

Aus Anlass eines Prüfersuchens wurde das Belegs- und Betreuungsmanagement in den Krankenanstalten und Geriatriezentren der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund" (WKAV) untersucht.

Die Einschau ergab, dass sich trotz rückläufiger Entwicklung der Zahl jener Patienten, die auf Grund des Wegfalls der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten des WKAV als Pflegefall aufgenommen waren und einen Antrag auf Gewährung einer Förderung zum Zweck der Pflege gestellt hatten (so genannte Procuratio-Fälle), deren Pflegedauer und damit die Wartezeit auf einen stationären Pflegeplatz in den letzten Jahren verlängert hatte. Dies war nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass in ausreichendem Ausmaß vorliegende strategische Zielerklärungen und Studien zum Zeitpunkt der Prüfung erst ansatzweise umgesetzt worden waren.

Obwohl zur Reduzierung von Fehlbelegungen in den städtischen Spitälern seitens der Leitungsebenen des WKAV eine Reihe von Maßnahmen gesetzt worden waren, wurden in den Schwerpunktkrankenanstalten auf manchen medizinischen Fachabteilungen kontinuierlich Gangbetten vorgehalten, was dort auf strukturelle bzw. organisatorische Mängel schließen ließ.

Weiters erschien das bestehende Angebot an betreuten Wohngruppen, an Wohnmöglichkeiten für Menschen mit sozialen Indikationen und im Bereich von Rehabilitationseinrichtungen als nicht ausreichend. Wie die Prüfung ergab, könnte eine nicht unerhebliche Anzahl von Bewohnern der Geriatrieeinrichtungen des WKAV nach Schaffung entsprechender alternativer Betreuungseinrichtungen zweckmäßiger und kostengünstiger in solchen Wohnformen untergebracht werden.

Schließlich waren bei der Einschau auch Unzulänglichkeiten bei der Beantragung von Pflegegeld für Bewohner der Geriatrieeinrichtungen des WKAV zu Tage gekommen, die wirtschaftlich - jedoch nur in geringem Ausmaß - der Stadt Wien zum Nachteil gereichten.

Die Gemeinderäte Gerhard Pfeiffer, Ingrid Korosec und Ingrid Lakatha richteten am 30. Dezember 2004 ein Ersuchen gem. § 73 Abs 6a Wiener Stadtverfassung an das Kontrollamt, die Gebarung und Verwaltungspraxis aller städtischen Krankenanstalten hin-

sichtlich der Aufnahme-, Betreuungs- und Entlassungspraxis von Procuratio-Patienten und der städtischen Pflegeheime und Geriatriezentren hinsichtlich der Aufnahme und Betreuung von Menschen unterschiedlicher PflegegeldEinstufungen nach den Grundsätzen der Ordnungsmäßigkeit, Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu prüfen, wobei insbesondere acht Fragen- bzw. Themenschwerpunkte untersucht werden sollten.

Die zur Abwicklung des Prüfersuchens erforderlichen Erhebungen erfolgten im ersten Halbjahr 2005. Im vorliegenden Bericht werden vom Kontrollamt in den ersten beiden Abschnitten die rechtlichen Grundlagen sowie die Entwicklung des Betreuungsangebotes der Stadt Wien für pflegebedürftige Menschen ab dem Jahr 2000 dargestellt und in weiterer Folge auf die erwähnten Fragen eingegangen. Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird hierbei über sich thematisch überschneidende Fragestellungen gemeinsam berichtet, während es bei anderen zweckmäßig erschien, sie in mehreren Abschnitten unterteilt zu behandeln.

Der vorliegende Bericht gliedert sich wie folgt:

	Seite
1. Rechtliche Grundlagen	6
1.1 Krankenanstaltenbereich	6
1.1.1 Aufnahme und Entlassung	6
1.1.2 Kostentragung der Anstaltspflege	7
1.2 Gliedstaatsverträge zum Gesundheitswesen und Wiener Krankenanstaltenplan	9
1.2.1 Ausbau der Akutgeriatrie/Remobilisation	9
1.2.2 Schnittstellenmanagement	9
1.3 Intra- und extramuraler Pflegebereich	10
1.3.1 Gliedstaatsvertrag zum Pflegebereich	10
1.3.2 Stationäre, teilstationäre und ambulante Pflege	10
1.3.3 Kostentragung von Pflegeleistungen	12
2. Entwicklung des stationären Betreuungsangebotes	13
2.1 Stationäre Kurzzeitpflege	14
2.1.1 Kurzzeitpflegeplätze im WKAV	14
2.1.2 Kurzzeitpflegeplätze im KWP	16
2.1.3 Feststellungen des Kontrollamtes	17
2.2 Stationäre Langzeitpflege	18
2.2.1 Langzeitpflegeplätze im WKAV	18

2.2.2	Langzeitpflegeplätze in anderen Einrichtungen	19
2.2.3	Betreuungsplätze im KWP	21
2.2.4	Verrechnete Verpflegstage	21
2.3	Zahlungen des Sozialhilfeträgers für die stationäre Unterbringung von Pflegelingen	22
3.	Patienten als Procuratio-Fälle in den Krankenanstalten des WKAV	24
3.1	Entwicklung der Anzahl der Procuratio-Fälle	24
3.1.1	Entwicklung der Procuratio-Fälle	25
3.1.2	Stand zum 1. Juli 2005	26
3.1.3	Verteilung der Procuratio-Fälle nach med. Fachrichtungen	27
3.2	Entwicklung der Pflage tage der Procuratio-Fälle	27
3.3	Entwicklung der Pflegedauer der Procuratio-Fälle	29
3.3.1	Pflegedauer vor der Procuratio-Stellung	29
3.3.2	Pflegedauer nach der Procuratio-Stellung	30
3.4	Statistische Daten des WKAV zu der Entlassung pflegebedürftiger Patienten	31
3.5	Feststellungen des Kontrollamtes	32
4.	Zielvorgaben und Entscheidungsgrundlagen	33
4.1	Beschluss des Gemeinderates aus dem Jahr 1993	34
4.1.1	Umsetzung des Programmes "Hilfe im Hohen Alter"	34
4.1.2	Medizinische Hauskrankenpflege	35
4.2	Strategiekonzept für die Betreuung älterer Menschen aus dem Jahr 2004	36
4.3	Vorgaben der ressortverantwortlichen Stadträte	38
4.3.1	Stellungnahme der ressortverantwortlichen Stadträtin	38
4.3.2	Weitere Vorgaben und Maßnahmen	40
4.4	Umsetzung struktureller Maßnahmen	42
4.5	Planungsgrundlagen und Projekte	45
4.5.1	Studie zur Analyse der Leistungsangebote	45
4.5.2	Studien des ÖBIG	46
4.5.3	Modellprojekt "Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung"	51
4.5.4	Sozialarbeit in Krankenanstalten	54
4.5.5	Studie über Procuratio-Fälle	54
4.6	Vorgaben durch die administrativen Führungsebenen	56
4.6.1	Administrative Führungsebenen	57
4.6.2	Initiativen zur Verbesserung des Procuratio-Managements	59
4.7	Feststellungen des Kontrollamtes	61
5.	Procuratio-Management des WKAV in Kooperation mit dem FSF	63
5.1	Regelungen zur Pflegegebühr für Procuratio-Fälle	64
5.2	Regelungen zum Betreuungsübergang von pflegebedürftigen Menschen	66

5.2.1	Übereinkommen mit der Magistratsabteilung 47	66
5.2.2	Arbeitspapier der TU 1	69
5.2.3	Regelungen der Generaldirektion des WKAV	70
5.3	Vermittlung und Zuweisung von Pflegeheimplätzen	71
5.3.1	Pflegebettenvermittlung	72
5.3.2	Aufnahme in Wohn- und Pflegeeinrichtungen	76
5.3.3	Konzept einer zentralen Servicestelle	79
5.4	Feststellungen des Kontrollamtes	80
6.	Procuratio-Management in den Krankenanstalten des WKAV	86
6.1	Vorgangsweise bei der Einschau in den Krankenanstalten	87
6.2	Vorgaben der Anstalten und Verrechnung von Pflegegebühren	88
6.3	Relevante Aspekte der Lebenssituation der in die Stichprobe einbezogenen Procuratio-Fälle	89
6.4	Beratung in den Krankenanstalten für Patienten und deren Angehörige	91
6.4.1	Sozialarbeit in Krankenanstalten des WKAV	91
6.4.2	Anzahl der im WKAV eingesetzten diplomierten Sozialarbeiter	93
6.4.3	Tätigkeiten der diplomierten Sozialarbeiter	96
6.5	Entlassungsmanagement bei Procuratio-Fällen	98
6.5.1	Einrichtungen der AG/R	99
6.5.2	Betreuung betagter pflegebedürftiger Patienten im SSK	104
6.5.3	Betreuung betagter pflegebedürftiger Patienten im OWS	106
6.5.4	Betreuung betagter pflegebedürftiger Patienten im ehemaligen NZR	107
6.5.5	Betreuung betagter pflegebedürftiger Patienten im KES	108
6.5.6	Betreuung betagter pflegebedürftiger Patienten im AKH	110
6.5.7	Betreuung betagter pflegebedürftiger Patienten in den übrigen Krankenanstalten des WKAV mit Ausnahme der Einrichtungen für AG/R	111
6.5.8	Allgemeine Erhebungsergebnisse zum Procuratio-Management	112
6.6	Feststellungen des Kontrollamtes	114
7.	Mehrkosten durch Procuratio-Fälle	120
7.1	Kostenunterschiede zwischen dem Stationärbereich der Krankenanstalten und den Geriatrieeinrichtungen des WKAV	120
7.1.1	Kostenunterschiede auf Basis der Endkosten	120
7.1.2	Kostenunterschiede auf Basis der Endkosten ausgewählter Stationen von Krankenanstalten im Vergleich zu den Geriatrieeinrichtungen	123
7.1.3	Kostenunterschiede auf Basis der Primärkosten ausgewählter Stationen von Krankenanstalten im Vergleich zu den Geriatrieeinrichtungen	124
7.2	Mehrkosten für die Stadt Wien durch Procuratio-Fälle	125

7.3	Feststellungen des Kontrollamtes	127
8.	Gangbetten in den Krankenanstalten des WKAV	127
8.1	Wahrnehmung des Bettenmanagements in der TU 1	127
8.2	Maßnahmen zur Vermeidung von Not- und Gangbetten	128
8.2.1	Ermittlung der zur Verfügung stehenden Betten	128
8.2.2	Festsetzung des so genannten Rettungskontingents	129
8.2.3	Weitere Maßnahmen	131
8.3	Gangbettensituation in den Jahren 2000 bis 2004	132
8.3.1	Aufzeichnungen des WKAV	132
8.3.2	Auswertungen durch das Kontrollamt	133
8.4	Feststellungen des Kontrollamtes	137
9.	Alternative Betreuungseinrichtungen zur stationären Pflege	139
9.1	Soziale Dienste und Betreuung in Geriatrischen Tageszentren	140
9.1.1	Soziale Dienste	140
9.1.2	INDIBET	142
9.1.3	Geriatrische Tageszentren	143
9.1.4	Stichprobe des Kontrollamtes	145
9.2	Teilstationäre Einrichtungen des WKAV	146
9.2.1	Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital	147
9.2.2	Sozialmedizinisches Zentrum Süd	147
9.2.3	Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe	148
9.2.4	Memory-Kliniken	148
9.3	Alternative Wohnformen	150
9.3.1	Seniorenwohngemeinschaften	150
9.3.2	SeniorInnenwohnhäuser	154
9.4	Feststellungen des Kontrollamtes	155
10.	Bewohner mit niedrigen Pflegegeldstufen in Geriatrieeinrichtungen des WKAV	158
10.1	Pflegebedürftigkeit und Pflegegeld	158
10.2	Pflegegeldvorbegutachtungen durch den WKAV	161
10.3	Pflegegeldstufen und Pflegegeldvorbegutachtungseinstufungen der Bewohner	162
10.4	Gründe für den Aufenthalt von Bewohnern in Geriatrieeinrichtungen des WKAV mit Vorbegutachtungseinstufungen unter der Stufe 3	164
10.4.1	Untersuchung des Kontrollamtes	164
10.4.2	Untersuchung des WKAV/FSW	166
10.5	Mehrkosten durch nicht bedarfsgerechte Belegungen	167
10.6	Feststellungen des Kontrollamtes	170
11.	Pflegegeldeinstufungen	172
11.1	Überprüfung der Pflegegeldeinstufungen der Bewohner der Geri-	

atrieeinrichtungen des WKAV	172
11.1.1 Pflegegeldvorbegutachtung	172
11.1.2 Praktische Umsetzung der Pflegegeldvorbegutachtung	174
11.1.3 Eingesetzte EDV-Systeme	176
11.2 Ermittlung etwaiger finanzieller Nachteile für die Stadt Wien im Fall nicht adäquater Pflegegeldeinstufungen	176
11.3 Feststellungen des Kontrollamtes	179
12. Schlussbetrachtung	182
Anhang: Abkürzungsverzeichnis	190

1. Rechtliche Grundlagen

Die im Rahmen der Prüfung zu behandelnden Themenschwerpunkte berühren eine Reihe von Rechtsmaterien. Eine auszugsweise Darstellung der wichtigsten Rechtsquellen des intra- und extramuralen Bereiches soll einen ersten Überblick ermöglichen.

Zuvor erscheint es dem Kontrollamt aus Gründen der Verständlichkeit angezeigt, eine Begriffsdefinition des so genannten Procuratio-Falles (Proc-F) vorzunehmen: Es handelt sich hierbei um keinen Rechtsbegriff, sondern um eine magistratsinterne Bezeichnung. Darunter wird vom WKAV grundsätzlich jener in Spitalsbehandlung stehende Patient verstanden, welcher auf Grund des Wegfalls der Anstaltsbedürftigkeit in der Krankenanstalt als Pflegefall (Asylierungsfall) aufgenommen ist und der einen Antrag auf Gewährung einer Förderung zum Zweck der Pflege gestellt hat.

1.1 Krankenanstaltenbereich

1.1.1 Aufnahme und Entlassung

Gemäß § 36 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 idgF (Wr KAG) können Patienten nur durch die Anstaltsleitung auf Grund der Untersuchung durch den hierzu bestimmten Anstaltsarzt aufgenommen werden. Anstaltsbedürftig sind Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert. Krankenanstalten sind, soweit die Voraussetzungen des § 36 leg.cit. gegeben sind, verpflichtet, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Patienten aufzunehmen.

Nach § 38 Wr KAG sind jene Patienten aus der Anstaltspflege zu entlassen, die auf

Grund des durch anstaltsärztliche Untersuchung festgestellten Behandlungserfolges der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen. Vor jeder Entlassung ist durch die von der Anstaltsleitung bestimmten Anstaltsärzte durch Untersuchung festzustellen, ob der Patient geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird. Kann sich ein zu entlassender Patient nicht selbst versorgen und ist auch keine andere Betreuung sichergestellt, ist gem. Abs 5 der gegenständlichen Bestimmung mit dem Magistrat und mit dem Fonds Soziales Wien (FSW) rechtzeitig vor der Entlassung Kontakt aufzunehmen. Zum Zweck der Weiterbetreuung nach dem Krankenhausaufenthalt ist auf Anfrage des Magistrats oder des FSW kostenlos eine Ausfertigung des Patientenbriefes weiterzugeben, sofern der zu entlassende Patient nicht in der Lage ist, den Patientenbrief an den Magistrat oder den FSW zu übergeben. Per gesetzlicher Definition hat der Patientenbrief die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen sowie allfällige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu enthalten.

Mit der Wr KAG-Novelle des Jahres 2000 wurde der § 44b eingeführt, welcher die Rechtsbeziehung bei Antragstellung auf Aufnahme in ein Pflegeheim regelt. Demzufolge ist es zulässig, dass Patienten, die nach Ablehnung der weiteren Kostentragung durch den zuständigen Sozialversicherungsträger einen Antrag auf Aufnahme in ein Pflegeheim gestellt haben, vorübergehend bis zur Aufnahme in ein Pflegeheim in der Krankenanstalt verbleiben. Der Landesgesetzgeber wollte damit den Patienten in dieser für sie ohnehin sehr schwierigen Situation die Möglichkeit bieten, bis zu ihrer Aufnahme in ein Pflegeheim den Aufenthalt in der Krankenanstalt zu sichern.

1.1.2 Kostentragung der Anstaltspflege

Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind grundsätzlich alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten. Die Höhe der Pflegegebühren ist gem. § 46 Wr KAG kostendeckend zu ermitteln und von der Landesregierung im Landesgesetzblatt festzusetzen.

Wie § 52 Wr KAG bestimmt, ist zur Bezahlung der Pflegegebühren grundsätzlich der Patient verpflichtet. Soweit eine andere physische oder juristische Person auf Grund ge-

setzunglicher Vorschriften Ersatz zu leisten hat, haftet diese im Rahmen ihrer Ersatzverpflichtung mit dem Patienten zur ungeteilten Hand.

So gewährt z.B. das Wiener Sozialhilfegesetz 1973 idgF (WSHG) im Abschnitt "Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes" unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Krankenhilfe. Gemäß § 16 WSHG umfasst dieser u.a. die Untersuchung, Behandlung, Unterbringung und Pflege in Krankenanstalten. Demzufolge hat der Sozialhilfeträger in bestimmten Fällen für die aus der Behandlung des Hilfeempfängers entstehenden Pflegegebühren aufzukommen.

Ist der Patient sozialversichert, ist er zur Bezahlung der Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse nur soweit verpflichtet, als der Sozialversicherungsträger auf Grund sozialversicherungsrechtlicher Bestimmungen dem Rechtsträger der Krankenanstalt keinen Ersatz leistet. Den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen (z.B. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG) zufolge gewähren die Sozialversicherungsträger aus dem Versicherungsfall der Krankheit neben der Krankenbehandlung oder der medizinischen Hauskrankenpflege dann eine Anstaltspflege, wenn sie durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt ist.

Ab jenem Zeitpunkt, zu welchem ein Patient, der sich in Anstaltspflege befindet, als Pflegefall gilt, übernimmt der zuständige Sozialversicherungsträger keine Kosten für den Aufenthalt in der Krankenanstalt. Krankenanstaltenrechtlich bedeutet die Einstufung als Pflegefall den Wegfall der Anstaltsbedürftigkeit. Bis zum 2. Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2003 wurde der Vorgang der Ablehnung der Kostentragung durch den Sozialversicherungsträger als "Asylierung" bezeichnet. Wie den diesbezüglichen Gesetzesmaterialien zu entnehmen ist, wurde der Begriff "Asylierung" als nicht mehr zeitgemäß beurteilt und entfiel daher.

Eine ausdrückliche Regelung über die Kostentragung im Fall des Eintritts als Pflegefall erfolgt im Wr KAG nicht. Der Rechtsträger hat es aber in der Hand, einen Verzicht oder eine Reduzierung auf die Höhe des in einem Pflegeheim anfallenden Pflegeentgeltes vorzunehmen.

1.2 Gliedstaatsverträge zum Gesundheitswesen und Wiener Krankenanstaltenplan

1.2.1 Ausbau der Akutgeriatrie/Remobilisation

Ein Schwerpunkt der Vereinbarung gem. Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004 war die Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP) in Richtung eines Leistungsangebotsplanes. Eine Zielvorstellung des ÖKAP umfasste den Auf- bzw. Ausbau von Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) in den Fondskrankenanstalten bis zum Jahr 2005. Der im Mai 2004 mit Verordnung der Wiener Landesregierung gem. § 5a Abs 1 Wr KAG erlassene Wiener Krankenanstaltenplan 2003 (WKAP) legte für die Fondskrankenanstalten in Entsprechung der Zielvorstellung des ÖKAP die Schaffung von Einrichtungen für AG/R fest.

Die AG/R kann als Abteilung oder als Departement im Rahmen der Fächer Innere Medizin oder Neurologie - u.zw. durch Umwidmung von Akutbetten dieser oder anderer Fachrichtungen - eingerichtet werden. Bei der Einrichtung dieser Strukturen sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien in Bezug auf Personalausstattung bzw. -qualifikation, infrastrukturelle Anforderungen, Leistungsangebote und sonstige Merkmale ab 1. Jänner 2005 verbindlich einzuhalten.

1.2.2 Schnittstellenmanagement

Einen weiteren Schwerpunkt der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung stellte die Verbesserung des Schnittstellenmanagements durch verbindliche Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen (z.B. niedergelassene Ärzte) des intra- und extramuralen Bereiches dar. Zur Initiierung und Förderung eines qualitätsorientierten Schnittstellenmanagements sind im Rahmen der Strukturreformmaßnahmen auf Ebene des Strukturfonds und der Landesfonds bereichsübergreifende Pilotprojekte durchzuführen und laufend zu evaluieren.

In der darauf folgenden Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2005 bis 2008 wurde eine Fortset-

zung der Verbesserung des Nahtstellenmanagements bzw. des ehemaligen Schnittstellenmanagements sowie eine Ablöse des ÖKAP durch einen noch einvernehmlich festzulegenden Österreichischen Strukturplan Gesundheit festgeschrieben.

1.3 Intra- und extramuraler Pflegebereich

1.3.1 Gliedstaatsvertrag zum Pflegebereich

In der Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen des Jahres 1993 verpflichteten sich die Vertragsparteien, im Rahmen der ihnen verfassungsrechtlich zugeordneten Kompetenzbereiche ein bundesweites - nach gleichen Zielsetzungen und Grundsätzen orientiertes - Pflegeleistungssystem an Sach- und Geldleistungen zu schaffen.

Bezüglich der Sachleistungen verpflichteten sich die Länder, für einen Mindeststandard (Leistungskatalog und Qualitätskriterien) an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten für pflegebedürftige Personen zu sorgen. Zur langfristigen Sicherung dieser Mindeststandards war von jedem Land ein Bedarfs- und Entwicklungsplan zu erstellen und mittelfristig umzusetzen. Im Oktober 1997 wurde die magistratsinterne Erarbeitung des Wiener Bedarfs- und Entwicklungsplanes der Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen abgeschlossen.

Zur teilweisen Abdeckung des Mehraufwandes an Hilfe und Betreuung für pflegebedürftige Personen waren von den Vertragsparteien gesetzliche Regelungen für die Gewährung von Geldleistungen in Form eines nach dem Bedarf abgestuften Pflegegeldes zu schaffen. In Entsprechung dieser Vorgabe sind im Juli 1993 das Bundespflegegeldgesetz (BPGG) und das Wiener Pflegegeldgesetz (WPGG) in Kraft getreten.

1.3.2 Stationäre, teilstationäre und ambulante Pflege

In § 15 WSHG wird Pflege als körperliche und persönliche Betreuung von Personen definiert, die auf Grund ihres körperlichen oder geistig-seelischen Zustandes nicht im Stande sind, die notwendigen Verrichtungen des täglichen Lebens ohne fremde Hilfe zu besorgen, wobei Pflege innerhalb oder außerhalb von Pflegeheimen gewährt werden kann.

Pflegeheime im Sinn des WSHG 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. Davon abzugrenzen sind Wohnheime für alte oder behinderte Menschen, welche die Verrichtungen des täglichen Lebens noch selbst vornehmen können, aber zur Führung eines selbstständigen Haushaltes nicht fähig sind und daher der Unterbringung, Verpflegung sowie auch einer sozialen Betreuung bedürfen. Für vom Land selbst geführte Pflegeheime wird die Höhe der Pflegegebühren gem. § 36 Abs 2 WSHG von der Landesregierung mit Verordnung festgesetzt.

Mit In-Kraft-Treten des Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetzes (WWPG) Ende Juni 2005 traten aber die Bestimmungen des WSHG in Bezug auf Wohn- und Pflegeheime außer Kraft, wobei Heimträger bereits bestehender Heime den Weiterbetrieb binnen eines Jahres unter Anschluss bestimmter Unterlagen dem Magistrat schriftlich anzuzeigen haben. § 1 WWPG definiert den Begriff Heime generell als Einrichtungen, in denen mindestens drei Personen dauerhaft oder auf bestimmte Zeit aufgenommen, betreut und bei Bedarf gepflegt und auch fallweise ärztlich betreut werden. Der Anwendungsbereich dieses Gesetzes umfasst somit Wohnheime für alte Menschen mit Betreuungsbedarf, Pflegeheime für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf sowie Pflegestationen. Letztere sind Wohnheimen angeschlossen und bieten Pflege an.

Im Übrigen hat der Heimträger die Struktur und den Aufgabenbereich des Heimes, wie z.B. den Grad der Pflegebedürftigkeit der für die Aufnahme in Betracht kommenden Personen oder das pflegerische, medizinische, therapeutische, psychologische und psychotherapeutische Leistungsangebot in einer Betriebs- und Leistungsbeschreibung schriftlich festzulegen.

Im Rahmen der sozialen Dienste sieht der § 22 WSHG zur teilstationären und ambulanten Pflege u.a. Hauskrankenpflege und die Einrichtung von Tageszentren sowie betreute Wohngemeinschaften vor, wobei auf deren Inanspruchnahme kein Rechtsanspruch besteht und von einer zumutbaren Beitragleistung des Hilfeempfängers bzw. seiner Angehörigen abhängig gemacht werden kann. Tageszentren sind für Personen mit Pflege-

bedarf, die zu ihrer Orientierung und Selbstbestimmung eines strukturierten Tagesablaufes mit beschäftigungstherapeutischen und rehabilitativen Angeboten bedürfen und ambulante Pflege benötigen, vorgesehen. Demgegenüber sind betreute Wohngemeinschaften Einrichtungen für Personen, die aus physischen oder psychischen Gründen auch mit ambulanter Pflege nicht mehr allein wohnen können oder wollen und ambulanter Betreuung oder Pflege, jedoch keiner ständigen stationären Pflege bedürfen.

1.3.3 Kostentragung von Pflegeleistungen

Zur Finanzierung von Pflegeleistungen, die von pflegebedürftigen Personen in Anspruch genommen werden, sind primär das Bundes- oder Landespflegegeld, Eigenleistungen der pflegebedürftigen Person in Form von Einkommen und Vermögen sowie subsidiär Geldleistungen des Sozialhilfeträgers - in Wien gemäß dem WSHG - heranzuziehen.

Laut dem BPGG und dem WPGG hat das Pflegegeld den Zweck, einen Teil der pflegebedingten Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen. Die Gewährung von Pflegegeld erfolgt auf Antrag, wenn ein ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) vorliegt, der voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Zur Antragstellung sind der Anspruchswerber selbst, sein gesetzlicher oder bevollmächtigter Vertreter und sein Sachwalter legitimiert. Wird eine pflegebedürftige Person auf Kosten oder unter Kostenbeteiligung eines Landes, einer Gemeinde oder eines Sozialhilfeträgers stationär gepflegt, so ist in diesen Fällen darüber hinaus der jeweilige Kostenträger antragsberechtigt. Das Pflegegeld gebührt mit Beginn des auf die Antragstellung folgenden Monats.

Die nähere Beurteilung des Pflegebedarfes wird mittels Einstufungsverordnung festgelegt. Tritt eine für die Höhe des Pflegegeldes wesentliche Veränderung ein, so ist das Pflegegeld neu zu bemessen, wobei die Neubemessung mit dem auf die wesentliche Veränderung folgenden Monat wirksam wird. Anträge auf Zuerkennung oder Erhöhung

des Pflegegeldes sind zurückzuweisen, wenn seit Rechtskraft der letzten Entscheidung noch kein Jahr verstrichen und keine wesentliche Änderung der Anspruchsvoraussetzungen glaubhaft bescheinigt ist.

Der Anspruch auf Pflegegeld ruht während eines stationären Aufenthaltes (Anstaltspflege) in einer Krankenanstalt oder einer stationären Einrichtung für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation ab dem Tag, der auf die Aufnahme folgt, wenn ein Träger der Sozialversicherung, ein Landesfonds, der Bund oder eine Krankenfürsorgeanstalt für die Kosten der Pflege der allgemeinen Gebührenklasse in einer Krankenanstalt oder des Aufenthaltes in einer stationären Einrichtung überwiegend aufkommt.

Wird eine pflegebedürftige Person auf Kosten des Landes Wien, der Gemeinde Wien oder des FSW in einem Wohn- oder Pflegeheim oder in einer Krankenanstalt, sofern der Aufenthalt nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt ist, stationär gepflegt, so ist das Pflegegeld auf Antrag dem jeweiligen Kostenträger der Pflegeleistungen bis zur Höhe der aufgewendeten Kosten auszuführen (Anspruchsübergang). Das BPGG schränkt den Anspruchsübergang grundsätzlich mit 80 % des zuerkannten Pflegegeldes, für so genannte Asylierungsfälle gem. § 13 Abs 1 Zi 5 BPGG darüber hinaus auf maximal drei Monate, ein. Für die Dauer des Anspruchsüberganges gebührt der pflegebedürftigen Person sowohl nach dem BPGG als auch nach dem WPGG ein Taschengeld in Höhe von 10 % des Pflegegeldes der Stufe 3.

Die verbleibenden Kosten der Pflegeleistungen nach Abzug des Pflegegeldes sind von der pflegebedürftigen Person durch ihr Einkommen und Vermögen abzudecken. Reicht der Einsatz der eigenen Mittel nicht aus, trägt gemäß dem WSHG der Sozialhilfeträger im Rahmen der Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten der Pflege, wobei dem in einem Heim oder in einer Anstalt untergebrachten Hilfe suchenden 20 % seines Einkommens als Taschengeld zu verbleiben haben.

2. Entwicklung des stationären Betreuungsangebotes

Das WSHG sieht vor, dass Pflege innerhalb oder außerhalb von Pflegeheimen gewährt

werden kann. Von der Stadt Wien werden sowohl in städtischen Geriatriezentren Möglichkeiten zur Gewährleistung der stationären Pflege vorgehalten als auch in Kooperation mit privaten Trägern, wie z.B. der Caritas Socialis oder der Fortuna angeboten. Als weiterer Kooperationspartner der Stadt Wien ist der Fonds Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser (KWP) zu nennen, der zu dem Zweck gegründet wurde, Wohnhäuser und andere Einrichtungen für in Wien wohnhafte Pensionisten einzurichten und zu betreiben. Die Finanzierung des KWP erfolgt im Wesentlichen über die Beiträge der Pensionäre sowie über eine Ausfallhaftung der Stadt Wien.

Bevor auf die einzelnen Punkte des Prüfersuchens eingegangen wird, schien es zweckmäßig, als Basisinformation die Entwicklung des stationären Betreuungsangebotes für betagte pflegebedürftige Menschen darzustellen. Im folgenden Abschnitt wird daher ein Überblick über das im Betrachtungszeitraum 2000 bis 2004 vorhandene Platzangebot, die verrechneten Verpflegstage sowie die diesbezüglichen Zahlungen des Sozialhilfeträgers gegeben.

2.1 Stationäre Kurzzeitpflege

In ähnlicher Form wie durch die im Bereich der Akutspitäler angebotene Akutgeriatrie - auf die im Abschnitt 6 näher eingegangen wird - werden sowohl vom WKAV als auch vom KWP stationäre Kurzzeitpflegeleistungen erbracht.

2.1.1 Kurzzeitpflegeplätze im WKAV

Das Angebot der Kurzzeitpflege in städtischen Geriatriezentren richtet sich an Patienten, die nach schweren Unfällen oder Erkrankungen nicht direkt aus dem Akutspital nach Hause entlassen werden können, voraussichtlich nicht auf Dauer pflegebedürftig sind und bei denen eine Rehabilitation denkbar erscheint, aber seitens der Sozialversicherung keine adäquate Möglichkeit hierzu zur Verfügung steht. Die Aufenthaltsdauer in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung kann bis zu drei Monate betragen, während in den in Krankenanstalten vorgehaltenen akutgeriatrischen Einrichtungen grundsätzlich eine Pflegedauer von etwa drei Wochen vorgesehen ist. Die Entlassung ist aber auch jederzeit - je nach Rehabilitationserfolg - möglich.

In folgenden geriatrischen Einrichtungen des WKAV wurde im Betrachtungszeitraum von 2000 bis 2004 Kurzzeitpflege angeboten:

Pflegeheime	Belegb. Betten 2000 bis 2004	Neuaufnahmen 2004	Auslastung 2004 in %
GZ Am Wienerwald	72	335	98,5
GZ Baumgarten	21	69	88,4
SMZ Sophienspital - GZ	12	51	97,4
SMZ Baumgartner Höhe - PZ	24/23*)	120	83,8
Gesamt	129/128*)	575	93,7

*) ab 27. Oktober 2003

Für Kurzzeitpflegen in städtischen Geriatriezentren gelangt das auch für die langfristige Unterbringung festgelegte Pflegeentgelt in der Höhe von 79,94 EUR pro Pfl egetag und Pflegling zur Verrechnung; die Patienten haben einen ihnen zumutbaren Betrag (s. Pkt. 5.1) zu leisten, die darüber hinausgehenden Kosten werden vom Sozialhilfeträger FSW getragen.

Bezüglich der Entwicklung der Aufnahmezahlen erhob das Kontrollamt, dass in den Jahren 2000 bis 2003 etwa 670 Patienten jährlich in eine derartige Einrichtung des WKAV aufgenommen worden waren, während im darauf folgenden Jahr annähernd 100 Patienten weniger dieses Angebot nutzen konnten. Wie der in der Verwaltung des GZ Am Wienerwald beschäftigte, für die administrative Vermittlung aller in geriatrischen Einrichtungen des WKAV vorgehaltenen Kurzzeitpflegebetten zuständige Mitarbeiter dem Kontrollamt gegenüber erklärte, sei insbesondere im GZ Am Wienerwald ein Rückgang bei den Aufnahmen in der Kurzzeitpflege festzustellen gewesen. Diese Entwicklung stehe in einem ursächlichen Zusammenhang mit der in der gegenständlichen Anstalt im Jahr 2004 erfolgten deutlichen Reduktion der Betten auf Langzeitpflegestationen. Jene Patienten, die nach einer Kurzzeitpflege auf Grund ihres Gesundheitszustandes doch eine nachfolgende Betreuung in einer geriatrischen Langzeiteinrichtung benötigten, hätten erheblich länger auf ein diesbezügliches Bett warten müssen, wodurch in der angeführten Anstalt die durchschnittliche Verweildauer im Bereich der Kurzzeitpflege deutlich angestiegen sei.

Zu der weiteren Frage des Kontrollamtes, aus welchen Anstalten bzw. medizinischen Fachbereichen die Patienten den Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Betrachtungszeitraum

zugewiesen worden seien, erklärte der Genannte, dass er über keine derartigen Auswertungsmöglichkeiten verfüge. Die Praxis hätte aber gezeigt, dass das gegenständliche Leistungsangebot primär von Patienten des Unfallkrankenhauses Meidling der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Abteilungen für Unfallchirurgie des Hanusch-Krankenhauses der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) sowie des Wilhelminenspitals (WIL), der Klinik für Unfallchirurgie des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien (AKH) und der AG/R der zweiten medizinischen Abteilung des Kaiser-Franz-Josef-Spitals (KFJ) in Anspruch genommen würde.

2.1.2 Kurzzeitpflegeplätze im KWP

Vom KWP werden seit dem Jahr 2001 in zwei Pensionistenwohnhäusern, nämlich Atzgersdorf und Wieden, so genannte Remobilisations-Stationen vorgehalten. Primär dienen diese Einrichtungen zur möglichst raschen Wiedererlangung der Appartementfähigkeit jenen Bewohnern des KWP, die nach unfallbedingten Erkrankungen (z.B. Knochenbrüchen), geplanten Operationen (z.B. Implantationen von Knie- oder Hüftprothesen) oder neurologischen Ereignissen (z.B. Schlaganfällen) beeinträchtigt sind. Laut Auskunft des Ärztlichen Leiters einer Remobilisations-Station sind die Behandlungen zur Wiedererlangung der Selbstständigkeit von unterschiedlicher Dauer; nach Knochenbrüchen betrage diese fünf bis sechs Wochen, nach Schlaganfällen drei bis sechs Monate oder bei osteoporotischen Wirbelkörperbrüchen etwa sechs Wochen.

Weiters werden auch Patienten aus Pflegewohnungen bzw. Betreuungsstationen des KWP zwecks Verbesserung ihrer Lebensqualität und Reduzierung des Pflegebedarfs in den Remobilisations-Stationen aufgenommen. Zusätzlich können auch externe Patienten in den Remobilisations-Stationen betreut werden; insgesamt standen ab dem Jahr 2001 66 Plätze zur Verfügung.

Vom KWP wurde 2004 für stationäre Pflege auf Remobilisations-Stationen an externe Patienten ein Tagsatz in der Höhe von 160,-- EUR pro Tag verrechnet. Die Patienten haben, wie auch bei der Unterbringung in einem städtischen Geriatriezentrum, einen ihnen zumutbaren Beitrag zu leisten, ein darüber hinausgehender Differenzbetrag wird vom Sozialhilfeträger FSW übernommen.

In den Remobilisations-Stationen des KWP wurden im Jahr 2004 480 Patienten aufgenommen, die nach Belagstagen berechnete Auslastung lag bei rd. 75 %; demnach waren im Schnitt etwa 16 Plätze dieser Einrichtungen ungenützt geblieben. Eine auf die nahezu volle Auslastung durchgeführte Hochrechnung ergab, dass das KWP innerhalb eines Jahres zusätzlich über 100 Patienten mit Remobilisationspotenzial aufnehmen und therapieren hätte können.

2.1.3 Feststellungen des Kontrollamtes

Bezüglich des in Geriatrieeinrichtungen des WKAV vorgehaltenen Angebotes von Kurzzeitpflege fiel dem Kontrollamt - wie auch im gesamten stationären Pflegebereich - eine regionale Unausgewogenheit auf, da sämtliche derartige Einrichtungen im Westen Wiens vorgehalten werden. Ebenso war erkennbar, dass diese Betreuungsform bisher primär auf Patienten nach einem stationären Aufenthalt auf einer unfallchirurgischen Abteilung ausgerichtet ist. Wie jedoch unter Pkt. 3.1.3 noch näher ausgeführt wird, erfolgt die Aufnahme der Mehrheit jener Betagten, die im Zuge ihres Spitalsaufenthaltes zu Proc-F werden, auf Abteilungen anderer medizinischer Fachrichtungen, wodurch diesen Patienten - wie sich auch bei der Einschau zeigte - das gegenständliche Leistungsangebot bisher in nur sehr beschränktem Ausmaß angeboten wurde.

Es wurde daher empfohlen, bei der künftigen Strukturierung des gegenständlichen Rehabilitationsangebotes verstärkt auf eine bessere regionale Verteilung Bedacht zu nehmen. Darüber hinaus sollten Kurzzeitpflegeeinrichtungen in vermehrtem Maß auch allen jenen betagten Patienten angeboten werden, die nicht auf unfallchirurgischen Abteilungen medizinisch versorgt werden.

Weiters wurde angeregt, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass bei Bedarf auch betagte Patienten aus den Krankenanstalten freie Platzkapazitäten in den Remobilisations-Stationen des KWP nutzen können. Nach der Ansicht des Kontrollamtes könnte dadurch nicht nur die Auslastung der angeführten Stationen optimiert, sondern mit zumindest einigen weiteren pflegebedürftigen Patienten mit Remobilisationspotenzial ein möglicher Wiedereinstieg in das alltägliche Leben versucht werden.

Letztlich würden derartige Initiativen auch dem im Strategiekonzept der gemeinderätlichen Geriatriekommission definierten Ziel, keine Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung ohne nachgewiesenen Rehabilitationsversuch vorzunehmen, entgegenkommen.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Zu der Feststellung des Kontrollamtes, dass das vorgehaltene Angebot eine regionale Unausgewogenheit aufweist, wird festgehalten, dass die Direktion der TU 4 in ihren Planungen von einem regionalisierten Betreuungskonzept ausgeht. In den Planungen ist angedacht, kleinere Standorte mit Kapazitäten zwischen 240 und 336 Betten über Wien verteilt zu errichten und das Überangebot im Westen zu verdünnen.

In Bezug auf die freien Kapazitäten in den Remobilisations-Stationen des KWP und die Nutzung für Patienten aus den Krankenanstalten des WKAV wird in Hinkunft eine engere Kooperation als bisher mit dem KWP angestrebt werden. In diesem Zusammenhang ist auch auf das bestehende Kooperationsübereinkommen zwischen dem KWP und dem WKAV und auf die geplante Servicestelle des FSW zu verweisen.

2.2 Stationäre Langzeitpflege

Nachstehend wird die Entwicklung des Angebotes an stationärer Langzeitpflege sowohl im städtischen als auch im privaten Bereich dargestellt.

2.2.1 Langzeitpflegeplätze im WKAV

Dem Kontrollamt wurden vom Geschäftsbereich Controlling und Berichtswesen des WKAV folgende Daten über die in den städtischen Geriatriezentren im Prüfungszeitraum belegbaren Betten übermittelt:

Pflegeheime	Belegbare Betten						
	2000	2001	2002	2003	2004	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
GZ Am Wienerwald	2.487	2.347	2.245	2.177	1.837	-650	-26,1
GZ Baumgarten	905	896	879	803	761	-144	-15,9
GZ Liesing	400	400	381	284	249	-151	-37,8
GZ St. Andrä	200	200	200	200	194	-6	-3,0
TZ Ybbs - GZ	374	374	374	374	361	-13	-3,5
GZ Klosterneuburg	258	225	214	201	206	-52	-20,2
SMZ Floridsdorf - GZ	-	120	120	120	120	120	-
GZ Favoriten	-	-	-	160	192	192	-
SMZ Sophienspital - GZ	129	129	128	128	123	-6	-4,7
GZ Donaustadt	404	403	403	402	395	-9	-2,2
SMZ Baumgartner Höhe - PZ	282	269	260	249	239	-43	-15,2
Gesamt	5.439	5.363	5.204	5.098	4.677	-762	-14,0

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, erfolgte ein laufender Rückbau der stationären Langzeitpflegeplätze in städtischen Geriatriezentren. Im Betrachtungszeitraum waren in diesen Einrichtungen insgesamt 762 Betten abgebaut worden, wobei allein im Jahr 2004 gegenüber dem Vorjahr um 421 Betten weniger zur Verfügung standen.

Die Verrechnung der Langzeitpflege erfolgt nach den Zahlungsmodalitäten für den Aufenthalt in städtischen Geriatriezentren (s. Pkt. 5.1).

Was die Auslastung der Pflegeplätze betrifft, wird auf den Bericht über die "Prüfung der Struktur und Qualität des stationären geriatrischen Bereiches der Stadt Wien" (s. TB 2003) hingewiesen. Demnach lag die durchschnittliche Auslastung der belegbaren Betten bezogen auf alle geriatrischen Einrichtungen in den Jahren 2000 bis 2003 zwischen rd. 97 % und 98 %. Da das Kontrollamt in dem angeführten Bericht auf eine nahezu erreichte Vollaustattung der städtischen Geriatriezentren hinwies, wurde in der gegenständlichen Prüfung auf eine erneute Darstellung verzichtet.

2.2.2 Langzeitpflegeplätze in anderen Einrichtungen

Um die Versorgung der Bevölkerung mit stationären Pflegeplätzen sicherzustellen, wurden bereits in der Vergangenheit vom zuständigen Sozialhilfeträger Zuschüsse für den Aufenthalt in nicht der Stadt Wien gehörenden Pflegeeinrichtungen gewährt. Bei den genannten Pflegeheimen handelte es sich sowohl um private Heime aber auch

Landespflegeheime anderer Bundesländer. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass bis in das Jahr 2002 jeweils 80 - in der Tabelle nicht enthaltene - Betreuungsplätze für Behinderte angeboten worden waren, welche in den Bereich der ehemaligen Magistratsabteilung 12 - Wien Sozial übertragen und in weiterer Folge in Behindertenwohngemeinschaften umgewandelt wurden.

Betreuungsform	2000	2001	2002	2003	2004	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
Wohnplätze	222	222	210	229	231	9	4,1
Betreute Wohnplätze	71	71	88	130	95	24	33,8
Pflegeplätze	1.833	1.888	1.964	2.388	2.414	581	31,7
Sonstige Plätze	162	162	147	147	147	-15	-9,3
Gesamt	2.288	2.343	2.409	2.894	2.887	599	26,2

Beim Ausbau der Kontingentplätze in privat geführten Einrichtungen war - neben dem kontinuierlichen Anwachsen in den ersten drei Jahren des Betrachtungszeitraumes - bereits im Laufe des Jahres 2003 ein vergleichsweise sprunghafter Anstieg um 485 Plätze zu verzeichnen.

Grundsätzlich erfolgt die Erhöhung bzw. Festsetzung der Tarife jährlich in der Weise, dass vom FSW (bzw. von der ehemaligen Magistratsabteilung 47 - Betreuung zu Hause) den Heimleitungen der Trägerorganisationen Tagsätze für ihr Leistungsangebot bekannt gegeben und von diesen mittels Unterschrift zur Kenntnis genommen werden. Von den Organisationen werden die Leistungen unter unterschiedlichen Bezeichnungen angeboten: Wohnstation, Wohnheim, betreutes Wohnen, Pflegeappartement etc. Für diese verschiedenen Leistungen werden unterschiedliche Tagsätze verrechnet, wobei grundsätzlich zwischen Tarifen für Wohnen und - häufig in Abhängigkeit vom individuellen Pflegebedarf - Pflege unterschieden wird. Die Tarife für diese unterschiedlichen Angebote weisen eine beträchtliche Bandbreite auf, zumal in einigen Heimen die vollen Kosten und in anderen anteilige Kosten in unterschiedlichem Ausmaß getragen werden, weshalb ein Preisvergleich nicht möglich ist.

In seinem Leitfaden über Wohn- und Pflegeheime weist der FSW darauf hin, dass nicht bei allen privaten Heimen der Differenzbetrag zwischen tatsächlichen Heimkosten und

anteiligen Eigenzahlungen vom Sozialhilfeträger übernommen werde. In diesem Fall sei die Aufnahme nur dann möglich, wenn der Restbetrag von dritter Seite (z.B. Angehörige) bezahlt werde, da dem Pflegling lediglich ein Taschengeld verbleibe.

2.2.3 Betreuungsplätze im KWP

Für pflegebedürftig gewordene Bewohner von Pensionistenwohnhäusern des KWP werden von diesem in seinen Einrichtungen Betreuungsstationen vorgehalten. Eine veränderte Nachfragesituation und der gleichzeitig steigende Pflegebedarf der Bewohner führte dazu, dass die Betreuungsstationen des KWP ausgebaut wurden. Die Belegung eines (allerdings geringen) Teiles dieser Pflegeplätze erfolgt auch im Weg des FSW.

Plätze	2000	2001	2002	2003	2004	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
Betreuungsstationen	1.674	1.644	1.705	1.735	1.762	88	5,3
Demenzstation	-	32	32	32	32	32	-
Gesamt	1.674	1.676	1.737	1.767	1.794	120	7,2

Die Berechnung der Eigenleistung der Bewohner erfolgt in der bereits erwähnten Form, während zwischen KWP und Sozialhilfeträger ein Tarif, der im Jahr 2004 87,12 EUR je Bewohner und Tag betrug, vereinbart wurde.

2.2.4 Verrechnete Verpflegstage

Gemäß den Unterlagen der Abteilung Fördercontrolling des FSW wurden der ehemaligen Magistratsabteilung 47 und ihm als Sozialhilfeträger im Prüfungszeitraum folgende Verpflegstage für stationäre Pflege verrechnet:

Einrichtungen	Verrechnete Verpflegstage						
	2000	2001	2002	2003	2004	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
WKAV	2.002.368	1.948.055	1.889.808	1.860.023	1.732.795	-269.573	-13,5
Private Pflegeheime	968.132	906.786	893.158	947.362	1.074.857	106.725	11,0
KWP	68.984	62.011	55.976	49.886	51.280	-17.704	-25,7
Gesamt	3.039.484	2.916.852	2.838.942	2.857.271	2.858.932	-180.552	-5,9

Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt die Entwicklung der insgesamt verrechneten Verpflegstage innerhalb des Prüfungszeitraumes. Während die von den Einrichtungen

des WKAV erbrachte Leistung in Analogie zum Abbau der Plätze (siehe hierzu Tabelle in Pkt. 2.2.1) erfolgte, gab es keine deutliche Korrelation hinsichtlich des mit der Stadt Wien vereinbarten Kontingents und den von den privaten Trägerorganisationen verrechneten Verpflegstagen.

Wie die Erhebungen zeigten, gab es in den Jahren 2000 bis 2002 - trotz Ausbau des Kontingents - einen Rückgang bei den verrechneten Verpflegstagen, was darauf hindeutete, dass in diesem Zeitraum die in privaten Pflegeheimen vereinbarten Kontingentplätze von der Stadt Wien nicht in vollem Ausmaß beansprucht wurden. Im Jahr 2003 wurde der höchste Stand an vereinbarten Kontingentplätzen innerhalb des Prüfungszeitraumes erreicht, während die an den Sozialhilfeträger verrechneten Verpflegstage nicht in einem vergleichbaren Ausmaß angestiegen waren. Beginnend mit dem Jahreswechsel 2003/2004, also nachdem die Vorfälle im GZ Am Wienerwald kolportiert worden waren - was u.a. auch zu der "Prüfung des Wiener Pflegeheimskandals" (s. TB 2003) durch das Kontrollamt geführt hatte - wurde eine deutliche Zunahme in der Inanspruchnahme der Pflegeplätze im privaten Sektor verzeichnet. Der durch diese Ereignisse beschleunigte Abbau von 421 Plätzen in den Geriatriezentren des WKAV allein im Jahr 2004 führte zur vermehrten Unterbringung von Patienten in privaten Einrichtungen. Dies war möglich, weil im Jahr 2003 das Kontingent durch zwei zusätzliche Anbieter angehoben worden war. Mit den 2004 verrechneten Verpflegstagen wurden nicht nur die privaten Kontingentplätze nahezu gänzlich ausgelastet, sondern als Übergangslösung auch auf einigen weiteren Plätzen vorübergehende Aufnahmen vorgenommen.

Das KWP hatte im Betrachtungszeitraum das Platzangebot auf den Betreuungsstationen um rd. 5,3 % ausgebaut. Dennoch waren die an den FSW verrechneten Verpflegstage um rd. 25,7 % zurückgegangen.

2.3 Zahlungen des Sozialhilfeträgers für die stationäre Unterbringung von Pflegelingen

Der nachstehenden Tabelle sind die für die stationäre Unterbringung von Pflegelingen im Prüfungszeitraum vom Sozialhilfeträger FSW bzw. vormals der Magistratsabteilung 47 geleisteten Beträge zu entnehmen. Ungeachtet einnahmenseitiger Einflüsse stellte das Kontrollamt diese Ausgaben ungekürzt um die Differenz zwischen den Eigenleistungen

der Pfleglinge aus deren Einkommen und Pflegegeld sowie den von den Anstalten verrechneten Pflegeentgelten dar; dieser nicht unwesentliche Einflussfaktor ist aus Vergleichszwecken ausgeschaltet worden.

Die im Folgenden dargestellten Zahlungen sind zwar den Rechnungsabschlüssen der Stadt Wien entnommen, allerdings unter Berücksichtigung der 2002 erfolgten Umstellung von Brutto- auf Nettoverrechnung der Voranschläge angepasst worden. Es wurden die Zahlungen an die privaten Pflegeheime und das KWP um die darauf entfallenden Vorsteuern erhöht, da diese bei unecht von der Umsatzsteuer befreiten Unternehmen eine zusätzliche Ausgabe darstellen:

Einrichtungen	Zahlungen des Sozialhilfeträgers für die stationäre Unterbringung von Pfleglingen						
	2000 in EUR	2001 in EUR	2002 in EUR	2003 in EUR	2004 in EUR	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
WKAV	160.069.298	155.727.517	150.959.256	148.635.560	138.519.633	-21.549.665	-13,5
Private Pflege- heime	76.151.904	81.217.671	78.881.772	86.609.006	99.781.645	23.629.741	31,0
KWP	5.605.436	5.242.990	4.850.295	4.570.624	4.564.528	-1.040.908	-18,6
Gesamt	241.826.638	242.188.178	234.691.323	239.815.190	242.865.806	1.039.168	0,4

Die Zahlungen an den WKAV entwickelten sich im Gleichklang zu den absystemisierten bzw. gesperrten Pflegeplätzen, jene an das KWP entsprechend den diesbezüglichen Vereinbarungen.

Wie bereits dargestellt, wurden innerhalb des Betrachtungszeitraumes das Angebot an stationärer Langzeitpflege in den städtischen Geriatriezentren um 762 Betten reduziert und 599 neue Kontingentplätze mit privaten Einrichtungen zusätzlich vereinbart. Obwohl per Saldo 163 Pflegebetten weniger zur Verfügung standen und rd. 181.000 Pflagestage weniger verrechnet wurden, waren vom Sozialhilfeträger im Jahr 2004 insgesamt um rd. 1,04 Mio.EUR oder rd. 0,4 % höhere Zahlungen als 2000 geleistet worden. Während das im Jahr 1999 für die städtischen Pflegeheime mit 79,94 EUR festgesetzte Pflegeentgelt seither nicht angehoben wurde, gab es Preissteigerungen bei den privaten Pflegeheimen. So waren bei einem Anstieg der Verpflegstage bei den privaten Anbietern um rd. 11,0 % innerhalb des Betrachtungszeitraumes die Ausgaben des Sozialhilfeträgers um rd. ein Drittel gestiegen.

Für die Stadt Wien insgesamt waren die finanziellen Auswirkungen allerdings weitreichender, da das angeführte Pflegeentgelt die in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV pro Tag tatsächlich anfallenden Kosten bei weitem nicht abdeckte. Diese erreichten nämlich 2004 einen mehr als doppelt so hohen Betrag.

In diesem Zusammenhang war anzumerken, dass der Sozialhilfeträger mit den zuvor angeführten Ausgaben ein sehr breites Spektrum an Leistungen finanzierte, das vom Angebot der reinen Hotelleistung auf Wohnplätzen, der Grundpflege bis hin zu intensiver Pflege und auch der Pflege mit permanenter ärztlicher Betreuung reichte. Während die vom WKAV geführten Pflegeeinrichtungen grundsätzlich über eine medizinische Versorgung rund um die Uhr verfügten, war die technische und personelle Ausstattung in den von privaten Trägerorganisationen geführten Pflegeheimen mit diesem Angebot oft nicht vergleichbar. Die medizinische Versorgung der in privaten Einrichtungen untergebrachten Pfleglinge erfolgte in der Regel als Leistung des gesetzlichen Sozialversicherungsträgers durch niedergelassene Ärzte, während diese in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV im Betreuungsangebot inkludiert ist.

3. Patienten als Procuratio-Fälle in den Krankenanstalten des WKAV

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehenden Punkt des Prüfersuchens eingegangen:

Punkt 1: Untersuchung des aktuellen Bestands an so genannten Procuratio-Fällen in den einzelnen Krankenanstalten des Wiener KAV und der diesbezüglichen Daten der Jahre 2000, 2001, 2002, 2003 und 2004.

3.1 Entwicklung der Anzahl der Procuratio-Fälle

Wie bereits im Abschnitt 1 des gegenständlichen Berichtes erwähnt wurde, werden vom WKAV jene in Spitalsbehandlung befindlichen Personen als so genannte Proc-F bezeichnet, die auf Grund des Wegfalles der Anstaltsbedürftigkeit in den Krankenanstalten als Pflegefälle aufgenommen sind und zugleich Anträge auf Förderung zum Zweck der Pflege gestellt haben. Die nicht mehr anstaltsbedürftigen Patienten werden verrechnungstechnisch entlassen und unmittelbar darauf als pflegebedürftige Patienten neu aufgenommen. In die Betrachtung des Kontrollamtes flossen demnach alle diese Patienten ein, da sie gemäß der obigen Definition als Proc-F zu qualifizieren waren.

3.1.1 Entwicklung der Procuratio-Fälle

Nachstehender Tabelle kann die anstaltsweise Entwicklung der Zahl der Proc-F im Betrachtungszeitraum entnommen werden, wobei anzumerken ist, dass in dieser Zeit im Orthopädischen Krankenhaus Gersthof (GER) und im Therapiezentrum Ybbs-Psychiatrisches Krankenhaus (TZK) keine diesbezüglichen Patienten zu verzeichnen waren.

Krankenanstalten *)	Anzahl der Proc-F						
	2000	2001	2002	2003	2004	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
AKH	11	6	9	2	11	-	-
DSP	222	240	185	191	164	-58	-26,1
KFJ	257	267	268	267	251	-6	-2,3
KES	124	130	129	95	95	-29	-23,4
KAR	155	130	136	86	53	-102	-65,8
FLO	120	115	106	91	68	-52	-43,3
KHL **)	360	349	297	221	177	-183	-50,8
NZR **)	21	21	31	18	37	16	76,2
OWS	142	131	99	88	107	-35	-24,6
SSK	36	14	9	10	33	-3	-8,3
WIL	450	464	423	354	312	-138	-30,7
Gesamt	1.898	1.867	1.692	1.423	1.308	-590	-31,1

*) Die Bezeichnung der jeweiligen Einrichtung ist dem Abkürzungsverzeichnis zu entnehmen.

***) Nunmehr Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel.

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, waren in den angeführten Krankenanstalten des WKAV im Jahr 2000 insgesamt rd. 1.900 Patienten als nicht mehr anstalts-, aber pflegebedürftig - also als Proc-F - verblieben, wobei sich diese Zahl insbesondere ab dem Jahr 2002 kontinuierlich auf zuletzt rd. 1.300 Pflegebedürftige im Jahr 2004 verringert hatte. Insgesamt war daher im Betrachtungszeitraum ein Rückgang um rd. 600 Fälle (d.s. rd. 31 %) zu verzeichnen, wobei deren Anzahl allein im Jahr 2003 um rd. 270 gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen war.

Auffallend war auch, dass die diesbezügliche Entwicklung anstaltsweise sehr unterschiedlich verlief. So verzeichneten die Krankenanstalten Rudolfstiftung (KAR) und das ehemalige Krankenhaus Lainz (KHL) einen Rückgang bei den Proc-F um etwa zwei Drittel bzw. rd. die Hälfte und auch im Krankenhaus Floridsdorf (FLO) war deren Zahl um rd. 43 % zurückgegangen. Weniger stark rückläufig waren die diesbezüglichen Zahlen im WIL mit rd. 31 % und im Donauspital (DSP) mit rd. 26 %. Im Otto-Wagner-Spital

(OWS) und im Kaiserin-Elisabeth-Spital (KES) waren ebenfalls vergleichbare Rückgänge festzustellen. Demgegenüber war das diesbezügliche Aufkommen im KFJ und im Sophienspital (SSK) nur geringfügig zurückgegangen, während die ehemalige Nathaniel Freiherr von Rothschild'sche Stiftung für Nervenranke - Neurologisches Zentrum der Stadt Wien - Rosenhügel (NZR) im Betrachtungszeitraum sogar eine Steigerung bei den nicht mehr anstalts-, aber pflegebedürftigen Patienten zu verzeichnen hatte. Eine Sonderstellung nahm das AKH mit lediglich zwei bis elf derartigen Patienten in den geprüften Jahren ein.

3.1.2 Stand zum 1. Juli 2005

Die gegenständlichen Erhebungen des Kontrollamtes erfolgten im Wesentlichen im Frühjahr 2005 und wurden im Juli 2005 abgeschlossen. Als Stichtag für den im Prüfersuchen angeführten "aktuellen Bestand" wurde daher der 1. Juli 2005 gewählt, wobei der nachstehenden Tabelle auch die Zahl der Proc-F des ersten Halbjahres 2005 entnommen werden kann:

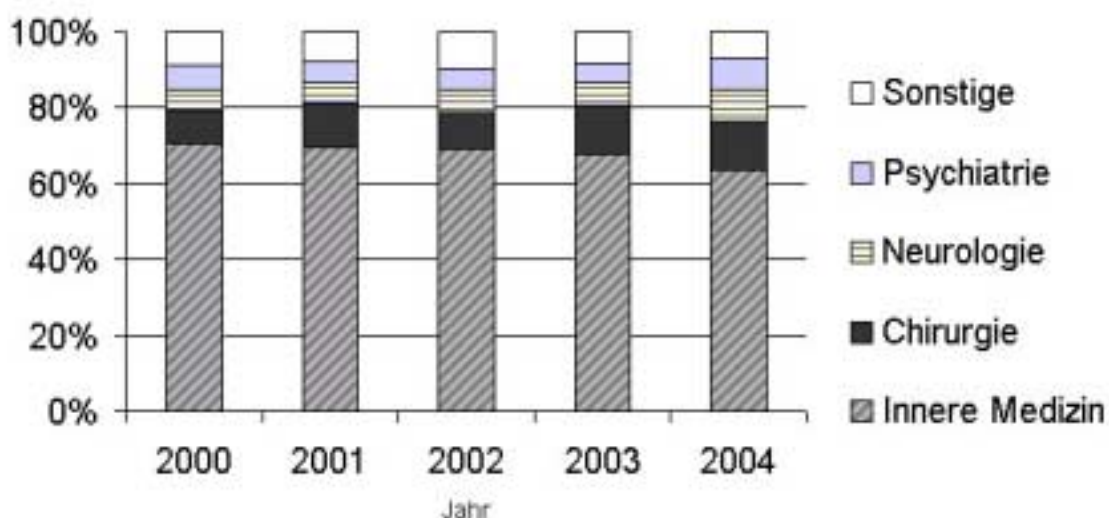
Krankenanstalten	Zahl der Proc-F	
	zum Stichtag 1. Juli 2005	im Zeitraum 1. Jänner bis 30. Juni 2005
AKH	2	4
DSP	41	118
KFJ	49	194
KES	22	68
KAR	3	21
FLO	21	64
KHL	33	132
NZR	7	28
OWS	38	95
SSK	7	30
WIL	29	165
TZK	-	2
Gesamt	252	921

Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung durch das Kontrollamt waren somit in den Krankenanstalten des WKAV 252 Betten von Patienten, die nach dem Ende der ärztlichen Behandlung noch weiter als Pflegefall betreut werden mussten, belegt. Weiters zeigt die Tabelle, dass im ersten Halbjahr 2005 bereits 921 Patienten als Proc-F in den Krankenanstalten verzeichnet worden waren, was den Schluss zuließ, dass bei gleich bleibender Tendenz im zweiten Halbjahr 2005 deren Zahl in Relation zum Vorjahr nach

mehreren Jahren des Rückganges erstmals wieder stark ansteigen würde.

3.1.3 Verteilung der Procuratio-Fälle nach med. Fachrichtungen

Schließlich erhob das Kontrollamt, wie sich die Verteilung der Proc-F bezogen auf die einzelnen medizinischen Fachrichtungen im Betrachtungszeitraum darstellte. Die Mehrheit der angeführten Patienten verteilte sich auf lediglich vier medizinische Fachrichtungen, wobei deren prozentueller Anteil aus nachstehendem Diagramm entnommen werden kann:



Es zeigt sich deutlich, dass die überwiegende Zahl der Proc-F in allen fünf Jahren in Abteilungen des Fachbereiches Innere Medizin angefallen war, wobei in diesen auch die auf Einrichtungen der AG/R betreuten Proc-F enthalten waren. Im Jahr 2000 befanden sich rd. 71 % aller Proc-F in solchen Abteilungen, wobei deren Anteil insbesondere zu Lasten der chirurgischen Abteilungen eine fallende Tendenz aufwies und zuletzt im Jahr 2004 bei rd. 63 % lag. In den chirurgischen Fächern - mit einem eindeutigen Schwerpunkt Unfallchirurgie - stieg der Anteil der diesbezüglichen Patienten - bezogen auf die Gesamtzahl aller Proc-F - im Betrachtungszeitraum von rd. 9 % auf zuletzt rd. 13 % an. Auch die neurologischen und psychiatrischen Fachrichtungen verzeichneten steigende Anteile an der Gesamtzahl der Proc-F und machten im Jahr 2004 bereits 8 % aus.

3.2 Entwicklung der Pflegetage der Procuratio-Fälle

Wie der nachstehenden Tabelle zu entnehmen ist, konnte im Betrachtungszeitraum

trotz des erheblichen Rückganges der Zahl der Proc-F kein dementsprechender Rückgang bei deren Pflagetagen verzeichnet werden. Dies war darauf zurückzuführen, dass, wie bereits unter Pkt. 2.2.1 dargestellt, die Pflegeplätze in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV zwar deutlich rückläufig waren, von diesem aber grundsätzlich die Vorgangsweise beibehalten worden war, die Entlassung von Proc-F aus den Krankenanstalten primär auf eine nachfolgende Aufnahme in einer eigenen Pflegeeinrichtung auszurichten (s. dazu auch die Abschnitte 5 und 6 dieses Berichtes).

In der Aufstellung sind die Daten des OWS nicht enthalten, da lt. einer Mitteilung des Geschäftsbereiches "Controlling und Berichtswesen" des WKAV durch die im Jahr 2000 erfolgte Zusammenlegung des ehemaligen Psychiatrischen Krankenhauses Baumgartner Höhe, des Pulmologischen Zentrums und des Neurologischen Krankenhauses Maria-Theresien-Schlüssel aus administrationstechnischen Gründen alle Patienten am 31. Dezember 2000 entlassen und am 1. Jänner 2001 in das neu geschaffene OWS aufgenommen worden waren. Den Entlassungen seien dabei ungeachtet des Aufnahmedatums alle bis dahin aufgelaufenen Pflagetage zugeordnet worden. Da im Psychiatrischen Krankenhaus einzelne Patienten jahrzehntelang stationär aufgenommen waren, ergab die Auswertung der für das Jahr 2000 in dieser Anstalt ausgewiesenen Pflagetage eine exorbitant hohe, nicht die Realität widerspiegelnde Zahl. Durch diese Vorgangsweise waren bei der gegenständlichen Anstalt eine Reihe von Auswertungen über den gesamten Betrachtungszeitraum nicht verwendbar.

Krankenanstalten	Pflagetage nach der Proc-Stellung						
	2000	2001	2002	2003	2004	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
AKH	617	486	966	465	642	25	4,1
DSP	6.260	10.001	11.353	9.443	13.789	7.529	120,3
KFJ	10.398	13.338	17.431	10.655	14.835	4.437	42,7
KES	5.189	5.621	7.454	6.979	5.524	335	6,5
KAR	5.229	4.189	5.030	2.683	3.235	-1.994	-38,1
FLO	6.151	5.579	6.114	5.407	4.564	-1.587	-25,8
KHL	10.303	10.186	10.506	7.117	6.878	-3.425	-33,2
NZR	666	903	1.172	1.027	2.963	2.297	344,9
SSK	2.023	1.830	1.738	1.988	3.795	1.772	87,6
WIL	12.378	14.085	19.033	11.101	14.595	2.217	17,9
Gesamt	59.214	66.218	80.797	56.865	70.820	11.606	19,6

Die vorstehende Tabelle zeigt deutlich, dass zwischen 2000 und 2004 im Gegensatz zu der Entwicklung der Anzahl der Proc-F bei der Mehrheit der Krankenanstalten die Zahl der Pfl egetage dieser Patientengruppe zum Teil nicht unerheblich angestiegen war, wobei insgesamt bis zum Jahr 2002 eine kontinuierliche Steigerung, dann ein beachtlicher Rückgang und im Jahr 2004 neuerlich ein starker Anstieg feststellbar war.

3.3 Entwicklung der Pflegedauer der Procuratio-Fälle

Wie bereits erwähnt, werden mit dem Ende der Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung jene Patienten, die als Pflegefall noch weiter in der Krankenanstalt verbleiben, formal entlassen und zugleich als Pflegefall neu aufgenommen. Somit fallen für die angeführten Patienten sowohl während ihres Aufenthaltes in den Krankenanstalten als "Behandlungsfall" als auch als Proc-F Pfl egetage an, aus denen sich die durchschnittliche Pflegedauer (Verweildauer) errechnen lässt.

3.3.1 Pflegedauer vor der Procuratio-Stellung

Nachstehender Tabelle ist für die angeführten Patienten die Entwicklung der durchschnittlichen Pflegedauer in den Krankenanstalten (ohne OWS) vor deren Entlassung als "Behandlungsfall" zu entnehmen. Angemerkt wird dazu, dass die durchschnittliche Pflegedauer bezogen auf alle Patienten des WKAV im Jahr 2000 bei 8,8 Tagen und im Jahr 2004 bei 7,8 Tagen lag. Aus der Tabelle ist deutlich erkennbar, dass jene betagten Patienten, die in weiterer Folge zu Pflegefällen wurden, bereits während des Behandlungsverlaufes deutlich länger als die übrigen Patienten in den Krankenanstalten betreut wurden.

Krankenanstalten	Durchschnittl. Pflegedauer als Behandlungsfall						
	2000	2001	2002	2003	2004	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
AKH	121,0	60,7	69,7	57,0	99,9	-21,1	-17,4
DSP	27,9	27,2	30,5	33,2	30,7	2,8	10,0
KFJ	25,0	25,3	27,0	28,1	31,7	6,7	26,8
KES	35,3	33,2	29,7	28,6	35,0	-0,3	-0,8
KAR	24,8	24,5	26,5	29,5	30,6	5,8	23,4
FLO	24,3	25,8	31,6	30,4	32,9	8,6	35,4
KHL	21,6	20,0	24,9	25,2	33,4	11,8	54,6
NZR	61,0	72,7	66,1	67,3	79,8	18,8	30,8
SSK	29,0	34,5	23,1	22,4	23,1	-5,9	-20,3
WIL	29,7	29,6	30,0	32,2	35,7	6,0	20,2
Gesamt	40,0	35,4	35,9	35,4	43,3	3,3	8,3
Gesamt ohne AKH	31,0	32,5	32,2	33,0	37,0	6,0	19,4

Da im AKH auf Grund spezieller Gegebenheiten - auf die unter Pkt. 6.5.6 näher eingegangen wird - zum einen die Zahl der Proc-F sehr gering, zum anderen allerdings deren Verweildauer als Behandlungsfall außergewöhnlich lang war, wurden vom Kontrollamt die Daten dieser Krankenanstalt zur Vermeidung einer Verzerrung der nachfolgenden Aussagen ausgeklammert.

Über den gesamten Zeitraum betrachtet war - mit Ausnahme des SSK - eine tendenzielle Steigerung bei der durchschnittlichen Pflegedauer festzustellen. Besonders bemerkenswert erschien dem Kontrollamt ein oft deutlicher Anstieg im Jahr 2004 gegenüber dem Vorjahr, der im ehemaligen NZR, im ehemaligen KHL und im KES besonders ausgeprägt war; lediglich das DSP fiel in diesem Zeitraum mit einer rückläufigen durchschnittlichen Pflegedauer seiner Patienten vor der Proc-Stellung auf.

3.3.2 Pflegedauer nach der Procuratio-Stellung

Die durchschnittliche Pflegedauer nach Proc-Stellung sowie deren Entwicklung im Betrachtungszeitraum stellte sich in den einzelnen Krankenanstalten bei den pflegebedürftigen Patienten wie folgt dar:

Krankenanstalten	Durchschnittl. Pflegedauer als Proc-F						
	2000	2001	2002	2003	2004	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
AKH	73,4	108,3	110,4	164,5	89,7	16,3	22,2
DSP	29,5	38,8	58,8	46,5	71,7	42,2	143,1
KFJ	33,8	40,2	55,0	42,1	65,1	31,3	92,6
KES	41,2	41,6	61,6	61,8	57,5	16,3	39,6
KAR	30,4	30,6	37,6	26,6	49,0	18,6	61,2
FLO	50,0	46,9	54,6	49,2	65,2	15,2	30,4
KHL	27,8	27,5	34,9	29,7	39,5	11,7	42,1
NZR	30,3	34,7	41,9	51,4	89,8	59,5	196,4
SSK	40,5	42,6	41,4	43,2	92,6	52,1	128,6
WIL	25,8	29,7	44,7	30,0	46,9	21,1	81,8
Gesamt	38,3	44,1	54,1	54,5	66,7	28,4	74,2
Gesamt ohne AKH	34,4	37,0	47,8	42,3	64,1	29,7	86,3

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass sich über den gesamten Betrachtungszeitraum die durchschnittliche Pflegedauer der Proc-F mit einer Zunahme von rd. 86 % annähernd verdoppelte. Besonders deutlich war die Steigerung der durchschnittlichen Pflegedauer nach der Proc-Stellung im Jahr 2004 gegenüber dem Vorjahr mit durchschnittlich fast

22 Tagen ausgefallen. Somit war bei der durchschnittlichen Pflegedauer der Patienten nach deren Proc-Stellung derselbe Trend - allerdings mit einer wesentlichen stärkeren Ausprägung - wie bei jener als Behandlungsfall zu verzeichnen gewesen.

Insgesamt verbrachten die von der gegenständlichen Prüfung umfassten Patienten als Behandlungsfall und als Proc-F vor ihrer Transferierung in eine geriatrische Pflege- bzw. Rehabilitationseinrichtung, ihrer Entlassung in die häusliche Pflege oder ihrem Ableben im Jahr 2000 durchschnittlich mehr als 65 Tage und im Jahr 2004 durchschnittlich bereits rd. 101 Tage - also um rd. 36 Tage mehr - in einer Krankenanstalt des WKAV. Während sie im Jahr 2000 noch die Hälfte der Zeit ihres Spitalsaufenthaltes als Behandlungsfall stationär aufgenommen waren, wurden sie im Jahr 2004 bereits für rd. zwei Drittel des Zeitraumes ihres Spitalsaufenthaltes als Pflegefall, der auf eine nachfolgende Betreuung wartete, betrachtet.

3.4 Statistische Daten des WKAV zu der Entlassung pflegebedürftiger Patienten

Um festzustellen, wie sich die Zahl der Entlassungen pflegebedürftiger Menschen im Betrachtungszeitraum - gleichgültig, ob die Entlassung unmittelbar nach der Behandlung oder erst nach einer Einstufung als Proc-F vorgenommen worden war - entwickelt hat und in welcher Form eine weitere Betreuung dieser Menschen nach dem Spitalsaufenthalt erfolgt war, wurde der WKAV ersucht, dem Kontrollamt eine Auswertung nach den so genannten "Entlassungskennzeichen" zur Verfügung zu stellen. Gemäß einer von der Generaldirektion des WKAV den Krankenanstalten vorgegebenen Durchführungsrichtlinie vom April 1999 sollte mittels dieser "Entlassungskennzeichen" u.a. dokumentiert werden, ob

- eine Entlassung nach Hause nur unter Sicherstellung entsprechender pflegerischer Maßnahmen (etwa Heimhilfe und/oder Hauskrankenpflege),
- eine Entlassung in ein Pflegeheim oder
- eine Verlegung in eine rehabilitative Einrichtung erfolgte.

Wie der Geschäftsbereich Controlling der Generaldirektion des WKAV dem Kontrollamt hiezu mitteilte, würden seit dem Jahr 2001 die gegenständlichen Daten nicht mehr an

den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (WIKRAF) weitergeleitet werden müssen und lägen daher auch nicht vor. Die angeführte Durchführungsrichtlinie sei offenkundig versehentlich nicht außer Kraft gesetzt worden.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Seitens der Generaldirektion des WKAV wurde die gegenständliche Durchführungsrichtlinie bereits außer Kraft gesetzt.

3.5 Feststellungen des Kontrollamtes

3.5.1 Zusammenfassend war vom Kontrollamt festzustellen, dass der Betrachtungszeitraum 2000 bis 2004 zwar insgesamt von einem Rückgang der Proc-F um 590 Patienten gekennzeichnet, im ersten Halbjahr 2005 aber eine Umkehr dieses Trends zu beobachten war.

Wie in den Abschnitten 5 und 6 dieses Berichtes noch näher ausgeführt, hatten sich im gegenständlichen Zeitraum die Vorgaben und damit auch die Vorgangsweisen beim Management der Proc-F im WKAV im Wesentlichen nicht verändert, wodurch der überwiegende Teil dieser Patienten nach Abschluss der Spitalsbehandlung auf die Aufnahme in eine geriatrische Einrichtung des WKAV wartete. Dieser Umstand in Verbindung mit dem vergleichsweise geringeren Absinken der Zahl der Proc-F als der Zahl der belegbaren Betten in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV führte insbesondere im Jahr 2004 zu einem sprunghaften Anstieg der Pflegedauer dieser Patienten in den Krankenanstalten. Nach der Ansicht des Kontrollamtes war die zum Berichtzeitpunkt festzustellende aktuelle Zunahme der Zahl der Proc-F auch auf diese genannten Umstände zurückzuführen.

3.5.2 Um anhand von Daten die Wirksamkeit getroffener bzw. noch zu treffender Verbesserungsmaßnahmen - etwa bezüglich des Entlassungsmanagements - erkennen zu können, wurde daher angeregt, künftig eine genaue Erfassung der Entlassungen nach den Entlassungsarten und der nachfolgenden Betreuungsform sicherzustellen. In diesem Zusammenhang erschien es dem Kontrollamt überdies sinnvoll, auch Wiederauf-

nahmen von Pflegebedürftigen nach bestimmten Kriterien zu erfassen, da auch derartige Daten mögliche Schwächen im Entlassungsmanagement erkennen ließen. Darüber hinaus würde die Schaffung entsprechender Datengrundlagen in den Spitälern auch die künftige Analyse von Entwicklungen und Bedarfsplanungen in den Krankenanstalten erleichtern.

4. Zielvorgaben und Entscheidungsgrundlagen

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Teilpunkte des Prüfersuchens eingegangen:

Teil des Punktes 2: *Überprüfung der Gebarung betreffend das Procuratio-Management der ressortverantwortlichen Stadträte bzw. Stadträtinnen.*

Teil des Punktes 4: *Ein weiteres Problem stellt die Unterbringung von Patienten in Gangbetten dar. Es möge überprüft werden, inwieweit die ressortverantwortlichen Stadtpolitiker für diesbezügliche Verbesserungen gesorgt haben.*

Teil des Punktes 5: *Welche konkreten Maßnahmen haben die ressortverantwortlichen Stadtpolitiker generell zur Behebung des Missstandes der häufigen Fehlbelegungen in städtischen Spitälern (akute Überbelegung in einzelnen Abteilungen städtischer Spitäler, hohe Zahl an Procuratio-Fällen) in den Jahren 2000, 2001, 2002, 2003 und 2004 getroffen?*

In Entsprechung des gegenständlichen Prüfersuchens wurde im vorliegenden Abschnitt untersucht, welche politischen Vorgaben zur Vermeidung von "Fehlbelegungen" in städtischen Spitälern und der Unterbringung von Krankenanstaltenpatienten in Gangbetten in den Jahren 2000 bis 2004 vorlagen und welche Maßnahmen von den für deren Umsetzung jeweils zuständigen Einrichtungen der Stadt Wien daraus abgeleitet wurden.

Darüber hinaus wurde auf jene politischen Vorgaben und daraus resultierenden Maßnahmen eingegangen, welche die Gebarung des Proc-Managements betrafen. Dazu

war anzumerken, dass bei ganzheitlicher Betrachtungsweise dieser Begriff nicht auf den Krankenanstaltenbereich beschränkt werden konnte, sondern alle auch nachgelagerten Therapie- bzw. Pflegeeinrichtungen betraf. Daher wurden auch jene Maßnahmen und Vorgaben berücksichtigt, die die Vermeidung von "Fehlbelegungen" in städtischen Pflegeheimen sowie die Weiterentwicklung des extramuralen ambulanten, teilstationären und stationären Betreuungsangebotes zum Ziel hatten. Der Vollständigkeit halber wurden auch die für diese Themenbereiche als mögliche Entscheidungsgrundlagen beauftragten Studien, Projekte und Konzepte überblicksweise dargestellt.

4.1 Beschluss des Gemeinderates aus dem Jahr 1993

Bereits im April 1993 hat der Gemeinderat auf Grund des Berichtes der Gemeinderätlichen Kommission "Hilfe im Hohen Alter" ein Programm für den weiteren Ausbau der gesundheitlichen und sozialen Betreuung alter Menschen in Wien beschlossen. In diesem war eine so genannte Pflegekette, die je nach dem Maß der steigenden Pflegebedürftigkeit eine durchgängige Stütze bilden sollte, vorgesehen. Die Pflegekette sollte von der "Unterstützung der Eigenhilfe" über die "Hilfe zum Helfen" bis zum weiteren Ausbau der dauernden stationären Behandlungspflege reichen, wobei als Grundsatz "so viel ambulant wie möglich und so viel stationär wie notwendig" galt.

4.1.1 Umsetzung des Programmes "Hilfe im Hohen Alter"

In den Jahren 1995 und 1998 waren von der ehemaligen Magistratsabteilung 47 in Kooperation mit dem WKAV, mit der damaligen Magistratsabteilung 12, dem KWP und dem Dachverband "Wiener Pflege- und Sozialdienste" dem Gemeinderat Fortschrittsberichte über die durchgeführten Maßnahmen, wie z.B.

- die Einrichtung von vier Gesundheits- und Sozialzentren (GSZ),
- die Errichtung von neun weiteren Geriatrischen Tageszentren,
- die Schaffung von zusätzlichen Betten in Pflegewohnungen des KWP und
- die Planung der Geriatriezentren Floridsdorf und Favoriten

vorgelegt worden.

In den nachfolgenden Jahren wurde der Gemeinderat in dieser Form über die Umsetzung des gegenständlichen Programms nicht mehr in Kenntnis gesetzt.

Dem Kontrollamt erschienen für den Betrachtungszeitraum 2000 bis 2004 im Sinn des gegenständlichen Prüfersuchens vor allem noch folgende Vorgaben des Programms "Hilfe im Hohen Alter" zur Vermeidung von "Fehlbelegungen" in Geriatriezentren von besonderer Bedeutung:

- Der weitere schrittweise Ausbau der Hauskrankenpflege,
- die Aufforderung an den Bundesgesetzgeber, die sozialversicherungsrechtliche Regelung der medizinischen Hauskrankenpflege besser auf die Bestimmungen des damals neu geschaffenen Bundespflegegeldgesetzes abzustimmen,
- die Schaffung von Einrichtungen mit ganztägiger Betreuung mit dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung,
- die Förderung von betreuten Wohngruppen (jährlich drei Wohngruppen mit je sieben Wohneinheiten),
- die Verbreitung von Wissen über die vielfältigen Möglichkeiten, Wohnen im Alter technisch zu erleichtern.

4.1.2 Medizinische Hauskrankenpflege

Wie das Kontrollamt dazu erhob, ging im Betrachtungszeitraum im Bereich der so genannten medizinischen Hauskrankenpflege, bei der es sich um eine auf 28 Tage beschränkte Leistung gem. dem ASVG handelt, sowohl die Zahl an eingesetzten Pflegepersonen um rd. 5,5 % als auch an absolvierten Hausbesuchen um rd. 23,7 % zurück, die Zahl der betreuten Klienten verringerte sich von 4.758 im Jahr 2000 auf 4.432 im Jahr 2004 um rd. 6,9 %. Anzumerken war jedoch, dass im letztgenannten Jahr - nach einem Tiefststand im Jahr 2003 mit 101 Pflegepersonen - wieder eine Erhöhung des Personalstandes um drei Mitarbeiterinnen erfolgt war.

Hinsichtlich der Regelungen des ASVG bezüglich der Hauskrankenpflege war keine entscheidende Anpassung an das Bundespflegegeldgesetz festzustellen. Insbesondere für dauernd pflegebedürftige Personen hat diese gesetzliche Vorschrift dahingehend

keine Änderung erfahren, als nach wie vor die Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten dezidiert aus dem Leistungsumfang ausgeschlossen sind.

Bei der vom FSW als sozialer Dienst erbrachten, zeitlich nicht begrenzten und somit für die Betreuung dauernd Pflegebedürftiger wesentlich bedeutsameren nicht medizinischen Hauskrankenpflege zeigte sich hingegen eine deutliche Kapazitätserweiterung, nämlich um mehr als 100 % (s. Pkt. 9.1.1 dieses Berichtes).

Als Einrichtungen mit ganztägiger Betreuung sind vor allem die geriatrischen Tageszentren zu qualifizieren. Im Betrachtungszeitraum 2000 bis 2004 ist deren Anzahl von elf auf 14 gestiegen. Als weiterer Schritt zur flächendeckenden Ausstattung wurde im April 2005 die Errichtung eines weiteren geriatrischen Tageszentrums in Simmering beschlossen. Nachdem - wie unter Pkt. 9.1.3 noch näher ausgeführt wird - in den zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes bestehenden Geriatrischen Tageszentren eine Vollauslastung nicht erreicht wurde, schien damit im Hinblick auf den derzeitigen Bedarf zumindest in großen Teilbereichen eine ausreichende Versorgung gewährleistet zu sein.

Hinsichtlich betreuter Wohngruppen wurde bis zum Ende des Betrachtungszeitraumes lediglich rd. die Hälfte der vorgesehenen Anzahl an Plätzen in Seniorenwohngemeinschaften geschaffen (s. Pkt. 9.3.1 des vorliegenden Berichtes).

Die Beratung über Möglichkeiten, das Wohnen im Alter technisch zu erleichtern, findet grundsätzlich in Form der Hilfsmittelberatung statt, die im Wege der GSZ angeboten wird. Dennoch gewann das Kontrollamt den Eindruck, dass auf diesem Gebiet noch erhebliches Entwicklungspotenzial gegeben ist, da seitens des FSW - wie die Einschau zeigte - weder eine systematische Erhebung von diesbezüglichen Innovationen erfolgte, noch den Mitarbeitern entsprechende aktuelle Unterlagen über diesbezügliche Möglichkeiten zur Verfügung standen.

4.2 Strategiekonzept für die Betreuung älterer Menschen aus dem Jahr 2004

Mit Juni 2004 wurde von der Gemeinderätlichen Geriatriekommission ein Strategiekon-

zept für die Betreuung älterer Menschen "Lebenswertes Altern in Wien - aktiv und selbstbestimmt" mit einem Maßnahmenkatalog für eine weitere Entwicklung der Unterstützung, Betreuung und Pflege alter Menschen beschlossen. Dieses Strategiekonzept wurde vom Gemeinderat am 1. Juli 2004, Pr.Z. 02773/2004-MDALTG, zur Kenntnis genommen und enthält - wie auch das bereits erwähnte Programm aus dem Jahr 1993 - als eine der wichtigsten Rahmenbedingungen den Grundsatz "ambulant vor stationär".

Während die Pflege und Betreuung älterer Menschen in den 90er-Jahren vom Gedanken der "Pflegekette" geprägt war, sollte nach den Vorgaben dieses Strategiekonzepts künftig verstärkt unter dem Leitbild des "Pflegenetzwerkes" geplant werden. Daher wurde für dessen Umsetzung die Durchlässigkeit aller ambulanten und stationären Einrichtungen als notwendig erachtet, wobei der ambulante und stationäre Sektor als kommunizierendes Gefäß zu betrachten und von der Sektoren- zur Gesamtsicht überzugehen wäre.

Bezüglich des extramuralen ambulanten, teilstationären und stationären Betreuungsangebotes waren gemäß der Gemeinderätlichen Geriatriekommission insbesondere Maßnahmen

- zur Flexibilisierung des Angebotes, da der Bedarf der Klienten und Bewohner individuell sehr unterschiedlich sei,
- zum Ausbau von ambulanten Diensten mit starker dezentraler Ausrichtung, von betreuten Wohngemeinschaften und teilstationären Angeboten ergänzend zu den etablierten Geriatriischen Tageszentren und Seniorenzentren sowie
- zur Vernetzung des Angebotes

zu verwirklichen.

Der Ausbau des Pflege- und Betreuungsangebotes sollte künftig stärker dezentral und wohnortnahe - im Sinn eines ausgewogenen Angebotes innerhalb Wiens - erfolgen, wobei insbesondere vom KWP neue Angebote aufzubauen wären. Der Ausbau der Kurzzeit- und Urlaubspflege im Bereich der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen

gen sollte forciert werden.

Im Strategiekonzept 2004 wurde der Ausbau des Entlassungsmanagements und auch die Verbesserung von Informations- und Koordinationsdienstleistungen, z. B. durch eine Vermittlungsstelle für stationäre Betreuungsplätze, angeführt. Es wurde gefordert, bereits bestehende bzw. abgeschlossene Projekte in letzterem Bereich auf ihre Treffsicherheit zu evaluieren und ein einheitliches strategisches Modell für die Entlassung aus stationären Einrichtungen (Krankenanstalten und Pflegeheime) in Wien zu etablieren.

4.3 Vorgaben der ressortverantwortlichen Stadträte

Im Betrachtungszeitraum 2000 bis 2004 wurde die nunmehrige Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales von insgesamt drei amtsführenden Stadträten - nämlich von Dr. Sepp Rieder (vom 15. Dezember 1989 bis 14. Dezember 2000) von Prim.^a Dr.ⁱⁿ Elisabeth Pittermann-Höcker (vom 14. Dezember 2000 bis 1. Juli 2004) sowie von Mag.^a Renate Brauner (seit 1. Juli 2004) - geleitet.

4.3.1 Stellungnahme der ressortverantwortlichen Stadträtin

Zur Frage, welche Initiativen bzw. Maßnahmen im Betrachtungszeitraum bezüglich der im Prüfersuchen gestellten Fragen hinsichtlich der Gebarung betreffend das Proc-Management, der Unterbringung von Patienten in Gangbetten und der Fehlbelegungen in städtischen Spitälern gesetzt worden sind, wurde dem Kontrollamt von der zum Zeitpunkt der Einschau ressortverantwortlichen Stadträtin folgende Stellungnahme übermittelt:

Grundsätzlich stellen "Proc.PatientInnen", die sich in einer Krankenanstalt befinden, aus medizinischer und ökonomischer Sicht eine Herausforderung für die Wiener Gesundheitsversorgung dar, der wir uns bewusst stellen und die wir im Sinn der PatientInnen bestmöglich lösen wollen.

Die politisch verantwortlichen StadträtInnen sind sich dieser Problemstellung immer bewusst gewesen und haben auch schon vor dem Jahr 2000 Maßnahmen angeordnet, um die Anzahl und die Verweildauer von "Proc.PatientInnen" in den Krankenanstalten zu verringern.

Im Folgenden erlaube ich mir, einige Maßnahmen anzuführen, die zu einer Verbesserung der Situation beigetragen haben, die aber gleichzeitig auch zeigen, wie komplex sich die Herausforderung darstellt:

- Der Auftrag an den Wr. KAV, die Wartelisten in den Krankenanstalten zu überwachen, um bei Bedarf gegensteuern zu können.*
- Die Intensivierung von Kooperationen mit privaten Leistungsanbietern. So hat sich z.B. die Zahl der bewilligten Kontingentplätze der Magistratsabteilung 47 bzw. des FSW in privaten Wohn- und Pflegeheimen von 2.368 Plätzen im Jahr 2000 auf 3.198 Plätze im Jahr 2005 erhöht.*
- Der Aufbau von Spezialstationen in den Geriatriezentren des KAV, z.B. die Einrichtung von Aufnahmeeinheiten, Abteilungen für Kurzzeitpflege/Remobilisation, Apallikerbetreuung, Abteilungen mit gerontopsychiatrischen Schwerpunkt und ein Langzeitbeatmungszentrum.*
- Der Ausbau akutgeriatrischer Abteilungen in Wiener Krankenanstalten; sowohl in Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes als auch bei privaten Trägern wurden Abteilungen bzw. Departments für Akutgeriatrie und Remobilisation eingerichtet.*
- Der Ausbau der ambulanten Dienste. So haben sich die Heimhilfestunden privater Organisationen von 3.838.164 Stunden im Jahr 2000 auf 4.226.900 Stunden im Jahr 2004 erhöht; im Jahr 2001 haben im monatlichen Durchschnitt 107 DGKP in den privaten Wohlfahrtsorganisationen gearbeitet, im Jahr 2003 waren es bereits 183 Personen.*
- Der Ausbau von Tageszentren. Im Jahr 2003 wurde beispielsweise ein Tageszentrum im 10. Bezirk eröffnet; im Jahr 2004 konnten insgesamt 1.613 BesucherInnen betreut werden; derzeit stehen älteren Wienerinnen und Wienern 14 Tageszentren für teilstationäre Pflege und Betreuung - mit unterschiedlichen Schwerpunkten - zur Verfügung.*

Auch die Gemeinderätliche Geriatriekommission hat sich im ersten Halbjahr 2004 intensiv mit der Zukunft der Betreuung und Pflege älterer Menschen in Wien auseinandergesetzt. Es wurden neue Modelle der stationären Langzeitbetreuung diskutiert und die Ergebnisse im Strategiekonzept "Lebenswertes Altern in Wien - aktiv und selbstbestimmt"

zusammengefasst. In meiner Rede am 1. Juli 2004 im Wiener Gemeinderat zum Thema "Leitlinien für eine zukunftsorientierte Betreuung bis ins hohe Alter" habe ich festgehalten, dass das Versorgungssystem der Stadt auf einem Ineinandergreifen einer Vielzahl von Maßnahmen - von der Betreuung zu Hause über geriatrische Tageszentren, betreutes Wohnen bis zur stationären Pflege - basiert. Es dürfen deshalb nicht nur die einzelnen Teilbereiche oder Maßnahmen gesehen werden, sondern es ist immer das System als Ganzes zu betrachten.

All diese Maßnahmen haben nach meiner Ansicht dazu geführt, dass die Anzahl der "Proc.PatientInnen" in den Krankenanstalten rückläufig ist. In den Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes sind bei 9.158 systemisierten Betten ca. 240 Patienten im Status "Proc.PatientIn". Das sind 2,6 % am Gesamtanteil.

Bei der Diskussion über die Verweildauer - und gerade dieser Aspekt ist mir als Gesundheits- und Sozialstadträtin sehr wichtig - sollte auch nicht vergessen werden, dass die Versorgungssicherheit jedes einzelnen "Proc.Patienten" zu sichern ist, auch wenn dies einen Aufenthalt in einer Krankenanstalt bedeutet. Mit der Einrichtung einer zentralen Servicestelle soll in Zukunft den KundInnen ein noch besseres Dienstleistungsangebot in Bezug auf die Aufnahme in stationäre Pflegeeinrichtungen geboten werden.

In den Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes versucht man den - z.B. in Grippezeiten - auftretenden Gangbetten durch Verlegung von PatientInnen auf freie Kapazitäten anderer Abteilungen (wie z.B. HNO) zu begegnen. Auch dies führt zu einer wesentlichen Entschärfung der Situation.

4.3.2 Weitere Vorgaben und Maßnahmen

Ergänzend dazu entnahm das Kontrollamt der Antrittsrede der Stadträtin zum Thema "Leitlinien für eine zukunftsorientierte Betreuung bis ins hohe Alter", dass es eine zentrale Aufgabe des FSW sei, die Funktion einer "Pflagedrehscheibe" wahrzunehmen, indem dieser für ein rasches und treffsicheres geriatrisches Assessment bzw. die Beurteilung des individuellen Bedarfs sorgen und für die Menschen das passende Angebot finden solle.

Stellungnahme des Fonds Soziales Wien:

Entsprechend den zitierten Leitlinien sieht es der FSW als seine Aufgabe, dafür zu sorgen, dass wienweit allen alten Menschen mit Betreuungs- und/oder Pflegebedarf ein geriatrisches Assessment zur Verfügung steht. Nur dadurch kann gewährleistet werden, dass im Sinn des Kunden die richtige Form der Betreuung und auch Förderung ausgewählt werden kann.

Um die entsprechenden Schnittstellen zwischen den Zuständigkeitsbereichen von WKAV und FSW zu verbessern, wurde im November 2005 eine gemeinsame Arbeitsgruppe zwischen WKAV (TU 4) und FSW (Fachbereich Pflege) etabliert. Ziel der Arbeitsgruppe "Wienweites Assessment als Kooperationsprojekt zwischen FSW und WKAV" ist es, ein einheitliches komplexes geriatrisches Assessment zu definieren und zu etablieren. Dazu gehört auch die Definition der verschiedenen Angebote im ambulanten und stationären Bereich.

Die Einbindung der TU 1 ist demnächst geplant, um sicherzustellen, dass ein geriatrisches Assessment im Rahmen des Entlassungsmanagements in allen Akutspitälern des WKAV eingeführt wird.

4.3.2.1 Hinsichtlich des extramuralen ambulanten, teilstationären und stationären Betreuungsangebotes wurde - ebenfalls auf Grundlage des Prinzips "ambulant vor stationär" - in diesen Leitlinien betont, dass die Menschen möglichst lange bei sich zu Hause in Würde und Selbstbestimmtheit leben können sollen. Dafür seien flexible Modelle für spezielle Gruppen - d.h. Kurzzeitpflegeeinrichtungen für den akut auftretenden Pflegebedarf, Übergangspflegeeinrichtungen zur Rehabilitation und Mobilisierung mit dem konkreten Ziel des Nachhausegehens nach einem Akutereignis sowie semistationäre Einrichtungen für den teilweisen Verbleib zu Hause - zu schaffen. Weiters wären vorwiegend kleinere, wohnnahe Einheiten zur Aufrechterhaltung von Sozialkontakten durch

Kooperationen mit Privaten zu bevorzugen.

Weiters wurde darin ausgeführt, dass spezialisierte, gemeinnützige Einrichtungen die Aufgabe übernehmen sollen, für Menschen zu sorgen, die auf Grund von sozialer Indikation - aber ohne besonderen Pflegebedarf - bisher in einem Pflegeheim aufgenommen wurden. Andererseits sollten Medizin und Therapie im Bereich der stationären Pflege nur dann angeboten werden, wenn sie von den Bewohnern benötigt werden.

Während gemäß den angeführten Leitlinien der Stadträtin der WKAV Leistungen im hochschwelligen Pflege- und medizininintensiven Bereich anbieten sollte, wäre die übrige stationäre Pflege in Kooperation mit privaten, naturgemäß primär gemeinnützigen Betreibern anzubieten. Auf der Grundlage einer exakten Ressourcenanalyse und -planung wäre daher die Ausrichtung und die Anzahl der Pflegebetten im WKAV schrittweise und unter gleichzeitigem Aufbau privater Kapazitäten im Sinn der Patienten und Bewohner bedarfsgerecht umzustrukturieren.

4.3.2.2 Zusätzlich wies die Generaldirektion des WKAV das Kontrollamt darauf hin, dass bereits Mitte des Jahres 2002 von der damals ressortverantwortlichen Stadträtin eine nachhaltige Verbesserung der Not- und Gangbettensituation angestrebt worden sei. Sie habe dem damaligen Generaldirektor vorgeschlagen, Gangbetten einerseits durch sorgfältige Planung von Aufnahmen, insbesondere im Hinblick auf Nicht-Wiener-Patienten abzubauen und andererseits auch das Allgemeine Krankenhaus in die wienweite Kontingentbettenregelung bzw. die krankenanstaltenbezogene Festlegung der maximalen Aufnahmen pro Tag aus Rettungszufahrten im Sinn einer gleichmäßigen Verteilung der Patienten einzubeziehen, wobei alle Möglichkeiten zum Ausgleich von Spitzenbelastungen ergriffen werden sollten.

4.4 Umsetzung struktureller Maßnahmen

Im Betrachtungszeitraum 2000 bis 2004 wurde einerseits das Projekt "Soziale Sicherheit in Wien - Strukturreform 2004" umgesetzt, um damit die Sozial- und Behindertenhilfe, die Maßnahmen für Senioren und die Pflege im hohen Alter in einer Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales zusammenzuführen und andererseits eine vierte Teilunter-

nehmung - Pflegeheime der Stadt Wien (TU 4) im WKAV eingerichtet. Nach Ansicht des Kontrollamtes wurden dadurch zwei organisatorische Maßnahmen von nachhaltiger strategischer Bedeutung im Bereich Altenpflege vorgenommen.

Durch die - auf Basis einer Änderung der Geschäftseinteilung des Magistrats der Stadt Wien erfolgte - Zusammenfassung der Agenden des Gesundheits- und Sozialbereiches in einer Geschäftsgruppe zum einen und eine Trennung in die Bereiche Planung, Steuerung und Umsetzung zum anderen wurden hoheitliche Aufgaben dem Magistrat, der Bereich Finanz- und Qualitätsmanagement dem FSW und die operativen Dienstleistungen den verschiedenen Trägerorganisationen zugeordnet.

Wie die damals für die Geschäftsgruppe Bildung, Jugend, Soziales, Information und Sport ressortverantwortliche Stadträtin in der 26. Sitzung des Gemeinderates am 28. März 2003 dazu ausführte, sollte mit dieser Reform auch eine Verbesserung der Schnittstellenbereiche der gesamten Pflegekette herbeigeführt, weiters sollten Doppelgleisigkeiten abgebaut werden.

Der Aufgabenbereich des für die Neustrukturierung der Sozial-, Pflege- und Behindertenbetreuung eingesetzten Projektleiters umfasste u.a. die Optimierung der Ablauforganisation sowie die Verstärkung der Transparenz und Kundenorientierung im Sozial-, Behinderten- und Altenpflegebereich etwa durch

- die Vorbereitung der Zuordnung von operativen Bereichen der Stadt Wien (insbesondere von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Altenbetreuung) zu marktwirtschaftlich orientierten Leistungseinheiten unter Einbeziehung Stadt Wien naher Leistungsträger und
- die Abstimmung der Umstrukturierung mit der weiteren Entwicklung von geriatrischen Krankenpflegekapazitäten in der Unternehmung WKAV.

Diesen Vorhaben und Aufgabenstellungen wurde hinsichtlich der beabsichtigten Verbesserung der Schnittstellenbereiche der gesamten Pflegekette und des Abbaues von Doppelgleisigkeiten im Zeitraum 2003 bis 2004 insofern Rechnung getragen, als die

Leistungssteuerung als Aufgabe des FSW festgelegt wurde. Angemerkt wurde, dass von diesem im Oktober 2003 auch die Reduktion der Proc-F in den Akutspitälern als kurz- bis mittelfristig notwendige Maßnahme zur Umsetzung der Strukturreform 2004 als zu bearbeitende Arbeitslinie in die mit der Neustrukturierung befasste Lenkungsgruppe eingebracht worden war. Der für die Neustrukturierung verantwortliche Projektleiter entschied jedoch, dass diese Thematik nicht auf der Ebene des Projekts durch das Lenkungsgremium, sondern von den Verantwortlichen der jeweiligen Organisationseinheiten (Magistrat, FSW, WKAV) weiterzuverfolgen sei, da z.B. Schnittstellenfragen im direkten Dialog zwischen diesen Entscheidungsträgern abzuwickeln wären.

Gemäß einem vom Projektleiter erstellten Schlussbericht zur Neustrukturierung der Sozial-, Pflege- und Behindertenbetreuung vom 30. Juli 2004 war im FSW u.a. ein "Pflegenetzwerk" für die Hilfe Suchenden als begleitendes Informationssystem im Aufbau, das auf die GSZ sowie auf die zentrale Pflegebettenservicestelle gestützt sein sollte, wobei die Zusammenlegung mit der Vermittlungsstelle des WKAV wie auch die örtliche Zusammenlegung mit der Kostenverrechnung vom FSW für Herbst 2004 angestrebt wurde. Der Aufbau dieses Pflegenetzwerkes war zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes aber noch nicht abgeschlossen (s. Pkt. 5.3.3 und 5.4.3 des vorliegenden Berichtes).

Neben den oben genannten Maßnahmen wurde mit 15. Juli 2004 die Unternehmung WKAV mittels Änderung der Statuten um die TU 4 erweitert. In diesem Zusammenhang erschien es dem Kontrollamt bemerkenswert, dass es offensichtlich zu keiner Abstimmung zwischen der Strukturreform 2004 und der Neustrukturierung des Geriatriebereiches kam, da zum einen die Projektleitung der Strukturreform mit 30. September 2004 als abgeschlossen betrachtet wurde und zum anderen die Bestellung des Direktors der TU 4 zu einem späteren Zeitpunkt (1. April 2005) erfolgte.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die TU 4 wurde mit 15. Juli 2004 gegründet. Der jetzige Direktor der TU 4 hat mit 1. April 2005 seine Tätigkeit aufgenommen. Das

Organigramm der Direktion der TU 4 wurde neu erstellt und schrittweise wurden neue Mitarbeiter/innen aufgenommen, die teilweise aus anderen Tätigkeitsfeldern kommen. Mittlerweile hat sich das Team der Direktion der TU 4 formiert.

Die im Kontrollamtsbericht angesprochenen Schnittstellenfragen werden derzeit mit den jeweiligen Verhandlungspartnern, wie dem FSW, dem KWP und privaten Trägern, erörtert. Beispielhaft wären hier das geriatrische Assessment, die zentrale Servicestelle, Kooperationsmodelle mit privaten Trägern etc. zu nennen. Die künftigen Vorhaben und Planungen werden unter Abstimmung mit der Strukturreform vorgenommen werden.

4.5 Planungsgrundlagen und Projekte

Auf Basis der oben beschriebenen Zielsetzungen und Vorgaben wurden im Betrachtungszeitraum 2000 bis 2004 die im Folgenden beschriebenen Planungsgrundlagen und Projekte beauftragt bzw. durchgeführt, welche die Voraussetzung für die administrativen Vorgaben und die Umsetzung von Maßnahmen auf operativer Ebene bilden sollten.

4.5.1 Studie zur Analyse der Leistungsangebote

Im Jänner 2002 wurde von einer durch die damalige Magistratsdirektion - Verwaltungsorganisation beauftragten Beratungsfirma eine Analyse der Leistungsangebote der Stadt Wien für Senioren durchgeführt. Die Ausgaben dafür betragen lt. Auskunft des WKAV rd. 219.000,-- EUR.

Als übergeordnetes Ziel war zur Optimierung der Leistungsangebote für Senioren die Schaffung einer durchgängigen Pflegekette (ambulant, teilstationär, stationär) im Sinn eines flächendeckenden Betreuungssystems mit bedarfsgerechter Abstufung formuliert worden. Neben den damaligen Magistratsabteilungen 12 und 47 waren auch die Geriatrieeinrichtungen des WKAV und das KWP in die Untersuchung einbezogen worden.

Die Studie ergab sowohl organisationsübergreifende als auch auf die einzelnen Organisationseinheiten bezogene Verbesserungspotenziale. Kritisiert wurde, dass die gesamte bestehende Angebotspalette gerade für ältere und behinderte Menschen sowie deren Angehörige kaum zu überblicken sei, was einer Einschränkung der Wahlfreiheit der Klienten gleichkomme. Auch sei die Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen sämtlichen in den Leistungsprozess eingebundenen Einheiten nicht erreicht worden. Das Angebot im Bereich der teilstationären Einrichtungen war im Sinn einer durchgängigen Pflegekette als zu gering beurteilt worden.

Im Bereich des WKAV wurden im Zuge der angeführten Studie Doppelgleisigkeiten und Schnittstellenprobleme festgestellt. Die Entstehung von Problemen während des Prozesses der Leistungserbringung wurde speziell an den Schnittstellen der beteiligten Organisationseinheiten, nämlich der Krankenhäuser, der Geriatrieeinrichtungen und im extramuralen Bereich geortet, da kein strukturiertes und durchgängiges Entlassungsmanagement und somit auch keine durchgängige Pflegedokumentation existierte. Dies führte lt. der Studie zum Verlust von bereits erfassten Pflege- und Betreuungsinformationen, was einen beträchtlichen Verwaltungsaufwand beim Wechsel zwischen Einrichtungen der Pflegekette nach sich zog und eine rasche und klientenorientierte Vorgehensweise erschwerte.

Es wurde daher die Einrichtung einer zentralen Informations- und Koordinationseinheit empfohlen, deren primäre Aufgabe die Informationssammlung, -verarbeitung und -weitergabe sowie weiters die Erhebung des Pflegebedarfs der Klienten an Ort und Stelle sein sollte. Schließlich vertrat die gegenständliche Beratungsfirma in ihrer Studie die Ansicht, dass in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV Personen z.B. mit so genannter sozialer Indikation untergebracht seien, die in anderen Einrichtungen eine bedarfsgerechtere Betreuung und Pflege erfahren würden.

4.5.2 Studien des ÖBIG

Weiters wurden im Prüfungszeitraum in Form von mehreren Projekten des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG) Beiträge für Entscheidungsgrundlagen bezüglich des extramuralen ambulanten, teilstationären und stationären Be-

treuungsangebotes erstellt.

4.5.2.1 So wurde bereits im November 2000 das ÖBIG von der Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement und dem WKAV mit der Durchführung des Projektes "Erstellung eines Wiener Pflegeheimplans" beauftragt. Zielsetzung dieses Projektes war es, aufbauend auf einer Ist-Analyse der Angebotsstruktur ein entsprechend dem Bedarf der Bewohner abgestuftes und gleichzeitig überschaubares Angebot an stationärer Pflege in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen Wiens zu schaffen.

Die Erarbeitung des Wiener Pflegeheimplanes erfolgte in Zusammenarbeit mit den Auftraggebervertretern und Vertretern öffentlicher und privater Pflege- bzw. Trägereinrichtungen sowie Vertretern der damaligen Magistratsabteilung 47. Die Ergebnisse der Projektarbeit wurden in einem Endbericht vom November 2001 zusammengefasst, der sich neben der Beschreibung der Projektorganisation in die Kapitel "Ist-Stand", "Soll-Stand", "Entwicklungserfordernisse und Maßnahmen", "Finanzierungsbedarf" und "Empfehlungen" gliedert. Die Ausgaben dafür beliefen sich auf rd. 94.000,-- EUR.

Bei der Beurteilung der Angemessenheit des Angebotes wurde zusammenfassend festgestellt, dass bei den Wohnplätzen von einer massiven Überversorgung gesprochen werden könne, während bei den Pflegeplätzen die Nachfrage zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts als gedeckt anzusehen sei. Gemäß dem Bericht wurden die nicht unmäßig langen Wartezeiten auf einen Pflegeplatz als Bestätigung dafür betrachtet.

Bezüglich der ambulanten Dienste wurde auf der Grundlage der Analyse davon ausgegangen, dass diese zum Zeitpunkt der Erstellung der Studie ausgelastet waren und das Angebot die Nachfrage deckte, wobei bei deren Ausbau - insbesondere im Fall der Hauskrankenpflege für demente und gerontopsychiatrische Bewohner - davon ausgegangen werden könnte, dass dadurch Pflegeheimplätze ersetzt werden würden.

Entwicklungserfordernisse wurden in den Bereichen

- bedarfsgerechtes Angebot an Wohn- und Pflegeplätzen,

- bedarfsgerechtes Angebot an qualifiziertem Personal,
- Sicherung der baulich-räumlichen Standards,
- Qualitätsentwicklung sowie im
- System der Finanzierung ausgemacht.

Darauf aufbauend wurden u.a. folgende Maßnahmen empfohlen:

- Ausbau ambulanter und teilstationärer Einrichtungen sowie alternativer Wohn- bzw. Betreuungsformen und Schaffung neuer Plätze in bestehenden Heimen im Sinn der Nutzung von Umwandlungspotenzialen von Wohn- zu Pflegeplätzen und eines Abbaus des künftigen Defizits im Pflegebereich,
- Schaffung einer zentralen Informationsstelle, Einstufung aller Bewohner in Betreuungsgruppen im Sinn einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Ausrichtung des Platzangebotes und einer Differenzierung nach Betreuungsgruppen,
- differenzierte Ausgestaltung der Verrechnungssätze der öffentlichen Hand, Einführung von einheitlichen Kostenrechnungssystemen und Differenzierung der auf Betreuungsgruppen abgestimmten Kostensätze der Pflegeheime.

Damit sollten die in der Studie angeführten Leitlinien zur Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur, wie z.B. die Gewährleistung eines gut abgestimmten, vernetzten, zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen möglichst durchlässigen Versorgungsangebotes und die Gewährleistung der Versorgungssicherheit im Rahmen eines regional ausgewogenen, wohnortnahen und in kleinen Strukturen gegliederten stationären Versorgungsangebotes sowie die Entwicklung möglichst flexibler, auf die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ausgerichteter Dienstleistungsangebote bzw. gleichzeitig auch die Sicherstellung der Wahlfreiheit für die Nutzer, der Informationstransparenz und der Einhaltung der Qualitätsstandards der vorhandenen Angebote erreicht werden.

4.5.2.2 Mit der Erstellung des "GeriatRIekonzepts für Wien - Abschätzung des Bedarfs an stationärer Pflege und Betreuung" wurde im Jahr 2004 im Auftrag der Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement vom ÖBIG eine Weiterentwick-

lung des Pflegeheimplans 2001 vorgenommen. Die Ausgaben dafür betragen rd. 26.000,-- EUR.

In der Beschreibung der Ausgangslage wurde eine starke Steigerung der Nachfrage nach Pflegeplätzen für ältere Menschen mit sozio-psychiatrischem Betreuungsbedarf oder mit kognitiven Beeinträchtigungen sowie ein hoher Bedarf an Pflegeplätzen für Menschen, die vorübergehend für einige Wochen bzw. Monate stationär betreut werden müssen, bei gleichzeitiger Stagnation der Nachfrage nach ausschließlichen Wohnplätzen, festgestellt.

Dementsprechend wurde die Neugestaltung des Angebotes an stationärer Alten- und Langzeitversorgung als Herausforderung für die Stadt Wien bezeichnet, wobei u.a. eine Orientierung an den regionalen Erfordernissen der Betreuungsbedürftigen und eine gute Erreichbarkeit aller Einrichtungen sowie eine stärkere Differenzierung des stationären Betreuungsangebotes nach den verschiedenen Zielgruppen berücksichtigt werden sollten.

Im Zuge der Beschreibung des Ist-Standes bzw. der Kapazitäten wurde festgestellt, dass das Angebot an belegbaren Plätzen in Wien und Umgebung seit dem Jahr 2000 um 500 Betten gestiegen war, wobei die regionale Verteilung durch die Schwerpunktsetzung in der Versorgungsregion Wien-West als unausgewogen bezeichnet wurde. Demgegenüber wurde bei der Beschreibung des Ist-Standes hinsichtlich der Bewohner ausgeführt, dass der Altersdurchschnitt der betreuten Menschen gestiegen sei und die Pflegegeldeinstufung (z.B. bei sozialer Indikation) nicht immer mit dem Betreuungsbedarf korrespondiere.

Für die Bedarfsschätzung bis 2005 bzw. 2010 fanden - unter der Prämisse eines regional ausgewogenen Angebotes an Plätzen, das nach Betreuungsbedürfnissen differenziert wird - u.a. auch Parameter, wie z.B. die Anzahl der auf eine Aufnahme in eine Betreuungseinrichtung wartenden Personen, die rückläufige Zahl der Proc-F bzw. deren Wartezeit auf einen Pflegeheimplatz sowie weiters das lt. ÖBIG gestiegene Angebot an Betten der AG/R Berücksichtigung.

Als Ergebnis wurde vom ÖBIG festgestellt, dass zum Zeitpunkt der Erstellung der Studie rd. 1.800 Personen mit nur leichtem Betreuungsbedarf in Pflegeheimen untergebracht und somit überversorgt seien, aber mit einem Mehrbedarf von rd. 1.000 weiteren Pflegeplätzen für hochpflegebedürftige Menschen bis 2010 gerechnet werden könne. Im Gegensatz dazu würde sich der Bedarf an Wohnplätzen bis dahin halbieren. Laut Bedarfsschätzung des ÖBIG bestehe hinsichtlich des Angebotes daher kein quantitativer Ausbau-, jedoch ein Umstrukturierungsbedarf. U.a. auf Grund des starken Anstieges des Bedarfs an Plätzen für Personen mit besonderen Betreuungsbedürfnissen (z.B. sozialen Indikationen) wurde empfohlen, bis 2010 in erster Linie Wohn- in Pflegeplätze umzuwandeln und nur ergänzend Pflegeheime neu zu errichten. Dies sollte lt. ÖBIG durch die Koppelung von finanziellen Förderungen an die Umwandlung diesbezüglicher Wohn- in Pflegeplätze erreicht werden.

Außerdem wurde die Empfehlung ausgesprochen, in Zukunft das Betreuungsangebot auf die stark geänderte Lage der Bedürfnisse kontinuierlich abzustimmen und im Einvernehmen mit den Trägern auf Pflegeheimebene in Form von Detailplanungen herunterzubrechen und in zeitlichen Intervallen zu überarbeiten und zu ergänzen (rollierende Planung).

4.5.2.3 Zum Bereich AG/R und Palliativmedizin wurde im Auftrag der Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement ebenfalls im Jahr 2004 vom ÖBIG eine Evaluierung durchgeführt. Zielsetzung dieser Untersuchung war es, die Tätigkeit sowie die Ergebnisse der Akutgeriatrien und Palliativstationen in Wien zu analysieren, um den Erfolg der bisherigen Umsetzung in beiden Bereichen einschätzen und erforderliche Weiterentwicklungen ableiten zu können, da lt. ÖKAP in Wien bis 2005 insgesamt 470 akutgeriatrische Betten und 100 Betten in Palliativstationen vorgehalten werden sollten. Die Ausgaben für diese Studie beliefen sich auf rd. 64.000,-- EUR.

Im Endbericht vom März 2004 wurden die Ergebnisse der Evaluierung zusammengefasst. Demnach betrug der Realisierungsgrad im Bereich AG/R zwei Drittel, wobei vom Kontrollamt jedoch zu bemerken war, dass in der Summe der realisierten Betten auch jene 94 Betten des SSK enthalten waren, die lt. WIKRAF noch nicht genehmigt wurden.

Bezüglich der Struktur-, der Prozess- sowie der Ergebnisqualität der Einrichtungen wurde festgestellt, dass grundsätzlich eine hohe Übereinstimmung mit den Vorgaben des ÖKAP 2003 bestanden habe, wobei Abweichungen vereinzelt beim Pflegepersonal, therapeutischen Personal und in der Sozialarbeit erhoben worden waren.

Bezüglich der Aufnahme von Patienten war dem ÖBIG aufgefallen, dass seitens der Akutgeriatrien das Bestreben bestünde, keine Patienten mit voraussichtlichem stationärem Pflegebedarf aufzunehmen, weil durch das Fehlen von rasch verfügbaren Pflegeplätzen eine lange Verweildauer dieser Patienten in der AG/R zu erwarten wäre. Als Problemlösung dafür wurde vom ÖBIG ein vermehrtes Angebot an Kurzzeitpflege vorgeschlagen.

Weiters wurde festgestellt, dass sich die Patienten nach der akutgeriatrischen Behandlung in der Regel in einem signifikant besseren Gesundheitszustand befänden als vor der Behandlung, wobei jedoch ein Mehrbedarf an Hilfestellungen nach der Entlassung bestünde. Etwa drei Viertel der Patienten würden von der AG/R nach Hause bzw. in ein Pensionistenheim entlassen, rd. 10 % müssten danach stationär behandelt werden, lediglich 6 % würden in ein Pflegeheim aufgenommen werden und rd. 4 % versterben während des Aufenthalts in der Akutgeriatrie.

Zur Weiterentwicklung des akutgeriatrischen Bereiches wurde u.a. eine Aufstockung von Sozialarbeitern, die Schaffung von geriatrischen Spezialambulanzen, die Ausweitung des Angebotes an Kurzzeitpflege und die Implementierung eines EDV-Systems zur Erfassung geriatrischer Patienten empfohlen.

4.5.3 Modellprojekt "Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung"

Das Modellprojekt "Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung (in Wien 14. - 17. Bezirk)", im Folgenden kurz PIK-Projekt genannt, wurde im Auftrag der Stadt Wien von der Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung sowie Finanzmanagement, vom WKAV und von der WGKK im Zeitraum Juli 2002 bis Dezember 2004 durchgeführt. Laut Auskunft der Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement und des WKAV wurden von der Stadt Wien mit rd. 377.000,-- EUR die Hälfte der anfallen-

den Projektkosten getragen.

Projektziele des PIK-Projekts waren die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen im Bereich der Schnittstellen zwischen intra- und extramuraler Versorgung in der Projektregion Wien-West unter dem Gesichtspunkt der Patientenorientierung und die Entwicklung von Empfehlungen für eine wienweite Umsetzung erfolgreicher Maßnahmen. Zur Erreichung dieser Ziele wurden die lokalen Partner des Gesundheitswesens, wie z.B. das Hanusch Krankenhaus, das WIL, das Krankenhaus Göttlicher Heiland, die niedergelassenen Ärzte, der FSW, diverse Rechtsträger von Sozialen Diensten und die Wiener Patientenadvokatur in die Projektarbeit eingebunden.

Aus den Evaluationsergebnissen und Umsetzungserfahrungen wurden von den Projektgremien 20 Empfehlungen für einen wienweiten Transfer von PIK-Maßnahmen in sechs Betreuungsphasen formuliert. So wurden unter der Betreuungsphase "Betreuungsplanung (über den stationären Krankenhausaufenthalt hinaus)" Empfehlungen - wie z.B. die Ausarbeitung eines auf den einzelnen Patienten bezogenen Pflege- und Betreuungsvorschlages (Case Management) im Rahmen des Entlassungsmanagements, die Weiterentwicklung des Kooperationsübereinkommens zwischen dem FSW und dem WKAV sowie die schnittstellenüberschreitende Visite - und unter der Betreuungsphase "Entlassung bzw. Entlassungstag" u.a. die Empfehlung des integrierten Patientenbriefes abgegeben.

Im Hinblick darauf, dass viele dieser PIK-Maßnahmen für einen systematischen Transfer eine Absicherung auf struktureller Ebene bzw. unterstützende Rahmenbedingungen brauchen, wurden von den Projektgremien auch Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Wiener und des österreichischen Gesundheits- und Sozialwesens vorgeschlagen.

Der Zusammenfassung zum PIK-Projekt war weiters zu entnehmen, dass von der Durchführung weiterer Modellprojekte explizit abgeraten werden könne, vielmehr sollte eine flächendeckende Umsetzung der Empfehlungen in den Entscheidungen aller Managementebenen bis hin zur ausführenden Ebene getragen werden.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Aus dem Projekt resultieren fünf Schwerpunkte, die als so genannte PIK-Transfer-Maßnahmen zur Umsetzung geplant sind ("Selbsthilfegruppen greifbar im Spital", "Situationsbericht", "Optimale Kooperation bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln", "Informationsplattform Lebensseiten.at", "Entlassungsmanagement"). Im Umsetzungsprojekt "Entlassungsmanagement" beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe mit der Entwicklung einer wienweit machbaren und nachhaltigen Lösung für Patienten mit komplexem, extramuralem Betreuungsbedarf. In drei Schwerpunktkrankenhäusern des WKAV wurden Erhebungen für die Erfassung von komplexen Entlassungen durchgeführt. Diese Zahlen werden statistisch ausgewertet und für weitere geplante Schritte herangezogen.

Als eines der Ergebnisse der Umsetzung des PIK-Projektes werden die wienweiten Standards eines professionellen Entlassungsmanagements mit einer bereichs- und institutionsübergreifenden Dokumentation erarbeitet. Auf Grund der Komplexität und der umfassenden Einbindung aller Bereiche und Anbieter ist mit einer Umsetzung bis zum Jahr 2008 zu rechnen.

Stellungnahme des Fonds Soziales Wien:

Die beiden Umsetzungsarbeitsgruppen des PIK-Transfer-Projektes "Entlassungsmanagement" sowie "Standardisierter Datentransfer" erarbeiten derzeit konkrete operative Konzepte. In der Arbeitsgruppe "Entlassungsmanagement" findet seit November 2005 eine dreimonatige Befragung zum derzeitigen Prozedere in Krankenhäusern Wiens statt, die Arbeitsgruppe "Datentransfer" hat einen interprofessionellen Situationsbericht entwickelt und plant derzeit die notwendigen Schritte an der Schnittstelle zwi-

schen intra- und extramuralem Bereich.

Nach der Ansicht des FSW kann ein reibungsloses Pflegenetzwerk nur durch die enge Verknüpfung zwischen dem ambulanten Bereich (GSZ) und dem stationären Bereich (Entlassungsmanagement in den Krankenanstalten) greifen.

4.5.4 Sozialarbeit in Krankenanstalten

Von der Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement wurde im Jahr 2003 eine Expertin für Sozialarbeit mit der Erstellung einer Studie zur Analyse der Tätigkeit und strukturellen Einbindung von DSA beauftragt. Die Kosten dafür betrugen 10.200,-- EUR. Die Studie erbrachte eine detaillierte Bestandsanalyse und zeigte die wenig homogene Landschaft der sozialarbeiterischen Versorgung der Krankenanstalten des WKAV durch verschiedene Einrichtungen der Stadt Wien auf. Abschließend wurden mehrere Varianten für die Schaffung einer Gesamtstruktur präsentiert.

Da die vorangeführte Studie zwar sehr umfassend die Personalausstattung und die organisatorische Einbindung erfasste, jedoch detaillierte Tätigkeitsabläufe oder Patientenströme unberücksichtigt ließ, wurde seitens des FSW im März 2005 das Projekt "Analyse der Sozialarbeit an Krankenanstalten" mit dem Ziel, anhand konkreter Patientendaten die Bedarfslagen, die sozialarbeiterischen Leistungen und Tätigkeiten sowie die bestehenden Organisationsstrukturen zu erheben, gestartet.

4.5.5 Studie über Procuratio-Fälle

Schließlich wurde im Juli 2004 die KDZ - Zentrum für Verwaltungsforschung Managementberatungs- und WeiterbildungsgmbH (KDZ) von der damaligen Generaldirektion des WKAV mit der Erstellung einer Studie zur optimierten Versorgung von Proc-F beauftragt.

Folgende Ziele sollten mit der Studie verfolgt werden:

- das Feststellen des Ausmaßes, der Entwicklung (ab dem Jahr 2000) sowie der Struktur der Proc-F,
- das Optimieren des Übergangsprozesses von der Akutbetreuung in städtischen Krankenanstalten zur Unterbringung in Pflegeheimen durch organisatorische Maßnahmen,
- das Optimieren des Übergangsprozesses durch Aufzeigen möglicher Änderungen in der Finanzierung dieser Maßnahmen und
- das Reduzieren der Proc-F.

Ende Dezember 2004 wurde der damaligen Generaldirektion des WKAV eine Zusammenfassung der Studienergebnisse in Form eines Endberichts "Effektiver Umgang mit Procuratio-Fällen" übermittelt. Der Berichtsteil "Lösungsvorschläge" enthielt folgende - nach Aspekten der Umsetzung gegliederte - Lösungsansätze:

- Optimieren vorhandener Ansätze: Beantragen/Aktualisieren des Pflegegeldes schon in der Krankenanstalt, frühzeitige Information über das Ende der medizinischen Behandlung, Optimieren der Bettenvergabe in den Geriatriezentren, Implementieren des Entlassungsmanagements inkl. geriatrischen Assessments in jeder Krankenanstalt, Ausbau der Akutgeriatrie in den Krankenanstalten und der Remobilisationseinheiten in den Geriatriezentren;
- Entwickeln neuer Lösungsansätze: Ausbau geriatrischer langzeitmedizinischer Abteilungen, Kooperation der Geriatriezentren mit praktischen Ärzten und Physio-/Ergotherapeuten, Schaffung eines EDV-Systems zur Erfassung und Einplanung von geriatrischen Patienten, Umsetzung des so genannten "SIPA (Integrated System of Care for Frail Elderly) Modells" aus Kanada als Pilotprojekt mit privatem Träger oder einem städtischen Geriatriezentrum und Schaffung eines EDV-unterstützten Netzwerkes für den extramuralen Pflegebereich;
- Finanzierungsansätze: Setzen eines Finanzierungsanreizes für geriatrisches Assessment in Krankenanstalten seitens des FSW durch Finanzierung der Sozialarbeiter und Therapeuten, Ausbau der Finanzierung der medizinisch-geriatrischen Behandlungen durch die Sozialversicherung, Anerkennen der medizinischen Behandlung von Pflege-

fällen in Geriatriezentren als medizinische Leistungen der Sozialversicherung;

- Organisation der Umsetzung: Überarbeiten des zwischen der ehemaligen Magistratsabteilung 47 und dem WKAV im Jahr 1996 abgeschlossenen Kooperationsübereinkommens sowie Einsetzen einer Strategie-Projektgruppe zur Priorisierung der Maßnahmen und zur Evaluierung der gesetzten Maßnahmen.

Wie die Einschau des Kontrollamtes zeigte, hatte die damalige Generaldirektion des WKAV nicht alle im KDZ-Angebot veranschlagten Leistungen des Projektmanagements abgerufen. So wurde von der Endpräsentation bzw. der Besprechung der Studienergebnisse im Rahmen eines Workshops mit allen beteiligten Partnern im Hinblick auf die Neubesetzung der ersten Führungsebene des WKAV Anfang 2005 vom damaligen Generaldirektor Abstand genommen. Die damit verbundene Kürzung des Leistungsumfanges im Ausmaß von 2,5 Arbeitertagen wurde allerdings durch die Verrechnung eines höheren Zeitaufwandes für Informationsbeschaffung wettgemacht, wodurch sich der ursprünglich veranschlagte Studienaufwand des WKAV um 5.880,-- EUR auf insgesamt 32.340,-- EUR erhöhte.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

Die Studie über Proc-F wurde vom damaligen Generaldirektor beauftragt. Es liegen dazu momentan keine neuen Erkenntnisse vor. Die Studie dient jedoch als Ausgangsbasis für weitere Entwicklungen.

4.6 Vorgaben durch die administrativen Führungsebenen

Zur Operationalisierung bzw. zur Umsetzung von politischen Vorgaben und Planungsgrundlagen sind im Allgemeinen konkrete Maßnahmen der administrativen Führungsebenen der Stadt Wien notwendig, wobei der Beschreibung der von den hierfür vorgesehenen Organisationseinheiten gesetzten Maßnahmen in Bezug auf die prüfungsrelevanten Themenschwerpunkte eine kurze Darstellung der hinsichtlich des Prüfersuchens bedeutsamen Aufgabenbereiche der Führungsebenen vorangestellt wird.

4.6.1 Administrative Führungsebenen

Grundsätzlich wurde vom Kontrollamt angemerkt, dass für die effektive Umsetzung der in den Punkten 4.1, 4.2 und 4.3 beschriebenen Vorgaben und Planungen das Zusammenwirken der im Folgenden beschriebenen Organisationseinheiten der Stadt Wien ausschlaggebend ist.

4.6.1.1 Der Aufgabenbereich des Bereichsleiters für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement in der Geschäftsgruppe Gesundheit- und Spitalswesen umfasste im Betrachtungszeitraum u.a.

- die zentrale Wahrnehmung der Gesundheits- und Versorgungsplanung für die Bevölkerung Wiens,
- die Ausarbeitung und Abstimmung von diesbezüglichen Konzepten und Plänen,
- die Koordination von dienststellenübergreifenden Angelegenheiten und
- die Betreuung von Schnittstellen zum extramuralen Bereich,
- die Abstimmung der zentralen Gesundheits- und Versorgungsplanung und der Intentionen Wiens mit anderen Beteiligten am Gesundheitssystem einschließlich der Durchführung von Koordinationsgesprächen,
- die Budgetkoordinierung und Mitwirkung an der Budgetgestaltung der Geschäftsgruppe,
- die Mitwirkung an der Regelung von Kostenbeiträgen für Leistungen im Bereich des Gesundheitswesens und schließlich
- die Erarbeitung von Richtlinien.

In diesem Zusammenhang war zu erwähnen, dass dem Bereichsleiter ursprünglich mit Erlass vom 10. Juli 2001, MD-1074-1/01, ein Weisungsrecht u.a. gegenüber den Leitern der ehemaligen Magistratsabteilung 15 - Gesundheitsamt und der ehemaligen Magistratsabteilung 47 sowie gegenüber dem Generaldirektor des WKAV eingeräumt worden war. Im Hinblick auf die Strukturreform 2004 und die damit verbundene Einrichtung der bis zur Übernahme der Tätigkeiten durch den FSW als Übergangslösung geschaffenen Magistratsabteilung 15 A - Soziales, Pflege und Betreuung wurde die ursprüngliche Bestellung mit Erlass vom 26. Jänner 2004, MD-2568-1/03, geändert, worauf sich das

Weisungsrecht u.a. auf die Leiter der Magistratsabteilungen 15, 15 A und auf den Generaldirektor des WKAV erstreckte. Hinsichtlich der Magistratsabteilung 15 A galt die Bestellung des Bereichsleiters bis zur Auflösung dieser Abteilung mit Wirksamwerden der Änderung der Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien am 1. Juli 2004.

4.6.1.2 Dem Generaldirektor des WKAV obliegt lt. dem - in der Sitzung des Gemeinderates vom 22. November 2000 beschlossenen - Statut der Unternehmung WKAV die Betriebsführung des WKAV in dem Maße, in dem sie nicht anderen Organen, die für die Unternehmung zuständig sind, zugewiesen ist. Auf Grund seiner Richtlinien- und Weisungskompetenz gegenüber den Bediensteten des WKAV ist er u.a. auch dazu berechtigt, einzelne Geschäftsfälle an sich zu ziehen.

In der im Betrachtungszeitraum gültigen Geschäftseinteilung für die Generaldirektion des WKAV waren neben dem Aufgabenbereich des Generaldirektors, wie z.B. die Erarbeitung und Verfolgung von Strategien, die Schaffung von Rahmenbedingungen, die Festlegung von Richtlinien sowie die Überwachung des Vollzuges auch die Aufgabenbereiche der ihn hierbei unterstützenden Geschäftsbereiche der Generaldirektion des WKAV, wie z.B. die Geschäftsbereiche Finanz und Betriebswirtschaft sowie Planung und Qualitätsmanagement geregelt.

Dabei war zu erwähnen, dass der Geschäftsbereich Planung und Qualitätsmanagement u.a. auch Aufgaben wie die Gestaltung, Weiterentwicklung und Standardisierung der Ressourcen- und Leistungsplanung sowie der Aufbau- und Ablauforganisation, die Konsolidierung der Ressourcen- und Leistungsplanung der Direktionen der Teilunternehmungen zu einem Gesamtplan sowie die Koordination der Zielvereinbarungen in der Generaldirektion und mit den Teilunternehmensdirektionen zu besorgen hatte.

4.6.1.3 Analog zu den Bestimmungen des Statuts für den Generaldirektor des WKAV obliegt den Direktoren der Teilunternehmungen die Betriebsführung der jeweiligen Teilunternehmung unter der Bedachtnahme auf die Gesamtinteressen des WKAV. Zu ihren Aufgaben gehörte daher gemäß den im Betrachtungszeitraum gültigen Geschäftseinteilungen die Führung, Koordination und Überwachung der KOFÜ und der Abteilungen,

die sie bei der teilunternehmensweiten Erarbeitung von Strategien, Rahmenbedingungen, bei der Festlegung von Richtlinien sowie bei der Überwachung der Umsetzung und des Vollzuges innerhalb der Teilunternehmung unterstützen.

4.6.2 Initiativen zur Verbesserung des Procuratio-Managements

4.6.2.1 Im Folgenden wurde untersucht, inwieweit im Betrachtungszeitraum von den angeführten Führungsebenen Initiativen zur Verbesserung des Proc-Managements sowie zur Vermeidung von Über- und Fehlbelegungen in städtischen Krankenanstalten - insbesondere zur Hintanhaltung der Unterbringung von Patienten in Gangbetten - gesetzt wurden.

4.6.2.2 Auf Grundlage der dem WKAV mit 1. Jänner 2002 zuerkannten Unternehmenseigenschaft erfolgte eine Abkehr von der jährlichen kameralen Abgangsfinanzierung hin zu einer für die Jahre 2002 bis 2005 vereinbarten Zuschussfinanzierung, deren jährliche Höhe auf der Grundlage der für diesen Zeitraum geschätzten Einnahmen- und Ausgabenbestandteile des WKAV berechnet und im "Internen Übereinkommen zur Finanzierung der Unternehmung WKAV" zwischen dem amtsführenden Stadtrat für Gesundheits- und Spitalswesen, dem Generaldirektor des WKAV unter Beitritt des amtsführenden Stadtrats für Finanzen festgelegt worden war.

Im Jahr 2002 kam es jedoch zu einem teilweisen Entfall von Ertragsbestandteilen des WKAV, weil auf Grund der budgetären Gegebenheiten der damaligen Magistratsabteilung 12 die Abgeltungen von Spitalsgebühren für Proc-F nicht im geplanten Ausmaß überrechnet wurden (s. Prüfung über die Auszahlung der Sozialhilfe, KA II - MA 15 - 1/05). Auf Grund der damit einhergehenden Planabweichung bzw. Deckungslücke wurde darauf hin die Gebarung rund um die Proc-F auf der administrativen Führungsebene des WKAV und der Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement thematisiert, wobei der damalige Generaldirektor des WKAV im Anschluss daran die Beauftragung der Studie "Effektiver Umgang mit Procuratio-Fällen" anordnete. Die darin ausgearbeiteten - unter Pkt. 4.5.5 dieses Berichtes dargestellten - Lösungsansätze und Maßnahmenvorschläge waren von ihm infolge der Neubesetzung der ersten Führungsebene im März 2005 nicht mehr umgesetzt worden.

4.6.2.3 Vom WKAV wurden im Rahmen des Bettenbelegsmanagements sowohl strukturelle als auch anlassbezogene Maßnahmen zur Vermeidung von Fehl- und Überbelegungen in die Wege geleitet, zumal ein Einschaubericht der Magistratsabteilung 15 aus dem Jahr 2001 über Gangbetten in fünf Krankenanstalten des WKAV vorlag (s. hierzu Pkt. 8.2.3) und - wie bereits unter Pkt. 4.3.2.2 erwähnt - im Jahr 2002 von der damals amtsführenden Stadträtin an den Generaldirektor des WKAV unter Zugrundelegung konkreter Vorschläge ein Auftrag zur Vermeidung von Gangbetten ergangen war.

In Entsprechung dessen wurde zwischen dem Generaldirektor und dem Direktor der Teilunternehmung "Wiener städtische Krankenanstalten und Pflegeheime" (ehemalige TU 1) im Rahmen einer Zielvereinbarung für 2002 festgelegt, dass ein Konzept zur Vermeidung von Gangbetten bis Mitte 2002 zu erarbeiten und bis zum Ende des 3. Quartals 2002 umzusetzen gewesen wäre. Wie das Kontrollamt aus Resümeeprotokollen von Leitungssitzungen entnehmen konnte, wurden Überbelegungen in Form von Gangbetten auf Ebene der Generaldirektion besprochen, wobei von einer stark schwankenden Anzahl der vorhandenen Gangbetten ausgegangen wurde.

Nachdem im WKAV seit dem Jahr 1990 die gleichmäßige Verteilung von Rettungszufahrten auf Basis von Kontingentierungen der Betten in ausgewählten Fachbereichen der Krankenanstalten festgelegt war, überprüfte die Direktion der ehemaligen TU 1 die bis zum Jahr 2002 bereits mehrmals geänderten Kontingente der Patientenaufnahmen aus Rettungsfahrten und stellte die Notwendigkeit einer Erhöhung der Rettungskontingente auf Grund vermehrter Rettungstransporte fest. Daraufhin wurde die Kontingentregelung mit dem Ziel einer gleichmäßigen Verteilung der Patienten auf die einzelnen Krankenhäuser nach Abstimmung mit den ärztlichen Direktoren der Krankenanstalten überarbeitet und neu festgesetzt (s. Pkt. 8.2.2).

Bei Überschreitung von Bettenkontingenten sollte an Ort und Stelle in den Krankenanstalten anlassbezogen und gegebenenfalls nach Abstimmung mit dem Direktor der ehemaligen TU 1 versucht werden, einen Ausgleich im Sinn eines interdisziplinären Belegsmanagements herzustellen. Diese Vorgangsweise wurde lt. Auskunft des WKAV im Rahmen von Teambesprechungen und halbjährlich stattfindenden Sitzungen des Di-

rektors der ehemaligen TU 1 und der Ärztlichen Direktoren besprochen.

Ebenfalls im Zusammenhang mit dem Bettenbelegmanagement waren lt. Auskunft des WKAV in einer Reihe von großen städtischen Krankenanstalten Aufnahmestationen mit einer Filterfunktion für Erstbehandlungen und Entlassungen zur Vermeidung von Über- und Fehlbelegungen eingerichtet worden. Eine weitere Maßnahme zur Kapazitätssteuerung habe die im Jahr 1992 eingeführte zentrale Bettenvergabe der Pflegeheimplätze durch die Direktion der ehemaligen TU 1 dargestellt (s. Pkt. 5.3.1).

Trotz dieser Maßnahmen wurde im Zuge der Erhebungen von der Direktion der ehemaligen TU 1 ein gewisses Ausmaß an Gangbetten in Zeiten der Spitzenauslastung (wie etwa bei einer Grippewelle) als nicht vermeidbar bezeichnet, da über die mit der Rettung eingelieferten Patienten zu solchen Zeiten auch vermehrt sonstige ungeplante Aufnahmen (so genannte "Selbstkommer") zu verzeichnen wären.

Weiters wurde von der Generaldirektion des WKAV als strukturelle Maßnahme die Verbesserung der Leistungsangebotsplanung gemäß den im WKAP vorgegebenen Richtlinien in diesem Zusammenhang als relevant angeführt, wobei auf die Zielvereinbarung 2004 zwischen dem Generaldirektor und der Leiterin des Geschäftsbereichs Strategische Planung und Qualitätsmanagement verwiesen wurde. Darin sei etwa die Mitarbeit bei dem unter der Federführung der Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement erstellten Geriatrieplan 2004 (s. Pkt. 4.5.2.2) und die Entwicklung eines Projekts "Neustrukturierung des geriatrischen Bereiches im KAV - Gründung einer TU 4 Geriatriezentren" im Rahmen der für das Jahr 2004 vorgesehenen Geriatrieoffensive festgelegt worden. Die Planungen für die Neustrukturierung des geriatrischen Bereiches waren zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes jedoch noch nicht fertiggestellt, sondern in den Zuständigkeitsbereich der inzwischen gegründeten TU 4 übertragen worden.

4.7 Feststellungen des Kontrollamtes

4.7.1 Wenngleich hinsichtlich der für das gegenständliche Prüfersuchen relevanten Themenschwerpunkte Zielsetzungen, Vorgaben und Entscheidungsgrundlagen für den

Betrachtungszeitraum 2000 bis 2004 in Form von politischen Programmen und Grundsatzentscheidungen, Strategiepapieren und Studienergebnissen in ausreichendem Ausmaß zur Verfügung standen, war im Ergebnis dennoch festzustellen, dass im Erhebungszeitraum weder alle mit diesen Zielerklärungen beabsichtigten Neustrukturierungen noch sämtliche damit verbundenen Planungen und Konzeptionen bis hin zur operativen Ebene der Leistungserbringung als abgeschlossen gelten konnten. So wurde etwa das von der Gemeinderätlichen Geriatriekommission erstellte Strategiekonzept im Jahr 2004 vom Gemeinderat zwar zur Kenntnis genommen, daraus resultierende, konkrete Maßnahmen wurden jedoch nicht beschlossen, sodass auch keine Fortschrittsberichte über deren Umsetzungsgrad zu legen waren.

Als eine der im Erlass der Magistratsdirektion vom 4. April 2003, MD-2586-1/02, festgelegten Aufgaben des Projektleiters für die "Neustrukturierung der Sozial-, Pflege- und Behindertenbetreuung" wurde die Abstimmung der Umstrukturierung mit der weiteren Entwicklung von geriatrischen Krankenpflegekapazitäten im WKAV angeführt. Auf Grund der zeitlichen Abfolge der Beendigung der Projektleitung der Strukturreform 2004 und der sechs Monate später erfolgenden Besetzung der Direktion der TU 4 wurde eine solche Abstimmung nicht vorgenommen, was befürchten ließ, dass eine wesentliche Grundlage der Strukturreform 2004, nämlich die Neustrukturierung des geriatrischen Bereiches im WKAV, in den strategischen Überlegungen für die Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales zumindest eine Verzögerung erfährt. Dies zeigte sich z.B. daran, dass aus dem vorgesehenen Dialog der Entscheidungsträger hinsichtlich der Einrichtung der Pflegedrehscheibe Resultate nicht in jener Form hervorgingen, die dazu geeignet gewesen wären, diesbezügliche Umsetzungsmaßnahmen anzuordnen, wenngleich dies bereits gemäß den Leitlinien der ressortverantwortlichen Stadträtin aus dem Jahr 2004 als Aufgabe dem FSW zugeordnet worden war.

Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass keine Fortschrittsberichte über die mit der Strukturreform 2004 verbundenen Entwicklungen von den hierfür verantwortlichen Entscheidungsträgern zu legen waren. Es war daher nicht ersichtlich, inwieweit die Ablauforganisation auf der operativen Ebene der Leistungserbringung und insbesondere bezüglich der Schnittstellen in allen betroffenen Organisationseinheiten bereits

optimiert wurden. Es wäre daher überlegenswert, bei Beauftragung von Projekten dieser Dimension nicht nur die Legung von Fortschrittsberichten im Sinn einer Projektdokumentation, sondern darüber hinaus die regelmäßige Evaluierung der Projektergebnisse hinsichtlich des Umsetzungsgrades und der Wirksamkeit vorzusehen.

4.7.2 Ebenso zeigte sich, dass sich die Generaldirektion des WKAV mit der Beauftragung einer Studie im Jahr 2004 erstmals umfassend des Problembereichs der Proc-F angenommen hatte. Mögliche Folgewirkungen der ersten diesbezüglichen Umsetzungsschritte sind noch zu erwarten.

4.7.3 Darüber hinaus vertrat das Kontrollamt den Standpunkt, dass konkrete Empfehlungen hinsichtlich der Leistungserbringung, die im Rahmen der zur Strategiebildung und Planung in Auftrag gegebenen Projekte abgegeben wurden, primär der Umsetzung dienen und nicht in weiteren Projekten, Studien etc. münden sollten, zumal diese Empfehlungen großteils unter Beteiligung der administrativen Führungsebene erarbeitet wurden.

5. Procuratio-Management des WKAV in Kooperation mit dem FSW

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Teilpunkte des Prüfersuchens eingegangen:

Teil des Punktes 2: *Überprüfung der Gebarung betreffend das Procuratio-Management der KAV-Führung in den Jahren 2000, 2001, 2002, 2003 und 2004.*

Teil des Punktes 5: *Welche konkreten Maßnahmen hat die KAV-Führung generell bezüglich der hohen Zahl an Proc-F in den Jahren 2000, 2001, 2002, 2003 und 2004 getroffen?*

Im vorliegenden Abschnitt wird zunächst untersucht, welche Grundlagen der WKAV hinsichtlich eines funktionierenden Proc-Managements im Krankenanstaltenbereich geschaffen hat. Nachdem im Prüfersuchen auf die Aufnahme-, Betreuungs- und Entlassungspraxis von Proc-F Bezug genommen wurde, war anzumerken, dass nach Ansicht

des Kontrollamtes der Begriff Proc-Management bezogen auf die einzelnen Krankenanstalten jenen Teilbereich des Entlassungsmanagements bilden sollte, bei dem pflegebedürftige, betagte Patienten im Mittelpunkt stehen. Da im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement ein reibungsloses Zusammenspiel der Krankenanstalten des WKAV mit dem FSW als Ansprechpartner sowohl für die Betreuung zu Hause als auch die Aufnahme in stationäre Betreuungseinrichtungen von entscheidender Bedeutung ist, war im gegenständlichen Abschnitt auch auf die Zusammenarbeit und diesbezügliche Vereinbarungen zwischen diesen beiden Einrichtungen näher einzugehen. (Angemerkt wird dazu, dass im Prüfersuchen der Begriff "verbessertes Schnittstellenmanagement" in einem Klammerausdruck bei der Frage 6 angeführt ist.)

5.1 Regelungen zur Pflegegebühr für Procuratio-Fälle

Wie bereits in Abschnitt 1 angeführt, ist im ASVG grundsätzlich geregelt, dass Patienten, deren Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt ist, diese nicht gewährt wird. Demgegenüber wurde allerdings im Jahr 2000 im Wr KAG normiert, dass es zulässig sei, dass Patienten, die nach einer Ablehnung der weiteren Kostentragung durch den zuständigen Sozialversicherungsträger einen Antrag auf eine Aufnahme in ein Pflegeheim gestellt haben, vorübergehend bis zur Aufnahme in ein Pflegeheim in der Krankenanstalt verbleiben können. Anzumerken war allerdings, dass auch vor dieser Novellierung des Wr KAG in der Praxis Patienten ohne Notwendigkeit ärztlicher Behandlung mangels rascher Verfügbarkeit eines Pflegeheimplatzes als Pflegefälle in den städtischen Krankenanstalten weiter betreut wurden.

Ab jenem Zeitpunkt, ab dem ein Patient, der sich in Anstaltspflege befindet, als Pflegefall gilt, ist er grundsätzlich selbst zur Bezahlung der Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse verpflichtet, wobei allerdings eine ausdrückliche Regelung über die Kostentragung in derartigen Fällen im Wr KAG nicht vorgenommen wurde.

Diese Problematik wurde in einer Sitzung des Gemeinderates bereits Mitte des Jahres 1981 thematisiert, wobei der Bürgermeister in einem Beschlussantrag ersucht wurde, sich beim damals zuständigen Bundesminister dafür einzusetzen, dass die Sozialversicherungsträger auch in diesen Fällen "zur Leistung der Verpflegskosten" verpflichtet

werden. Bis zur Novellierung der entsprechenden Bestimmungen im ASVG sollte seitens der Krankenanstalten eine zeitgerechte Verständigung und vollständige Information aller in diesem Zusammenhang möglichen Zahlungsverpflichteten erfolgen. Weiters wurde beantragt, dass in jenen Fällen, in denen "durch Bettenmangel in den Pflegeheimen der Stadt Wien der weitere Aufenthalt des Patienten in einer allgemeinen Krankenanstalt notwendig ist", die Pflegegebühr für diese Zeit auf das in den Pflegeheimen geltende niedrigere Pflegeentgelt zu reduzieren sei.

In der gegenständlichen Sitzung des Gemeinderates gab der damals für den Bereich Gesundheit und Soziales zuständige Stadtrat bekannt, dass er der ehemaligen Magistratsabteilung 12 und der damaligen Magistratsabteilung 17 - Anstaltenamt den Auftrag gegeben hätte, eine Überprüfung durchzuführen, "in welcher Form man den Asylierungsfällen, die nachweislich kein Pflegeheimbett bekommen, weil keines vorhanden ist", das niedrigere Pflegeentgelt anrechnen könne. Weiters hätte er sich davon überzeugt, dass "Patienten, die weiterhin im Krankenhaus liegen und in der Zwischenzeit mehr zahlen müssten, aber die finanziellen Mittel nicht haben, im Rahmen des Sozialhilfegesetzes 20 % ihrer Pension plus komplette 13. und 14. Pensionszahlung bekommen, wobei das Sozialamt die Differenz zwischen den Spitalsgebühren und den möglichen Pflegegebühren des Patienten bezahlt." Wenige Tage nach dieser Gemeinderatsitzung wurden die städtischen Krankenanstalten mittels Erlass der ehemaligen Magistratsabteilung 17 vom 10. Juli 1981 angewiesen, dass "in jenen Fällen, in denen die Krankenkasse die Kostenübernahme wegen 'Procuratio' bzw. Asylierung abgelehnt hat und in denen ein Antrag auf Aufnahme in ein städtisches Pflegeheim gestellt wurde", höchstens nur jener Betrag vorzuschreiben sei, der dem jeweiligen Pflegeentgelt in einem städtischen Pflegeheim entspreche (das waren damals S 250,-- pro Pflage-tag und Pflegling bzw. umgerechnet 18,17 EUR).

Zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes waren die Pflegegebühren für die städtischen Krankenanstalten lt. Kundmachung der Wiener Landesregierung, LGBl. für Wien Nr. 58/2004, mit 510,-- EUR und für das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien mit 726,-- EUR pro Pflage-tag und Patient festgesetzt worden, während das Pflegeentgelt lt. Verordnung der Wiener Landesregierung, LGBl. für Wien Nr. 61/1999, in den Wiener

städtischen Pflegeheimen 79,94 EUR pro Pflege tag und Pflegling betrug. Die Berechnungsgrundlagen für die Festsetzung des im Einzelfall unter Berücksichtigung der jeweiligen Einkommens- und Vermögensverhältnisse vom pflegebedürftigen Patienten bzw. allenfalls auch vom unterhaltspflichtigen Ehegatten tatsächlich zu entrichtenden Kostenbeitrages zur Pflegegebühr waren vom WKAV - in Anlehnung an die gegenständlichen Bestimmungen im ASVG - in entsprechenden Arbeitsrichtlinien normiert worden.

5.2 Regelungen zum Betreuungsübergang von pflegebedürftigen Menschen

Von besonderer Bedeutung für ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement ist grundsätzlich ein reibungsloses Zusammenspiel des intra- und extramuralen Bereiches, da nur jene Patienten gemeinsam mit ihren Angehörigen, die über das gesamte, vielfältige Betreuungsangebot nach dem Spitalsaufenthalt bestmöglich informiert sind, auf der Grundlage des jeweils im Einzelfall bestehenden Betreuungsbedarfes sowie unter Beachtung auf die damit für sie verbundenen finanziellen Verpflichtungen entscheiden können, welche Betreuungsform für den Patienten infrage kommt.

Wie das Kontrollamt erhob, verfügten die Anstalten des WKAV bis zum Abschluss der gegenständlichen Prüfung im Sommer 2005 über keine umfassenden Durchführungsbestimmungen, welche die Maßnahmen bei Patienten regelten, für die zwar keine Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung, aber eine weiter bestehende Pflegebedürftigkeit gegeben war. Zu dieser äußerst komplexen Thematik lagen zum Zeitpunkt der Prüfung verschiedene Vereinbarungen und Bestimmungen vor, auf die im Folgenden näher eingegangen wird, die aber nach Ansicht des Kontrollamtes nicht alle Teilaspekte hinreichend behandelten.

5.2.1 Übereinkommen mit der Magistratsabteilung 47

Um die strukturellen Voraussetzungen für einen möglichst lückenlosen Betreuungsübergang für jene Patienten, die über den Krankenhausaufenthalt hinaus einer weiteren Versorgung bedürfen, zu schaffen, wurde im Jahr 1996 auf der Grundlage des § 38 Wr KAG ein Kooperationsübereinkommen zwischen der damals zuständigen Magistratsabteilung 47 und dem WKAV geschlossen, welches ab Mai 1999 nach durchgeführter

Evaluierung flächendeckend implementiert war.

Im gegenständlichen Übereinkommen wurde im Wesentlichen geregelt, welche Einrichtungen mit der Betreuung zu Hause befasst sind, das Aufgabenprofil der in den Krankenanstalten tätigen DSA der Magistratsabteilung 47 (nunmehr FSW) definiert und klar gestellt, wofür die Krankenanstalten Sorge tragen müssen. Zu den beiden ersterwähnten Punkten sind weitere Ausführungen unter den Pkten. 9.1 und 6.4 enthalten.

Zur Kooperation bezüglich der Antragstellung auf Aufnahme eines Patienten aus einer Krankenanstalt des WKAV in ein städtisches Wohn- oder Pflegeheim wurde im Übereinkommen auf eine im Jahr 1992 festgelegte Vorgangsweise hingewiesen, die den Spitälern mit Erlass vom 28. Juli 1992, MA 17-303/92/I/G, durch die ehemalige Magistratsabteilung 17 zur Kenntnis gebracht worden war. Diesem war zu entnehmen, dass die Pflegeheimanträge von einem Mitarbeiter des Aufnahme- und Entlassungsdienstes in der jeweiligen Krankenanstalt zu administrieren seien. Nach Erhebung der erforderlichen Daten und Unterzeichnung des Pflegeheimantrags sei der ordnungsgemäß ausgefüllte Pflegeheimantrag mit dem ärztlichen Befundbericht an die Magistratsabteilung 47 (nunmehr an den FSW) zu übermitteln. Diese Vorgangsweise beziehe sich ausschließlich auf die Antragstellung auf Aufnahme in ein städtisches Pflegeheim; in allen anderen Fällen seien die Patienten direkt an die Magistratsabteilung 47 (nunmehr an den FSW) zu verweisen.

Weiters wurden im Kooperationsübereinkommen hinsichtlich der Aufnahme von zu Hause aus in eine Geriatrieeinrichtung des WKAV für die Servicestelle "Aufnahme in Wohn- und Pflegeheime" des nunmehr zuständigen FSW als zentrale Antrags- und Beratungsstelle folgende Aufgabenschwerpunkte definiert:

- Prüfung und Entscheidung über Anträge auf Aufnahme in ein städtisches Pflegeheim,
- Information und Beratung der Antragsteller und deren Angehörigen zu Fragen der Antragstellung und der Wartefrist, weiters über die stationäre Betreuung in den verschiedenen Pflegeeinrichtungen und -stationen, über die Höhe des Kostenbeitrages für den

Pflegeheimaufenthalt sowie die Höhe des Kostenzuschusses durch die Gemeinde Wien,

- Beratung durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) sowie Begutachtung und Feststellung der Dringlichkeit der Aufnahme und
- Kooperation mit dem WKAV zur raschen administrativen Erledigung der Anträge sowie zum Aufnahmeverfahren in ein städtisches Pflegeheim.

In die Verantwortung der Krankenanstalten fällt gemäß dem gegenständlichen Kooperationsübereinkommen u.a. die Entscheidung darüber, ob die Patienten entlassungsfähig sind. Beabsichtigte Entlassungen nach Hause - vor allem von Patienten mit intensivem Pflegebedarf - sind dem GSZ rechtzeitig (möglichst drei Tage vor der Spitalsentlassung) bekannt zu geben. Weiters haben die betreuenden Stationen der Krankenanstalten die ambulant übernehmenden Organisationseinheiten über den Zustand der Patienten und weitere medizinische und pflegerische Veranlassungen zu informieren. Zu diesem Zweck ist ein einheitlicher Pflegeplan an das GSZ schriftlich (möglichst per Fax) zu übermitteln.

Im Sinn eines nahtlosen Ineinandergreifens der Patientenbetreuung waren darüber hinaus regelmäßige Arbeitsgespräche auf der Leitungsebene der Krankenanstalten mit den GSZ vorgesehen, was von den verschiedenen Spitälern mit unterschiedlichem Wirkungsgrad ausgeübt wurde. Besonders erwähnenswert erschien hiezu die Arbeitsgruppe "Region Donaospital", die mit ihren Arbeitsergebnissen - unter Einbindung von niedergelassenen Ärzten als Akteure der extramuralen Versorgung - einen Beitrag zur Optimierung der Schnittstelle bezüglich multimorbider, betagter Patienten bei Aufnahme in und Entlassung aus einer städtischen Krankenanstalt geleistet hat. Von den durchgeführten Maßnahmen waren vor allem die intensive Kooperation und die EDV-Vernetzung mit dem Gesundheitsnetz Donaustadt zu erwähnen, wobei u.a. zur Verbesserung des Informationsflusses der so genannte "TheraCareReport" generiert wurde. Dabei handelt es sich um einen elektronischen Entlassungsbericht, in dem die Pflege und die medizinisch-technischen Dienste für die Versorgung der Patienten zu Hause relevante Informationen dokumentieren. Durch die EDV-mäßige Umsetzung konnten diese Berichte auf digitalem Weg an die GSZ übermittelt werden. Die von den Spitalsärzten er-

stellten Patientenbriefe werden ebenfalls digital an die niedergelassenen Ärzte geschickt. Der FSW informiert darüber hinaus die behandelnden Ärzte sowie die betreuenden Institutionen über die Spitalsaufnahme und Entlassung seiner betreuten Klienten. In weiterer Folge wurde der Funktionsumfang dieser Entlassungsberichte erweitert und den Patienten sowie etwaigen nachversorgenden Stellen zur Verfügung gestellt sowie in den elektronischen Patientenakten abgelegt. Mit dem flächendeckenden Einsatz im DSP Ende März 2005 wurde von dieser Anstalt ein wichtiger Schritt zur Qualitätssteigerung an der Schnittstelle zur spitalsexternen Gesundheitsversorgung gesetzt.

5.2.2 Arbeitspapier der TU 1

Dem Kontrollamt wurde ein im Oktober 2003 von der ehemaligen Direktion TU 1 erstelltes Papier übermittelt, in dem die Vorgangsweise bezüglich der Proc-Patienten in den städtischen Krankenanstalten gleichsam als Prozessbeschreibung skizziert war. Anzumerken war allerdings, dass dieses den Anstalten nicht als Arbeitsunterlage zur Verfügung stand, sondern lediglich in der gegenständlichen Direktion auflag.

Der angeführten Unterlage war zu entnehmen, dass es auf Grund des Behandlungsverlaufes Sache des "behandelnden Arztes" sei zu entscheiden, ob und wann ein Patient als so genannter Asylierungsfall formal zu entlassen und zugleich als Pflegefall aufzunehmen ist. Es bestehe aber auch die Möglichkeit, dass die für den Patienten zuständige Krankenkasse diesen nach einer Einschau zum Pflegefall erkläre. Die Entscheidung, ob ein derartiger Pflegefall in häusliche Betreuung entlassen werden könne oder bis zur Überstellung in ein "Geriatriezentrums der Stadt Wien" in Anstaltsbetreuung verbleiben müsse, obliege dem "zuständigen, verantwortlichen Arzt".

Im letztgenannten Fall sei die Verwaltung der Krankenanstalt diesbezüglich zu informieren und habe ihrerseits die Aufgabe, den Patienten bzw. Ehegatten "so rechtzeitig wie möglich" hierüber sowie über die damit möglicherweise verbundene Verpflichtung zur Leistung eines Kostenbeitrages zu den auflaufenden Pflegegebühren schriftlich zu verständigen. Die in diesem Zusammenhang von den Mitarbeitern der Verwaltung zu treffenden Maßnahmen waren in Dienstanweisungen bereits festgelegt worden.

Weiters wurde in dem Papier der ehemaligen TU 1 jene Vorgehensweise bezüglich der Administration der Pflegeheimanträge ausgeführt, die schon in dem in Pkt. 5.2.1 erwähnten Erlass der ehemaligen Magistratsabteilung 17 festgelegt worden war. Ebenso wurde festgehalten, dass sich die Antragstellung auf Aufnahme in ein Pflegeheim ausschließlich auf ein "Wiener städtisches Pflegeheim" beziehe. In allen anderen Fällen seien Patienten oder deren Angehörige direkt an den FSW zu verweisen.

5.2.3 Regelungen der Generaldirektion des WKAV

5.2.3.1 Im Zusammenhang mit der Einführung des Pflegegeldes im Jahr 1993 waren die Direktionen der Pflegeheime und der psychiatrischen Krankenanstalten von der Generaldirektion des WKAV umfassend mittels Erlass über die diesbezüglichen Gesetze, die damit verbundenen Auswirkungen und die zu treffenden Maßnahmen bezüglich der Neubeantragung, der Beantragung von Höhereinstufungen und der Mitwirkung der Ärzte und Pflegepersonen in den Pflegeheimen bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit in Kenntnis gesetzt worden.

Die Krankenanstalten wurden ebenfalls durch einen Erlass der Generaldirektion des WKAV vom Juli 1993 über die Einführung des Pflegegeldes grundsätzlich informiert. Im Zusammenhang mit den so genannten Asylierungsfällen wurden sie angehalten, die gesetzlich mögliche Überleitung des Pflegegeldanspruches auf den Träger der betreuenden Krankenanstalt vorzunehmen.

Weiters wurden die Anstalten angewiesen, bei notwendigen Anträgen auf Zuerkennung oder Höhereinstufung des Pflegegeldes dem Patienten insofern Hilfestellung zu gewähren, als den unterschriebenen Antragsformularen an die jeweilige Pensionsversicherungsanstalt auch (Fach-)Ärztliche Sachverständigengutachten als Vorschlag für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach dem BPGG anzuschließen wären. Darüber hinaus wurde darauf hingewiesen, dass für Anfragen und Auskünfte von und an Patienten grundsätzlich diplomierte Sozialarbeiter (DSA) zuständig wären, die auch bei der Abfassung der Anträge den Patienten Hilfestellung zu leisten hätten. Hiezu war anzumerken, dass u.a. die Mitwirkung an der Antragstellung betreffend Pflegegeld einige Jahre später explizit vom Tätigkeitsprofil eines Teiles der in den Krankenanstalten

beschäftigten DSA ausgeschlossen wurde (s. auch Pkt. 6.4 des vorliegenden Berichtes).

5.2.3.2 Im Februar 1996 wurden - auf Grund eines bereits seit dem Jahr 1994 bestehenden Auftrages des damals ressortverantwortlichen amtsführenden Stadtrates - in einer Mitteilung der Generaldirektion des WKAV die KOFÜ der Krankenanstalten darüber informiert, dass für die Aufnahme eines Patienten in einem Pflegeheim eine Festlegung der Pflegebedürftigkeit in Form einer so genannten Pflegegeldvorbegutachtung zu erfolgen habe. Dieses Formular sei zur Einbringung der Pflegegeldanträge an die "zentrale Verrechnungsstelle am GZ Am Wienerwald" zu übermitteln. Der Zeitpunkt und die Verantwortlichkeiten für die Durchführung dieser Maßnahme war in der gegenständlichen Mitteilung der Generaldirektion aber nicht geregelt worden.

Wie allerdings einem Protokoll einer Sitzung des ehemaligen stellvertretenden Generaldirektors des WKAV mit Ärztlichen Direktoren aller Anstalten vom Februar 1999 zu entnehmen war, berichtete dieser, dass die Vorbegutachtung zum Pflegegeld in den Geriatrieeinrichtungen ausgezeichnet, in einigen Krankenanstalten jedoch nicht zufrieden stellend funktioniere.

5.2.3.3 Schließlich wurde in den im Herbst 2003 von der Generaldirektion des WKAV herausgegebenen "Richtlinien für pflegerisches Handeln" als Teil der "Rahmenstandards für den Bereich Gesundheits- und Krankenpflege im Unternehmen WKAV" festgelegt, dass bei jedem Patienten bei Antragstellung auf Überstellung in ein Pflegeheim eine Pflegegeldvorbegutachtung durchgeführt werde. Hierbei habe im Akutbereich eine diplomierte Pflegeperson den pflegerischen und ein Arzt den medizinischen Teil auszufüllen und zu unterfertigen. Diese Richtlinien sind allerdings nur für den Pflegebereich gültig.

5.3 Vermittlung und Zuweisung von Pflegeheimplätzen

Während in allen Fällen der "Antrag auf die Gewährung einer Förderung zum Zwecke der Pflege" - gleichgültig, ob diese in einer Langzeit- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung der Stadt Wien oder einem privaten Wohn- oder Pflegeheim gewährt werden soll - von den

Antragstellern ab 1. Juli 2004 an den FSW zu richten und von diesem formal auch zu bewilligen ist, obliegt die Vermittlung der Pflegebetten in den Geriatriezentren der Stadt Wien dem WKAV.

5.3.1 Pflegebettenvermittlung

5.3.1.1 Wie einem Schreiben der ehemaligen Magistratsabteilung 17 aus dem Jahr 1992 zu entnehmen war, war es ab 1. März 1992 Aufgabe des in dieser Dienststelle bestehenden Chefärztlichen Dezernates, für die Vermittlung und Zuweisung von Pflegeheimplätzen in Einrichtungen der Stadt Wien Sorge zu tragen. In weiterer Folge wurden die Agenden der Pflegebettenvermittlung (PBV) der neu geschaffenen Abteilung "Kapazitäts- und Leistungsplanung" der Generaldirektion des WKAV zugeordnet, die mit Schaffung der drei Teilunternehmungen in die ehemalige TU 1 eingegliedert worden war. Während der Einschau des Kontrollamtes wurde die Zuweisung von Pflegeheimplätzen in geriatrische Einrichtungen der Stadt Wien der neu geschaffenen Direktion der TU 4 übertragen. Außerhalb der Normaldienstzeit wird die Tätigkeit der PBV bei unmittelbar erforderlichen Sofortaufnahmen, die nur im GZ Am Wienerwald möglich sind, vom jeweils Dienst Habenden des so genannten "Katastrophenjournaldienstes" der Generaldirektion des WKAV wahrgenommen.

5.3.1.2 Die Vorgangsweise bei der PBV basiert auf einem im Jahr 1992 erstellten diesbezüglichen Konzept, das zum Zeitpunkt der Einschau im Frühjahr 2005 nahezu unverändert gültig war. Um eine gleichmäßige Verfügbarkeit der Pflegebetten für Pflegefälle in den geriatrischen Einrichtungen des WKAV zu gewährleisten, war anhand einer Berechnungsformel eine Kontingentierung festgelegt worden. Diese Berechnung stützte sich im Wesentlichen auf die im Jahr 1992 vorgehaltenen systemisierten Betten in den Krankenanstalten des WKAV und den damaligen Anteil der dort aufgenommenen über 80-jährigen Patienten. Lediglich Mitte der 90er-Jahre wurde infolge der erreichten zweiten Ausbaustufe im DSP die Berechnungsgrundlage entsprechend angepasst, was eine Änderung bei der Kontingentierung zur Folge hatte.

Es war festgelegt worden, dass durch die PBV auf Basis der errechneten Kontingente etwa die Hälfte der in den städtischen geriatrischen Einrichtungen freiwerdenden Pfl-

gebetten im Langzeitbereich den Krankenanstalten des WKAV vermittelt werden konnte, während rd. 40 % für eine Vergabe an Interessenten, die ohne unmittelbaren vorherigen Krankenhausaufenthalt eine Aufnahme von zu Hause aus anstrebten und die übrigen Plätze für Patienten nichtstädtischer stationärer Einrichtungen vorgesehen waren. Die kontinuierliche und regelmäßige Vermittlung frei werdender Plätze in den städtischen geriatrischen Langzeiteinrichtungen anhand der festgelegten Kontingente oblag der PBV.

Schließlich war vorgesehen, dass die zuweisungsberechtigten Bereiche (z.B. Krankenanstalten, FSW) grundsätzlich eigenverantwortlich nachstehende Kriterien bei der Vergabe der Pflegebetten beachten sollten

- die pflegerische und medizinische Indikation,
- die soziale Indikation,
- die Berücksichtigung bestimmter Erkrankungen, für deren Betreuung bestimmte geriatrische Einrichtungen besonders geeignet seien und
- die Berücksichtigung von Wünschen der Patienten bzw. künftigen Bewohner bezüglich der Aufnahme in eine bestimmte Einrichtung.

5.3.1.3 Nachstehender Tabelle ist - basierend auf Auswertungen der PBV - die Entwicklung der im Betrachtungszeitraum vermittelten Pflegeplätze (ohne die von den Geriatrizentren direkt vermittelten Kurzzeitpflegeplätze sowie Plätze für Urlaubsbetreuung) bezogen auf die einzelnen zuweisungsberechtigten Einrichtungen (Kontingentinhaber) zu entnehmen:

Kontingentinhaber	Vermittelte Pflegeplätze in Geriatrizentren des WKAV						
	2000	2001	2002	2003	2004	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
AKH	53	43	36	34	23	-30	-56,6
DSP	164	168	119	149	100	-64	-39,0
KFJ	214	221	162	196	99	-115	-53,7
KES	103	96	74	88	43	-60	-58,3
KAR	135	126	95	103	58	-77	-57,0
FLO	66	70	54	67	31	-35	-53,0
KHL	269	260	173	203	115	-154	-57,2
NZR	30	29	32	29	18	-12	-40,0

Kontingentinhaber	Vermittelte Pflegeplätze in Geriatriezentren des WKAV						
	2000	2001	2002	2003	2004	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
GER	2	1	1	1	0	-2	-100,0
OVS	132	136	86	109	72	-60	-45,5
SSK	34	36	27	35	19	-15	-44,1
TZK	2	4	0	3	1	-1	-50,0
WIL	309	284	186	227	133	-176	-57,0
WKAV gesamt	1.513	1.474	1.045	1.244	712	-801	-52,9
MA 47/MA 15A/FSW *)	885	953	888	891	612	-273	-30,8
Sonstige Einrichtungen**)	298	284	217	247	139	-159	-53,4
Summe	2.696	2.711	2.150	2.382	1.463	-1.233	-45,7

*) In diesen Zahlen sind alle Aufnahmen von zuhause aus, also auch die auf Grund besonderer Dringlichkeit erfolgten Sofortaufnahmen etwa im Wege der "Servicestelle Aufnahme in Wohn- und Pflegeheime" und des "SozialRuf Wien" sowie Aufnahmen aus Einrichtungen des KWP enthalten.

***) Hierbei handelt es sich z.B. um Einrichtungen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt sowie Krankenanstalten, Sanatorien und Rehabilitationseinrichtungen innerhalb und außerhalb Wiens mit Ausnahme jener des WKAV.

In Anbetracht der rückläufigen Entwicklung des Bettenangebotes in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV sind auch die von der PBV vermittelten Pflegeplätze im Vergleich der Jahre 2000 bis 2004 zurückgegangen, und zwar um 1.233 Aufnahmen oder rd. 46 %. Der Rückgang der den Krankenanstalten des WKAV vermittelten Plätze war im Betrachtungszeitraum mit 801 (d.s. rd. 53 %) in Relation wesentlich höher ausgefallen als jener des FSW mit lediglich 273 (d.s. rd. 31 %). Ausschließlich im Jahr 2003 konnten von der PBV gegenüber dem Vorjahr um insgesamt 232 mehr Aufnahmen in Pflegebetten des WKAV vermittelt werden, von denen 199 den Krankenanstalten des genannten Unternehmens zur Verfügung gestellt werden konnten. Nach Auffassung des für die PBV zuständigen Mitarbeiters sei dies primär auf die im Jahr 2003 erfolgte Eröffnung des GZ Favoriten mit insgesamt 192 Pflegebetten zurückzuführen gewesen, die ihm großteils zusätzlich für die Vermittlung von neuen Pflegebedürftigen zur Verfügung gestanden wären.

Ergänzend war dazu festzustellen, dass im Jahr 2003 auch die Zahl der Abgänge (Austritte und Verstorbene) aus den geriatrischen Einrichtungen des WKAV gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen war, während sich diese in den übrigen Jahren deutlich rückläufig entwickelt hatte.

Wie das Kontrollamt weiters feststellte, kam es - unabhängig vom Gesamtrückgang der

vermittelten Pflegeplätze - im Betrachtungszeitraum auch zu einer sukzessiven Verschiebung zwischen dem Kontingent der Krankenanstalten des WKAV und den sonstigen Einrichtungen gegenüber jenem der Magistratsabteilung 47 bzw. der Magistratsabteilung 15 A/des FSW. Der Anteil der von der PBV für die Krankenanstalten des WKAV und den sonstigen Einrichtungen vermittelten Pflegeplätze betrug im Jahr 2000 noch rd. 67 % und rd. 33 % der Plätze waren von der Magistratsabteilung 47 beansprucht worden. Demgegenüber waren im Jahr 2004 nur mehr rd. 58 % aller Vermittlungen für die angeführten Anstalten und sonstigen Einrichtungen erfolgt, während bereits rd. 42 % aller Vermittlungen für die Magistratsabteilung 15 A bzw. den FSW vorgenommen wurden, was insbesondere darauf zurückzuführen war, dass der Rückgang der durch die Magistratsabteilung 15 A bzw. den FSW erfolgten Sofortaufnahmen in geriatrische Einrichtungen des WKAV relativ geringer ausfiel. Damit machten die Sofortaufnahmen im Jahr 2004 bereits nahezu die Hälfte der von der Magistratsabteilung 15 A bzw. vom FSW initiierten Aufnahmen aus.

Vom FSW wurde dazu auf Befragen des Kontrollamtes erläutert, dass seitens betagter Menschen zunehmend das Bestreben bestünde, die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung möglichst zu verzögern. Aus diesem Grund würden unerwartete Ereignisse in deren Leben, wie z.B. das Ableben eines im gleichen Haushalt lebenden Angehörigen, sofortige Pflegeheimweisungen unvermeidlich machen, während der unverzüglichen Aufnahme von in Krankenanstalten befindlichen und dort betreuten Patienten in der Regel nicht diese Dringlichkeit beizumessen sei.

5.3.1.4 Laut dem ursprünglichen Konzept zur Vermittlung von Pflegeheimplätzen war hinsichtlich der Kommunikation der PBV mit den Krankenanstalten vorgesehen gewesen, dass die Letztgenannten einen kompetenten Ansprechpartner sowie zwei Vertreter nennen sollten.

Wie sich im Zuge der gegenständlichen Einschau jedoch zeigte, wurde diese Koordinationsaufgabe von den Anstalten jedoch unterschiedlich wahrgenommen. Während in einigen Krankenanstalten diese Aufgabe zentral den jeweiligen Pflegedirektionen oblag und damit im Sinn des ursprünglichen Konzeptes tatsächlich nur ein Ansprechpartner

für die PBV sowie entsprechende Vertretungsregelungen vorgesehen waren, hatten die Pflegedirektionen anderer Anstalten diese Aufgaben an die Oberschwester in den medizinischen Abteilungen oder - in Einzelfällen - sogar an die Stationsschwester delegiert.

Weiters war bei der Prüfung in der PBV festzustellen, dass die kontingentweise Vergabe des gesamten Pflegebettenangebotes - mit Ausnahme der Urlauber- und Kurzzeitpflegebetten - ohne jegliche EDV-Unterstützung auf der Grundlage von handschriftlich geführten Listen vorgenommen wurde und die Kommunikation (Vermittlung) mit den Ansprechpartnern in den Krankenanstalten über die Belegung freier Betten grundsätzlich telefonisch erfolgte. Lediglich für die nachträgliche Erfassung der vermittelten Betten gab es seit einigen Jahren eine EDV-Applikation. Bezüglich der Meldung frei gewordener Betten seitens der Geriatriezentren war festgelegt worden, dass diese wochentags bis zu einer bestimmten Uhrzeit telefonisch oder per Fax der PBV gemeldet werden sollten.

5.3.2 Aufnahme in Wohn- und Pflegeeinrichtungen

5.3.2.1 Die Voraussetzungen für die Aufnahme in Wohn- und Pflegeeinrichtungen sind einer vom FSW herausgegebenen Broschüre "Wohn- und Pflegeheime Ein Leitfaden" zu entnehmen.

Wie aus dieser ersichtlich ist, ist eine Aufnahme in eine Langzeitpflegeeinrichtung in einem Geriatriezentrum der Stadt Wien nur dann bei einem Pflegebedarf der Pflegegeldstufe 3 oder höher möglich, wenn ambulante Dienste nicht mehr ausreichen. Darüber hinaus sind lt. dem gegenständlichen Leitfaden die Inanspruchnahme eines Kurzzeitpflegeangebotes in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV bzw. befristete Aufnahmen bis zu maximal drei Monaten im Jahr in privaten Pflegeheimen möglich und werden mit einer Förderung des FSW unterstützt. Bei diesen Aufnahmen ist ebenfalls die zuerkannte Pflegegeldstufe 3 oder höher Voraussetzung.

Nach der Ansicht des Kontrollamtes vermittelt die Textierung des gegenständlichen Leitfadens den Eindruck, eine Langzeitbetreuung würde in privaten Pflegeheimen gene-

rell nicht angeboten werden.

5.3.2.2 Während - wie dem Leitfaden weiters entnommen werden konnte - bei einer direkten Aufnahme aus einer Krankenanstalt in ein Geriatriezentrum des WKAV diese nach Rücksprache mit der jeweiligen Stationsleitung vom Spital aus organisiert wird, obliegt die Anmeldung für einen privaten Wohn- und Pflegeheimplatz direkt dem Pflegebedürftigen bzw. seinen Angehörigen oder seinem Sachwalter.

Wie bereits ausgeführt, oblag im Berichtszeitraum die Beurteilung der Notwendigkeit einer befristeten oder voraussichtlich dauernden Aufnahme in ein Wohn- oder Pflegeheim für Spitalspatienten grundsätzlich der Anstalt, während im Fall einer solchen Aufnahme von zuhause aus - sofern bereits eine Betreuung durch extramurale Dienste bestand - die Information über das Betreuungsangebot und die Abklärung der Notwendigkeit sowie Dringlichkeit einer stationären Betreuung grundsätzlich durch eine DGKP des FSW unmittelbar in der Wohnung des Pflegebedürftigen vorgenommen wurde.

5.3.2.3 In jenen Fällen, in denen während eines Aufenthaltes in einer Krankenanstalt eine der Behandlung folgende Kurzzeitpflege erwogen wurde, erfolgte vielfach durch die im GZ Am Wienerwald und im Pflegezentrum des SMZ Baumgartner Höhe vorgehaltenen - aus Ärzten und DGKP zusammengesetzten - "mobilen Teams" an Ort und Stelle eine Beurteilung der Erfolgsaussichten einer Kurzzeitpflege und es wurde über die Zweckmäßigkeit der Aufnahme in einer solchen Einrichtung entschieden.

Bei der Einschau zeigte sich allerdings, dass aus Kapazitätsgründen von diesen beispielsweise Patienten aus den Krankenanstalten über der Donau (DSP und FLO) nicht aufgesucht werden konnten, während im ehemaligen KHL auf Grund seiner räumlichen Nähe zum GZ Am Wienerwald vom "mobilen Team" der letztgenannten Anstalt grundsätzlich auch Patienten vor einer Proc-Stellung begutachtet wurden. Außerdem wurden nicht nur von den vorher genannten geriatrischen Einrichtungen, sondern auch durch das GZ Baumgarten und das SMZ Sophienspital - GZ Kurzzeitpflegen angeboten, wobei diese Anstalten jedoch über keine "mobilen Teams" verfügten. Aus den genannten Gründen wurde daher bei einer Reihe von Patienten die Beurteilung der Zweckmäßig-

keit einer Betreuung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung nur anhand ärztlicher Befunde sowie mittels zusätzlicher telefonischer Erkundigungen vorgenommen.

5.3.2.4 Von den Betreuungsmöglichkeiten in privaten Wohn- und Pflegeheimen können Klienten bzw. deren Angehörigen beim FSW direkt in der Servicestelle "Aufnahme in Wohn- und Pflegeheime", bei den in den Krankenanstalten eingesetzten DSA bzw. durch in den Spitälern und in den GSZ des FSW etc. aufliegende Broschüren Kenntnis erlangen. Dabei ist zwischen jenen Einrichtungen, bei denen eine Förderung durch die Stadt Wien gegeben ist und solchen ohne Zuschuss durch den Sozialhilfeträger zu unterscheiden. In den genannten Broschüren wird auch darauf hingewiesen, dass nicht bei allen privaten Heimen, sofern in diesen überhaupt eine Förderung durch die Stadt Wien möglich ist, der gesamte Differenzbetrag zwischen tatsächlichen Heimkosten und anteiliger Eigenzahlung vom Sozialhilfeträger übernommen wird.

In den privaten Einrichtungen waren in den Jahren 2000 und 2001 im Weg und mit Förderung durch die Stadt Wien lt. Angaben des FSW rd. 1.100 bzw. rd. 1.000 Bewohner aufgenommen worden, seither stieg diese Zahl kontinuierlich auf nahezu 1.700 diesbezügliche Aufnahmen im Jahr 2004 an. Wie einer jährlichen Auswertung des FSW über die seit dem Jahr 2001 in den Krankenanstalten des WKAV gestellten Anträge auf Aufnahmen in städtische sowie private Pflegeeinrichtungen entnommen werden konnte, waren im Jahr 2001 die meisten Anträge auf eine Betreuung in einer privaten Einrichtung - nämlich 154 - Spitalspatienten zuordenbar, während deren Zahl im Jahr 2004 nur 134 betrug. Aus diesen Zahlen zeigte sich nach Ansicht des Kontrollamtes, dass für Patienten, die unmittelbar im Anschluss an einen Aufenthalt in einer Krankenanstalt des WKAV einen Pflegeheimplatz benötigten, in der Regel auf das - sinkende - Angebot der Geriatrieeinrichtungen der Stadt Wien zurückgegriffen wurde.

Auf Grund der zum Zeitpunkt der Einschau bestehenden Vorgangsweise war der Zugang zu privaten Pflegeeinrichtungen für Patienten, die nicht von Angehörigen entsprechende Unterstützung erfuhren, sehr schwierig, zumal auch den DSA in den Krankenanstalten seitens des FSW kein strukturiertes, aktuelles Informationsangebot zur Verfügung stand.

5.3.3 Konzept einer zentralen Servicestelle

In Kenntnis der dargestellten Problematik war im März 2004 von der Servicestelle der ehemaligen Magistratsabteilung 15 A (nunmehr FSW) "Aufnahme in Wohn- und Pflegeheime" und der PBV des WKAV gemeinsam ein Konzept zur Schaffung einer zentralen Servicestelle erarbeitet worden. Als wesentlichste Ziele dieser Einrichtung waren angeführt:

- ein niederschwelliger, selbsterklärender Zugang für die Kunden,
- die standardisierte Feststellung des Pflege- und Betreuungsbedarfs,
- die Schaffung einer Koordinations- und Steuereinheit über das gesamte Angebot der städtischen und privaten Pflegeeinrichtungen,
- die Erstellung eines Leistungskataloges zur standardisierten Bewertung der Pflege- und Betreuungseinrichtungen,
- die Ermöglichung eines direkten Zuganges zu anderen Einrichtungen, wie z.B. KWP, Wiener Wohnen oder Wohnungsloseneinrichtungen, sowie
- die Einrichtung einer zentralen Datenbank über alle zur Verfügung stehenden Pflegeplätze in Wien.

Zusätzlich zu der zentralen Servicestelle war im Konzept vorgesehen, kleine dezentrale Informationseinheiten in großen Krankenanstalten und Geriatriezentren einzurichten, die vom Krankenhaus, der Sozialhilfe und den Sozialversicherungsträgern betrieben werden sollten.

Geplant war, die operativen Aufgaben der gegenständlichen Serviceeinheit in zwei Bereiche, nämlich in eine "Servicestelle Aufnahme" und eine "Zentrale Leistungs- und Kapazitätsvermittlung" zu gliedern, wobei der genannten Servicestelle die Bedarfserhebung für den extramuralen Bereich zukommen sollte, während die Erhebung des Wohn-, Betreuungs- und Pflegebedarfs von Patienten stationärer Einrichtungen von der Letztgenannten anhand vorgegebener Standards durchgeführt werden sollte.

Neben den kurz-, mittel- und langfristig notwendigen Umsetzungsschritten enthielt das Konzept auch eine Reihe von noch abzuschließenden Vereinbarungen zwischen dem

WKAV und dem FSW, von denen insbesondere erwähnenswert war, dass nicht mehr wie bisher der WKAV selbst, sondern der FSW verpflichtet gewesen wäre, für die Unterbringung von Proc-F in stationären Pflegeeinrichtungen Sorge zu tragen.

Die Umsetzung dieses Projektes war ursprünglich für Mitte 2004 ins Auge gefasst worden, wurde jedoch mit der Entscheidung, im WKAV eine eigene Teilunternehmung für Pflegeheime der Stadt Wien einzurichten, zurückgestellt. Auch bis zum Zeitpunkt der gegenständlichen Prüfung durch das Kontrollamt im ersten Halbjahr 2005 waren Maßnahmen zur Konkretisierung des angeführten Vorhabens nicht gesetzt worden.

5.4 Feststellungen des Kontrollamtes

5.4.1 Die im Jahr 1981 getroffene Festlegung, als Grundlage für den zu entrichtenden Kostenbeitrag von Proc-F - im Fall der Anmeldung in eine städtische Pflegeeinrichtung - das Pflegeentgelt heranzuziehen, erschien dem Kontrollamt in dieser Form nicht mehr zeitgemäß. Zielsetzung der Stadt Wien ist es nämlich - wie bereits im Abschnitt 4 dieses Berichtes dargestellt -, Pflegebedürftige so weit wie möglich ambulant zu versorgen sowie bei einem stationären Betreuungsbedarf auch vermehrt bedürfnisorientiert nicht-städtische Pflegeeinrichtungen anzubieten.

Nachdem nach Ansicht des Kontrollamtes die zum Zeitpunkt der Einschau bestehende Regelung bezüglich der Proc-F der letztgenannten Absicht zuwiderlief, sollte künftig in den gegenständlichen Fällen das Pflegeentgelt für die GZ des WKAV in allen jenen Fällen herangezogen werden, in denen der pflegebedürftige Patient einen "Antrag auf Förderung zur Gewährung der Pflege" - unabhängig davon, in welcher Einrichtung bzw. in welcher Form er diese in Anspruch nehmen möchte - stellt. Dies würde bedeuten, dass auch in jenen Fällen, in denen eine vom FSW geförderte ambulante Betreuungsform nach einem Spitalsaufenthalt in Betracht gezogen wird, ein derartiger Antrag an den FSW zu richten wäre.

Derzeit wird eine diesbezügliche Leistung im Einzelfall von der Krankenanstalt bei dem jeweils für den Patienten regional zuständigen GSZ in nicht standardisierter Form telefonisch, mittels Fax oder E-Mail angefordert.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die vor mehr als 20 Jahren getroffene Festlegung wurde vom WKAV bereits aufgehoben.

5.4.2 Anlass zur Kritik gab der Umstand, dass von der Generaldirektion bzw. der Teilunternehmung Krankenanstalten der Stadt Wien (TU 1) den Spitälern keine umfassenden Arbeitsrichtlinien hinsichtlich der zu treffenden Maßnahmen bei nicht mehr behandelungs-, aber pflegebedürftigen Patienten zur Verfügung gestellt wurden.

Bezüglich der dem Kontrollamt vorgelegten internen Arbeitsunterlage der ehemaligen TU 1 über die Proc-F erschien die dort getroffene Festlegung, dass diesbezügliche Entscheidungen ausschließlich als Angelegenheit des behandelnden bzw. zuständigen, verantwortlichen Arztes angesehen werden, als problematisch. Wie die Erhebungen und Literaturrecherchen zeigten, sollte für die Beurteilung des Zustandes eines geriatrischen Patienten für die Entscheidungsfindung bezüglich der im Einzelfall zu treffenden Maßnahmen das so genannte geriatrische Assessment als multidimensionale, interdisziplinäre Bestandsaufnahme herangezogen werden. Dies bedeutet, dass der Patient nicht nur anhand der Diagnosen des behandelnden Arztes, sondern auch unter Berücksichtigung seiner psychosozialen Verhältnisse, seiner Wohnungssituation etc. von verschiedenen Fachärzten, von DGKP, von Sozialarbeitern, von Ergo- und Physiotherapeuten, von Psychologen und von Psychotherapeuten umfassend beurteilt werden sollte. Dazu war anzumerken, dass die Anwendung eines derartigen, zu standardisierenden Beurteilungsverfahrens grundsätzlich bei allen betagten Patienten von Krankenanstalten, bei denen nach ihrem Spitalsaufenthalt ein Betreuungsbedarf erkennbar ist, nutzbringend wäre, wobei allerdings die Einbeziehung aller genannten Berufsgruppen nicht in allen Fällen zwingend erforderlich erschien.

Ebenso war in der angeführten Unterlage zu wenig präzise formuliert, wann Patienten bzw. deren Angehörige über die Proc-Stellung zu informieren sind. Im Übrigen vertrat das Kontrollamt auch die Ansicht, dass es primär Aufgabe des ärztlichen und des pflegerischen Bereiches und nicht der Verwaltung ist, Patienten und deren Angehörige

rechtzeitig über das voraussichtliche Ende einer Krankenbehandlung und den absehbaren, weiteren Pflegebedarf zu informieren. Derartige wesentliche Gespräche sollten auch in der Patientendokumentation festgehalten werden.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die vom Kontrollamt erwähnte interne Arbeitsunterlage der TU 1 über Proc-F war ein persönliches Memo eines Mitarbeiters der ehemaligen TU 1 zum Prozess Proc-F. Der WKAV bedauert, dass durch die Inhalte dem Kontrollamt der Eindruck einer internen Arbeitsunterlage vermittelt wurde.

Nicht zuletzt sollte mit einer Richtlinie über die Vorgangsweise bei nicht mehr behandlungs-, aber pflegebedürftigen Patienten die Zuständigkeiten und die Vorgangsweise bei der Pflegegeldvorbegutachtung klar geregelt werden, wobei insbesondere auch die Mitwirkung der Ärzteschaft eindeutig festzulegen wäre. Schließlich erschien es dem Kontrollamt von Bedeutung, dass eine Pflegegeldvorbegutachtung und die Einleitung von Maßnahmen zu einer allfälligen Beantragung einer Neu- bzw. Höhereinstufung nicht nur bei einer geplanten Aufnahme eines Patienten in ein Pflegeheim, sondern in allen Fällen, in denen nach einem Krankenhausaufenthalt eine längerfristige oder dauernde Pflegebedürftigkeit zu erwarten ist, durchgeführt wird.

Ergänzend sollten mittels den vom Kontrollamt empfohlenen Richtlinien die Krankenanstalten auch angehalten werden, zur Einschränkung des administrativen und zeitlichen Aufwandes im Zusammenhang mit der Bettenvermittlung die Zahl ihrer diesbezüglichen Ansprechpartner in den Anstalten auf möglichst wenige Personen zu reduzieren.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die Anregung des Kontrollamtes, eine Pflegegeldvorbegutachtung und die Einleitung von Maßnahmen zu einer allfälligen Beantragung einer Neu- bzw. Höhereinstufung nicht nur bei einer ge-

planten Aufnahme eines Patienten in ein Pflegeheim, sondern in allen Fällen, in denen nach einem Krankenhausaufenthalt eine längerfristige oder dauernde Pflegebedürftigkeit zu erwarten ist, durchzuführen, wird mit den Anstalten kommuniziert werden. Dabei muss die Individualität des Einzelfalles berücksichtigt werden, da der Antrag nur mit Zustimmung des Patienten gestellt werden kann.

Die Empfehlung des Kontrollamtes, die Vorgangsweise bei nicht mehr behandelbaren, aber pflegebedürftigen Patienten in Bezug auf die Pflegegeldvorbegutachtung mittels Richtlinie klar zu regeln und darin auch die Zuständigkeiten der verschiedenen Professionen festzuschreiben, wird aufgenommen werden.

Allerdings muss in diesem Zusammenhang auf das PIK-Projekt hingewiesen werden. In der Umsetzung des PIK-Transfer-Projektes "Entlassungsmanagement" werden in den Anstalten Überlegungen anzustellen sein, wie in weiterer Folge jene Entlassungen gemanagt werden, die im Rahmen des Projektes als "komplexe Entlassungen" (mindestens eine nachfolgende Handlung, wie Heimhilfe, Essen auf Rädern etc.) definiert sind. U.a. sind die Aufbauorganisation (unterschiedliche Professionen, Personalbedarf, Räume etc.) und die Ablauforganisation (anstaltsintern und die Zusammenarbeit mit dem ambulanten Bereich) festzulegen, Ressourcen und Know-how zu bündeln, gleichzeitig sind aber Doppelgleisigkeiten zu vermeiden. Das Prozedere der Antragstellung bezüglich des Pflegegeldes wird hier integrierter Bestandteil sein.

5.4.3 Auf Grund der bisher nicht koordinierten Zuständigkeiten bei Vermittlung und Zuweisung von Pflegeheimplätzen stellte nach der Ansicht des Kontrollamtes das vom FSW und WKAV gemeinsam erarbeitete Konzept zur Schaffung einer zentralen Servicestelle nicht nur einen wesentlichen Bestandteil der in Pkt. 4.3.2 angeführten so ge-

nannten "Pflegedrehscheibe" dar, sondern es könnte auch einen bedeutenden Beitrag für eine Verkürzung der Verweildauer von Proc-F leisten, weshalb dringend empfohlen wurde, dieses Vorhaben so rasch wie möglich umzusetzen.

Stellungnahme des Fonds Soziales Wien:

Die Einrichtung einer zentralen Servicestelle zur Vergabe von Wohn- und Pflegeplätzen stellt auch nach der Ansicht des FSW eine der vordringlichsten Aufgaben dar. Im November 2005 wurde daher eine entsprechende gemeinsame Arbeitsgruppe von WKAV (TU 4) und FSW (Fachbereich Pflege) mit dem Ziel etabliert, das bereits vorliegende Konzept einer Zentralen Serviceeinheit für Wohn-, Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen zu adaptieren und so rasch wie möglich umzusetzen. Die operative Umsetzung soll bis Ende 2006 erfolgen.

Damit wird der Forderung des Kontrollamtes, dass der FSW die Funktion einer Pflegedrehscheibe wahrnimmt, Rechnung getragen.

Zusätzlich war es nach der Ansicht des Kontrollamtes dringend erforderlich, über die vorgesehene Einrichtung einer zentralen Datenbank über alle zur Verfügung stehenden Plätze in Wien hinausgehend ein EDV-System zu installieren, mit dem tagesaktuell der für die Bettenvermittlung zuständigen Stelle auch die jeweils aktuelle Zahl an Pflegebedürftigen, bei welchen die Notwendigkeit einer stationären Betreuungsform vorhersehbar ist, inklusive deren Betreuungsbedarf zur Verfügung gestellt werden könnte. Mit der Implementierung eines derartigen EDV-Systems sollte es künftig auch möglich sein, jederzeit Auswertungen über die Entwicklung des stationären Angebotes, der Nachfrage und der "Kundenströme" zu erstellen. Nicht zuletzt wären derartige Analysen nach Auffassung des Kontrollamtes auch eine geeignete Basis für die fortlaufende Evaluierung der Leistungen und des Angebotes im stationären Pflegebereich.

5.4.4 Zu dem zwischen dem WKAV und der ehemaligen Magistratsabteilung 47 abge-

schlossenen Kooperationsübereinkommen war festzustellen, dass dieses einen Meilenstein in der Zusammenarbeit zwischen dem intra- und extramuralen Bereich darstellte, in einigen wesentlichen Punkten jedoch einer Ergänzung bzw. einer Überarbeitung bedurfte.

So zeigte sich, dass die Information und Beratung von Patienten in den Krankenanstalten des WKAV, die nach ihrer Entlassung einer weiterführenden stationären Betreuung bedürfen, in dem angeführten Übereinkommen nicht geregelt waren. Dieser Umstand erschien dem Kontrollamt insofern erklärlich, als zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Kooperationsübereinkommens die Weiterbetreuung von betagten, pflegebedürftigen Spitalspatienten grundsätzlich auf die Geriatrieeinrichtungen des WKAV ausgerichtet war.

Da inzwischen nicht nur die organisatorischen Rahmenbedingungen, sondern auch das Angebot einem Wandel unterworfen war, wäre es nach Ansicht des Kontrollamtes angezeigt, das gegenständliche Kooperationsübereinkommen diesbezüglich den veränderten Gegebenheiten anzupassen. Daher wäre in einem überarbeiteten Übereinkommen verbindlich festzulegen, wer in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt Patienten, bei denen ein stationärer Betreuungsbedarf festgestellt worden ist, über das gesamte für sie infrage kommende Platzangebot in den verschiedenen Einrichtungen und den damit verbundenen Kosten zu informieren und bei der Sicherstellung eines geeigneten Platzes zu unterstützen hat.

Ebenso wäre verbindlich festzulegen, dass alle diese in den Krankenanstalten vorzuhaltenden Stellen regelmäßig und tagesaktuell vom FSW mit standardisierten Informationen über das Betreuungsangebot versorgt werden, wofür sich auch die bereits genannte "Pflegedrehscheibe" anbieten würde.

Darüber hinaus sollte zur flächendeckenden Verbesserung der Schnittstellen so rasch wie möglich der im DSP bereits eingesetzte elektronische Entlassungsbericht nicht nur in allen Krankenanstalten des WKAV eingeführt, sondern künftig auch bei Transferierungen von Patienten in alle stationären Pflegeeinrichtungen genutzt werden.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Vom WKAV wird festgehalten, dass das Kooperationsübereinkommen zwischen ihm und dem FSW überarbeitet werden wird.

Stellungnahme des Fonds Soziales Wien:

Auch der FSW erachtet eine Überarbeitung des vom WKAV noch mit der ehemaligen Magistratsabteilung 47 abgeschlossenen Kooperationsübereinkommens als dringend notwendig. Es sind diverse Abläufe und Schnittstellen, etwa im Bereich des Förderwesens festzulegen, da vor der Aufnahme in ein Pflegeheim die Prüfung der Voraussetzungen für die Förderung von Seiten des FSW erfolgen muss. Dann wird die Förderbewilligung schriftlich dem Klienten (im Krankenhaus) und gleichzeitig dem betreffenden Pflegeheimträger (in Abstimmung mit dem Kundenwunsch) übermittelt. Die Platzwahl soll durch den FSW nach einem geriatrischen Assessment (gemeinsam mit dem WKAV) vorgenommen und durch die zentrale Bettenvergabe administriert werden. Erst dann kann in der Regel die Aufnahme erfolgen.

6. Procuratio-Management in den Krankenanstalten des WKAV

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehenden Teilpunkt des Prüfersuchens eingegangen:

Teil des Punktes 2: *Überprüfung der Gebarung betreffend das Procuratio-Management der Kollegialen Führungen der einzelnen Krankenanstalten in den Jahren 2000, 2001, 2002, 2003 und 2004.*

Während das Kontrollamt in den Abschnitten 4 und 5 auf die diversen Vorgaben, Vereinbarungen und Konzepte, die zum Entlassungsmanagement hinsichtlich pflegebedürftiger Patienten herausgegeben bzw. abgeschlossen wurden, eingegangen ist, wid-

met es sich im gegenständlichen Abschnitt der bei seiner Einschau in den Krankenanstalten des WKAV festgestellten diesbezüglich geübten Praxis.

6.1 Vorgangsweise bei der Einschau in den Krankenanstalten

Zur WKAV-weiten Prüfung der jeweils praktizierten Vorgangsweise im Zusammenhang mit den Proc-F hat das Kontrollamt in einem ersten Schritt mittels einer standardisierten Checkliste die KOFÜ aller Krankenanstalten des WKAV mit Ausnahme des TZK und des GER befragt, da wie in Pkt. 3.1.1 bereits angeführt, in diesen beiden Einrichtungen im Betrachtungszeitraum keine Proc-F zu verzeichnen waren. Die Ergebnisse dieser Erhebungen bildeten die Grundlage für Gespräche mit den diesbezüglich operativ tätigen Mitarbeitern aus den Bereichen der Ärzteschaft, der Pflege, der Verwaltung und der Sozialarbeit, die mit den Abläufen und Maßnahmen konkret betraut waren.

Die von den einzelnen Krankenanstalten gewählten Vorgangsweisen wurden vom Kontrollamt in einem weiteren Schritt stichprobenweise, d.h. anhand von 105 beinahe ausschließlich im Jahr 2003 dokumentierten Proc-F mittels eines standardisierten Erhebungsbogens auf den Krankenstationen geprüft, wobei mit der Unterstützung von leitenden Mitarbeitern aus dem medizinischen und pflegerischen Bereich - unter Wahrung des Datenschutzes - Einsicht in die Patientendokumentationen genommen wurde. Grundlage für die anstaltsweise Auswahl der Stationen, die in die Stichprobe einbezogen wurden, bildete die im Betrachtungszeitraum festgestellte Verteilung der Proc-F auf die einzelnen medizinischen Fachbereiche, wobei der Schwerpunkt auf solche Stationen gelegt wurde, die verhältnismäßig viele Proc-F zu betreuen hatten; die Auswahl der einzelnen Fälle erfolgte nach dem Zufallsprinzip. Das Jahr 2003 bildete deshalb die Grundlage für die Stichprobe, weil in einem weiteren Erhebungsschritt bei diesen Patienten auch der dem Spitalsaufenthalt folgende Betreuungsverlauf nachvollzogen werden konnte. Hiefür wurden sowohl Erhebungen in Einrichtungen des FSW als auch in den stationären geriatrischen Einrichtungen des WKAV vorgenommen.

Es wurden in jeder Krankenanstalt zehn Proc-F im Rahmen der Stichprobe untersucht. In Anbetracht der außerordentlich geringen Anzahl an Proc-F im Verhältnis zur Gesamtzahl der im AKH behandelten Patienten wurden dort fünf statt zehn Fälle ausgewählt.

In Anbetracht der unter Pkt. 3.1.3 angeführten Verteilung der Proc-F auf einzelne medizinische Fachabteilungen fiel der Schwerpunkt der Stichprobe auf den Fachbereich Innere Medizin, weshalb in 21 diesbezüglichen Stationen der elf betroffenen Krankenanstalten in insgesamt 65 Patientendokumentationen Einsicht genommen wurde. Die übrigen 40 Fälle verteilten sich in einem annähernd gleichen Verhältnis auf drei Einrichtungen der AG/R sowie auf jeweils drei unfallchirurgische, neurologische und gerontopsychiatrische Stationen; schließlich waren auch zwei Proc-F einer dermatologischen Station in der Stichprobe enthalten.

Auf Grundlage der zuvor beschriebenen Vorgangsweise standen folgende Aspekte im Mittelpunkt der Erhebungen in den Krankenanstalten:

- Anstaltsinterne Vorgaben und Verrechnung von Pflegegebühren (s. Pkt. 6.2),
- relevante Aspekte der Lebenssituation jener Patienten, die zu Pflegefällen wurden (s. Pkt. 6.3),
- Beratung in den Krankenanstalten für Patienten und deren Angehörige bezüglich des weiteren Betreuungsangebotes (s. Pkt. 6.4) sowie
- konkrete Maßnahmen in den einzelnen Anstalten im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement bei betagten pflegebedürftigen Patienten (s. Pkt. 6.5).

6.2 Vorgaben der Anstalten und Verrechnung von Pflegegebühren

Von den Führungsebenen des WKAV wurde - wie bereits in Abschnitt 5 ausgeführt - kein umfassendes Regelwerk für eine einheitliche Vorgangsweise im Zusammenhang mit Proc-F festgelegt. Bei der Einschau des Kontrollamtes in den Krankenanstalten zeigte sich, dass diese nur vereinzelt - wie etwa das ehemalige KHL, das SSK oder das KES - eine Prozessbeschreibung bzw. eine Checkliste über die Abwicklung von Proc-F vorlegen konnten; diese waren hinsichtlich ihrer Form und ihres Inhalts nicht einheitlich gestaltet. In den meisten Spitälern standen als "Prozessbeschreibungen" lediglich die Tätigkeitsbeschreibungen einzelner Bediensteter insbesondere des Verwaltungsbereiches, deren Agenden im Zusammenhang mit Proc-F auf diese Weise dargestellt wurden, zur Verfügung. In den Stellenbeschreibungen der betroffenen Mitarbeiter waren deren Aufgaben im Allgemeinen detailliert festgelegt (wie etwa Informationsgespräche

mit Angehörigen, Behandlung der Pflegeheimanträge, Erwirken von Pflegegeld für Patienten bzw. Antragstellung auf Erhöhung des Pflegegeldes).

Demgegenüber fiel auf, dass die Aufgaben von Ärzten im Zusammenhang mit den zu treffenden Maßnahmen bezüglich betagter pflegebedürftiger Patienten nicht den Stellenbeschreibungen entnommen werden konnten und auch im Tätigkeitsprofil der Stationsleitungen im Pflegebereich nur ganz allgemein als eine der Aufgaben die "Entlassungsvorbereitung der Patienten" angeführt war.

Bezüglich der an die betroffenen Patienten zu verrechnenden Pflegegebühren brachte das Kontrollamt bei seiner Einschau in den Krankenanstalten in Erfahrung, dass in der Praxis Anträge auf die Aufnahme in ein "Haus der Barmherzigkeit" mit Aufnahmeanträgen in Geriatrieeinrichtungen des WKAV gleichgestellt wurden. Daher wurde den Patienten, die einen Antrag auf eine Aufnahme in diese Einrichtung gestellt hatten, das niedrigere Pflegeentgelt in Höhe von 79,94 EUR - so wie jenen mit einem Aufnahmeansuchen in eine Geriatrieeinrichtung des WKAV - vorgeschrieben.

Patienten, die nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes schließlich in anderen privaten Pflegeeinrichtungen weiter stationär betreut wurden, hatten ursprünglich ebenfalls einen Antrag auf Aufnahme in eine Geriatrieeinrichtung des WKAV gestellt, weshalb auch diesen das niedrigere Pflegeentgelt verrechnet worden war. Durch Initiativen der Angehörigen sowie z.T. auch mit Unterstützung von in den Krankenanstalten beschäftigten DSA konnten geeignete Plätze in privaten Pflegeeinrichtungen in Erfahrung gebracht werden. Danach wurde es notwendig, parallel zum bestehenden - auf die Aufnahme in eine Einrichtung des WKAV bezogenen - Antrag einen zweiten, nunmehr auf das private Pflegeheim lautenden Förderantrag an den FSW zu richten.

Die Vereinheitlichung der Höhe des von den Proc-Patienten zu entrichtenden Kostenbeitrages wurde bereits in Pkt. 5.4.1 empfohlen.

6.3 Relevante Aspekte der Lebenssituation der in die Stichprobe einbezogenen Procuratio-Fälle

Im Rahmen der Stichprobenerhebung wurden vom Kontrollamt jene Eckdaten der Le-

benssituation der Patienten zusammengestellt, aus denen teilweise bereits bei deren Aufnahme bzw. im Zuge der Spitalsbehandlung eine möglicherweise nach der Entlassung drohende dauernde Pflegebedürftigkeit erkennbar war. Weiters wurde überblicksweise dargestellt, wie viele der genannten Patienten nach ihrem Spitalsaufenthalt in einer Geriatrieeinrichtung des WKAV, in einer privaten stationären Pflege- oder einer Rehabilitationseinrichtung des gesetzlichen Sozialversicherungsträgers betreut wurden. Der weitere Betreuungsverlauf jener Patienten, die in die häusliche Pflege entlassen worden waren, wird unter Pkt. 9.1.4 näher ausgeführt.

Die im Rahmen der Stichprobe ausgewählten Patienten hatten im Durchschnitt ein Alter von rd. 81 Jahren erreicht, wobei mit rd. 74 % der Anteil der weiblichen Patienten überwog. Insgesamt 76 % der Patienten aus der Stichprobe lebten alleine in einem Haushalt. Etwas weniger als ein Drittel der Patienten hatte bereits vor ihrem Spitalsaufenthalt eine vom FSW angebotene ambulante Leistung (Heimhilfe, Essen auf Rädern etc.) in Anspruch genommen, wobei der Großteil bereits vor seiner Spitalsaufnahme bescheidenmäßig Pflegegeld mit einer durchschnittlichen Einstufung von rd. 3,6 bezogen hatte. Weiters fiel auf, dass bei etwa 40 % der Patienten wenige Tage oder Wochen vor ihrer Spitalsaufnahme, auf Grund derer sie letztlich zum Proc-F wurden, ein Aufenthalt in einer Krankenanstalt des WKAV dokumentiert war.

Im Anschluss an ihren im Durchschnitt insg. 89 Tage dauernden Spitalsaufenthalt waren 75 Patienten - also nahezu drei Viertel der in die Stichprobe einbezogenen Proc-F - in eine geriatrische Einrichtung des WKAV und weniger als 10 % in eine nicht städtische stationäre Langzeitbetreuungs- bzw. in eine Rehabilitationseinrichtung transferiert worden. Beinahe 9 % der Proc-F aus der Stichprobe konnten nach ihrem Spitalsaufenthalt zu Hause weiter betreut werden. Die übrigen wurden entweder als Proc-F in eine andere Einrichtung transferiert oder verstarben.

Von den in Geriatrieeinrichtungen des WKAV aufgenommenen 75 Patienten lebten zum Zeitpunkt der Einschau im Frühjahr 2005 noch rd. die Hälfte in einer derartigen Anstalt. Drei Bewohner waren nach bis zu acht Monaten andauernden Aufenthalten in die häusliche Betreuung entlassen worden, wobei bei einem Bewohner nach rd. elf Monaten

eine Wiederaufnahme in eine Geriatrieeinrichtung notwendig geworden war. Die übrigen in einer Geriatrieeinrichtung des WKAV aufgenommen Patienten waren verstorben.

Zu jenen zehn Patienten, die in andere Einrichtungen als jene des WKAV transferiert worden waren, war anzumerken, dass zwei von ihnen in einem "Haus der Barmherzigkeit" weiter versorgt wurden; bei einem Proc-F war es möglich gewesen, ihn nach der Akutbehandlung in eine Rehabilitationseinrichtung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers zu überweisen.

Nach der Ansicht des Kontrollamtes war anhand der obigen Ausführungen erkennbar, wie wichtig für betagte pflegebedürftige Patienten auf Grund ihrer speziellen Lebenssituation eine rechtzeitige professionelle Beratung und Unterstützung für die anstehenden Entscheidungen hinsichtlich der für sie bestmöglichen Form der künftigen Betreuung ist, weswegen im nachstehenden Kapitel gesondert auch auf die Tätigkeit der DSA eingegangen wird.

6.4 Beratung in den Krankenanstalten für Patienten und deren Angehörige

6.4.1 Sozialarbeit in den Krankenanstalten des WKAV

Eine der Schnittstellen zwischen den Krankenanstalten des WKAV und dem extramuralen Bereich stellt die in den Krankenanstalten durchgeführte Sozialarbeit dar.

Wie die Erhebungen ergaben, waren in den städtischen Krankenanstalten DSA des FSW, des WKAV und der Magistratsabteilung 15 - Gesundheitswesen und Soziales eingesetzt. Die ebenfalls dort beschäftigten DSA der Magistratsabteilung 11 - Amt für Jugend und Familie wurden nicht in die weiteren Betrachtungen einbezogen, da sich deren Aufgabenschwerpunkt ausschließlich auf Kinder und Jugendliche erstreckte.

6.4.1.1 Die Organisation der Patientenbetreuung im Zusammenhang mit der Entlassung aus einer städtischen Krankenanstalt und der Aufnahme in ein Pflegeheim wurde schriftlich erstmals in dem bereits beschriebenen Kooperationsübereinkommen zwischen der ehemaligen Magistratsabteilung 47 und dem WKAV geregelt. Darüber hinaus wurde in diesem Übereinkommen der Aufgabenbereich der seit Jahren in den Kranken-

anstalten tätigen DSA der ehemaligen Magistratsabteilung 47 (nunmehr FSW) beschrieben, wobei diese den jeweils regional zuständigen GSZ zugeteilt waren. Neben der Aufklärung des Stationsteams in den Krankenanstalten in Bezug auf rechtliche Fragen und Betreuungsangebote im Bezirk oblagen ihnen die Information und Beratung der Patienten und Angehörigen hinsichtlich

- sozialversicherungsrechtlicher-, arbeitsrechtlicher- und finanzieller Fragen,
- Fragen in Zusammenhang mit der Wohnsituation,
- der Betreuungsangebote in der Region sowie
- der Einrichtungen und Angebote, die der Gesundheitsförderung und der Förderung einer aktiven und sinngebenden Lebenssituation dienen.

In den nach wie vor gültigen Stellenbeschreibungen der DSA der ehemaligen Magistratsabteilung 47 wurde darüber hinaus das Setzen von Vorbereitungsmaßnahmen und die Vermittlung von Nach- und Weiterbetreuung im Entlassungsprozess aus einer stationären Einrichtung genannt.

Explizit ausgeschlossen vom Aufgabenprofil der DSA waren gemäß dem Kooperationsübereinkommen die Mitwirkung an der Antragstellung betreffend Pflegeheime, Erholungsaufenthalte, Pflegegeld und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, die Vermittlung von sozialen Diensten und die Berechnung von Kostenbeiträgen für soziale Dienste sowie die Pflegeheimunterbringung. Demgegenüber waren in den Stellenbeschreibungen bzw. in einem Tätigkeitsprofil diese Aufgaben nicht ausgeschlossen bzw. einige davon dezidiert aufgenommen.

Inwieweit die DSA in den Entlassungsprozess vor allem der von der gegenständlichen Prüfung umfassten Proc-F tatsächlich eingebunden waren, wird beispielhaft unter Pkt. 6.5 näher dargestellt.

6.4.1.2 Hinsichtlich der DSA des WKAV, die den Psychiatrischen Abteilungen des AKH, des DSP, des KFJ und des OWS zugeteilt waren, ersuchte das Kontrollamt den Geschäftsbereich Personal der Generaldirektion des WKAV um eine allgemein gültige

Stellenbeschreibung dieser Bedienstetenkategorie. Dabei zeigte sich, dass eine generell gültige Beschreibung ihrer Aufgaben nicht vorhanden war, sondern die vier betroffenen Krankenanstalten diese jeweils eigenständig erstellt hatten. Die vorgelegten Darstellungen sozialarbeiterischen Handelns waren - mit Ausnahme jener des KFJ - sehr umfangreich und detailliert ausgeführt worden; sie berücksichtigten neben den allgemeinen Aufgabenfeldern der DSA auch jene, die speziell auf die besonderen Bedürfnisse von psychiatrischen Patienten ausgerichtet sind. Des Weiteren war die Unterstützung der Patienten bei der Suche und Vermittlung von Unterbringungsmöglichkeiten (etwa für Heime oder auch Wohngemeinschaften) vorgesehen.

6.4.1.3 Zusätzlich zum bereits beschriebenen Angebot wurden im AKH, im DSP, im ehemaligen KHL, im OWS und im WIL sozialarbeiterische Tätigkeiten durch DSA der Magistratsabteilung 15 erledigt. Entsprechend ihrer Stellenbeschreibungen oblagen diesen DSA in erster Linie die Durchführung der Maßnahmen nach dem Tuberkulosegesetz sowie Beratungsgespräche mit stationären bzw. ambulanten Patienten und ihren pflegenden Angehörigen bei allfällig auftretenden sozialen oder finanziellen Problemen; in einer dieser Beschreibungen schien auch die Mitwirkung bei verschiedenen Anträgen, wie z.B. solchen auf Aufnahme in ein Pflegeheim oder in ein Hospiz auf.

Gemäß dem ursprünglichen Aufgabengebiet - nämlich der Erledigung von Agenden im Zusammenhang mit Tuberkuloseerkrankungen - erfolgte die sozialarbeiterische Tätigkeit der Mitarbeiter der Magistratsabteilung 15 nur in jenen Krankenanstalten, die über sehr große Lungenfachabteilungen verfügten; inzwischen sind diese DSA sowohl Abteilungen für Lungenkrankheiten, orthopädischen Abteilungen als auch der Universitätsklinik für Dermatologie (AIDS-Station) im AKH zugeteilt.

6.4.2 Anzahl der im WKAV eingesetzten diplomierten Sozialarbeiter

Hinsichtlich des Bedarfes an DSA in Krankenanstalten gibt es in Österreich nur eine bundesweit definierte Zahl in den Strukturqualitätskriterien des ÖKAP für Einrichtungen der AG/R, nach denen ein DSA je 50 Betten vorgesehen ist. Darüber hinaus wurde vom Deutschen Berufsverband für Sozialarbeit als Orientierungshilfe für die restlichen Abteilungen ein Bettenschlüssel von höchstens durchschnittlich 200 Betten je DSA vorge-

geben; für Spezialbereiche, wie z.B. Psychiatrie, wurde ein höherer Personalbedarf angenommen.

6.4.2.1 Um nachzuvollziehen, ob sich die Gegebenheiten in den Krankenanstalten innerhalb der zuvor beschriebenen Vorgabe bzw. im Rahmen des "Orientierungsschlüssels" bewegten, errechnete das Kontrollamt entsprechende Bettenschlüssel je DSA. Hiezu erhob es zunächst die Anzahl der systemisierten Betten der Krankenanstalten zum 31. Dezember 2004 und stellte diese in der nachstehenden Tabelle der auf Vollzeitbeschäftigung umgerechneten Anzahl an DSA des FSW, des WKAV und der Magistratsabteilung 15 - getrennt nach Zuständigkeiten - gegenüber. In der Tabelle nicht enthalten sind jene Organisationseinheiten bzw. DSA, die in der Regel nicht mit betagten pflegebedürftigen Patienten befasst waren. So wurden z.B. weder die systemisierten Betten noch die Anzahl der DSA von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH und im WIL oder speziellen psychiatrischen Abteilungen im OWS erfasst.

Kranken- anstalten	Anzahl der syst. Betten 2004				Anzahl der DSA (Vollzeitäquivalent) 2004				Bettenschlüssel je DSA			
	in sonst. Abt.	in AG/R	in Psych. Abt.	in Lungen - bzw. orthop. Abt.	FSW in sonst. Abt.	FSW in AG/R	WKAV in Psych. Abt.	MA 15 in Lungen - bzw. orthop. Abt.	in sonst. Abt.	in AG/R	in Psych. Abt.	in Lungen - bzw. orthop. Abt.
AKH	1.768	-	152	93	2,5	-	2	0,4	1:707	-	1:76	1:58 *)
DSP	658	-	80	47	3	-	1	0,3	1:219	-	1:80	1:157
KFJ	625	48	50	-	3	-	0,4	-	1:208	-	1:125	-
KES	279	-	-	-	1	-	-	-	1:279	-	-	-
KAR	732	-	-	-	2	-	-	-	1:366	-	-	-
FLO	195	24	-	-	0,25	0,5	-	-	1:780	1:48	-	-
KHL	906	24	-	84	-	0,5	-	1,4	-	1:48	-	1:60
NZR	147	-	-	-	1	-	-	-	1:147	-	-	-
OWS	191	-	340	386	0,5	-	9,5	3,4	1:382	-	1:36	1:114
SSK	94	-	-	-	0,5	-	-	-	1:188	-	-	-
WIL	946	-	-	-	2,5	-	-	-	1:378	-	-	-
Gesamt	6.541	96	622	610	16,25	1	12,9	5,5	1:403	1:96	1:48	1:98 *)

*) Im AKH wurden der Anzahl der DSA der Magistratsabteilung 15 nur 23 Betten der AIDS-Station zugeordnet, da in der Orthopädie keine Stundenzuteilung gegeben ist und eine sozialarbeiterische Betreuung nur auf Anfrage erfolgt.

6.4.2.2 Während die Einrichtungen der AG/R im FLO und im ehemaligen KHL zum Stichtag 31. Dezember 2004 ausreichend mit DSA durch den FSW besetzt waren, fiel im KFJ auf, dass trotz der Strukturqualitätskriterien des ÖKAP diesem Fachbereich kein DSA zugeteilt war, obwohl drei DSA des FSW dieser Krankenanstalt zur Verfügung

standen. Diese Situation war auch noch zum Zeitpunkt der vom Kontrollamt vorgenommenen Stichprobe hinsichtlich der Proc-F im Frühjahr 2005 unverändert.

Bezogen auf die sonstigen Abteilungen lag der vom Kontrollamt berechnete durchschnittliche Bettenschlüssel aller von der Prüfung umfassten Krankenanstalten bei 403 Betten pro DSA, wobei festzustellen war, dass die von den GSZ des FSW betreuten Bereiche der Krankenanstalten eine sehr unterschiedliche Dichte an DSA aufwiesen. Da der DSA im FLO eine Verpflichtung von 30 Wochenstunden hatte, allerdings 20 Wochenstunden in der AG/R eingesetzt war, verblieben letztlich zehn Wochenstunden für seine Tätigkeit in anderen Abteilungen der Krankenanstalt. Bei 195 systemisierten Betten im Jahr 2004 ergab dies einen Bettenschlüssel von 1:780, der um beinahe 300 % von der empfohlenen Orientierungshilfe abwich. Dazu kam noch, dass dieser Posten ab dem Frühjahr 2005 vakant und bis zum Ende der Einschau des Kontrollamtes noch keine Nachbesetzung erfolgt war.

Das SSK und das ehemalige NZR verfügten demgegenüber über mehr DSA, als im Sinn des empfohlenen Schlüssels notwendig wären, wobei beiden Anstalten jedoch - wie unter Pkt. 6.5 ausgeführt wird - spezielle Aufgaben innerhalb der Krankenanstalten des WKAV vorbehalten sind, welche die bestehende Ausstattung mit DSA auch nach Ansicht des Kontrollamtes rechtfertigten.

Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt, dass in einem der größten Schwerpunktkrankenhäuser, nämlich im KHL, außer in der AG/R kein weiterer DSA des FSW eingesetzt war. Ergänzend war allerdings anzumerken, dass die im ehemaligen KHL tätigen DSA der Magistratsabteilung 15 zusätzlich zu den ihnen zugeteilten Aufgaben nach Maßgabe ihrer Möglichkeiten auch sozialarbeiterische Beratungen für andere Abteilungen, vor allem im Zuge des Entlassungsmanagements, leisteten.

Im AKH war weder mit der bis ins Jahr 2000 bestehenden Personalausstattung von drei DSA noch mit den während der Einschau eingesetzten 2,5 Mitarbeitern eine der Orientierungshilfe entsprechende Betreuungsintensität gegeben. Die dort eingesetzten DSA wurden bei manchen Tätigkeiten zwar von zwei Seniorenberaterinnen eines privaten

Trägervereins unterstützt, was jedoch der obigen Feststellung keinen Abbruch tat. Auch im WIL kamen zwei Seniorenberaterinnen zum Einsatz, was zu einer teilweisen Entlastung der DSA führte.

6.4.2.3 Hinsichtlich des Einsatzes der DSA des WKAV in den psychiatrischen Abteilungen war lt. Auskunft des Geschäftsbereiches Personal der Generaldirektion des WKAV grundsätzlich vorgesehen, dass jeder Abteilung ein DSA zuzuteilen sei. Hiezu war anzumerken, dass die psychiatrischen Abteilungen in den Krankenanstalten über eine unterschiedlich hohe Bettenzahl verfügen. So war im Jahr 2004 beispielsweise im OWS die kleinste Abteilung mit nur 40 Betten und im AKH die größte mit 152 Betten ausgestattet. Dies führte angesichts der tatsächlich getroffenen Personalzuteilungen zu Bettenschlüsseln, die sich in den vom Kontrollamt untersuchten Abteilungen zwischen 36 und 125 Betten je DSA bewegten.

Auffällig war in diesem Zusammenhang, dass im OWS - im Vergleich zum AKH oder auch DSP - die psychiatrischen Abteilungen nie mehr als 60 systemisierte Betten vorhielten, jedoch meistens mehr als einen DSA beschäftigten. Das bedeutete letztlich, dass dort der durchschnittliche Bettenschlüssel sogar jenen lt. den Strukturqualitätskriterien des ÖKAP in den Einrichtungen der AG/R unterbot.

6.4.3 Tätigkeiten der diplomierten Sozialarbeiter

Hinsichtlich des tatsächlichen Ablaufes der sozialarbeiterischen Tätigkeiten in den Krankenanstalten des WKAV zeigte die Einschau Folgendes:

Der Zugang der DSA, vor allem jener des FSW, zu den Spitalspatienten erfolgte auf unterschiedliche Weise. In der Regel verständigten die Stationen (Arzt oder auch Pflegepersonal) einen DSA und ersuchten diesen entweder telefonisch oder mittels eines so genannten Konsiliarblattes, bei bestimmten Patienten den sozialarbeiterischen Bedarf abzuklären. Darüber hinaus traten auch Patienten oder deren Angehörige an diese heran bzw. stellten die DSA den Kontakt von sich aus her, wenn sie bei Rundgängen im Spital einen diesbezüglichen Bedarf erkannten. Schließlich bestand eine weitere Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit den DSA mitunter durch Externe, wie et-

wa durch Sachwalter oder auch andere Krankenanstalten.

Über den zuvor beschriebenen Zugang hinaus nahmen die DSA des FSW standardisiert in Einrichtungen der AG/R an Geriatrischen Assessments aber auch auf manchen Stationen im KES und im ehemaligen NZR an interdisziplinären Teamsitzungen teil. Auch die DSA des WKAV im OWS - speziell an den Gerontopsychiatrischen Abteilungen - waren sowohl in Geriatrische Assessments als auch in Besprechungen der interdisziplinären Teams eingebunden.

Wie die Prüfung zeigte, wurden von den DSA aller drei Einrichtungen dem Grunde nach ähnliche Tätigkeiten in den Krankenanstalten durchgeführt, wobei der Schwerpunkt der klinischen Sozialarbeit in der Klärung des sozialen Umfeldes bzw. Betreuungsbedarfs der Patienten und in der Beratung und Unterstützung bei der Transferierung in ein Pflegeheim lag. In wenigen Fällen wurden die Patienten auf die Möglichkeit der Unterbringung in privaten Wohn- und Pflegeheimen aufmerksam gemacht bzw. entsprechende Kontakte hergestellt. Bei Überstellungen in eine Geriatrieeinrichtung des WKAV leisteten die DSA des FSW in einigen Krankenanstalten Hilfestellung bei den diesbezüglichen Anträgen.

Bei einer voraussichtlichen Entlassung von Patienten in die häusliche Pflege war die Durchführung so genannter "differenzialdiagnostischer Ausgänge" möglich. Damit sollte vor einer geplanten Entlassung in die häusliche Pflege nicht nur ein unmittelbarer Eindruck über die Wohnsituation des Patienten gewonnen, sondern auch allenfalls notwendige Maßnahmen - z.B. zur Verhinderung von Stürzen - in die Wege geleitet werden. Weiters erfolgten Beratungen über das bestehende Angebot der sozialen Dienste sowie die Weitervermittlung an die für die Organisation zuständigen GSZ. Ein weiteres Betätigungsfeld lag - falls erforderlich - in der Unterstützung der Patienten bei Neubeantragung bzw. bei der Höhereinstufung des Pflegegeldes oder in der Beantragung von Sachwalterschaften beim zuständigen Bezirksgericht.

Offensichtlich auf Grund der sich widersprechenden Regelungen im Kooperationsübereinkommen und in den Stellenbeschreibungen der DSA hinsichtlich der Mitwirkung der

DSA des FSW bei Anträgen betreffend die Aufnahme in ein Pflegeheim bzw. das Pflegegeld - was auch von manchen Mitarbeitern bemängelt wurde - traten bei der Einschau diesbezüglich unterschiedliche Vorgangsweisen der DSA zu Tage, die durch Überarbeitung des genannten Übereinkommens bereinigt werden sollten.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Bei der Überarbeitung des Kooperationsübereinkommens zwischen dem WKAV und dem FSW wird der Anteil an Sozialarbeit bzw. die Mitwirkung der DSA Beachtung finden.

Darüber hinaus war betreffend des Aufgabengebietes der DSA des WKAV in den psychiatrischen Abteilungen festzuhalten, dass diese bei der Patientenbetreuung in die multiprofessionellen Teams voll eingebunden waren und einen wesentlichen Beitrag im Rahmen des Entlassungsmanagements leisteten, worunter auch die Hilfestellung bei Anträgen um Aufnahme in stationäre Betreuungseinrichtungen sowie um Zuerkennung des Pflegegeldes zu zählen war. Die DSA der Magistratsabteilung 15 unterstützten zusätzlich zu ihrem ursprünglichen Aufgabengebiet Patienten außerhalb ihrer Stationen vor allem bei diversen Antragstellungen.

6.5 Entlassungsmanagement bei Procuratio-Fällen

Ein effektives Entlassungsmanagement bildet einen wesentlichen Baustein zur Vermeidung nicht zwingend notwendiger Aufenthalte bzw. Fehlbelegungen in stationären Betreuungseinrichtungen. Damit sollte es auch möglich sein, im Fall eines nicht vermeidbaren Betreuungsbedarfes in einer stationären Einrichtung wesentliche Hilfestellungen zu leisten, um dem Patienten das für seine Erfordernisse bestmögliche Betreuungsangebot möglichst rasch zur Verfügung stellen zu können.

Auf Grund der besonderen Bedürfnisse der angeführten Patientengruppe ist dies am ehesten dann gewährleistet, wenn möglichst bald nach deren Aufnahme in eine Krankenanstalt eine interdisziplinäre Bestandsaufnahme im Rahmen eines geriatrischen Assessments erfolgt. Darauf aufbauend sollten abgestimmt auf den individuellen Bedarf

jedes einzelnen Patienten die erforderlichen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen gesetzt und gleichzeitig in Abstimmung mit dem sozialen Umfeld die Entlassung oder der Übergang in eine stationäre Betreuungsform bestmöglich vorbereitet werden.

Bei den gegenständlichen Erhebungen des Kontrollamtes zeigte sich, dass diesem Anspruch sowohl auf eine professionelle Abwicklung aller bei einem Spitalsaufenthalt gebotenen Maßnahmen als auch auf einen verständnisvollen und individuellen Umgang mit den betagten Patienten vor allem die Einrichtungen der AG/R des WKAV, aber auch das SSK, das OWS, das ehemalige NZR und das KES gerecht wurden, während hingegen andere Anstalten bzw. Abteilungen diesbezüglich noch Defizite aufwiesen. Da die im Folgenden beschriebenen Vorgangsweisen der zuvor erwähnten Einrichtungen unmittelbar dem Wohl der Patienten zugute kommen, sind sie - nach Ansicht des Kontrollamtes - unabhängig von allfälligen messbaren Erfolgen, wie z.B. einem Rückgang der Proc-F oder deren Pflegedauer, aber auch unabhängig von wirtschaftlichen Auswirkungen zu sehen.

6.5.1 Einrichtungen der AG/R

6.5.1.1 Wie bereits in Abschnitt 1 angeführt, wurde gemäß WKAP der Auf- bzw. Ausbau von Einrichtungen der AG/R in den Fondskrankenanstalten bis zum Jahr 2005 angestrebt. Zur Zielgruppe der AG/R zählen geriatrische Patienten mit

- somatischer oder psychischer Multimorbidität, die eine stationäre Akutbehandlung erforderlich macht,
- Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch den Verlust funktioneller und gegebenenfalls kognitiver Fähigkeiten oder durch psychische Probleme im Rahmen einer Erkrankung,
- Bedarf nach funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen.

In den Einrichtungen der AG/R soll sowohl eine fächerübergreifende Primärversorgung direkt aufgenommener geriatrischer Patienten als auch eine weiterführende Behandlung

akutkranker Patienten aus anderen Abteilungen (Sekundäraufnahmen) erfolgen, wobei die AG/R als Abteilung oder als Departement im Rahmen der Fächer Innere Medizin oder Neurologie eingerichtet werden kann. Durch Umwidmung von Akutbetten dieser oder anderer Fachrichtungen war geplant, in den Krankenanstalten des WKAV bis Ende 2005 insgesamt 296 AG/R-Betten vorzuhalten. Die Abrechnung der Leistungen von Einrichtungen für AG/R mit dem WIKRAF erfolgt über einen pauschalen Tagsatz, wobei eine diesbezügliche Verrechnung u.a. nur dann möglich ist, wenn eine Bewilligung durch die Fonds-Kommission vorliegt.

6.5.1.2 Tatsächlich standen im Frühjahr 2005 im ehemaligen KHL und im FLO jeweils 24 derartige Betten sowie 48 Betten im KFJ, also insgesamt 96 Betten in den genannten (bewilligten) Einrichtungen der AG/R zur Verfügung. Damit war vom WKAV zum Zeitpunkt der Einschau erst rd. ein Drittel des angestrebten Zieles bezüglich des Aufbaus der AG/R in städtischen Krankenanstalten realisiert worden.

Hinsichtlich des geplanten weiteren Ausbaus von derartigen Einrichtungen stellte die Abteilung "Organisationsplanung" der TU 1 dem Kontrollamt die Inbetriebnahme einer solchen Station mit 24 Betten im OWS für das erste Quartal 2006 und mit 20 Betten im DSP für den Spätherbst 2006 in Aussicht. Darüber hinaus sei im KHL das Projekt einer weiteren Station mit 24 Betten in Vorbereitung. Ebenso würden Gespräche betreffend die Umwidmung von bestehenden 94 Betten im SSK geführt werden.

Die Auslastung der im Betrachtungszeitraum belegbaren Betten in Einrichtungen der AG/R der drei Krankenhäuser bewegte sich zwischen rd. 88 % und rd. 96 %. Der Anteil der in den nachfolgenden Ausführungen als Betagte bezeichneten Patienten (älter als 80 Jahre) lag - bezogen auf alle in der AG/R des FLO und KFJ betreuten Patienten - zwischen rd. 46 % und rd. 56 %, während er im ehemaligen KHL zwischen rd. 76 % und rd. 80 % betrug.

6.5.1.3 Die Abteilung für Akutgeriatrie im ehemaligen KHL besteht seit dem Jahr 2002 am Standort des GZW und wird auch mit dessen Personal betrieben. In der gegenständlichen Abteilung erfolgten seit deren Bestehen zum überwiegenden Teil Primärauf-

nahmen, Patienten von anderen Abteilungen des ehemaligen KHL wurden nur in geringer Anzahl übernommen. Seit der Inbetriebnahme konnten von dort jährlich zwischen rd. 69 % und 82 % aller betreuten Patienten wieder nach Hause entlassen werden und lediglich ca. 10 % wurden in stationäre Betreuungseinrichtungen transferiert; annähernd die Hälfte dieser Patienten wurde in privaten Pflegeeinrichtungen untergebracht. Es kam auch vor, dass Patienten - primär wegen chirurgischer oder unfallchirurgischer Probleme - entweder in eine andere Akutabteilung transferiert wurden oder während ihres Aufenthaltes in der gegenständlichen Abteilung verstarben.

Bei den drei in der Stichprobe enthaltenen Proc-F der AG/R im ehemaligen KHL handelte es sich um Primäraufnahmen, bei denen auf Grund des geriatrischen Assessments eine Entlassung nach Hause wegen einer sozialen Indikation oder eines relativ hohen Betreuungsbedarfes nicht möglich erschien; auch eine Aufnahme in eine private Pflegeeinrichtung wurde deshalb als nicht zweckmäßig erachtet. Bei allen drei Patienten war während des Aufenthaltes Pflegegeld bzw. dessen Erhöhung beantragt worden, was in zwei Fällen zu Pflegegeld der Stufe 4 und in einem Fall zu einem solchen der Stufe 5 führte.

So wie die übrigen Einrichtungen für AG/R verfügte auch jene im ehemaligen KHL neben einem geriatrisch erfahrenen Ärzte- und Pflegeteam über eigens der Abteilung zugeordnete Physio- und Ergotherapeuten sowie im Bedarfsfall über Psychologen, aber auch über einen DSA aus dem Personalstand des FSW. Von diesem interdisziplinären Team wurden im Rahmen von standardisierten, multidimensionalen geriatrischen Assessments Problemlagen und Fähigkeiten der Patienten festgestellt und darauf aufbauend individuelle Therapie- und Trainingspläne inklusive der Hilfsmittelversorgung erstellt. Im Zuge der Entlassungsvorbereitung wurden fallweise differenzialdiagnostische Ausgänge mit den Patienten in deren Wohnungen unternommen.

Wie die Einschau zeigte, war speziell dem DSA des Teams eine Reihe von Aufgaben im Zuge der Entlassung der Patienten vorbehalten. So wurde bei jedem Patienten mittels Einsicht in das Klientenverwaltungssystem des FSW der Status des Patienten (Bezug von Pflegegeld, Inanspruchnahme sozialer Dienste etc.) festgestellt, die Patienten

und ihre Angehörigen bei der Stellung von Anträgen auf Zuerkennung oder Erhöhung von Pflegegeld aber auch Sachwalterschaft unterstützt sowie Informationen über - auch über das Angebot des FSW hinausgehende - Betreuungsmöglichkeiten erteilt.

6.5.1.4 Im Gegensatz zum ehemaligen KHL wurden in der AG/R im FLO schwerpunktmäßig Sekundäraufnahmen durchgeführt, wobei neben Patienten des Lorenz-Böhler Unfallkrankenhauses der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt in erster Linie Patienten aus der eigenen Anstalt übernommen wurden. Dabei handelte es sich lt. Auskunft des leitenden Oberarztes überwiegend um Patienten zur Remobilisation nach Schenkelhalsfrakturen. Unter Beachtung von Ausschlussgründen, wie z.B. einer offensichtlich andauernden Pflege- oder Behandlungsbedürftigkeit erfolgte die Aufnahme von eigenen Patienten nach vorheriger Beurteilung durch ein eigenes mobiles Team der AG/R, bei externen Aufnahmen wurden die Begutachtungen der betreffenden Patienten durch den verantwortlichen Oberarzt des FLO vorgenommen.

Seit dem Bestehen der Einrichtung der AG/R im FLO konnten jährlich bis zu rd. 88 % der betreuten Patienten wieder nach Hause entlassen werden. Ein Großteil jener Patienten, bei denen eine Remobilisierung innerhalb von etwa sechs Wochen nicht erfolgreich war, wurde in jene Einrichtungen rücktransferiert, von denen sie vermittelt worden waren. Durch diese Vorgangsweise waren auf der angeführten Station lediglich wenige Proc-F zu verzeichnen gewesen.

Im Rahmen der Stichprobe des Kontrollamtes wurden - so wie im ehemaligen KHL - ebenfalls drei Proc-F dieser Station näher betrachtet. Einer dieser Patienten wurde zunächst als Proc-F in der AG/R aufgenommen und als Behandlungsfall erfolgreich remobilisiert, sodass er schließlich nach Hause entlassen werden konnte. Ein weiterer nach einem neurologischen Gutachten auf der AG/R zum Pflegefall gewordener Patient wurde nach Gesprächen u.a. zwischen dem DSA und einem Angehörigen des Patienten in die häusliche Pflege entlassen. Auf Grund der während des Aufenthaltes gestellten Pflegegeldanträge wurde den beiden genannten Patienten Pflegegeld der Stufe 2 bzw. der Stufe 4 zuerkannt.

Der dritte Patient, der nach mehreren Aufenthalten in Krankenanstalten schließlich in der AG/R behandelt worden war, wurde zwar zum Proc-F, es gelang jedoch, ihm in weiterer Folge einen Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers zu vermitteln. Der Antrag auf Gewährung von Pflegegeld brachte in diesem Fall die Zuerkennung der Stufe 3.

Die Betreuung der Patienten während ihres Aufenthaltes auf der AG/R erfolgte in einer mit der gegenständlichen Einrichtung des ehemaligen KHL vergleichbaren Weise, wobei der im FLO tätige DSA des FSW in das Entlassungsmanagement grundsätzlich eingebunden war. Zum Zeitpunkt der Einschau im Frühjahr 2005 war diese Stelle allerdings vakant, sodass die Agenden des DSA - soweit möglich - vom leitenden Pflegepersonal der Station wahrgenommen wurden.

Weiters war das Entlassungsmanagement der AG/R im FLO durch die Besonderheit gekennzeichnet, dass eine für das so genannte "Case-Management" zuständige DGKP des GSZ Floridsdorf einmal wöchentlich diese Station aufsuchte und hiebei insbesondere

- an den interdisziplinären Fallbesprechungen teilnahm,
- präsumtive Klienten über das Leistungsangebot des FSW informierte sowie
- falls notwendig eine Bedarfseinschätzung der Betreuung zu Hause vornahm.

6.5.1.5 Im KFJ gibt es seit dem Herbst 2003 ein aus zwei Stationen mit je 24 Betten bestehendes Departement für AG/R der zweiten Medizinischen Abteilung. Vergleichbar mit der AG/R im FLO lag der Schwerpunkt auch hier bei Sekundäraufnahmen, wobei neben Abteilungen der eigenen Anstalt primär Unfallchirurgische Abteilungen anderer Anstalten Patienten mittels eines eigens erstellten Anmeldeformulars, das Auskunft über den Zustand und die Motivation der Patienten gab, zuwies.

Die Zahl der nach Hause entlassenen Patienten lag im genannten Departement seit der Inbetriebnahme zwischen rd. 77 % und rd. 78 % aller betreuten Patienten. In der AG/R des KFJ waren im Verhältnis zu den anderen diesbezüglichen Einrichtungen die

wenigsten Proc-F zu verzeichnen, da die Bemühungen, Patienten nach erfolgloser Re-mobilisierung in die ursprüngliche Abteilung rückzutransferieren, im verstärkten Ausmaß vorgenommen wurde. Somit lag der Prozentsatz der transferierten Patienten deutlich über jenen des ehemaligen KHL und des FLO.

Weiters zeigte sich bei der Einschau, dass keiner der drei DSA des FSW in das interdisziplinäre Team bzw. Entlassungsmanagement in der AG/R eingebunden war; diese konnten lediglich im Bedarfsfall wie auch von allen anderen Stationen angefordert werden.

Die Stichprobe beinhaltete zwei Proc-F dieses Departements, die im Zuge der gegenständlichen Einschau näher untersucht wurden. Bei einem der beiden Patienten entschied das interdisziplinäre Team über die Proc-Stellung, nachdem der Patient erklärt hatte, dass er nicht mehr zu Hause wohnen wolle. Dieser wurde relativ rasch - auch wegen seiner schweren chronischen Erkrankung - in eine Geriatrieeinrichtung des WKAV transferiert. Ein weiterer Patient wurde als Proc-F auf Grund einer Stations-sperre einer Chirurgischen Abteilung dieser Krankenanstalt lediglich temporär von der AG/R übernommen und nach Wiederinbetriebnahme rücktransferiert. Beide Patienten erhielten nach ihrem Aufenthalt in der AG/R Pflegegeld der Stufe 4.

6.5.2 Betreuung betagter pflegebedürftiger Patienten im SSK

6.5.2.1 Seit der Zusammenlegung mit Teilbereichen der ehemaligen Allgemeinen Poliklinik im Jahr 1999 zum nunmehrigen SMZ Sophienspital lag der Schwerpunkt dieser Anstalt auf der Betreuung alter Patienten. Dies war u.a. auch daran feststellbar, dass - wie aus einer Auswertung basierend auf Daten des WKAV hervorging - der Anteil der Betagten an allen Patienten des SSK rd. ein Drittel ausmachte, während er in den Krankenanstalten des WKAV im Durchschnitt bei etwa 11 % lag.

Die Betreuung der im SSK stationär aufgenommenen Spitalspatienten erfolgt auf vier Stationen des Fachbereiches Innere Medizin, die jeweils über 18 bzw. 24 Betten verfügen. Während das Bettenangebot zweier Stationen vorwiegend für akut erkrankte betagte Menschen bestimmt ist, dienen zwei weitere Stationen vorwiegend für Patienten

mit funktionalen Bewegungsstörungen und relevanten internen Begleiterscheinungen. Die primäre Aufgabe der letztgenannten Stationen ist die Erhaltung bzw. Wiedereingliederung der Patienten in das gewohnte soziale Umfeld durch besonders intensive rehabilitative Maßnahmen.

Wie das Kontrollamt erhob, wurden im SSK so wie in den Einrichtungen der AG/R aufbauend auf den Ergebnissen von geriatrischen Assessments für die Patienten individuelle Therapie- und Trainingspläne erstellt sowie die Hilfsmittelversorgung vorgenommen. Zur Ergänzung des interdisziplinären Teams im SSK standen zum Zeitpunkt der Einschau zur Sicherstellung eines gut funktionierenden Entlassungsmanagements auch ein DSA sowie eine DGKP des zuständigen GSZ des FSW zur Verfügung, deren Tätigkeitsfeld primär die Rehabilitation von Patienten der beiden letztgenannten Stationen umfasste.

6.5.2.2 Da im Betrachtungszeitraum die meisten Proc-F in einer der beiden Stationen für akut erkrankte betagte Patienten zu verzeichnen waren, wurden vom Kontrollamt die Fälle der Stichprobe aus diesen Abteilungen ausgewählt. Obwohl der DSA des FSW hauptsächlich in den beiden anderen Stationen eingesetzt war, zeigte sich, dass er bei acht von zehn untersuchten Fällen in die Entlassungsvorbereitungen involviert war. Sechs der in der Stichprobe enthaltenen Fälle wurden nach ihrem Spitalsaufenthalt in eine geriatrische Betreuungseinrichtung des WKAV transferiert. Zwei Patienten, wobei einem sogar ein Pflegegeld der Stufe 5 zuerkannt worden war, konnten nach Hause entlassen werden, zwei weitere verstarben noch während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt.

Vom DSA wurde auch erhoben, ob Patienten bereits Pflegegeld bezogen hatten. Falls dies erforderlich war, wurden entsprechende Pflegegeld- bzw. Erhöhungsanträge gestellt.

Bei einem Patienten aus der Stichprobe mit den Entlassungsdiagnosen "senile Demenz, Depression" hatte sich der DSA bereits im Zuge eines Voraufenthaltes - da der Patient damals eine Entlassung nach Hause verweigert hatte - intensiv beim KWP so-

wie bei privaten Pflegeheimen um eine Aufnahme bemüht. Nachdem der Patient von dort innerhalb eines Tages wieder ausgezogen war, erfolgte eine mehrmonatige Betreuung zu Hause, bis eine Wiederaufnahme im Akutspital notwendig geworden war und letztlich mit einer Transferierung in die angeschlossene Pflegeeinrichtung seinen Abschluss fand.

6.5.3 Betreuung betagter pflegebedürftiger Patienten im OWS

6.5.3.1 Im OWS lag im Betrachtungszeitraum der Anteil der Betagten an allen Patienten bei lediglich rd. 6 %. Die überwiegende Zahl der Proc-F im OWS waren Patienten so genannter gerontopsychiatrischer Stationen, in denen grundsätzlich nur Patienten ab dem 65. Lebensjahr aufgenommen werden. Erwähnenswert war weiters, dass in den psychiatrischen Abteilungen des OWS bei Sozialversicherten der WGKK die Entscheidung über die Proc-Stellung gemeinsam mit dem so genannten Einschauarzt getroffen wurde.

Die Betreuung der Patienten auf diesen Stationen erfolgte in multiprofessionellen Teams unter starker Einbindung der DSA des WKAV, wobei während der stationären Betreuung bei Bedarf auch differenzialdiagnostische Ausgänge im Rahmen der so genannten Übergangspflege mit den Patienten möglich waren.

Bei der Übergangspflege handelt es sich um eine Maßnahme im Zuge der Entlassung von Patienten, die vom Fonds Kuratorium "Psychosoziale Dienste in Wien" angeboten wird. Deren Kernaufgaben bestehen in einer pflegerischen Begleitung und Unterstützung beim Übergang vom Krankenhaus in die eigene Wohnung, im Herstellen von Kontakten und in der Sicherstellung der Übergabe an nachfolgende Betreuungseinrichtungen sowie in der Durchführung von "Akuteinsätzen" bei einer drohenden neuerlichen stationären Aufnahme.

6.5.3.2 Von den zehn durch die Stichprobe erfassten Proc-F wurden drei in privaten Pflegeheimen untergebracht, vier in eine Geriatrieeinrichtung des WKAV transferiert und zwei waren während des Aufenthaltes im OWS verstorben. Ein 86-jähriger dementer Patient, dem nach seinem Spitalsaufenthalt die Pflegegeldstufe 6 zuerkannt

worden war, konnte nach Hause entlassen werden, da sich trotz der hohen Pflegebedürftigkeit Angehörige zur Übernahme der Betreuung bereit erklärt hatten.

Bei der Prüfung im OWS zeigte sich allerdings auch, dass im Zuge des Entlassungsmanagements grundsätzlich keine Pflegegeldvorbegutachtungen durchgeführt wurden und auch nicht alle Stationen in ausreichendem Maße darauf geachtet hatten, ob bzw. in welcher Höhe die Patienten Pflegegeld bezogen. Aus diesem Grund wurde in mehreren Fällen erst von der nachfolgenden Betreuungseinrichtung ein diesbezüglicher (Erhöhungs-)Antrag in die Wege geleitet.

6.5.4 Betreuung betagter pflegebedürftiger Patienten im ehemaligen NZR

6.5.4.1 Wie die bereits erwähnte Auswertung zeigte, stieg im ehemaligen NZR im Vergleich mit den anderen städtischen Spitälern der Anteil der betagten Patienten am höchsten an. Möglicherweise wirkte sich die gegenständliche Entwicklung auch auf die Anzahl der Proc-F aus, da im ehemaligen NZR als einziger städtischen Krankenanstalt ein Anstieg dieser Patientengruppe zu verzeichnen war.

Die Proc-F verteilten sich auf die beiden in dieser Anstalt vorgehaltenen Neurologischen Abteilungen, deren medizinische Schwerpunkte zum einen in allgemeinen neurologischen medizinischen Leistungen und zum anderen in der Versorgung von Schlaganfallpatienten besteht. Im ehemaligen NZR erfolgte die Entscheidung über eine Proc-Stellung interdisziplinär, wobei lt. Auskunft der vom Kontrollamt befragten Ärzte und des leitenden Pflegepersonals diese Maßnahme nur dann gesetzt wurde, wenn sich nach einer mehrwöchigen Rehabilitation abzeichnete, dass diese nicht zu dem gewünschten Erfolg führte. Wie auch im OWS wurde im ehemaligen NZR bei Versicherten der WGKK die Beendigung eines Behandlungsfalles im Einvernehmen mit dem Einschauarzt des genannten Sozialversicherungsträgers ausgesprochen. In jenen Fällen, in denen nach einem Spitalsaufenthalt die Rehabilitation der Patienten in einer stationären Einrichtung weitergeführt wurde, arbeitete die gegenständliche Anstalt auf informeller Basis eng mit einem in Niederösterreich gelegenen Rehabilitationszentrum zusammen.

Wie aus der im Pkt. 6.4.2.1 enthaltenen Tabelle ersichtlich ist, wurde im ehemaligen NZR im Betrachtungszeitraum ein auf Vollzeitbasis beschäftigter DSA des FSW einge-

setzt; er war bei neun der zehn Proc-F aus der Stichprobe in das Entlassungsmanagement eingebunden worden. Weiters sah dieser es im Einvernehmen mit der Anstalt als seine Aufgabe an, in Pflegegeldangelegenheiten sowie bei der Antragstellung auf einen Pflegeplatz Patienten und deren Angehörige nicht nur zu informieren, sondern sie auch - über das Kooperationsübereinkommen hinausgehend - aktiv zu unterstützen.

6.5.4.2 Die Auswertung der zehn Proc-F umfassenden Stichprobe im ehemaligen NZR zeigte, dass die betroffenen Patienten im Durchschnitt 77 Jahre alt waren und damit unter dem Altersdurchschnitt der Stichprobe lagen. Bei sechs Patienten erfolgte die Proc-Stellung infolge des jeweiligen gesundheitlichen Zustandes nach einem Schlaganfall. Von den zehn überprüften Fällen waren acht nach ihrem Spitalsaufenthalt in einer Geriatrieeinrichtung des WKAV, ein Patient in einem "Haus der Barmherzigkeit" und ein Patient in einer Einrichtung des KWP aufgenommen worden.

Grundsätzlich wurde im ehemaligen NZR eine Pflegegeldvorbegutachtung durchgeführt, auf deren Basis Neu- oder Erhöhungsanträge gestellt wurden. Die Bedeutung dieses Vorgehens für die Patienten zeigte sich darin, dass acht Patienten nach ihrem Spitalsaufenthalt das Pflegegeld der Stufe 5 zuerkannt wurde und ein Patient die Stufe 4 erhielt; einer war vor der bescheidmäßigen Zuerkennung des Pflegegeldes bereits verstorben.

6.5.5 Betreuung betagter pflegebedürftiger Patienten im KES

6.5.5.1 Das KES wies bereits im Jahr 2000 einen Anteil der Betagten an allen Patienten von mehr als 19 % auf, der bis zum Jahr 2004 auf über 22 % angestiegen war. Infolge dieser hohen Zahl an betagten Patienten wurden von der KOFÜ des KES im Betrachtungszeitraum mehrere Initiativen zur Verbesserung bei deren Betreuung gesetzt.

So wurde im Auftrag der Pflegedirektion im Zeitraum Oktober 2001 bis Oktober 2004 von einer Station einer Abteilung für Innere Medizin ein Qualitätsverbesserungsprojekt mit dem Titel "heim statt Heim" umgesetzt. Ausgangspunkt für dieses Projekt war, dass seit Jahren Patienten dieser Station vielfach sehr pflegeaufwändig waren, ein Durchschnittsalter von weit über 80 Jahren aufwiesen, eine sehr lange Pflegedauer be-

nötigten sowie häufig zu Proc-F wurden. Ziel des gegenständlichen Projektes war es, bei gleich bleibender Patientenstruktur die Zahl der möglichen Entlassungen nach Hause zu erhöhen. Zu dessen Umsetzung wurden Maßnahmen, wie etwa das Abhalten wöchentlicher Fallbesprechungen, die Festlegung einer berufsspezifischen Aufgabenverteilung in der Entlassungsvorbereitung unter Einbindung der Ärzte, des Pflegepersonals, der Therapeuten, des DSA des FSW und des Psychologen aber auch die Bekanntgabe von standardisierten, allen betroffenen Berufsgruppen zugänglichen Informationen über extramurale Angebote in Form eines entsprechenden Heftordners gesetzt.

Im Rahmen der Ergebniskontrolle zu diesem Projekt wurde festgestellt, dass bei nahezu unveränderter Patientenstruktur und Pflegedauer die Entlassungen nach Hause stark angestiegen waren, was sich auch durch einen entsprechenden Rückgang der Zahl der Proc-F auf dieser Station zeigte. Wie dem abschließenden Projektbericht aber ebenso zu entnehmen war, konnten trotz der Informationsgespräche und Hilfestellungen nicht alle Angehörigen davon überzeugt werden, dass eine Versorgung zu Hause möglich sei. Es gelang jedoch häufig, diese zu einem Versuch zu bewegen, wobei sich immer wieder zeigte, dass die geäußerten Ängste vielfach unbegründet waren.

Weiters war bereits im Jahr 1998 im KES auf einer anderen Station des Fachbereiches Innere Medizin das "Konzept der Sozialvisite" entwickelt worden. Ziel dieser Sozialvisite war es auch, im interdisziplinären Team unter Federführung der Stationsleitung vorhandene Ressourcen für eine mögliche Entlassung nach Hause zu erkennen und den hilfsbedürftigen Patienten und deren Angehörigen Informationen sowie Hilfestellungen bezüglich notwendiger Maßnahmen im Zusammenhang mit der Entlassung anzubieten.

Ebenso wurde in der gegenständlichen Krankenanstalt im Betrachtungszeitraum ein Projekt mit der Bezeichnung "Netzwerk KES" umgesetzt, das eine Verbesserung des Informationsangebotes für Pflegebedürftige zum Ziel hatte. Ein wesentliches Ergebnis dieses Projekts war die Auflage einer Informationsmappe über Angebote des extramuralen Bereiches in allen Stationen, wobei eine diesbezügliche Aktualisierung vom DSA gemeinsam mit den Stationsleitungen sichergestellt werden sollte.

6.5.5.2 Anhand der vom Kontrollamt gezogenen zehn Fälle der Stichprobe zeigte sich, dass im KES grundsätzlich nicht nur alle maßgeblichen die Behandlung durchführenden Mitarbeiter in den Entlassungsprozess eingebunden worden waren, sondern auch der DSA des FSW in sieben der zehn Fälle ausführlich das soziale Umfeld der Patienten erhoben hatte und dementsprechend bei der Entlassungsvorbereitung seinen Beitrag leistete. Im KES wurde bei pflegebedürftigen Patienten grundsätzlich ermittelt, ob diese bereits Pflegegeld bezogen bzw. wurden bestehende Pflegegeldeinstufungen auf ihre Aktualität kontrolliert. Im Bedarfsfall erfolgte in allen Fällen eine Unterstützung bei der jeweils erforderlichen Antragstellung. Neun der in die Stichprobe einbezogenen Proc-F bezogen nach dem gegenständlichen Spitalsaufenthalt Pflegegelder der Stufen 3 bis 5, einer mit der Diagnose "senile Demenz" Pflegegeld der Stufe 2.

Durch die zuvor beschriebenen Maßnahmen konnte einer der Proc-F - nach einem behindertengerechten Umbau seiner Wohnung - nach Hause entlassen werden.

Von den zehn Proc-F aus der Stichprobe waren wegen deren Gesundheitszustandes bzw. hoher Pflegebedürftigkeit acht in Geriatrieeinrichtungen des WKAV und einer in ein "Haus der Barmherzigkeit" transferiert worden. Einer dieser Pfleglinge mit der Diagnose "senile Demenz" und Pflegegeld der Stufe 3 konnte zwar nach einem rd. acht Monate dauernden Aufenthalt im GZ Am Wienerwald wieder in die häusliche Betreuung entlassen werden, allerdings wurde er nach vier weiteren Spitalsaufenthalten wieder zum Proc-F erklärt und schließlich im März 2005 neuerlich in das GZ Am Wienerwald transferiert.

6.5.6 Betreuung betagter pflegebedürftiger Patienten im AKH

6.5.6.1 Im AKH wird bei pflegebedürftigen betagten Patienten hinsichtlich der Proc-Stellung eine andere Praxis als in den übrigen Krankenanstalten gepflogen. In dieser Anstalt wird nämlich in der Regel ein Behandlungsfall nicht für beendet erklärt, sondern im Zyklus von drei Wochen die diesbezüglich fraglichen Pflegegebührenakte (inkl. Krankengeschichte) von bei der WGKK versicherten Patienten dem dort tätigen Einschaubarzt vorgelegt und nur im Einvernehmen mit diesem eine Entscheidung über das Beenden des Behandlungsfalles getroffen. Andere Sozialversicherungsträger wurden

grundsätzlich erst nach einem mehrere Wochen dauernden Aufenthalt eines bei ihnen versicherten Patienten tätig, indem sie den Behandlungsfall nach Rücksprache mit dem AKH zum Proc-F erklärten.

Insgesamt lag dadurch die Pflegedauer der von der Prüfung umfassten Patienten als Behandlungsfall vor ihrer Proc-Stellung (s. auch Pkt. 3.3.1) erheblich über den diesbezüglichen Werten anderer Anstalten. Im Betrachtungszeitraum wurden von Patienten des AKH jährlich zwischen 45 bis 69 Anträge auf Gewährung einer Förderung zum Zweck der Pflege gestellt, denen lediglich zwei bis maximal elf Proc-F pro Jahr gegenüberstanden. Bei seiner Einschau stellte das Kontrollamt fest, dass der Zeitraum zwischen der Beendigung des Behandlungsfalles und dem davor gestellten Antrag auf Aufnahme in ein Pflegeheim sogar Monate betragen konnte.

6.5.6.2 Die im AKH tätigen DSA des FSW waren in drei der fünf Fälle der Stichprobe in die Entlassungsvorbereitungen eingebunden gewesen. Ein Patient wurde nach seinem Spitalsaufenthalt in einem privaten Pflegeheim weiterbetreut, zwei kamen in Geriatrieinrichtungen des WKAV, zwei weitere verstarben während ihres Aufenthaltes im AKH. Bei allen Patienten war eine Pflegegeldvorbegutachtung erfolgt, in drei Fällen wurde auch ein Antrag auf Zuerkennung des Pflegegeldes oder dessen Erhöhung initiiert.

6.5.7 Betreuung betagter pflegebedürftiger Patienten in den übrigen Krankenanstalten des WKAV mit Ausnahme der Einrichtungen für AG/R

Bei der Prüfung des Kontrollamtes zeigte sich, dass in den Schwerpunktkrankenanstalten (DSP, KFJ, KAR, ehemaliges KHL und WIL) sowie im FLO und im AKH - mit Ausnahme der jeweiligen Einrichtungen der AG/R - keine speziellen Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement bei Proc-F gesetzt worden waren. Insbesondere ergaben die Erhebungen, dass dort grundsätzlich keine Bestandsaufnahme bei den Proc-F im Sinn eines geriatrischen Assessments unter Einbindung aller betreuungsrelevanten Berufsgruppen vorgenommen worden war. Durch dieses fehlende Instrumentarium wurde das Erkennen aller bei den Patienten bestehenden Rehabilitationsressourcen möglicherweise erheblich erschwert, was in Einzelfällen letztlich zu nicht erforderlichen Aufnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen geführt haben konnte.

Hiezu wird als Beispiel die Vorgangsweise einer Schwerpunktkrankenanstalt angeführt, von der alle zehn vom Kontrollamt überprüften Proc-F - auch zwei mit Pflegegeld der Stufen 1 bzw. 2 - nach ihrem Spitalsaufenthalt relativ rasch in Geriatrieeinrichtungen des WKAV transferiert worden waren. Die beiden ehemaligen Patienten mit den niedrigen Pflegegeldeinstufungen konnten im Übrigen nach einem rd. drei- bzw. zehnwöchigen Aufenthalt aus der stationären Langzeitbetreuung wieder in die häusliche Pflege entlassen werden. Weiters fiel bei den Proc-F dieser Krankenanstalt die außergewöhnlich kurze Pflegedauer im Spital auf, die bei den vom Kontrollamt überprüften Fällen bei durchschnittlich nur rd. 16 Tagen vor und rd. 15 Tagen nach deren Proc-Stellung lagen.

6.5.8 Allgemeine Erhebungsergebnisse zum Procuratio-Management

6.5.8.1 Die Prüfung ergab weiters, dass in allen Krankenanstalten des WKAV die Patienten oder deren Angehörigen zwar nachweislich seitens der Verwaltung über die Beendigung als Behandlungsfall und die damit für sie verbundenen finanziellen Konsequenzen in Kenntnis gesetzt worden waren, hingegen war nicht eindeutig festgelegt, wer zu welchem Zeitpunkt auf den Stationen die Patienten bzw. allenfalls auch deren Angehörige über diesen für sie maßgeblichen Schritt (und die damit verbundenen Folgen, wie etwa die weiterführende Pflege) informieren sollte.

Mangels diesbezüglicher Vorgaben (s. hiezu auch die Ausführungen im Abschnitt 5) wurden unterschiedliche Vorgangsweisen gepflogen, wobei sowohl Ärzte als auch leitendes Pflegepersonal dem Kontrollamt gegenüber angaben, dass sie diese Aufgabe wahrnehmen würden. Allerdings waren den ärztlichen Dekursen bzw. Pflegedokumentationen nur in einigen Anstalten - und auch dort nicht lückenlos - eine derartige Patienten- und/oder Angehörigeninformation zu entnehmen, während vielfach eine diesbezügliche Aufzeichnung fehlte.

6.5.8.2 Außerdem zeigte sich bei der Einschau, dass Pflegegeldvorbegutachtungen nachweislich nur in einem Teil der Anstalten durchgeführt worden waren. Erfolgte eine solche, wurde sie bei Bedarf für Neu- oder Erhöhungsanträge herangezogen. In zwei Krankenanstalten war die Vornahme dieser Begutachtungen allerdings sogar explizit

von der jeweiligen Ärztlichen Direktion mit dem Hinweis, dass derartige Tätigkeiten nicht dem Aufgabenprofil von in Krankenanstalten beschäftigten Ärzten zuzurechnen wären, abgelehnt worden.

6.5.8.3 Außer im DSP nutzten in den Spitälern des WKAV lediglich die DSA des FSW eine Einschaumöglichkeit in dessen elektronisches Klientenverwaltungssystem. Dieses System bietet Berechtigten u.a. die Möglichkeit, sich über die aktuelle Pflegegeldeinstufung von Klienten des FSW zu informieren. Da die DSA des FSW in weniger als der Hälfte der Proc-F der Stichprobe in den Entlassungsvorgang eingebunden gewesen waren, wurden vielfach von DGKP in den Stationen Informationen über bestehende Pflegegeldeinstufungen von den Patienten selbst oder deren Angehörigen erhoben. Jene Patienten, die noch kein Pflegegeld bezogen, wurden in der Regel bei einer Beantragung des Pflegegeldes teils von den DSA, teils von Mitarbeitern aus dem Verwaltungsbereich unterstützt. In jenen Anstalten, in denen keine Pflegegeldvorbeurteilungen erfolgten, waren vielfach keine Neu- oder Erhöhungsanträge initiiert worden.

6.5.8.4 Erhebliche Unterschiede waren innerhalb der Stichprobe auch bezüglich des Zeitpunktes, zu dem der Antrag auf Aufnahme in eine Geriatrieeinrichtung gestellt wurde und ab wann die Patienten nicht mehr als Behandlungsfall galten und daher zum Proc-F wurden, festzustellen gewesen. So erfolgte oftmals der angeführte Antrag bereits Tage bis Wochen vor der Proc-Stellung, während in manchen Fällen (z.B. in den Einrichtungen der AG/R) diese beiden Maßnahmen zeitgleich oder in Einzelfällen sogar der Aufnahmeantrag in eine stationäre Betreuungseinrichtung erst nach Beendigung als Behandlungsfall gestellt worden war.

Anzumerken war dazu, dass einerseits zwar eine frühe Antragstellung jene Zeitspanne, die ein Patient als Proc-F in der Krankenanstalt mangels verfügbarem Pflegeplatz verbringen muss, verkürzen konnte, andererseits brachte das Kontrollamt auch in Erfahrung, dass immer wieder Patienten ab dem Zeitpunkt der Antragstellung um Aufnahme in eine stationäre Betreuungseinrichtung für weitere Remobilisierungsmaßnahmen nur mehr in geringem Ausmaß bis gar nicht zugänglich waren.

6.5.8.5 Nicht zuletzt fiel auf, dass die im Rahmen der gesamten Stichprobe erfassten Pflegegeldeinstufungen der Patienten unmittelbar nach deren Spitalsaufenthalt in jenen drei Anstalten, die über Einrichtungen der AG/R verfügten, im Durchschnitt etwas höher waren als in den anderen Krankenanstalten. Vergleichbare oder höhere durchschnittliche Einstufungen wiesen die Patienten des SSK, des OWS und des ehemaligen NZR auf, wobei die Proc-F der letztgenannten Anstalt die höchsten Pflegegeldeinstufungen aufwies. Das deutete darauf hin, dass in den genannten Einrichtungen in der Regel Patienten nur dann zu Proc-F erklärt wurden, wenn ein deutlich erhöhter Pflegebedarf gegeben war.

6.5.8.6 Schließlich zeigte sich, dass bei jenen 48 Patienten der Stichprobe, die in - vom Kontrollamt bezüglich des Proc-Managements positiv hervorgehobenen - Einrichtungen der AG/R, dem SSK, dem OWS, dem ehemaligen NZR oder dem KES zu Proc-F geworden waren, die auf den Spitalsaufenthalt nachfolgende Betreuung in rd. 63 % der Fälle in Geriatrieeinrichtungen des WKAV erfolgte, während rd. 17 % in private Pflegeheime transferiert und rd. 13 % nach Hause entlassen werden konnten; für die übrigen Patienten wurden andere Maßnahmen ergriffen oder sie verstarben. Demgegenüber waren von den restlichen 57 durch die Stichprobe erfassten Patienten etwa 79 % in Geriatrieeinrichtungen des WKAV und nur jeweils rd. 5 % in private Pflegeheime transferiert bzw. nach Hause entlassen worden; die Übrigen verstarben noch während des Spitalsaufenthaltes.

6.6 Feststellungen des Kontrollamtes

6.6.1 Das Kontrollamt gewann im Zuge seiner Einschau insgesamt den Eindruck, dass auf Grund der Komplexität der gegenständlichen Thematik ein zielgerichtetes Proc-Management nur durch ein optimales Zusammenwirken aller in den Prozess eingebundenen Berufsgruppen möglich ist, was eine eindeutige Festlegung von Zuständigkeiten und organisatorischen Vorgaben erfordert. Eine genaue Klarstellung der z.T. über die üblicherweise zu erbringenden ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten hinausgehenden Maßnahmen, die im Zusammenhang mit pflegebedürftigen betagten Patienten zu treffen sind, erschien dem Kontrollamt auch deswegen von so großer Bedeutung, da es sich dabei - wie anhand der Stichprobe deutlich wurde - vielfach um

Menschen handelt, die in besonderem Maße auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Zielführend erschiene es, die in Bezug auf die oben angeführte Patientengruppe grundsätzlich zu treffenden Maßnahmen in - WKAV-weit standardisierten - Prozessbeschreibungen festzulegen, wobei die konkreten Aufgaben einzelner Mitarbeiter im Zusammenhang mit dem Proc-Management in allen Fällen auch in deren Stellenbeschreibungen ihren Niederschlag finden sollten.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Eine Prozessbeschreibung wird erarbeitet werden.

6.6.2 Wie die Prüfung gezeigt hat, stellt die Einbindung der Sozialarbeit in die medizinischen und pflegerischen Auseinandersetzungen mit den Patienten ein wichtiges Kriterium für ein funktionierendes Entlassungsmanagement in den Krankenanstalten des WKAV dar. Um allerdings eine Prozessoptimierung herbeizuführen, ist die diesbezüglich eindeutige Festlegung der ärztlichen, pflegerischen, sozialarbeiterischen und administrativen Tätigkeiten eine wichtige Voraussetzung für eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Das Kontrollamt vertrat hiezu die Ansicht, dass die Schaffung klarer Strukturen und deren organisatorische Umsetzung unter Einbeziehung des für den extramuralen Bereich zuständigen FSW die Gewähr für eine optimale Versorgung und Betreuung von betagten pflegebedürftigen Patienten bietet.

Stellungnahme des Fonds Soziales Wien:

In einem neu abzuschließenden Kooperationsübereinkommen werden auch die Tätigkeiten und Aufgaben der Arbeitsbereiche verschiedener Berufsgruppen im WKAV und FSW - insbesondere der Sozialarbeit - zu definieren sein.

Weiters vermisste das Kontrollamt eine nach nachvollziehbaren Kriterien vorgenommene Verteilung der DSA des FSW in den einzelnen Krankenanstalten. Darüber hinaus war die Sinnhaftigkeit der verschiedenen Träger der Sozialarbeit in stationären Einrich-

tungen zu überdenken, zumal - wie die Einschau ergab - eine flächendeckende sozialarbeiterische Versorgung der Patienten aller Stationen nicht gegeben war.

Nach der Ansicht des Kontrollamtes war es auch überlegenswert, organisatorische Vorkehrungen seitens des WKAV bereits anlässlich der Aufnahme von betagten potenziell pflegebedürftigen Patienten zu treffen, wie etwa deren Betreuung in eigens dafür vorgesehenen Stationen, in denen u.a. Dienstposten für DSA unter Anwendung der Strukturqualitätskriterien der Einrichtungen der AG/R vorzuhalten wären. Auf diese Weise könnte auch in den großen Anstalten die Einbindung der DSA in den interdisziplinären Teams beim Entlassungsmanagement aller pflegebedürftigen Patienten sichergestellt werden.

6.6.3 Im Zusammenhang mit dem im Zeitpunkt der Einschau bestehenden Angebot der AG/R gewann das Kontrollamt den Eindruck, dass sich diese - mit Ausnahme der gegenständlichen Einrichtung im ehemaligen KHL - primär bei der Auswahl ihrer Patienten auf solche konzentrierten, die besonders hohe Rehabilitationschancen aufwiesen. Nachdem jedoch bei den Patienten des WKAV, die in weiterer Folge zu Proc-F wurden, grundsätzlich ein geringeres Rehabilitationspotenzial - sei es aus medizinisch/pflegerischen Gründen oder wegen ihrer sozialen Situation - gegeben erschien, konnte davon ausgegangen werden, dass ihnen ein Zugang zu den AG/R im FLO und KFJ vielfach nicht möglich war. Weiters war bei der AG/R der beiden letztgenannten Einrichtungen ein Schwerpunkt der Zusammenarbeit mit unfallchirurgischen Abteilungen teilweise nicht städtischer Anstalten erkennbar, während hingegen die überwiegende Zahl der Proc-F von Abteilungen des Fachbereiches Innere Medizin stammten.

Ungeachtet dessen, dass nach Ansicht des Kontrollamtes alle akutgeriatrischen Einrichtungen einen wichtigen Baustein bei der Betreuung betagter und hochbetagter Menschen darstellen, sollte daher bei dem dringend notwendigen Ausbau des gegenständlichen Leistungsangebotes künftig auch auf die Verbesserung der Rehabilitationschancen bei jenen Patienten Bedacht genommen werden, die derzeit als Proc-F auf einen freiwerdenden Platz in einer stationären Betreuungseinrichtung warten. Gemäß ihrer Konzeption ist die AG/R nämlich nicht nur für jene Patienten zuständig, die vor-

aussichtlich wieder im eigenen Haushalt leben können. Pflegebedürftigkeit stellt demnach kein Kriterium für oder gegen eine Behandlung in einer solchen Einrichtung dar. Auch in solchen Fällen können nämlich die funktionellen Fähigkeiten verbessert und die Lebensqualität der Patienten erhöht werden. Dazu wäre es allerdings notwendig, nicht nur den Ausbau der AG/R zu forcieren, sondern auch den Zugang zu den privaten stationären Kurz- und Langzeitpflegeeinrichtungen zu verbessern. Würde letztgenannte Maßnahme nicht zeitgleich erfolgen, wären nämlich eine lange Pflegedauer der Patienten mit voraussichtlich stationärem Pflegebedarf auf der AG/R und eine daraus resultierende Bettenknappheit in diesen Einrichtungen die Folge.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die vom Kontrollamt aufgezeigte Situation des bei der Einschau bestehenden Angebots der AG/R wird im WKAV zum Anlass genommen, die Umsetzung der in den Strukturqualitätskriterien festgeschriebenen Leistungen für die AG/R kritisch zu beobachten. Es wird in Zukunft vermehrt auf die Übernahme von Patienten aus Abteilungen der inneren Medizin geachtet werden.

Die weitere Planung der AG/R lautet wie folgt:

OWS: 24 Betten geplant

Derzeit wird die Station umgebaut, die Inbetriebnahme ist im 1. Quartal 2006 geplant.

DSP: 20 Betten geplant

Im DSP werden derzeit alle Intensivstationen schrittweise umgebaut (Klimatisierung). Für diese Umbauten wird die Station 48, die als akutgeriatrische Station vorgesehen ist, als Ausweichquartier verwendet, um die Patientenversorgung aufrecht zu erhalten. Eine Inbetriebnahme der Station 48 als akutgeriatrische Station ist voraussichtlich im Spätherbst 2006 geplant.

KHL (nunmehr KH Hietzing): Weitere 24 Betten geplant.

Für die weiteren 24 akuteriatriischen Betten ist derzeit ein Projekt in Vorbereitung.

6.6.4 Die Betreuung der betagten, pflegebedürftigen Patienten im SSK, im OWS, im ehemaligen NZR und im KES war - vergleichbar mit jener in den Einrichtungen in den AG/R - sowohl von einem grundsätzlich interdisziplinären Zugang zu den Patienten und seinen Bedürfnissen sowie einer starken Einbindung der Sozialarbeit in die Entlassungsvorbereitungen gekennzeichnet. Durch diese Maßnahmen war zum einen in hohem Ausmaß sichergestellt, dass nur jene Patienten in eine stationäre Einrichtung aufgenommen werden mussten, die eine solche Betreuungsform unbedingt benötigten, zum anderen war es trotz der im Betrachtungszeitraum bestehenden - im Abschnitt 5 bereits angeführten - verbesserungswürdigen Rahmenbedingungen immer wieder möglich, die Aufnahme von Patienten in anderen Pflegeeinrichtungen als jenen des WKAV sicherzustellen.

6.6.5 Nicht nachvollziehbar war für das Kontrollamt, weshalb bis zu seiner Einschau das SSK trotz seines medizinischen Schwerpunktes der Betreuung alter Patienten noch über keine von der Fonds-Kommission des WIKRAF genehmigte Einrichtung der AG/R verfügte.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die Umwidmung von 94 Betten im SSK wurde in die Wege geleitet.

6.6.6 Weiters war im Zuge der vom Kontrollamt gezogenen Stichprobe festzustellen, dass bei den Patienten, die zu Proc-F geworden waren, mehrheitlich eine Aufnahme in einer Langzeitbetreuungseinrichtung des WKAV erfolgte. Diese sollte aber primär jenen Patienten vorbehalten sein, die auf Grund ihres gesundheitlichen Zustandes entweder einer medizinischen Versorgung rund um die Uhr und/oder einer intensiven pflegerischen Betreuung bedürfen. Die Ursachen für die hohe Zahl der Aufnahmen von Proc-F

in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV waren nicht nur in dem schlechten Gesundheitszustand einer Reihe von Pflegepatienten, sondern auch in den bereits in Abschnitt 5 dieses Berichtes bemängelten im Betrachtungszeitraum bestehenden Rahmenbedingungen und Vorgaben begründet; z.T. lagen sie auch in dem nicht auf die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe abgestimmten Entlassungsmanagement.

Nach Ansicht des Kontrollamtes kann eine sowohl wirtschaftliche und zweckmäßige als auch für den Patienten bestmögliche Betreuung nach der Spitalsbehandlung nur dann sichergestellt werden, wenn bereits während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt sein voraussichtlicher, nachfolgender Betreuungsbedarf mittels "geriatrischem Assessment" oder mit vergleichbaren Instrumentarien genau erhoben wird. Basierend auf die Art der so festgestellten individuellen Möglichkeiten und Bedürfnisse wäre es sodann im Rahmen des Entlassungsmanagements notwendig, die Patienten und ihre Angehörigen standardmäßig über das jeweils geeignete Betreuungsangebot sowie die mit dessen Inanspruchnahme verbundenen Kosten zu informieren. Es sollten daher auch in den in Pkt. 6.5.7 angeführten Einrichtungen durch Implementierung eines standardisierten Entlassungsmanagements künftig alle pflegebedürftigen Betagten und deren Angehörige dabei bestmöglich unterstützt werden, möglichst unmittelbar nach dem Ende der medizinischen Behandlung in der Krankenanstalt die für sie zweckmäßigste Betreuung, sei es in der häuslichen Pflege bzw. in einer Wohngemeinschaft, in einer Rehabilitations- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung aber auch - wenn die diesbezüglichen Möglichkeiten bereits vorher ausgeschöpft worden sind - in einer privaten oder städtischen stationären Langzeiteinrichtung zu erlangen. Ebenso bedeutsam wäre aber auch die flächendeckende Einführung von Pflegegeldvorbegutachtungen in den Krankenanstalten des WKAV und die nachfolgende Gewährung von Informationen und Unterstützung bei allenfalls notwendigen Neu- oder Erhöhungsanträgen auf Pflegegeld.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

Die Ansicht des Kontrollamtes, dass eine sowohl wirtschaftliche und zweckmäßige als auch für den Patienten bestmögliche Be-

treuung nach der Spitalsbehandlung nur dann sichergestellt wird, wenn bereits während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt sein voraussichtlicher, nachfolgender Betreuungsbedarf mittels "geriatrischem Assessment" oder einem vergleichbaren Instrument genau erhoben wird, geht mit der Meinung des WKAV konform.

Der Aufbau eines solchen Assessments muss institutionsübergreifend (WKAV, FSW, andere Träger) entwickelt werden.

7. Mehrkosten durch Procuratio-Fälle

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehenden Punkt des Prüfersuchens eingegangen:

Punkt 3: *Welche Mehrkosten sind der Stadt Wien durch mangelndes bzw. fehlerhaftes Procuratio-Management in den Jahren 2000, 2001, 2002, 2003 und 2004 entstanden? Welche Mehrkosten für die Stadt Wien sind durch Procuratio-Fälle in Spitälern generell entstanden? Bitte aufgeschlüsselt nach den einzelnen Krankenanstalten.*

7.1 Kostenunterschiede zwischen dem Stationärbereich der Krankenanstalten und den Geriatrieeinrichtungen des WKAV

7.1.1 Kostenunterschiede auf Basis der Endkosten

Zur Beantwortung der gegenständlichen Frage wurde in einem ersten Schritt vom Kontrollamt ein Vergleich der Kosten je Belagstag in den Krankenanstalten und in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV vorgenommen.

Die Kosten der Krankenanstalten wurden aus der Kostenrechnung, die für die Fondskrankenanstalten gemäß Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten (Kostenrechnungsverordnung) verpflichtend ist, ermittelt und mittels einer Durchschnittskostenrechnung auf einen Belagstag bezogen. Da es sich bei den Proc-F immer um stationäre Patienten handelte, wurden nur jene Kosten herangezogen, die ausschließlich die bettenführenden Kostenstellen, also den stationären Bereich, betrafen. Nicht berücksichtigt wurden somit die Kosten der ambulanten Kostenstellen (Am-

bilanzen) sowie der Nebenkostenstellen (z.B. Pensionen, Schulungseinrichtungen, Kindergärten etc.).

Hinsichtlich der Kosten der Geriatrieeinrichtungen des WKAV wurde dieselbe Vorgangsweise - nämlich Verminderung der Endkosten um nicht für die stationäre Betreuung relevante Kostenelemente - gewählt. Obwohl die Einrichtung einer Kostenrechnung für die städtischen Geriatrieeinrichtungen nicht verpflichtend ist, erstellte das GZ Am Wienerwald im Jahr 2000 als Pilotanstalt erstmals einen Kostennachweis nach den Richtlinien der Kostenrechnungsverordnung. Auf Grund dieser Erfahrungen wurden ab dem Jahr 2001 für alle Geriatrieeinrichtungen des WKAV derartige Kostennachweise erstellt. Wie auch bei den Krankenanstalten wurden nur die Kosten des stationären Bereiches für den Kostenvergleich herangezogen. Das Kontrollamt hat aus den anstaltsweise unterschiedlichen Kosten je Belagstag einen jährlichen Durchschnittswert ermittelt und diesen für die Berechnung der Mehrkosten den Kosten je Belagstag in den Krankenanstalten gegenübergestellt.

Aus nachfolgender Tabelle gehen zunächst die jährlichen stationären Durchschnittskosten der Geriatrieeinrichtungen hervor; für das Jahr 2000 wurde behelfsmäßig der Wert des GZ Am Wienerwald angesetzt.

Jahr	stationäre Kosten je Belagstag in EUR	2000 = 100,0
2000	123,--	100,0
2001	138,--	112,2
2002	128,--	-
2003	146,--	118,7
2004	165,--	134,1

Zum Wert des Jahres 2002 ist anzumerken, dass dieser auf Grund einer verrechnungstechnischen Umstellung im Bereich "Kostensätze Magistrat" deutlich unter den Werten der übrigen Jahre liegt. Während nämlich die Kostensätze Magistrat im Jahr 2002 als Kostenminderung die Durchschnittskosten reduzierten, wurden diese in den anderen Jahren als Leistungserlöse - also ohne Auswirkung auf die Kosten - angesetzt. Eine Bereinigung war im gegenständlichen Fall nicht erforderlich, da in den Krankenanstalten dieselbe verrechnungstechnische Umstellung erfolgte und auch hier die Sätze des Jahres 2002 unter den vergleichbaren Kostensätzen lagen. Die rd. 13-prozentige Steige-

rung der Kosten pro Belagstag im Jahr 2004 gegenüber dem Vorjahr war u.a. auf den in diesem Zeitraum erfolgten Rückgang von rd. 127.000 Belagstagen zurückzuführen.

Die jährlichen Durchschnittskosten der Geriatrieeinrichtungen wurden den Kosten der einzelnen Krankenanstalten gegenübergestellt. Die durchschnittlichen Mehrkosten der Krankenanstalten pro Belagstag gegenüber den Geriatrieeinrichtungen in den Jahren 2000 bis 2004 sind der nachstehenden Tabelle zu entnehmen:

Einrichtung	Stationäre Kosten pro Belagstag in EUR									
	In den Krankenanstalten					Mehrkosten gegenüber den Geriatrieeinrichtungen				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
AKH	811,--	831,--	807,--	852,--	863,--	688,--	693,--	679,--	706,--	698,--
DSP	510,--	560,--	505,--	553,--	568,--	387,--	422,--	377,--	407,--	403,--
KFJ	461,--	485,--	461,--	511,--	493,--	338,--	347,--	333,--	365,--	328,--
KES	398,--	415,--	403,--	474,--	463,--	275,--	277,--	275,--	328,--	298,--
KAR	493,--	510,--	509,--	540,--	584,--	370,--	372,--	381,--	394,--	419,--
FLO	466,--	454,--	431,--	494,--	480,--	343,--	316,--	303,--	348,--	315,--
KHL	475,--	507,--	471,--	514,--	524,--	352,--	369,--	343,--	368,--	359,--
NZR	446,--	464,--	454,--	490,--	491,--	323,--	326,--	326,--	344,--	326,--
OWS	*)	410,--	398,--	400,--	411,--	*)	272,--	270,--	254,--	246,--
SSK	292,--	296,--	272,--	294,--	304,--	169,--	158,--	144,--	148,--	139,--
WIL	458,--	470,--	447,--	499,--	496,--	335,--	332,--	319,--	353,--	331,--

*) Das OWS ging aus dem Zusammenschluss des Neurologischen Krankenhauses der Stadt Wien Maria Theresien-Schlössl, dem Psychiatrischen Krankenhaus - Baumgartner Höhe und dem Pulmologischen Zentrum - Baumgartner Höhe mit 1. August 2000 hervor.

Wie aus der obigen Tabelle hervorgeht, wies die Differenz der stationären Durchschnittskosten je Belagstag eine Bandbreite zwischen 139,-- EUR im SSK im Jahr 2004 und 706,-- EUR im AKH im Jahr 2003 auf.

Für die Berechnung allfälliger Mehrkosten wurden weiters jene Tage ermittelt, die pro Krankenanstalt und Jahr für Proc-F angefallen sind:

Einrichtung	Pflegetage nach der Proc-Stellung				
	2000	2001	2002	2003	2004
AKH	617	486	966	465	642
DSP	6.260	10.001	11.353	9.443	13.789
KFJ	10.398	13.338	17.431	10.655	14.835
KES	5.189	5.621	7.454	6.979	5.524
KAR	5.229	4.189	5.030	2.683	3.235
FLO	6.151	5.579	6.114	5.407	4.564

Einrichtung	Pflegetage nach der Proc-Stellung				
	2000	2001	2002	2003	2004
KHL	10.303	10.186	10.506	7.117	6.878
NZR	666	903	1.172	1.027	2.963
OWS	-*)	12.700	11.793	16.348	13.151
SSK	2.023	1.830	1.738	1.988	3.795
WIL	12.378	14.085	19.033	11.101	14.595
Gesamt	59.214	78.918	92.590	73.213	83.971

*) Daten für das Jahr 2000 nicht verfügbar, s. dazu auch Pkt. 3.2

Die Differenz aus den stationären Kosten der einzelnen Krankenanstalten je Tag und den stationären Durchschnittskosten der Geriatrieeinrichtungen je Tag wurde dann mit der Anzahl der Proc-Tage in den entsprechenden Krankenanstalten multipliziert. Hieraus ergaben sich die in der nachstehenden Tabelle angeführten jährlichen Kostenunterschiede:

Einrichtung	Kostenunterschiede in EUR				
	2000	2001	2002	2003	2004
AKH	424.496,--	336.798,--	655.914,--	328.290,--	448.116,--
DSP	2.422.620,--	4.220.422,--	4.280.081,--	3.843.301,--	5.556.967,--
KFJ	3.514.524,--	4.628.286,--	5.804.523,--	3.889.075,--	4.865.880,--
KES	1.426.975,--	1.557.017,--	2.049.850,--	2.289.112,--	1.646.152,--
KAR	1.934.730,--	1.558.308,--	1.916.430,--	1.057.102,--	1.355.465,--
FLO	2.109.793,--	1.762.964,--	1.852.542,--	1.881.636,--	1.437.660,--
KHL	3.626.656,--	3.758.634,--	3.603.558,--	2.619.056,--	2.469.202,--
NZR	215.118,--	294.378,--	382.072,--	353.288,--	965.938,--
OWS	-	3.454.400,--	3.184.110,--	4.152.392,--	3.235.146,--
SSK	341.887,--	289.140,--	250.272,--	294.224,--	527.505,--
WIL	4.146.630,--	4.676.220,--	6.071.527,--	3.918.653,--	4.830.945,--
Gesamt	20.163.429,--	26.536.567,--	30.050.879,--	24.626.129,--	27.338.976,--

Auf die einzelnen Jahre und alle Anstalten des WKAV bezogen lag der Kostenunterschied im Jahr 2000 (ohne den Werten des OWS) bei 20,16 Mio.EUR, erreichte seinen Höchstwert im Jahr 2002 mit 30,05 Mio.EUR und belief sich schließlich im Jahr 2004 auf 27,34 Mio.EUR. Im Betrachtungszeitraum betrug der Kostenunterschied zwischen dem Stationärbereich der Krankenanstalten und jenem der Geriatrieeinrichtungen bezogen auf die Pflegetage der Proc-F in Summe rd. 128,72 Mio.EUR.

7.1.2 Kostenunterschiede auf Basis der Endkosten ausgewählter Stationen von Krankenanstalten im Vergleich zu den Geriatrieeinrichtungen

Die obige Berechnung der Kostenunterschiede ging von den stationären Kosten eines

Belagstages in einer Krankenanstalt aus und berücksichtigte daher nicht die unterschiedliche Kostenintensität einzelner Fachbereiche. Das Kontrollamt hat daher am Beispiel des Jahres 2003 - da zum Zeitpunkt dieser Berechnungen die Kostennachweise 2004 noch nicht vorlagen - die für die Unterbringung von Proc-F typischen Fachrichtungen im Sinn der vorhergehenden Überlegungen näher betrachtet. Für diese Untersuchung wurden jene 29 Stationen, in denen im Jahr 2003 rd. 60 % der Pflegetage aller Proc-F angefallen sind, herangezogen.

Es zeigte sich, dass die Endkosten je Belagstag dieser 29 Stationen (hiebei handelte es sich vor allem um solche des Fachbereichs Innere Medizin) mit rd. 324,-- EUR im Durchschnitt wesentlich unter dem Durchschnittswert der stationären Kosten je Krankenanstalt lagen. Die Bandbreite bewegte sich zwischen rd. 220,-- EUR in einer Station des Fachbereichs AG/R im ehemaligen KHL und rd. 440,-- EUR in einer Station des Fachbereichs Neurologie im KFJ. Errechnete man die Mehrkosten auf dieser Basis, indem man von den genannten 324,-- EUR pro Belagstag die durchschnittlichen Kosten eines Belagstages in einer Geriatrieeinrichtung in Höhe von rd. 146,-- EUR in Abzug brachte, so reduzierten sich diese für das Jahr 2003 auf rd. 178,-- EUR pro Tag und somit in Summe auf 13,03 Mio.EUR.

7.1.3 Kostenunterschiede auf Basis der Primärkosten ausgewählter Stationen von Krankenanstalten im Vergleich zu den Geriatrieeinrichtungen

Die Vollkosten bettenführender Kostenstellen (Stationen) sowohl von Krankenanstalten als auch von Geriatrieeinrichtungen werden etwa zur Hälfte als Primär- und zur anderen Hälfte als Sekundärkosten abgebildet.

Bei den Primärkosten handelt es sich größtenteils um die Personalkosten der jeweiligen Station; der Rest entfällt auf die den Stationen unmittelbar zurechenbaren Verbrauchsmaterialien (Medikamente, Lebensmittel etc.) sowie Raum- und Hauskosten (kalkulatorische Abschreibungen des Inventars der jeweiligen Station etc.). Die Primärkosten fallen also grundsätzlich in den Stationen an und fließen gemäß der Definition laut Kostenrechnungsverordnung von außen in den Wirtschaftskreislauf Station ein.

Bei den Sekundärkosten handelt es sich im Wesentlichen um die Kosten der so genannten Hilfskostenstellen, d.s. die Kosten der Versorgungsbetriebe (Küche, Energiezentrale, Labor, Röntgen, Verwaltung etc.). Sie werden den Stationen nach bestimmten Schlüsseln (z.B. Belagstage, Patienten, Raumgröße) im Weg der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung angelastet und fließen gemäß der Definition lt. Kostenrechnungsverordnung demnach von innen in den Wirtschaftskreislauf Station ein.

Das Vorhandensein von Versorgungsbetrieben stellt sowohl für die Krankenanstalten als auch die Geriatrieeinrichtungen eine Notwendigkeit dar. Im wirtschaftlichen Sinn sollte danach getrachtet werden, diese Einrichtungen optimal zu nutzen, d.h. ihre Auslastung zu optimieren. Für die Höhe der Kosten der Versorgungsbetriebe ist daher nicht entscheidend, ob die Patienten auf einer medizinischen Station einer Krankenanstalt oder einer Pflegestation betreut werden, sondern lediglich die Anzahl der für die Patienten erbrachten Leistungen. Daher wurden in einem weiteren Schritt diese Kosten, nämlich die Sekundärkosten, zur Bewertung der Unterschiedsbeträge nicht herangezogen.

Am Beispiel des Jahres 2003 wurden die durchschnittlichen Primärkosten der 29 bereits genannten Stationen in den Krankenanstalten berechnet und den durchschnittlichen Primärkosten der Stationen in allen Geriatrieeinrichtungen, bezogen auf einen Belagstag, gegenübergestellt. Während sich die Primärkosten eines Belagstages in den ausgewählten Einrichtungen der Krankenanstalten auf durchschnittlich rd. 172,-- EUR beliefen, betragen sie im Durchschnitt bei den Geriatrieeinrichtungen rd. 81,-- EUR. Der Kostenunterschied für die Unterbringung von Proc-F in Krankenanstalten würde sich im Jahr 2003 somit auf insgesamt rd. 6,66 Mio.EUR reduzieren.

Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt, dass im Jahr 2003 die Primärkosten einer Station der Kurzzeitpflege im GZ Am Wienerwald mit rd. 129,-- EUR pro Belagstag etwa gleich hoch waren wie die einer Station der Fachrichtung AG/R im ehemaligen KHL mit rd. 134,-- EUR oder etwa auch einer Station der Fachrichtung Innere Medizin im KES mit rd. 137,-- EUR.

7.2 Mehrkosten für die Stadt Wien durch Procuratio-Fälle

Die Frage, ob angesichts der dargestellten Kostenunterschiede durch die Unterbringung

von Proc-F in Krankenanstalten tatsächlich Mehrkosten entstanden sind, war nach der Meinung des Kontrollamtes nur unter Einbeziehung der Kostendynamik zu beantworten. Dies bedeutete, dass nur jene Krankenanstaltenkosten als Mehrkosten bewertet werden konnten, welche bei Wegfall der Proc-F ebenfalls entfallen wären oder sich zumindest reduziert hätten.

Die stationären Krankenhauskosten bestehen zum größten Teil aus Vorhaltekosten (Fixkosten, Strukturkosten), u.zw. aus den Vorhaltekosten der Pflege, der Diagnose und Therapie, der medizinisch und nicht medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung (Versorgungsbetriebe) sowie aus den Kosten der Verwaltung. Charakteristisch für die Vorhaltekosten der Pflege ist, dass sie auf Veränderungen der Bettenbelegung jeweils nur ab einer bestimmten Größendimension reagieren. Jede Station hält - unabhängig von der Bettenbelegung - eine bestimmte Grundausstattung vor. Ist es nicht möglich, diese Struktur zur Gänze aufzulassen, ist vom wirtschaftlichen Standpunkt eine möglichst hohe Bettenbelegung von Bedeutung. Damit sinken die auf ein Bett bezogenen Kosten.

Wie die Einschau zeigte, bewegten sich die durch die Proc-F verursachten Pflage tage im Jahr 2003 zwischen 0,1 % im AKH und 8,1 % im KES. Insgesamt beliefen sie sich auf 2,6 % der Pflage tage der Krankenanstalten und verteilten sich auf insgesamt 194 Stationen. Nur in 29 Stationen waren im Jahresdurchschnitt mehr als zwei Betten und in weiteren 23 Stationen mehr als ein Bett mit Proc-F belegt. In 142 Stationen war im Durchschnitt weniger als ein Bett mit Proc-F belegt.

Auf Grund dieser Größenverhältnisse ist ein Einfluss der Proc-F auf die Höhe der Fixkosten nicht möglich. Daraus folgt, dass es durch die Unterbringung von Proc-F in Krankenanstalten zu keiner Erhöhung der Fixkosten kommen kann. Die den Proc-F als Kostenverursacher zurechenbaren Kosten reduzieren sich daher auf die so genannten variablen Kosten, d.s. jene Kosten, die unmittelbar mit der Anzahl der Belagstage in Zusammenhang stehen, wie z.B. Lebensmittel oder Medikamente. Von einem Vergleich dieser Kosten zwischen Krankenanstalt und Pflegeheim konnte aber deshalb Abstand genommen werden, weil diesbezügliche Kostenunterschiede anderen Einflussfaktoren (wie z.B. den Einkaufsbedingungen der jeweiligen Anstalten) unterliegen. Es war daher

davon auszugehen, dass es auch hinsichtlich der variablen Kosten zu keinen Mehrkosten für die Stadt Wien kam, die allein auf die Tatsache der Unterbringung von Proc-F in Krankenanstalten zurückzuführen gewesen wären.

7.3 Feststellung des Kontrollamtes

Abschließend konnte daher zusammengefasst werden, dass nach der Ansicht des Kontrollamtes die angeführten Größenverhältnisse der Proc-F in Verbindung mit deren Verteilung auf zahlreiche Stationen in der Vergangenheit nicht ausreichten, um den berechneten Kostenunterschied als "vermeidbare Mehrkosten" für die Stadt Wien zu bezeichnen. Die Unterbringung von Proc-F in Krankenanstalten stellte daher kein wirtschaftliches Problem dar.

8. Gangbetten in den Krankenanstalten des WKAV

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Teilpunkte des Prüfersuchens eingegangen:

Teil des Punktes 4: *Ein weiteres Problem stellt die Unterbringung von Patienten in Gangbetten dar. Es möge überprüft werden, inwieweit diese Art der Unterbringung von Patienten in städtischen Krankenanstalten system- und strukturbedingt ist und inwieweit die KAV-Führung für diesbezügliche Verbesserungen gesorgt hat.*

Teil des Punktes 5: *Welche konkreten Maßnahmen hat die KAV-Führung generell bezüglich der Überbelegungen in einzelnen Abteilungen städtischer Spitäler in den Jahren 2000, 2001, 2002, 2003 und 2004 getroffen?*

8.1 Wahrnehmung des Bettenmanagements in der TU 1

Wie der Geschäftseinteilung für die Direktion der ehemaligen TU 1 zu entnehmen war, oblag der Abteilung "Kapazitäts- und Leistungsplanung" im Betrachtungszeitraum die Erarbeitung von strategischen Konzepten und Projekten für eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung und Geriatrie in den städtischen Krankenanstalten und

Geriatrizentren der gegenständlichen Teilunternehmung. Dazu zählte unter anderem die Mitwirkung bei unternehmensübergreifenden Planungen, worunter grundsätzlich auch die PBV sowie das Bettenmanagement fielen.

Auf Grund der im ersten Quartal des Jahres 2005 durchgeführten Umstrukturierungen des WKAV, insbesondere im Hinblick auf die Einrichtung der TU 4, wurde die gegenständliche Geschäftseinteilung vom WKAV im Prüfzeitraum überarbeitet. In der Übergangsphase wurde das Bettenmanagement weiterhin von der TU 1 wahrgenommen.

In den Krankenanstalten des WKAV waren Aufgaben im Zusammenhang mit dem Bettenmanagement den Ärztlichen Direktoren als Teil der KOFÜ, den ärztlichen Abteilungsvorständen sowie den Spitalsoberärzten zugeordnet. Zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes wurden vom WKAV für dessen Ärzteschaft Dienstpostenbeschreibungen entwickelt, wobei in diesen zwar der gegenständliche Begriff nicht explizit verankert ist, jedoch die Wahrnehmung der diesbezüglichen Aufgaben jeweils im organisatorischen Aufgabenbereich beschrieben wird.

8.2 Maßnahmen zur Vermeidung von Not- und Gangbetten

8.2.1 Ermittlung der zur Verfügung stehenden Betten

Die tatsächlich für die Patientenversorgung jeweils zur Verfügung stehenden Betten werden vom WKAV in der Praxis folgendermaßen ermittelt:

Zunächst gelten die belegbaren Betten - das ist der systemisierte Bettenstand abzüglich der Bettensperren - als tatsächlicher Bettenstand. Sollte sich während des Jahres ein höherer Bettenbedarf ergeben, werden die über den Stand der belegbaren Betten aufgestellten Betten als Notbetten bezeichnet und dem belegbaren Bettenstand hinzuge-rechnet. Notbetten sind daher nicht zwingend Betten, die über den genehmigten (systemisierten) Bettenstand hinaus aufgestellt werden, sondern auch Betten, die belegt werden, obwohl ursprünglich geplant war, sie nicht zur Belegung zur Verfügung zu stellen. Das Kontrollamt hat daher im Sinn der Fragestellung nur jene Notbetten, die tatsächlich auf Gängen aufgestellt und daher als so genannte "Gangbetten" bezeichnet wurden, in die gegenständliche Einschau einbezogen.

8.2.2 Festsetzung des so genannten Rettungskontingents

Da es in den Krankenanstalten des WKAV seit vielen Jahren vor allem auf Stationen in den Fachbereichen Innere Medizin und Chirurgie bei der Versorgung von Patienten immer wieder zur Aufstellung von Gangbetten kam, wurde bereits im Jahr 1990 mit der Einführung eines so genannten "Rettungskontingents" (Bettenkontingent) begonnen. Dieses regelte entsprechend der Größe der jeweiligen Krankenanstalt des WKAV die Anzahl der täglichen Rettungszufahrten für die Fachbereiche Innere Medizin und Chirurgie. Ein eigenes Rettungskontingent für den Fachbereich Unfallchirurgie war jedoch nicht vorgesehen.

8.2.2.1 Neben den Krankenanstalten des WKAV waren sieben Ordensspitäler in das Rettungskontingent eingebunden, wobei für diese Anstalten im Fachbereich Innere Medizin etwa 10 % der zu belegenden Betten vorgesehen waren. Im Betrachtungszeitraum erhöhte sich das gesamte Rettungskontingent für den Fachbereich Innere Medizin an Werktagen von 176 im Jahr 2000 auf insgesamt 231 Betten (Stand 1. April 2005). Im selben Zeitraum reduzierte sich an Werktagen das Rettungskontingent für den Fachbereich Chirurgie von 44 auf 40 Betten. Insgesamt war daher eine Erhöhung des Rettungskontingents um 51 Betten, d.i. eine Steigerung um rd. 23 %, zu verzeichnen. An Wochenenden kam ein reduziertes Kontingent zum Tragen.

Für den Fall, dass sämtliche Betten einer der beiden erwähnten Fachrichtungen im Rahmen des Rettungskontingents wienweit ausgeschöpft waren, erfolgte eine so genannte "§ 1 Meldung" durch den Journaldienst der Generaldirektion des WKAV bzw. durch den Rettungsjournalarzt der Magistratsabteilung 70 - Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien. Diese sah eine anstaltsweise festgelegte Anzahl von zusätzlichen Rettungszufahrten (so genannte Aufbuchungen) vor, die jedoch ausschließlich Krankenanstalten des WKAV betrafen.

Innerhalb der Krankenanstalten fiel die Verteilung des Rettungskontingents in den Zuständigkeitsbereich der Ärztlichen Direktoren. Zu diesem Zweck wurden von diesen krankenanstalteninterne Bettenschlüssel erstellt, welche die Verteilung der gegenständlichen Aufnahmen fachbereichsbezogen regelte.

Mit der Einführung des Rettungskontingents und den krankenanstalteninternen Bettenschlüsseln wurde die Zielsetzung verfolgt, sowohl wienweit als auch innerhalb der einbezogenen Krankenanstalten eine annähernd gleichmäßige Bettenauslastung durch planbare Aufnahmen zu gewährleisten. Den Fachbereichen Innere Medizin und Chirurgie wurde so ermöglicht, eigene planbare Aufnahmen mit zugewiesenen Aufnahmen abzustimmen. Dadurch sollte einerseits eine effizientere Auslastung der Bettenkapazitäten erreicht sowie die Notwendigkeit von Gangbetten hintangestellt werden.

Sowohl bei den Festlegungen des Rettungskontingents als auch bei den krankenanstalteninternen Bettenschlüsseln fanden Umbausperren und sonstige kurzfristige Bettensperren - z.B. aus Personalmangel - Berücksichtigung. Im Zuge der Einschau zeigte sich auch, dass vorgenommene Bettensperren zwischen den Krankenanstalten und der Direktion der TU 1 akkordiert waren.

8.2.2.2 Wie das Kontrollamt weiters erhob, fanden im Jahr 2001 durch die Magistratsabteilung 15 vom Referat I/5 - Apotheken und Krankenanstalten unangesagte Gangbetten-Überprüfungen in fünf Krankenanstalten des WKAV statt. Obwohl zum Zeitpunkt dieser Überprüfung keine besonderen Gründe - wie z.B. eine Grippewelle - für die Vorhaltung von Gangbetten vorlagen, wurden damals im KFJ, in der KAR, im ehemaligen KHL und im WIL solche Betten beanstandet.

Konkret wurde in den Einschauberichten der Magistratsabteilung 15 angeführt, dass Gangbereiche für die Behandlung von Patienten sanitätsbehördlich nicht genehmigt seien, Gangflächen grundsätzlich als Verkehrsflächen dienen würden und im Brandfall Fluchtwege wären. In letztgenanntem Fall wären bei einer notwendigen Evakuierung nicht nur die dort befindlichen Betten, sondern auch die darüber hinaus am Gang aufgestellten Nachtkästchen, medizinischen Geräte zur Monitorisierung etc. hinderlich gewesen. Des Weiteren wurde bezüglich der vorgefundenen Gangbetten die Verletzung von Patientenrechten und elektrotechnischen Sicherheitsvorschriften, mangelnde Hygienestandards sowie eine unzureichende Qualitätssicherung bemängelt und in den jeweils den geprüften Krankenanstalten übermittelten Einschauberichten eine Frist von drei Monaten zur Mängelbehebung vorgeschlagen.

In der Stellungnahme zur erwähnten Überprüfung des damaligen Generaldirektors des WKAV wurden entsprechende organisatorische Maßnahmen zwecks weitestgehender Vermeidung von Gangbetten in Aussicht gestellt. Als Ursache für die Vorhaltung von Gangbetten wurde vom WKAV die stets steigende Anzahl an Rettungszufahrten in städtische Krankenanstalten angeführt.

Als eine Folge der Überprüfung der Gangbetten durch die Magistratsabteilung 15 und einer Weisung der damaligen ressortverantwortlichen Stadträtin wurde vom WKAV in Zusammenarbeit mit der Magistratsabteilung 70 mit Wirksamkeit vom Juni 2002 ein neues Rettungskontingent (Bettenkontingent) festgelegt (s. die Pkte. 4.3.2.2 und 4.6.2.3 des vorliegenden Berichtes). Dieses sollte eine gerechtere Verteilung der einzelnen Kontingente der Krankenanstalten unter stärkerer Einbindung des AKH und der Ordensspitäler gewährleisten.

8.2.3 Weitere Maßnahmen

Darüber hinaus wurden dem Kontrollamt im Zuge der Einschau zahlreiche schriftliche Unterlagen in Zusammenhang mit der Vermeidung von Gangbetten vorgelegt, wie etwa der Schriftverkehr zwischen den Krankenanstalten und der Generaldirektion des WKAV, Gesprächsprotokolle der Ärztlichen Direktoren mit ärztlichen Abteilungsvorständen, Protokolle über Primärärztesitzungen sowie einzelne schriftliche Weisungen von Ärztlichen Direktoren an Abteilungsvorstände.

So wies z.B. die Generaldirektion des WKAV in Bezug auf den Fachbereich Innere Medizin einer Krankenanstalt darauf hin, dass die Vermeidung von Gangbetten durch die Zusammenarbeit aller internen Fachrichtungen anzustreben sei und vorhandene freie Bettenkapazitäten zu nutzen seien. Weiters war feststellbar, dass sich Vertreter der Generaldirektion des WKAV auch vor Ort in den Krankenanstalten ein Bild über die Gangbettensituation verschafft und diese jeweils mit den dortigen ärztlichen Vertretern erörtert hatten.

Wie aus den vorliegenden Unterlagen zudem hervorging, wurde die Generaldirektion des WKAV ihrerseits von Krankenanstalten jeweils in Zeiten besonderer Belastung ein-

zelter Fachbereiche mit Gangbetten auf diese Situation hingewiesen. Darüber hinaus wurden betroffene Abteilungen von der Ärztlichen Direktion immer wieder schriftlich angehalten, Gangbetten soweit wie möglich zu vermeiden oder z.B. auch schriftlich aufgefordert, planbare Aufnahmen nach Möglichkeit auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben bzw. an andere Krankenanstalten zu verweisen. Des Weiteren wurde z.B. die Aufnahmestation einer Krankenanstalt vom Ärztlichen Direktor ermächtigt, in "Krisensituationen" die selbstständige Verlegung von Proc-F - deren Pflege und medizinische Grundversorgung grundsätzlich auf jeder Abteilung möglich sei - durchzuführen. In einer anderen Krankenanstalt wurden die Abteilungsvorstände von der Ärztlichen Direktion schriftlich aufgefordert "besonders rigoros das Vorliegen der Anstaltsbedürftigkeit der vorzunehmenden Behandlung zu überprüfen und die Not- und Gangbettensituation zu entschärfen".

Schließlich war auch auf die Einrichtung von so genannten Partnerabteilungen in der KAR zu verweisen, die ebenfalls einen Ausgleich hinsichtlich des Bettenbelages und somit die Vermeidung von Gangbetten ermöglichen sollte. Zu diesem Zweck war dort ein eigenes die aktuelle Bettensituation darstellendes EDV-System implementiert worden.

8.3 Gangbettensituation in den Jahren 2000 bis 2004

8.3.1 Aufzeichnungen des WKAV

Wie die Erhebungen des Kontrollamtes für den Betrachtungszeitraum 2000 bis 2004 ergaben, wurden von der Abteilung "Kapazitäts- und Leistungsplanung" der TU 1 Aufzeichnungen über die tägliche Bettensituation der Krankenanstalten des WKAV für den Journaldienst der Generaldirektion des WKAV sowie für den Dienst habenden Journalarzt der Magistratsabteilung 70 geführt.

Zu diesem Zweck wurden von den Krankenanstalten jeweils von Montag bis Freitag die Mittagsbettenstände sämtlicher Abteilungen für Innere Medizin, Chirurgie sowie Unfallchirurgie gemeinsam mit einer Gesamtübersicht der Bettensituation aller Fachbereiche je Haus übermittelt. Die diesbezügliche Meldung des AKH enthielt keine Angaben hinsichtlich der Fachbereiche Innere Medizin und Chirurgie.

In weiterer Folge wurde von der Abteilung "Kapazitäts- und Leistungsplanung" die Anzahl der systemisierten Betten, die Anzahl der gesperrten Betten samt den Sperrgründen und die jeweilige Anzahl der Not- und Gangbetten (getrennt nach Betten für Frauen und Männer) EDV-unterstützt erfasst und ausgedruckt. Die Datenbestände in der EDV wurden am darauf folgenden Werktag mit den neuen Mittagsbettenstandsmeldungen der Krankenanstalten überschrieben. Mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2005 wurde die zuvor beschriebene Vorgangsweise dahingehend abgeändert, dass ein gesonderter Ausweis der Gangbetten nicht mehr erfolgte, wodurch der Informationsgehalt dieser Aufzeichnungen deutlich geschmälert wurde.

8.3.2 Auswertungen durch das Kontrollamt

Um die Entwicklung der im Betrachtungszeitraum 2000 bis 2004 vorgehaltenen Gangbetten zu erheben, wurden vom Kontrollamt die zuvor erwähnten - in Papierform archivierten - täglichen Aufzeichnungen für eine stichprobenweise Auswertung herangezogen.

Zur näherungsweisen Ermittlung der durchschnittlichen monatlichen Anzahl an Gangbetten bzw. allfälliger freier Betten wurden die diesbezüglichen Daten der Abteilungen für Innere Medizin, Chirurgie und Unfallchirurgie in einem zeitintensiven Arbeitsprozess jeweils zum ersten, zum zehnten und zum zwanzigsten Tag eines Monats - dabei handelte es sich im Betrachtungszeitraum um 180 Einzeldaten je Abteilung - erfasst und ausgewertet. Falls einer dieser Tage auf einen Samstag, Sonntag oder auf einen Feiertag fiel, wurden die Daten des darauf folgenden Arbeitstages ermittelt. Die angeführten Abteilungen wurden deshalb für die Auswertung herangezogen, da sich bei der Einschau in den Anstalten gezeigt hatte, dass primär in diesen die Problematik der Gangbetten zum Tragen kam.

Im Zuge der Überprüfung fiel auf, dass bei der Übermittlung des täglichen Mittagsbettenstandes nicht immer die korrekte Unterscheidung zwischen Gangbetten und Notbetten getroffen worden war, was allerdings nach Gesprächen mit den jeweiligen KOFÜ richtig gestellt wurde.

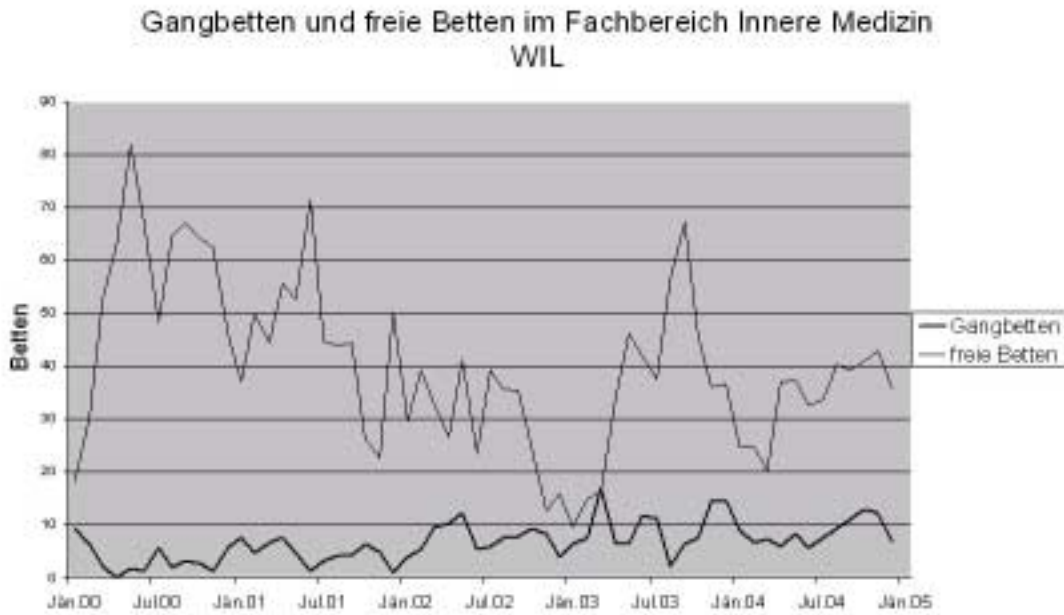
8.3.2.1 Das Kontrollamt hat in weiterer Folge den um diese zuvor erwähnten Notbetten ergänzten Datenbestand ausgewertet. Hierbei zeigte sich, dass Gangbetten im Wesentlichen im DSP, im KFJ, in der KAR, im ehemaligen KHL und im WIL - also in den Schwerpunktkrankenanstalten - regelmäßig vorzufinden waren.

Die vereinzelt aufgestellten Gangbetten in den übrigen Krankenanstalten waren nach Ansicht des Kontrollamtes für eine nähere Betrachtung deshalb vernachlässigbar, da hierfür jeweils besondere Gründe, wie z.B. ein kurzfristig hoher Patientenzustrom etwa auf Grund einer Grippewelle, vorlagen.

Bei näherer Betrachtung der Schwerpunktkrankenanstalten zeigte sich, dass die überwiegende Anzahl an Gangbetten hauptsächlich im Fachbereich Innere Medizin vorzufinden war. Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt, dass insbesondere in diesem Fachbereich trotz freier Bettenressourcen dennoch gleichzeitig Gangbetten vorgehalten wurden. So wurde festgestellt, dass z.B. eine Abteilung für Innere Medizin einer Krankenanstalt sowohl über freie Männer- als auch Frauenbetten verfügte, während eine andere derartige Abteilung derselben Anstalt gleichzeitig Gangbetten aufgestellt hatte.

Das Kontrollamt hat diese in der Praxis gängige Vorgangsweise durch eine grafische Gegenüberstellung von Gangbetten und gleichzeitig freien Betten eines Fachbereiches in einer Krankenanstalt veranschaulicht. In weiterer Folge wird anhand von Diagrammen beispielhaft dargestellt, wie sich im Betrachtungszeitraum die Situation bezüglich der Gangbetten und der freien Betten im Fachbereich Innere Medizin des WIL, der KAR und des DSP entwickelte. Dem vierten Diagramm kann die diesbezügliche Situation auf der Abteilung für Unfallchirurgie im DSP entnommen werden.

8.3.2.2 Wie aus der nachstehenden Grafik hervorgeht, standen im WIL beinahe an allen Stichtagen des Betrachtungszeitraumes 2000 bis 2004 im Fachbereich Innere Medizin freie Betten zur Verfügung, während gleichzeitig Gangbetten aufgestellt waren. Lediglich an einem Stichtag im März 2003 wäre mit den freien Betten auf den Abteilungen für Innere Medizin nicht das Auslangen gefunden worden.



Differenzierter stellte sich die Situation in den vier Abteilungen für Innere Medizin der KAR dar:



Wie aus der Grafik ersichtlich ist, waren an allen Stichtagen auch Gangbetten aufgestellt. Im Gegensatz zur vorhergehenden Krankenanstalt konnte der Bettenbedarf im Fachbereich Innere Medizin aber zum Teil nicht mit den vorhandenen Bettenkapazitäten abgedeckt werden, sodass die Aufstellung von zusätzlichen Gangbetten aus der Sicht der gegenständlichen Fachabteilungen der KAR tatsächlich erforderlich erschien.

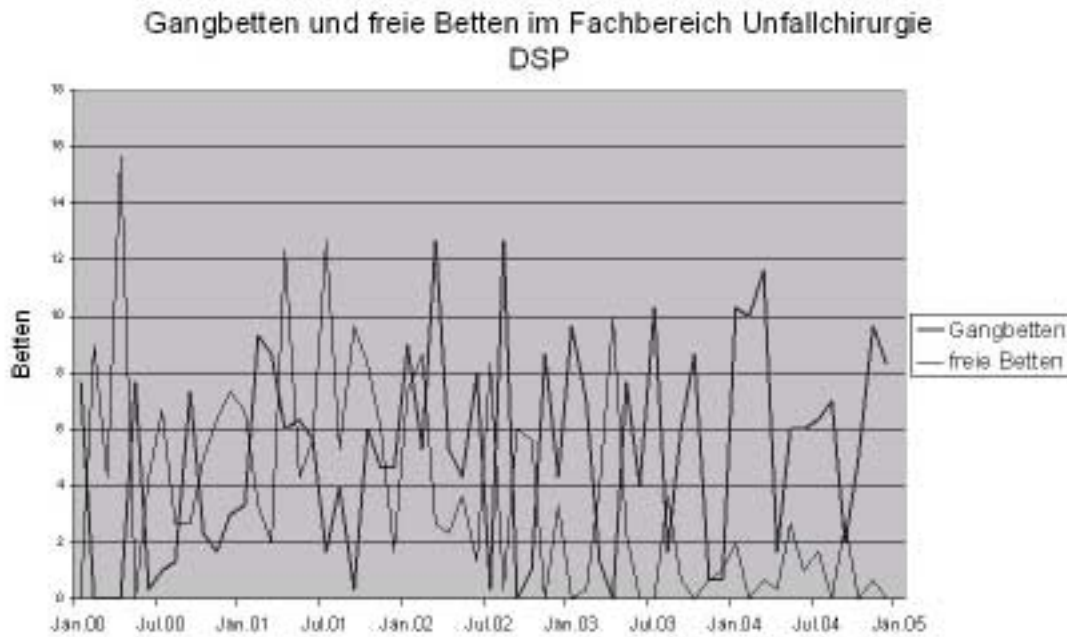
Auch die Auswertung der zwei bzw. ab Dezember 2003 drei Abteilungen für Innere Medizin im DSP ergab, dass nahezu an allen Stichtagen Gangbetten aufgestellt waren.



Die obige Grafik über die Bettensituation zeigt, dass es im DSP gelungen war, beginnend mit dem Frühjahr 2003 in den Abteilungen des Fachbereiches Innere Medizin die Anzahl der Gangbetten auf Dauer deutlich zu senken bzw. zum Teil freie Bettenressourcen zur Verfügung zu stellen.

Dem Kontrollamt erschien diese Entwicklung deshalb bemerkenswert, weil nach der Ruhestandsversetzung des damaligen Ärztlichen Direktors, der zugleich die Leitung einer Fachabteilung für Innere Medizin innehatte, offensichtlich ein wirkungsvolleres Bettenmanagement etabliert werden konnte. Gänzlich ausschließen wollte der nunmehrige Ärztliche Direktor das Aufstellen von Gangbetten auf Grund der weiterhin zunehmenden regionalen Bedeutung dieser Krankenanstalt nicht.

Im Fachbereich Unfallchirurgie des DSP zeigte sich hinsichtlich der Gangbetten bzw. Bettenressourcen folgendes Bild, wobei anzumerken war, dass die WKAV-weite Auslastung dieses Fachbereiches im Jahr 2004 bei durchschnittlich rd. 93 % lag (Innere Medizin und Chirurgie durchschnittlich rd. 85 %):



Zunächst war darauf hinzuweisen, dass im Gegensatz zu den Fachbereichen Innere Medizin und Chirurgie das Rettungskontingent (s. Pkt. 8.2) auf den Fachbereich Unfallchirurgie keinen Einfluss hat, sodass sich für Abteilungen dieses Fachbereiches nur äußerst eingeschränkte Steuerungsmöglichkeiten in Bezug auf das Bettenbelagsmanagement ergeben. Wie die Auswertung der Bettensituation der Unfallchirurgie des DSP zeigt, erzeugten dringliche bzw. unaufschiebbare Aufnahmen unfallchirurgischer Patienten häufige Bedarfsspitzen, denen durch die Belegung von Gangbetten begegnet wurde. Bemerkenswert erschien allerdings, dass die Abteilung für Unfallchirurgie im DSP im Jahr 2004 insgesamt 28 Proc-F mit einer durchschnittlichen Verweildauer von jeweils rd. 55 Tagen (als Pflegefall) zu versorgen hatte. Es wäre daher nach Ansicht des Kontrollamtes bei Engpässen durch die Transferierung dieser Pflegefälle in andere geeignete Abteilungen mit freien Bettenressourcen zumindest eine teilweise Entspannung bei den Gangbetten auch in diesem Fachbereich erzielbar gewesen.

8.4 Feststellungen des Kontrollamtes

8.4.1 Die Einschau des Kontrollamtes zeigte, dass im Betrachtungszeitraum 2000 bis 2004 hinsichtlich der Vermeidung von Gangbetten in Schwerpunktkrankenanstalten sowohl seitens der Führung des WKAV als auch einzelner KOFÜ Maßnahmen zur Gegensteuerung erkennbar gewesen waren, die allerdings nicht ausreichten, um das

Problem nachhaltig zu unterbinden. Nach Ansicht des Kontrollamtes waren die in den geprüften Fachbereichen aufgestellten Gangbetten nach wie vor zu einem nicht unbeträchtlichen Teil auf strukturelle bzw. organisatorische Gegebenheiten zurückzuführen. Eine im selben Fachbereich abteilungsinterne bzw. abteilungsübergreifende Ausschöpfung vorhandener Bettenkapazitäten hätte vermutlich die im Betrachtungszeitraum festgestellte Gangbettensituation in den Schwerpunktkrankenanstalten des WKAV deutlich abgeschwächt.

Es wurde daher empfohlen, gemeinsam mit den betroffenen Krankenanstalten geeignete Lösungsvorschläge und Richtlinien zu erarbeiten, die unter Berücksichtigung anstaltsspezifischer Gegebenheiten eine Ausschöpfung aller organisatorischer Maßnahmen zur künftigen Vermeidung von Gangbetten gewährleistet. In diesem Zusammenhang wäre es auch überlegenswert, in speziellen Fällen - wie etwa bei Proc-F - nach Möglichkeit zusätzlich interdisziplinäre Belegungen zu forcieren.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die Problematik der Gangbetten in den Wiener städtischen Krankenanstalten ist dem WKAV bewusst und steht nicht nur im Zusammenhang mit den Proc-F. In Entsprechung der Verbesserung der Ablauforganisation und der Optimierung der Auslastung wurden bereits Maßnahmen getroffen, welche in unterschiedlicher Tiefe in den einzelnen Krankenanstalten gegriffen haben. An einer Optimierung der Ablauforganisation wird laufend weitergearbeitet.

Maßnahmen - wie die Bildung von Partnerabteilungen, krankenanstalteninterne Überlegungen zur Umverteilung der Rettungskontingente, Koordination der Bettensperren, vorübergehende Umwandlung der Tages-/Wochenkliniken in "Normalstationen", Umverteilung von Patienten, welche auf einen Pflegeheimplatz warten - sind zum Teil bereits umgesetzt und werden weiter betrieben werden.

8.4.2 Unabhängig davon wäre vom WKAV zu prüfen, inwieweit eine Überleitung der derzeit geführten täglichen Bettenstandsmeldungen in ein EDV-unterstütztes Auskunftssystem, das jederzeit einen aktuellen und genauen Informationsstand über die Belegung der Betten - einschließlich der Not- und Gangbetten - gibt, als zielführend erachtet wird. Im Hinblick auf die Etablierung eines effizienten Bettenbelagsmanagements erschiene jedenfalls eine kontinuierliche Übersicht über die Gangbettensituation sowohl für die einzelnen Krankenanstalten als insbesondere auch für die betroffenen Direktionen der Teilunternehmungen als wesentliches Steuerungsinstrument zweckmäßig.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Zur Feststellung des Überbelages wird vom WKAV ein geeignetes Verfahren zur elektronischen Datenerfassung entwickelt werden, mit dem die gesetzten Maßnahmen evaluiert werden können.

Der Anregung des Kontrollamtes, eine Bettenstandsmeldung in ein Bettenbelagsmanagement überzuleiten, wurde insofern Rechnung getragen, als nach erfolgreicher Implementierung des Intensivbettenprogrammes der Auftrag des Generaldirektors an die Teilunternehmung 3 - Technische, wirtschaftliche und sonstige Serviceeinrichtungen erging, ein Bettenevidenzprogramm (Arbeitstitel) zu erstellen. Die Datenerfassung des Überbelags wird hier eingeplant werden.

9. Alternative Betreuungseinrichtungen zur stationären Pflege

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende (Teil-)Punkte des Prüfersuchens eingegangen:

Punkt 6: *Inwieweit steht mit den in Pkt. 5 erwähnten Über- und Fehlbelegungen das Fehlen von ausreichenden alternativen Betreuungseinrichtungen für Spitals- und Pflegepatienten (mobile Pflege, Tageskliniken, verbessertes Schnittstellenmanagement etc.) in Wien in Zusammenhang?*

Teil des Punktes 7b: *Es möge auch der aktuelle Bestand an entsprechenden geeigneteren Pflegeeinrichtungen für Obdachlose und demente Pflegepatienten geprüft werden.*

Laut der Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien war die ehemalige Magistratsabteilung 47 für die Einrichtung und Führung von sozialen Diensten im Sinn des WSHG (Hauskrankenpflege, Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes, Wohnheime) zuständig. Weiters oblagen ihr die Erhaltung und Führung der geriatrischen Tageszentren (GTZ), von Wohngemeinschaften für alte Menschen und von Pflegeeinrichtungen (Wohnungen) für pflegebedürftige Personen. Im Zuge der Umsetzung der Strukturreform 2004 wurde dieses Aufgabengebiet zunächst der als Übergangslösung für das erste Halbjahr 2004 geschaffenen Magistratsabteilung 15 A übertragen; seit dem 1. Juli 2004 ist der FSW u.a. für die privatrechtlichen Aufgaben des Wiener Sozialsystems zuständig. Zur operativen Umsetzung ihres Aufgabengebietes bediente sich die ehemalige Magistratsabteilung 47 z.T. privater Anbieter, z.T. erbrachte sie bestimmte Leistungen selbst; diese Vorgangsweise wurde vom FSW beibehalten.

Spezielle teilstationäre Einrichtungen zur Rehabilitation (z.B. Tageskliniken) wurden auch vom WKAV - neben den Leistungen verschiedener Sozialversicherungsträger - geführt.

9.1 Soziale Dienste und Betreuung in Geriatrischen Tageszentren

Ältere Menschen, die entweder in hohem Maß von Angehörigen unterstützt werden oder nur einen relativ niedrigen Pflegebedarf aufweisen, können mithilfe extramuraler sozialer Dienste zu Hause und auch in GTZ versorgt werden. Durch diese Angebote können Menschen, die bei Fehlen dieser Dienste einer stationären Betreuung bedürften, in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben.

9.1.1 Soziale Dienste

Von den acht dezentralen GSZ des FSW bzw. der vormals zuständigen Magistratsabteilung 47 wurden im Betrachtungszeitraum insbesondere - neben einigen für die Prüfung nicht relevanten Diensten, wie z.B. die Betreuung von Holocaustopfern oder der

Kinderpflegedienst - folgende ambulante Angebote vorgehalten:

- Heimhilfe (Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten),
- Medizinische Hauskrankenpflege (Pflege durch DGKP, ohne Grundpflege, zeitlich befristet),
- Hauskrankenpflege (Pflege durch DGKP und Pflegehelfer, zeitlich unbefristet),
- Essen auf Rädern,
- Besuchsdienst,
- Reinigungsdienst und
- Wäschepflegedienst.

Da es sich bei der medizinischen Hauskrankenpflege um eine Leistung nach dem ASVG handelt, die jedoch nur für einen sehr kurzen Zeitraum gewährt wird und somit nur marginale Auswirkungen auf den Prüfgegenstand hat, wurde vom Kontrollamt auf eine nähere Betrachtung dieser Leistung verzichtet.

Unter Heranziehung von Statistikdaten des FSW wurde in der nachstehenden Tabelle die Entwicklung der wichtigsten extramuralen Leistungen im Zeitraum 2000 bis 2004 dargestellt, wobei im Bereich der Heimhilfe die Stunden für Springerinnen bzw. für die so genannte individuelle Betreuung (INDIBET), die in Pkt. 9.1.2 näher dargestellt wird, und beim Besuchsdienst die "Projektstunden" in den GSZ, GTZ, Pflegeheimen und Spitälern unberücksichtigt blieben:

Sozialer Dienst	Leistungseinheit	2000	2001	2002	2003	2004	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
Heimhilfe	Std.	3.442.535	3.456.232	3.438.270	3.462.491	3.558.329	115.794	3,4
Hauskrankenpflege	Std.	302.918	364.208	452.109	532.812	611.778	308.860	102,0
Essen auf Rädern	Port.	1.890.633	1.622.537	1.400.394	1.208.026	1.196.669	-693.964	-36,7
Besuchsdienst	Std.	184.916	174.138	159.476	147.594	146.387	-38.529	-20,8
Reinigungsdienst	Std.	96.805	66.728	57.336	50.417	47.794	-49.011	-50,6
Wäschepflegedienst	Zust.	9.599	8.818	8.208	9.017	8.254	-1.345	-14,0

Obwohl es sich bei Essen auf Rädern, dem Besuchs- oder Reinigungsdienst um seit Langem bekannte und etablierte soziale Dienste handelt, war festzustellen, dass deren Inanspruchnahme durch die Klienten im Betrachtungszeitraum massiv zurückging. Demgegenüber erfuhr der leistungsmäßig bedeutsamste Dienst, nämlich die Heimhilfe, geringfügige Zuwächse. Laut Angabe von Mitarbeitern des FSW könnten durch die Ausdehnung der Betreuungszeiten an den Abenden weitere Klienten in der Betreuung zu Hause verbleiben. Weiters wurde von diesen angemerkt, dass durch das Angebot von ambulanter Physiotherapie ebenfalls - zumindest bei bestimmten Klientengruppen - die Notwendigkeit einer Pflegeheimaufnahme verzögert werden könnte.

Um dem Bedarf an qualifizierter Betreuung nachzukommen, hat die Stadt Wien in den letzten Jahren das Angebot an ambulanten Pflegediensten stark ausgeweitet; so wurden im Bereich der Hauskrankenpflege (als sozialer Dienst) im Jahr 2004 nahezu 612.000 Stunden geleistet, was einen Anstieg gegenüber 2000 um rd. 102 % bedeutet.

Insgesamt ist in Bezug auf die Betreuung zu Hause einschränkend festzuhalten, dass dafür jedenfalls eine Wohnung zur Verfügung stehen und ein Mindestmaß an Fürsorge durch dritte Personen, wie etwa Angehörige oder Nachbarn gegeben sein muss. Bei Fehlen einer dieser Komponenten ist daher in vielen Fällen trotz vergleichsweise geringem Pflegebedarf eine stationäre Aufnahme unvermeidlich.

9.1.2 INDIBET

Als spezielles Angebot im Bereich der extramuralen Versorgung ist INDIBET zu nennen. Dabei handelt es sich um die individuelle Betreuung von Klienten mit besonderen Bedürfnissen (z.B. auf Grund psychischer oder demenzieller Erkrankungen) durch eigens geschulte Heimhelferinnen. Diese nehmen die besonderen Bedürfnisse und Schwierigkeiten dieser Klientengruppe wahr und gewährleisten so die Unterstützung bei der Haushaltsführung und Grundpflege.

Der Betreuungsbedarf richtet sich nach dem Gesamtzustand der Klienten und kann kurzfristig erhöht oder bei vermehrter Verselbstständigung wieder auf den Grundbedarf verringert werden. Jedenfalls soll die Kontinuität in der Betreuung gesichert werden,

was durch individuelle Zeiteinteilung der Heimhelferinnen gewährleistet wird. Auf diese Weise soll die häusliche Verwahrlosung bei den betreuten Menschen hintangestellt werden; weiters sind regelmäßige Medikamenteneinnahmen und Arztbesuche sicherzustellen.

Gemäß dem Leistungsprofil der Anbieterorganisation sollen durch diese Form der Betreuung die Aufenthalte der betreuten Menschen in den Spitälern auf das unbedingt notwendige Maß reduziert bzw. auch Aufnahmen in Pflegeheime weitestgehend hinausgezögert werden.

Das Konzept sah vor, dass pro GSZ vier dieser speziell geschulten INDIBET-Heimhelferinnen zum Einsatz kommen sollten. Da der Aufbau der GSZ einen jahrelangen Zeitraum beanspruchte, entwickelte sich dieses Angebot letztlich wie folgt:

Stunden	2000	2001	2002	2003	2004	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
Heimhilfe	15.210,5	19.336,0	25.332,0	28.894,5	37.761,0	22.550,5	148,3
DGKP	2.021,0	2.663,0	3.592,0	3.598,5	4.238,0	2.217,0	109,7
Gesamt	17.231,5	21.999,0	28.924,0	32.493,0	41.999,0	24.767,5	143,7

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass INDIBET im Betrachtungszeitraum stark ausgebaut wurde. Gemäß dem Jahresbericht Pflege des FSW wurden im Jahr 2004 insgesamt 499 Personen durch INDIBET betreut. Im letzten Jahr des Betrachtungszeitraumes wurde das ursprünglich vorgesehene Vollangebot erreicht, das allerdings nicht unter Zugrundelegung von bedarfsorientierten Kennzahlen - s. hierzu TB 2003 - MA 47, Prüfung der Gesundheits- und Sozialzentren - ermittelt worden war.

9.1.3 Geriatrische Tageszentren

Die teilstationäre Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen soll die Lücke zwischen der Pflege zu Hause und der Versorgung in einem Wohn- oder Pflegeheim schließen. Im diesbezüglichen Leistungsangebot des FSW sind insbesondere die GTZ zu erwähnen. Diese sind für Menschen geschaffen worden, die ihre Selbstständigkeit in den eigenen vier Wänden nicht verlieren wollen. Neben einer geregelten Tagesstruktur sind in

diesen Einrichtungen auch pflegerische, therapeutische und sozialarbeiterische Angebote vorgesehen.

Die vom FSW geführten GTZ verfolgen ausschließlich einen integrativen Ansatz, der die Betreuung von Menschen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern sowie aus verschiedenen Generationen und Gesellschaftsschichten ermöglicht. Die privaten Betreiber bieten sowohl integrativ geführte GTZ als auch solche mit einem spezifischen Ansatz (für an Alzheimer, Multipler Sklerose und Schlaganfall erkrankte Personen) an. Die insgesamt zur Verfügung stehenden Plätze sind der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Plätze	2000	2001	2002	2003	2004	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
Integrativ, FSW	220	270	270	320	320	100	45,5
Integrativ, privat	91	119	199	199	199	108	118,7
Alzheimer, privat	12	12	27	27	27	15	125,0
MS, privat	18	18	18	18	18	-	-
Schlaganfall, privat	-	12	12	12	12	12	-
Gesamt	341	431	526	576	576	235	68,9

Das diesbezüglich vorhandene Platzangebot wuchs innerhalb des Prüfungszeitraumes um rd. zwei Drittel an, wobei seit 2003 keine Veränderung stattgefunden hat. Zu erwähnen war auch, dass beim Ausbau der integrativ geführten Plätze den privaten Anbietern der größere Anteil zukam.

Der FSW stellte dem Kontrollamt Unterlagen der Leistungsdokumentation über das Platzangebot, die Betreuungstage und die Auslastung der GTZ hinsichtlich des Jahres 2004 zur Verfügung. Diese Daten sind in nachstehender Tabelle angeführt:

Einrichtung	Platzangebot	Betreuungstage	Auslastung in %
SMZ-Ost	50	11.057	87,4
Ingrid Leodolter (im SSK)	50	10.358	81,9
Am Henriettenplatz	35	8.276	93,5
Donaufeld	50	11.765	93,0
Ottakring-Hernals	35	8.119	91,7
Floridsdorf	50	11.353	89,8
Favoriten	50	8.586	67,9
Summe Integrativ, FSW	320	69.514	85,9

Einrichtung	Platzangebot	Betreuungstage	Auslastung in %
Integrativ, privat	199	37.377	74,2
Alzheimer, privat	27	6.256	91,6
MS, privat	18	3.471	76,2
Schlaganfall, privat	12	2.687	88,5
Summe, privat	256	49.791	76,9
Gesamt	576	119.305	81,9

Wie die Tabelle zeigt, lag der durchschnittliche Auslastungsgrad bei rd. 81,9 % der insgesamt möglichen Kapazität. Dabei war allerdings zu beachten, dass die integrativen Plätze vor allem privater Anbieter - knapp gefolgt von den Plätzen für MS-Patienten - niedrige Auslastungen (74,2 % bzw. 76,2 %) aufwiesen. Anhand der Abrechnungen der privaten Organisationen an den FSW waren die Plätze für an Alzheimer erkrankte Patienten bzw. Patienten mit Schlaganfall zu 91,6 % bzw. 88,5 % ausgelastet. Mit Ausnahme der beiden letztgenannten Einrichtungen schien im Hinblick auf den derzeitigen Bedarf eine ausreichende Versorgung mit GTZ gewährleistet.

9.1.4 Stichprobe des Kontrollamtes

Wie in Pkt. 6.3 bereits erwähnt, konnten beinahe 9 % der Proc-F aus der 105 Personen umfassenden Stichprobe nach ihrem Spitalsaufenthalt zu Hause weiter betreut werden. Der Vollständigkeit halber wird nachstehend deren weiterer Betreuungsverlauf mithilfe sozialer Dienste - soweit sie in Anspruch genommen wurden - dargestellt.

Von den neun in häusliche Pflege entlassenen Personen machten sieben Personen Gebrauch von den Leistungen des FSW. In diesen Fällen waren die Zeitdauer sowie der Aufwand der Betreuung durch ambulante soziale Dienste sehr unterschiedlich.

Eine Klientin nahm lediglich einmal die Dienste einer Heimhilfe-Springerin in Anspruch, ihre weitere Pflege erfolgte in einem privaten Pflegeheim ohne Förderung durch die Stadt Wien. Eine andere Klientin wurde lediglich in den ersten drei Monaten nach ihrer Spitalsentlassung von Heimbeförderinnen betreut; weitere vier Monate erfolgte die Pflege durch eine Angehörige ohne Zuhilfenahme einer Unterstützung durch die Stadt Wien, bis es schließlich zu einer stationären Aufnahme in ein städtisches Geriatriezentrum kam. Bei zwei Klientinnen begann die Betreuung zwar nicht unmittelbar nach deren Spitalsentlassung, doch wurden sie in weiterer Folge - wie zwei andere auch - im Verlauf

des Jahres 2004 durch extramurale Dienste zu Hause versorgt. Eine Klientin verstarb noch im selben Monat nach ihrer Spitalsentlassung.

Die Klientinnen nahmen Heimhilfeleistungen im Ausmaß von mindestens sieben Stunden bis höchstens 93,5 Stunden pro Monat in Anspruch. Essen auf Rädern wurde an zwei Klientinnen zugestellt, ein GTZ wurde von einer Klientin regelmäßig besucht, während der Besuchsdienst nur einmal bei einer Klientin geleistet wurde.

Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt in diesem Zusammenhang, dass eine Klientin offensichtlich mithilfe eines geringen Aufwandes an sozialen Diensten, nämlich weniger als neun Stunden Heimhilfe pro Monat, also rd. zwei Stunden pro Woche, zu Hause betreut werden konnte, obwohl sie von der entlassenden Krankenanstalt als Proc-F qualifiziert worden war. Bei einem späteren Krankenhausaufenthalt wurde diese Klientin als - in Bezug auf Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie Körperpflege - selbstständig, kontinent und überwiegend orientiert beschrieben.

Eine Befassung mit den Ausgaben, die durch die extramurale Versorgung der vorgeannten Klienten entstanden, zeigte, dass eine Betreuung zu Hause sowohl in allen Fällen für die Stadt Wien als auch in den meisten Fällen für die Klienten eine wirtschaftlich günstige Form der Pflege darstellte. Die durchschnittlichen monatlichen Zahlungen des FSW für soziale Dienste an die leistungserbringenden Organisationen lagen zwischen rd. 290,-- EUR und rd. 3.310,-- EUR und im Schnitt bei rd. 1.190,-- EUR pro Klienten. Die Betreuten mussten für diese Leistungen zwischen rd. 6,9 % und rd. 44 %, durchschnittlich rd. 22,1 %, ihres Einkommens einschließlich Pflegegeld und anteiliger Sonderzahlungen aufwenden. Bei den Zahlungen der Klienten hinsichtlich der sozialen Dienste war jedoch anzumerken, dass diesen - im Gegensatz zu stationär gepflegten Personen - weitere Ausgaben z.B. für Miete, Beheizung, Beleuchtung, Nahrung sowie medizinische Versorgung erwachsen, die jedoch mangels Datengrundlage nicht in die Berechnung einfließen konnten.

9.2 Teilstationäre Einrichtungen des WKAV

Hinsichtlich der für den Prüfgegenstand relevanten teilstationären Rehabilitationsein-

richtungen konnte dem Kontrollamt - offensichtlich auch mangels klarer Begriffsdefinitionen - vom WKAV keine taxative Auflistung aller infrage kommenden Einrichtungen übermittelt werden. Aus einer Aufstellung von Tageskliniken wählte das Kontrollamt daher jene Einrichtungen, die seiner Ansicht nach geeignet sind, mittels rehabilitativer Maßnahmen eine Pflegeheimaufnahme zu verhindern bzw. zu verzögern.

9.2.1 Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital

Das SSK verfügt neben stationären Akutbetten und solchen mit rehabilitativem Schwerpunkt über eine geriatrische Tagesklinik mit zehn Betten. Diese ist der Rehabilitation älterer Menschen mit komplexen Bewegungsstörungen (etwa nach Stürzen oder Schlaganfällen) gewidmet, deren soziales Umfeld eine Betreuung zu Hause möglich macht. Ziel dieser Einrichtung ist es, durch rasch einsetzende Rehabilitation wieder ein eigenständiges Leben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Die Aufnahme zur tagesklinischen Rehabilitation erfolgt über eine Begutachtung der anstaltseigenen Ärzte. Die Patienten erhalten eine den Bedürfnissen angepasste koordinierte multiprofessionelle Therapie, die etwa drei Stunden pro Tag beträgt und von entsprechenden Ruhephasen unterbrochen wird.

Von den Physio- und Ergotherapeutinnen werden therapeutische Maßnahmen, wie etwa Mobilisation, Bewegungstherapie, Hirnleistungstraining, funktionelle Ergotherapie bis hin zur Hilfsmittelabklärung durchgeführt. Physikalische Therapien (Elektrotherapien, Wärme- und Kältebehandlungen, Licht- und Lasertherapien, Massagen und Lymphdrainagen) werden zur Schmerzlinderung, Durchblutungsverbesserung und Muskelkräftigung eingesetzt.

9.2.2 Sozialmedizinisches Zentrum Süd

Im KFJ besteht ebenfalls eine vergleichbare Einrichtung, in der seit dem Jahr 2003 acht derartige Betten eingerichtet sind. Die vom WKAV bekannt gegebene Anzahl der auf dieser Kostenstelle im Jahr 2004 verrechneten Pfl egetage war jedoch derart gering, dass ihre Plausibilität zweifelhaft war. Die Prüfung ergab, dass es sich bei der genannten Einrichtung um einen Spezialbereich der Akutgeriatrie handelt, für deren Patienten bestimmte Voraussetzungen - insbesondere die Diagnose "Senilität" - gegeben sein

müssen. Diesem Umstand war jedoch im genannten Jahr zu wenig Beachtung geschenkt worden. Damit stand ein Großteil der vorgehaltenen Kapazitäten nicht der eigentlichen Zielgruppe - nämlich geriatrischen Patienten - zur Verfügung. Seitens der betroffenen Krankenanstalt wurde dazu ausgeführt, dass im Jahr 2005 bereits auf diese Situation reagiert worden sei, und schon in den ersten fünf Monaten deutlich mehr Pflage tage zur Verrechnung gelangt seien als im vergangenen Jahr.

9.2.3 Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe

Für Patienten mit neurologischen und neuropsychologischen Defiziten auf Grund einer erworbenen Hirnschädigung ist im OWS eine neuropsychologische Tagesklinik mit derzeit 15 Betten eingerichtet.

Durch den Wiederaufbau und das Training erhalten gebliebener Fähigkeiten soll die Reintegration der Patienten in ihren privaten, sozialen und beruflichen Lebensbereich unter Berücksichtigung des jeweiligen individuellen Umfeldes gefördert werden. Die therapeutischen Leistungen werden durch Vertreter der Fachrichtungen Neurologie, Neuropsychologie, Physio- und Ergotherapie, Logopädie sowie internistische und konsiliarärztliche Versorgung erbracht. Überdies erfolgt Diätberatung und Sozialarbeit.

Weiters wird im OWS eine gerontopsychiatrische Tagesklinik geführt. Diese verfügt über zehn systemisierte Betreuungsplätze, die in einem Zeitraum von etwa drei Monaten bis zu fünfmal pro Woche von den Patienten, die im Weg der Memory-Klinik (s. Pkt. 9.2.4) zugewiesen wurden, besucht werden können. Nach Ablauf der drei Monate wird eine Weiterbetreuung in Kooperation mit den Angehörigen, mit dem GSZ oder anderen Einrichtungen organisiert.

9.2.4 Memory-Kliniken

In den Jahren 2001 bis 2004 waren gemäß einer Auswertung des WKAV bei rd. 13,7 % bzw. rd. 2,6 % aller Proc-F die Hauptdiagnosen Demenz- bzw. Alzheimererkrankung gestellt worden; als Nebendiagnosen traten diese Krankheiten noch deutlich häufiger auf.

Die Zunahme an betagten Menschen führt generell zu einem Anstieg der Zahl an Demenzerkrankungen; dementsprechend wurden - als Präventionsmaßnahme - Einrichtungen zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit demenziellen Erkrankungen gegründet.

In so genannten Memory-Kliniken, die in der Regel mit stationären Einrichtungen eines Krankenhauses (z.B. AKH, DSP, KFJ) verbunden sind, aber eigenständige Arbeitseinheiten darstellen, finden diagnostische Abklärungen statt. Die Kliniken stellen spezialisierte Einrichtungen dar, die sich durch interdisziplinäre Zusammenarbeit von neurologischer, geriatrischer, psychiatrischer und neuropsychologischer Kompetenz gegenüber den Facharztpraxen unterscheiden. Daher stellen sie vorwiegend eine Anlaufstelle für niedergelassene Ärzte dar, welche die weitere Abklärung ihrer Patienten mithilfe von Spezialisten leisten möchten.

Weiters wird seit dem Jahr 2001 in der 1. Psychiatrischen Abteilung des OWS zusätzlich zur gerontopsychiatrischen Tagesklinik auch eine Memory-Klinik geführt. Gemäß dem Konzept der Tages- und Memory-Klinik werden die Patienten mit dem Ziel betreut, Langzeithospitalisierungen in Spitals- oder Pflegeeinrichtungen präventiv entgegenzuwirken und einen möglichst langen Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung zu gewährleisten. Dabei bilden die diagnostische Abklärung in der Memory-Klinik, ein individuell abgestimmtes Behandlungskonzept, die Zusammenarbeit mit Angehörigen und das Organisieren einer langfristigen Nachbetreuung in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik die Schwerpunkte der Arbeit.

Bei den dargestellten Memory-Kliniken bzw. der gerontopsychiatrischen Tagesklinik handelt es sich also weitestgehend nicht um ein rehabilitatives, sondern um ein präventives Angebot, weil insbesondere Patienten aus dem ambulanten bzw. extramuralen, jedoch kaum aus dem stationären Bereich betreut werden. Zog man einerseits in Betracht, dass im Jahr 2004 1.308 Patienten als Proc-F qualifiziert wurden und andererseits bei nahezu 14 % aller Proc-F der Jahre 2001 bis 2004 eine Demenz und bei weiteren rd. 3 % eine Alzheimererkrankung als Hauptdiagnose festgestellt worden war, lag der Schluss einer zu knapp bemessenen Kapazität bei diesen Einrichtungen nahe.

Auch die Rehabilitationseinrichtungen im SSK und KFJ können mit den insgesamt vorhandenen 18 Plätzen den bestehenden Bedarf nicht abdecken, zumal vor allem im KFJ eine große Anzahl an Patienten behandelt wurde, die weder vom Alter noch von der Diagnose her dem Kreis der geriatrischen Patienten zuzurechnen waren.

9.3 Alternative Wohnformen

Neben der Aufnahme in stationäre geriatrische Einrichtungen stehen für Klienten - mit in der Regel vergleichsweise niedrigem Pflegebedarf - weitere Unterbringungsformen zur Verfügung.

9.3.1 Seniorenwohngemeinschaften

Um die traditionellen Alten- und Pflegeheime durch neue Wohnformen zu ergänzen, war bereits im Jahr 1993 vom Gemeinderat beschlossenen Maßnahmenpaket "Hilfe im Hohen Alter" die Schaffung von so genannten Seniorenwohngemeinschaften vorgesehen gewesen. Diese - von privaten Anbietern geführten Einrichtungen - sollten alten Menschen, die aus gesundheitlichen oder sozialen Gründen nicht mehr allein wohnen können oder möchten, jedoch die Leistungen eines Pflegeheimes nicht oder nicht mehr benötigen, die Möglichkeit bieten, in eigenen Räumen selbstbestimmt zu leben. Grundsätzlich ist das Wohnen in einer Wohngemeinschaft auf Dauer - d.h. solange Art und Umfang der Betreuung mittels ambulanter Pflege erfolgen können - ausgelegt. Eine Wohngemeinschaft sollte aus einer behindertengerecht ausgestatteten Großwohnung mit mindestens vier und höchstens acht Wohnräumen, einem gemeinsamen Wohnraum, einer Küche sowie einer entsprechenden Anzahl an sanitären Einrichtungen bestehen.

Vertreter der ehemaligen Magistratsabteilung 47 sowie der durchführenden Trägerorganisationen hatten sich im Februar 1998 im Rahmen des Dachverbandes Wiener Pflege- und Sozialdienste zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen. Ziel dieser Arbeitsgemeinschaft war es, in Zusammenarbeit mit den politisch Verantwortlichen den weiteren Ausbau der Seniorenwohngemeinschaften sicherzustellen, zu koordinieren und eine einheitliche Qualität für die Bewohner dieser Wohngemeinschaften zu definieren und zu gewährleisten. Die Arbeitsgemeinschaft entwickelte ein Rahmenkonzept,

das als qualitative Orientierung zur Gründung und Führung von Seniorenwohngemeinschaften dienen sollte.

Die Betreuung in einer Seniorenwohngemeinschaft erfolgt durch soziale Dienste; Heimhelferinnen sind tagsüber, falls nötig auch an Wochenenden und Abenden tätig und unterstützen bei der Körperpflege sowie der Haushaltsführung. Pflegepersonal kommt je nach Bedarf und Anspruch; therapeutische Leistungen, etwa von Ergo- und Physiotherapeuten, können auf ärztliche Verordnung und nach Genehmigung durch die Sozialversicherung bzw. durch private Zahlung in Anspruch genommen werden. Die medizinische Behandlung erfolgt durch Hausärzte.

9.3.1.1 Im Betrachtungszeitraum 2000 bis 2004 wurden in Wien von zwei Anbietern, nämlich der Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste GmbH (WS-Apfl) und dem Wiener Hilfswerk folgende - zumeist voll ausgelastete - Wohnplätze angeboten:

Trägerorganisation	Wohnplätze						
	2000	2001	2002	2003	2004	Abw. 2000/2004 absolut	Abw. 2000/2004 in %
WS-Apfl	44	44	59	61	65	21	47,7
Wiener Hilfswerk	26	26	26	30	30	4	15,4
Gesamt	70	70	85	91	95	25	35,7

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, wuchs die Zahl der zur Verfügung stehenden Wohnplätze innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 70 auf 95 an. Obwohl sich zum Zeitpunkt der gegenständlichen Prüfung der Ausbau weiterer 30 Wohnplätze durch die WS-Apfl im konkreten Projektstadium (Unterzeichnung des Mietvertrages im Juni 2005) befand, war das 1993 durch Gemeinderatsbeschluss definierte Ziel, nämlich die Schaffung von 30 Seniorenwohngemeinschaften mit durchschnittlich jeweils sieben Wohnplätzen, bei Weitem nicht erreicht worden. Gemäß dem Strategiekonzept der Geriatriekommission würde der Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste eine geeignete Plattform darstellen, die Zusammenarbeit der Trägerorganisationen zu verstärken und den weiteren Ausbau von Seniorenwohngemeinschaften zu sichern.

9.3.1.2 Da es sich nach Ansicht des Kontrollamtes bei den Seniorenwohngemeinschaften

ten um eine begrüßenswerte Alternative zur konventionellen stationären Unterbringung handelt, wurden auch die finanziellen Auswirkungen anhand konkreter Beispiele näher untersucht.

Die Errichtungskosten der Wohnobjekte für Seniorenwohngemeinschaften werden von der Stadt Wien getragen, wobei je Wohnplatz im Durchschnitt mit rd. 11.000.-- EUR zu rechnen ist. Der Betrieb eines Wohnplatzes beläuft sich auf rd. 350.-- EUR und ist vom jeweiligen Bewohner zu tragen, wobei im Bedarfsfall (vor allem bei niedrigem Einkommen bzw. Pensionisten mit Ausgleichszulage) Mietbeihilfe in der Magistratsabteilung 15 beantragt werden kann. Wenn die Voraussetzungen zutreffen, erfolgt die Gewährung nach den sozialhilferechtlichen Bestimmungen im Weg von Geldaushilfen. Die Verrechnung der vom Bewohner der Seniorenwohngemeinschaft beanspruchten sozialen Dienste erfolgt durch den FSW auf Basis des Pflegegeldes und des Einkommens des Klienten.

Dass diese Wohnform auch für bedürftige Personen aus sozialen Randschichten infrage kommt, zeigte sich für das Kontrollamt anhand eines aus dem Jahr 2005 stammenden Beispiels eines Bewohners, der über keine Pension bzw. sonstiges Einkommen verfügte. Nachdem sich dessen Gesundheitszustand nach einem Schlaganfall im Pflegeheim stabilisiert hatte, zog er in eine Seniorenwohngemeinschaft des Wiener Hilfswerkes. Um die Aufnahme überhaupt zu ermöglichen, wurde vom Wiener Hilfswerk für den Bewohner sowohl ein Antrag auf Sozialhilfe als auch auf Pflegegeld gestellt. Wie mit diesem Einkommen das Leben außerhalb der stationären Pflege möglich war, ist im Folgenden dargestellt:

Einkommen/Ausgaben	Je Monat in EUR
Sozialhilfe inkl. Mietbeihilfe	774,25
Pflegegeld Stufe 2	273,40
Einkommen gesamt	1.047,65
Miete	-286,33
Verpflegung/Essen auf Rädern	-130,00
Soziale Dienste	-255,00
GTZ	-60,00
Sterbeversicherung	-52,00
Verbleibendes Einkommen	264,32

Weiters besuchte das Kontrollamt eine von der WS-Apfl geführte Seniorenwohngemeinschaft und errechnete exemplarisch anhand einiger ausgewählter Bewohner sowohl die je Monat von den Bewohnern zu tragenden Beträge als auch in einem zweiten Schritt jene Ausgaben, die für die Stadt Wien anfielen.

Monatsbeträge 2004	Bew. 1 in EUR	Bew. 2 in EUR	Bew. 3 in EUR	Bew. 4 in EUR	Bew. 5 in EUR	Bew. 6 in EUR	Durchschn. in EUR
Einkommen	980,96	727,00	804,29	1.365,08	1.107,34	749,84	955,75
Pflegegeld	268,00	842,40	268,00	268,00	145,40	145,40	322,87
Sozialhilfe (Mietbeih.)	-	56,05	161,20	-	-	45,14	43,73
Einkommen gesamt	1.248,96	1.625,45	1.233,49	1.633,08	1.252,74	940,38	1.322,35
Miete	-346,79	-299,43	-346,79	-345,86	-340,72	-315,47	-332,51
Gemeinsame Kasse	-60,00	-60,00	-60,00	-60,00	-60,00	-60,00	-60,00
Verpflegung	-140,00	-140,00	-140,00	-140,00	-140,00	-140,00	-140,00
Soz. Dienste	-228,37	-531,22	-262,09	-258,65	-181,85	-119,34	-263,59
Verbl. Einkommen	473,80	594,80	424,61	828,57	530,17	305,57	526,25

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, verblieb den Bewohnern - die zum Großteil aus Geriatrieeinrichtungen des WKAV zugezogen waren - ein Betrag, der im Durchschnitt bei rd. 530,- EUR lag, zur Abdeckung der übrigen Lebenshaltungskosten. Anzumerken war, dass es sich bei dem Bewohner 2 der obigen Tabelle um einen zum Großteil bettlägerigen Pflegefall handelte, dessen intensivere Betreuung dennoch von der Gemeinschaft mitgetragen wurde.

Der nachfolgenden Tabelle sind die der Stadt Wien mit der Wohnform in Hausgemeinschaften erwachsenden Ausgaben zu entnehmen:

Monatsbeträge 2004	Bew. 1 in EUR	Bew. 2 in EUR	Bew. 3 in EUR	Bew. 4 in EUR	Bew. 5 in EUR	Bew. 6 in EUR	Durchschn. in EUR
Soz. Dienste WS-Apfl	1.265,33	2.883,89	1.804,78	1.388,88	531,73	632,67	1.417,88
Soz. Dienste Einnahmen	-228,37	-531,22	-262,09	-258,65	-181,85	-119,34	-263,59
Soz. Dienste FSW	1.036,96	2.352,67	1.542,69	1.130,23	349,88	513,33	1.154,29
Sozialhilfe MA 15	-	56,05	161,20	-	-	45,14	43,73
Kosten Stadt Wien	1.036,96	2.408,72	1.703,89	1.130,23	349,88	558,47	1.198,03

Um den Unterschied zur bisherigen Unterbringung in stationären Geriatrieeinrichtungen des WKAV darzustellen, wurde seitens des Kontrollamtes eine fiktive Vergleichsrechnung angestellt. Diese zeigte zunächst, dass den sechs genannten Bewohnern, wären sie in einer konventionellen stationären Einrichtung untergebracht, weniger Einkommen,

nämlich durchschnittlich lediglich rd. 340,-- EUR pro Monat verbleiben würden. Dem WKAV und dem FSW wären unter Berücksichtigung der Eigenleistungen der Bewohner durchschnittlich rd. 4.100,-- EUR pro Monat und Bewohner an Ausgaben erwachsen. Demgegenüber beliefen sich - wie der vorangegangenen Tabelle zu entnehmen ist - die Ausgaben für die Stadt Wien bei Unterbringung eines Pflegebedürftigen in einer Wohngemeinschaft auf rd. 1.200,-- EUR pro Monat, woraus sich ergab, dass diese Unterbringungsform nicht nur für die infrage kommenden Pflegebedürftigen, sondern auch für die Stadt Wien eine wirtschaftlich attraktive Alternative darstellt.

Diese kostengünstige Betreuungsform enthielt aus der Sicht des Kontrollamtes noch weiteres nicht unbeträchtliches Ausbaupotenzial, wobei jedoch bedacht werden musste, dass das Funktionieren dieser Wohnform jedenfalls von einem ausgewogenen Verhältnis der sozialen Integration sowie der Betreuungsintensität abhängt.

9.3.2 SeniorInnenwohnhäuser

Auf Grund einer langjährigen Gepflogenheit werden Menschen mit so genannter sozialer Indikation - dabei handelt es sich z.B. um Nichtsesshafte, Alkohol- oder Drogenabhängige, straffällige Personen, Menschen mit psychiatrischen Grunderkrankungen oder infektiösen Erkrankungen bzw. um äußerst unangepasste Personen - in städtischen Pflegeheimen aufgenommen, obwohl sie keinen oder nur geringen Pflegebedarf aufweisen. Zum Zeitpunkt der Prüfung durch das Kontrollamt handelte es sich dabei - gemäß den Angaben des FSW und des WKAV - um 364 Personen (s. Pkt. 10.4.2 des vorliegenden Berichtes). Da auch in den Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe zum Zeitpunkt der Einschau etwa 300 Personen untergebracht waren, die nicht mehr in eigene unbetreute Wohnungen abgesiedelt werden können, wurde vom Fachbereich Wohnen des FSW das Modell "SeniorInnenwohnhaus" weiterentwickelt, das die Zusammenführung sowohl der genannten Bewohner von Geriatrie- als auch von Wohnungsloseneinrichtungen in neu zu schaffende Wohneinheiten vorsieht. Damit werden den Bewohnern ein weitestgehend selbstständiges Wohnen in möblierten Kleinwohnungen, aber auch Unterstützungshilfen durch Fachpersonal bei der

- täglichen Lebensführung (wie etwa Haushaltsführung, Geldverwaltung),

- individuellen Basisversorgung (Ernährung, Körperpflege),
- Gestaltung sozialer Beziehungen,
- Gesundheitsförderung und -erhaltung,
- Freizeitgestaltung bzw. Tagesstrukturierung und
- der emotionalen und psychischen Stabilisierung (Krisenbewältigung) angeboten.

Zum Zeitpunkt der Prüfung durch das Kontrollamt war das Projekt SeniorInnenwohnhäuser - es sollen bis zum Jahr 2009 etwa 700 bis 1.000 Dauerwohnplätze geschaffen werden - bereits in der Umsetzungsphase, wobei Mitte des Jahres 2006 die ersten 550 Übersiedlungen mit einem namhaften Anteil an Bewohnern von Geriatrieeinrichtungen des WKAV, nämlich im Verhältnis 2 : 1 zu Bewohnern aus Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, erfolgen sollen. Diese Vorgangsweise deckte sich auch mit einer vom Kontrollamt bereits in einem Bericht - s. TB 2004 - FSW, Prüfung der Versorgung von Wohnungslosen - getroffenen Einschätzung, wonach die in Rede stehende Wohnform auch für Bewohner von Geriatrieeinrichtungen mit sozialer Indikation zweckmäßig und wirtschaftlich sei.

Die Finanzierung sowohl der Errichtungs- als auch der laufenden Betriebskosten der SeniorInnenwohnhäuser wird auf eine andere Weise als bei den Seniorenwohngemeinschaften erfolgen, nämlich mittels der Leistung von Tagsätzen an die zum Betrieb beauftragten Trägerorganisationen. Dem Konzept des FSW zufolge würde ein Betreuungstag mit etwa 25,-- EUR verrechnet werden, was Monatskosten von rd. 763,-- EUR je Platz entspräche.

Von den Klienten wird aus ihrem Einkommen, das unter Umständen auch aus Mitteln der Sozialhilfe stammen kann, an die Trägerorganisationen ein - je nach Wohnungsgröße und Ausstattung - unterschiedlich hoher, monatlicher Nutzungsbeitrag, der sich zwischen rd. 150,-- EUR und rd. 250,-- EUR bewegt, zu entrichten sein.

9.4 Feststellungen des Kontrollamtes

9.4.1 Insbesondere unter Berücksichtigung von Vorgaben der in Abschnitt 4 beschriebenen Programme der gemeinderätlichen Geriatriekommission, nämlich "Hilfe im Ho-

hen Alter" und "Lebenswertes Altern in Wien - aktiv und selbstbestimmt", war festzustellen, dass nicht generell vom Fehlen alternativer Betreuungseinrichtungen für Spitals- und Pflegepatienten gesprochen werden kann.

Die flächendeckende Versorgung Wiens mit GSZ in Verbindung mit dem umfangreichen Angebot an sozialen Diensten stellte weit gehend sicher, dass jene Klienten, für die eine Möglichkeit der Betreuung zu Hause besteht, diese auch erhalten.

Der Forderung des Programms "Hilfe im Hohen Alter", die Hauskrankenpflege auszubauen, wurde insofern nachgekommen, als deren Kapazität im Betrachtungszeitraum - jedoch als sozialer Dienst und nicht als ASVG-Leistung - verdoppelt wurde.

Auch im Bereich der GTZ stellte sich - wie die Auslastung der Einrichtungen zeigte - die Versorgung mit derartigen Einrichtungen als gesichert dar, wobei jedoch in Spezialbereichen, wie z.B. für Alzheimer- oder Schlaganfallpatienten, vor allem wegen der zu erwartenden Zunahme an demenziellen Erkrankungen mit einer Steigerung des Bedarfs gerechnet werden muss.

9.4.2 Da im Strategiekonzept für die Betreuung älterer Menschen aus dem Jahr 2004 vorgesehen ist, Personen die einer dauernden stationären Betreuung bedürfen, vor deren Aufnahme in eine solche Einrichtung einer verpflichtenden Rehabilitation zu unterziehen, wäre auch das Angebot an teilstationären Rehabilitationseinrichtungen deutlich zu erhöhen, da die derzeitigen Kapazitäten nicht ausreichen.

9.4.3 Hingegen stand eine ausreichende Anzahl an betreuten Seniorenwohngemeinschaften weder im Hinblick auf die bereits im Jahr 1993 vorgesehene Menge, noch bezüglich des nach Ansicht des Kontrollamtes bestehenden Bedarfs zur Verfügung. Dem Ausbau dieser alternativen Wohnform für betagte und pflegebedürftige Menschen sollte daher künftig erhöhtes Augenmerk geschenkt werden. Es wurde aber von den Organisationen, die derartige Wohngemeinschaften führen, beklagt, dass geeignete Wohnungen sehr schwer zu erhalten und auch die diesbezüglichen Verfahren hinsichtlich des Zeitablaufs schwer zu koordinieren seien. Es wurde dem FSW daher empfohlen, in

Absprache mit den Anbieterorganisationen bzw. dem Dachverband ein Konzept zur Errichtung, Finanzierung und weiteren Ausbau dieser Betreuungsform in Kooperation mit der Unternehmung Stadt Wien - Wiener Wohnen sowie anderen - vorwiegend gemeinnützigen - Wohnbauträgern zu entwickeln.

Dokumentationen aus Deutschland zur Verbesserung der Situation von Pflegebedürftigen war zu entnehmen, dass ähnliche Wohngemeinschaften für die Unterbringung demenziell erkrankter Menschen an Bedeutung gewinnen, allerdings mit verstärkter Personalausstattung, wie dies in Wohngemeinschaften für Menschen mit besonderen Bedürfnissen (Behinderte) durchaus üblich ist. Inwieweit ein derartiger Bedarf in Wien besteht, sollte nach Ansicht des Kontrollamtes überprüft werden; darüber hinaus wird ein individuelles Betreuungskonzept zu entwickeln sein, das entsprechend dem unterschiedlichen Krankheitsstadium bzw. -verlauf sowohl Tagesstruktur als auch Wohnbetreuung - etwa in den erwähnten Wohngruppen - anbietet.

9.4.4 Im Betrachtungszeitraum war auch ein Mangel an Plätzen für Personen mit sozialer Indikation gegeben. Durch die Schaffung weiterer SeniorInnenwohnhäuser, die auch für die Unterbringung derartiger Personen, die bisher in Geriatrieeinrichtungen lebten, vorgesehen sind, ist jedoch in den kommenden Jahren mit einer deutlichen Verbesserung der aktuellen Situation zu rechnen. Dabei sollte auch - wie das Kontrollamt bereits in seinem Bericht FSW, Prüfung der Versorgung von Wohnungslosen (s. TB 2004), empfohlen hat - insbesondere auf im WKAV bestehende Wohnraumressourcen (z.B. freie Personalwohnungen) zurückgegriffen werden.

9.4.5 Abschließend war festzustellen, dass - wie auch die in Abschnitt 6 dargestellte, 105 Personen umfassende Stichprobe zeigte - die geschilderten alternativen Arten der Betreuung für Proc-F nur in beschränktem Ausmaß als geeignete Form der Pflege qualifiziert werden konnten. Allerdings wäre durch ein entsprechendes Angebot im alternativen Sektor, speziell im Segment des betreuten Wohnens, insgesamt eine Entlastung des traditionellen stationären Sektors zu erzielen, wodurch eine raschere Aufnahme von jenen Patienten, die nicht mittels anderer Betreuungsformen gepflegt werden können, in ein städtisches oder privat geführtes Heim möglich scheint.

10. Bewohner mit niedrigen Pflegegeldstufen in Geriatrieeinrichtungen des WKAV

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehenden Punkt des Prüfersuchens eingegangen:

Punkt 7: *Derzeit sind die städtischen Geriatriezentren, insbesondere das GZ Am Wienerwald, mit zahlreichen Pflegepatienten belegt, welche keine oder eine sehr niedrige (0, 1, 2) Pflegegeldeinstufung aufweisen. So waren beispielsweise Ende 2002 von insgesamt 5.494 Patienten rund 2,9 % ohne Pflegegeldeinstufung, 2,8 % mit Pflegegeldstufe 0, 1,8 % mit Pflegegeldstufe 1 und 12,6 % mit Pflegegeldstufe 2 eingestuft.*

Punkt 7a: *Es ist diesbezüglich zu hinterfragen, ob diese Pflegepatienten die Pflege in den sehr kostenintensiven Pflegebetten, verbunden mit der auf Pflegepatienten mit einer höheren Pflegegeldeinstufung abgestellten Betreuung, in dieser Form benötigen.*

Teil des Punktes 7b: *Es ist zu überprüfen, inwieweit diese Pflegepatienten, vielfach obdachlose und demente Patienten, nicht in anderen geeigneteren Pflegeeinrichtungen (geriatriische Tageszentren, Pensionistenwohnhäuser, mobile Betreuung, etc.) betreut werden können.*

Punkt 7c: *Weiters möge überprüft werden, welche Mehrkosten aus diesem Grund für die Stadt Wien als Träger anfallen (aufgeschlüsselt auf die Jahre 2000, 2001, 2002, 2003, 2004).*

10.1 Pflegebedürftigkeit und Pflegegeld

Eine Analyse des Kontrollamtes hinsichtlich der Zweckmäßigkeit der Unterbringung von Bewohnern mit niedrigen oder keinen Pflegegeldstufen in den kostenintensiven Pflegebetten der Geriatrieeinrichtungen des WKAV zeigte zunächst, dass die Pflegegeldstufen nicht als einziges Kriterium für die Pflegebedürftigkeit herangezogen werden können, da sie nicht immer die tatsächliche Pflegebedürftigkeit der Bewohner widerspiegeln.

Als systembedingter Grund für eine mögliche Abweichung ist auf die zeitliche Kompo-

nente des Verfahrenslaufs zu verweisen. Die Gewährung von Pflegegeld basiert grundsätzlich auf einem Antrag des Pflegebedürftigen. Der Pflegebedarf wird auf Grund eines ärztlichen Sachverständigengutachtens festgestellt, worauf dann mit Bescheid eine bestimmte Pflegegeldstufe zuerkannt wird. Zwischen Antragstellung und bescheidmäßiger Erledigung liegt im Allgemeinen ein Zeitraum von mehreren Monaten, wobei das Pflegegeld rückwirkend mit Beginn des auf die Antragstellung folgenden Monats gewährt wird.

Eine Stichtagsauswertung über die Pflegegeldeinstufungen gibt somit Auskunft über die bescheidmäßig zuerkannten Pflegegeldstufen. Die Zeitverzögerung bis zur Zuerkennung einer Pflegegeldeinstufung wurde als eine der Ursachen der Abweichungen zwischen der gewährten Pflegegeldstufe und dem tatsächlichen Pflegebedarf festgestellt.

In der Praxis ist für die Aufnahme in eine Geriatrieeinrichtung des WKAV zum Unterschied von privaten Pflegeheimen der tatsächliche Pflegebedarf entscheidend. Dies unabhängig davon, ob die entsprechende Pflegegeldstufe bereits bescheidmäßig zuerkannt wurde oder nicht. Es kommt vor allem bei Sofortaufnahmen immer wieder vor, dass Bewohner ohne Pflegegeldstufe bzw. mit niedrigen Pflegegeldstufen aufgenommen werden und der Antrag auf eine dem tatsächlichen Pflegebedarf entsprechende Pflegegeldstufe erst im Zuge der Aufnahme in eine Geriatrieeinrichtung des WKAV gestellt wird.

Ein weiterer systembedingter Grund einer möglichen Abweichung zwischen dem durch eine gesetzliche Pflegegeldstufe zuerkannten Pflegebedarf und dem tatsächlichen Pflegebedarf liegt auch daran, dass die Sachverständigen im Verfahren zur Pflegegeldgewährung an die Regelungen zur Ermittlung des Pflegebedarfs in den Pflegegeldgesetzen bzw. in den Einstufungsverordnungen gebunden sind.

Pflegegeld gebührt, wenn auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung ein ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf vorliegt und voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Es hat den Zweck, einen Teil der pflegebedingten Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um

pflegebedürftigen Personen so weit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern. Unter Betreuung sind alle in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, ohne die der Pflegebedürftige der Verwahrlosung ausgesetzt wäre (z.B. An- und Auskleiden, Verrichtung der Notdurft etc.). Unter Hilfe sind aufschiebbare Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind (z.B. Reinigung der Wohnung, Mobilitätshilfe im weiteren Sinn etc.).

Der Pflegebedarf wird - je nach dem hierfür erforderlichen Zeitaufwand - in sieben Pflegegeldstufen abgebildet, wobei die Pflegegeldeinstufungen 5 bis 7 einen Zeitaufwand von jeweils über 180 Stunden pro Monat und darüber hinaus im Gesetz näher definierte Voraussetzungen vorsehen. So ist z.B. für die Zuerkennung der Stufe 6 Voraussetzung, dass über den Zeitaufwand hinaus zusätzlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen regelmäßig während des Tages oder der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist. Im Lauf der Jahre seit der Einführung des Pflegegeldgesetzes zeigte sich, dass die Einteilung des Pflegebedarfes nach den sieben Pflegegeldstufen lt. Pflegegeldgesetz manche körperlichen Defizite verstärkt berücksichtigt, anderen Defiziten (vor allem psychische Defizite auf Grund einer demenziellen Erkrankung) aber offensichtlich zu wenig Raum widmet. Es kommt daher häufig vor, dass Bewohner mit niedrigen Pflegegeldeinstufungen einen tatsächlichen Pflegeaufwand erfordern, der z.T. weit über der zuerkannten Pflegegeldstufe liegt.

Auf diese Problematik wurde im Übrigen in den vergangenen Jahren von den verschiedensten Stellen hingewiesen. So geht auch aus einer Studie des ÖBIG vom November 2001 "Wiener Pflegeheimplan" hervor, dass die psychische Komponente, welche einen erhöhten Betreuungs- und Beaufsichtigungsaufwand nach sich ziehen kann, in den Pflegegeldgesetzen weit gehend unberücksichtigt bleibt.

Die Begutachtungs- und Einstufungspraxis wurde auch in einem Schreiben des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen an den Hauptverband der

Sozialversicherungsträger thematisiert. So wurde u.a. darauf hingewiesen, dass bei geistig behinderten und psychisch kranken Menschen die festgelegten Richt- und Mindestwerte nicht in allen Fällen zutreffen. Speziell bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen kann es vorkommen, dass massive Schwankungen des Krankheitsbildes im Tages- bzw. Monatsverlauf auftreten. Erfolgt nun die Begutachtung zu einem Zeitpunkt an dem das demenzielle Krankheitsbild unauffällig erscheint, kann dies zu Fehleinstufungen führen. Bei der Ermittlung des konkreten Pflegebedarfs in diesen Fällen seien daher auch die psychisch geistigen Defizite stets zu prüfen.

Schließlich soll nicht unerwähnt bleiben, dass eine Stichtagsauswertung nach Pflegegeldstufen auch aus organisatorischen Gründen nicht immer den tatsächlichen Pflegebedarf widerspiegelt. Auf diese Thematik wird in Abschnitt 11 des gegenständlichen Berichtes näher eingegangen.

10.2 Pflegegeldvorbegutachtungen durch den WKAV

Bereits kurz nach Einführung des Pflegegeldes wurde im Jahr 1994 die ehemalige Direktion Kranken- und Altenpflege der Generaldirektion des WKAV von dem damals ressortverantwortlichen Stadtrat beauftragt, für die Aufnahme eines Bewohners in eine Geriatrieeinrichtung eine Festlegung der Pflegebedürftigkeit mittels eines eigens hierfür erstellten Formulars (SD 5 - Ärztliche Empfehlung zur Beurteilung des Pflegebedarfs nach dem Pflegegeldgesetz) zu erstellen (s. auch Abschnitt 5 des vorliegenden Berichtes). Die händischen Begutachtungsblätter wurden in den Geriatrieeinrichtungen bald durch die zwei automationsunterstützten Systeme "Pflegeaufwandskategorien" und "Reaktivierungsstufen" ersetzt, mittels denen den Bewohnern je nach ihren Fähigkeiten auf physischem und psychischem Gebiet anhand von jeweils sechs Kriterien und fünf Schweregraden bestimmte Pflegeaufwandskategorien zugeordnet wurden. Mit Dienst-anweisung der Generaldirektion des WKAV vom 20. Februar 1996 wurde empfohlen, eines der beiden Systeme künftig zur Voreinstufung für die Erfassung der Pflegegeld-einstufungen im WKAV zu verwenden.

Wie aus der Dienst-anweisung weiters hervorgeht, könne die Pflegegeldvorbegutachtung gegenüber den tatsächlichen Einstufungen nach dem Pflegegeldgesetz diver-

gieren und ersetze nicht die Begutachtung durch die auszahlende Stelle. Sie diene der Erwirkung von dem Pflegeaufwand der Bewohner entsprechenden Pflegegeldeinstufungen und solle auch eine Kontrollmöglichkeit des Pflegeheimes bzw. des Sozialhilfeträgers gegenüber dem Entscheidungsträger (= pflegegeldgewährende Stelle) bei Einstufungen von Bewohnern gewährleisten.

Zwei Jahre später wurde vom WKAV eine Arbeitsgruppe zur Entwicklung eines einzigen Systems für die Pflegegeldvorbegutachtung an Stelle der zwei bisher verwendeten Vorbegutachtungssysteme für die Pflegegeldeinstufung eingerichtet. Als Ergebnis wurde ab dem Jahr 2002 damit begonnen, die oben angeführten Systeme durch das EDV-unterstützte so genannte "Interdisziplinäre Patientendokumentationssystem" (IPS) zu ersetzen. Die flächendeckende Implementierung des IPS in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV wurde im Jahr 2004 abgeschlossen.

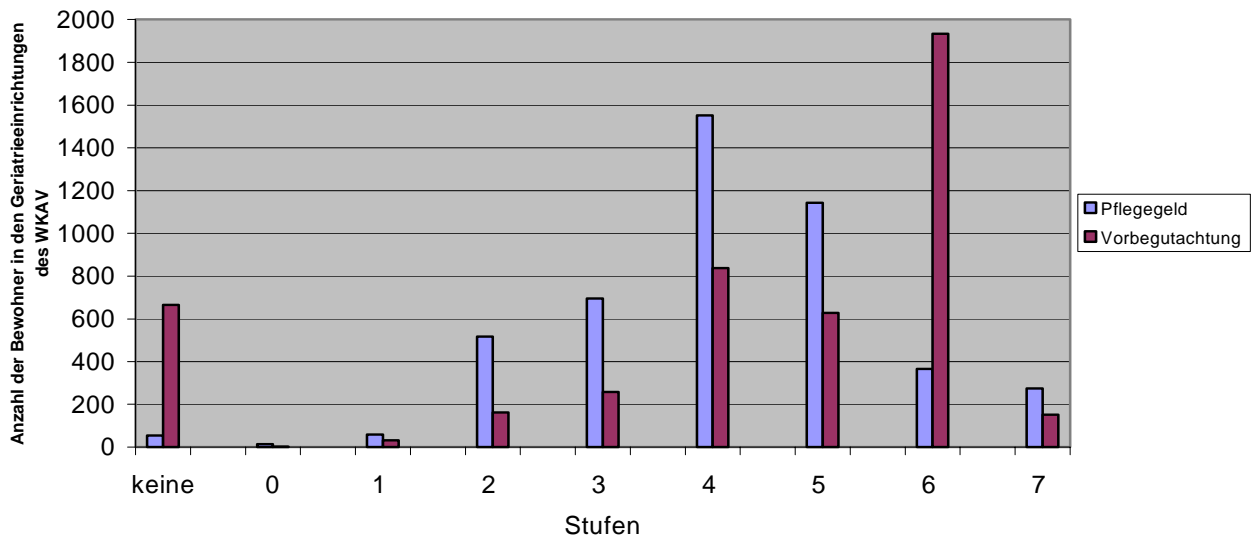
Die Einstufung erfolgt bei der Pflegegeldvorbegutachtung anhand eines detaillierten Auswahlkataloges. Dieser umfasst insgesamt 14 Beurteilungskriterien, wie etwa Ernährung, Körperpflege, medizinisch therapeutische Maßnahmen, Stimmungslage, Gedächtnisleistung, Kooperationsbereitschaft etc., die wieder - wie etwa das Beurteilungskriterium "Ausscheidung" - bis zu 46 weitere Untergliederungen enthalten. Vom ärztlichen und pflegerischen Personal wird damit der für den Bewohner individuelle Pflegebedarf ermittelt. Zum Zeitpunkt der Einschau wurde also im IPS der tatsächliche Pflegebedarf festgestellt, weshalb es immer wieder vorkommen konnte, dass die Einstufungen lt. den Pflegegeldvorbegutachtungen zu jenen nach den Pflegegeldgesetzen abwichen.

10.3 Pflegegeldstufen und Pflegegeldvorbegutachtungseinstufungen der Bewohner

Das Kontrollamt hat in weiterer Folge untersucht, inwieweit der in den Geriatrieeinrichtungen im Zuge der Pflegegeldvorbegutachtung festgestellte Pflegebedarf vom Pflegebedarf der Bewohner nach den Pflegegeldgesetzen abweicht. Während die Einteilung nach Pflegegeldstufen dem so genannten "Data-Warehouse" des WKAV entnommen werden konnte, wurde erstmals im Zuge der Einschau auf Ersuchen des Kontrollamtes seitens des WKAV eine automationsunterstützte Auswertung der Bewohner nach Pflegegeldvorbegutachtungseinstufungen in anonymisierter Form für den Stichtag 31.

Dezember 2004 vorgenommen. Insgesamt waren zu diesem Zeitpunkt 4.670 Bewohner in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV untergebracht. Die Gegenüberstellung der beiden Auswertungen zeigte Folgendes:

Einstufungen lt. Pflegegeldgesetz und Pflegegeldvorbegutachtung



In der grafischen Gegenüberstellung der Pflegegeld- zu den Pflegegeldvorbegutachtungsstufen spiegeln sich die in den Punkten 10.1 und 10.2 dargestellten Ursachen für das Abweichen der gesetzlichen Pflegegeldstufen von den Ergebnissen der Pflegegeldvorbegutachtung wider. Auffällig war z.B., dass zum Stichtag 31. Dezember 2004 nach den Pflegegeldstufen 1.551 Bewohner sich in der Stufe 4 befanden, während nur 838 Bewohner mit dieser Stufe vorbegutachtet waren. Im Gegensatz dazu waren zum selben Zeitpunkt 1.934 Bewohner mit der Stufe 6 vorbegutachtet worden, wobei diese Stufe nur 365 Bewohnern im Rahmen der Pflegegeldeinstufung bescheidmäßig zuerkannt worden war.

Wie aus obiger Grafik weiters ersichtlich ist, wies die automationsunterstützte IPS-Auswertung der Bewohner nach Pflegegeldvorbegutachtungseinstufungen für 666 Bewohner keine Vorbegutachtung auf. Dies war z.B. durch noch nicht vorbegutachtete Neuaufnahmen oder der Tatsache, dass ältere - vor der IPS-Einführung durchgeführte - Pflegegeldvorbegutachtungen nicht im IPS erfasst waren, begründet. Anzumerken war,

dass in obiger Grafik auch 39 Bewohner des Zentrums für Förderpädagogik enthalten sind, die in weiterer Folge aus den Betrachtungen des Kontrollamtes ausgeklammert wurden, da diese nicht unmittelbar dem geriatrischen Bereich zuzuordnen waren.

Die Problematik der Abweichungen beider Einstufungen zeigte sich auch deutlich bei einer stichprobenartigen Einschau auf einer Aufnahmestation im GZ Am Wienerwald. Der Vergleich der Vorbegutachtungsstufe nach der ersten Vorbegutachtung mit der Pflegegeldstufe bei der Aufnahme anhand von elf Bewohnern ergab, dass nur in einem Fall die gesetzlich zuerkannte Pflegegeldstufe mit dem Ergebnis der Vorbegutachtung übereinstimmte. In allen anderen Fällen lag die Pflegegeldstufe deutlich unter der Vorbegutachtungsstufe. So wurde in zwei Fällen eine Abweichung um eine Stufe, in zwei Fällen um zwei Stufen, in zwei Fällen um drei Stufen und in drei Fällen um vier Stufen festgestellt. In einem Fall betrug die Abweichung sogar fünf Stufen, weil der Bewohner bei der Aufnahme überhaupt keine Pflegegeldeinstufung aufwies.

Da der - wie in Abschnitt 10.1 dargestellt - im IPS festgestellte Pflegebedarf die Pflegebedürftigkeit eines Bewohners nach Ansicht des Kontrollamtes genauer widerspiegelt als die zuerkannte Pflegegeldstufe, wurden für weitere Untersuchungen die Vorbegutachtungsdaten herangezogen.

10.4 Gründe für den Aufenthalt von Bewohnern in Geriatrieeinrichtungen des WKAV mit Vorbegutachtungseinstufungen unter der Stufe 3

10.4.1 Untersuchung des Kontrollamtes

10.4.1.1 Um allfällige Fehlbelegungen festzustellen, hat das Kontrollamt die bereits erwähnte IPS-Auswertung der Pflegegeldvorbegutachtungen den Geriatrieeinrichtungen übermittelt. Das ärztliche und pflegerische Personal wurde ersucht, diesen Datenbestand mit der Begründung, die zur Aufnahme in die betreffende Geriatrieeinrichtung führte, zu ergänzen, u.zw. jeweils nur für jene Bewohner, die zum 31. Dezember 2004 entweder keine Pflegegeldvorbegutachtung oder die Pflegegeldvorbegutachtungsstufen 1 oder 2 aufwiesen.

Die übermittelten Datensätze wurden von den Geriatrieeinrichtungen in einem ersten Schritt hinsichtlich der 666 Bewohner ohne IPS-Vorbegutachtungsdaten zum 31. De-

zember 2004 nachträglich ergänzt. So wurden z.B. Vorbegutachtungsdaten aus der Zeit vor der IPS-Einführung und im Jahr 2005 zum Teil während der Einschau des Kontrollamtes durchgeführte Vorbegutachtungen hinzugefügt. Damit konnte primär die Zahl der Bewohner ohne Pflegegeldvorbegutachtungsstufe erheblich reduziert werden, wodurch letztlich zusammen mit den Pflegegeldvorbegutachtungen der Stufe 1 und 2 insgesamt 419 Bewohner (d.s. 9 % aller Bewohner) für die weiteren Betrachtungen verblieben.

10.4.1.2 In vielen Fällen wurden mehrere Ursachen für den Aufenthalt in der betreffenden Geriatrieeinrichtung angeführt, wodurch sich eine exakte Auswertung bzw. Zuordnung der Gründe, die zur Aufnahme in ein Pflegeheim geführt hatten, schwierig gestaltete. Oftmals wurde nämlich bei ein und demselben Bewohner Alkoholabhängigkeit, psychische Faktoren, Wohnungsverlust und Verwahrlosungsgefahr ins Treffen geführt und konnten daher bei der Analyse des Kontrollamtes nicht isoliert von einander betrachtet werden, weshalb es sich als zweckmäßig erwies, die angegebenen Begründungen in drei Gruppen zusammenzufassen. Bei diesen handelte es sich um Bewohner

- mit psychischen und/oder sozialen Indikationen,
- die nicht vorbegutachtet worden waren und
- die eine Pflegegeldstufe über 2, aber eine Vorbegutachtungsstufe unter 3 aufwiesen.

10.4.1.3 Insgesamt 226 Bewohner oder rd. 54 % von den oben angeführten 419 Bewohnern, die keine oder eine Pflegegeldvorbegutachtungsstufe unter 3 aufwiesen, waren der Gruppe mit psychischen und/oder sozialen Indikationen zuzuordnen. Hierbei handelte es sich größtenteils um Menschen, die auf Grund von Obdachlosigkeit und/oder psychischen bzw. medizinischen Indikationen in den Geriatrieeinrichtungen wohnten. Die übrigen Bewohner dieser Gruppe waren aufgenommen worden, weil die bisherige Betreuungsperson verstorben oder selbst pflegebedürftig geworden war, akute Verwahrlosungsgefahr bestand oder auch alleiniges Wohnen vom Bewohner abgelehnt wurde. Schließlich war noch auf jene Bewohner zu verweisen, die sich bereits seit Jahrzehnten in einer Geriatrieeinrichtung des WKAV befanden und vielfach als "hospitalisiert" zu betrachten waren.

10.4.1.4 Von den 419 Bewohnern waren 107 (d.s. rd. 26 %) nicht vorbegutachtet worden. Ursachen hierfür waren vor allem organisatorische Gründe, wie z.B. unmittelbar vor dem Stichtag erfolgte Neuaufnahmen, fehlende Videnden nach durchgeführten Vorbegutachtungen, unterbliebene Pflegegeldvorbegutachtungen bei Urlaubsbetreuungen sowie sonstige, von den jeweiligen Geriatrieeinrichtungen nicht näher bezeichnete Gründe.

10.4.1.5 Schließlich war vom Kontrollamt erhoben worden, dass 86 Bewohner (d.s. rd. 20 %) entweder keine Vorbegutachtungsstufe oder die Vorbegutachtungsstufen 1 oder 2 aufwiesen, obwohl bei der Einstufung nach dem Bundespflegegeldgesetz diesen Pflegegeld mit einer höheren Stufe als 2 zuerkannt worden war. Diese Gruppe erfüllte daher grundsätzlich das formelle Kriterium eines Pflegebedarfs der Pflegegeldstufe 3 für die Aufnahme in eine Geriatrieeinrichtung des WKAV. Die gewährte Pflegegeldstufe lag in den meisten Fällen bei der Stufe 3, wobei in einem Fall die Pflegegeldstufe von der Vorbegutachtung sogar um drei Stufen abwich. Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit der Bewohner wurde also durch das ärztliche und pflegerische Personal niedriger beurteilt, als die Pflegegeldgesetze im Pflegegeldverfahren in diesen Fällen an Pflegebedarf zuerkannten.

10.4.2 Untersuchung des WKAV/FSW

Weiters zeigte sich im Zuge der gegenständlichen Einschau, dass auch vom WKAV und dem FSW mögliche Fehlbelegungen in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV bereits thematisiert worden waren, weshalb sie gemeinsam im Zeitraum Mai bis November 2004 im Rahmen einer Arbeitsgruppe "Zentrales assessment" eine Vollerhebung in den Geriatrieeinrichtungen durchgeführt hatten, um zu überprüfen, welche Bewohner in alternativen Einrichtungen untergebracht werden könnten. Im Zuge dieser Untersuchung wurden die Geriatrieeinrichtungen von der genannten Arbeitsgruppe ersucht, über einen Zeitraum von 14 Tagen im Oktober 2004 alle Bewohner zu eruiieren, die weitgehend mobil seien und in der Geriatrieeinrichtung wegen

- Wohnungslosigkeit,
- psychischen Auffälligkeiten (Alkoholismus, ehemalige psychiatrische Erkrankung),

- geistiger Behinderung,
- Drogenabhängigkeit oder
- Demenzerkrankung in Folge von Alkoholmissbrauchs untergebracht waren.

Wie dem Protokoll der Arbeitsgruppe zu entnehmen war, waren im Oktober 2004 in den Geriatrieeinrichtungen insgesamt 364 Bewohner untergebracht, die gemäß diesen Kriterien nicht unmittelbar die Zielgruppe einer derartigen Anstalt bildeten.

10.5 Mehrkosten durch nicht bedarfsgerechte Belegungen

Das Kontrollamt hat sich in weiterer Folge mit der in Punkt 7c des Prüfersuchens gestellten Frage nach den Mehrkosten auf Grund von nicht bedarfsgerechten Belegungen in den geriatrischen Einrichtungen auseinander gesetzt.

Einleitend war anzumerken, dass eine exakte Kostenvergleichsrechnung im Allgemeinen eine methodische Angleichung der im Rahmen der Kostenrechnung erarbeiteten Datengrundlagen aller in den Kostenvergleich einbezogenen Einrichtungen voraussetzt. Während die Geriatrieeinrichtungen des WKAV seit dem Jahr 2001 über ein einheitliches Kostenrechnungssystem verfügten, bestand bei den zahlreichen privaten Anbietern von Pflege- und Betreuungsleistungen eine solche methodische Übereinstimmung nicht. Die Ermittlung der durch Fehlbelegungen in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV verursachten Mehrkosten wurde daher in Form einer Bandbreite von Näherungswerten vorgenommen. Weiters war es notwendig, den Berechnungen neben den verfügbaren Grundlagen eine Reihe von Annahmen zu Grunde zu legen.

So wurde bei den Berechnungen davon ausgegangen, dass alternative geeignetere Unterbringungsformen in ausreichendem Ausmaß vorhanden seien, wobei - wie bereits in Abschnitt 9 des vorliegenden Berichtes ausgeführt wurde - die erforderlichen Plätze im Betrachtungszeitraum 2000 bis 2004 zum überwiegenden Teil noch nicht zur Verfügung standen.

Zur Bestimmung des Ausmaßes der Mehrkosten wurden einerseits die vom Kontrollamt erhobenen 226 Bewohner als Untergrenze und andererseits die vom WKAV und FSW

ermittelten 364 Bewohner als Obergrenze der in den städtischen Geriatrieeinrichtungen festgestellten nicht bedarfsgerechten Belegungen herangezogen. Da in diesen Erhebungen Obdachlosigkeit und psychische Indikationen am häufigsten als Begründungen für die Aufnahme in eine Geriatrieeinrichtung des WKAV aufschienen, wurden vom Kontrollamt - wie auch von der Arbeitsgruppe "Zentrales assessment" - so genannte SeniorInnenwohnhäuser als eine geeignete Unterbringungsform für alle diese Bewohner angenommen (s. Pkt. 9.3.2 des vorliegenden Berichtes).

Weiters wurden vom Kontrollamt für seine Berechnungen bezüglich der alternativen Unterbringungsform SeniorInnenwohnhäuser die im Jahr 2004 vom FSW bezahlten Monatssätze - unter der Annahme, dass diese die Kostenstruktur der privaten Anbieter adäquat abbilden - verwendet. Der vom Gemeinderatsausschuss bewilligte Monatssatz für derartige Einrichtungen belief sich für das gegenständliche Jahr auf rd. 397,-- EUR. Den zuletzt eröffneten SeniorInnenwohnhäusern wurden darüber hinaus aber auch Mietzuschüsse gewährt, sodass Monatssätze bis hin zu rd. 723,-- EUR zu verzeichnen waren. Das Kontrollamt ging daher in weiterer Folge von diesem höheren Betrag als Monatsvergleichswert aus.

Schließlich zog das Kontrollamt für die Geriatrieeinrichtungen des WKAV die bereits in Abschnitt 7 dargestellten stationären Kosten eines Belagstages in Höhe von rd. 165,-- EUR für das Jahr 2004 für die Berechnungen der Mehrkosten heran. Umgerechnet auf einen Monatsvergleichswert lagen die Kosten in den angeführten Anstalten bei rd. 5.032,-- EUR.

Auf Basis dieser Annahmen und Grundlagen war für die Berechnung von Mehrkosten weiters entscheidend, wie sich die Nachfrage nach Pflegeplätzen in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV nach der Unterbringung der nicht bedarfsgerechten Belegungen in den alternativen Einrichtungen entwickelt hätte.

Wäre man im Betrachtungszeitraum von einer weiterhin bestehenden Vollauslastung auf Grund der großen Nachfrage nach Pflegeheimplätzen ausgegangen, so hätte man keine Kapazitäten abbauen können und die Kostenstruktur für den Geriatriebereich des

WKAV wäre unverändert geblieben.

Wäre es hingegen auf Grund von ausreichend geschaffenen alternativen Betreuungsangeboten zu einer verminderten Nachfrage gekommen und somit die durch die Vermeidung von Fehlbelegungen freigewordenen Pflegeheimplätze nicht ausgelastet worden, so hätte man diese entsprechend reduzieren können, womit auch eine Kostensenkung in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV grundsätzlich möglich gewesen wäre. Das Kontrollamt verkannte dabei auch nicht die Tatsache, dass sich die festgestellten nicht bedarfsgerechten Belegungen auf viele Stationen über alle diesbezüglichen Anstalten des WKAV verteilten. Eine Kostensenkung wäre daher nur dann möglich, wenn nicht nur punktuell Reduktionen von Bettenkapazitäten, sondern der Abbau ganzer Versorgungseinheiten (z.B. neun Stationen für 226 Bewohner) bewerkstelligt hätte werden können.

Unter Zugrundelegung aller dieser Prämissen errechnete das Kontrollamt für die 226 bzw. 364 größtenteils wegen Wohnungslosigkeit und/oder psychischer Auffälligkeit in den Geriatrieeinrichtungen untergebrachten Bewohnern Kosten von 13,65 Mio.EUR bzw. 21,98 Mio.EUR, denen die zusätzlichen Kosten für die alternativen Unterbringungsformen in der Höhe von 1,96 Mio.EUR bzw. 3,16 Mio.EUR gegenüberzustellen waren. Nach Saldierung der angenommenen Einsparungen in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV und den zusätzlichen Kosten für alternative Unterbringungsformen errechnen sich bei 226 Bewohnern rd. 11,69 Mio.EUR bzw. bei 364 Bewohnern rd. 18,82 Mio.EUR an möglichen Mehrkosten, die der Stadt Wien durch nicht bedarfsgerechte Belegungen im Jahr 2004 theoretisch entstanden waren. Diese Beträge berücksichtigten allerdings nicht die mögliche individuelle Inanspruchnahme von einzelnen sozialen Diensten durch die Pflegebedürftigen, welche die berechneten Mehrkosten für die Stadt Wien naturgemäß beeinflusst hätten.

Im Hinblick auf die geführte Diskussion von weiteren Transferierungen Pflegebedürftiger aus Geriatrieeinrichtungen in eine alternative Versorgung war jedenfalls anzumerken, dass von Mehrkosten in der oben angeführten Höhe keinesfalls ausgegangen werden konnte, da Bewohner mit einem höheren Pflegebedarf auch außerhalb der städtischen

Geriatreeinrichtungen Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen würden, die für die Stadt Wien z.T. mit nicht unerheblichen Kosten verbunden wären.

10.6 Feststellungen des Kontrollamtes

10.6.1 Im Vergleich zu den von der Arbeitsgruppe "Zentrales assessment" des WKAV und des FSW erhobenen 364 Bewohnern der Geriatreeinrichtungen konnten vom Kontrollamt auf Grund der unterschiedlichen Erhebungsmethodik 226 Bewohner mit psychischen oder sozialen Indikationen ermittelt werden, die auf Grund des vom pflegerischen und ärztlichen Personal attestierten Pflegebedarfs als nicht bedarfsgerechte Belegungen zu werten waren. Allerdings hätte es sich auch bei der Gruppe von 86 Bewohnern mit einer Pflegegeldeinstufung über 2, die jeweils eine Vorbegutachtungsstufe unter 3 aufgewiesen haben, um Fehlbelegungen handeln können. In diesen Fällen wäre im Einzelfall zu prüfen gewesen, ob ein Aufenthalt in einer Geriatreeinrichtung des WKAV notwendig war oder ob andere Betreuungsformen eine entsprechende Versorgung gewährleisten hätten können.

Weiters war anzumerken, dass sowohl die Erhebung des Kontrollamtes als auch jene der Arbeitsgruppe "Zentrales assessment" das Jahr 2004 betrafen. Da im Lauf des Betrachtungszeitraumes erste Maßnahmen in die Wege geleitet worden waren, um nicht bedarfsgerechte Belegungen tunlichst zu vermeiden (wie z.B. die Schaffung von Einrichtungen der AG/R sowie alternative Betreuungsformen, wie SeniorInnenwohnhäuser, Seniorenwohngemeinschaften etc.), konnte davon ausgegangen werden, dass in den Jahren 2000 bis 2003 zumindest eine ebenso hohe Anzahl an Bewohnern wie im Jahr 2004 in den Geriatreeinrichtungen des WKAV lebte, da es für diese an geeigneteren Unterbringungsformen mangelte.

10.6.2 Insgesamt war somit im Betrachtungszeitraum festzustellen, dass eine nicht unbedeutende Anzahl von Bewohnern der Geriatreeinrichtungen des WKAV mit sozialer Indikation nicht in diesen hätte leben müssen, wenn für sie geeignete Alternativen zur Verfügung gestanden wären. Wie den Ausführungen des Abschnittes 9 des vorliegenden Berichtes allerdings zu entnehmen ist, sollte Mitte des Jahres 2006 mit den ersten Übersiedlungen einer namhaften Anzahl dieser Bewohner in SeniorInnenwohnhäuser

des FSW zu rechnen sein.

Es kann allerdings nicht davon ausgegangen werden, dass - wie der Formulierung des Punktes 7a des Prüfersuchens entnommen werden kann - die auf den Stationen der Geriatrieeinrichtungen vorgehaltene pflegerische Betreuungskapazität auf Menschen mit einer höheren Pflegegeldeinstufung abgestellt ist, da die Personalbedarfsrechnung des WKAV für den Pflegebereich (dem rd. 60 % der Beschäftigten in den geriatrischen Einrichtungen zuzurechnen sind) grundsätzlich auf den individuell notwendigen Betreuungsaufwand der Pflegebedürftigen basiert. Dies bedeutet, dass sich in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV bei steigendem Pflegebedarf der Bewohner auch die Personalbedarfszahlen im Pflegebereich entsprechend erhöhen, während umgekehrt Bewohner mit geringem Pflegeaufwand auch auf den diesbezüglichen Personalbedarf grundsätzlich dämpfend wirken.

10.6.3 Da die Zahl der nicht bedarfsgerechten Belegungen durch Bewohner mit psychischer und/oder sozialer Indikation im gesamten Betrachtungszeitraum zumindest mit der Anzahl des Jahres 2004 bemessen werden kann, können die Berechnungsergebnisse für das Jahr 2004 auch auf die übrigen Jahre des Betrachtungszeitraumes ausgedehnt werden. Es musste jedoch betont werden, dass sich die auf einen als Fehlbelegung qualifizierten Bewohner in städtischen Geriatrieeinrichtungen bezogenen Kosten der Stadt Wien bei künftigen Transferierungen von Bewohnern mit anderen als den oben angeführten Indikationen in alternative Betreuungseinrichtungen naturgemäß verringern würden.

Um einen exakten Kostenvergleich zwischen den verschiedensten bestehenden Betreuungsformen für Pflegebedürftige vornehmen zu können, wäre jedenfalls eine organisationsübergreifende einheitlich angewandte Methode der Kostenrechnung als Voraussetzung für vergleichbare Datengrundlagen erforderlich, auf der basierend Simulationsrechnungen auf der Grundlage von fundierten Annahmen angestellt werden könnten, was nach Ansicht des Kontrollamtes allerdings grundsätzlich dem Aufgabenspektrum der Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement zur Abschätzung von möglichen Einsparungen aber auch Folgekosten für die Stadt Wien bei geplanten

Veränderungen in der Betreuungsstruktur für pflegebedürftige, betagte Menschen zuzuordnen wäre.

11. Pflegegeldeinstufungen

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehenden Punkt des Prüfersuchens eingegangen:

Punkt 8: *Oftmals wird in städtischen Pflegeheimen nur ungenügend darauf Bedacht genommen, die Pflegebedürftigkeit der Pflegepatienten zwecks eventueller Beantragung einer Erhöhung der Pflegegeldeinstufung neu zu prüfen und zu beurteilen.*

Punkt 8a: *Es möge daher überprüft werden, in welchen Zeitabständen und nach welchen Kriterien die in den Geriatriezentren der Stadt Wien betreuten Pflegepatienten hinsichtlich ihrer Pflegebedürftigkeit und der damit verbundenen Pflegegeldeinstufung von Amts wegen untersucht werden.*

Punkt 8b: *In diesem Zusammenhang mögen auch die damit verbundenen Kosten- und Einnahmehauswirkungen (bei Unterlassung amtswegiger Untersuchungen und Antragstellungen auf Erhöhung der Pflegegeldeinstufung) - gegebenenfalls der Einnahmehausfall - überprüft werden (aufgeschlüsselt auf die Jahre 2000, 2001, 2002, 2003, 2004).*

11.1 Überprüfung der Pflegegeldeinstufungen der Bewohner der Geriatrieeinrichtungen des WKAV

11.1.1 Pflegegeldvorbegutachtung

Da das Pflegegeld sowohl für den Patienten als auch in den Fällen des Anspruchsüberganges für die Stadt Wien als subsidiärer Kostenträger der Pflegeleistungen eine finanzielle Entlastung darstellt, wurde für die Bewohner der Geriatrieeinrichtungen des WKAV ein Verfahrensablauf festgelegt, der eine zeitgerechte Beantragung und die richtige Höhe der Pflegegeldstufe gewährleisten soll.

Wesentlicher Teil dieses Verfahrens ist die bereits unter Pkt. 10.2 dieses Berichtes angeführte Pflegegeldvorbegutachtung, die vom ärztlichen und pflegerischen Personal

direkt auf den Stationen verpflichtend vorzunehmen ist. Eine Pflegegeldvorbegutachtung ist bei Neuaufnahme eines Bewohners, danach laufend alle sechs Monate und bei besonderen Veränderungen des Pflegebedarfs durchzuführen. Für die Pflegegeldvorbegutachtung gelangte zum Zeitpunkt der Einschau in den Geriatrieeinrichtungen das bereits erwähnte elektronische System IPS zur Anwendung.

Das Ergebnis der Pflegegeldvorbegutachtung wird in zweifacher Ausfertigung im Wege der für die jeweilige Einrichtung zuständigen Abteilung "Finanz und Patientenservice" an eine zentrale Verrechnungsstelle weitergeleitet. Diese seit Juli 2004 dem FSW organisatorisch zugeordnete Stelle "Verrechnung städtische und private Heime" überprüft, ob die Pflegegeldvorbegutachtungseinstufung mit der zuerkannten Pflegegeldstufe übereinstimmt und gibt das Ergebnis der Vorbegutachtung in das elektronische Patienten- und Aufenthaltsadministrationssystem "SPHINX" ein. Liegt keine Pflegegeldeinstufung vor oder weicht sie von der Pflegegeldvorbegutachtung ab, so wird ein vom FSW vorausgefüllter Antrag auf Pflegegeld bzw. auf Erhöhung an das Pflegeheim zur Unterschriftsleistung durch den betreffenden Bewohner übermittelt. Anträge auf Zuerkennung oder Erhöhung des Pflegegeldes erfolgten im Betrachtungszeitraum in den meisten Fällen durch den Anspruchswerber selbst, weiters auch durch seinen gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreter oder durch seinen Sachwalter. Die unterfertigten Pflegegeldanträge werden anschließend an die pflegegeldgewährenden Stellen zur Erledigung weitergeleitet. Die zuerkannte Pflegestufe wird dem Bewohner und in Abschrift dem FSW in Form eines Bescheides zugestellt und von Letzterem im EDV-System SPHINX erfasst.

Liegt die infolge eines Antrages zuerkannte Pflegegeldstufe unter der Pflegegeldvorbegutachtungsstufe, so werden vom FSW in der für die jeweilige Begutachtung zuständigen Geriatrieeinrichtung Erkundigungen über die weitere Vorgangsweise eingeholt. Mittels eines Vordruckes informieren ein leitender Arzt gemeinsam mit einer DGKP der betroffenen Einrichtung den FSW, ob die Entscheidung der pflegegeldauszahlenden Stelle akzeptiert wird oder eine Klage beim Arbeits- und Sozialgericht aussichtsreich erscheint. Im letzteren Fall ist dem Fonds weiters mitzuteilen, ob der Pflegepatient orien-

tiert und daher in der Lage ist, die Klage selbst zu führen oder die Bestellung eines einstweiligen Sachwalters erforderlich erscheint.

Über die oben dargestellte Handhabung der Pflegegeldvorbegutachtungen lagen in der Verrechnungsstelle des FSW keine schriftlichen Handlungsanleitungen vor, sondern es wurden die bereits außer Kraft getretenen Erlässe des WKAV sinngemäß im FSW weiter angewendet.

11.1.2 Praktische Umsetzung der Pflegegeldvorbegutachtung

Mit der dargestellten Ablauforganisation waren nach Ansicht des Kontrollamtes grundsätzlich die Voraussetzungen dafür geschaffen, jederzeit eine adäquate Pflegegeldeinstufung zu gewährleisten. Im Zuge der Einschau zeigten sich in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV allerdings unterschiedliche Vorgangsweisen hinsichtlich der Pflegegeldadministration, die eine zeitnahe Überprüfung der Pflegegeldeinstufungen auf Angemessenheit erschwerten.

So wurde die Regelung, dass eine Vorbegutachtung alle sechs Monate vorzunehmen ist, von den Mitarbeitern in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV in der Praxis nicht immer eingehalten. Wie die Einschau ergab, war zum Stichtag 31. Dezember 2004 ein nicht unerheblicher Anteil der Vorbegutachtungen älter als sechs Monate. Einheitlich wurde lediglich die Vorbegutachtung im Zuge der Aufnahme neuer Bewohner durchgeführt.

Auch hinsichtlich des nächsten Schrittes der Pflegegeldgebarung, nämlich der Verständigung der nunmehr im FSW angesiedelten Stelle "Verrechnung städtische und private Heime" über die Vorbegutachtungen, waren in der Praxis Unklarheiten gegeben.

Wie die Einschau zeigte, wurden von einigen Häusern sämtliche im IPS vorgenommene Pflegegeldvorbegutachtungen in Papierform mittels Zustelldienst an den FSW weitergeleitet, in anderen nur jene, die zu einer Veränderung der Pflegegeldeinstufung Anlass gaben.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die Vorgehensweise zur Pflegegeldvoreinstufung in den Krankenanstalten und Geriatriezentren des WKAV ist durch den im Kontrollamtsbericht genannten Erlass geregelt. Im Hinblick auf die Ausführungen des Kontrollamtes wird dieser Erlass neuerlich in Erinnerung gerufen werden.

Die Zuerkennung von Fördermitteln des FSW an pflege- und betreuungsbedürftige Personen orientiert sich im Wesentlichen an den Pflegegeldstufen (Bundespflegegeldgesetz). Dies ist den Förderrichtlinien des FSW zu entnehmen, die überarbeitet und seit 20. Dezember 2005 gültig sind. In den spezifischen Förderrichtlinien des FSW ist unter Pkt. 5.5 geregelt, dass der Patient/Bewohner dem FSW seine Einkommenssituation unverzüglich anzuzeigen hat.

Unter Pkt. 5.7 der spezifischen Förderrichtlinien des FSW ist geregelt, dass der Patient/Bewohner verpflichtet ist, selbstständig ordentliche Anträge, insbesondere über die Zuerkennung oder Erhöhung der Pflegegeldstufe, einzubringen.

Die Förderrichtlinien des FSW stellen auch an den Träger neue Anforderungen, die umgesetzt werden müssen. Die Geriatriezentren der TU 4 sehen es auch weiterhin als ihre Aufgabe, den Patienten/Bewohner bei Antragstellungen zu unterstützen.

Anzumerken war auch, dass der Betrachtungszeitraum 2000 bis 2004 von einschneidenden Veränderungen im Organisationsaufbau gekennzeichnet war. So erfolgte seit dem Jahr 2001 ein zweimaliger Zuständigkeitswechsel bezüglich der Verrechnung von Aufenthalten in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV. Mit der am 27. Juni 2001 vom Gemeinderat beschlossenen Änderung der Geschäftseinteilung für den Magistrat der

Stadt Wien wurde die ehemalige "Zentrale Verrechnungsstelle für Pflegeentgelte" im GZ Am Wienerwald (d.i. die nunmehrige "Verrechnung städtische und private Heime" im FSW) vom Zuständigkeitsbereich des WKAV in den Zuständigkeitsbereich der ehemaligen Magistratsabteilung 47 übertragen, blieb aber räumlich im GZ Am Wienerwald. Im Jahr 2004 erfolgte ein neuerlicher Zuständigkeitswechsel, der diesmal auch mit einer räumlichen Verlagerung in den FSW verbunden war. Die Agenden dieser Stelle und auch die handelnden Personen blieben zwar im Wesentlichen gleich, die Veränderungen nahmen jedoch erhebliche Personal- und Zeitressourcen in Anspruch.

11.1.3 Eingesetzte EDV-Systeme

Ebenso wurde im Betrachtungszeitraum das EDV-System "Klientenverwaltungssystem" im FSW in Betrieb genommen, das u.a. auf die Verrechnung von Bewohnern in Geriatrieeinrichtungen zugeschnitten ist. Im selben Zeitraum erfolgte in den Geriatrieeinrichtungen die Implementierung des neuen Patienten- und Aufenthaltsadministrationssystems (SPHINX) zur Erfassung und Administration der Daten der Bewohner der Geriatrieeinrichtungen. Es waren somit zum Zeitpunkt der Prüfung - inklusive dem IPS zur Pflegegeldvorbegutachtung - insgesamt drei EDV-Systeme zur Administration und Verrechnung der Pflegegeldgebarung im Einsatz. In diesem Zusammenhang war auch darauf hinzuweisen, dass zwar einige Grunddaten - wie etwa der Name der Bewohner - vom Administrationssystem SPHINX in das IPS automatisch übernommen wurden, ein weiterer Datenaustausch zwischen diesen beiden EDV-Systemen jedoch nicht erfolgte.

11.2 Ermittlung etwaiger finanzieller Nachteile für die Stadt Wien im Fall nicht adäquater Pflegegeldeinstufungen

Zur Überprüfung eines allfälligen Einnahmenentganges, der dadurch entstanden sein könnte, dass Pflegegeldvorbegutachtungen nicht oder verspätet durchgeführt wurden, wurde vom Kontrollamt eine Stichprobenerhebung über die Praxis der Pflegegeldadministration durchgeführt.

Dazu wurden aus der im Abschnitt 6 angeführten Stichprobe für jene 75 Proc-F, die im Anschluss ihres Aufenthaltes in einer Krankenanstalt in einer Geriatrieeinrichtung der Stadt Wien untergebracht worden waren, die Zeitpunkte der Pflegegeldgewährung, die

zuerkannten Pflegegeldstufen, die Zeitpunkte der Vorbegutachtungen sowie die ausgewiesenen Vorbegutachtungsstufen bis zum Stichtag 31. März 2005 erhoben.

Eine Auswertung zeigte, dass 69 Bewohner bereits vor ihrer Aufnahme in eine Geriatrieeinrichtung des WKAV Bezieher von Pflegegeld waren, da sie dieses entweder schon vor der Aufnahme in eine städtische Krankenanstalt bezogen hatten oder bereits während des Spitalsaufenthalts ein diesbezüglicher Antrag gestellt worden war. In weiteren fünf Fällen verstarben die Bewohner bereits kurz nach der Aufnahme im Pflegeheim, sodass in vier dieser Fälle zwar noch eine Pflegegeldvorbegutachtung durchgeführt wurde, der Antrag auf Gewährung von Pflegegeld jedoch unterblieb; ein Pflegepatient verstarb noch vor der Durchführung einer Pflegegeldvorbegutachtung. In nur einem Fall erfolgte die Gewährung von Pflegegeld nach der Aufnahme in ein Pflegeheim auf Grund der bei der Neuaufnahme obligatorisch durchzuführenden Vorbegutachtung.

Bis zum Stichtag 31. März 2005 wurden für die 75 mittels Stichprobe erfassten Bewohner insgesamt 132 Vorbegutachtungen erhoben. Eine Vorbegutachtung innerhalb eines vertretbaren Zeitraumes nach der Aufnahme wurde bei 51 Bewohnern vorgenommen. Bei 15 Bewohnern folgte diese erst mehrere Monate nach der Aufnahme, neun Bewohner waren überhaupt nicht vorbegutachtet worden. Bei 32 Bewohnern war eine Vorbegutachtung einmal, bei zwölf Bewohnern zweimal, bei 13 Bewohnern dreimal, bei acht Bewohnern viermal und bei einem Bewohner fünfmal durchgeführt worden.

Obwohl im Rahmen der Stichprobenerhebung bei einer insgesamt festgestellten durchschnittlichen Verweildauer in der Pflegeeinrichtung von einem Jahr im Durchschnitt 1,8 Vorbegutachtungen pro Bewohner durchgeführt worden waren, wurden in den einzelnen Fällen bezüglich der Vorbegutachtungspraxis teilweise massive Abweichungen festgestellt. So wurden rd. 20 der 75 betrachteten Fälle deutlich zu selten vorbegutachtet, z.B. nur ein- bis zweimal bei einer Gesamtaufenthaltsdauer von zwei Jahren. Bei 18 Bewohnern wurde überdurchschnittlich oft vorbegutachtet, d.h. bei einem Aufenthalt von drei bis zehn Monaten insgesamt drei- bis fünfmal; die übrigen Bewohner waren im Sinn der bestehenden Richtlinien alle sechs Monate vorbegutachtet worden.

In einem weiteren Prüfungsschritt wurde erhoben, ob allfällige Anträge auf eine Erhöhung der Pflegegeldeinstufung zeitgerecht erfolgt sind.

Hiezu wurden jene 20 Bewohner - d.s. mehr als ein Viertel aller Pflegegeldbezieher aus der Stichprobe, die Bewohner in Geriatrieeinrichtungen des WKAV waren - näher betrachtet, bei denen im untersuchten Zeitraum eine Veränderung bei den Pflegegeldeinstufungen bescheidmäßig erfolgt war. In einem Fall war die Pflegegeldstufe zweimal, in 18 Fällen einmal erhöht worden; bei einem Bewohner war die Pflegegeldstufe herabgesetzt worden.

Während elf Veränderungen auf Anträgen basierten, die bereits zu Hause oder in den Krankenanstalten gestellt worden waren, ließen sich zehn Pflegegeldeinstufungen auf die Pflegegeldvorbegutachtung in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV zurückführen. Von diesen stimmte in fünf Fällen die Vorbegutachtungs- mit der Pflegegeldeinstufung überein; in zwei Fällen war die Vorbegutachtungsstufe sogar geringer als die dann im Pflegegeldverfahren zuerkannte Pflegegeldstufe. In den übrigen drei Fällen wurde bei der Vorbegutachtung eine höhere Pflegestufe attestiert als dann im Pflegegeldverfahren letztlich zuerkannt wurde.

Neben diesen Abweichungen in der Einstufung war in fünf jener zehn Fälle, in denen ein neuer Bescheid infolge der Vorbegutachtung in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV erfolgt war, festzustellen, dass eine höhere Pflegegeldstufe nicht in dem Monat beantragt worden war, in dem die Vorbegutachtung durchgeführt wurde. Die Beantragung einer höheren Pflegegeldstufe erfolgte bei zwei Bewohnern im Folgemonat; bei drei Bewohnern erst zwei Monate nach der Pflegegeldvorbegutachtung.

Das Kontrollamt hat in weiterer Folge für jeden dieser fünf Bewohner die Differenz zwischen dem Betrag auf Grund der neu gewährten Pflegegeldstufe und dem Betrag der bisher gewährten Pflegegeldstufe gebildet und mit der Anzahl jener Monate multipliziert, die zwischen dem Monat der Pflegegeldvorbegutachtung und dem Monat der Pflegegeldgewährung lagen. Anschließend wurden die einzelnen Beträge addiert und die errechnete Summe auf Grund der auf die Stadt Wien übergeleiteten Ansprüche (An-

spruchsübergang) um 20 % vermindert. Der so ermittelte Betrag in Höhe von rd. 2.900,-- EUR wäre der Stadt Wien bei Antragstellung auf Gewährung oder Erhöhung von Pflegegeld im Monat der Vorbegutachtung als Einnahme zugeflossen, wobei das Kontrollamt nicht verkannte, dass derartige Einnahmen bei der oben dargestellten Organisationsstruktur bei Pflegegeldvorbegutachtungen in jenen Fällen, die gegen Ende eines Monats durchgeführt werden, nicht erzielt werden können.

11.3 Feststellungen des Kontrollamtes

11.3.1 Wie in Pkt. 11.1 dargestellt, waren in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV sowie auch seitens des FSW grundsätzlich die Voraussetzungen für die Gewährleistung einer adäquaten Pflegegeldeinstufung gegeben. Allerdings gewann das Kontrollamt den Eindruck, dass ablauforganisatorische Unzulänglichkeiten sowie die in einem kurzen Zeitabstand erfolgten umfangreichen aufbauorganisatorischen Veränderungen im Betrachtungszeitraum zu einer nicht immer optimalen Pflegegeldadministration beitrugen.

Während die Pflegegeldvorbegutachtungen in den Zuständigkeitsbereich der einzelnen Anstalten des WKAV fielen, war zum Zeitpunkt der Prüfung die Verrechnungsstelle im FSW für die auf diesen Pflegegeldvorbegutachtungen aufbauenden Pflegegeldanträgen zuständig. Das Kontrollamt vermisste allerdings Regelungen darüber, wer für die laufende Überprüfung der Vorbegutachtungen auf Vollständigkeit bzw. deren Einlangen beim FSW verantwortlich ist. Mangels entsprechender Koordinations- und Kontrollmechanismen - sowohl auf Seiten des WKAV als auch auf Seiten des FSW - konnte daher zum Zeitpunkt der Prüfung nicht ausgeschlossen werden, dass durch nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführte Vorbegutachtungen bzw. dem FSW nicht zugekommene Vorbegutachtungen Anträge auf Gewährung bzw. Erhöhung einer Pflegegeldstufe letztlich nicht oder zumindest mit Verzögerung gestellt worden sind.

11.3.2 Zu dem EDV-System IPS stellte das Kontrollamt fest, dass dieses grundsätzlich ein taugliches Mittel für die Ermittlung des Pflegebedarfes darstellt. Der ursprüngliche Gedanke der Pflegegeldvorbegutachtung - nämlich die Feststellung oder Überprüfung, ob die Bewohner in den Geriatrieeinrichtungen eine adäquate Pflegegeldeinstufung aufweisen - kann aber nur zum Teil verwirklicht werden. Wie im Abschnitt 10 dargestellt,

wichen nämlich bei einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Bewohnern die Ergebnisse der IPS-Einstufungen von den zuerkannten Pflegegeldeinstufungen zum Teil deutlich ab. Dies war vor allem darauf zurückzuführen, dass das ärztliche und pflegerische Personal in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV eine Bewertung des Pflegebedarfs nicht im Sinn der Pflegegeldgesetze vornahm, sondern den tatsächlich erforderlichen Pflegebedarf - auch im Hinblick auf allfällige Personalbedarfsberechnungen - im IPS abbildete.

Nach Ansicht des Kontrollamtes sollte der Zweck der Pflegegeldvorbegutachtung die möglichst realistische Beurteilung der adäquaten gesetzlichen Pflegegeldstufe sein, wodurch Anträge auf Gewährung oder Erhöhung des Pflegegeldes auf Grund abweichender Pflegegeldvorbegutachtungen weitgehend vermieden werden könnten. Das Kontrollamt begrüßte daher die zum Zeitpunkt der Einschau bereits vom WKAV eingeleiteten Bemühungen, das IPS insofern zu adaptieren, dass künftig die Ergebnisse aus den Pflegegeldvorbegutachtungen die Einstufungen nach den Pflegegeldgesetzen realistisch widerspiegeln. Anzumerken war auch, dass für die Abbildung des tatsächlichen Pflegebedarfes zum Zwecke der Personalbedarfsberechnung ein weiteres im Jahr 2002 eingeführtes automationsunterstütztes System dem WKAV zur Verfügung steht.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Zu den vom Kontrollamt festgestellten Mängeln im EDV-System IPS wird seitens des WKAV berichtet, dass die Adaptierung des Programmes einschließlich der Reduzierung der Inhalte auf die wesentlichen Bestandteile der Pflegegeldvorbegutachtung unter Einbeziehung der Medizin und Pflege nahezu abgeschlossen ist. Das Programm wird voraussichtlich im März 2006 zur Umsetzung freigegeben.

11.3.3 Um eine Aussage über die finanziellen Nachteile der Stadt Wien durch Mängel bei der Administration des Pflegegeldes treffen zu können, wäre es nach der oben angeführten Adaptierung der Beurteilungskriterien bei der Pflegegeldvorbegutachtung erforderlich gewesen, bei jedem in einer Geriatrieeinrichtung des WKAV untergebrachten

Bewohner die Vorbegutachtung mit der jeweiligen PflegegeldEinstufung abzugleichen. Selbst dieses Ergebnis einer derartigen vollständigen Überprüfung wäre jedoch nur bedingt aussagekräftig gewesen. Jene Fälle, bei denen Vorbegutachtungen zum Zweck der Erhöhung des Pflegegeldes unterlassen wurden, hätten sich im Nachhinein allenfalls nur anhand der in Papierform aufliegenden Pflegedokumentation nachvollziehen lassen, was in der Praxis mit einem nicht vertretbaren Aufwand verbunden gewesen wäre. Unbestreitbar war hingegen, dass der Stadt Wien im Betrachtungszeitraum finanzielle Nachteile durch die nicht immer rechtzeitige oder möglicherweise mangelnde Beantragung einer Erhöhung der Pflegegeldstufe für Bewohner in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV entstanden, die allerdings infolge der vorgenannten Gründe insgesamt nicht bezifferbar waren.

11.3.4 Das Kontrollamt empfahl daher, im Rahmen der bereits in Abschnitt 5 dieses Berichtes angeregten Überarbeitung des vom WKAV noch mit der ehemaligen Magistratsabteilung 47 abgeschlossenen Kooperationsübereinkommens auch festzulegen, von wem, in welchen Zeitabständen und in welcher Form Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Pflegegeld zu setzen sind.

Stellungnahme des Fonds Soziales Wien:

In einem neu abzuschließenden Kooperationsübereinkommen wird festgelegt werden, von wem in welchen Zeitabständen und in welcher Form Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Pflegegeld zu setzen sind.

Nach Ansicht des Kontrollamtes wäre es zweckmäßig, künftig die Koordinations- und Kontrollfunktion als wesentlichen Bestandteil der Pflegeentgeltverrechnung im FSW zu integrieren. Diese Funktionen sind im Rahmen der Ermittlung der Beitragsfähigkeit der Bewohner - genauso wie die Feststellung der Pensionshöhe und der sonstigen Vermögensverhältnisse - Bestandteil der Verrechnung und somit eine wichtige Aufgabe der Verrechnungsstelle des FSW, zumal seit der dargestellten Organisationsveränderung nur mehr der FSW über die zur Wahrnehmung dieser Funktionen erforderlichen Datenbestände verfügt. Es wäre allerdings denkbar, diverse Aufgaben an die vom WKAV ge-

fürten Anstalten, wie z.B. die Kontrolle der Einhaltung der vorgesehenen Begutachtungsabstände und die Überprüfung auf Vollständigkeit, zu delegieren.

Von besonderer Bedeutung wäre überdies, die Schnittstellen zwischen den beiden EDV-Systemen IPS und SPHINX durchgehend zu automatisieren, um Mängel bei der Weiterleitung der Ergebnisse der Pflegegeldvorbegutachtung auszuschließen und den diesbezüglichen Aufwand zu minimieren. Weiters wäre EDV-unterstützt über entsprechende Prüfroutinen sicherzustellen, dass eine Vorbegutachtung alle sechs Monate durchgeführt wird.

Wesentlich erschien dem Kontrollamt auch, dass die Zeit zwischen der Pflegegeldvorbegutachtung und der Stellung eines Antrages an die pflegegeldauszahlende Stelle so kurz wie möglich gehalten wird. Wie bereits in Abschnitt 1 dieses Berichtes erwähnt, gebührt das Pflegegeld mit Beginn des auf die Antragstellung folgenden Monats. Der Pflegegeld(erhöhungs)antrag sollte daher tunlichst noch im Monat der Vorbegutachtung gestellt werden. Um den Verfahrensablauf diesbezüglich zu beschleunigen, wäre es weiters überlegenswert, von der vom Gesetzgeber in den Fällen des so genannten Anspruchsüberganges vorgesehenen Möglichkeit der Antragstellung auf Gewährung oder Erhöhung des Pflegegeldes durch den Sozialhilfeträger (vermehrt) Gebrauch zu machen.

12. Schlussbetrachtung

12.1 In dem gegenständlichen Prüfbericht des Kontrollamtes waren im Sinn des ihm zu Grunde liegenden Prüfersuchens zunächst die Entwicklung und der aktuelle Bestand an Proc-F festzustellen.

Während im Betrachtungszeitraum die Zahl der Proc-F in den Krankenanstalten des WKAV von jährlich rd. 1.900 Patienten im Jahr 2000 bis zum Jahr 2004 auf rd. 1.300 Patienten zurückgegangen war, verzeichnete der WKAV bereits im ersten Halbjahr 2005 mehr als 900 derartige Patienten, was - bezogen auf das gesamte Jahr - bei anhaltendem Trend erstmals wieder eine deutliche Steigerung der Proc-F bedeuten würde. Der aktuelle Stand am Ende der Einschau des Kontrollamtes betrug zum Stich-

tag 1. Juli 2005 252 Proc-F in den Einrichtungen des WKAV.

Ungeachtet der Tatsache, dass sich die Zahl der Proc-F im Betrachtungszeitraum rückläufig entwickelt hatte, verlängerte sich jedoch deren Pflegedauer und damit die Wartezeiten auf einen Pflegeplatz. Dies war ursächlich darauf zurückzuführen, dass - obwohl die Zahl der Plätze in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV laufend zurückging - diese Patienten von den Krankenanstalten primär an diese Institutionen vermittelt wurden.

Stellungnahme des Fonds Soziales Wien:

Seitens des FSW wäre es darüber hinaus grundsätzlich zu überlegen, dass Anträge auf "Procuratio" in Hinkunft ausschließlich auf Initiative der zuständigen Sozialversicherung erfolgen. Nach Meinung des FSW sollte es nicht Sache der Krankenanstalt, sondern des Sozialversicherungsträgers sein, entsprechende Antrags- und Entscheidungsschritte nach dem ASVG zu setzen. Sowohl der Stadt Wien als auch jedenfalls der Bevölkerung würde daraus kein Nachteil erwachsen. Der FSW wird infolge des gegenständlichen Kontrollamtsberichtes jedenfalls die Magistratsabteilung 15 und den WKAV zur Klärung dieser Frage zu einem Gespräch einladen.

In diesem Zusammenhang ist wichtig festzuhalten, dass eine erteilte Procuratio nicht automatisch eine Pflegeheimaufnahme mit sich bringen muss. Möglicherweise sind ambulante Dienste ausreichend. Daher ist auch in diesem Fall das geriatrische Assessment notwendig.

12.2 Überdies war das Proc-Management der ressortverantwortlichen StadträtInnen, der Führung des WKAV sowie der KOFÜ der einzelnen Krankenanstalten zu untersuchen.

Der Prüfungszeitraum war von strukturellen Grundsatzentscheidungen mit nachhaltiger Wirkung auf den geriatrischen Bereich gekennzeichnet. Die damit beabsichtigten Neu-

strukturierungen mit allen damit verbundenen Planungen und Konzeptionen können jedoch noch nicht als abgeschlossen gelten. Weiters war die Abstimmung der Umstrukturierung der Sozial-, Pflege- und Behindertenbetreuung mit der weiteren Entwicklung von geriatrischen Krankenpflegekapazitäten im WKAV zwar vorgesehen, erfolgte jedoch auf Grund der zeitlichen Abfolge der beiden Vorhaben nicht. Die Fortschritte von Projekten dieser Dimension wären daher nach Ansicht des Kontrollamtes einer regelmäßigen Evaluierung hinsichtlich des Umsetzungsgrades und der Wirksamkeit zu unterziehen, zumal die Strukturreform 2004 auf eine Verbesserung der Schnittstellenbereiche und den Abbau von Doppelgleisigkeiten abzielte.

Die für das Proc-Management bei ganzheitlicher Sichtweise relevanten Vorgaben aus den politischen Programmen, aus den strategischen Zielerklärungen und aus den grundlegenden Studienergebnissen waren zwar in ausreichendem Ausmaß vorhanden, jedoch war deren Konkretisierung und Umsetzung bis hin zur operativen Ebene der Leistungserbringung zum Zeitpunkt der Einschau erst in Ansätzen erfolgt.

Das Kontrollamt vermisste umfassende Regelungen seitens der Führung des WKAV bezüglich der Vorgangsweise hinsichtlich einer effektiven, patientenorientierten Abwicklung der Proc-F. So hatte sich die Generaldirektion des WKAV im Betrachtungszeitraum erstmals umfassend im Jahr 2004 der Problematik der Proc-F durch Beauftragung einer dahingehenden Studie angenommen, wobei jedoch mögliche Folgewirkungen der ersten diesbezüglichen Umsetzungsschritte noch erwartet werden.

Zum Proc-Management des WKAV erhob das Kontrollamt weiters, dass die im Jahr 1981 eingeschlagene Vorgangsweise, als Grundlage für den von Proc-F zu entrichtenden Kostenbeitrag für deren weiteren Aufenthalt in einer städtischen Krankenanstalt das gegenüber der Pflegegebühr deutlich geringere Pflegeentgelt nur auf Grund eines Ansehens um Aufnahme in eine städtische Pflegeeinrichtung heranzuziehen, trotz veränderter Rahmenbedingungen bis zum Zeitpunkt der Einschau beibehalten worden war. Dies schien sowohl dem laufenden Bettenabbau in GZ des WKAV als auch der politisch gewünschten Forcierung nichtstädtischer Betreuungseinrichtungen für Pflegefälle zu widersprechen.

Von besonderer Bedeutung wäre es nach Ansicht des Kontrollamtes auch, die gemeinsam mit dem FSW für Mitte des Jahres 2004 geplant gewesene zentrale Servicestelle zur Vermittlung von Pflegeheimplätzen rasch einzurichten. Darüber hinaus sollte das vom WKAV noch mit der ehemaligen Magistratsabteilung 47 abgeschlossene Kooperationsübereinkommen dringend überarbeitet werden, da in diesem die Zusammenarbeit bezüglich jenen Patienten, die nach ihrer Spitalsentlassung einer weiterführenden stationären Betreuung bedürfen, praktisch nicht geregelt ist.

Durch einen zügigen Ausbau von Einrichtungen der AG/R im Sinn des WKAP im Zusammenwirken mit einer Verbesserung des Zuganges zu dem nichtstädtischen Pflege- und Betreuungsangebot könnte eine Reihe von Proc-F, die derzeit kein akutergeriatrisches Angebot in Anspruch nehmen können, in diesen betreut werden, womit sich deren Chance auf Rehabilitation grundsätzlich erhöhen würde.

Vielfach wurden bei den Proc-F nicht deren individuelle Möglichkeiten und Bedürfnisse anhand geriatrischer Assessments oder vergleichbarer Instrumentarien erhoben, weshalb - wie die 105 Proc-F umfassende Stichprobe zeigte - nicht in allen Fällen die für sie zweckmäßigste Betreuung nach dem Ende des Krankenhausaufenthaltes gewährleistet erschien. Neben der bereits erwähnten nicht mehr zeitgemäßen Art der Vermittlung der Pflegeplätze war dies ein weiterer Grund für den zuletzt feststellbaren Anstieg der Zahl an Proc-F in städtischen Krankenanstalten und führte letztlich fallweise zu nicht unbedingt notwendigen Aufnahmen in den GZ des WKAV.

12.3 Ebenso war zu erheben, welche Mehrkosten der Stadt Wien durch mangelndes bzw. fehlerhaftes Proc-Management entstanden sind.

Wie das Kontrollamt anhand seiner Berechnungen feststellte, erwachsen auf Grund der Größenordnung und der Verteilung der Proc-F auf eine Vielzahl von Stationen in den Krankenanstalten keine messbaren Mehrkosten.

12.4 Weiters war zu überprüfen, inwieweit die Unterbringung von Patienten städtischer Krankenanstalten in Gangbetten system- und strukturbedingt ist und seitens der

ressortverantwortlichen Stadtpolitiker sowie der Führung des WKAV für Verbesserungen gesorgt wurde.

Dazu stellte das Kontrollamt fest, dass in einzelnen Fachbereichen in den Schwerpunktanstalten nicht nur in speziellen Ausnahmesituationen, sondern kontinuierlich Gangbetten vorgehalten wurden, was auf strukturelle bzw. organisatorische Mängel schließen ließ. So wäre etwa alleine durch die Ausschöpfung abteilungsinterner bzw. -übergreifender Bettenkapazitäten eine nicht unbeträchtliche Zahl an Gangbetten im Betrachtungszeitraum vermeidbar gewesen; darüber hinaus fanden auch die mit der Rettung festgelegten planbaren Aufnahmen (Rettungskontingent) durch einzelne Abteilungen nicht immer bei der Steuerung ihres Bettenangebotes ausreichend Berücksichtigung, obwohl die gegenständliche Problematik sowohl von der politischen Führung als auch immer wieder von jener des WKAV und nicht zuletzt auch von den KOFÜ thematisiert worden war.

12.5 Darüber hinaus sollte untersucht werden, welche Maßnahmen die ressortverantwortlichen Stadtpolitiker sowie die Führung des WKAV generell zur Behebung des Missstandes der häufigen Fehlbelegungen in städtischen Spitälern getroffen haben.

Im Betrachtungszeitraum wurde eine Reihe von Initiativen der politischen Ebene bereits vom WKAV bzw. FSW teilweise umgesetzt, die nach Ansicht des Kontrollamtes zu der rückläufigen Zahl an Proc-F in den Jahren 2000 bis 2004 beigetragen haben. Hierbei waren die laufende Erhöhung an Kontingentplätzen in privaten Wohn- und Pflegeheimen, der Aufbau spezieller Betreuungseinrichtungen in den GZ, die Schaffung von Einrichtungen der AG/R in einzelnen Krankenanstalten, der Ausbau der ambulanten Dienste sowie der GTZ zu nennen. Der verstärkte Bettenabbau in den GZ des WKAV seit den Vorfällen im GZ Am Wienerwald sowie die nach wie vor bestehenden Erschwernisse beim Zugang von Proc-F zu nichtstädtischen Pflegeeinrichtungen haben jedoch zuletzt trotz der angeführten Maßnahmen zu einem neuerlichen Anstieg dieser Zahl in den Krankenanstalten des WKAV geführt. Neben den Proc-F war die Tatsache, dass die interdisziplinäre Belegung von Spitalsbetten des WKAV im Betrachtungszeitraum erst in Ansätzen vorgenommen worden war, eine weitere Ursache für Überbele-

gungen in einzelnen Abteilungen von Schwerpunktkrankenanstalten.

12.6 Ein weiterer Prüfungspunkt betraf die Frage, inwieweit diese Über- und Fehlbelegungen mit dem Fehlen ausreichender alternativer Betreuungseinrichtungen in Wien im Zusammenhang stehen.

Während insbesondere im Bereich der extramuralen Betreuung ein quantitativer Mangel nicht erkennbar war, wäre es nach Ansicht des Kontrollamtes möglich, durch eine Flexibilisierung der Betreuungszeiten noch mehr Pflegebedürftige als bisher zu Hause zu betreuen. Menschen, für die dieses Angebot trotzdem - z.B. mangels im gleichen Haushalt lebender Angehöriger - nicht als ausreichend bzw. geeignet beurteilt werden kann, könnten teilweise bei entsprechendem Ausbau des Angebotes z.B. in (betreuten) Wohngruppen kostengünstig und bedürfnisorientiert versorgt werden. Um diese z.T. noch zu schaffenden Möglichkeiten auch ausschöpfen zu können, wäre gleichzeitig eine Kapazitätserhöhung bei den rehabilitativen Einrichtungen für geriatrische Patienten notwendig.

Was die zweckmäßigere und kostengünstigere Betreuung von älteren Menschen mit so genannter sozialer Indikation betrifft, die derzeit in GZ des WKAV untergebracht sind, wurde vom FSW mit der Einrichtung der "SeniorInnenwohnhäuser" bereits ein konkretes Unterbringungskonzept erarbeitet, dessen erster entscheidender Realisierungsschritt hinsichtlich dieser Personengruppe für das Jahr 2006 geplant ist. Hinsichtlich der Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen dem stationären und ambulanten Bereich wäre vom WKAV in Zusammenarbeit mit dem FSW das bestehende Kooperationsübereinkommen zu überarbeiten und auch im "PIK-Projekt" empfohlene Maßnahmen flächendeckend umzusetzen.

12.7 Nicht zuletzt war vom Kontrollamt zu untersuchen, ob Pflegepatienten mit einer PflegegeldEinstufung unter der Stufe 3 eine Betreuung in den GZ des WKAV benötigen würden und ob diese nicht in anderen geeigneteren Einrichtungen betreut werden könnten; in diesem Zusammenhang war auch der aktuelle Bestand an entsprechenden

geeigneteren Pflegeeinrichtungen zu prüfen. Es waren auch die aus diesem Grund angefallenen Mehrkosten für die Stadt Wien zu erheben.

Einleitend war festzuhalten, dass die Pflegegeldeinstufung nicht in allen Fällen - insbesondere bei dementen Pflegebedürftigen - den tatsächlichen Pflegebedarf widerspiegelt, weshalb vom Kontrollamt für dessen Beurteilung die Pflegegeldvorbegutachtung herangezogen wurde. Nach den Berechnungen des Kontrollamtes wäre von mehr als 200 nicht bedarfsgerechten Belegungen durch Bewohner mit sozialer und/oder psychischer Indikation auszugehen, der WKAV ermittelte gemeinsam mit dem FSW im Vorjahr rd. 360 Bewohner, die in anderen Einrichtungen zweckmäßiger untergebracht wären. Als Alternative bot sich für diese Personengruppe die Unterbringung in den bereits erwähnten noch auszubauenden SeniorInnenwohnhäusern an.

Mangels einer zwischen den verschiedenen bestehenden Betreuungsformen für Pflegebedürftige organisationsübergreifend einheitlichen Methode der Kostenrechnung errechnete das Kontrollamt im Hinblick auf diese spezielle Bewohnergruppe unter Zugrundelegung einer Reihe von theoretischen Annahmen Mehrkosten für die Stadt Wien, schränkte jedoch ein, dass die auf einen Bewohner bezogenen Mehrkosten nicht auf Bewohner mit anderen als den oben angeführten Indikationen angewendet werden könnten, da Personen mit höherem Pflegebedarf auch außerhalb der städtischen GZ Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen würden, die für die Stadt Wien z.T. mit nicht unerheblichen Kosten verbunden wären. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass die Nachbesetzung frei werdender Plätze in den Geriatrieeinrichtungen des WKAV mit pflegeintensiveren Bewohnern speziell im Pflegebereich zu einer Erhöhung des Personalbedarfes führen würde.

12.8 Abschließend wurde im Sinn des Prüfersuchens der Frage nachgegangen, in welchen Zeitabständen und nach welchen Kriterien in den GZ der Stadt Wien betreute Bewohner hinsichtlich ihrer Pflegebedürftigkeit und der damit im Zusammenhang stehenden Pflegegeldeinstufung untersucht werden sowie welcher Einnahmefall gegebenenfalls bei Unterlassung der Antragstellung auf Erhöhung der Pflegegeldeinstufung entstanden ist.

Dazu stellte das Kontrollamt fest, dass durch die vorgesehene Pflegegeldvorbegutachtung sowohl bei der Aufnahme in ein GZ des WKAV sowie deren halbjährliche Wiederholung für die Bewohner in diesen Einrichtungen grundsätzlich die Voraussetzungen für eine adäquate Pflegegeldeinstufung gegeben wären, wobei jedoch die im Betrachtungszeitraum vorherrschenden Rahmenbedingungen zu einer nicht immer optimalen Pflegegeldadministration beitrugen.

Eine weitere Erschwernis für eine Sicherstellung der jeweils zutreffenden Pflegegeldeinstufung war dadurch gegeben, dass sich das im WKAV eingesetzte EDV-unterstützte Instrumentarium der Vorbegutachtung für eine Beurteilung der adäquaten Pflegegeldeinstufung nur bedingt eignete, wobei zum Zeitpunkt der Einschau Bemühungen zur Verbesserung dieses EDV-Systems bereits im Gange waren.

Vom Kontrollamt wurde zur Steigerung der Effizienz der Pflegegeldvorbegutachtungen empfohlen, in dem bereits mehrfach erwähnten Kooperationsübereinkommen auch Regelungen über die zu treffenden Maßnahmen bezüglich der Pflegegeldeinstufungen zu verankern. Von den Krankenanstalten wären geriatrische Patienten mit einem voraussichtlichen (gestiegenen) Pflegebedarf in allen Fällen bereits während des Spitalsaufenthaltes zur Vermeidung möglicher finanzieller Nachteile bei der Beantragung einer entsprechenden Pflegegeldeinstufung zu unterstützen.

Auf Grund der Sachlage war es dem Kontrollamt nicht möglich, die Höhe des Einnahmenausfalls im Betrachtungszeitraum durch Unterlassungen bei der Antragstellung auf Erhöhung der Pflegegeldeinstufung zu quantifizieren, wobei jedoch im Zuge der Einschau evident wurde, dass der Stadt Wien in einigen Fällen durch die nicht immer rechtzeitige oder möglicherweise mangelnde Beantragung von Pflegegeld für Bewohner in den GZ des WKAV finanzielle Nachteile - die sich allerdings im Rahmen hielten - entstanden waren.

Abkürzungsverzeichnis

AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AKH	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Universitätskliniken
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DSA	Diplomierter Sozialarbeiter
DSP	Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital
Ehemalige TU 1	Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime der Stadt Wien
FLO	Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf - Krankenhaus
FSW	Fonds Soziales Wien
GER	Orthopädisches Krankenhaus Gersthof
GSZ	Gesundheits- und Sozialzentrum des FSW
GTZ	Geriatrisches Tageszentrum
GZ	Geriatriezentrums
INDIBET	Individuelle Betreuung
IPS	Interdisziplinäres Patientendokumentationssystem
KAR	Krankenanstalt Rudolfstiftung
KDZ	KDZ - Zentrum für Verwaltungsforschung Managementberatungs- und WeiterbildungsgmbH
KES	Kaiserin-Elisabeth-Spital
KFJ	Sozialmedizinisches Zentrum Süd - Kaiser-Franz-Josef-Spital
KHL	Krankenhaus Lainz
KOFÜ	Kollegiale Führung
KWP	Fonds Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser
NZR	Nathaniel Freiherr von Rothschild'sche Stiftung für Nervenranke - Neurologisches Zentrum der Stadt Wien - Rosenhügel
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖKAP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
OWS	Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto-Wagner-Spital
PBV	Pflegebettenvermittlung
PIK - Projekt	Modellprojekt "Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung"
Proc-F	Procuratio-Fall
Proc-Management	Procuratio-Management
Proc-Patienten	Procuratio-Patienten
PZ	Pflegezentrum
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
SPHINX	Patienten- und Aufenthaltsadministrationssystem
SSK	Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital - Krankenhaus

TB	Tätigkeitsbericht des Kontrollamtes
TU 1	Teilunternehmung Krankenanstalten der Stadt Wien
TU 2	Teilunternehmung Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Universitätskliniken
TU 4	Teilunternehmung Pflegeheime der Stadt Wien
TZ	Therapiezentrum
TZK	Therapiezentrum Ybbs - Psychiatrisches Krankenhaus
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WIKRAF	Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds
WIL	Wilhelminenspital
WKAP	Wiener Krankenanstaltenplan
WKAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
WPGG	Wiener Pflegegeldgesetz
Wr KAG	Wiener Krankenanstaltengesetz
WS-Apfl	Wiener Sozialdienste - Alten- und Pflegedienste GmbH
WSHG	Wiener Sozialhilfegesetz
WWPG	Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz