieser Baumaßnahmen erfolgte entgegen einer Dienstanweisung der Generaldirektion des WKAV, die die Belegung von Stationen, auf denen Baumaßnahmen durchgeführt werden, ausdrücklich untersagt, und führte neben den o.a. Unannehmlichkeiten durch Staubentwicklung auch zu Hygieneproblemen in Bezug auf die Einrichtungsgegenstände, die Einmalartikel, das Geschirr etc.

Insgesamt war jedoch die Sauberkeit der Sanitäreinrichtungen bzw. der gesamten Pflegestationen - bis auf zwei Ausnahmen - grundsätzlich als gut bis sehr gut zu beurteilen. Dessen ungeachtet wurde in einem Geriatriezentrum in einigen Sanitärbereichen einer Station in den Randfugen des Bodens Schimmelbefall festgestellt. Auch die Dokumentation der Reinigung der Sanitärbereiche war nicht überall lückenlos.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Der Anregung des Kontrollamts nachkommend, werden die Häuser angewiesen werden, der Sauberkeit der Sanitäreinrichtungen und der Dokumentation der Reinigung größeres Augenmerk zu schenken.

26.2.3 Tag- bzw. Aufenthaltsräume waren in unterschiedlicher Zahl und Größe vorhanden. In drei Einrichtungen waren ausschließlich Gänge als Aufenthaltsbereiche gestaltet worden, was dem Kontrollamt in einer der geprüften Stationen auf Grund der äußerst beengten Platzverhältnisse als problematisch erschien. In einer weiteren Einrichtung waren drei Bewohner wegen Umbauarbeiten vorübergehend im Tagraum untergebracht, der jedoch auf Grund der Größe und Ausstattung für diesen Zweck ungeeignet erschien. Zwischenzeitlich war ein Teil des Ganges mit Tischen und Sesseln als Aufenthaltsbereich gestaltet worden, mangels entsprechender Infrastruktur konnte jedoch z.B. das Fernsehgerät nicht in Betrieb genommen werden.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Hinsichtlich der vorübergehenden Unterbringung von drei Bewohnern im Tagraum ist auf den Bericht der Internen Revision des WKAV zu verweisen, aus dem eine sofortige Reaktion auf die festgestellten Mängel erkennbar ist und nach Maßgabe der strukturellen Möglichkeiten das Bestmögliche veranlasst wurde.

Die auf Grund von Umbauarbeiten in einem Tagraum unterbrachten Patienten sind bereits wieder in ihr Zimmer übersiedelt.

26.2.4 Insgesamt hinterließ rd. die Hälfte der geprüften Einrichtungen trotz der manchmal ungünstigen baulichen Situation beim Kontrollamt auf Grund von vielfach auf Eigeninitiative des Pflegepersonals erfolgten Dekorationsmaßnahmen, wie z.B. Blumen, Bilder etc. einen wohnlichen Eindruck. In einigen anderen Stationen lief der bereits

erwähnte Mangel an Abstellräumen und das durch diesen Umstand bedingte Abstellen von diversen Gegenständen in den Gang- und Aufenthaltsbereichen derartigen Bemühungen zuwider.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Tag- und Aufenthaltsräume sind in den Geriatriezentren in sehr unterschiedlicher Anzahl und Größe vorhanden, wobei zum Teil bei baulichen Defiziten mit Hilfe der Kreativität und Eigeninitiative von Pflegepersonen versucht wurde, den Stationen einen wohnlichen Charakter zu geben.

In der Vergangenheit ist es auch immer wieder gelungen, durch Bettenabbau ein Zimmer in einen Aufenthaltsraum umgestalten zu können. Bei Sanierungs- und Umbauarbeiten wird unter Bedachtnahme auf die vorhandenen Ressourcen und möglichen finanziellen Mittel auf den Wohncharakter einer Station sehr großes Augenmerk gelegt, die Tagräume werden mehr als Wohnzimmer gestaltet werden.

26.2.5 Stichprobenweise wurde vom Kontrollamt auch die Funktionsfähigkeit und Erreichbarkeit der Schwesternrufanlagen geprüft, wobei diese in einem Geriatriezentrum teilweise so aufgehängt waren, dass sie für einige Bewohner nicht erreichbar waren bzw. in einem Fall war die Rufanlage entfernt worden. In einer weiteren Einrichtung war die Erreichbarkeit der Schwesternrufanlage ebenfalls nicht lückenlos gegeben, es wurde jedoch erklärt, dass der Nachtdienst angewiesen sei, dies regelmäßig zu kontrollieren und gegebenenfalls zu korrigieren.

In einer Station war ein Bewohner in einem rundum mittels eines Netzes abgeschlossenen Bett (psychiatrisches Intensivbett) untergebracht, was nach Ansicht des Kontrollamtes - wie auch unter Pkt. 22.1 näher ausgeführt - noch einer rechtlichen Klärung bedurfte.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Auf die ausreichende Erreichbarkeit der Rufanlagen wird seither vermehrt geachtet. Medizinisch indizierte Extremfälle (z.B. Strangulierungsgefahr) müssen dokumentiert werden.

Zur Situation, dass in einer Station ein Bewohner in einem rundum mittels eines Netzes abgeschlossenen Bett (psychiatrisches Intensivbett) untergebracht war, was nach der Ansicht des Kontrollamtes noch einer rechtlichen Klärung bedarf, wird festgehalten, dass sich einerseits der Patient in der Vergangenheit bei der Unterbringung in einem normalen Pflegebett nachweislich schwerste Verletzungen zugezogen hatte, andererseits die Gattin des Patienten, welche auch die Sachwalterin ist, ausdrücklich in ihrer Besorgnis um die Gesundheit des Patienten das psychiatrische Intensivbett als geringst mögliches Mittel für die Gewährleistung der Sicherheit des Patienten gefordert hatte und auch eine schriftliche Anordnung des Stationsarztes vorhanden war.

Festgehalten wird zu diesem Thema, dass das Unterbringungsgesetz in einem Pflegeheim oder Geriatriezentrum derzeit nicht zur Anwendung kommt. Somit wurde nach dem aktuellen Wissensstand gehandelt. Zukünftige Regelungen werden nach der aktuellen Rechtslage sofort getroffen werden.

26.3 Vom Kontrollamt wurde auch festgestellt, dass das unter Pkt. 11.4 beschriebene durchschnittliche Verhältnis von DGKP zu Pflegehelfern sich nicht auf allen Stationen widerspiegelte, wobei sich in zwei Fällen zeigte, dass es sich lediglich bei weniger als einem Drittel der dort eingesetzten Pflegepersonen um diplomiertes Personal handelte.

Die Dienstübergaben fanden in allen Einrichtungen in der Regel ca. um 19.00 Uhr statt und dauerten zwischen einer viertel und einer halben Stunde. Dabei fielen unter-

schiedliche Vorgangsweisen, nämlich die Besprechung von nur einzelnen Bewohnern, bei denen sich Änderungen bei der Medikation etc. ergeben hatten, bis hin zur Abgabe eines Kommentars durch die übergebende Pflegeperson anhand der Patientendokumentation zu jedem Bewohner auf. Auch wurden diese Informationen in auffällig unterschiedlicher Intensität von den den Nachtdienst antretenden Pflegepersonen schriftlich festgehalten.

Auf Befragen wurden dem Kontrollamt - mit einer Ausnahme - Vorgangsweisen bezüglich der Art und Häufigkeit von Pflegevisiten mitgeteilt, die zumindest den Vorgaben der Rahmenstandards der Generaldirektion des WKAV entsprachen. Die genannten Rahmenstandards sollen sicherstellen, dass jeder Bewohner zumindest einmal pro Quartal einer Pflegevisite durch eine leitende Pflegeperson (Stationsschwester oder deren Vertretung bzw. Oberschwester) unterzogen wird. In einem Fall konnte dennoch in den von der Pflegesachverständigen stichprobenweise überprüften Pflegedokumentationen im genannten Zeitraum keine diesbezüglichen Eintragungen vorgefunden werden. In drei weiteren Fällen waren diese Visiten nicht nachvollziehbar bzw. nicht mit dem Status kompatibel. Von einigen Geriatriezentren wurden Regelungen erarbeitet, welche die Vorgangsweise bei den Pflegevisiten näher beschreiben und z.B. auch entsprechende Formulare oder Checklisten beinhalten. In diesem Zusammenhang wird auf die Feststellungen des Kontrollamtes unter Pkt. 22.4 verwiesen.

26.4 Die vom Kontrollamt beigezogene allgemein gerichtlich beeidete Sachverständige stellte zur vorgefundenen Situation in den stichprobenweise überprüften Pflegestationen grundsätzlich fest, dass die Qualität der Pflege nicht von den vorherrschenden baulichen Gegebenheiten getrennt gesehen werden konnte.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Auch der WKAV ist der Ansicht, dass die Qualität der Pflege nicht von den vorherrschenden baulichen Gegebenheiten getrennt gesehen werden kann.

26.4.1 Während neuere Geriatriezentren schon auf Grund der modernen Infrastruktur der Umsetzung der Pflegestandards entgegenkamen und die praktische Pflegearbeit sehr unterstützten und erleichterten, konnte infolge baulicher Strukturmängel in Häusern älterer Bauart (wie z.B. keine Nebenräume, zu wenig und zu weit entfernte Sanitär-räumlichkeiten, zu viele Betten in einem Zimmer, keine Lagerräume, keine Aufenthalts-räume für die Bewohner) die angestrebte Pflegequalität trotz großer Bemühungen des Pflegepersonals oft nicht oder nur sehr eingeschränkt erzielt werden.

So war es in Häusern mit veralteten Baustrukturen in den sowohl mit bis zu acht Betten als auch mit Behelfsmaterialien aller Art vollgestellten Zimmern naturgemäß nicht möglich, die Intimsphäre der einzelnen Bewohner zu wahren. Durch den Platzmangel war das Pflegepersonal gezwungen, bei vielen Pflegehandlungen Betten zur Seite zu schieben, was pflegerischen Mehraufwand genauso wie zusätzliche gesundheitliche Belastung für das Personal im Bereich der Gelenke und der Wirbelsäule zur Folge hatte. In einigen der überprüften Stationen wurde von der Sachverständigen festgestellt, dass die Einrichtungsgegenstände, wie Tische, Nachtkästchen usw. abgewohnt und zum Teil beschädigt waren (Risiko der Verletzungsgefahr für die Bewohner).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenver-bund:

Es kann nur nochmals betont werden, dass der WKAV seit Jahren die veralteten Baustrukturen unter Berücksichtigung der finanziellen Mittel saniert. Es ist in diesem Zusammenhang auch zu erwähnen, dass seit 1989 bis einschließlich 1. Jänner 2004 insgesamt 1.243 Betten absystemisiert werden konnten. Im Zuge der Reduzierung der Acht- und Siebenbettzimmer auf maximal Sechsbettzimmer, wobei eine Gesamtbettenanzahl von 364 Betten absystemisiert wird, sind noch 109 weitere Betten abzusystemisieren. Somit kann der vom Kontrollamt angesprochene Platzmangel reduziert werden. Einrichtungsgegenstände, wie Tische, Nachtkästchen usw., welche abgewohnt und zum Teil beschädigt

waren, sollen im Rahmen der vorhandenen Ressourcen und der finanziellen Möglichkeiten ersetzt werden.

26.4.2 In den Häusern mit veralteten Baustrukturen wurden zu wenig und zu weit entlegene Sanitärräume festgestellt. Bewohner, die nur mit Hilfe einer Pflegeperson zur Toilette gehen konnten, mussten dorthin begleitet werden. Aus diesem Grund standen wiederholt die Pflegepersonen für längere Zeit für die Betreuung anderer Bewohner nicht zur Verfügung, wodurch unabhängig vom Personalschlüssel ein latenter Zustand permanenter personeller Unterbesetzung erkennbar war.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Es ist richtig, dass in den Geriatriezentren mit veralteter Baustruktur für den heutigen Wohnkomfort zu wenig und zu weit entlegene Sanitärräume vorhanden sind. Eine Adaptierung, d.h. ein zusätzlicher Einbau von Sanitäreinheiten kann nur bei Generalsanierungen durchgeführt werden. Nach Maßgabe der Möglichkeiten und auch der vorhandenen finanziellen Mittel werden diese notwendigen Umbauarbeiten weiter durchgeführt werden.

Es ist weiters richtig, dass durch den Umstand, dass die Sanitäreinheiten oft weiter entfernt liegen und die Pflegepersonen die Bewohner auf die Toilette begleiten, die Pflegepersonen wiederholt für längere Zeit für die Betreuung anderer Bewohner nicht zur Verfügung stehen.

26.4.3 Die Sachverständige vertrat weiters die Ansicht, dass in der Regel in den geriatrischen Einrichtungen des WKAV zu wenig Räumlichkeiten vorhanden sind, um Angehörigen Gelegenheit zu geben, sich von Verstorbenen unter Wahrung von Würde und Intimsphäre zu verabschieden. Weiters mangelte es an Möglichkeiten für die Bewohner, sich miteinander bzw. mit ihren Angehörigen unter Wahrung der Intimsphäre zurückziehen zu können.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Es entspricht den Tatsachen, dass zwar in allen geriatrischen Einrichtungen des WKAV Räumlichkeiten vorhanden sind, um Angehörigen Gelegenheit zu geben, sich von Verstorbenen unter Wahrung von Würde und Intimsphäre zu verabschieden, jedoch in alten Strukturen die Anzahl zu gering ist.

Im Jänner 2004 wurden die Kollegialen Führungen der Häuser aufgefordert, im Sinne eines pietätvollen und respektgetragenen Umgangs mit den Verstorbenen, aber auch unter Rücksichtnahme auf Bewohner, Angehörige und Besucher, Verstorbene auf möglichst rücksichtsvolle und der jeweiligen Situation angepasste Weise umgehend aus den Patientenräumen in einen geeigneten Verabschiedungsraum zu verlegen. Es sollen daher die bestehenden Räumlichkeiten überprüft bzw. ehestens diesbezügliche Vorkehrungen nach Maßgabe der vorhandenen Ressourcen und der finanziellen Möglichkeiten getroffen werden.

26.4.4 Bei den Einschaun fiel der Sachverständigen weiters auf, dass bei Ausfall von Abteilungshilfen/Reinigungspersonal vielfach qualifizierte Pflegepersonen deren berufsfremde Tätigkeiten übernehmen mussten, was eine zusätzliche Arbeitsbelastung darstellte.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Es ist richtig, dass bei Ausfall von Abteilungshilfen/Reinigungspersonal Pflegepersonen Tätigkeiten übernehmen müssen, welche in das Aufgabenprofil der oben erwähnten Berufsgruppen fallen. Hiezu wird angemerkt, dass Tätigkeiten, welche in Bezug auf Einhaltung der Hygienerichtlinien durchzuführen sind, auch in das Aufgabengebiet von Pflegepersonen fallen.

Dass auf einer Station die Abteilungshilfen und das Reinigungspersonal gemeinsam ausfallen, ist äußerst selten und stellt eine Ausnahmesituation dar. Auch hier wird festgestellt, dass das Wohl der Patienten im Vordergrund zu stehen hat und diesfalls notwendige - auch berufsfremde - Tätigkeiten durchzuführen sind.

26.4.5 Weiters wurde beobachtet, dass in mehreren Geriatriezentren zwischen der Verabreichung von Abendessen und dem Frühstück (Abendessen oft schon um 16.30 Uhr, Frühstück zwischen 7.30 Uhr und 8.00 Uhr) eine für hochbetagte Menschen sehr lange Nahrungskarenz bestand, wobei im Zuge des Hinweises auf diesen Umstand von Seiten des Pflegepersonals durchwegs versichert wurde, dass die Bewohner über Verlangen jederzeit auch innerhalb dieser großen Zeitspanne Essen erhalten könnten; die grundsätzliche Frage der Sachverständigen, inwieweit demente Bewohner in der Lage seien, von sich aus ein derartiges Verlangen an Pflegepersonen zu richten, konnte jedoch nicht eindeutig beantwortet werden. In diesem Zusammenhang war als praktikable Lösung anzumerken, dass in einer Einrichtung der Nachtdienst neben den zu verabreichenden Medikamenten kleine Snacks mitführte, welche den Bewohnern angeboten wurden.

Anmerkung des Kontrollamtes:

Hiezu wurde vom WKAV unter Pkt. 26.1 bereits Stellung genommen.

26.4.6 Generell stellte die ordnungsgemäße Führung der Pflegedokumentation ein großes Problem dar, da mit den eingesetzten Dokumentationssystemen viele Elemente des Pflegeprozesses, die in der Praxis sehr wohl bedacht und durchgeführt wurden, nicht in der erforderlichen Transparenz und dem nötigen Umfang erfasst werden konnten, da diese in den vorgegebenen Dokumentationssystemen a priori nicht vorgesehen waren. Hiedurch entstand für die Pflegepersonen ein sehr großer administrativer Aufwand und die Dokumentation wurde den jeweils verwendeten Vordrucken angepasst.

In einigen Stationen behelfen sich die Pflegepersonen mit selbst erstellten Blättern,

doch gingen durch diese nicht hauseinheitlichen Ergänzungen und Erweiterungen Transparenz und Vollständigkeit der Aufzeichnungen teilweise verloren. Auch die Sprachbarriere bei Pflegepersonen mit nichtdeutscher Muttersprache hat einen nicht unwesentlichen Einfluss auf Verständnis und Präzisierung der Dokumentationsinhalte.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Um die Qualität der Pflegedokumentation in den Geriatriezentren zu verbessern und diese auch trotz der vorhandenen Sprachbarriere bei Pflegepersonen mit nicht deutscher Muttersprache zu gewährleisten, wird dieses Thema in den nächsten Jahren ein Schwerpunkt der innerbetrieblichen Fortbildung der Geriatriezentren sein. In diesem Zusammenhang wird auf die Initiativen des WKAV, die Patientendokumentation generell interdisziplinär zu führen und zu vereinheitlichen, hingewiesen.

26.4.7 Eine besondere Problematik stellte das Fehlen einer einheitlichen gesetzlichen Regelung bezüglich freiheitsentziehender Maßnahmen dar, da in vielen Anstalten Unklarheiten hinsichtlich der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und pflegfachlichen Verantwortungen bestanden und Elemente des Unterbringungsgesetzes fälschlicherweise auch für geriatrische Einrichtungen als zutreffend erachtet wurden. Generell konnte festgestellt werden, dass die rechtlichen Grundlagen pflegerischen Handelns nicht durchgängig bekannt waren.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Regelungen des in Begutachtung befindlichen Heimaufenthaltsgesetzes des Bundes sind abzuwarten. Es ist davon auszugehen, dass damit Klarheit bei und im Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen herrschen wird.

26.4.8 Als positiv wurde von der Sachverständigen bewertet, dass bis auf wenige Aus-

nahmen eine gute Beziehung zwischen Bewohnern und Personal wahrzunehmen war. Das Pflegepersonal war in den meisten Stationen in hohem Maße bemüht, menschenwürdige Bedingungen für die hochbetagten Bewohner zu schaffen, wobei dies aber infolge der bereits erwähnten baulichen Strukturmängel streckenweise eine kaum zu bewältigende Aufgabe darstellte. Besonders in den außerhalb Wiens gelegenen geriatrischen Einrichtungen der Stadt Wien fiel die verstärkte Angehörigenarbeit und das hohe Bemühen um individuelle Kenntnis der einzelnen Bewohnerbiographien u.ä. auf.

26.4.9 Insgesamt beurteilte die Sachverständige die in den der Einschau unterzogenen Einrichtungen erbrachte Pflegequalität vorwiegend als sicher bzw. angemessen, wobei in mehr als der Hälfte dieser Stationen auch optimale Pflege im Ansatz zu erkennen war. In drei Geriatriezentren konnte jedoch in Teilbereichen, überwiegend auf Grund baulicher Unzukömmlichkeiten, die angestrebte Pflegequalität trotz großer Bemühungen des Pflegepersonals nicht oder nur sehr eingeschränkt erzielt werden.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Bestrebungen der Pflegepersonen, die Pflegequalität für die Patienten so hoch wie möglich zu erbringen, wurde auch von der beurteilenden Sachverständigen gewürdigt. In jenen Teilbereichen, in denen überwiegend durch bauliche Unzukömmlichkeiten die angestrebte Pflegequalität trotz großer Bemühungen des Pflegepersonals nicht oder nur sehr eingeschränkt erzielt werden kann, wird im Rahmen der finanziellen Mittel und unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages durch Sanierungsmaßnahmen eine Verbesserung zu erzielen sein.

26.5 Problematisch erschien dem Kontrollamt, dass - obwohl in nahezu einem Viertel der überprüften Stationen Pflegekräfte mit einer eingeschränkten Verwendungsfähigkeit auf Grund von krankheitsbedingten Einschränkungen hinsichtlich Heben und Tragen eingesetzt wurden - dieser Umstand bei den Personalbedarfsberechnungen nicht berücksichtigt wurde.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Problematik des Einsatzes von Pflegekräften mit einer eingeschränkten Verwendungsfähigkeit auf Grund von krankheitsbedingten Einschränkungen hinsichtlich Heben und Tragen (und dass dieser Umstand bei den Personalbedarfsberechnungen nicht berücksichtigt wurde) ist bekannt und hat für den ganzen Magistrat Gültigkeit.

Es gibt seit Jahren gemeinsam mit der Gewerkschaft Bestrebungen, eine Lösung zu finden, dass derartige Mitarbeiter nur zum Teil im Dienstpostenplan angerechnet werden sollen. Die Generaldirektion des WKAV wird diesbezüglich erneut Gespräche mit der Magistratsdirektion führen.

26.6 Auf manchen Stationen beendeten die Abteilungshelferinnen bzw. Reinigungskräfte ihren Dienst bereits deutlich vor der Dienstübergabe zum Nachtdienst, weshalb es in einigen Fällen dazu kam, dass noch notwendige Reinigungsarbeiten bzw. das Entsorgen von Geschirr vom Pflegepersonal erledigt werden mussten. Es erschien daher angezeigt, diesbezüglich auch die Diensterteilung der anderen Berufsgruppen kritisch zu analysieren und gegebenenfalls anzupassen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Anregung des Kontrollamtes, die Diensterteilungen der Abteilungshelfer und des Reinigungspersonals in Bezug auf die tatsächlichen Arbeitsspitzen kritisch zu durchleuchten, wird aufgenommen werden. Allerdings wird in diesem Zusammenhang nochmals auf die Stellungnahme zu Punkt 26.4.4 hingewiesen.

26.7 Weiters schien eine Korrelation zwischen einer kompetenten Wahrnehmung der Dienstaufsicht durch die leitenden DGKP und einer adäquaten Betreuung der Bewohner

gegeben. Insbesondere waren diesbezüglich verschobene Dienstzeiten zwischen Stationsschwester und ihrer Vertretung, abwechselnd längere Dienste des leitenden Personals auf verschiedenen Stationen einer Abteilung oder eines Geriatriezentrums sowie unangekündigte Wochenend- oder Nachtvisiten zu erwähnen. Nicht zuletzt fiel dem Kontrollamt die fallweise - vor allem bei personellen Engpässen vorkommende - operative Mitarbeit durch leitende DGKP neben deren Wahrnehmung ihrer eigentlichen Leitungsfunktion als Motivationsfaktor positiv auf.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

In den Geriatriezentren ist es durchaus üblich, dass die Vertretung der Stationsleitung in der direkten Pflege am Krankenbett mitarbeitet; diese Tätigkeit ist auch in der Stellenbeschreibung verankert. Auch die Stationsleitungen arbeiten fallweise und punktuell am Krankenbett, um so einerseits die Pflegequalität direkt beim Patienten zu überprüfen und andererseits personelle Engpässe auszugleichen.

Wie das Kontrollamt positiv erwähnt, können im Rahmen der Diensterteilung die Stationsleitung und deren Vertretung ihren Dienstantritt so gestalten, dass zumindest in einer Einheit eine Führungskraft bis am Abend anwesend ist. Die Geriatriezentren werden angewiesen werden, diese Vorgangsweise zu gewährleisten.

Unangekündigte Wochenend- und Nachtvisiten wurden und werden von den Pflegedirektoren punktuell durchgeführt.

26.8 Teilweise konnte trotz unzulänglicher baulicher Infrastruktur und einem bis zu einem Drittel unter den Werten der PPR-GL liegenden Personalstand dank entsprechend motivierter Pflegepersonen eine auf hohem Niveau liegende Betreuungsqualität erreicht werden. Das Kontrollamt verkannte jedoch nicht, dass infrastrukturelle

Mängel bzw. ungenügende personelle Ressourcen einerseits die Tätigkeit des Personals erschwerten bzw. Fehlleistungen begünstigten und andererseits es vielfach nicht ermöglichten, für die Bewohner ein wohnliches und Geborgenheit vermittelndes Umfeld zu schaffen.

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die PPR-GL befindet sich derzeit in der Evaluierungsphase, diese soll im Jahr 2004 abgeschlossen sein. Im Rahmen der Umsetzung soll auch, wenn notwendig, ein Personalausgleich schrittweise durchgeführt werden.

Die derzeit laufende Bettenabsystemisierung trägt maßgeblich zu einer Erhöhung der Personalkennzahlen bei.

Der WKAV bemüht sich intensiv, dass es durch die getroffenen Maßnahmen - nämlich einerseits durch die geplante Bettenabsystemisierung und dadurch Reduzierung der Größe der Betreuungsgruppen sowie andererseits durch ein höheres Platzangebot - gelingen wird, für die Bewohner eine wohnlichere Umgebung und für die Mitarbeiter bessere Arbeitsbedingungen zu schaffen und somit zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit beizutragen.

III. Die geriatrischen Einrichtungen des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser sowie private Wohn- und Pflegeheime

27. Organisation des KWP

Das KWP wurde im Jahr 1960 als gemeinnütziger Fonds mit Rechtspersönlichkeit mit dem Zweck eingerichtet, Wohnhäuser und dazu gehörige Betreuungsstationen für in Wien wohnhafte PensionistInnen zu erwerben bzw. errichten und zu betreiben. Der Fonds finanziert sich durch Eigenleistungen der Pensionäre, Leistungen der Magistratsabteilung 47 und eine von der Stadt Wien im Wege der Magistratsabteilung 12 - Wien

Sozial übernommene Ausfallshaftung, welche in eine Subjekt- und Objektförderung untergliedert wird.

Die Betreuungsstationen waren ursprünglich nur für die Bewohner von Einrichtungen des KWP vorgesehen gewesen. In einer Vereinbarung vom 19. Dezember 1990 zwischen der Magistratsabteilung 12 bzw. 47 und dem KWP wurde festgelegt, dass das KWP nach Maßgabe freier Kapazitäten pflegebedürftigen Personen über Auftrag sowie im Namen und auf Rechnung der Stadt Wien Pflegeplätze zur Verfügung stellt.

Eine veränderte Nachfragesituation, z.T. auch bedingt durch den steigenden Pflegebedarf der Senioren und Seniorinnen, führte zu einem Ausbau der Betreuungsstationen des KWP bzw. zur Schaffung von Pflegewohnungen, wobei durch Kapazitätsumschichtungen auch Schwerpunktstationen zur Betreuung von Bewohnern mit demenziellen Erkrankungen und zur Remobilisation geschaffen wurden.

28. Pflegeplätze

Zum Stichtag 31. August 2003 verfügte das KWP in 31 Häusern, von denen eines bis Ende 2002 als Dependance geführt worden war, neben 7.719 Wohnplätzen über 1.827 Pflegeplätze (inklusive Schwerpunktstationen).

Unter "Pflegeplätzen" wurden, wie auch im Bericht des Kontrollamtes vom 17. Oktober 2003 (KA II - KWP-2/03, Fonds Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser, Feststellungen anlässlich der Prüfung der Jahresabschlüsse 1998 bis 2002) dargestellt, die Kapazitäten der Pflegewohnungen und der Betreuungsstationen zusammengefasst.

Bei den Sonderstationen, die alle im ersten Quartal des Jahres 2001 in Betrieb genommen wurden, handelte es sich um die Demenzstation im Haus "Rosenberg" bzw. um die Remobilisationsstationen "Wieden" und "Atzgersdorf".

28.1 Die Wohn- und Pflegeplätze verteilten sich zum oben genannten Stichtag auf das Wiener Stadtgebiet wie in der nachstehenden Tabelle dargestellt:

Bezirk	Anzahl der Pensionisten-wohnhäuser	Verfügbare Wohnplätze	Verfügbare Pflegebetten	Anteil Pflegebetten an Gesamtkapazität in %
2	2	550	127	18,8
3	1	290	62	17,6
4	1	203	87	30,0
5	1	268	76	22,1
6	1	223	50	18,3
7	1	234	62	20,9
9	1	232	46	16,5
10	2	503	105	17,3
11	1	246	51	17,2
12	1	264	59	18,3
13	3	747	184	19,8
14	2	517	103	16,6
15	2	466	122	20,7
16	2	335	76	18,5
17	1	227	67	22,8
18	1	320	54	14,4
19	2	508	144	22,1
20	1	270	54	16,7
21	2	523	123	19,0
22	1	266	60	18,4
23	2	527	115	17,9
Summe	31	7.719	1.827	19,1

Im Durchschnitt entfielen rd. 19,1 % aller Plätze auf Pflegebetten, wobei der 18. Bezirk mit rd. 14,4 % den geringsten und der 4. Bezirk mit rd. 30,0 % den höchsten Anteil aufwies, welcher u.a. auf die dort eingerichtete Remobilisationsstation zurückzuführen war.

Wie aus der obigen Tabelle ersichtlich ist, ist in einigen Bezirken, wie z.B. in Hietzing mit 184 und in Döbling mit 144 Pflegeplätzen, ein - gemessen an der Wohnbevölkerung - überproportional hohes Angebot gewährleistet, während die Bezirke Innere Stadt und Josefstadt seitens des KWP von Häusern anderer Bezirke mitversorgt werden. Dennoch ließ sich insgesamt ein gut regional strukturiertes Leistungsangebot erkennen.

28.2 Nachdem auf Grund der Nachfrageänderung vermehrt Pflegeplätze geschaffen wurden, hat das Kontrollamt deren hausbezogene Entwicklung für den Betrachtungszeitraum der Jahre 2000 bis 31. August 2003 dargestellt. Die folgende Tabelle zeigt, dass im Betrachtungszeitraum vom KWP jeweils jährlich Pflegeplätze neu geschaffen wurden. Der vergleichsweise starke Anstieg im Jahr 2001 ist vor allem auf die Schaffung der Sonderstationen in ROS (32 Plätze), WIE (34 Plätze) und ATZ (32

Plätze) zurückzuführen, wobei die Veränderungen allerdings durch Kapazitätsreduktionen des übrigen Betreuungsbereiches in ATZ, MAR und HAI teilweise kompensiert wurden:

Haus	Kurzbezeichnung	Pflegeplätze zum 31.12. 2000	Pflegeplätze zum 31.12. 2001	Veränderung in % z. Vj	Pflegeplätze zum 31.12. 2002	Veränderung in % z. Vj	Pflegeplätze zum 31.8. 2003	Veränderung in % z. Vj	Gesamtveränderung in %
2, Augarten	AUG	73	73	-	73	-	62	-15,1	-15,1
2, Prater	PRA	65	65	-	65	-	65	-	-
3, Maria Jacobi	M.J.	57	62	8,8	62	-	62	-	8,8
4, Wieden	WIE	38	89	134,2	89	-	87	-2,2	128,9
5, Margareten	MAG	73	73	-	75	2,7	76	1,3	4,1
6, Mariahilf	MAR	45	17	-62,2	40	135,3	50	25,0	11,1
7, Neubau	NEU	62	62	-	62	-	62	-	-
9, Rossau	RAU	40	42	5,0	44	4,8	46	4,5	15,0
10, Laaerberg	LAA	63	61	-3,2	61	-	61	-	-3,2
10, Wienerberg	WRB	44	44	-	44	-	44	-	-
11, Haidehof	HAI	48	40	-16,7	51	27,5	51	-	6,3
12, Hetzendorf	HET	59	59	-	59	-	59	-	-
13, Föhrenhof	FOE	44	44	-	44	-	44	-	-
13, Rosenberg	ROS	56	88	57,1	88	-	88	-	57,1
13, Trazerberg	TRA	54	54	-	52	-3,7	52	-	-3,7
14, Penzing	PEN	55	55	-	55	-	55	-	-
14, Gustav Klimt	G.K.	48	48	-	48	-	48	-	-
15, Schmelz	SCH	72	72	-	72	-	72	-	-
15, Rudofsheim	RUD	50	50	-	50	-	50	-	-
16, Liebhartstal I+II	LIE	56	64	14,3	70	9,4	76	8,6	35,7
17, Alszeile	ALS	65	65	-	67	3,1	67	-	3,1
18, An der Türkenschanze	TUE	43	43	-	54	25,6	54	-	25,6
19, Döbling	DOE	50	50	-	50	-	50	-	-
19, Hohe Warte	HOW	80	84	5,0	90	7,1	94	4,4	17,5
20, Brigittenau	BRI	54	54	-	54	-	54	-	-
21, Leopoldau	LEO	40	44	10,0	44	-	44	-	10,0
21, Jedlersdorf	JED	67	67	-	67	-	79	17,9	17,9
22, Tamariske	TAM	58	58	-	58	-	60	3,4	3,4
23, Atzgersdorf	ATZ	82	82	-	82	-	82	-	-
23, Am Mühlengrund	MUE	33	33	-	33	-	33	-	-
Summe		1.674	1.742	4,1	1.803	3,5	1.827	1,3	9,1

28.3 Zusätzlich zur Entwicklung der jeweils zum Stichtag 31. Dezember bzw. im Jahr 2003 zum 31. August vorgehaltenen Pflegeplätze hat das Kontrollamt auch die im Jahresdurchschnitt zur Verfügung stehenden Pflegeplätze bzw. deren Auslastung an-

hand einer vom KWP ermittelten Gegenüberstellung der geplanten zu den tatsächlichen Belagtagen erhoben und nachstehend tabellarisch dargestellt:

Haus	Im Gesamtjahr zur Verfügung stehende Betten							
	Pflege- betten 2000	tats. belegt %	Pflege- betten 2001	tats. belegt %	Pflege- betten 2002	tats. belegt %	Pflege- betten 2003	tats. belegt %
AUG	73	100,2	73	88,1	73	75,8	68	75,0
PRA	66	93,8	65	96,6	65	91,6	65	92,7
M.J.	57	96,4	58	88,8	62	94,3	62	94,2
WIE	50	93,6	80	73,6	89	79,8	87	81,4
MAG	73	94,2	73	95,4	75	95,8	76	90,0
MAR	39	96,3	33	82,1	25	94,2	48	91,0
NEU	62	95,4	62	93,0	62	86,9	62	89,5
RAU	40	92,8	40	93,1	44	93,9	45	93,0
LAA	63	89,4	61	86,6	61	90,3	61	88,3
WRB	44	102,0	44	93,4	44	95,0	44	87,6
HAI	48	95,8	43	90,0	44	84,5	51	90,4
HET	59	98,5	59	98,3	59	98,9	59	101,6
FOE	44	94,5	44	96,0	44	98,3	44	96,4
ROS	56	93,8	85	84,0	88	92,5	88	89,5
TRA	54	94,9	54	90,7	53	90,1	52	89,4
PEN	55	97,2	55	95,8	55	95,0	55	94,7
G.K.	48	97,3	48	92,1	48	91,7	48	94,6
SCH	72	96,8	72	98,5	72	95,3	72	94,7
RUD	50	95,2	50	98,8	50	95,5	50	97,4
LIE	56	100,9	59	102,1	68	95,3	72	97,1
ALS	65	98,2	65	99,3	65	91,4	67	92,9
TUE	43	96,8	43	92,8	45	90,7	54	90,5
DOE	49	94,2	50	95,8	50	99,1	50	96,6
HOW	80	93,2	82	86,6	88	81,3	91	85,1
BRI	54	96,1	54	93,6	54	91,4	54	96,3
LEO	40	97,3	43	93,5	44	95,4	44	99,2
JED	67	99,1	67	98,6	67	98,3	73	96,9
TAM	58	98,5	58	97,4	58	95,8	58	94,8
ATZ	79	90,9	82	89,5	82	84,7	82	82,1
MUE	33	105,1	33	104,9	33	106,7	33	104,8
Gesamt	1.677	96,1	1.735	92,5	1.767	91,4	1.815	91,3

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, hatten einige Pflegeeinrichtungen des KWP in man-

chen Jahren eine mehr als 100-prozentige Auslastung, was mit der Beistellung von Zusatzbetten für Bewohner, welche nicht in ein freies Bett in einem anderen Haus übersiedeln wollten, erklärt wurde. Besonders auffällig war dieser Umstand in MUE, wo der Auslastungsgrad in allen Jahren des Betrachtungszeitraumes bei annähernd 105 % lag. Lt. Auskunft des KWP war in diesem Haus durch die gegenüber den bisher vorhandenen Pflegeplätzen vergleichsweise hohe Zahl an Appartements ein überdurchschnittlicher Bedarf gegeben. Wie das Kontrollamt hiezu feststellen konnte, war diesem Bedarf durch die seit langem bestehende Belegung des Aufenthaltsraumes mit drei Betten entsprochen worden. Seitens des KWP wurde zum Zeitpunkt der Einschau durch Umbaumaßnahmen eine Kapazitätsausweitung vorgenommen. Während dieser Phase wurde einerseits ein Teil der Bewohner der Betreuungsstation in einen zukünftig als "betreutes Wohnen" gewidmeten Bereich des Hauses übersiedelt und andererseits der derzeit vorläufig noch bestehende Teil der ursprünglichen Station derart vom Baustellenbereich abgegrenzt, dass die Beeinträchtigung der Bewohner durch die Bauarbeiten gering gehalten werden konnte.

Andererseits hatten auch einige Häuser Auslastungen von weniger als 90 % (dies sogar über einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren) zu verzeichnen. In WIE und ATZ war diesbezüglich ein Zusammenhang mit dem Betrieb der Remobilisationsstationen gegeben, die durchschnittlich nur zwischen rd. 44,9 % und rd. 72,6 % ausgelastet waren. In anderen Häusern war die geringere Auslastung lt. Auskunft des KWP auf Umbauarbeiten oder den Umstand, dass mitunter kein geeigneter Mitbewohner gefunden werden konnte, zurückzuführen.

Die durchschnittliche Auslastung aller Betreuungseinrichtungen des KWP reduzierte sich seit dem Jahr 2000, in dem sie bei rd. 96,1 % lag, auf rd. 91,4 % im Jahr 2002. Im Zeitraum Jänner bis Ende August 2003 belief sie sich auf rd. 91,3 %. Dies bedeutete, dass das KWP im Jahr 2003 über mehr als 150 freie Pflegebetten verfügte.

Stellungnahme der Geschäftsführung des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser:

Das KWP sichert den Bewohnern gemäß Betreuungsvertrag bei

einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die einen weiteren Verbleib im Appartement nicht mehr zulässt, nach Maßgabe der vorhandenen Plätze stationäre Pflege auf einer Betreuungsstation zu. Dies bedingt entsprechende Vorhalteleistungen einerseits für den Fall der Pflegebedürftigkeit von Appartement-Bewohnern und andererseits für die Rückkehr von Bewohnern in die Betreuungsstation nach erfolgter Spitalsbehandlung.

Die im Bericht genannte Zahl durchschnittlich freier Kapazitäten im Betreuungsbereich entspricht 1,57 % des Gesamtangebots von 9.546 Wohn- und Betreuungsplätzen zum Stichtag 31. August 2003 und stellt somit aus der Sicht der Geschäftsführung des Kuratoriums - auch im Hinblick auf das Gesamtdurchschnittsalter der Bewohner von rd. 84 Jahren - eine zu relativierende Größenordnung dar, wobei zusätzlich zu beachten ist, dass sich die freien Bettenstände nahezu täglich ändern.

Zu berücksichtigen ist weiters, dass bei den Auswertungen der Pflegeplätze auch die Remobilisationsstationen inkludiert sind. Deren geringerer Auslastungsgrad ist einerseits auf den Umstand, dass im Gegensatz zu einer normalen Betreuungsstation keine dauernde Aufnahme erfolgt, und andererseits - infolge des höheren Tagsatzes und der sich allenfalls durch die vorübergehende Übersiedlung ergebenden räumlichen Distanz - auf eine nur zögerliche Akzeptanz seitens der Betroffenen und deren Angehörigen zurückzuführen. Entsprechende interne Marketingmaßnahmen zur Erhöhung der Akzeptanz wurden ergriffen.

Wie im Bericht ohnehin erwähnt, haben sich darüber hinaus auch durch die rege Umbautätigkeit im Prüfzeitraum Auswirkungen auf den Auslastungsgrad ergeben.

28.4 Vom Kontrollamt wurde im Hinblick auf laufende Absystemisierungen von Pflegebetten im Bereich des WKAV empfohlen, die bestehenden freien Kapazitäten verstärkt der Magistratsabteilung 47 anzubieten.

29. Ausgaben

Da zum Zeitpunkt der Einschau zwischen den einzelnen Bereichen des KWP keine klare finanzielle Trennung bestand, konnte vom Kontrollamt auch keine Entwicklung jener Ausgaben, die sich ausschließlich auf den Betreuungsbereich beziehen, dargestellt werden. Auch die Investitionstätigkeit in diesem Bereich war nicht lückenlos nachvollziehbar, da z.T. aktivierungspflichtige Aufwendungen als Instandhaltungsaufwand verbucht wurden, was bereits im Bericht des Kontrollamtes vom 17. Oktober 2003 (KA II - KWP-2/03, Fonds Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser, Feststellungen anlässlich der Prüfung der Jahresabschlüsse 1998 bis 2002) festgestellt worden war.

Es war jedoch festzuhalten, dass im Gegensatz zur diesbezüglichen Entwicklung im Pflegebereich des WKAV die Ausgaben für Investitionen und Instandhaltung im gesamten KWP in den Jahren 2000 bis 2002 von rd. 16,23 Mio.EUR um nahezu 90 % auf rd. 30,77 Mio.EUR angestiegen waren.

30. Leistungsangebot

Das Leistungsangebot des Pflegebereiches des KWP stellte sich naturgemäß deutlich weniger differenziert als jenes des WKAV dar, da neben den allgemeinen Betreuungstationen, die in allen Pensionistenwohnhäusern eingerichtet waren und grundsätzlich den kranken und betreuungsbedürftigen Bewohnern zur Verfügung standen, lediglich - wie bereits erwähnt - die Pensionistenwohnhäuser WIE und ATZ über Remobilisationsstationen und ROS über eine Demenzstation verfügten.

Während die erstgenannten Schwerpunktstationen für rekonvaleszente Patienten bei bestimmten medizinischen Indikationen vorgesehen sind und mittels spezieller Therapieangebote den Wiedereinzug in die Appartements unterstützen, befasst sich das Betreuungszentrum ROS besonders umfassend mit demenziellen Erkrankungen.

31. Aufnahme und Einstufung der Bewohner nach den Pflegegeldstufen

Überwiegend erfolgte die Aufnahme in Betreuungsstationen bzw. Pflegewohnungen aus dem Kreis der pflegebedürftig gewordenen Appartementbewohner.

31.1 Die Umstände, die zu einer Aufnahme in eine Betreuungsstation führen können, sind in dem zwischen den Appartementbewohnern und dem KWP abgeschlossenen Betreuungsvertrag geregelt. Der Pkt. 4.2 dieses Vertrages besagt, dass, wenn auf Grund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Bewohners nach Beurteilung durch die Stationsärztin bzw. die Stationsleiterin besondere Pflege erforderlich wird, die einen weiteren Verbleib im Appartement nicht mehr zulässt, diesem stationäre Pflege auf einer Betreuungsstation angeboten wird. Gem. Pkt. 5.3.f gilt eine Verweigerung der Transferierung auf eine Betreuungsstation durch den Bewohner als ein wichtiger Grund, der das KWP zur Auflösung des Betreuungsvertrages berechtigt. Vertraglich ist aber auch vorgesehen, dass bei Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bewohner die Möglichkeit hat, neuerlich ein Appartement zu beziehen.

31.2 Lediglich ein geringer Teil des im KWP bestehenden Angebotes an Pflegebetten wurde auf Grund des unter Pkt. 27 erwähnten Übereinkommens durch die Magistratsabteilung 47 für andere stationär pflegebedürftige Personen in Anspruch genommen, wobei sich deren Zahl tendenziell rückläufig entwickelte. So waren im Jahr 2000 noch 227 und im Jahr 2002 nur mehr 217 pflegebedürftige Bewohner im Wege der Magistratsabteilung 47 zugewiesen worden. Noch deutlicher spiegelt sich der diesbezügliche Rückgang in den diesen Bewohnern zuzurechnenden Pflagetagen wider. Diese lagen nämlich im Jahr 2000 bei 68.545, im Jahr 2002 nur mehr bei 56.324 und vom Jänner bis August 2003 bei nur mehr 35.001 Tagen.

31.3 Nach Ansicht des Kontrollamtes trug diese Entwicklung - wie bereits unter Pkt. 28.4 erwähnt - nicht zu einer Ausschöpfung der vorhandenen Ressourcen des KWP bei. Es wurde daher nochmals dringend empfohlen, die freien Kapazitäten des KWP durch eine verstärkte Zusammenarbeit mit der zuständigen Magistratsabteilung voll zu nutzen, da den Bewohnern durch das Vorhandensein von Zwei- bzw. Dreibettzimmern

ein deutlich besserer Unterbringungsstandard als in vielen Geriatriezentren des WKAV geboten werden kann.

Stellungnahme der Geschäftsführung des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser:

Wie bereits zu Pkt. 28.3 des Berichtes ausgeführt, begründet sich die tendenziell rückläufige Entwicklung der durch die Magistratsabteilung 47 (jetzt Magistratsabteilung 15A) in Anspruch genommenen Möglichkeit, stationär pflegebedürftige Personen im KWP unterzubringen, in erster Linie durch den dargestellten Eigenbedarf.

Weiters darf - wie bereits in der Stellungnahme zum Bericht des Kontrollamtes vom 17. Oktober 2003, KA II - KWP-2/03, Fonds Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser, Feststellungen anlässlich der Prüfung der Jahresabschlüsse 1998 bis 2002 - darauf hingewiesen werden, dass diese Entwicklung keinesfalls Folge der Geschäftspolitik des KWP ist, hinsichtlich der für die Magistratsabteilung 47 (jetzt Magistratsabteilung 15A) maßgeblichen Gründe jedoch keine Aussage getroffen werden kann.

Seitens des KWP besteht jedenfalls hohes Interesse sowohl an der Ausschöpfung verfügbarer Kapazitäten als auch an einer engen Zusammenarbeit zum Wohle der Wiener Senioren.

32. Pflegegeld

Der Anteil an Pflegegeldbeziehern im Betreuungsbereich des KWP belief sich zum Stichtag 31. August 2003 auf 1.156 Personen (bei 1.827 verfügbaren Pflegeplätzen) und zum 31. Dezember 2002 auf 1.127 Personen (bei 1.803 verfügbaren Pflegeplätzen). Bei einer durchschnittlichen Auslastung von 91,4 % bzw. 91,3 % in den betreffenden Jahren bedeutete dies, dass rd. zwei Drittel der Bewohner eine Pflegegeld-einstufung aufwiesen. In nachstehender Tabelle werden die Pflegegeldbezieher zum

Stichtag 31. August 2003 aufgeschlüsselt nach Häusern und Pflegegeldstufen dargestellt.

Haus	Pflegegeldstufe							Summe Stufe 1-7
	1	2	3	4	5	6	7	
AUG	0	4	8	15	7	0	2	36
PRA	2	2	11	12	8	5	3	43
M.J.	0	3	8	15	14	2	2	44
WIE	1	2	7	14	7	0	0	31
MAG	0	5	15	6	19	1	2	48
MAR	1	5	12	12	3	2	0	35
NEU	3	5	9	11	4	0	0	32
RAU	3	6	8	8	5	0	0	30
LAA	0	3	9	10	6	0	0	28
WRB	0	0	9	10	11	0	2	32
HAI	0	3	9	12	3	0	1	28
HET	0	7	10	22	12	1	0	52
FOE	0	3	4	12	9	2	0	30
ROS	1	8	16	24	9	2	0	60
TRA	0	3	1	8	7	2	0	21
PEN	0	5	8	7	9	1	0	30
G.K.	0	1	6	9	13	4	1	34
SCH	1	4	13	21	9	0	0	48
RUD	0	6	16	9	2	0	1	34
LIE I+II	3	7	13	18	8	0	0	49
ALS	0	12	13	16	8	0	2	51
TUE	1	12	9	9	6	0	0	37
DOE	1	7	5	22	7	0	2	44
HOW	2	13	11	9	17	0	1	53
BRI	1	3	11	19	5	0	0	39
LEO	2	2	10	12	5	2	3	36
JED	1	10	15	20	7	1	5	59
TAM	0	2	10	10	8	0	1	31
ATZ	1	4	12	12	5	2	0	36
MUE	0	2	7	10	6	0	0	25
Summe	24	149	295	394	239	27	28	1.156

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, bezogen 173 Personen (d.s. 15 %) Pflegegeld der ersten beiden Stufen. Dies war vor allem darauf zurückzuführen, dass der größte Teil an Aufnahmen im Pflegebereich - vor allem auch in den Remobilisationsstationen - nur vorübergehend erfolgte (z.B. wurden im Jahr 2002 insgesamt 3.566 Personen aus dem hauseigenen Bereich vorübergehend einem Pflegeplatz zugewiesen). Der größte Teil

der Pflegegeldbezieher, nämlich 85 % wies eine Einstufung von drei oder höher aus, wobei insgesamt 55 der betreuten Personen (d.s. rd. 5 %) in den beiden höchsten Pflegegeldstufen eingestuft waren. Das bedeutet, dass der Anteil an hoch betreuungsbedürftigen Bewohnern im KWP deutlich geringer war als im WKAV, in dem der durchschnittliche Anteil an Bewohnern mit Pflegegeldeinstufungen 6 und 7 bei rd. 11 % lag.

Angemerkt wurde in diesem Zusammenhang, dass sich das KWP im Pkt. 5.3.g des Heimvertrages die nach ärztlicher Beurteilung zu erwartende Verschlechterung des Gesundheitszustandes, verbunden mit einem Maß an Pflege, das auch auf einer Betreuungsstation nicht mehr geboten werden kann, als wichtigen Kündigungsgrund vorbehalten hat. Dies bedeutete nämlich die Notwendigkeit einer intensiven medizinischen Versorgung, die in der Regel nur in einem entsprechend ausgestatteten Pflegeheim gewährleistet werden konnte. Die diesbezügliche Vorgangsweise war in einem zuletzt im Jahr 2002 neuerlich abgeschlossenen Kooperationsübereinkommen zwischen dem KWP und dem GZW festgelegt. Lt. Angabe des KWP wurden im Zeitraum von August 1998 bis Oktober 2003 lediglich zwölf Bewohner ins GZW transferiert, während im Gegenzug - ebenfalls auf Grundlage der Vereinbarung - 102 Langzeitpatienten des GZW in Apartments des KWP aufgenommen wurden.

33. Festlegung des Personalbedarfes

Die Zuteilung von Personal zu den einzelnen Häusern erfolgte im KWP für alle Beschäftigten basierend auf von der Personaldirektion festgelegten Schlüsseln.

Für das Pflegepersonal wurden die Soll-Dienstposten für den stationären Bereich folgendermaßen berechnet: Jedes Haus erhält grundsätzlich ein Kontingent von 10,5 Wochenstunden pro Pflegeplatz, darüber hinaus waren je Haus zwei Stellen für die Stationsleitung (Stationsleiter und dessen ständiger Stellvertreter) vorgesehen. Zum Zeitpunkt der Einschau war in einigen Häusern die Stellvertretung der Stationsleitung einer DGKP, die im Rahmen der normalen Diensterteilung tätig war, übertragen worden; für diese Aufgabe wurden den gegenständlichen Häusern zusätzlich 42 Wochenstunden zugeteilt.

Für die Nachtdienste wurden - abhängig davon, ob im Haus eine oder zwei Betreuungstationen eingerichtet sind - entweder 245 oder 368 Wochenstunden zuge schlagen. Weiters wurde bezüglich der Qualifikation des Pflegepersonals - wie im WKAV - ein Verhältnis von zwei Drittel DGKP zu einem Drittel Pflegehelfer angestrebt.

Um den Personalmangel bei den im Eigenbereich beschäftigten DGKP auszugleichen, wurde im Betrachtungszeitraum vom KWP auch Leihpersonal von diversen Anbietern herangezogen (so genanntes "Poolpersonal"). Umgerechnet auf Vollzeitäquivalentbasis wurden auf diese Weise im Jahr 2002 insgesamt 44,9 und im Jahr 2003 bis einschließlich August bereits 52,9 DGKP beschäftigt.

Für die Abteilungshelfer war von der Personaldirektion ein Personalschlüssel mit 40 Wochenstunden pro 22,5 Pflegeplätzen - mindestens aber 80 Wochenstunden pro Haus - festgelegt worden.

Bezüglich des ärztlichen Personals waren in Anlehnung an die jeweiligen Stationsgrößen die Soll-Stunden zwischen rd. 13 Wochenstunden in MAR und rd. 28 Wochenstunden in ATZ festgelegt worden. In jenen Häusern, in denen noch keine Arztdienstposten vorgesehen waren, erfolgte die ärztliche Versorgung durch mittels Werkverträgen beschäftigte Ärzte. Nachtdienste wurden vom ärztlichen Personal nicht geleistet, in Akutfällen wurden zu diesen Zeiten die bestehenden Notarzt- bzw. Rettungseinrichtungen in Anspruch genommen.

Nicht zuletzt standen dem KWP in den Jahren 2000 bis August 2003 jährlich durchschnittlich 33 Zivildienstler zur Verfügung.

Abweichend von den oben angeführten Personalschlüsseln waren für die in den Häusern ATZ, WIE und ROS eingerichteten Schwerpunktstationen höhere Wochenstunden festgelegt worden. So wurde z.B. für die Schwerpunktstation im Haus WIE mit 34 Pflegeplätzen das Stundenkontingent für DGKP mit 622 Wochenstunden und für Pflegehelfer mit 311 Wochenstunden festgesetzt.

Eine Gegenüberstellung der Soll-Dienstposten mit den tatsächlichen Ist-Ständen für die Berufsgruppen DGKP (ohne Leitungs- und Poolpersonal), Pflegehelfer, Abteilungshelfer und Ärzte ist aus der nachstehenden Tabelle ersichtlich:

	2000				2001			
	Soll	Ist	Diff.	%	Soll	Ist	Diff.	%
DGKP	457,0	379,1	-77,9	-17,0	488,3	398,4	-89,9	-18,4
Pflegehelfer	229,6	263,7	34,1	14,9	244,2	281,0	36,8	15,1
Abteilungshelfer	84,5	80,9	-3,6	-4,3	84,1	84,7	0,6	0,7
Ärzte	13,4	13,4	-	-	13,6	12,7	-0,9	-6,6
Gesamt	784,5	737,1	-47,4	-6,0	830,2	776,8	-53,4	-6,4
	2002				per 31. August 2003			
	Soll	Ist	Diff.	%	Soll	Ist	Diff.	%
DGKP	501,3	417,7	-83,6	-16,7	526,0	419,7	-106,3	-20,2
Pflegehelfer	253,0	281,3	28,3	11,2	265,2	295,9	30,7	11,6
Abteilungshelfer	87,7	84,8	-2,9	-3,3	91,4	93,6	2,2	2,4
Ärzte	13,0	12,7	-0,3	-2,3	12,3	15,3	3,0	24,4
Gesamt	855,0	796,5	-58,5	-6,8	894,9	824,5	-70,4	-7,9

Sowohl die Gesamtzahl des betrachteten Soll-Personalstandes als auch des Ist-Personalstandes erhöhte sich - wie auch die Bettenkapazität - im Zeitraum 2000 bis Ende August 2003, wobei im ersten Jahr ein Personalunterstand von rd. 47 Bediensteten (VZÄ) zu erkennen war, der sich kontinuierlich auf rd. 70 Mitarbeiter vergrößerte. Weiters ist anzumerken, dass zusätzlich auch Ärzte, deren Gesamtzahl in den Jahren 2000 bis 2003 zwischen vier und neun lag, mittels Werk- bzw. freien Dienstverträgen beschäftigt wurden.

Während, wie die Tabelle zeigt, die Abweichungen zwischen den Soll- und den Ist-Personalständen bei den Ärzten und den Abteilungshelfern im Betrachtungszeitraum geringfügigen Schwankungen unterlagen, ist bei den Pflegepersonen festzustellen, dass in allen Jahren ein Überstand an Pflegehelfern einem Manko an DGKP gegenüberstand.

Neben den vorangeführten Berufsgruppen beschäftigte das KWP im Betrachtungszeitraum auch Animatoren, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und

Psychologen. Die Gesamtzahl dieser Bediensteten stieg von rd. 86 im Jahr 2000 auf rd. 105 im Jahr 2003.

34. Pflegepersonal

Neben den unter Pkt. 33 angeführten DGKP und Pflegehelfern waren im Jahr 2002 in den einzelnen Häusern des KWP weitere 46 DGKP als Stationsschwestern bzw. deren ständige Vertretungen und im Jahr 2003 (bis 31. August) 47 diesbezügliche Mitarbeiter beschäftigt. Die in der Zentrale des KWP angesiedelte Pflegedienstleitung umfasste eine Oberin und sechs Oberschwestern.

34.1 Unter Einrechnung der oben angeführten Leitungsfunktionen sowie des "Poolpersonals" wies das KWP in den Jahren 2002 und 2003 insgesamt den in der nachstehenden Tabelle angeführten Pflegepersonalstand auf:

Pflegepersonal	KWP gesamt (VZÄ gerundet)	
	2002	August 2003
DGKP	418	420
Pflegehelfer	281	296
Poolpersonal	45	53
Leitungspersonal	53	54
Summe Pflegepersonal	797	823
Durchschnittlich belegte Betten	1.615	1.656
Personal pro 100 Pflegebedürftige	49	50

Wie aus der Tabelle hervorgeht, standen im KWP für 100 Pflegebedürftige rd. 49 Pflegepersonen im Jahr 2002 bzw. rd. 50 Pflegepersonen im Jahr 2003 (bis Ende August) zur Verfügung. Es zeigt sich somit, dass im KWP im Vergleich zu den geriatrischen Einrichtungen des WKAV insgesamt betrachtet um sechs bis sieben Pflegepersonen je 100 belegten Betten weniger beschäftigt wurden, wobei zu berücksichtigen ist, dass von den Pflegepersonen des KWP auch Pflegehandlungen im Rahmen des betreuten Wohnens in Appartements, also an nicht in den Betreuungsstationen befindlichen Bewohnern, ausgeführt werden. Es ist jedoch zu beachten, dass der WKAV eine völlig andere Personalbedarfsberechnung als das KWP anwendete.

34.2 Die Fehlzeiten, die sowohl krankheitsbedingte Absenzen, Fortbildungs- und Supervisionszeiten als auch Urlaube und sonstige Abwesenheiten beinhalteten, beliefen sich unter Zugrundelegung der im Rechenschaftsbericht 2002 ausgewiesenen Beschäftigtenzahlen im Jahr 2002 auf rd. 51 Tage bei den DGKP und auf rd. 53 Tage bei den Pflegehelfern und lagen somit erheblich unter den Vergleichszahlen im Bereich des WKAV.

34.3 Auch im KWP wurden vom Pflegepersonal Mehrleistungen erbracht, die einerseits in Geld und andererseits in Freizeit abgegolten wurden.

In Summe wurde im Jahr 2002 das Pflegepersonal für die Erbringung von mehr als 21.565 Überstunden finanziell entschädigt. In Analogie zu den unter Pkt. 13.1.2 getroffenen Feststellungen entspräche dies im KWP nahezu 13 zusätzlich erforderlichen Dienstposten.

35. Aufgaben des Pflegepersonals

Wie auch im Bereich des WKAV waren - hierarchisch abgestuft - die Aufgaben des Pflegepersonals in Stellenbeschreibungen festgelegt. Dienstaufsichtsbezogene Funktionen werden unter Pkt. 36 dieses Berichtes einer gesonderten Betrachtung unterzogen.

35.1 Auf Grund der gegenüber dem WKAV geringeren Größe und Komplexität des Pflegebereiches im KWP gab es dort nur einen Leiter des Pflegedienstes für alle Häuser, der durch Oberschwester, die für den Pflegedienst mehrerer Pensionistenwohnhäuser im fachlichen und organisatorischen Sinn verantwortlich sind, unterstützt wurde. Die ihm obliegenden Aufgabengebiete waren in Fach-, Führungs- und Managementaufgaben gegliedert. Neben den überwiegend die Personalrekrutierung und -fortbildung betreffenden Tätigkeiten hatte er bei der Lösung fachspezifischer Problemstellungen und der Optimierung der fachlichen Arbeitsabläufe Hilfestellung zu geben. Weiters war er für die Koordination der ihm fachlich unterstellten Mitarbeiter verantwortlich und hatte bei der Entwicklung von Strategien zur Erreichung und Umsetzung der vereinbarten Unternehmensziele mitzuwirken. Schließlich waren von ihm auch

Standards und Richtlinien für die eigene Berufsgruppe zu erarbeiten und Maßnahmen zur Qualitätssteigerung zu koordinieren.

35.2 Die Aufgaben der Oberschwwestern waren in Fachaufgaben, Führungsaufgaben und Managementaufgaben eingeteilt. Fachbereichsbezogen hatten sie u.a. Besprechungen mit den Stationsleitern zu führen bzw. an Teambesprechungen teilzunehmen, an Aufgaben des Leiters des Pflegedienstes, wie z.B. Durchführung des zwischenbetrieblichen Personalausgleichs und von pflegerelevanten Maßnahmen zur Qualitätssteigerung, Sicherstellung einer optimalen Sachmittelausstattung etc. mitzuwirken sowie Beratungen und Schulungen durchzuführen.

Die ihnen obliegenden Führungsaufgaben umfassten neben der fachlichen und organisatorischen Führung der direkt unterstellten Mitarbeiter z.B. auch die Vorauswahl aller Bewerber des Pflegebereiches, die Planung der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter und - in Kooperation mit dem jeweiligen Direktor des Hauses - das Führen von Mitarbeitergesprächen.

In den Managementaufgaben waren einerseits die Entwicklung von Strategien zur Erreichung der vereinbarten Pflegeziele sowie zur Umsetzung der Pflegeleitsätze und andererseits die Mitarbeit bei der Erstellung von Pflege- und interdisziplinären Standards und der Umsetzung betriebsorganisatorischer Veränderungen enthalten.

35.3 Die Betreuungsstationen der einzelnen Häuser wurden von so genannten Stationsleitern, vergleichbar den Stationsschwwestern im WKAV, geführt. Auch diesen waren Fach-, Führungs- und Managementaufgaben übertragen. Bei den Fachaufgaben wurde in solche mit Kundenbezug (wie z.B. die Funktion als Ansprechpartner für Patienten, Bewohner und Angehörige in allen pflegerelevanten Belangen, die Koordination der bewohnerbezogenen Terminplanung und die Umsetzung der Aufgaben des Pflegedienstes) und solche mit Organisationsbezug (wie etwa die Gewährleistung eines wirtschaftlichen Ge- und Verbrauchsgütereinsatzes, die Umsetzung von Konzepten und Pflegerichtlinien, die Mitarbeit bei pflegerelevanten Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und bei der interdisziplinären Koordination auf der Betreuungsstation sowie die Ein-

teilung, Einführung und Anleitung von Schülern, Praktikanten und Zivildienern) unterschieden. Zu den letztgenannten Aufgaben gehörten zusätzlich auch noch die Teilnahme an verschiedenen Besprechungen (Regionalteams, Hausteams, interdisziplinäre Betreuungsteams), die Erstellung von Dienstplänen, welche die "Sichere Pflege" gewährleisten und die Mitarbeit bei der Einbringung von Vorschlägen von Fortbildungsveranstaltungen. Insgesamt hatten die Stationsleitungen die Verantwortung für die Gewährleistung der erforderlichen Pflegequalität Sorge zu tragen.

Die Führungsaufgaben erstreckten sich u.a. auf die Führung der direkt unterstellten Mitarbeiter (DGKP, Pflegehelfer, Abteilungshelfer und in diesem Bereich beschäftigte Zivildienner), Führung von Mitarbeitergesprächen, die Einberufung und Leitung von Betreuungsteambesprechungen und die Bewerberauswahl.

Im Zuge der Managementaufgaben mussten sie den abteilungsinternen Informationsfluss sicherstellen, interne Dienstanweisungen erstellen und bei der Erstellung von Pflegestandards und Arbeitsrichtlinien für den Pflegebereich mitarbeiten.

Den Stationsleitern waren in einigen Häusern noch ständige Vertretungen zugeordnet. In den anderen Häusern wurde im Zuge von Neubesetzungen an Stelle einer ständigen Vertretung eine DGKP, deren Aufgabenprofil in der Stellenbeschreibung um die Unterstützung des Stationsleiters bei der Erfüllung seiner übertragenen Aufgaben erweitert wurde, eingesetzt. Lediglich im Vertretungsfall hatte sie die für den Stationsleiter festgelegten Aufgaben und Zuständigkeiten wahrzunehmen.

35.4 Den nicht leitenden DGKP waren nur fachbezogene Aufgaben zugewiesen, die ihrerseits eine Gliederung in kundenbezogene Aufgaben im eigenverantwortlichen und im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, im interdisziplinären Bereich und in organisationsbezogene Aufgaben aufwiesen.

Die kundenbezogenen Aufgaben im eigenverantwortlichen Bereich umfassten neben den meisten im § 14 Abs 2 GuKG genannten Tätigkeiten z.B. auch noch die Ausarbeitung von Visiten, das Erkennen von Notfallsituationen und folgerichtiges Handeln,

die Einhaltung von Hygienerichtlinien sowie die Gestaltung von Sterbesituationen in würdiger Form. Die kundenbezogenen Aufgaben im mitverantwortlichen Bereich deckten sich mit jenen des § 15 Abs 5 des GuKG. Die Aufgaben im interdisziplinären Bereich erstreckten sich auf die Mitwirkung bei Ausflügen und Festen sowie bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen bzw. zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Zu den organisationsbezogenen Aufgaben zählten u.a. die Medikamentengebarung, die Aufbereitung und Wartung von Geräten und Instrumenten, die Teilnahme an Teambesprechungen, innerbetrieblichen Projekten und Fortbildungsveranstaltungen sowie die ebenfalls im GuKG genannte Anleitung und Begleitung von Schülern bzw. die Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals.

35.5 Die Pflegehelfer hatten im Wesentlichen die ebenfalls im GuKG (§ 84) normierten Tätigkeiten auszuführen, wobei auch in ihren Stellenbeschreibungen zwischen kundenbezogenen und organisationsbezogenen Aufgaben unterschieden wurde. Zusätzlich hatten sie bei einigen eigenverantwortlichen Tätigkeiten der DGKP (Pflegeanamnese, -diagnose und -planung) mitzuwirken, Notfallsituationen zu erkennen und folgerichtig zu handeln sowie die Hygienerichtlinien zu beachten.

36. Wahrnehmung der Dienstaufsicht in den Einrichtungen des KWP

Für die Dienstnehmer des KWP galten keine mit der für Bedienstete der Stadt Wien gültigen DO bzw. VBO vergleichbaren Vorschriften. Auch den diversen Regelungen des Arbeitsrechtes sind nur sehr allgemeine Weisungszusammenhänge zu entnehmen, spezielle Aufsichtspflichten waren daher vom Dienstgeber, also der Leitung des KWP, zu regeln.

Die Aufgaben hinsichtlich Dienstaufsicht waren demnach in den Stellenbeschreibungen festgelegt. Bezüglich jener des Leiters des Pflegedienstes war vor allem das fachliche Weisungsrecht (Anordnungs- und Kontrollkompetenz), das im Zuge einer taxativen Aufzählung seiner Kompetenzen genannt ist, zu erwähnen. Weiters hatte er ein Vorschlagsrecht zur Beendigung von Dienstverhältnissen. Seine Führungsaufgaben umfassten auch die Kontrolle der Tätigkeiten der ihm fachlich unterstellten Mitarbeiter.

Für die Oberschwester waren in Bezug auf die Dienstaufsicht in den Stellenbeschreibungen Kontrolltätigkeiten z.B. hinsichtlich der Personaleinsatzplanung, der Pflegequalität sowie der Einhaltung von Arbeitsrichtlinien und Standards angeführt. In ihrer Kompetenz lag auch die Stellung eines begründeten Antrages auf Beendigung von Dienstverhältnissen ihrem Zuständigkeitsbereich unterliegender Stationsleiter.

Stationsleiter konnten ebenfalls Anträge auf Beendigung von Dienstverhältnissen für Pflegepersonal und Abteilungshelfer stellen. Sie hatten auch die Pflegedokumentation, die Durchführungen im Zusammenhang mit dem festgelegten Pflegesystem sowie die Einhaltung der (Pflege-)Standards und Arbeitsrichtlinien zu kontrollieren. Weiters umfassten ihre diesbezüglichen Führungsaufgaben die Kontrolle und Koordination der Tätigkeiten der ihnen direkt unterstellten Mitarbeiter.

Den DGKP war eine Kontrollkompetenz hinsichtlich aller pflegerischen Maßnahmen übertragen. Es oblag ihnen auch die Überwachung des Hilfspersonals.

37. Infrastruktur

Nachstehender Tabelle ist das Jahr der Eröffnung der einzelnen Häuser des KWP, die Zahl der in diesen vorgehaltenen Pflegeplätze zum 31. August 2003 sowie die Anzahl der jeweils bestehenden Ein- bis Vierbettzimmer zu entnehmen:

Haus	Eröffnungsjahr	Pflegeplätze per 31.8.2003	Zimmer per 31.8.2003	Davon			
				1-Bett-Zimmer	2-Bett-Zimmer	3-Bett-Zimmer	4-Bett-Zimmer
AUG	1975	62	31	-	31	-	-
PRA	1995	65	26	2	9	15	-
M.J.	1971	62	27	-	19	8	-
WIE	1985	87	40	-	33	7	-
MAG	1990	76	31	-	17	14	-
MAR	1984	50	25	-	25	-	-
NEU	1988	62	28	1	20	7	-
RAU	1982	46	20	1	12	7	-
LAA	1972	61	23	-	9	13	1
WRB	1986	44	18	2	6	10	-
HAI	1972	51	26	2	23	1	-
HET	1983	59	26	2	15	9	-
FOE	1966	44	21	3	13	5	-
ROS	1978	88	51	14	37	-	-

Haus	Eröffnungsjahr	Pflegeplätze per 31.8.2003	Zimmer per 31.8.2003	Davon			
				1-Bett-Zimmer	2-Bett-Zimmer	3-Bett-Zimmer	4-Bett-Zimmer
TRA	1986	52	22	1	12	9	-
PEN	1974	55	19	-	2	17	-
G.K.	1985	48	18	-	6	12	-
SCH	1975	72	26	2	7	12	5
RUD	1987	50	22	1	14	7	-
LIE	1969/90	76	34	3	20	11	-
ALS	1981	67	28	3	18	-	7
TUE	1981	54	27	-	27	-	-
DOE	1970	50	21	-	13	8	-
HOW	1991	94	42	2	28	12	-
BRI	1988	54	23	2	11	10	-
LEO	1973	44	19	2	9	8	-
JED	1984	79	33	-	20	13	-
TAM	1992	60	24	1	10	13	-
ATZ	1976	82	36	3	20	13	-
MUE	1987	33	12	1	1	10	-
Summe		1.827	799	48	487	251	13

Wie aus der Tabelle hervorgeht, verfügt das KWP ausschließlich über Ein-, Zwei-, Drei- und Vierbettzimmer, wobei sich 1.775 Betreuungsplätze - d.s. rd. 97,2 % des Gesamtangebotes - in Ein-, Zwei- oder Dreibettzimmern befinden. Lediglich in den Häusern LAA, SCH und ALS gab es insgesamt 13 Vierbettzimmer, was bedeutet, dass rd. 2,8 % des Gesamtbestandes an Betten in Zimmern dieser Größe untergebracht sind.

Wie bereits in einem Bericht des Kontrollamtes (KA II - KWP-2/03) dargestellt, wurden vom KWP in den Jahren 1998 bis 2002 Standardverbesserungen insbesondere im Bereich der sanitären Ausstattung durchgeführt. Mit 31. August 2003 waren 468 (rd. 58,6 %) Zimmer im Betreuungsbereich (Pfliegewohnungen, Betreuungsstationen und Schwerpunktstationen) mit einer Nasszelle - bestehend aus WC und Dusche - und 71 (rd. 8,9 %) weitere Zimmer mit einem WC und einer Waschgelegenheit ausgestattet.

Ein weiteres Drittel der Zimmer verfügte lediglich über einen Waschtisch, welcher sich - zwar baulich abgegrenzt - im Eingangsbereich jedes Zimmers befand, aber statt einer Tür lediglich mit einem Vorhang vom Wohnbereich abgetrennt wurde. Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt, dass die sanitäre Ausstattung mit einem Waschtisch bzw.

ohne WC und Dusche auch in jenen Häusern (z.B. PRA) vorzufinden war, welche erst in jüngerer Zeit errichtet worden sind.

Stellungnahme der Geschäftsführung des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser:

Zur sanitären Ausstattung der Zimmer im Betreuungsbereich des Hauses Prater, das als "jüngstes" Haus des KWP in den Jahren 1993/94 errichtet und im Februar 1995 in Betrieb genommen wurde, wird von der Geschäftsführung des Kuratoriums auf den Umstand verwiesen, dass die Planung des Hauses - entsprechend den notwendigen Projektvorlaufzeiten - in den Jahren 1992/93 abgeschlossen wurde und sich die Ausstattung der Betreuungsstation daher an den damals im KWP üblichen Standards orientiert hat.

38. Beschwerdemanagement

Mit 1. Oktober 2003 trat im KWP eine Arbeitsrichtlinie in Kraft, welche die formale und inhaltliche Bearbeitung von Beschwerden regeln sollte.

38.1 Nach dieser Richtlinie liegt die Hauptverantwortlichkeit für die Bearbeitung der im Haus einlangenden Beschwerden grundsätzlich beim jeweiligen Direktor des Hauses. Der die Beschwerde entgegennehmende Mitarbeiter hat diese umgehend je nach Beschwerdebereich an die zuständigen leitenden Mitarbeiter (d.s. in der Betreuungsstation die Stationsleiter) weiterzuleiten, eine Beschwerdebewertung gemäß einer fünfstufigen Skala vorzunehmen und den Direktor des Hauses zu informieren. Sachlich nicht nachvollziehbare Beschwerden (Stufe 1) und sachlich nachvollziehbare aber intern leicht behebbare Beschwerden (Stufe 2) werden dem jeweiligen Beschwerdebereich zugeordnet, zahlenmäßig in einem Formblatt (Beschwerdeerfassungs-Formblatt 1) erfasst und quartalsweise dem Bewohnerservice in der Zentrale des KWP übermittelt. Beschwerden, welche intern gelöst werden können, jedoch von allgemeinem Interesse im KWP sind (Stufe 3), weiters schwer wiegende Beschwerden mit möglicher oder angekündigter Außenwirkung (Stufe 4) bzw. bereits erfolgter Befassung externer

Institutionen (Stufe 5) sind mittels eines weiteren Formblatts (Beschwerdeerfassungs-Formblatt 2) umgehend auf elektronischem Weg dem Bewohnerservice zu übermitteln. Beschwerden, die den pflegerischen und medizinischen Bereich betreffen, sind überdies dem Pflegedienst bzw. der Ärztlichen Leitung zu melden. Die Koordination der Beschwerdebearbeitung obliegt in diesem Fall dem Bewohnerservice. Beschwerden der Stufe 4 und 5 unterliegen einer Informationspflicht an die Geschäftsführung, die bei Beschwerden der Stufe 4 über das Einlangen und die beabsichtigte Enderledigung und bei Stufe 5 über alle Bearbeitungsschritte zu informieren ist.

38.2 In der Zentrale des KWP einlangende Beschwerden sind an das Bewohnerservice weiterzuleiten, wo die Erfassung, Bewertung nach den oben angeführten Stufen und die Bearbeitung vorgenommen wird. Des Weiteren werden auch alle direkt im Bewohnerservice eingehenden Beschwerden von diesem bearbeitet bzw. die von einer Beschwerde betroffenen Häuser bzw. deren Direktoren informiert.

38.3 Im laufenden Jahr 2003 gingen im KWP für den Pflegebereich zwölf Beschwerden in insgesamt zehn Häusern ein. Bei sechs Beschwerden wurde die Geschäftsführung informiert, in einem Fall wurde darüber hinaus an den Seniorenbeauftragten der Stadt Wien bzw. in einem weiteren Fall an die zuständige amtsführende Stadträtin Bericht erstattet. Die Beschwerden betrafen z.B. mangelnde Flüssigkeitszufuhr, fahrlässige Körperverletzung, mehrmals unfreundlichen Ton des Pflegepersonals und Unterbringung auf der Betreuungsstation gegen den Willen des Pflinglings, ungerechtfertigte Verschiebung des Badetages, keine Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme und Mangel an Pflegepersonal. Eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer über die Art der Erledigung bzw. erfolgte Maßnahmen war in drei Fällen nicht möglich, da die Beschwerden anonym eingebracht worden waren.

Stellungnahme der Geschäftsführung des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser:

Zu den im Bericht erwähnten Beschwerden wird seitens der Geschäftsführung des Kuratoriums angemerkt, dass sich deren über-

wiegende Zahl im Zuge der umgehend durchgeführten Überprüfungen als nicht gerechtfertigt dargestellt hatte.

In zwei Fällen (mangelnde Flüssigkeitszufuhr, fahrlässige Körperverletzung) waren die telefonisch vorgebrachten Beschwerdeinhalte auf Grund gravierender Unterschiede zwischen den Angaben der Beschwerdeführer und den Aufzeichnungen der Pflegedokumentation nicht eindeutig zu verifizieren.

Als sachlich gerechtfertigt mussten hingegen zwei der eingelangten Beschwerden (unfreundlicher Ton des Pflegepersonals) qualifiziert werden; entsprechende Veranlassungen wurden selbstverständlich getroffen.

39. Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Die im KWP anzustrebende Pflegequalität wurde von der Pflegedienstleitung unter Mitarbeit von Oberschwestern und Pflegepersonal der Häuser in Pflegeleitsätzen und in Standards vordefiniert.

39.1 Bei den Standards handelt es sich um in komprimierter Form erstellte Unterlagen zu einzelnen Pflegehandlungen, wie z.B. Ganzkörperwaschungen im Bett, Pflege bei Bewohnern mit Inkontinenz etc., die auch in den einzelnen Pflegedokumentationen abgelegt werden. Eine Überprüfung der Einhaltung der Standards hat einerseits bei den von der Stationsleitung durchzuführenden und auf diesbezüglichen Formularen zu dokumentierenden Pflegevisiten zu erfolgen, andererseits soll von den Oberschwestern im Zuge der ebenfalls schriftlich festzuhaltenden Qualitätsermittlung die Qualität, insbesondere aber auch die der Pflegedokumentation überprüft werden.

39.2 Während die genannte Pflegequalitätsermittlung, mittels der zumindest die Qualitätsstufe "Sichere Pflege" erreicht werden soll, auf Grund ihrer Gestaltung als Checkliste mit sehr ausführlichen und detaillierten Prüfschritten einschließlich definierter

Beurteilung den Charakter einer Dienstanweisung aufwies, sind die Pflegeleitsätze ähnlich dem Leitbild - also mittels Zielformulierung - gestaltet.

40. Feststellungen auf Grund unangekündigter Überprüfungen in einzelnen Betreuungsstationen

In gleicher Form wie im Bereich des WKAV führte das Kontrollamt auch in zwei Betreuungsstationen des KWP unangekündigte Prüfungen unter Beiziehung der Pflegesachverständigen durch.

40.1 Die Beobachtungen des Kontrollamtes spiegelten die unter Pkt. 37 dargestellte bauliche Infrastruktur wider.

Auffällig war hingegen, dass in beiden Betreuungsstationen mit dem Abendessen bereits um 16.30 Uhr begonnen wurde, was ebenfalls zu einer längerdauernden Nahrungskarenz führen kann. In beiden Einrichtungen waren die Stationen räumlich geteilt bzw. befanden sich auf unterschiedlichen Ebenen, was jedoch in einem Fall auf die zum Zeitpunkt der Einschau im Gange befindlichen Umbaumaßnahmen zurückzuführen war. Nach Ansicht des Kontrollamtes brachte dieser Umstand für das Personal Erschwernisse hinsichtlich der Kommunikation und der Wahrnehmung der Dienstaufsicht mit sich.

Stellungnahme der Geschäftsführung des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser:

Die Regelung, dass den Bewohnern der Betreuungsstationen des Kuratoriums das Abendessen ab 16.30 Uhr serviert wird, führt keinesfalls zu einer längeren Nahrungskarenz, da in allen Betreuungsstationen jederzeit, gegebenenfalls auch in der Nacht, Brot und Gebäck sowie Butter, Marmelade, verschiedene Aufstriche, Joghurt, Obst u. dgl. zur Verfügung stehen.

40.2 Im Zuge der unangekündigten Einschauen durch die Pflegesachverständige des Kontrollamtes zeigten sich vor allem Mängel in der Führung der Pflegedokumentation,

die verbesserungsbedürftig erschien, da z.B. psychosoziale Pflegeprobleme, Ressourcen und die Pflegeevaluation kaum bis gar nicht erfasst waren. Weiters waren bei der Pflegeplanung Pflegeprobleme z.T. nicht mit den Pflegezielen kompatibel und einzelne Planungsschritte nicht transparent nachvollziehbar. Nach Auskunft der leitenden DGKP waren die Defizite in der Dokumentation im Verlauf von Pflegevisiten von der zuständigen Oberschwester erkannt worden, die Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen gestaltete sich auf Grund des häufig eingesetzten Poolpersonals z.T. jedoch schwierig. In einem anderen überprüften Haus waren aus den Dokumentationen keine Pflegevisiten erkennbar.

Bei einer Bewohnerin wurde das Fehlen der Schwesternrufanlage festgestellt, was mit der schweren Demenz und einer damit im Zusammenhang stehenden Selbstverletzungsgefahr der Bewohnerin begründet wurde. Noch während der Prüfhandlung wurde die Bewohnerin in ein vom Schwesternstützpunkt einsehbares Zimmer verlegt und eine eigene Dokumentation mit Durchführungsnachweis regelmäßiger Kontrollen angelegt.

Stellungnahme der Geschäftsführung des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser:

Die Pflegedokumentation in den Betreuungsstationen des Kuratoriums wird regelmäßig durch die Magistratsabteilung 15 im Rahmen der behördlichen Aufsicht gemäß § 23 des WSHG überprüft. Diese Überprüfungen bescheinigen dem Kuratorium generell gut nachvollziehbare Pflegemaßnahmen und -dokumentationen.

Vereinzelte Fehlleistungen können auch bei bester Qualifikation und hoher Motivation der Mitarbeiter und trotz laufender Qualitätskontrollen grundsätzlich nie zur Gänze ausgeschlossen werden. Die Evaluierung der Dokumentation erfolgt durch die zuständigen Oberschwesterinnen. Pflegevisiten werden derzeit in allen Häusern des KWP eingeführt.

41. Private Wohn- und Pflegeheime

Im Juni des Jahres 2003 waren 2.518 Pflinglinge, für die das Land Wien Sozialhilfeträger war, in nicht der Stadt Wien zuzurechnenden Wohn- und Pflegeeinrichtungen untergebracht. Bei diesen handelte es sich einerseits um in Wien gelegene private Heime, andererseits um in anderen Bundesländern gelegene öffentliche (z.B. Landespflegeheime) und private Einrichtungen, sofern diese der Aufsicht des jeweiligen Sozialhilfeträgers unterlagen.

41.1 Zum vorgenannten Zeitpunkt leistete die Magistratsabteilung 47 Zuschüsse für die Unterbringung von 236 Personen in Wohn- und von 2.282 Personen in Pflegeheimen.

Gemäß dem Wirtschaftsbericht für das Jahr 2002 der Magistratsabteilung 47 sank die Zahl der von ihr bezuschussten Pflingtage von 968.132 im Jahr 2000 über 906.786 im Jahr 2001 auf 893.158 im Jahr 2002, also insgesamt um 74.974 Tage. Dazu wurde jedoch angemerkt, dass der Rückgang im letztgenannten Jahr einerseits auf die Übertragung der Kosten von Pflegeleistungen für Behinderte im Haus der Barmherzigkeit auf die Magistratsabteilung 12 und andererseits auf die Abrechnung der im Hospiz der Caritas Socialis erbrachten Pflingtage als ASVG-Leistung im Gesamtausmaß von ca. 28.500 Pflingtagen zurückzuführen war. Das bedeutete, dass 2002 im Bereich der privaten Wohn- und Pflegeheime nominell um rd. 7,7 % weniger Pflingtage als im Jahr 2000 in Anspruch genommen worden waren. Wäre es nicht zu den vorangeführten Kompetenzübertragungen gekommen, hätte der Rückgang lediglich rd. 4,8 % betragen. Lt. Voranschlag für das Jahr 2003 wird dennoch wieder ein Anstieg auf mehr als 946.000 Pflingtage erwartet.

41.2 Auch in den privaten Pflegeheimen waren im Wege der Magistratsabteilung 47 Bewohner aufgenommen, deren PflegegeldEinstufung niedriger als die Stufe 3 war bzw. die kein Pflegegeld bezogen. Im Mai 2003 waren dies rd. 8,3 % aller diesbezüglichen Bewohner. Etwa 84,0 % aller Bewohner bezogen zu diesem Zeitpunkt Pflegegeld der Stufen 3 bis 5, während rd. 7,7 % in den höchsten Pflegegeldstufen, nämlich 6 und 7 eingereiht waren. Ein Vergleich mit den PflegegeldEinstufungen des Jahres 2001 zeigte zwar keine signifikante Veränderung, es war jedoch festzustellen, dass sich im Bereich

der privaten Heimträger der Anteil der nicht bzw. sehr niedrig (Stufe 0 bis 2) eingestuften Bewohner geringfügig erhöhte, während in den anderen Kategorien leichte Rückgänge zu verzeichnen waren.

In diesem Zusammenhang verwies das Kontrollamt auf seine im Bericht vom 10. Dezember 2002 (s. TB 2002, Magistratsabteilung 47, Überprüfung des finanziellen Zustandes des Wiener Gesundheitswesens) abgegebene Empfehlung, nach Betreuungs- bzw. Pflegegeldstufen gestaffelte Heimpreise zu vereinbaren. Angemerkt wurde dazu, dass die Magistratsabteilung 47 lt. ihrer diesbezüglichen Stellungnahme bereits begonnen hatte, derartige Vereinbarungen abzuschließen.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 15A:

Zur Feststellung des Kontrollamtes, dass in privaten Heimen auch Bewohner mit niedrigerer Pflegegeldeinstufung als Stufe 3 bzw. Bewohner, die kein Pflegegeld bezogen, aufgenommen waren, ist anzumerken, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle um Personen handelte, die noch keinen Antrag auf Zuerkennung von Pflegegeld gestellt hatten oder deren aktuelle Einstufung zum Zeitpunkt der Antragstellung für die Aufnahme in ein Pflegeheim niedriger als Stufe 3 war. In solchen Fällen liegen fast ausschließlich Gutachten eines Arztes des Magistrats vor, die die Aufnahme rechtfertigen. In einigen Fällen bleibt die Pflegegeldeinstufung nach der Begutachtung durch die auszahlende Stelle unter der Stufe 3, in manchen Fällen ist eine Aufnahme auf Grund einer sozialen Indikation angebracht. Diese Fälle werden anlassbezogen beurteilt. Seitens der Magistratsabteilung 15A wird darauf geachtet, dass Anträge auf Pflegegeld gestellt werden, wenn die letzte Begutachtung bereits länger als ein Jahr zurückliegt.

Zur Empfehlung des Kontrollamtes, nach Pflegegeldstufen gestaffelte Heimpreise zu vereinbaren, wird mitgeteilt, dass im vergangenen Jahr - wie bereits im Bericht der damaligen Magistratsabtei-

lung 47 vom 25. November 2003 festgehalten - ein Tarifmodell entwickelt wurde, welches auf die genannten Erfordernisse Bedacht nimmt. Der Grundgedanke besteht darin, dass die Infrastruktur der Einrichtung sowie die Grundversorgung der Heimbewohner, die nicht von der Pflegebedürftigkeit abhängig ist, durch einen Grundtarif abgebildet werden und durch Zuschläge, die durch den Grad der Pflegebedürftigkeit entsprechend der Einstufung gemäß Bundes- oder Landespflegegeldgesetz bestimmt werden, auf den individuell erforderlichen Pflegebedarf Rücksicht genommen wird.

Demgemäß konnten im Spätsommer bzw. Herbst 2003 mit allen Einrichtungen, die Anträge auf außerplanmäßige Tarifierhöhungen gestellt haben bzw. als Anbieter neu aufgetreten sind, Vereinbarungen betreffend die Anwendung eines gestaffelten Tarifmodells abgeschlossen werden. Insgesamt handelt es sich um sechs private Einrichtungen.

Auf der Grundlage dieser Erfahrungen ist beabsichtigt, ein weitergehendes gestaffeltes Pflegekostenmodell für Wien zu entwickeln. Dabei soll auf weitere Parameter, wie etwa die Ausstattung, Zimmergröße, weiterführende Betreuungsangebote u.ä. Rücksicht genommen werden. Die Entwicklung wird im Zuge der Gestaltung der Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien gemeinsam mit Trägern privater Pflegeheime betrieben. Eine entsprechende Arbeitsgruppe hat im Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste inzwischen ihre Tätigkeit aufgenommen. Es ist beabsichtigt, dieses Modell in kürzestmöglicher Zeit zu entwickeln, allerdings ist mit einer schwierigen Entwicklungsphase zu rechnen, die mit der nötigen Sensibilität betrieben werden wird.

41.3 Schriftliche vertragliche Vereinbarungen bestanden mit nur sieben Rechtsträgern.

Sie enthielten jedoch keine Bestimmungen hinsichtlich baulicher, personeller und pflegerischer Standards und nur in vier Fällen Angaben bezüglich der der Stadt Wien zur Verfügung stehenden Anzahl an Wohn- bzw. Betreuungsplätzen.

Durch das Fehlen verbindlicher Vorgaben, die einen bestimmten Mindeststandard sowohl der pflegerischen als auch der so genannten Hotelkomponente festgelegt, aber auch Prüf- und Sanktionsrechte im Fall von deren Unterschreitung definiert hätten, war für rd. 26,7 % aller in diesem Bericht genannten, in einem Wohn- oder Pflegeheim untergebrachten Personen die Versorgungsqualität nur in beschränktem Ausmaß von der Stadt Wien beeinflussbar. Es war jedoch auch in diesem Fall durch das In-Kraft-Treten des WHG einschließlich der zugehörigen Verordnung zu erwarten, dass damit die dort definierten Mindestanforderungen in allen Einrichtungen gewährleistet sein werden.

Der § 73 WStV legt fest, dass u.a. Einrichtungen, die Zuwendungen aus Gemeindemitteln erhalten, vom Kontrollamt geprüft werden können, soweit sich die Gemeinde eine Kontrolle vorbehalten hat. Mangels entsprechender Vereinbarungen war in den nichtstädtischen Wohn- und Pflegeeinrichtungen kein Prüfrecht des Kontrollamtes gegeben.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 15A:

Die Magistratsabteilung 15A teilt die Erwartungshaltung des Kontrollamtes bezüglich des beabsichtigten Heimgesetzes. Gemeinsam mit der Magistratsabteilung 15 wird zur Zeit an weiterführenden Vorschlägen zur legislativen Verankerung der behördlichen Aufsichts- und Kontrollmöglichkeiten der Magistratsabteilung 15 gearbeitet.

Das Prüfrecht des Kontrollamtes in nichtstädtischen Wohn- und Pflegeeinrichtungen wird jedenfalls durch die künftigen Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien gewährleistet werden.

41.4 In den von der Stadt Wien durch Vereinbarung von Kontingentplätzen beauftragten

privaten Wohn- und Pflegeheimen galten - wie auch unter Pkt. 36 für das KWP beschrieben - ebenfalls keine allgemeinen Regelungen in Bezug auf die internen Aufsichtspflichten. Da die Stadt Wien darauf keinen Einfluss hat, kam bei diesen Einrichtungen der Wahrnehmung der unter Pkt. 42 erwähnten behördlichen Aufsicht daher besondere Bedeutung zu.

Die in privaten Einrichtungen durchgeführten Prüfungen durch die damals zuständige Magistratsabteilung 47 führten z.B. in zwei Pflegeheimen zur Erlassung von Bescheiden, in denen insbesondere ein eklatanter Personalmangel festgestellt wurde. In einem Heim wurden die nur fragmentarische Führung der Pflegedokumentation, gravierende Hygienemängel sowie die Nichtdurchführung rehabilitativer, aktivierender bzw. reaktivierender Maßnahmen erkannt. In der anderen privaten Einrichtung wurden bei mehreren Bewohnern Dekubitusulcera diagnostiziert, was in einem Fall zur sofortigen Einweisung in ein Krankenhaus führte, da aus amtsärztlicher Sicht ein Verbleib in dieser Einrichtung nicht mehr zu verantworten war. In beiden Fällen wurde den Betreibern aufgetragen, die Zahl der Bewohner deutlich zu verringern.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 15A:

Im Sinne der obigen Ausführungen ist davon auszugehen, dass durch die beabsichtigte Schaffung des WHG sowie der Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien entsprechende Verbesserungen zu erwarten sind. Weiters ist auf die in der Zwischenzeit erarbeiteten bundesgesetzlichen Verbesserungen (Heimvertragsgesetz, Heimaufenthaltsgesetz - dzt. beide bereits vom Nationalrat beschlossen und dem Bundesrat übermittelt) hinzuweisen.

41.5 Das Kontrollamt empfahl, zur Sicherstellung eines entsprechenden Kontingents an der Stadt Wien zur Verfügung stehenden Betreuungsplätzen sowie zur Festlegung von über die behördliche Aufsicht hinausgehenden Prüfrechten und damit in Zusammenhang stehenden Sanktionsmechanismen, mit allen infrage kommenden Rechtsträgern dahin gehende schriftliche Vereinbarungen abzuschließen.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 15A:

Hinsichtlich der Empfehlung des Kontrollamtes, mit allen infrage kommenden Rechtsträgern Verträge abzuschließen, darf auf die dzt. stattfindende Strukturreform im Sozial- und Gesundheitsbereich der Stadt Wien und im Zusammenhang damit auf die geplante Neugestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen Stadt Wien bzw. Fonds Soziales Wien, Organisationen und Klienten verwiesen werden.

IV. Behördliche Aufsicht

42. Wahrnehmung der behördlichen Aufsichtspflicht

Wie bereits unter Pkt. 1.1 dargestellt, unterliegen alle in Wien gelegenen Pflegeheime gemäß WSHG der behördlichen Aufsicht durch die Landesregierung.

Lt. GEM war seit dem Jahr 1994 die angeführte Aufgabe der Magistratsabteilung 47 übertragen, wobei sich deren Aufsichtspflicht grundsätzlich seit jeher sowohl auf öffentliche als auch auf private Wohn- und Pflegeheime erstreckte.

42.1 Wie dem Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes (RH) des Verwaltungsjahres 2000 in Bezug auf die Bundeshauptstadt Wien zu entnehmen war, war von ihm damals die Durchführung der sanitären Aufsicht geprüft und hiebei u.a. bemängelt worden, dass durch die Magistratsabteilung 47 die behördliche Aufsicht lediglich bei den Heimen privater Rechtsträger wahrgenommen worden sei. Diese Vorgangsweise war damit begründet worden, dass die städtischen Pflegeheime wie Krankenhäuser geführt werden und demgemäß auch eine entsprechende Struktur im Bereich der Hygiene und der Qualitätssicherung besteht. Vom RH wurde trotzdem empfohlen, die behördliche Aufsicht in den städtischen Pflegeheimen zu überdenken. In seiner Stellungnahme sagte der Stadtsenat zu, künftig auch in den städtischen Pflegeheimen die Wahrnehmung der behördlichen Aufsicht durch die Magistratsabteilung 47 sicherzustellen.

42.2 Aus einem Schreiben der amtsführenden Stadträtin für Gesundheits- und Spitalwesen vom 14. Jänner 2002 ging hervor, dass diese die Magistratsabteilung 47 mit der

Überprüfung aller - auch privater - Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Brandsicherheit beauftragte. Da bis dahin die Überprüfungen in den Wiener städtischen Pflegeheimen vom WKAV selbst vorgenommen worden seien, ersuchte die Magistratsabteilung 47 in einem diesbezüglichen Antwortschreiben um eine Entscheidung hinsichtlich der Prüfkompetenz, wobei sie auch darauf hinwies, dass unter Berücksichtigung der vorhandenen Personalkapazität die zuständige Organisationseinheit mit der Überprüfung der privaten Heime ausgelastet wäre. In weiterer Folge wurden Abstimmungsgespräche zwischen der Magistratsabteilung 47 und dem WKAV geführt, nach denen - vorerst während eines einjährigen Projektes - vorgesehen war, die Aufsicht von den im WKAV mit der Qualitätssicherung im weiteren Sinn beauftragten Personen operativ durchführen zu lassen, während die Überwachung der sich daraus ergebenden Umsetzungsmaßnahmen von der Magistratsabteilung 47 wahrzunehmen gewesen wäre.

Demgegenüber war einer Stellungnahme der Magistratsabteilung 47 vom 17. Juni 2002 zum Kontrollamtsbericht "Sicherheitstechnische Prüfung des Geriatriezentrums Baumgarten" (s. TB 2002) zu entnehmen, dass von der amtsführenden Stadträtin für Gesundheits- und Spitalswesen verfügt worden war, die behördliche Aufsichtspflicht sowohl über private als auch über städtische Heime durch die genannte Magistratsabteilung wahrzunehmen. Aus einem weiteren Schreiben der amtsführenden Stadträtin für Gesundheits- und Spitalswesen vom 27. Juni 2002 ging hervor, dass sie die zuvor dargestellte, von der Magistratsabteilung 47 mit dem WKAV vereinbarte Vorgangsweise als nicht gesetzeskonform erachtete und daher - zumindest stichprobenweise - eine Überprüfung der städtischen Heime genauso wie jene der privaten Pflegeheime empfehle.

Die erste dahingehende Prüfung durch die behördliche Aufsicht der Magistratsabteilung 47 fand im Mai 2003 im GZB statt.

42.3 Innerhalb der Magistratsabteilung 47 war mit der Wahrnehmung der behördlichen Aufsicht in privaten und städtischen Wohn- und Pflegeheimen die Organisationseinheit "Behördliche Aufsicht und Qualitätssicherung" im Bereich "Rechtsbüro" betraut. Wie den in der Referatseinteilung angeführten Stellenbeschreibungen zu entnehmen war,

waren seit 1. April 2000 insgesamt vier Mitarbeiter u.a. mit den diesbezüglichen Aufgaben beauftragt. Dabei handelte es sich um die Leiterin der genannten Organisationseinheit, zwei Referentinnen sowie eine Kanzleibedienstete, wobei bei der Erst- und der Letztgenannten lediglich wenige Aufgaben Tätigkeiten im Zusammenhang mit der behördlichen Aufsicht betrafen. Auch das Tätigkeitsprofil der beiden anderen Bediensteten umfasste neben der Überprüfung der Heime vor allem die Erarbeitung und Festsetzung von Standards sowie Qualitätskriterien für die Führung von Wohn- und Pflegeheimen.

Zum Zeitpunkt der Einschau durch das Kontrollamt im Herbst 2003 unterlagen 42 private Wohn- und Pflegeeinrichtungen, 31 vom KWP geführte Pensionistenwohnhäuser sowie die acht in Wien gelegenen Geriatriezentren des WKAV der behördlichen Aufsicht durch die Magistratsabteilung 47.

Diese übermittelte dem Kontrollamt Anzahl und Umfang aller seit Beginn des Jahres 2000 im Sinne der behördlichen Aufsicht über Wohn- und Pflegeheime durchgeführten Prüfungen. Der nachstehenden Tabelle kann die jährliche Zahl an überprüften Wohn- und Pflegeheimen entnommen werden, wobei die für das Jahr 2003 genannten Zahlen alle bis zur Übertragung der gegenständlichen Aufgabe an die Magistratsabteilung 15 geprüften Einrichtungen beinhalten:

Geprüfte Einrichtungen	2000	2001	2002	2003
Private Heime	30	22	42	30
Einrichtungen des KWP	9	9	31	5
Einrichtungen des WKAV	-	-	-	2
Summe der geprüften Einrichtungen	39	31	73	37

Die Magistratsabteilung 47 unterschied bei ihren Prüfungsaktivitäten vier Kategorien, nämlich die so genannte "interdisziplinäre Kommission", die "kleine Kommission", die "Beschwerde" und die "Nachkontrolle". Bei der ersten handelte es sich um eine kommissionelle Überprüfung unter Beiziehung der Magistratsabteilungen 12, 15, 36 - Technische Gewerbeangelegenheiten, behördliche Elektro- und Gasangelegenheiten, Feuerpolizei und Veranstaltungswesen, 37 - Baupolizei, 59 - Marktamt, 68 - Feuerwehr und Katastrophenschutz sowie von Vertretern der Wiener Patientenadvokatur und des jeweiligen Bezirks. Die "kleine Kommission" setzte sich aus Vertretern der Magistrats-

abteilungen 47 und 15 unter Hinzuziehung von Mitarbeitern der Wiener Patienten-anwaltschaft zusammen. Die beiden anderen Prüfkategorien wurden unangekündigt von der Magistratsabteilung 47 - unterstützt durch jeweils erforderliche Sachver-ständige - wahrgenommen.

In der nachstehenden Tabelle sind die im Zeitraum 1. Jänner 2000 bis 25. Septem-ber 2003 durchgeführten Prüfhandlungen gesondert nach Art der Prüfung und Rechts-träger der Betreuungseinrichtung dargestellt:

	Anzahl der Prüfungen			
	2000	2001	2002	2003
interdisziplin. Kommission	15	5	25	13
davon in privaten Heimen	8	2	19	6
davon in Einrichtungen des KWP	7	3	6	3
davon in Einrichtungen des WKAV	-	-	-	4
kleine Kommission	19	11	69	14
davon in privaten Heimen	19	7	33	14
davon in Einrichtungen des KWP	-	4	36	-
davon in Einrichtungen des WKAV	-	-	-	-
Beschwerden	11	23	13	18
davon in privaten Heimen	8	18	11	14
davon in Einrichtungen des KWP	3	5	2	2
davon in Einrichtungen des WKAV	-	-	-	2
Nachkontrollen	6	9	11	17
davon in privaten Heimen	6	9	11	17
davon in Einrichtungen des KWP	-	-	-	-
davon in Einrichtungen des WKAV	-	-	-	-
Summe aller Prüfungen	51	48	118	62
davon in privaten Heimen	41	36	74	51
davon in Einrichtungen des KWP	10	12	44	5
davon in Einrichtungen des WKAV	-	-	-	6

Als Ergebnis der in der Tabelle aufgelisteten Prüfungen wurden von der Magistratsab-teilung 47 im gesamten betrachteten Zeitraum vier Bescheide, die zwei Einrichtungen betrafen, ausgestellt. Vom Leiter der Magistratsabteilung 47 wurde dazu ausgeführt, dass aus verwaltungsökonomischen Gründen Bescheide lediglich bei Nichtzustimmung des Heimvertreters zu den Feststellungen der Behörde oder bei Gefahr im Verzug er-lassen würden, während in der Regel festgestellte Mängel und eine Frist bis zu deren Behebung im Verhandlungsprotokoll festgehalten worden seien. Deren Umsetzung sei Nachkontrollen unterzogen worden.

Aus den angeführten Zahlen der im Rahmen der behördlichen Aufsicht durchgeführten Tätigkeiten und der kontrollierten Pflegeeinrichtungen war abzuleiten, dass durchschnittlich rd. 1,5 Prüfhandlungen pro Einrichtung erforderlich waren, bis die von der behördlichen Aufsicht erwarteten Qualitätsstandards erreicht worden waren. Während in den Einrichtungen des KWP lediglich durchschnittlich 1,3 Prüfungen dafür notwendig waren, waren es in privaten Heimen rd. 1,6 Prüfhandlungen. Die Prüfhäufigkeit in den Einrichtungen des WKAV wurde wegen der geringen Zahl der überprüften Pflegeheime nicht gesondert dargestellt.

Im Durchschnitt erfolgten - unter Hochrechnung der Werte des Jahres 2003 - pro Jahr im Rahmen der behördlichen Aufsicht durch die Magistratsabteilung 47 rd. 75 Prüfhandlungen in rd. 48 Wohn- und/oder Pflegeheimen. Stellte man diese Zahl der Summe aller zu überprüfenden Einrichtungen gegenüber, so ergab sich insbesondere unter Berücksichtigung eines durch die Größe und Komplexität der städtischen Geriatriezentren GZW und GZB bedingten zusätzlichen Prüfaufwandes bestenfalls ein mehr als zweijähriges Prüfintervall pro geriatrischer Einrichtung.

42.4 Vom Kontrollamt war festzustellen, dass weder die zum Zeitpunkt der Einschau geltenden gesetzlichen Regelungen mehr als allgemeine Feststellungen bezüglich der Qualitätsmaßstäbe bzw. der personellen und sonstigen Ausstattung enthielten noch seitens der Magistratsabteilung 47 den Trägern von Wohn- und Pflegeheimen diesbezügliche von ihnen einzuhaltende Mindeststandards vorgegeben worden waren. Dadurch schien dem Kontrollamt die Feststellung der Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards, deren Kontrolle eine wesentliche Aufgabe der behördlichen Aufsichtspflicht darstellte, deutlich erschwert bzw. führte in der Praxis immer wieder zu Auffassungsunterschieden zwischen der Behörde und den Trägern der Betreuungseinrichtungen. Durch das In-Kraft-Treten des WHG bzw. der zugehörigen Verordnung konnte jedoch erwartet werden, dass diese Problematik künftig nicht mehr bestehen werde.

Weiters erschien dem Kontrollamt die personelle Ausstattung der für die behördliche Aufsicht zuständigen Organisationseinheit der Magistratsabteilung 47, die unter Berücksichtigung ihrer sonstigen Aufgaben - umgelegt auf vollzeitbeschäftigte Mitarbeiter -

weniger als zwei Bedienstete umfasste, in Anbetracht des zu kontrollierenden Aufgabenbereiches von insgesamt 81 Heimen für die ordnungsgemäße Erfüllung ihres Aufgabengebietes als zu gering bemessen, zumal zum Zeitpunkt der Einschau allein das GZW über elf medizinische Abteilungen mit 62 Stationen verfügte.

Wie bereits mehrfach erwähnt, oblag seit 25. September 2003 die behördliche Aufsicht über die öffentlichen und privaten Wohn- und Pflegeheime der Magistratsabteilung 15. Drei Dienstposten wurden von der Magistratsabteilung 47 an die Magistratsabteilung 15 übertragen und organisatorisch in den Fachbereich für Krankenanstalten eingegliedert.

Das Kontrollamt empfahl, künftig der - nunmehr durch die Magistratsabteilung 15 wahrzunehmenden - behördlichen Aufsicht in privaten und städtischen Wohn- und Pflegeheimen, nicht zuletzt durch Bereitstellung einer entsprechenden Personalkapazität erhöhtes Augenmerk zu schenken, wobei - auch unter Einbeziehung der Einrichtungen des WKAV - zumindest eine jährliche Überprüfung aller diesbezüglichen Heime gewährleistet werden sollte.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 15:

Die Agenden der behördlichen Aufsicht über öffentliche und private Wohn- und Pflegeheime wurden der Magistratsabteilung 15 Ende September 2003 übertragen. Sie werden derzeit von einer noch im Aufbau begriffenen Organisationseinheit wahrgenommen, die dem Dezernat II - Rechtsangelegenheiten zugeordnet ist.

Derzeit stehen folgende Dienstposten zur Verfügung:

- für Sachverständigentätigkeit zwei mit K 3 bewertete Dienstposten (einer davon erst in Ausschreibung) und ein mit B/III bewerteter Dienstposten,
- für Verwaltungstätigkeiten ein mit B/VI bewerteter Dienstposten,
- für Kanzleitätigkeit ein mit C/III bewerteter Dienstposten.

Die Leitung dieser Organisationseinheit soll von einem Juristen wahrgenommen werden, dem neben der Führung rechtlich anspruchsvoller Verhandlungen die Abklärung von Rechtsfragen, die Ausarbeitung von juristischen Stellungnahmen und die Begutachtung von bzw. die Teilnahme an legislativen Vorhaben im Umfeld des zunehmend brisanten Themenbereiches "geriatrische Versorgung" obliegen soll. Ein entsprechender Dienstposten für diese Aufgabe wurde der Magistratsabteilung 15 bisher noch nicht zur Verfügung gestellt, sie wird sich aber weiterhin intensiv darum bemühen. Auf Grund der bisherigen Praxiserfahrungen erscheint überdies die Schaffung eines weiteren mit K 3 bewerteten Dienstpostens - gegebenenfalls durch Umwandlung eines Dienstpostens der Verwendungsgruppe B - vorteilhaft.

Bis zum Bereitstehen der vollständigen Personalkapazität wird eine nahtlose Weiterführung bzw. Intensivierung der behördlichen Aufsicht durch enge Zusammenarbeit mit dem Fachbereich für Krankenanstalten der Magistratsabteilung 15 gewährleistet werden.

In diesem Rahmen sollen auch die geriatrischen Einrichtungen des WKAV zumindest einer jährlichen Überprüfung unterzogen werden.

V. Resümee

43. Abschließende Feststellungen und Empfehlungen des Kontrollamtes

Was den Anlassfall des vorliegenden Prüfauftrages betrifft, konnte das Kontrollamt bei seiner - zwar nur stichprobenweise vorgenommenen, jedoch alle diesbezüglichen Einrichtungen des WKAV umfassenden - Einschau zwar Pflegemängel, jedoch keinen "Pflegeskandal" feststellen. Die beigezogene Sachverständige für Krankenpflege beurteilte die in den der Einschau unterzogenen Einrichtungen erbrachte Pflegequalität vorwiegend als sicher bzw. angemessen, wobei bei mehr als der Hälfte der besuchten

Stationen im Ansatz auch optimale Pflege zu erkennen war (Beurteilung der Pflegestufen nach Fasching/Flatz/Öhlinger, Qualität im Pflegeheim).

In einigen Fällen war - vor allem auf Grund baulicher Gegebenheiten bzw. unter Zugrundelegung des unter Pkt. 22.1.2 des vorliegenden Berichtes angeführten Sachverhaltes hinsichtlich freiheitsbeschränkender Maßnahmen, die einer rechtlichen Regelung bedürfen - die Stufe der sicheren Pflege nicht gewährleistet. Den Hinweisen des Kontrollamtes auf bestehende Mängel wurde von der Generaldirektion des WKAV jeweils unverzüglich nachgegangen bzw. aufgetretene Unzukömmlichkeiten bereinigt.

Qualitätsmängel in der Pflege - seien diese als Auswirkung einer unterschiedlichen Auffassung zwischen Pflegenden und Gepflegten bzw. deren Angehörigen im Hinblick auf deren Erwartungshaltung, was den Umfang und die Qualität der Pflegehandlungen betrifft, zu verstehen, seien es Differenzen der gebotenen Pflegeleistungen in Bezug auf die vorgegebene Qualität - sollen nicht beschönigt werden, sind aber doch in Relation zu den rd. 4.000 Mitarbeitern des WKAV im patientennahen Bereich und noch viel mehr zu den von den Einrichtungen des WKAV jährlich erbrachten rd. 1.800.000 Pflegetagen mit einer entsprechend hohen Anzahl an Pflegeleistungen bzw. an sozialen Interaktionen zu setzen.

43.1 Wie im vorangehenden Abschnitt ausgeführt, beeinflussen die baulichen Gegebenheiten auch die Pflegequalität. Zwar war auch in älteren Häusern - vor allem außerhalb Wiens - infolge der Bemühungen der Mitarbeiter eine gute Pflegequalität gegeben, bei einem erheblichen Teil der Einrichtungen des WKAV liegen jedoch bauliche Gegebenheiten vor, die mit einer Altenpflege nach modernen Gesichtspunkten nicht mehr vereinbar sind.

43.1.1 In diesem Zusammenhang wird auf die im Planungshandbuch des WKAV vorgesehenen Standards für die Planung und Durchführung von Baumaßnahmen für künftige Neu-, Zu- und Umbauten (s. Pkt. 20 des vorliegenden Berichtes) verwiesen.

Bei künftigen Raumplanungen sollte insbesondere auch auf die Schaffung von Räum-

lichkeiten Bedacht genommen werden, in denen sich die Bewohner mit ihren Angehörigen ungestört zurückziehen können. Auch sollten in allen Einrichtungen Verabschiedungsräume eingerichtet werden.

43.1.2 Im Fall des GZW wurde den Zielsetzungen des vom Gemeinderat vor zehn Jahren beschlossenen Programms "Hilfe im hohen Alter" z.T. nicht entsprochen. Dieses sah vor, das große Pflegeheim Lainz schrittweise in ein modernes Pflegeheim umzugestalten. Im Rahmen einer geriatrischen Poliklinik sollten Fachambulanzen sowie eine Krankenhausabteilung etabliert werden, die auch die Aufgaben einer Aufnahmestation übernehmen sollte. In der Pflegeeinrichtung sollten eine Abteilung für Rehabilitation und Kurzzeitpflege, Pflege- und Behandlungsabteilungen für chronisch Kranke und Abteilungen mit dem Schwerpunkt "Grundpflege" Platz finden.

Es wird daher empfohlen, neuerlich diesbezügliche Überlegungen anzustellen und das GZW in mehrere Einrichtungen - etwa für bestimmte Spezialaufgaben innerhalb der geriatrischen Versorgungsstruktur (geriatrisches Krankenhaus) bzw. mehrere geriatrische Zentren unter der Verantwortung eines Anstaltsleiters und mit unterschiedlicher ärztlicher Unterstützung sowie gegebenenfalls in Einrichtungen für betreutes Wohnen - aufzuspalten.

Da ein derart umfangreiches Vorhaben hohe Ansprüche an organisatorische Vorarbeiten stellt, die nach Meinung des Kontrollamtes vom WKAV neben dem Tagesgeschäft schon in zeitlicher Hinsicht nur schwer bewältigt werden können, wird die Unterstützung durch einschlägige Beratungsunternehmen empfohlen. Ein entsprechendes Konzept sollte binnen Jahresfrist ab Erteilung eines Beratungsauftrages vorliegen und anschließend entsprechend den budgetären Gegebenheiten umgesetzt werden können, wobei das Kontrollamt nicht verkennt, dass eine Neuorganisation des GZW in der ange-dachten Richtung ein Projekt darstellt, dessen Realisierung mehrere Jahre in Anspruch nehmen wird. Dies sollte den WKAV aber nicht daran hindern, im GZW bis zum Vorliegen eines endgültigen Konzepts Maßnahmen zu setzen, die eine angemessene Pflege der Bewohner sicherstellen sollen.

Bei einer entsprechenden Neugestaltung des GZW müsste es auch möglich sein, im Rahmen eines entsprechend umfassenden Konzepts nicht mehr erforderliche Flächen - gegebenenfalls auch größeren Umfangs - zu verwerten und so zusätzliche finanzielle Mittel für die Neustrukturierung zu gewinnen.

43.1.3 Überlegungen hinsichtlich einer Neustrukturierung auch im Fall des GZB erscheinen dem Kontrollamt ebenso dringend angebracht wie die Erstellung eines aktuellen Geriatrieplanes für Wien.

43.1.4 Die Bewältigung der anstehenden Aufgaben wird es, wie dies schon im Revisionsbericht der Magistratsdirektion - Innenrevision und Personalressourcensteuerung vom 5. November 2003 empfohlen wird, unumgänglich machen, im Rahmen des WKAV eine Teilunternehmung "Geriatriezentren" zu überlegen.

43.2 Die Altenpflege stellt im Rahmen des Pflegeberufes die höchsten Anforderungen an die Pflegekräfte, Altenpflege ist der schwerste Teil des Pflegeberufes.

43.2.1 Deshalb erfordert die Betreuung von Menschen mit hohem Pflegeaufwand auch eine entsprechende quantitative Personalausstattung in den Einrichtungen des WKAV, wobei diese zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes in noch nicht ausreichendem Maß gegeben war.

Neben einer Anpassung des Soll-DPP an die jeweils gültigen Kennzahlen der angewendeten Personalbedarfsberechnungsmethode erschiene es dringend notwendig, die Zahl der tatsächlich für die Betreuung der Bewohner jeweils zur Verfügung stehenden Pflegestunden sowohl im Tag- als auch im Nachtdienst stationsweise in regelmäßigen Abständen zu erheben und so zu eruieren, in welchem Ausmaß diese von den errechneten Personalkennzahlen abweichen. Die Ursachen für größere Abweichungen - wie etwa unbesetzte Dienstposten, erhöhte Fehlzeiten, Absenzen auf Grund von Aus-, Fort- oder Weiterbildungsmaßnahmen - könnten zum Anlass genommen werden, gezielt mit entsprechenden Personalmaßnahmen gegenzusteuern.

43.2.2 Nachdem die Pflege alter Menschen im Allgemeinen und insbesondere jene dementer Bewohner - wie bereits erwähnt - hohe Anforderungen an das Pflegepersonal stellt, sollten auch die bestehenden zwölf Stunden dauernden Dienste im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Pflegequalität einerseits und andererseits auf die Einsatzfähigkeit, vor allem auch auf die Gesundheit, des Pflegepersonals überdacht werden.

In diesem Zusammenhang wird auch auf die Ausführungen in der am 15. Oktober 2003 vorgestellten Studie des Ludwig Boltzmann Institutes für Medizin- und Gesundheitssoziologie "Pflegenotstand in Österreich? - Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals" hingewiesen, in der u.a. auch die Vermeidung überlanger Dienstzeiten empfohlen wird.

43.2.3 Um die - wie bereits erwähnt - unbestreitbar schwierige Aufgabe der Betreuung alter, zum Teil schwer kranker und in zunehmendem Maße dementer Menschen bewältigen zu können, gehört auch eine auf diese speziellen Herausforderungen zugeschnittene Ausbildung, bei der insbesondere auch dem psychischen Bereich ausreichend Beachtung zu widmen ist.

Das Kontrollamt gewann bei seinen Einsichten den Eindruck, dass Pflegepersonen mit einer entsprechenden Ausbildung - wie sie etwa im Rahmen einer Schulung für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege angeboten wird - besser mit den speziellen Anforderungen der Altenpflege zurechtkamen als Absolventen anderer Ausbildungsstätten für Pflegeberufe. Diese auch von Pflegefachkräften bestätigte Erkenntnis sollte zu entsprechenden Überlegungen hinsichtlich der Ausbildung führen.

Darüber hinaus wurden beim Pflegepersonal Mängel in der Kenntnis bestehender gesetzlicher Bestimmungen sowie hinsichtlich pflegefachlicher Verantwortungen wahrgenommen. Auf diese Aspekte sollte künftig im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung verstärkt eingegangen werden.

43.2.4 Pflegepersonen sollte auch nach einer bestimmten in der Altenpflege verbrach-

ten Zeit - sofern sie dies wünschen - die Möglichkeit geboten werden, in anderen Bereichen mit geringeren physischen und psychischen Belastungen tätig zu sein. Ein derartiges Angebot einer Job-Rotation zur Vermeidung des Burnout-Syndroms sollte nicht nur zu einem Rückgang von Langzeitkrankenständen führen, sondern müsste - neben anderen Maßnahmen - auch zu einer Qualitätsverbesserung in der Altenpflege beitragen.

43.2.5 Die Pflegequalität wird nicht zuletzt von dem vom Pflegepersonal zu erledigenden Anteil an berufsfremden Tätigkeiten beeinflusst. Es wird daher empfohlen, Überlegungen dahingehend anzustellen, in den einzelnen Einrichtungen des WKAV Springerdienste zur Erledigung nicht-pflegerischer Tätigkeiten (vor allem Reinigungsdienste) vorzuhalten.

43.2.6 Sowohl von der Magistratsabteilung 47 als auch von dem von der Magistratsdirektion - Interne Revision und Personalressourcensteuerung bestellten Sachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege wurden Mängel in der Führung der Pflegedokumentation festgestellt. Wie die Erhebungen des Kontrollamtes ergaben, konnten mit den eingesetzten und nicht einheitlich gestalteten Dokumentationssystemen viele Elemente des Pflegeprozesses nicht im erforderlichen Umfang und nicht mit der nötigen Transparenz erfasst werden. Bei den Arbeitsanleitungen für die Führung der Dokumentationssysteme zeigte sich auch immer wieder, dass auf Pflegepersonen mit nichtdeutscher Muttersprache zu wenig Rücksicht genommen wurde.

Es wird empfohlen, ein den gesetzlichen Erfordernissen entsprechendes einheitliches, interdisziplinäres Patientendokumentationssystem zu schaffen, wobei einem von der Schreibtischarbeit weggehenden und dem mobilen und flexiblen Arbeitsrhythmus angepassten und mit entsprechender EDV-Unterstützung versehenen Konzept, das auf eine Reduzierung des administrativen Aufwandes des Personals entsprechend Bedacht nimmt, der Vorzug zu geben ist.

43.3 Abgesehen von den im vorliegenden Bericht enthaltenen Feststellungen und Empfehlungen gewann das Kontrollamt im Zuge seiner Einschau den Eindruck, dass

auch bei den Aufnahme- und Zuweisungsmodalitäten für die künftigen Bewohner geriatrischer Einrichtungen Verbesserungspotenziale bestehen. Im Zuge dieses Verfahrens sollte für jeden einzelnen Betroffenen die bestmögliche - und damit auch wirtschaftlichste - Form der Betreuung gewählt werden.

Zur Umsetzung dieser Zielvorstellung ist es allerdings erforderlich, zumindest mittelfristig in allen Betreuungseinrichtungen ausreichende Ressourcen für die stationäre Versorgung jener alten Menschen, bei denen trotz eines geringen Pflegeaufwandes eine ambulante Behandlung nicht möglich ist - oder eine solche von den Betroffenen nicht gewünscht wird -, zu schaffen. Es sollten daher nach Ansicht des Kontrollamtes die in zwei im vorliegenden Bericht angeführten Studien enthaltenen Empfehlungen bezüglich einer sukzessiven Umwandlung von Wohn- in Pflegeplätze in den Häusern des KWP durch die Erarbeitung entsprechender bedarfsorientierter Planungsgrundlagen auch umgesetzt werden.

43.4 In den Einrichtungen des WKAV waren auch im Bereich der sozialen Belange Defizite erkennbar, die nicht nur von Sozialarbeitern, sondern auch durch den vermehrten Einsatz von Zivildienern und freiwilligen Helfern abgedeckt werden könnten. Insbesondere sollten Überlegungen hinsichtlich der verstärkten Einbindung von Angehörigen angestellt werden.

43.5 Lösungsansätze vor allem hinsichtlich komplexer Probleme bedürfen einer entsprechenden wissenschaftlichen Grundlage. Die zum Zeitpunkt der Berichtslegung in Planung befindliche Einrichtung eines fachspezifischen Lehrstuhls an der Universität Wien sollte jedenfalls einen wichtigen Schritt zur wissenschaftlichen Aufarbeitung von Problemstellungen in der Altenpflege darstellen. Künftig sollte es daher leichter möglich sein, Entscheidungen auch im Bereich der Altenpflege auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu treffen.

VI. Anhang

Abkürzungsverzeichnis

	<u>Einrichtungen des WKAV:</u>
GZW	Geriatrizentrum Am Wienerwald
GZB	Geriatrizentrum Baumgarten
GZD	Geriatrizentrum Donaustadt
GZL	Geriatrizentrum Liesing
OWP	Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Pflegezentrum
GZS	Sozialmedizinisches Zentrum Süd- Geriatrizentrum Favoriten
SSG	Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital-Geriatrizentrum
GZF	Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf-Geriatrizentrum
GZY	Therapiezentrum Ybbs/Donau-Geriatrizentrum
SZY	Sozialtherapeutisches Zentrum Ybbs
GZK	Geriatrizentrum Klosterneuburg
GZA	Geriatrizentrum St. Andrä/Traisen

	<u>Einrichtungen des KWP (geordnet nach Bezirken):</u>
AUG	2, Augarten
PRA	2, Prater
M.J.	3, Maria Jacobi
WIE	4, Wieden
MAG	5, Margareten
MAR	6, Mariahilf
NEU	7, Neubau
RAU	9, Rossau
LAA	10, Laaerberg
WRB	10, Wienerberg
HAI	11, Haidehof
HET	12, Hetzendorf
FOE	13, Föhrenhof
ROS	13, Rosenberg
TRA	13, Trazerberg
PEN	14, Penzing
G.K.	14, Gustav Klimt
SCH	15, Schmelz
RUD	15, Rudolfsheim
LIE	16, Liebhartstal I+II
ALS	17, Alszeile
TUE	18, An der Türkenschanze
DOE	19, Döbling

HOW	19, Hohe Warte
BRI	20, Brigittenau
LEO	21, Leopoldau
JED	21, Jedlersdorf
TAM	22, Tamariske
ATZ	23, Atzgersdorf
MUE	23, Am Mühlengrund

Sonstiges:

ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
ÄrzteG	Ärztegesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BEP	Bedarfs- und Entwicklungsplan
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DO	Dienstordnung
DP	Dienstposten
DPP	Dienstpostenplan, -pläne
GEM	Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien
GOM	Geschäftsordnung für den Magistrat der Stadt Wien
GuKG	Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe
KBW	Periodisches Kontrollberichtswesen
KWP	Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
PH-Plan	Wiener Pflegeheimplan
PPR-GL	Pflegepersonal Regelung Geriatrie- und Langzeitpflege
RH	Rechnungshof
StGB	Strafgesetzbuch
TU 1	Teilunternehmung 1
VBO	Vertragsbedienstetenordnung
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHG	Wiener Heimgesetz
WKAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
Wr. KAG	Wiener Krankenanstaltengesetz
WSHG	Wiener Sozialhilfegesetz
ZDG	Zivildienstgesetz