

Bericht

gem. § 59e der Verfassung der Bundeshauptstadt Wien

(Wiener Stadtverfassung)

der Untersuchungskommission des Gemeinderates

betreffend

**„Gravierende Missstände bei der Pflege von alten
Personen und Personen mit Behinderung im
Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“**

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Rechtsgrundlagen für das Tätigwerden der Untersuchungskommission	4
II. Antrag auf Einsetzung, Einrichtung der Untersuchungskommission.....	5
III. Mitglieder, Vorsitz.....	6
1. Mitglieder	6
2. Vorsitz.....	7
IV. Konstituierung.....	8
V. Tätigkeitsbericht	9
1. Sitzungen	9
2. Zeugenladungen	9
3. Sachverständigenladungen	11
4. Unterlagen	11
5. Redaktionssitzungen zum Bericht.....	11
VI. Ergebnis der Ermittlungen.....	12
1. Einleitende Ausführungen	12
1.1. Arbeitsvoraussetzungen der Kommission	12
1.2. Darstellung der Rechtsgrundlagen	13
2. Ausgangssituation	17
2.1. Prüfbericht der Magistratsabteilung 47 (23.7.2003)	17
2.2. Maßnahmen auf Grund des Berichtes der Magistratsabteilung 47	18
2.3. Revisiionsergebnis der MD-Interne Revision und Personalressourcensteuerung.....	19

3. Schwerpunkte.....	25
3.1. Personal	26
3.2. Dokumentationen	27
3.3. Pflegebetten des Wiener Krankenanstaltenverbundes	27
3.4. Behördliche Aufsicht	29
3.5. Interne Aufsicht	30
3.6. Beschwerdemanagement	31
3.7. Wiener Pflegeombudsmann	31
3.8. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	32
3.9. Auffinden eines toten Patienten im GZW	33
4. Erkenntnisse aus den Untersuchungen der Kommission	34
4.1. Politische Vorgaben - Projekte.....	34
4.2. Wesentliche Erkenntnisse auf Grund der Kontrollamtsberichte.....	36
4.3. Umsetzung des Programms „Hilfe im hohen Alter“	37
4.4. Reaktionen nach Bekanntwerden der behaupteten Missstände	38
4.5. Perspektiven und Zielvorgaben.....	39
5. Konklusion	42
VII. Beschlussfassung der Untersuchungskommission über die Berichterstattung an den Gemeinderat, Wahl des Berichterstatters	44
VIII. Antrag auf Kenntnisnahme des Berichtes	45
IX. Beilagen / Unterlagen.....	46

Die personenbezogenen Bezeichnungen in diesem Bericht beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

I. Rechtsgrundlagen für das Tätigwerden der Untersuchungskommission

Gem. § 59a der Verfassung der Bundeshauptstadt Wien kann der Gemeinderat zur Überprüfung der Verwaltungsführung der einer politischen Verantwortlichkeit unterliegenden Organe der Gemeinde im eigenem Wirkungsbereich (§ 37) eine Untersuchungskommission einsetzen. Die Untersuchungskommissionen haben in einem behördlichen Verfahren den maßgebenden Sachverhalt zu ermitteln und dem Gemeinderat hierüber spätestens 12 Monate nach dem Tag jener Gemeinderatssitzung, in der das Einlangen des Antrages bekanntgegeben worden war, Bericht zu erstatten (§ 59e WStV)

Die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen waren für die Zulässigkeit des Antrages, die Einsetzung und die Tätigkeit der Untersuchungskommission sowie die Vorlage des Berichtes maßgeblich.

Die Einsetzung einer Untersuchungskommission stellt in Wien ein Minderheitenrecht dar, wie es auf Bundesebene nicht existiert

II. Antrag auf Einsetzung, Einrichtung der Untersuchungskommission

In der Sitzung des Gemeinderates vom 24. September 2003 gab der Vorsitzende, Günter Reiter, gem. § 59 b Abs. 2 der Wiener Stadtverfassung bekannt, dass die GemeinderätInnen Dr. Matthias Tschirf, Dr. Johannes Hahn (ÖVP), Dr. Sigrid Pilz, Mag. Christoph Chorherr (Grüne) sowie Dr. Wilfried Serles und Mag. Hilmar Kabas (FPÖ) einen mit 15. September 2003 datierten Antrag auf Einsetzung einer Untersuchungskommission betreffend „Gravierende Missstände bei der Pflege von alten Personen und Personen mit Behinderung im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“ eingebracht haben (PGL/03782/2003/0001-KVP/GAT).

In der Begründung des ausreichend unterstützten Antrages (Beilage 1) wiesen die AntragstellerInnen u.a. darauf hin, dass bei einer auf Grund einer Beschwerde von der Magistratsabteilung 47 durchgeführten Prüfung der sanitären Zustände im Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW) Mängel ans Licht gekommen seien.

Nach einer darüber abgehaltenen Debatte war die Untersuchungskommission eingesetzt.

III. Mitglieder, Vorsitz

1. Mitglieder

Als Mitglieder der Untersuchungskommission wurden über Vorschlag der Gemeinderatsmitglieder der wahlwerbenden Parteien folgende Personen bestellt:

Mitglieder:

Christian DEUTSCH (SPÖ)
Dr. Johannes HAHN (ÖVP)
Rudolf HUNDSTORFER (SPÖ)
Marianne KLICKA (SPÖ)
Ingrid KOROSEC (ÖVP)
Mag. Helmut KOWARIK (FPÖ)
Dr. Claudia LASCHAN (SPÖ)
Siegfried LINDENMAYR (SPÖ)
Anica MATZKA-DOJDER (SPÖ)
Dr. Elisabeth NECK-SCHAUKOWITSCH (SPÖ)
Dr. Sigrid PILZ (Grüne)
Mag. Sonja RAMSKOGLER (SPÖ)
Mag. Heidrun SCHMALENBERG (FPÖ)
Dr. Wilfried SERLES (FPÖ)
Kurt WAGNER (SPÖ)

Ersatzmitglieder:

Günther BARNET (FPÖ)
Günter KENESEI (Grüne)
Ingrid LAKATHA (ÖVP)
Dr. Alois MAYER (SPÖ)
Barbara NOVAK (SPÖ)
Christian OXONITSCH (SPÖ)
Komm.Rat Gerhard PFEIFFER (ÖVP)
Brigitte REINBERGER (FPÖ)
Thomas REINDL (SPÖ)
Godwin SCHUSTER (SPÖ)
Prof. Erika STUBENVOLL (SPÖ)
Heike TRAMMER (FPÖ)
Heinz VETTERMANN (SPÖ)
Mag. Sonja WEHSELY (SPÖ)
Jürgen WUTZLHOFER (SPÖ)

Während des Tagungszeitraumes der Untersuchungskommission legten folgende Mitglieder der Untersuchungskommission ihre Delegation zurück bzw. wurden als Mitglieder/Ersatzmitglieder neu nominiert:

Mitglieder:

ausgeschieden:

Dr. Johannes HAHN (ÖVP)
Dr. Elisabeth NECK-SCHAUKOWITSCH (SPÖ)

neu nominiert:

Ingrid LAKATHA (ÖVP)
Barbara NOVAK (SPÖ)

Ersatzmitglieder:

ausgeschieden:

Ingrid LAKATHA (ÖVP)
Barbara NOVAK (SPÖ)

neu nominiert:

DDr. Bernhard GÖRG (ÖVP)
Sonja KATO (SPÖ)

2. Vorsitz (§ 59c Abs. 2 – 4 WStV)

Aus der gem. § 59c Abs. 2 WStV beim Magistrat der Stadt Wien geführten Liste wurden am 26. September 2003 durch die Präsidialkonferenz des Gemeinderates – per Losentscheid – Hofrat Dr. Karlhans Körber zum Vorsitzenden und Notar Dr. Dieter Baumgartner zum stellvertretenden Vorsitzenden bestellt. Beide nahmen diese Bestellung an.

IV. Konstituierung

Anlässlich der am 23. Oktober 2003 stattgefundenen Konstituierung der Untersuchungskommission stellte der Vorsitzende klar, „*dass es nicht Aufgabe der Untersuchungskommission sei, die zivil-, disziplinar- oder strafrechtliche Verantwortung einzelner Personen festzustellen. Es gehe auch nicht darum, aus einzelnen Missständen abzuleiten, dass der sicher verantwortungsvolle, schwierige Beruf des Pflegepersonals insgesamt versagt hätte. Es sei aber Aufgabe der Untersuchungskommission, durch Aufnahme von Beweisen, die von den oppositionellen Fraktionen im Antrag auf Einsetzung einer Untersuchungskommission angeführten Missstände zu verifizieren, ob Kontrollorgane versagt hätten, die Strukturmängel die Missstände ermöglicht hätten und ob für all dies eine politische Verantwortlichkeit gegeben sei*“.

Die Untersuchungskommission definierte in dieser Sitzung kein Verfahrensprogramm, sondern wollte sich an Hand des Fortganges des Verfahrens auf die sich ergebenden Schwerpunkte konzentrieren.

V. Tätigkeitsbericht

1. Sitzungen

Die Kommission hat am 23. Oktober 2003 (Konstituierung) ihre Tätigkeit aufgenommen und insgesamt 17 öffentliche Sitzungen abgehalten:

23.10.2003	30.10.2003	13.11.2003	20.11.2003
04.12.2003	12.12.2003	15.01.2004	22.01.2004
12.02.2004	19.02.2004	11.03.2004	18.03.2004
15.04.2004	29.04.2004	13.05.2004	17.06.2004
24.06.2004			

2. Zeugenladungen

- a) Folgende Zeugenladungen erfolgten einstimmig, wobei alle Zeugen vernommen werden konnten.

ZeugInnen / Sachverständige	Abstimmungsverhalten				BWA ¹⁾ eingebracht am:	Zeuge am:
	SPÖ	FPÖ	ÖVP	Grüne		
HAAS Harald; (<i>Sachwalter</i>)	In	In	In	In	2003-10-23	2003-10-23
EHMSEN-HÖHNL Johanna, AR <i>MA 47 – Prüfungsleiterin (MAS, DGKS, DAS Pflugesachverständige)</i>	In	In	In	In	2003-10-23	2003-10-23
GRAF Dr. Karl; (<i>ehem. Leiter MA 15</i>) <i>Sachverständiger</i>					2003-10-23	2003-10-23
Pelikan Günther; (<i>Ex-Pflegedirektor GZW</i>)	+	In	+	+	2003-10-23	2003-10-30
STAUDINGER Charlotte; <i>Generaloberin, (KAV-GD Strategische Planung und Qualitätsmanagement)</i>	+	+	+	In	2003-10-30	2003-11-13
PITTERMANN Dr. Elisabeth; <i>ASTR</i>	+	In	In	+	2003-10-23	2003-11-20
ROSENBERGER-SPITZY Dr. Angelika; (<i>Ärztl. Dion GZW</i>)	In +	+	+	+	2003-10-30 2004-06-17	2003-12-04 2004-06-17
WENSE Dr. Georg; (<i>Prim. Vorstand GZW</i>)	In	+	In	+	2003-10-30	2003-12-04
PLATZER Bibiane, (<i>Oberschwester GZW-Pav.I</i>)	+	+	In	+	2003-10-30	2003-12-12
DRAPALIK Dr. Susanne; (<i>KAV – Abt. Medizin und Leistungsplanung</i>)	In	+	+	+	2003-10-23	2003-12-12
POLAT-Firtinger Judith <i>Oberin (KAV - Direktion Kranken- und Altenpflege)</i>	In	+	+	+	2003-10-23	2004-01-15
DOHR Dr. Walter; (<i>Patientenanwalt</i>)	In	+	+	+	2003-10-23	2004-01-15
SCHWARZ Mag. Gerhard (<i>KAV-GD Stabsstelle Int. Revision</i>)	+	In	+	+	2004-01-15	2004-01-22
KASPAR Prim. Dr. Ludwig; (<i>KAV-GD-Stv.</i>)	+	+	In	+	2003-11-20	2004-01-22
	+	In	In	In	2004-06-17	2004-06-17
HAUKE Prof. Dr. Eugen, (<i>KAV-GD</i>)	+	In	In	+	2003-10-23	2004-02-12
	+	+	In	+	2003-11-20	2004-02-12
KEIHSLER Renate, (<i>Pflegedirektorin GZW</i>)	+	In	+	+	2003-12-12	2004-02-19
	+	In	In	In	2004-06-17	
VOGT Dr. Werner, (<i>Wr. Pflegeombudsmann</i>)	+	+	+	In	2004-02-12	2004-03-11
LEITNER Dr. Friedrich; (<i>SR aD, ehem. Leiter MA 47</i>)	+	In	+	+	2003-11-20	2004-03-11
PILZ Dr. Sigrid, <i>Gemeinderätin</i>	In	+	+	+	2003-11-13	2004-03-18
GSCHÖPF Mag. Dorothea <i>(Verein für Sachwalterschaft & Patientenanzwaltschaft)</i>	+	+	+	In	2004-02-12	2004-03-18
ZÖRNER Dr. Franz; <i>OSR (MD-Zivil- u. Strafrecht) Sachverständiger</i>	+	+	+	In	2004-02-19	2004-03-18
HOLOUBEK Univ.Prof. Dr. Michael; (<i>WU-Wien</i>) <i>Sachverständiger</i>	+	+	+	In	2004-02-19	2004-03-18
LIST Dr. Alois; (<i>Kontrollamtsdirektor</i>)	+	+	+	In	2004-02-12	2004-04-15
RIEDER Dr. Sepp, <i>ASTR</i>	+	+	+	In	2003-11-20	2004-04-29

HÄUPL Dr. Michael, <i>Bgm.</i>	+	In	+	+	2003-11-13	2004-05-13
STEINMETZ Karin (<i>Verwaltungsdirektorin GZW</i>)	+	In	In	In	2004-06-17	2004-06-17
RUDAS Dr. Stefan (<i>Chefarzt, Leiter PSD</i>)	+	In	In	In	2004-06-17	2004-06-17
PIROSKA Edith (<i>Geschäftsführerin KWP</i>)	+	+	In	+	2004-06-17	2004-06-24

¹⁾ = Beweisantrag; (In) = InitiatorIn(en) der jeweiligen Zeugenladungen

b) Folgende Beweisanträge für Zeugenladungen wurden von den Mitgliedern der Untersuchungskommission mehrheitlich abgelehnt, wobei es sich bei der Zeugin/den Zeugen Dr. Pittermann, Dr. Leitner und Mag. Schwarz um eine nochmalige Ladung handelte:

ZeugInnen	Abstimmungsverhalten				BWA eingebracht am:
	SPÖ	FPÖ	ÖVP	Grüne	
PITTERMANN Dr. Elisabeth; <i>ASTR</i>	-	In	-	-	2003-03-11
	-	-	+	In	2004-03-18
LEITNER Dr. Friedrich; (<i>SR aD, ehem. Leiter MA 47</i>)	-	In	-	-	2004-03-11
ROSENMAYER Univ. Prof. Dr. Leopold	-	-	-	In	2004-01-15
HEEG DI Sibylle	-	-	-	In	2004-01-15
HIRSCH Univ. Prof. DDr. Rolf D.	-	-	-	In	2004-01-15
KLIE Univ. Prof. Dr. Thomas	-	-	-	In	2004-01-15
HANTIKAINEN Dr. Virpi	-	-	-	In	2004-01-15
SCHWARZ Mag. Gerhard (<i>KAV-GD Stabsstelle Int. Revision</i>)	-	In	+	+	2004-06-17
Die beiden Psychiater, bei denen Herr M. in fachärztlicher Behandlung stand	-	In	+	+	2004-06-17
Der diensthabende Arzt, der bei Feststellen der Abgängigkeit von Herrn M. attestierte, dass keine „Gefahr in Verzug“ vorgelegen habe	-	In	-	-	2004-06-17

c) Zurückziehung einer ZeugInnenladung durch die Antragstellerinnen:

Zeugen / Sachverständige	Abstimmungsverhalten				BWA eingebracht am:	BWA zurückgezogen am:
	SPÖ	FPÖ	ÖVP	Grüne		
SHEU Sunduck; (<i>Stationsschwester GZW-Pav.I</i>)	+	+	In	+	2003-10-30	2004-04-15
HAUKE Prof. Dr. Eugen, (<i>KAV-GD</i>) (<i>Der in der UK-Sitzung vom 19.2.2004 von der ÖVP eingebrachte Beweisantrag auf neuerliche Einvernahme wurde in der gleichen Sitzung vorerst mit Stimmenmehrheit zurückgestellt</i>)					2004-02-19	2004-03-18

3. Sachverständigenladungen

- 1) OSR Dr. Graf referierte in der konstituierenden Sitzung vom 23. Oktober 2003 grundsätzlich über die rechtlichen Rahmenbedingungen der „Pfleger- und Wohnheime“ und ihrer BewohnerInnen mit den Schwerpunkten (siehe VI. Pkt. 1.2):
 - i. Pflegeheime (Heimordnung, Aufsichtspflicht)
 - ii. Wohnheime
 - iii. Pflegeheime sowie
 - iv. Kostenersätze und Regresse

- 2) Univ.Prof. Dr. Michael Holoubek und OSR Dr. Franz Zörner nahmen in der 12. Sitzung vom 18. März 2004 als Experten zu Fragen der Amtsverschwiegenheit und des Datenschutzes bei Zeugenbefragungen Stellung.

- 3) Dr. Stefan Rudas (Leiter des Psychosozialen Dienstes) wurde in der 16. Sitzung vom 17. Juni 2004 als Sachverständiger befragt, inwieweit eine Unterbringung von psychiatrisch erkrankten Personen jüngerer Alters auf geriatrischen Langzeitstationen therapeutisch sinnvoll ist und dem „state of the art“ in der Psychiatrie entspricht.

4. Unterlagen

Der Kommission lagen neben den beiden, sowohl vom Kontrollausschuss als auch vom Gemeinderat einstimmig zur Kenntnis genommenen Berichten des Kontrollamtes (siehe Beilagen 3) und dem Bericht der MD-Interne Revision und Personalressourcensteuerung zur Ausgangssituation (vgl. VI. Pkt. 2.3 dieses Berichtes) - jeweils durch Beweisanträge verlangte Unterlagen vor (Beschlussprotokolle - Beilage 2).

5. Redaktionssitzungen zum Bericht

Am 4. Juni 2004 wurde seitens der vier Fraktionsvertreter im Redaktionskomitee vereinbart, je Fraktion einen Entwurf einer Berichtsgliederung sowie Überlegungen hinsichtlich einer zusammenfassenden Aussage bis 16. Juni 2004 per E-Mail auszutauschen. Dieser Vereinbarung wurde jedoch ausschließlich von der SPÖ-Fraktion entsprochen. Nachdem die anderen Fraktionen bis einschließlich 21. Juni - trotz Urgenz - dieser Vereinbarung nicht nachgekommen sind, legten sodann die Vertreter der SPÖ-

Fraktion am 22. Juni einen nach Schwerpunkten gegliederten Bericht für die Sitzung am 24. Juni zur Beschlussfassung vor.

VI. Ergebnis der Ermittlungen

Die Untersuchungskommission konnte folgende Feststellungen treffen:

1. Einleitende Ausführungen

1.1. Arbeitsvoraussetzungen der Kommission

Die Untersuchungskommission des Gemeinderates der Bundeshauptstadt Wien stellt ein Minderheitenrecht lt. Wiener Stadtverfassung dar. Dem gegenüber ist auf Bundesebene (im Bereich des Nationalrates) den Minderheiten ein solches Recht noch immer nicht eingeräumt worden.

Die unabhängige und faire Vorsitzführung durch Herrn Hofrat Dr. Karlhans Körber sowie dessen Unterstützung durch den stellvertretenden Vorsitzenden, Herrn Notar Dr. Baumgartner, waren die Basis für die Ermittlungstätigkeit der Kommission. Hervorzuheben sind auch die prägnanten und sachlichen Zusammenfassungen des Vorsitzenden über das Ergebnis der Zeugenbefragungen der jeweils vorangegangenen Sitzungen, die auch in den Beschlussprotokollen ihren Niederschlag fanden.

Die Tätigkeit der Kommission war dadurch gekennzeichnet, dass die geladenen ZeugInnen von der Verpflichtung zur Wahrung des Amtsgeheimnisses entbunden waren, sich grundsätzlich auch nicht etwa auf berufliche Verschwiegenheit oder auf das Recht auf Aussageverweigerung beriefen. Lediglich in zwei Fällen erklärten Zeugen bezüglich konkreter personenbezogener Fragen, nicht von der Amtsverschwiegenheit befreit zu sein.

Gemeinderätin Dr. Pilz weigerte sich, Zeugen für von ihr erhobene Vorwürfe zu nennen und legte lediglich eine eidesstattliche Erklärung von XY vor, aus der weder der/die BeschwerdeführerIn noch die Örtlichkeit der Vorkommnisse hervorgingen. Nach eigener Aussage hat sie seit Herbst 2003 Kenntnis von angeblich strafrechtlich relevanten Vorkommnissen, über die sie die Staatsanwaltschaft jedoch nicht informierte.

Von VertreterInnen der FPÖ und ÖVP angekündigte Unterlagen wurden im Laufe der 16 UK-Sitzungen der Kommission niemals vorgelegt (z.B. FPÖ-Pressekonferenz 3.10.2003 – „*Start einer Dokumentation über Patientenschicksale für die U-Kommission*“ bzw. erklärte

Gemeinderätin Korosec lt. Tageszeitung „Der Standard“ vom 3.10.2003 , dass sich schon Hunderte bei ihr gemeldet hätten, um von Missständen zu berichten).

Anlässlich der Zeugenbefragungen kam es zu keinen thematischen Einschränkungen.

Die Übermittlung der von der Kommission angeforderten Unterlagen erfolgte grundsätzlich zeitgerecht und vollständig.

Der gesamte Sitzungsverlauf wurde in wörtlichen Protokollen festgehalten und ist der Öffentlichkeit im Wege des Internets zugänglich (<http://www.wien.gv.at/mdb/uk/pflegeheime/index.htm>).

Die Protokolle über getroffene Beschlüsse der Kommission sind diesem Bericht (Beilage 2) angeschlossen.

1.2. Darstellung der Rechtsgrundlagen

Anlässlich der konstituierenden Sitzung der Untersuchungskommission referierte OSR Dr. Ernst Graf die rechtlichen Rahmenbedingungen des Pflegebereiches wie folgt:

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für diesen Bereich sind zum größten Teil im Wiener Sozialhilfegesetz (WSHG) enthalten.

I PFLEGEHEIME

1. Legaldefinition:

§ 15 Abs. 2 WSHG definiert Pflegeheime als Einrichtungen für Personen mit einer Behinderung oder unheilbaren Krankheit, welche die Verrichtungen des täglichen Lebens nicht selbst vornehmen können und der stationären Pflege und sozialen Betreuung bedürfen (für Personen mit Betreuungs- und Pflegebedarf).

2. Errichtung und Betrieb

Das Land Wien hat als Träger von Privatrechten für die Errichtung und die Führung von Pflegeheimen vorzusorgen (§ 36 Abs. 1 WSHG). Dies bedeutet aber nicht, dass alle Heime von der Stadt Wien geführt werden müssen. Es müssen aber ausreichend Heime zur Verfügung stehen. Es gibt städtische und private Pflegeheime. Der innere Betrieb der städtischen Pflegeheime ist durch eine Heimordnung zu regeln (§ 36 Abs.3). Diese hat jedenfalls zu enthalten:

- a) Regelungen über Aufnahme und Entlassung*
- b) Bestimmungen über das Verhalten*
- c) Befugnisse des Heimpersonals*
- d) Sonstige Bestimmungen, die für einen ordnungsgemäßen Betrieb der Pflegeheime und eine einwandfreie Betreuung der Bewohner erforderlich sind. Soweit dies nach dem Gesundheitszustand der Bewohner möglich und zweckmäßig ist, ist für Beschäftigungstherapie vorzusorgen § 15(3) WSHG.*

3. Personal

Das mit der Besorgung von Aufgaben der Sozialhilfe betraute Personal muss für diese Aufgaben geeignet und fachlich entsprechend ausgebildet sein; es ist einer regelmäßigen Fortbildung zu unterziehen (§ 39 WSHG). Diese Bestimmung gilt für alle Personen, die im Rahmen der Sozialhilfe tätig sind, und daher auch für die in Pflegeheimen.

4. Aufsicht und behördliche Aufgaben (§ 23 WSHG)

a) Aufsicht

Pflegeheime unterliegen der behördlichen Aufsicht der Landesregierung; die Aufsicht wird vom Amt der Landesregierung ausgeübt (MA 47 - Pflege und Betreuung, ab September 2003 MA 15 - Gesundheitswesen). Die Aufsicht ist dahingehend vorzunehmen, dass die Pflegeheime nach Führung und Ausstattung den technischen, organisatorischen, personellen und hygienischen Erfordernissen einer fachgerechten Sozialhilfe entsprechen (§ 23 Abs. 1).

b) Anzeige des Betriebs (§ 23 Abs. 2 WSHG)

Zum Betrieb eines Pflegeheimes ist weder eine Errichtungsbewilligung noch eine Betriebsbewilligung nach dem WSHG erforderlich. Die Aufnahme des Betriebes eines Pflegeheimes ist der Aufsichtsbehörde spätestens vier Wochen vorher schriftlich anzuzeigen. Gleiches gilt für die Erweiterung des Betriebes, eine wesentliche und nicht bloß vorübergehende Einschränkung sowie die Einstellung des Betriebes.

c) Überprüfung (§ 23 Abs. 3 WSHG)

Die Aufsichtsbehörde hat Pflegeheime hinsichtlich der in a) angeführten Erfordernisse periodisch zu überprüfen und den Rechtsträgern der Heime mit Bescheid die Behebung der festgestellten Mängel unter angemessener Fristsetzung aufzutragen. Dieser Bescheid kann auch ohne Durchführung eines weiteren Ermittlungsverfahrens erlassen werden (Mandatsbescheid; § 37a Abs. 1 WSHG); er kann erforderlichenfalls auch sofort vollstreckt werden (das Rechtsmittel der Vorstellung hat keine aufschiebende Wirkung). Den Aufsichtsorganen ist jederzeit Zutritt zur Liegenschaft und zu allen Räumen zu gewähren.

d) Untersagung des Betriebs (§ 23 Abs. 4 WSHG)

Der Betrieb eines Pflegeheimes ist mit Bescheid zu untersagen, wenn 1. schwerwiegende Mängel trotz Auftrags nach c) nicht behoben werden, 2. Leben oder Gesundheit der Heimbewohner unmittelbar bedroht sind und ein Bescheid nach c) nicht abgewartet werden kann, 3. der Aufsichtsbehörde der Zutritt verwehrt wurde. Der Bescheid ist nach Wegfall des Grundes wieder aufzuheben.

II WOHNHEIME (§ 22a WSHG)

1. Definition

Wohnheime sind Heime für alte oder behinderte Menschen, welche die Verrichtungen des täglichen Lebens noch selbst vornehmen können, aber zur Führung eines selbständigen Haushalts nicht fähig sind und daher der Unterbringung, Verpflegung sowie auch einer sozialen Betreuung bedürfen (für Personen mit Betreuungsbedarf).

2. Heimordnung

Der Träger hat den inneren Betrieb eines Wohnheimes durch eine Heimordnung zu regeln. Diese hat die unter 1/2. angeführten Bestimmungen zu enthalten. Außerdem sollen darin Heimvertreter vorgesehen werden, die von den Heimbewohnern gewählt werden und deren Interessen wahren sollen.

3. Personal. Aufsicht und behördliche Aufgaben

Die unter 1/3. und 4. angeführten Regelungen gelten auch für Wohnheime.

4. Unterscheidung Wohnheime - Pflegeheime

- a) Wohnheime gehören zu den Sozialen Diensten (§ 22 WSHG); die Vorsorge für Soziale Dienste obliegt dem Sozialhilfeträger als Träger von Privatrechten. Auf die Leistungen besteht kein Rechtsanspruch.
- b) Pflegeheime gehören zu den Hilfen zur Sicherung des Lebensbedarfs. Auf diese Leistungen besteht bei Bedarf ein Rechtsanspruch (vgl. dazu oben 1/2).

- c) *In der Praxis bestehen heute auch in Wohnheimen Pflegeeinheiten, die Pflegeheime sind. Damit ist gesichert, dass Bewohner von Wohnheimen bei Pflegebedürftigkeit nicht in ein anderes Heim übersiedeln müssen.*

III HEIMBEWOHNER

1. Aufnahme in ein Pflegeheim

Wenn eine ältere Person pflegebedürftig wird und auch mit ambulanter Hilfe nicht mehr in der eigenen Wohnung leben kann, kann als Möglichkeit die Betreuung in einem Pflegeheim in Frage kommen. Der Betroffene oder sein gesetzlicher Vertreter wird in diese Richtung tätig werden (Antrag etc.).

- a) *Sollte der Betroffene in der Lage sein, die vollen Kosten für die Betreuung im Pflegeheim seiner Wahl zu tragen, kommt es zum Abschluss eines entsprechenden zivilrechtlichen Heimvertrages. In diesem Fall ist eine Finanzierung durch Sozialhilfemitteln nicht erforderlich und es kommt zu keiner Einschaltung der Sozialhilfebehörde anlässlich des Vertragsabschlusses und der Übersiedlung ins Pflegeheim. In Anbetracht der hohen Kosten für die Pflegeheimbetreuung (derzeit € 79,94 pro Pflage-tag für städtische Pflegeheime) sind es nur wenige Personen, die in dieser Rechtsform in Pflegeheime aufgenommen werden.*
- b) *Wenn eine pflegebedürftige Person, die in einem Pflegeheim betreut werden soll, die finanziellen Mitteln zur Bezahlung des Pflegeentgelts nicht aufbringen kann, wird ihm im Rahmen der Sozialhilfe (Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfs durch Pflege in einem Pflegeheim) mit Bescheid diese Leistung (Betreuung im Pflegeheim) zuerkannt. Da es sich in diesem Fall um eine Leistung zur Sicherung des Lebensbedarfs handelt und der Sozialhilfeträger auch finanzielle Mittel dafür einsetzen muss (zumindest teilweise Bezahlung des Pflegeentgelts) ist diese Pflichtleistung (Rechtsanspruch) mit Bescheid förmlich zu zuerkennen (§ 7 WSHG). Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Rechtsbeziehungen zwischen Pflegeheim und Heimbewohner deshalb öffentlich-rechtlich sind. Diese Rechtsbeziehungen sind selbstverständlich durch einen schriftlichen (oder mündlichen) zivilrechtlichen Heimvertrag geregelt.*
- c) *Für den Fall, dass für einen Patienten in einer öffentlichen Krankenanstalt eine Aufnahme in ein Pflegeheim erforderlich wird, da der Krankenversicherungsträger die weitere Kostentragung nach § 144 Abs. 3 ASVG ablehnt (Procuratio, Asylierung), kann es notwendig sein, dass der Patient bis zum Freiwerden eines Platzes in einem geeigneten Pflegeheim im Spital verbleiben muss. Dies wurde rechtlich dadurch ermöglicht, dass im § 44b Wiener Krankenanstaltengesetz bestimmt wird, dass solche Patienten, die einen Antrag auf Aufnahme in ein Pflegeheim gestellt haben, vorübergehend bis zur Aufnahme in ein Pflegeheim im Spital verbleiben können.*

2. Personenkreis

Nach § 7a WSHG stehen die Leistungen der Sozialhilfe und somit auch die Betreuung im Pflegeheim grundsätzlich Staatsbürgern zu; darüber hinaus aber auch bestimmten Fremden (z.B. Gleichstellung aus Staatsverträgen, Asylgewährung, Begünstigte aus dem EWG-Abkommen).

3. Rechtliche Handlungsfähigkeit

Gerade bei Heimbewohnern gibt es Personen mit sehr unterschiedlicher rechtlicher Handlungsfähigkeit. Neben voll handlungsfähigen Personen leben Personen mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit und solche, die rechtlich völlig handlungsunfähig sind. Für diese wird in der Regel ein Sachwalter tätig sein (zur Bestellung eines Sachwalters für behinderte Personen vgl. §§ 273 und 273a ABGB).

IV PFLEGEHEIMENTGELTE

1. Städtische Pflegeheime (§ 36 Abs. 2)

Die Pflegeentgelte in den städtischen Pflegeheimen sind von der Landesregierung durch Verordnung festzusetzen. Die derzeit in Geltung stehende Verordnung ist im Landesgesetzblatt für Wien, LGB1. Nr. 48/2002, kundgemacht. Darin werden die Pflegeentgelte für die Wiener städtischen Pflegeheime mit 79,94 Euro pro Pflage-tag festgesetzt. Weiters wird festgestellt, dass der Anteil

der Kosten für medizinische Leistungen in den Pflegeheimen pro Pflegeetag durchschnittlich 17,67 Euro beträgt; das sind 22,10 % des Pflegeentgelts.

2. Private Pflegeheime

Die Entgelte für private Heime werden im Rahmen der Privatautonomie von den Heimträgern bestimmt.

V KOSTENERSATZ (REGRESS; §§ 25ff WSHG)

1. Kostenersatz

Für Leistungen zur Sicherung des Lebensbedarfs, wozu auch die Betreuung in einem Pflegeheim zählt, ist vom Empfänger der Hilfe (Heimbewohner), von seinen Erben, seinen unterhaltspflichtigen Angehörigen und von sonstigen Dritten, gegen die entsprechende Leistungsansprüche bestehen, Ersatz zu leisten.

2. Kostenersatzpflichtige

a) Empfänger der Hilfe (Heimbewohner: § 26)

Eine Kostenersatzpflicht ist in dem Ausmaß gegeben, als hinreichendes Einkommen oder Vermögen vorhanden ist. Durch den Kostenersatz des Hilfeempfängers darf aber der Erfolg der Hilfeleistung nicht gefährdet werden. Bezieht der Hilfeempfänger Pflegegeld, ist für stationäre Leistungen zunächst dieses zum Kostenersatz entsprechend heranzuziehen. Bei Bezug einer Pension (Rente) kommen die unter e) angeführten sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen zum Tragen sowie der unter f) angeführte entsprechende Anteil von einem allfälligen Pflegegeld. Der 13. und 14. Monatsbezug verbleibt dem Hilfeempfänger.

b) Nachlass

Kostenersatzpflichten gehen auf den Nachlass über. Erben haften aber nur bis zur Höhe des Wertes des Nachlasses. Sind die Erben Eltern, Kinder oder Ehegatten, so ist darauf zu achten, dass durch den Kostenersatz deren Existenz nicht gefährdet wird.

c) Angehörige

Ehegatten sind zum Kostenersatz heranzuziehen (im Rahmen ihrer Unterhaltspflicht für den anderen Ehegatten, der im Pflegeheim lebt). Kinder sind für ihre Eltern oder Großeltern nicht kostenersatzpflichtig, ebenso nicht Eltern für ihre volljährigen Kinder.

d) Ersatz durch Dritte

Hat der Hilfeempfänger Rechtsansprüche durch Deckung des Lebensbedarfs gegen Dritte (z.B. Privatpension), gehen diese Ansprüche für die Dauer der Hilfeleistung bis zur Höhe der Aufwendungen auf den Sozialhilfeträger über, sobald dieser dem Dritten dies schriftlich anzeigt (Zession).

e) Ersatz durch Träger der Sozialversicherung

Für Pflegeheime kommt hier insbesondere § 324 Abs. 3 ASVG zur Anwendung (gleiche Regelungen sind auch für die übrigen großen Versicherungsbereiche in § 185 GSVG und in § 173 BSVG enthalten). Wird nach diesen Bestimmungen ein Pensionsberechtigter bzw. ein Rentenberechtigter in einem Pflegeheim betreut, geht für die Zeit dieser Betreuung der Anspruch auf Pension bzw. Rente (einschließlich allfälliger Zulagen und Zuschläge) bis zur Höhe der Verpflegskosten, höchstens jedoch bis zu 80 % auf das Land (als Träger der Sozialhilfe) über (Legalzession). Hat der Pensionsberechtigte im Rahmen einer gesetzlichen Unterhaltspflicht für einen Angehörigen zu sorgen (z.B. Ehegatte, Kind), vermindert sich der obige Prozentsatz auf 50 %. Für jeden weiteren unterhaltsberechtigten Angehörigen vermindert sich der Prozentsatz um weitere 10 %.

f) Anteil vom Pflegegeld

Wird eine pflegebedürftige Person auf Kosten der Sozialhilfe in einem Pflegeheim stationär betreut, so ist nach § 11 Abs. 1 Wiener Pflegegeldgesetz für die Dauer des stationären Aufenthalts das Pflegegeld, soweit es einen Betrag von 10 % der Stufe 3 (das sind € 41,35) übersteigt, auf Antrag dem Sozialhilfeträger bis zur Höhe der aufgewendeten Kosten schuldbefreiend auszuzahlen. Der Rest verbleibt dem Heimbewohner. Nach § 13 Bundespflegegeldgesetz gehen für die Zeit der Pflege 80 % des Pflegegeldes auf den Sozialhilfeträger über, wobei dem Heimbewohner 10 % der Stufe 3 als Taschengeld verbleiben; der Anspruch auf einen allfälligen Mehrbetrag an Pflegegeld ruht.

3. Verjährung (§29 Abs. 1 WSHG)

Ersatzansprüche gegen den Hilfeempfänger dürfen nicht mehr geltend gemacht werden, wenn seit Ablauf des Kalenderjahres der Hilfeleistung mehr als drei Jahre vergangen sind. Ersatzansprüche gegen Erben und Dritte verjähren nach zehn Jahren. Diese Verjährungsfristen gelten nicht, wenn die Ersatzansprüche durch Pfand oder Hypothek sichergestellt sind.

4. Soziale Rücksicht bei der Geltendmachung der Ersatzansprüche (§ 29 Abs. 4 u. 5 WSHG)
Bei der Geltendmachung der Ersatzansprüche gegenüber Unterhaltspflichtigen (hier wohl nur Ehegatten) ist auf die wirtschaftlichen Verhältnisse und die sonstigen Sorgepflichten zu achten. Bei der Verwertung eines durch Pfand oder Hypothek sichergestellten Vermögens ist auf die wirtschaftliche Existenz des Empfängers dieses Vermögens bzw. seiner Kinder, Ehegatten oder Eltern Rücksicht zu nehmen.

2. Ausgangssituation

2.1 Prüfbericht der Magistratsabteilung 47 (23.7.2003)

Am 23. Juli 2003 erfolgte, auf Grund von Beschwerden über Vorkommnisse auf 2 Stationen des GZW Pavillon I, eine unangemeldete Überprüfung, wobei eine stichprobenartige Einschau in Pflegedokumentationen, eine Begehung der Stationen und eine Überprüfung des Schwesternrufes vorgenommen wurden.

Die Behandlung der Beschwerdepunkte durch die Magistratsabteilung 47 zeigte folgendes Ergebnis, wobei der Beschwerdetext wörtlich in „Fett-Kursiv-Schrift“, die Feststellungen der Magistratsabteilung 47 in kursiver Normalschrift wiedergegeben sind:

Erhebungen im Pflegebereich (23. Juli 2003 - 15.00 bis 17.15 Uhr)

STATION 1/1 RECHTS

Frau K. werde immer bereits um ca. 15:00 Uhr ins Bett gelegt, mehrere Interventionen durch die Patientin als auch durch deren Sachwalter beim Pflegepersonal bzw. auch ärztlichen Personal seien bislang erfolglos geblieben. Die Oberschwester habe gemeint, dass es auf Grund des Personalmangels teilweise nicht vermeidbar sei, die Patientin früh nachmittags ins Bett zu bringen.

Es wurde um 15:10 und nochmals um 16:30 das 7-Bett-Zimmer von Frau K. (Nr. 104) besichtigt, das optisch und olfaktorisch keinen guten Eindruck machte. Alle Patientinnen bis auf Frau K. waren im Bett, Frau K. befand sich halb liegend auf einem speziellen Rollstuhl vor dem Esstisch. Die Patientin wurde offensichtlich schon lange nicht gebadet, das letzte Mal bestätigt in der Pflegedokumentation am 13. Juni 2003. Sie hatte ungekürzte schmutzige Hand- und Fußnägel, ungepflegte Haut, war unsauber gekleidet hatte vermutlich seit längerem ungewaschene Haare. Die Füße waren geschwollen. Die Beine hingen ohne Stütze, hinunter.

Am Tag und zum Zeitpunkt der Überprüfung wurde die Patientin daher zwar nicht im Bett liegend angetroffen (wie alle anderen Patientinnen), aber wie beschrieben in einem bedauernswerten Zustand im Rollstuhl. Ein Becher mit einem Getränk war nicht in Reichweite.

STATION 1/0 RECHTS

Eine Patientin, die auf die Toilette wollte, soll bis zu drei Stunden im Rollstuhl gewartet haben. Man soll sie aufgefordert haben, ihre „Windeln“ zu benützen. Die habe sie aber nicht einkoten wollen, und deswegen soll auch des öfteren mit ihr geschimpft worden sein. Es wäre vorgekommen, dass ein Pfleger eine Patientin, die auf die Toilette musste, in einem offenen Nachthemd barfuss zur Toilette gefahren habe. Dieser Pfleger hätte sie dann bei einer Außentemperatur von unter 0° trotz Läutens längere Zeit auf der Toilette sitzen gelassen.

Aufforderungen seitens des Personals die Notdurft in die Einlagen bzw. Inkontinenzhosen zu verrichten sind oft Inhalt von Beschwerden. Wie lange üblicher Weise Patienten in der Toilette, auf Hilfe warten, kann nicht eruiert werden.

Allein nicht mobile Patienten sollen ab 17:30 ins Bett gelegt werden, auch wenn sie nicht müde wären. Licht und Schwesternruf sollen danach abgedreht werden.

Auf Station 1/1 rechts befanden sich zur Zeit der Begehung keine Patienten mehr am Gang. Das Ganglicht war gedämpft. In den Zimmern reichte noch das Tageslicht aus.

Der Schwesternruf wurde stichprobenartig überprüft, funktionierte optisch und akustisch. Eine Pflegeperson war nach wenigen Minuten zur Stelle.

DOKUMENTATIONEN

- **Pflegedokumentationen**

Pflegeberichte werden, teilweise mit Intervallen von bis zu 3 Wochen, nur sporadisch geführt, keine Wunddokumentationsblätter. Es gibt wenig aussagefähige, eher unübersichtliche Beschreibungen in interdisziplinär geführten Dokumentationsblättern.

Pflegedurchführungsnachweise (wer, wie, wann und wie oft Pflege und Wundversorgung durchgeführt hat und Lagerungspläne sind unvollständig oder werden nicht geführt. Lagerungswechsel erfolgt, wenn überhaupt, vierstündlich.

Flüssigkeitsbilanzen werden kaum geführt, stichprobenartig überprüft auch nicht bei einer Patientin mit Dauerkatheter und PEG-Sonde.

Handzeichen fehlen teilweise und sind nicht korrekt.

Handzeichen (Paraphen, Kürzel) haben aus den ersten beiden Buchstaben des Familiennamens in einem Schriftzug zu bestehen. Bei Namensgleichheiten ist der Schriftzug mit einem dritten oder vierten Buchstaben zu erweitern.

Vornamen und Initialen haben keinen Urkundencharakter und abstrakte Handzeichen sind schlecht den handelnden Personen zuzuordnen. „Dipl. Seh.“ als Abkürzung für Gesundheits- und Krankenpflegeschüler ist widersinnig.

- **Arztdokumentation**

Ärztliche Diagnosen sind ohne Datum und ohne Handzeichen eingetragen, ärztliche Dekurse im interdisziplinären Dokumentationsblatt, unübersichtlich und selten - mit Intervallen bis zu mehreren Monaten!

Körperpflege

Intervalle für die Durchführung von Bädern und Duschen bis zu 3 Monaten, Ganzkörperwaschungen sind nicht täglich in den Leistungsnachweisen dokumentiert; als Begründung wird Pflegepersonal-mangel angegeben.

Die Beseitigung der oben angeführten Mängel hat unverzüglich zu erfolgen. Eine weitere behördliche Überprüfung vom Pavillon I des GZW wird so bald wie möglich durchgeführt.

2.2 Maßnahmen auf Grund des Berichtes der Magistratsabteilung 47

Nach Einlangen des Berichtes der Magistratsabteilung 47 im GZW erfolgte am 8. August 2003 eine Kontrolle durch Vertreterinnen der Direktion der Teilunternehmung Wiener Städtische Krankenanstalten und Pflegeheime (TKP). Auf Grund des ebenfalls am 8. August 2003 eingelangten Berichtes der Magistratsabteilung 47 im Büro der amtsführende Stadträtin erteilte diese sofortige Weisungen auf Überprüfung an den Generaldirektor und die Generaloberin.

Am 11., 14., 22. und 25. August wurden weitere Prüfhandlungen durch die kollegiale Führung auf den Stationen 0 rechts und 1 rechts angeordnet. Hierbei konnten die Feststellungen betreffend die Patientin K. zum Teil nicht mehr nachvollzogen werden. Lediglich die beschriebene Position der Patientin im Rollstuhl war bedingt durch die Statur unverändert. Eine Überprüfung des speziell für deren Bedürfnisse angepassten Rollstuhls – der vom Sachwalter zur Verfügung gestellt worden war – wurde bei einer Fachfirma in Auftrag gegeben.

Die Aufforderung zum Tragen von Einlagen bzw. Inkontinenzhosen, sowie deren Nutzung wurde grundsätzlich in Abrede gestellt. Vielmehr sei es das Bestreben, Inkontinenz durch therapeutische Maßnahmen zu verhindern (z.B. durch Toilettentraining).

Einer Stellungnahme der „Dualen Führung“ (Abteilungsvorstand und Oberschwester) der 3. Medizinischen Abteilung (hierzu gehörten die beiden Stationen) vom 12. August 2003 war zu entnehmen, dass PatientInnen routinemäßig 14-tägig gebadet würden, sofern diese das nicht verweigern oder medizinische Gründe dagegen sprächen. Die Mängel bei der Dokumentation wurden bedauert.

Am 13. August wurden vom Generaldirektor Anordnungen zur Abstellung der aufgezeigten Mängel getroffen, am 27. August erging eine abschließende Stellungnahme der Kollegialen Führung des GZW an die Magistratsabteilung 47.

Auf Grund der Medienberichte beauftragte der Herr Magistratsdirektor die MD-Interne Revision und Personalressourcensteuerung am 5. September mit einer Revision der Personalsituation, des Kommunikationsablaufes und der internen Kontrollsysteme. Der Herr Bürgermeister beauftragte am 9. September 2003 neben der gesamthaften Prüfung durch das Kontrollamt hinsichtlich Strukturen und Qualität auch die Magistratsdirektion mit der Klärung individueller Verantwortlichkeiten sowie damit zusammenhängender disziplinar- und strafrechtlicher Aspekte der im Prüfbericht der Magistratsabteilung 47 aufgezeigten Mängel.

Gleichzeitig führte die Bundespolizeidirektion Wien Kriminaldirektion I Erhebungen im Auftrag der Staatsanwaltschaft Wien durch.

2.3 Revisiionsergebnis der MD-Interne Revision und Personalressourcensteuerung

Aus dem am 5. November 2003 vorgelegten Revisionsbericht der MD-Interne Revision und Personalressourcensteuerung, der unter Beiziehung von Sachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege erstellt worden war, geht in der zusammenfassenden Wertung eindeutig hervor, dass Anhaltspunkte für gerichtlich strafbare Handlungen, insbesondere das Quälen oder

Vernachlässigungen wehrloser Personen, nicht vorlagen. Die von der Pflegeheimaufsicht aufgezeigten Pflegemängel waren umgehend zu beheben bzw. wurde deren Behebung mittlerweile eingeleitet. Eine dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz entsprechende Pflegedokumentation war wiederherzustellen.

Im Einzelnen wurde auf die aufgezeigten Bemängelungen wie folgt eingegangen:

Zu Mängel auf der Station 1 rechts

Die von der MD-IR durchgeführten Befragungen ergaben Folgendes:

Bezüglich der Patientin K. bestanden keine besonderen ärztlichen Vorgaben. Es handelte sich um einen Pflegefall. Auf Grund ihres Körpergewichtes waren für bestimmte Handlungen im Rahmen der Betreuung und Mobilisierung mindestens zwei Pflegepersonen erforderlich. Dabei wurde ein Patientenhebekran verwendet. Standard war die tägliche Körperpflege und die Versorgung mit Flüssigkeit.

Ansprechpartner für Angelegenheiten der Patientin K. waren alle im Dienst befindlichen Pflegepersonen. Vereinzelt kam es zu Beschwerden des Sachwalters wegen des frühzeitigen Zubettbringens. Weitere Interventionen des Sachwalters bezogen sich auf den Vorwurf mangelnder Körperpflege und Mobilisation. Daher wurde versucht, die Patientin zweimal täglich zu mobilisieren. Der Sachwalter organisierte für K. einen besonderen Rollstuhl. Dieser war laut Meinung des Personals jedoch ungeeignet, da K. keine sitzende Haltung einnehmen konnte. Nur mittels entsprechender Keilkissen konnte eine teilweise Sitzhaltung erreicht werden. Auch waren die Fuß- und Kopfstützen nicht an die Größe der Patientin angepasst und somit eine stabile Lage für K. nicht möglich.

Hinsichtlich der beschmutzten Kleidung wurde ins Treffen geführt, dass auf der Station versucht wurde, die Patienten so lange wie möglich in ihrer Selbständigkeit zu belassen und K. auch manchmal mit den Fingern aß.

Das Zubettbringen der Patienten war grundsätzlich nicht standardisiert, sondern wurde laut Aussage individuell gestaltet (Müdigkeit, zu langes Sitzen). Grundsätzlich wurde für keinen Patienten eine bestimmte Bettruhe verordnet. Es konnte vorkommen, dass bei geringer Personalpräsenz einige Patienten früher zu Bett gebracht wurden. Dies traf überwiegend Patienten, die schwerer zu mobilisieren waren oder Patienten, die dies wünschten.

Hinsichtlich der Badeintervalle wurden von den Bediensteten Dokumentationsmängel eingeräumt, aber auf die tägliche Körperpflege hingewiesen. Die Patientin K. war laut der MD-IR vorgelegten Badeliste am 13. Juni 2003 und am 25. Juni 2003 zuletzt gebadet worden. Die unsaubere Kleidung resultierte daraus, dass die Patientin selbstständig Speisen zu sich nahm und sich dabei beschmutzte. Die fetten Haare wurden auf die Therapie (Fettsalbe) zurückgeführt.

Das Schneiden der Handnägel war vergessen worden. Die Behandlung der Fußnägel fiel laut Meinung des Personals in die Zuständigkeit des externen Fußpflegers. Für die Pflege der Frau K. waren ansonsten grundsätzlich alle jeweils diensthabenden Pflegepersonen verantwortlich.

Die von der MD-IR bestellte Sachverständige für Gesundheits- und Krankenpflege führte dazu Folgendes aus:

„Die in dem Protokoll über die Kontrollvisite vom 23. Juli 2003 angeführten Vorwürfe bezüglich einer nachlässigen Pflege konnten im Nachhinein nicht nachvollzogen werden.

Eine gewisse Geruchsbelästigung bei stuhl- und harninkontinenten Patienten ist durchwegs immer gegeben. Eine weitestgehende Reduktion wäre aber unbedingt anzustreben. Diese könnte auch durch verbesserte Sanitäreinrichtungen erreicht werden.

Die Lagerung in einem ungeeigneten Rollstuhl konnte nach den vorliegenden Informationen dem Pflegepersonal (welches sich um die Anfertigung eines adäquaten Rollstuhles bemüht hat) nicht angelastet werden.

Prinzipiell sollten bei älteren und immobilen Patienten immer Getränke in erreichbarer Nähe vorhanden sein. Bezüglich der Tatsache, dass im betreffenden Falle das Getränk außerhalb der Reichweite der Patientin war, kann man aus meiner Sicht durch eine einmalige Begehung nicht auf eine ständige Vernachlässigung schließen.

Die Lagerung von geriatrischen Patienten richtet sich stark nach deren Bedürfnissen bzw. nach deren Belastbarkeit. So ist eine frühe Lagerung zur Nachtruhe keine Seltenheit und wird von den Patienten vielfach verlangt."

Zu Mängel auf der Station 0 rechts

Bei der in Rede stehenden Patientin, Frau M., handelte es sich um eine größtenteils desorientierte Patientin, an der reaktivierende Pflege durchgeführt wurde (Tier-, Beschäftigungs- und physikalische Therapie). Frau M. soll sich grundsätzlich wohl gefühlt haben, dennoch konnte ihrem Wunsch auf Verlegung in ein anderes Zimmer nicht sogleich entsprochen werden. M. wurde von ihren Angehörigen in ein anderes Geriatriezentrum verlegt (kürzerer Anfahrtsweg) und stand zum Zeitpunkt der Begehung durch die MA 47 am 23. Juli 2003 nicht mehr in Pflege des GZW.

Dass Patienten bis zu drei Stunden im Rollstuhl warten mussten, um auf die Toilette gefahren zu werden, wurde von den Bediensteten in Abrede gestellt. Im Fall von geringer Personalpräsenz konnte es jedoch zu kurzen Wartezeiten kommen.

Das Tragen von Windeln durch nicht inkontinente Patienten war laut Auskunft der Bediensteten nicht vorgesehen. Es konnte jedoch vorkommen, dass über Wunsch des Patienten Einlagen verwendet wurden, um den langen Weg zur Toilette zu überbrücken.

Der Vorwurf, dass Patienten halb nackt auf die Toilette geführt werden und bei offenem Fenster (Außentemperatur unter Null Grad Celsius) längere Zeit sitzen gelassen werden, wurde vom Personal in Abrede gestellt. Vorgesehen war, dass die Patienten einen Schlafrock angezogen erhielten.

Laut Aussage des Pflegepersonals wurde den Patienten bei der Einnahme von Mahlzeiten die individuell erforderliche Hilfestellung gewährt. Bei der Patientin M. war lediglich eine Zerkleinerung von Speisen erforderlich.

Gegenüber der MD-IR wurde vom Personal ausgeführt, dass es auf Grund des jeweiligen Mobilitätsgrades vorkam, dass Patienten über eigenen Wunsch bereits um 17.30 Uhr zu Bett gebracht wurden. Das Licht wurde auf Wunsch bis auf eine kleine Lampe gedämpft. Der Schwesternruf wurde niemals abgedreht.

Die von der MD-IR bestellte Sachverständige für Gesundheits- und Krankenpflege führte dazu Folgendes aus:

„Den Vorwurf, dass Patient/innen ihre Notdurft in Einlagen bzw. Inkontinenzhosen verrichten mussten, konnte ich aus Mangel an Unterlagen oder Gesprächen, welche diesen Umstand bestätigen würden, nicht nachvollziehen. Logisch würde mir erscheinen, dass die nachfolgende Reinigung eines(r) verschmutzten Patienten/in eine deutlichen Mehrleistung erfordert als das Führen zu einer Toilette. Dagegen spricht auch, dass nach (laut Mitteilung der ärztlichen Direktion) eine sehr geringe Dekubitusquote bestand.“

Zu Mängel in der Pflegedokumentation

Dazu ergaben die Befragungen der MD-IR Folgendes:

Das Pflegepersonal hatte Vorkommnisse bzw. Veränderungen im Zustand der Patienten auf dem interdisziplinären Dekursblatt zu vermerken. Die täglichen Leistungen am Patienten waren am Durchführungsnachweis mit Handzeichen zu dokumentieren.

Im GZW hatte die Pflege nach dem Pflegeprozessmodell einschließlich der entsprechenden Dokumentation abzulaufen. Als Unterlage dafür lag das Handbuch für den Pflegeprozess an den Stationen auf und war den befragten Pflegepersonen bekannt.

Eine Erstvorstellung der Rahmenstandards für den Bereich Gesundheits- und Krankenpflege im Wiener Krankenanstaltenverbund, Teil 1 Richtlinien für pflegerisches Handeln, Version vom 27. November 2002, erfolgte im Oberschwestern Jour fixe am 21. März 2003. Vom ehemaligen Pflegedirektor wurde eine diplomierte Pflegeperson für die Schulung zur Einführung der Rahmenstandards abgestellt. Im Protokoll der Sitzung „Rahmenstandards“ vom 8. Mai 2003 wurde einerseits festgelegt, dass das Sturzprotokoll im GZW übernommen wird und andererseits Erhebungen der IST-Standards bzw. durchgeführten Maßnahmen hinsichtlich Entlassungsbrief und Erarbeitung einer Checkliste erfolgen. Grundsätzlich sollten die GZW-Standards mit den Wiener Krankenanstaltenverbund-Standards in Einklang stehen und im IPS (Integriertes Patientenverwaltungssystem) integriert werden.

Als Ziel galt die Umsetzung des Projekts Rahmenstandards Teil 1 sowie die Bestimmung der Kompetenzen der Oberschwestern/pfleger bezüglich Informationsweitergabe, Schulungsbedarfserhebung und Koordination der Umsetzung auf den Abteilungen bzw. Evaluierung durch Oberschwestern/pfleger und Stationsleitungen. Die Umsetzung war im Revisionszeitpunkt insofern im Gange, als die Schulung und Informationsweitergabe erfolgt war, die Evaluierung jedoch noch ausstand. Zum Zeitpunkt der Prüfung der MA 47 lagen die Rahmenstandards in der Form, wie sie nunmehr in den geriatrischen Einrichtungen eingeführt werden, laut Aussage des ehemaligen Pflegedirektors P. nicht vor.

In dessen Amtszeit wurde an der Einführung des IPS gearbeitet, wobei es bedingt durch die Umstellung auf die PC-Eingabe zu Veränderungen bei der Dokumentation des Pflegestatus bzw. der Pflegeplanung kam. Die Führung dieser Dokumentation war primär Aufgabe der Stationsschwestern sowie in Folge der Oberschwestern. Ein aktueller Ausdruck sollte in der Patientendokumentationsmappe aufliegen.

Obwohl der bei der Begehung der MA 47 anwesende Pflegedirektor die Aufsichtsbehörde über die Umstellung informierte und den im Akt befindlichen Ausdruck erklärte, nahm die Amtsabordnung keine Einsicht in die gespeicherten Patientendaten.

Zu Änderungen kam es auch bezüglich des Formulars „Durchführungsnachweis“. Vom Pflegedirektor wurde eine Arbeitsgruppe beauftragt, den Durchführungsnachweis auf ein den gesetzlichen Bestimmungen genügendes Maß zu kürzen. Der aus ursprünglich vier Seiten bestandene Nachweis wurde mit 1. November 2001 außer Kraft gesetzt und der gekürzte an die Stationen verteilt.

Der zum Zeitpunkt der Einschau durch die Pflegeheimaufsicht am 23. Juli 2003 verwendete wesentlich verkürzte Durchführungsnachweis hatte gegenüber dem bis 31. Oktober 2001 verwendeten Nachweis eine herabgesetzte Aussagekraft.

Im Zusammenhang mit der Dokumentation kam es nach Meinung des Pflegedirektors zu Schlapereien und infolge der vielen Änderungen zu Unsicherheiten beim Personal bzw. zu vergessenen Eintragungen. Von der im Zeitpunkt der Revision geschäftsführenden Pflegedirektorin wurde nun eine neue Arbeitsgruppe für die Neuentwicklung des Durchführungsnachweises eingesetzt, wobei diese wieder ein erweitertes Regelwerk erarbeitete, das ab 1. Oktober 2003 verbindlich in Kraft trat. Informationen des Personals über geänderte Vorgangsweisen bei der Pflegedokumentation, oder Änderungen im Stationsablauf erfolgten grundsätzlich bei der jeweiligen Dienstübergabe. Bei dieser Gelegenheit erfolgte auch die Informationsweitergabe in medizinischer und pflegerischer Hinsicht bezüglich der Patienten.

Mittels des Systems IPS erfolgte seit rund einem Jahr auch die Pflegeplanung. Die Einschulung erfolgte einerseits durch einen PC-Grundkurs und eine arbeitsplatzbezogene Unterweisung auf das IPS-Programm durch bereits geschulte Kollegen. Eingaben bzw. Freigaben am PC waren von diplomiertem Pflegepersonal vorzunehmen.

Flüssigkeitsbilanzen wurden nur auf ärztliche Anordnung geführt. Es konnte vorkommen, dass auf Grund von Wahrnehmungen des Pflegepersonals die Erfassung der Trinkmenge ärztlich angeordnet wurde. Dies stellte jedoch keine Flüssigkeitsbilanz dar.

Die von der MD-IR beigezogene Sachverständige für Gesundheits- und Krankenpflege kam zu folgendem Ergebnis:

„Die geteilte Pflegedokumentation (teilweise in schriftlichen Vorlagen wie z.B. der Durchführungsnachweis, teilweise auf PC wie z.B. die Pflegeplanung) erachtete ich nicht als sehr zielführend und darunter litt auch die Übersichtlichkeit. Dadurch und durch mangelnde Ausbildung des Personals in der EDV war die Dokumentation zu zeitaufwändig und unübersichtlich. Durch einen unkomplizierten aber umfassenden Vordruck (sei es in Papierform oder auf PC) könnte dieser Durchführungsnachweis ohne großen Zeitaufwand und übersichtlich erbracht werden und somit obgenannten Vorwürfen entgegenwirken. Ebenso sollte aus meiner Sicht die Grundpflege nicht einfach als "Standard" definiert sondern im Durchführungsnachweis detailliert aufgezeichnet werden. Die Grundlagen dazu wären in den Arbeiten wie „Handbuch für den Pflegeprozess“ und "Rahmenstandards" etc., welche vom Personal im Hause entworfen wurden, hervorragend vorbereitet.“

„Eine generelle Flüssigkeitsbilanzierung scheint mir nur in bestimmten Fällen (exsikkierte [lat. exsiccare: austrocknen] Patienten, Patienten mit Nierenproblemen etc.), nach ärztlicher Anweisung, notwendig zu sein.“

Der ärztliche Sachverständige führte zur Pflegedokumentation aus:

„Durch die drastische Kürzung des Durchführungsnachweises im Bereich der Pflegedokumentation laut Protokoll der Stationschwestern/Pflegebesprechung und deren Vertretungen vom 29. November 2001 kam es zu einer äußerst sparsamen Dokumentation der nachvollziehbaren Durchführung der Pflegetätigkeiten. Nach meiner Ansicht entsprach das nicht den Dokumentationsforderungen im Sinne des § 5 Abs. 1 GuKG. Nach meiner Ansicht sollte die Durchführung jeglicher pflegerischer Tätigkeit, auch wenn sie dem täglichen Standard entspricht, in der Pflegedokumentation mittels Handzeichen dokumentiert werden.“

Zu Mängel in der ärztlichen Dokumentation

Nach Ansicht der MD-IR waren mehrmonatige Intervalle bei der ärztlichen Dokumentation zu Recht als Mangel zu bezeichnen.

Auch der von der MD-IR bestellte ärztliche Sachverständige kam zu folgendem Ergebnis:

„Von der MA 47 wurde festgestellt, dass z.T. monatelang kein medizinischer Dekurs geschrieben wurde. Sollte dies so gewesen sein, wäre das verbesserungswürdig. Da bei weiteren Kontrollen jedoch sogar mehrmals wöchentliche Dekurse vorlagen, musste ich annehmen, dass auf den Kritikpunkt der MA 47 bereits reagiert wurde. Im ärztlichen Bereich wurde die Dokumentation rechtskonform durchgeführt. In einem Pflegeheim (mit dem teilweisen Status einer Krankenanstalt) erscheint es sicher ausreichend, dass nur monatlich ärztliche Dekurse verfasst werden, wenn sich der gesundheitliche Zustand der Patienten/innen nicht verändert.“

Teilweise sind die Patienten jahrzehntelang in stationärer Betreuung, so dass es fragwürdig erschien, die Betreuungseinrichtung nach dem Krankenanstaltengesetz zu betrachten. Laut stichprobenartiger Überprüfung (am 14. August 2003) von vier Krankengeschichten und Dokumentationsmappen waren bei allen Fällen die ärztliche Dokumentation korrekt.

Seit Erscheinen des Handbuchs der Organisationsabläufe der 4. Medizinischen Abteilung des Geriatriezentrums am Wienerwald vom 15. September 2003 ist nunmehr ein zumindest wöchentlicher Dekurs ärztlicherseits auch bei unauffälligen Patienten vorgesehen. Dies ist jedenfalls eine sehr gute Qualitätssicherungsmaßnahme. Auch ist der Arzt seitdem verpflichtet, die Pflegedokumentation zumindest wöchentlich gegenzuzeichnen.“

Zu Mängel betreffend die Körperpflege
Gegenüber der MD-IR wurde dazu Folgendes ausgesagt:

Die tägliche Körperpflege beinhaltete Ganzwaschungen im Bett oder am Waschbecken. Der verkürzte Durchführungsnachweis sah keine Eintragungen für die tägliche Körperpflege vor, lediglich eine beschränkte Eintragung von Baden und Duschen. Es war nicht vorgesehen, die tägliche Körperpflege nachzuweisen, weil davon ausgegangen wurde, dass diese selbstverständlich zu erfolgen hatte.

Grundsätzlich hätten die Patienten zweimal im Monat gebadet oder geduscht werden müssen. Dies wurde in Bade-/Duschlisten vermerkt. In diese wurde seitens der MA 47 offenbar nicht Einsicht genommen. Der MD-IR wurde die betreffende Dokumentation der Station 1 rechts vorgelegt. Daraus ging hervor, dass die Patienten zwischen ein- und dreimal pro Monat gebadet wurden. Bei drei Patienten war im Juni keine Eintragung vorhanden. Die Datumseintragungen in den Badelisten waren nicht mit Handzeichen versehen worden.

Seitens der beigezogenen Sachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege wurde auch Folgendes ausgeführt:

„Weiters zeigten sich die Patient/innen bei meiner Begehung am 9. Oktober 2003 in einem ausgezeichneten pflegerischen Allgemeinzustand, ich konnte weder Verschmutzungen noch Hautläsionen finden (bei langjährigen und teilweise übergewichtigen Pfleglingen nicht einfach zu erreichen). Auch die Räume, Betten und Geräte befanden sich in einem sehr gepflegten Zustand, obwohl weder die räumliche noch die personelle Struktur der Lage des Pflegepersonals entgegenkommt.“

Weitere Ergebnisse der Befragungen der MD-IR

Die Verantwortung für die Einführung der Ärzte in den Abteilungsbetrieb oblag dem Abteilungsvorstand (Primararzt). Die Einschulung des Pflegepersonals erfolgte grundsätzlich im laufenden Stationsbetrieb im Wege der jeweiligen Vorgesetzten, insbesondere der Stations- und Oberschwester.

Ansprechpartner des Personals bei auftretenden Fragen bzw. Problemen in medizinischer und pflegerischer Hinsicht waren der diensthabende Stationsarzt bzw. die Stationsschwester und deren Vertretungen.

Die Arbeit des Personals wurde von den jeweiligen Vorgesetzten im Rahmen von Visiten und Stichprobenartig im Einzelfall kontrolliert. Darüber wurden nur teilweise Aufzeichnungen geführt. Die stichprobenartige Kontrolle von zu führenden Patientendokumentationen erfolgte bei der Pflegevisite. Der ehemalige Pflegedirektor P. notierte überdies von ihm durchgeführte Stationsbesuche.

Im Fall auftretender Beschwerden von Bewohnern und deren Angehörigen wurde versucht, im persönlichen Gespräch eine Lösung zu finden. In medizinischen Fragen wurde an den Stationsarzt verwiesen. Konnte in pflegerischen Belangen kein Ergebnis erreicht werden, wurde die Stations- sowie in Folge die Oberschwester informiert.

In diesem Zusammenhang beauftragte der ehemalige Pflegedirektor P. im Juli 2002 Oberin W. der Pflegedirektion mit dem Beschwerdemanagement. Die Idee war, dass alle Beschwerden, auch jene, die unmittelbar auf der Station eingebracht wurden, an diese weitergeleitet und bearbeitet werden sollten. Darüber informierte ein Rundschreiben vom 16.

Juli 2002 an alle Oberschwesterinnen und Stationsleitungen im GZW. Zusätzlich wurde ein Informationsblatt aufgelegt. Weiters wurden die Primärärzte sowie Oberschwesterinnen in Sitzungen über diese neu eingerichtete zentrale Ansprechstelle informiert.

Auf Befragen der MD-IR erklärten elf von 20 Mitarbeitern der Stationen 0 rechts und 1 rechts im Pavillon 1, keine Kenntnis über diese zentrale Beschwerdestelle zu besitzen.

Weitere Ergebnisse der Sachverständigen

„Anhaltspunkte für strafrechtliche Tatbestände konnten weder aus ärztlicher noch pflegerischer Sicht festgestellt werden. Die von der MA 47 festgestellten Mängel wurden zwischenzeitig behoben bzw. wurde die Behebung eingeleitet.“

Kritikwürdig war aus Sicht der Sachverständigen die zum Zeitpunkt der Prüfung durch die Pflegeheimaufsicht bestandene Dokumentation. Die relativ niedrige personelle Präsenz führte in Verbindung mit der verbesserungswürdigen baulichen Situation und der hohen Zahl pro Station zu betreuenden Patient/innen zu einer erhöhten Belastung für das Personal.“

Auf Grund der Revisionsergebnisse der MD-Interne Revision und Personalressourcensteuerung bzw. der Beurteilung der beigezogenen Sachverständigen sowie der Ergebnisse der ZeugInnenbefragungen zeigte sich klar, dass die im Bericht der Magistratsabteilung 47 dargestellten Mängel – insbesondere was den Vorwurf des angeblich unterlassenen Badens und Waschens angeht – auf unzureichende Dokumentation zurückzuführen war.

Auf die Ausführung der Sachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege, dass sich die PatientInnen bei der Begehung in einem ausgezeichneten pflegerischen Allgemeinzustand befunden hatten und sich weder Verschmutzungen noch Hautläsionen fanden, wird in diesem Zusammenhang ebenso hingewiesen, wie auf die Feststellung, dass sich die Räume, Betten und Geräte in einem sehr gepflegten Zustand befunden hätten.

Nach Ansicht der Kommission wurden nach Bekanntwerden der Vorwürfe sowohl im politischen Bereich als auch seitens der Verwaltung umgehend adäquate und effiziente Maßnahmen gesetzt.

3. Schwerpunkte

Untersuchungsschwerpunkte, die von der Kommission auf Grund der Erhebungen zur Ausgangssituation, der Beweisanträge und der vorliegenden Unterlagen, insbesondere der Kontrollamtsberichte und des Berichtes der MD-Interne Revision und Personalressourcensteuerung, herausgearbeitet wurden, waren:

3.1. Personal

Wie das Kontrollamt ausführt und auch die ZeugInneneinvernahmen ergaben, stellt die Altenpflege im Rahmen des Pflegeberufes die höchsten Anforderungen an die Pflegekräfte. Über die Normalarbeitszeit hinausgehende höchste physische und psychische Belastungen bei der Pflege schwerst kranker und dementer Personen führt nicht selten zum Burnout-Syndrom und Langzeitkrankenständen. Deshalb erfordert die Betreuung von Menschen mit hohem Pflegeaufwand auch eine entsprechende tatsächlich am Bett verfügbare quantitative Personalausstattung. Zur Vermeidung überlanger Dienstzeiten sollten die bestehenden 12 Stunden dauernden Dienste im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Pflegequalität und die Einsatzfähigkeit, vor allem aber auf die Gesundheit des Pflegepersonals, überdacht werden.

Die generelle Problematik des Fehlens von qualifiziertem Pflegepersonal für den Dienst in geriatrischen Pflegezentren führte dazu, dass zur Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes Überstunden angeordnet werden mussten.

Die Kommission teilte auch den Eindruck des Kontrollamtes, dass eine nachhaltige Verbesserung der Personalsituation im Pflegebereich nur durch strukturelle Maßnahmen zu erreichen wäre, die z.T. über den Kompetenzbereich der Leitungen der einzelnen geriatrischen Einrichtungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes hinausgehen. Insbesondere wären hierbei neben der Schaffung von Ausbildungsplätzen speziell für die geriatrische Pflege die Einrichtung eines unternehmensinternen Pflegepersonalpools zur Überbrückung temporärer Personalnotstände (z.B. bedingt durch eine Häufung von Krankenständen), Ausnahmeregelungen im Ausländerbeschäftigungsgesetz sowie speziell auf die Altenpflege zugeschnittene Imagekampagnen zu nennen. Nicht zuletzt wäre es aber auch mit dem Wirksamwerden der oben angeführten Maßnahmen notwendig, im geriatrischen Bereich nicht nur den Soll-Dienstpostenplan mit den ermittelten Personalbedarfszahlen in Einklang zu bringen, sondern auch zur Unterstützung des Pflegepersonals die therapeutischen Angebote auszubauen.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass für Wien zuwanderndes Personal unerlässlich ist, was schon daraus erkennbar wird, dass über 60 Prozent des derzeit tätigen Pflegepersonals außerhalb Österreichs geboren wurde.

Ein zusätzlicher Anreiz für den Einstieg sowie den Verbleib im Pflegedienst wurde durch die mit Anfang 2004 eingeführte Geriatriezulage geschaffen.

3.2. Dokumentationen

Wie aus den ZeugInnenbefragungen, den Berichten des Kontrollamtes, der MD-Interne Revision und Personalressourcensteuerung und der Magistratsabteilung 47 erkennbar ist, konnten die zum Teil in schriftlichen Vorlagen und zum Teil EDV-mäßig erstellten Pflegedokumentationen dem notwendigen Anspruch auf Übersichtlichkeit nicht gerecht werden. Die unterschiedlichen Dokumentationssysteme zeigten, was die Durchführung der Pflege Tätigkeiten betrifft, häufig keine gesicherte Nachvollziehbarkeit.

Verbesserungswürdig erwies sich auch die Führung der ärztlichen Dekurse. Bewirkt waren diese Mängel vor allem durch die Teilung der Pflegedokumentation bzw. mangelnde EDV-Ausbildung des Personals.

Zur Erreichung der erforderlichen Qualität der Pflegedokumentation setzte der Wiener Krankenanstaltenverbund bereits Initiativen, die Patientendokumentation zu vereinfachen und zu vereinheitlichen.

3.3. Pflegebetten des Wiener Krankenanstaltenverbundes

Das Kontrollamt weist in seinem Bericht im Herbst 2003 die systemisierten und tatsächlich belegten Pflegebetten wie folgt aus:

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

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

- *das Geriatriezentrum Am Wienerwald (GZW) in 1130 Wien mit rd. 2.440 Pflegebetten,*
- *das Geriatriezentrum Baumgarten (GZB) in 1140 Wien mit 930 Pflegebetten,*
- *das Geriatriezentrum Donaustadt (GZD) in 1220 Wien mit über 400 Pflegebetten,*
- *das Geriatriezentrum Liesing (GZL) in 1230 Wien mit 400 Pflegebetten,*
- *das Sozialmedizinische Zentrum Baumgartner Höhe - Pflegezentrum (OWP) in 1140 Wien mit nahezu 280 Pflegebetten,*
- *das Sozialmedizinische Zentrum Süd - Geriatriezentrum Favoriten (GZS) in 1100 Wien mit über 190 Pflegebetten,*
- *das Sozialmedizinische Zentrum Sophienspital - Geriatriezentrum (SSG) in 1070 Wien mit über 140 Betten und*
- *das Sozialmedizinische Zentrum Floridsdorf - Geriatriezentrum (GZF) in 1210 Wien mit 120 Pflegebetten.*

Im Raum Niederösterreich betrieb die Stadt Wien

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

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

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

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

5.2 Nachdem durch die bereits mehrfach dargestellte Notwendigkeit, sukzessive die Standards in den Pflegestationen zu verbessern, immer wieder Umbau- und Sanierungsarbeiten in den geriatrischen Einrichtungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes stattfanden und diese in der Regel mit Bettensperren verbunden waren, hat das Kontrollamt für den Zeitraum 1. Jänner 2000 bis 31. August 2003 nicht nur die Entwicklung der systemisierten Pflegebetten erhoben, sondern diesen auch die tatsächlich belegbaren Pflegebetten des Wiener Krankenanstaltenverbundes gegenübergestellt:

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

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

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

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

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

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

Auf Grund dieser hohen Belagsziffern gelangte die Kommission zu der Erkenntnis, dass eine radikale Absystemisierung der Bettenanzahl pro Zimmer – wie sie insbesondere in den Anstalten mit alter Bausubstanz wünschenswert gewesen wäre – zu einer Gefährdung der Pflegeversorgung geführt hätte.

3.4. Behördliche Aufsicht

Pflegeheime unterliegen gem. § 23 Wiener Sozialhilfegesetz (WSHG) der behördlichen Aufsicht. Diese soll periodisch durch die Landesregierung dahingehend erfolgen, inwieweit Führung und Ausstattung den technischen, organisatorischen, personellen und hygienischen Erfordernissen einer fachgerechten Sozialhilfe entsprechen. Diese Aufsicht hatte bis 25. September 2003 nach der Geschäftseinteilung der Stadt Wien (GEM) die Magistratsabteilung 47, danach die Magistratsabteilung 15 wahrzunehmen.

Diese behördliche Aufsicht nahm die Magistratsabteilung 47 mit der Begründung, dass die städtischen Pflegeheime wie Krankenhäuser geführt werden und demnach eine entsprechende Struktur im Bereich der Hygiene und der Qualitätssicherung bestehe, lediglich in den Heimen privater Rechtsträger wahr.

Als Folge von Anregungen des Rechnungshofes sagte der Stadtsenat im Dezember 2001 zu, die behördliche Aufsicht durch die Magistratsabteilung 47 sicherzustellen. Bis dahin nahm die Überprüfung bezüglich der Hygiene- und der Qualitätssicherung der Wiener Krankenanstaltenverbund selbst vor, da die Meinung bestanden hatte, dass die städtischen Pflegeheime wie Krankenhäuser geführt werden.

Nach vorangegangenen mündlichen Hinweisen beauftragte die amtsführende Stadträtin für „Gesundheits- und Spitalswesen“ die Magistratsabteilung 47 am 14. Jänner 2002 schriftlich mit der Überprüfung aller Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Brandsicherheit. Bezüglich der Qualitätssicherung wurden Gespräche zwischen der Magistratsabteilung 47 und dem Wiener Krankenanstaltenverbund geführt, wonach der Wiener Krankenanstaltenverbund die qualitätssichernden Maßnahmen im weiteren Sinn operativ beauftragen, die Magistratsabteilung 47 diese lediglich überwachen sollte.

Mit Schreiben vom 27. Juni 2002 teilte die amtsführende Stadträtin mit, dass sie diese zwischen Wiener Krankenanstaltenverbund und Magistratsabteilung 47 vereinbarte Vorgangsweise für nicht gesetzeskonform halte und verlangte, dass die städtischen Heime genauso wie die privaten Heime überprüft werden sollten.

Die Agenden der behördlichen Aufsicht über die öffentlichen und privaten Pflegeheime werden derzeit von einer im Aufbau begriffenen Organisationseinheit der MA15 wahrgenommen.

3.5. **Interne Aufsicht**

Obwohl von der amtsführenden Stadträtin Dr. Pittermann im Jänner 2002 ausdrücklich verlangt wurde, die Magistratsabteilung 47 möge Überprüfungen im Sinne des Wiener Sozialhilfegesetzes (WSHG) auch in den städtischen Pflegeheimen vornehmen, kann nicht gesagt werden, dass hier vorher ein prüffreier Raum bestanden hätte. Die Magistratsabteilung 47 und der Wiener Krankenanstaltenverbund vertraten bis dahin die Meinung, dass die städtischen Pflegeheime wie Krankenhäuser geführt würden und demnach die notwendigen Strukturen bezüglich Hygiene und Qualitätssicherung gesichert seien.

3.6. **Beschwerdemanagement**

Beschwerden langten bis zum Anlassfall bei den Pflegeinstitutionen selbst, den politischen und dem Magistrat zuzurechnenden Einrichtungen sowie bei der Patienten- und Volksanwaltschaft ein. Da die Beschwerden vielfach bei mehreren Stellen gleichzeitig eingegangen sind und jeweils weitergeleitet wurden, kam es zu Mehrfacherfassungen. Seitens des Kontrollamtes erging daher die Empfehlung, alle an den Wiener Krankenanstaltenverbund in unterschiedlichen Stellen einlangenden Beschwerden zentral zu erfassen. Diese Empfehlung wurde vom Wiener Krankenanstaltenverbund umgehend insofern aufgenommen, als künftig eine Anlaufstelle für Beschwerden eingerichtet wird, die auch die Gesamtkoordination bis zur Übermittlung der Antwort begleitet. Das Beschwerdemanagement und die Ansprechpersonen in den Häusern werden mit Aushang bekannt gegeben.

Als Sofortmaßnahmen auf Grund der Beschwerde des Sachwalters und der Prüfung durch die Magistratsabteilung 47 waren seitens des Wiener Krankenanstaltenverbundes zu verzeichnen:

- der Einsatz der Internen Revision
- zur Stärkung der Kontrollmaßnahmen die Bildung einer Kommission zur Überprüfung der Wahrnehmung der Aufsichtspflichten sowie
- Maßnahmen im Zusammenhang mit der Einrichtung des zentralen Beschwerdemanagements etc.

3.7. **Wiener Pflegeombudsmann**

Auf Initiative der amtsführenden Stadträtin für Gesundheits- und Spitalswesen wurde mit 1. Oktober 2003 die Einrichtung des „Wiener Pflegeombudsmanns“ geschaffen. Ziel war es, eine Anlaufstelle ausschließlich für die Probleme und Beschwerden im Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung älterer Personen einzurichten, die auch Anregungen für den Bereich der Altenpflege geben sollte. Diese Stelle befindet sich organisatorisch im Fonds „Soziales Wien“ und wird derzeit von Dr. Werner Vogt auf Grund eines Vertragsverhältnisses zum Fonds ausgeübt. Die insgesamt sieben MitarbeiterInnen des Pflegeombudsmannes sind Angestellte des Fonds.

Dr. Vogt erklärte als Zeuge der Kommission am 11. März 2004, dass sein Verständnis der Arbeit nicht die Kontrolltätigkeit sei, da es genügend Kontrollinstanzen gäbe.

Er versuche, Probleme zu sehen und Probleme zu lösen. Das waren bis zu seiner Einvernahme durch die Untersuchungskommission 426 Interventionsfälle die sich aus

Beschwerden, Anregungen und positiven Wahrnehmungen zusammensetzten. Davon konnten bereits 287 Fälle positiv abgeschlossen werden. Er gehe in Geriatriezentren, spreche mit den Pflegebedürftigen, dem Pflegepersonal und den Angehörigen und mache dabei auch Wahrnehmungen.

Aufgetretene Mängel seien lt. Dr. Vogt in erster Linie auf Personalmangel, Struktur- und Kommunikationsprobleme zwischen Patienten, Angehörigen und Pflegepersonal, aber auch auf die baulichen Gegebenheiten zurück zu führen. Diese Probleme seien zum Teil historisch gewachsen und jedenfalls nicht der amtsführenden Stadträtin anzulasten.

Der Pflegeombudsmann betonte vor der Kommission, dass lokalisierte Einzelfälle und Probleme im Zusammenarbeit mit den Betroffenen, der Stadträtin, dem Krankenanstaltenverbund, aber auch dem Patientenanwalt rasch gelöst werden konnten. Mit der auf Initiative der Stadträtin eingerichteten Pflegeombudsstelle seien Strukturen geschaffen worden, mit denen man aufgetretene Probleme rasch und effizient lösen könne.

Ausdrücklich positiv bewertete Dr. Vogt die von Bürgermeister Dr. Michael Häupl präsentierten Maßnahmen im Geriatriebereich (vgl. VI. Pkt. 4.5).

Von Bedeutung sei für Dr. Vogt aber auch die Behebung des Personalmangels. So sei eine Rückholung von ehemaligem Personal, aber auch der Einsatz von Pflegekräften aus dem Ausland notwendig. Allerdings seien dafür bürokratische Hürden – wie die einschränkende Regelung der Verdienstgrenze – abzubauen.

Insgesamt bestätigte Dr. Vogt die Aussagen der beiden vorliegenden Kontrollamtsberichte, dass es lokalisierte Einzelfälle und Probleme, aber keinen Pflegeskandal gegeben habe.

3.8. **Freiheitsbeschränkende Maßnahmen**

Als Resümee eines Arbeitskreises des Wiener Krankenanstaltenverbundes im Jahre 2000, der sich mit krankheitsbedingten „Freiheitseinschränkungen von PatientInnen“ befasste, wurde auf das Spannungsfeld zwischen dem Recht auf Freiheit und dem Grundbedürfnis der Sicherheit in körperlichen, geistigen, sozialen und ökonomischen Bereichen, das durch die handelnden Personen im Gesundheitsbereich gewährleistet werden müsse, hingewiesen. Über die zu treffenden Maßnahmen und deren

Dokumentation sei - unter Beachtung der Gesetze, Richtlinien und anerkannten Regeln der Fachkunde - zu entscheiden.

Im Jänner 2004 wurde vom Nationalrat ein Gesetzesvorschlag beschlossen, dass Freiheitsbeschränkungen, die voraussichtlich länger als 24 Stunden bzw. wiederholt erforderlich sind, nur unter Einhaltung fachgemäßer Standards unter möglicher Schonung der Bewohnerin/des Bewohners ausschließlich von einem Arzt angeordnet werden müssen. Bei Wegfall der Voraussetzungen müssten diese freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sofort aufgehoben werden. Der Gesetzesvorschlag sieht auch die Vertretung der Bewohnerin/des Bewohners bei der Wahrnehmung des Rechtes auf persönliche Freiheit durch einen Verein und die Möglichkeit einer gerichtlichen Überprüfung vor.

Die Behauptung von Frau Gemeinderätin Dr. Pilz, dass sie über Aussagen verfüge, dass medizinisch nicht notwendige Schlafmittel verabreicht oder dass PatientInnen ungewollt Medikamente verabreicht würden, konnte in der Kommission – weder bezüglich der Örtlichkeit der Vorfälle, noch hinsichtlich der Person des Anzeigers – konkretisiert werden.

Die MD-Interne Revision und Personalressourcensteuerung stellte in ihrem Bericht zum GZW – Pavillon 1 fest, dass Anhaltspunkte für gerichtlich strafbare Handlungen, insbesondere das Quälen oder Vernachlässigen wehrloser Personen nicht vorlagen. Der Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbundes, Dr. Hauke, erklärte als Zeuge ausdrücklich, dass ihm kein Fall eines Medikamentenmissbrauches bekannt geworden sei.

3.9. **Auffinden eines toten Patienten im GZW**

Das Auffinden eines toten Patienten am 1. Juni 2004 auf einem damals versperrt gehaltenen Dachboden des Pavillons 13 des GZW, war trotz gleichzeitig laufender WKAV-interner und polizeilicher Recherchen Gegenstand der Sitzung der U-Kommission vom 17. Juni 2004.

Dabei konnte seitens der Kommission mangels entsprechender abgeschlossener behördlicher und WKAV-interner Untersuchungen gesichert lediglich in Erfahrung gebracht werden, dass es sich bei dem Toten um einen in psychiatrischer Behandlung stehenden Patienten gehandelt hatte, der vorher bereits mehrmals abgängig gewesen war.

Die vom GZW hausintern veranlasste Suche nach dem abgängigen Patienten hatte

insofern kein Ergebnis gebracht, als die Dachböden grundsätzlich versperrt gehalten sind und daher nicht in die Suche einbezogen waren.

Darüber hinaus gab es im Pavillon13 zu diesem Zeitpunkt wegen umfassender baulicher Sanierungsarbeiten keinen Pflegebetrieb.

Die im GZW vorgegebenen Suchpläne wurden aufgrund dieses Vorfalles umgehend optimiert, wobei u.a. sichergestellt wird, dass in Zukunft jedenfalls bei der Suche nach abgängigen Patienten auch alle versperrt gehaltenen Räumlichkeiten in den Suchbereich einbezogen werden.

In diesem Zusammenhang wurde auch auf die anlässlich der Konstituierung getroffene grundsätzliche Feststellung des Vorsitzenden hingewiesen, dass es nicht Aufgabe der Untersuchungskommission sei, die zivil-, disziplinar- oder strafrechtliche Verantwortung einzelner Personen festzustellen (vgl. Pkt. IV dieses Berichtes).

4. Erkenntnisse aus den Untersuchungen der Kommission

Die Untersuchungskommission kommt bezüglich der im Antrag behaupteten „Gravierenden Missstände bei der Pflege von alten Personen und Personen mit Behinderung im „Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“ nach Anhörung der Zeuginnen und Einsicht in die vorgelegten Unterlagen zu folgenden Erkenntnissen:

4.1. Politische Vorgaben – Projekte

Wie aus den Zeugenaussagen sowie dem Bericht des Kontrollamtes KA-K-12/03 vom 5.März 2004 hervorgeht, hat die Stadt Wien innerhalb der letzten rd. 25 Jahre in einer Reihe von Kommissionen und durch von ihr in Auftrag gegebene Studien immer wieder Überlegungen zur Verbesserung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Betreuung alter Menschen angestellt, die auch in diversen Beschlüssen des Wiener Gemeinderates ihren Niederschlag fanden.

So wurde bereits 1989 die Spitalsreformkommission eingerichtet, die u.a. auch verschiedene Empfehlungen bezüglich Dezentralisierung und Regionalisierung von Einrichtungen und hinsichtlich der Entwicklung des Pflegedienstes abgab.

Mit Beschluss des Gemeinderates vom 29. April 1993 wurde der von einer gemeinderätlichen Kommission erstellte Bericht „Hilfe im hohen Alter“ angenommen und zugleich ein Programm für den weiteren Ausbau der gesundheitlichen und sozialen

Betreuung alter Menschen in Wien vorgelegt. Im Hinblick auf die stationäre Pflege und Betreuung sollten zusätzliche Pflegeplätze geschaffen, das Pflegeheim Lainz (nunmehr GZW) in ein modernes Pflegezentrum umgestaltet sowie weitere sozialmedizinische Zentren (SMZ) neben dem SMZ-Ost errichtet werden.

Der Wiener Krankenanstaltenverbund hat den Bericht „Hilfe im hohen Alter“ als Grundlage für die Weiterentwicklung der Geriatrie genommen. So wurden u.a. die Sozialmedizinischen Zentren Nord und Süd geschaffen. Schritte zur Umgestaltung des Pflegeheimes Lainz in ein modernes Pflegezentrum wurde durch die Einrichtung von Aufnahmestationen sowie eines Ambulanzentrums, eigene Einheiten für demente sowie langzeitbeatmete PatientInnen, eine Abteilung für orthopädische Rehabilitation und orthopädische Langzeitbetreuung gesetzt. Gleichzeitig mit dieser Differenzierung des Leistungsangebotes wurden und werden die einzelnen Pavillons saniert und die Anzahl der Betten reduziert. Insgesamt wurden zwischen 1.1.1989 und 1.Jänner 2004 im GZW 940 Betten abgebaut, eine weitere Bettenreduktion ist durch den Abbau der restlichen Sieben- und Achtbettzimmern praktisch abgeschlossen.

1995 wurde zur „Hilfe im hohen Alter“ vom zuständigen Gemeinderatsausschuss mit den Stimmen der SPÖ und FPÖ ein Zwischenbericht und 1998 mit den Stimmen der SPÖ, der ÖVP und des LIF ein Bericht über die getroffenen Maßnahmen beschlossen, in dem detailliert umgesetzte und eingeleitete Projekte dargestellt waren. Aus dem Protokoll der Gemeinderatssitzung vom 30.11.1998 ist darüber hinaus zu entnehmen, dass auch die Grünen mit der damals berichteten Vorgangsweise „*sehr einverstanden*“ waren.

Im November 2000 wurde das ÖBIG von der Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement und dem Wiener Krankenanstaltenverbund mit der Durchführung des Projektes „Wiener Pflegeheimplan“ beauftragt. Im Rahmen von Expertenworkshops erfolgten unter anderem die Definition von fünf Betreuungsgruppen sowie ein Leistungskatalog für pflegerische, ärztliche und therapeutische Angebote bzw. Leistungen sowie eine Prognose hinsichtlich der Pflegebetten.

Zur Begleitung der Strukturmaßnahmen im stationären und nichtstationären Bereich der geriatrischen Versorgung beschloss der Gemeinderat in seiner Sitzung vom 1. März 2002 die Einrichtung einer Kommission gem. § 59 Wiener Stadtverfassung. Diese gemeinderätliche Geriatriekommission sollte die Strukturreformen im stationären und nichtstationären Bereich der geriatrischen Versorgung unterstützen und bezügliche Anregungen geben. Themen der Beratungen dieser Kommission, die sich am 14. April

2002 konstituierte, waren u.a. das Pflegeheimgesetz, die baulichen Rahmenbedingungen in geriatrischen Einrichtungen, Personalangelegenheiten im Geriatriebereich bzw. die Mobilisierung von Pflegenden. In der Sitzung der Geriatriekommission vom 2. Juli 2003 erklärte der Pflegedirektor des GZW auf konkrete Befragung ausdrücklich, dass für eine sichere Pflege ausreichend Personal vorhanden sei.

4.2. Wesentliche Erkenntnisse auf Grund der Kontrollamtsberichte

In den beiden Kontrollamtsberichten (Beilage 3), die sich detailliert mit Struktur und Qualität des stationären geriatrischen Bereichs auseinandersetzen, wurde u.a. Folgendes festgestellt:

- Es geht um einzelne Fehlleistungen, von einem Pflegeskandal kann keine Rede sein.
- Das Kontrollamt konnte Unzulänglichkeiten in der pflegerischen Betreuung von BewohnerInnen „lediglich in wenigen (auf Teilbereiche beschränkten) Einzelfällen“ feststellen.
- Insgesamt kommt in den Kontrollamtsberichten zum Ausdruck, dass die erbrachte Pflegequalität überwiegend als sicher und angemessen beurteilt wird. Den Hinweisen des Kontrollamtes auf bestehende Mängel wurde vom Wiener Krankenanstaltenverbund unverzüglich nachgegangen, aufgetretene Unzulänglichkeiten wurden umgehend bereinigt.
- Qualitätsmängel in der Pflege sollen nicht beschönigt werden, aber das Kontrollamt weist auch darauf hin, dass rund 4.000 MitarbeiterInnen des Wiener Krankenanstaltenverbund im patientennahen Bereich tätig sind und jährlich rund 1,8 Mio. Pflage Tage mit einer hohen Anzahl an Pflegeleistungen bzw. sozialen Interaktionen erbringen.
- Kritik am Spitalsmanagement wird insofern geübt, indem festgehalten wird, dass die vom Gemeinderat beschlossenen Standardanhebungen nicht im erforderlichen Umfang umgesetzt wurden.
- Dem Kontrollamtsbericht ist auch zu entnehmen, dass von der amtsführenden Stadträtin für Gesundheit und Sozialwesen, Dr. Elisabeth Pittermann, verfügt

worden war, die behördliche Aufsichtspflicht über private als auch über städtische Heime durch die Magistratsabteilung 47 wahrzunehmen.

- Häufig wurden Mängel in der Pflegedokumentation festgestellt. Die bisher getrennt geführten Dokumentationen von Ärzten und Pflegern sollen deshalb zusammengeführt werden. Dadurch wird auch wertvolle Zeit für die PatientInnen gewonnen.
- Das Kontrollamt empfahl auch, zur Qualitätssicherung im Pflegebereich ein verbindliches internes Kontrollsystem im Bereich des Wiener Krankenanstaltenverbundes zu erarbeiten. Gleichzeitig sollen im Wiener Krankenanstaltenverbund alle in den unterschiedlichsten Stellen einlangende Beschwerden zentral erfasst und einer strukturierten Analyse unterzogen werden, um organisationsbedingte Mängel zu erkennen und diese abstellen zu können.

4.3. Umsetzung des Programms „Hilfe im hohen Alter“

Bezüglich der Umsetzung des im April 1993 vom Gemeinderat beschlossenen Programms „Hilfe im hohen Alter“ sind insbesondere folgende wesentliche Akzente zu nennen:

- Neubau der 2001 bzw. 2003 in Betrieb genommenen Geriatriezentren „Nord“ und „Süd“ mit mehr als 300 Betten
- laufende Umgestaltung des GZW (Aufnahmestationen, Ambulanzzentrum, orthopädische Rehabilitation und Langzeitbehandlung etc. bei Aufrechterhaltung des notwendigen Pflegebetriebes.
- Bettenabbau im GZW - zwischen 1989 und 2004 konnten alleine im GZW 940 Betten abgebaut werden
- Hebung des Pflegeschlüssels von 44 PflegerInnen (1993) auf 63 PflegerInnen pro 100 PatientInnen in den darauffolgenden Jahren.
- Anhebung des Personalstandes im GZW innerhalb von 11 Jahren um 41 Prozent bei gleichzeitiger Reduktion des Bettenstandes um fast 20 Prozent

- Neben der Generalsanierung des Pflegeheimes Sanatoriumsstraße und vielen Qualitätsverbesserungen in den anderen Pflegeeinrichtungen der Stadt Wien, wurde auch die Errichtung privater Pflegeeinrichtungen gefördert
- Projekt „Wiener Pflegeheimplan“ (2000)
- Einsetzung der Geriatriekommission im Jahre 2002

Auf das bereits unter VI. Pkt. 4.1 ausgeführte Abstimmungsverhalten zu den Berichten „Pflege im hohen Alter“ in den Jahren 1995 und 1998 wird in diesem Zusammenhang neuerlich hingewiesen.

Dass die Qualität der Pflege auch international anerkannt wird, zeigt die bereits viermalige Verleihung des renommierten Preises „Helix Award“ für Pflēgetätigkeiten an das GZW 1994, das GZL 1998, Klosterneuburg 1998 und neuerlich das GZW 2002.

Vizebürgermeister Rieder erklärte schließlich, dass er das Programm „Hilfe im hohen Alter“ anlässlich des Schlussberichtes im Jahre 1998 zu insgesamt rd. 80 Prozent als umgesetzt angesehen habe.

4.4. Reaktionen nach Bekanntwerden der behaupteten Missstände

Sofort nach Kenntnis des Prüfberichtes der Magistratsabteilung 47 und der öffentlich gewordenen Anschuldigungen und Behauptungen leiteten insbesondere der Bürgermeister mit der Beauftragung des Kontrollamtes, die amtsführende Stadträtin mit Weisungen an den Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbundes und die Generaloberin aber auch der Magistratsdirektor mit seinem Prüfauftrag an die MD-Interne Revision und Personalressourcensteuerung umgehend Prüfvorgänge ein.

Neben diesen gezielt verlangten Überprüfungen fanden auch innerhalb des Wiener Krankenanstaltenverbundes unmittelbar nach Bekanntwerden der Vorwürfe selbständig Prüfhandlungen seitens der kollegialen Führung statt.

Seitens des Kontrollamtes und der MD-Interne Revision und Personalressourcensteuerung wurden anlässlich ihrer Prüfungen auch externe Sachverständige beigezogen.

Es wurden somit umgehend effiziente Maßnahmen zur Klärung der behaupteten Vorwürfe

gesetzt, wobei insbesondere die Installation des Pflegeombudsmannes durch die amtsführende Stadträtin erwähnt werden muss.

4.5. Perspektiven und Zielvorgaben

Obwohl die Stadt Wien, wie die Untersuchungen der Kommission insgesamt zeigten, über eine hohe Qualität und hohe Standards im Gesundheits- und Geriatriebereich verfügt, zeigte insbesondere die in diesem Zusammenhang geführte öffentliche Diskussion, dass die Betreuung und Pflege von älteren und hilfsbedürftigen Menschen ein wichtiges gesellschaftspolitisches Anliegen ist und als Folge des gesellschaftlichen Wertewandels nach einer grundlegenden Reform verlangt. Diesem Wertewandel soll insbesondere durch die von Bürgermeister Dr. Häupl initiierte Pflegeoffensive 2010 entsprochen werden.

Gegenstand der „Wiener Zielvorgaben 2010“ sind :

- **Pflege die nach Hause kommt**

Vorrangig sind dabei die Verstärkung der Bemühung, die Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Wohnumgebung zu belassen. Dazu ist es auch nötig, die Errichtung von gemischten Wohn- und Betreuungsformen, dezentrale geriatrische Tageszentren sowie die mobile Pflege zu forcieren. Für das Jahr 2004 wurden bereits 3,5 Mio. Heimhilfestunden und 550.000 Hauskrankenpflegestunden vereinbart, für die rd. € 120 Mio. veranschlagt sind.

- **Ausbau der Kooperation mit dezentralen, privaten Einrichtungen**

Das Ziel des Ausbaus der Kooperation mit privaten Einrichtungen ist es, das derzeit gegebene Bettenverhältnis von 2:1 zwischen Wiener Krankenanstaltenverbund und privaten Trägern bis zum Jahr 2010 zumindest umzukehren. Der Ausbau der Kooperation mit privaten Einrichtungen hat die Beibehaltung der Gesamtkapazität der Pflegebetten bzw. mittelfristig deren Steigerung zum Ziel. Erklärtes Ziel ist es, wie Bürgermeister Dr. Häupl erklärte, dass auch in Zukunft jeder und jede Pflegebedürftige in Wien einen Pflegeplatz findet, der auch leistbar ist.

- **Hochspezialisierte Einrichtungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes**

Der Wiener Krankenanstaltenverbund soll sich demnach in Hinkunft auf hochspezialisierte, medizinisch und pflegerisch intensive Leistungen konzentrieren. Dazu soll eine eigene Organisationseinheit im Wiener Krankenanstaltenverbund

gegründet werden, deren Aufgabe es ist, Abläufe und Rahmenbedingungen der Pflege und des Pflegepersonals zu optimieren. Im Zuge der Umsetzung dieser Aufträge sollen die städtischen Pflegeeinrichtungen in einer eigenen Betriebsform, unter gesamtverantwortlicher Führung, zusammengefasst werden.

- **Erleichterungen für die Pflegerinnen und Pflege im Wiener Krankenanstaltenverbund**

Durch die Ermöglichung von Jobrotation und flexible neue Arbeitsmodelle (nicht ausschließlich starre 12-Stundenschichten) soll das Burnout-Syndrom vermieden werden.

Die Aus- und Weiterbildung der Pflegekräfte soll stärker als bisher auf die besonderen Belastungen der geriatrischen Pflege orientiert sein.

Die Pflegedokumentation muss rasch und unbürokratisch zu erledigen sein, damit dem Pflegepersonal so viel Zeit wie möglich für die Pflege verbleibt.

Im Zuge der Optimierung des Geriatriebereiches erscheinen folgende Forderungen an den Bund unverzichtbar:

- **Die Anerkennung der Pflege als Sozialversicherungsleistung,** damit die hohen medizinischen und therapeutischen Leistungen in den Pflegeheimen nicht ausschließlich durch das Pflegegeld und Sozialleistungen der Stadt finanziert werden muss.
- **Erhöhung des Pflegegeldes**
Obwohl das durchschnittliche Lebensalter ständig ansteigt, und damit die benötigten Leistungen kontinuierlich steigen, wurde das Pflegegeld seit 1996 nicht mehr erhöht.
- **Verankerung der medizinische Hauskrankenpflege im ASVG**
Medizinische Hauskrankenpflege wird derzeit nur unter äußerst restriktiven Rahmenbedingungen bezahlt. Diese Einschränkung entspricht den modernen Möglichkeiten der Hauskrankenpflege nicht mehr und stellt ein Hindernis für die angestrebten und wünschenswerten Bemühungen dar, die Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Wohnumgebung zu belassen.

○ **Keine Verringerung der Wohnbauförderungsmittel**

Die in Rede stehende Verringerung der Wohnbauförderungsmittel würde sich nachhaltig negativ auf den Ausbau von betreuten Wohnformen auswirken.

○ **Lockerung der restriktiven gesetzlichen Vorgaben bei der Beschäftigung ausländischer Fachkräfte**

Ein Hauptgrund für den aktuellen Personalmangel im Pflegebereich stellen die gesetzlichen Vorgaben bei der Beschäftigung dringend benötigter ausländischer Pflegekräfte dar.

5. Konklusion

Nach den Zeugenaussagen konnte für die vorher behaupteten und wie die Untersuchungen der Kommission ergaben - lediglich zum Teil bestätigten Pflegemängel - insofern keine politische Verantwortung festgestellt werden, als die vereinzelt vorgefundenen Mängel den politisch Verantwortlichen einerseits nicht bekannt waren und es andererseits nach Bekanntwerden der Vorwürfe zu umgehenden und umfassenden Untersuchungen kam und auch effiziente Maßnahmen gesetzt wurden. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Politik die Rahmenbedingungen vorgab, während die operative Umsetzung jedoch vom Wiener Krankenanstaltenverbund zu verantworten ist. Für die festgestellten einzelnen Fehlleistungen bestanden klare Verantwortlichkeiten innerhalb des Wiener Krankenanstaltenverbundes.

Die bestehenden Kontrollkompetenzen gewährleisteten eine durchgängige Kontrolle in den geriatrischen Einrichtungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes. Ein kontrollfreier Zeitraum lag auch vor dem durch die amtsführende Stadträtin Dr. Pittermann veranlassten Tätigwerden der Magistratsabteilung 47 nicht vor.

Wie auch die Prüfergebnisse zeigten (Kontrollamt und MD-Interne Revision und Personalressourcensteuerung), bestanden zwar einzelne Pflegemängel, dass ein Pflegeskandal vorgelegen habe, wurde jedoch ausdrücklich als unzutreffend bezeichnet.

Einzelne Mängel wurden bestätigt, für andere Vorwürfe - wie zum Beispiel das zwangsweise Anlegen von Inkontinenzprodukten sowie die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten zur „Ruhestellung“ – fanden sich keine Beweise.

Eine sichere Pflege war jederzeit gewährleistet, die vorgesehenen Pflegemaßnahmen wurden durchgeführt (tägliche Ganzkörperwaschung; Baden). Konkret ergab die Aussage verschiedener ZeugInnen allerdings, dass die Pflegedokumentationen nicht in zweckmäßiger Weise und auch nicht vollständig geführt waren.

Die verschiedenen Nachkontrollen zeigten durchwegs einen gepflegten Zustand der BewohnerInnen bzw. der PatientInnen sowie der Räumlichkeiten.

Mit dem von der amtsführenden Stadträtin Dr. Pittermann geschaffenen Pflegeombudsmann, der patientInnenorientiert tätig ist, wurde eine zusätzliche Struktur geschaffen, mit der auftretende Probleme rascher und effizienter lösbar sind.

Hinweise auf strafrechtliche Tatbestände brachten weder die Berichte des Kontrollamtes, der MD-Interne Revision und Personalressourcensteuerung, noch die ZeugInnenbefragungen. Lediglich Gemeinderätin Dr. Pilz behauptete seit Herbst 2003 Kenntnis von strafrechtlich relevanten Vorkommnissen zu haben, hatte darüber jedoch die Staatsanwaltschaft nicht informiert. Aus der von ihr der Untersuchungskommission vorgelegten eidesstattlichen Erklärung einer Person, die lediglich als XY ausgewiesen wurde, konnte weder auf die Beschwerdeführerin/den Beschwerdeführer noch auf die Örtlichkeit der Vorkommnisse geschlossen werden.

Disziplinarrechtliche Schritte im Zusammenhang mit den aufgezeigten Mängeln wurden eingeleitet.

Das Fehlen von notwendigem Pflegepersonal ist jedenfalls nicht wienspezifisch, sondern stellt europaweit ein Problem dar. Die Aufnahme dringend benötigter ausländischer Fachkräfte kann wegen der restriktiven gesetzlichen Vorgaben der Bundesregierung nicht erfolgen. Insgesamt war es jedoch seit 1993 möglich, die Personalsituation durch den Abbau von Betten und die im Rahmen des Möglichen forcierte Aufnahme von Pflegepersonal zu mildern.

Die in der Vergangenheit gegebene Auslastung der Betten, die bis zu 100 % betragen hatte, macht verständlich, dass eine radikale Absystemisierung der Bettenanzahl pro Zimmer - insbesondere in den älteren Anstalten, in denen 70 Prozent der Pflegepersonen untergebracht waren – eine Gefährdung bei der Versorgungssituation der pflegebedürftigen Menschen mit sich gebracht hätte.

Durch einen gesellschaftlichen Wertewandel sind die Leistungsansprüche im Geriatriebereich in den letzten Jahren gestiegen. Dieser Entwicklung trägt die Stadt Wien mit der Vorstellung der Pflegeoffensive 2010 Rechnung. Grundsätzlich hat Bürgermeister Dr. Häupl neben der Zusicherung der Bereitstellung der notwendigen Mittel (Pflegermilliarde) auf die Bedeutung des Ausbaus der Pflege zu Hause und neue betreute Wohnformen hingewiesen. Er erachtete es als wichtig, die Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung zu behalten und ihnen dort eine adäquate Pflege zukommen zu lassen. Die Stadt wird deshalb die Einrichtung dieser Wohnformen, auch in Kooperation mit Privaten, forcieren. Zu diesem Zweck ist auch der Einsatz von Mitteln der Wohnbauförderung von großer Bedeutung und eine Kürzung dieser Mittel – wie sie derzeit auf Bundesebene diskutiert wird – keineswegs tragbar. Mit der Wiener Pflegeoffensive 2010 soll eine umfangreiche Geriatriereform der Stadt umgesetzt werden. Ziel wird es sein, möglichst bedarfsorientierte Zimmer mit möglichst geringem Belag zu schaffen, allerdings muss man auch individuell auf die Bedürfnisse und Wünsche der Menschen eingehen. Im Rahmen der Geriatriekommission wird bis Juni 2004 ein Bericht erarbeitet.

VII. Beschlussfassung der Untersuchungskommission über die Berichterstattung an den Gemeinderat, Wahl des Berichterstatters

In der Sitzung vom 24. Juni 2004 beschloss die Kommission mehrheitlich/einstimmig den Antrag auf Vorlage ihres Berichtes an den Gemeinderat.

Zum Berichterstatter/Berichterstatterin wurde mehrheitlich/einstimmig GR
gewählt.

VIII. Antrag auf Kenntnisnahme des Berichtes

Antrag
an den Wiener Gemeinderat

Der vorliegende Bericht der Untersuchungskommission betreffend „Gravierende Missstände bei der Pflege von alten Personen und Personen mit Behinderung im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“ wird zur Kenntnis genommen.

IX. Beilagen / Unterlagen:

- 1) Antrag vom 29.9.2003
- 2) Beschlussprotokolle
- 3) Kontrollamtsberichte

Der Kommission standen darüber hinaus die in den Beschlussprotokollen angeführten Unterlagen für die Beweiswürdigung zur Verfügung.