KONTROLLAMT DER STADT WIEN
Rathausstraße 9
A-1082 Wien

Tel.: 01 4000 82829 Fax: 01 4000 99 82810
e-mail: post@kontrollamt.wien.gv.at
www.kontrollamt.wien.at
DVR: 0000191

KA - K-22/06

Geschäftsgruppen für Gesundheit und Soziales sowie für Bildung, Jugend, Information und Sport, Prüfung der Versorgung von entwicklungsgefährdeten und entwicklungsgestörten Kindern und Jugendlichen sowie psychosomatisch und/oder psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen

Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a WStV

vom 15. Dezember 2006

Tätigkeitsbericht 2008

KURZFASSUNG

Aus Anlass eines 44 Fragen umfassenden Prüfersuchens hat das Kontrollamt die Versorgung von entwicklungsgefährdeten und entwicklungsgestörten sowie psychosomatisch und/oder psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen in Wien einer Einschau unterzogen. Im jeweiligen Wirkungsbereich der prüfungsrelevanten Geschäftsgruppen für Gesundheit und Soziales (GGS) sowie für Bildung, Jugend, Information und Sport (GIS) erbrachten eigene und zahlreiche geförderte Einrichtungen der Stadt Wien auf Grund unterschiedlicher Rechtsgrundlagen diagnostische und therapeutische Leistungen sowie Förderungs- und Unterstützungsleistungen für die genannten Zielgruppen.

Die von der Stadt Wien im Rahmen der Behindertenhilfe/Frühförderung, Gesundheit und Jugendwohlfahrt geförderten ambulanten Einrichtungen waren großteils Vertragseinrichtungen der Sozialversicherung und daher der extramuralen ärztlichen, therapeutischen, psychologischen und psychosozialen Versorgung zurechenbar. Darüber hinaus hielt die Stadt Wien auf Grundlage des Wiener Risikokinderprogrammes und im Rahmen der Kindertagesbetreuung entsprechende ambulante Einrichtungen vor. Im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 konnten bei einer Reihe dieser Einrichtungen z.T. mehrmonatige Wartezeiten und punktuell auch Aufnahmesperren festgestellt werden, weshalb nicht von einem bedarfsgerechten Leistungsangebot - insbesondere im therapeutischen Bereich - ausgegangen werden konnte. Hinsichtlich des weiteren Ausbaues dieses Versorgungsbereiches wurde ein akkordiertes Vorgehen mit der Sozialversicherung empfohlen.

Für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen wurde von der Stadt Wien auf Grund unterschiedlicher Rechtsmaterien die Inanspruchnahme vielfältiger Einrichtungen gewährt. In diesem Zusammenhang waren insbesondere die sozialtherapeutischen Einrichtungen, die Kindergarten(Hort-)plätze für Kinder mit Entwicklungsrückstand, die Maßnahmen mit rehabilitativem Charakter im Rahmen der Behindertenhilfe sowie die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe hervorzuheben. Der Bedarfsdeckungsgrad war in den einzelnen Versorgungsbereichen unterschiedlich ausge-

prägt. Zur Weiterentwicklung der genannten Bereiche erschien im Hinblick auf allfällige Kompetenzüberschneidungen eine Zusammenarbeit aller für die Leistungserbringung zuständigen Institutionen notwendig.

Das stationäre Angebot im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Wien war im Betrachtungszeitraum auf zwei Krankenanstalten der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund" (KAV) konzentriert. Auf Grund der räumlichen und z.T. personellen Ausstattung waren die beiden kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht in ihrer Möglichkeit zur Akutversorgung eingeschränkt, wodurch eine partielle Mitversorgung von Minderjährigen durch psychiatrische Abteilungen des Erwachsenenalters erforderlich war. Vom KAV wurden ab dem Jahr 2007 personelle und bauliche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation gesetzt. Eine bedarfsdeckende stationäre und tagesklinische kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung kann erst mit der Schaffung zusätzlicher Kapazitäten erreicht werden.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung 11
1.1 Begriffsdefinitionen 11
1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen und Versorgungszuständigkeiten 14
1.3 Geprüfte Einrichtungen in den beiden Geschäftsgruppen 16
2. Eigene und geförderte (extramurale) ambulante Einrichtungen der Stadt Wien 17
2.1 Ambulante Einrichtungen der Magistratsabteilung 15 19
2.1.1 Einleitung 19
2.1.2 Stellen für Entwicklungsdiagnostik 19
2.2 Geförderte Einrichtungen des FSW 26
2.2.1 Einleitung 26
2.2.2 Wiener Ambulatorien des Vereines "Vereinigung zugunsten körper- und mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher für Wien, NÖ und das Burgenland" (VKKJ) 27
2.2.3 Zentrum für Entwicklungsförderung (ZEF) der Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH (FÖBE GmbH) 32
2.2.4 Mobile Frühförderung (MFF) der FÖBE GmbH 37
2.2.5 Mobile und ambulante Frühförderung des Vereines Contrast 41
2.2.6 MFF des Österreichischen Hilfswerks für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte (ÖHTB) 44
2.3 Abteilung Jugend- und Behindertenpsychiatrie mit Autismuszentrum des PSD 46
2.3.1 Einleitung 46
2.3.2 Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik 47
2.4 Ambulante Einrichtungen der Magistratsabteilung 10 51
2.4.1 Einleitung 51
2.4.2 FB MEF einschließlich der Ambulanzen für Entwicklungsförderung 51
2.5 Ambulante und geförderte Einrichtungen der Magistratsabteilung 11 57
2.5.1 Einleitung 57
2.5.2 Dezernat 4 - Psychologischer Dienst der Magistratsabteilung 11 58
2.5.3 Institut für Erziehungshilfe 59

2.6 Zusammenfassung und Feststellungen 64
3. Einrichtungen zur Langzeittherapie bzw. für Kinder und Jugendliche mit speziellen Bedürfnissen 71
3.1 Einzeleinweisungen in sozialtherapeutische/heilpädagogische Einrichtungen 71
3.1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen 72
3.1.2 Einzelverträge für Minderjährige mit sozialtherapeutischem Betreuungsaufwand 72
3.1.3 Wohnplätze für Minderjährige mit sozialtherapeutischem Betreuungsaufwand 74
3.1.4 Wartefristen bei Einzeleinweisungen 75
3.1.5 Abgrenzung der Zuständigkeiten bzgl. der Hilfen zur Unterbringung von Minderjährigen mit Behinderungen 78
3.1.6 Feststellungen des Kontrollamtes 79
3.2 Heilpädagogische Versorgung 81
3.2.1 Grundsätzliches 81
3.2.2 Heilpädagogische Leistungen in den von der Prüfung umfassten Einrichtungen . 82
3.2.3 Feststellungen des Kontrollamtes 83
3.3 Kindergarten(Hort-)plätze für Kinder mit Entwicklungsrückstand 83
3.3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen 83
3.3.2 Integrationsplätze und heilpädagogische Kindertagesheimplätze in Wien 84
3.3.3 Inanspruchnahme von Integrationsplätzen und heilpädagogischen Plätzen der Magistratsabteilung 10 85
3.3.4 Wartezeiten auf Unterbringung in Integrationsgruppen und heilpädagogischen Gruppen 87
3.3.5 Feststellungen des Kontrollamtes 89
3.4 Kinder und Jugendliche mit Schulverweigerung 90
3.4.1 Einleitung 90
3.4.2 Einrichtungen im Bereich des Wiener Stadtschulrates 92
3.4.3 Einrichtungen im Bereich der Jugendwohlfahrt 93
3.4.4 Schulheim Gaaden 94
3.4.5 Einrichtungen des Gesundheitswesens 95
3.4.6 Feststellungen des Kontrollamtes 97
3.5 Aufsuchende Betreuung 98
3.5.1 Einleitung 98

3.5.2 Aufsuchende Betreuung durch der GIS zugehörige Einrichtungen 98
3.5.3 Aufsuchende Betreuung durch der GGS zugehörige bzw. zurechenbare Einrichtungen.....99
3.5.4 Feststellungen des Kontrollamtes.....101
3.6 Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit speziellen Bedürfnissen im Bereich der Stadt Wien.....101
3.6.1 Definition und Abgrenzung 101
3.6.2 Rehabilitative Leistungen in versorgungsrelevanten Krankenanstalten des KAV 105
3.6.3 Maßnahmen mit rehabilitativem Charakter in vom FSW geförderten Einrichtungen.....108
3.6.4 Feststellungen des Kontrollamtes.....113
3.7 Spezielle Angebote für psychisch/psychiatrisch auffällige minderjährige Migrantinnen bzw. Migranten sowie Flüchtlinge 115
3.7.1 Einleitung.....115
3.7.2 Spezielle Angebote für Minderjährige im Rahmen der Grundversorgung.....116
3.7.3 Spezielle Angebote in den in die Prüfung einbezogenen Einrichtungen.....119
3.7.4 Feststellungen des Kontrollamtes.....120
3.8 Mittel der Stadt Wien für Jugendliche im Strafvollzug.....121
3.8.1 Rechtliche Grundlagen 121
3.8.2 Berührungspunkte zu den geprüften Geschäftsgruppen 123
3.8.3 Feststellungen des Kontrollamtes.....124
3.9 Einrichtungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Drogensucht ...124
3.9.1 Allgemeines 124
3.9.2 Organisation der Drogenhilfseinrichtungen in Wien.....127
3.9.3 Einrichtungen für sozial desintegrierte Gruppen.....128
3.9.4 Niederschwellige Einrichtungen.....130
3.9.5 Ambulante Einrichtungen.....131
3.9.6 Stationäre Einrichtungen 134
3.9.7 Feststellungen des Kontrollamtes.....136
3.10 Sozialarbeit für Kinder und Jugendliche mit besonderer Problematik.....139
3.10.1 Definition und Abgrenzung 139

3.10.2 Sozialarbeit im Bereich der Magistratsabteilung 11 139
3.10.3 Sozialarbeit im Bereich des KAV 143
3.10.4 Sozialarbeit im Bereich des FSW 145
3.10.5 Sozialarbeit im Bereich der Magistratsabteilung 15 146
3.10.6 Sozialarbeit im Bereich der Magistratsabteilung 13 147
3.10.7 Feststellungen des Kontrollamtes 148
4. Stationäre (intramurale) Einrichtungen der Stadt Wien 151
4.1 Entwicklung des stationären und tagesklinischen Angebotes im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie des KAV 151
4.1.1 Entwicklung der Bettenkapazitäten der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Jahren 2002 bis 2007 151
4.1.2 Aktuelle und geplante Entwicklungen des Bettenangebotes für die Kinder- und Jugendpsychiatrie im KAV 155
4.1.3 Vorgaben in den Wiener Krankenanstaltenplänen 156
4.1.4 Feststellungen des Kontrollamtes 157
4.2 Infrastrukturelle und personelle Ausstattung der kinder- und jugend-psychiatrischen Abteilungen des KAV 158
4.2.1 Grundsätzliches 159
4.2.2 Räumliche und infrastrukturelle Ausstattung 160
4.2.3 Personalausstattung und -qualifikation in den Jahren 2002 bis 2007 162
4.2.4 Feststellungen des Kontrollamtes 167
4.3 Eignung der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen des KAV im Hinblick auf das UbG 170
4.3.1 Rechtliche Grundlagen 170
4.3.2 UbG-relevante Ressourcenausstattung 172
4.3.3 Feststellungen des Kontrollamtes 173
4.4 Stationäre Aufnahme von Minderjährigen in den psychiatrischen Abteilungen des KAV 175
4.4.1 Partielle Mitversorgung von Minderjährigen durch die psychiatrischen Abteilungen des KAV 175
4.4.2 Stationäre Aufenthalte von Minderjährigen in den psychiatrischen Abteilungen des KAV in den Jahren 2002 bis 2007 177

4.4.3 Diagnosen und Aufenthaltsdauer von den in den psychiatrischen Abteilungen des KAV stationär aufgenommenen Minderjährigen 179
4.4.4 Dokumentierte Beschwerden hinsichtlich der stationären Aufnahmen von Minderjährigen in den psychiatrischen Abteilungen 181
4.4.5 Feststellungen des Kontrollamtes 181
4.5 Bedarfsdeckung des stationären und tagesklinischen Angebotes 183
4.5.1 Einleitung 183
4.5.2 Leistungsentwicklung und Aufnahmepraxis 184
4.5.3 Bedarfsdeckung durch die kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen des KAV 188
4.5.4 Bedarfsplanung der stationären und tagesklinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Wien 189
4.5.5 Feststellungen des Kontrollamtes 191
5. Allgemeine Fragen 193
5.1 Kinder- und jugendpsychosomatische Versorgung im Bereich des KAV 193
5.1.1 Generelle Überlegungen zum Aufbau der Psychosomatik in Österreich 193
5.1.2 Planungsvorgaben zur psychosomatischen Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen 194
5.1.3 Psychosomatisches Angebot für Säuglinge, Kinder und Jugendliche im WIL 195
5.1.4 Psychosomatisches Angebot für Kinder und Jugendliche im AKH 196
5.1.5 Feststellungen des Kontrollamtes 197
5.2 Statistische Materialien und Planung 198
5.2.1 Leistungs- und Diagnosendokumentation in den geprüften Einrichtungen 199
5.2.2 Gesundheitsberichterstattung sowie Gesundheits- und Sozialplanung 201
5.2.3 RSG Wien 202
5.2.4 Feststellungen des Kontrollamtes 204
5.3 Regionale Versorgungsgerechtigkeit 205
5.3.1 Grundsätzliches 205
5.3.2 Stationäre und tagesklinische kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung 206
5.3.3 Ambulante und mobile (außerstationäre) kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung 208

5.3.4 Ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen....210
5.3.5 Feststellungen des Kontrollamtes....211
5.4 Projekt "Kinder- und Jugendneuropsychiatrische Versorgung in Wien"....213
5.4.1 Projektbeauftragung und Projektzwischenbericht (Februar 2004)....214
5.4.2 Teilprojekt "AKH - Strukturen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung"....215
5.4.3 Teilprojekt "Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime - Strukturen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung"....216
5.4.4 Feststellungen des Kontrollamtes....219

Anhang

ALLGEMEINE HINWEISE....221
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS....222

PRÜFUNGSERGEBNIS

Der Grüne Klub im Rathaus richtete am 15. Dezember 2006 ein Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a Wiener Stadtverfassung (WStV) an das Kontrollamt, die Versorgung von entwicklungsgefährdeten und entwicklungsgestörten Kindern und Jugendlichen sowie psychosomatisch und/oder psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen in der GGS sowie in der GIS einer Prüfung zu unterziehen, wobei in diesem Zusammenhang insgesamt 44 Fragen einer Klärung zugeführt werden sollten.

In der Begründung zum gegenständlichen Prüfersuchen wurde angeführt, dass sich Eltern von entwicklungsgefährdeten/entwicklungsgestörten und/oder psychisch/psychiatrisch erkrankten Kindern, die therapeutische und/oder psychiatrische Hilfe benötigen, in Wien auf eine lange Durststrecke einstellen könnten. Die Wartezeiten für Diagnose und noch mehr für therapeutische Hilfen würden enorm und häufig mit hohen Kosten verbunden sein. Für diese Gruppe von Kindern und Jugendlichen gäbe es in Wien große Versorgungsdefizite.

Hinsichtlich des niedergelassenen Bereiches wurde ausgeführt, dass nur zwei psychiatrische Fachärztinnen bzw. -ärzte mit Kassenvertrag - die speziell Kinder behandeln - zur Verfügung stünden und alle anderen Fachärztinnen bzw. -ärzte privat zu bezahlen seien. Da man international für eine ausreichende Versorgung von einer Fachärztin bzw. einem -arzt auf 200.000 EinwohnerInnen ausgehe, fehlten allein in Wien sieben Fachärztinnen bzw. -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Kassenvertrag. Bei den anderen Berufsgruppen, die zur Versorgung dieser Kinder und Jugendlichen notwendig sind, würde die Situation nicht besser aussehen.

Was die Einrichtungen und Ambulanzen der Gemeinde Wien, die Kinder und Jugendliche ohne Kosten diagnostizieren und behandeln, betrifft, wurde festgehalten, dass diese enorme Wartezeiten bzw. Aufnahmesperren auf unbestimmte Zeit hätten. Auch auf von der Sozialversicherung bezahlte Therapien bestünden genauso wie für heilpädagogische Angebote jahrelange Wartezeiten. Im Übrigen würden zwar in den letzten

Jahren kostenlose Kinderpsychotherapien bei niedergelassenen Therapeutinnen bzw. Therapeuten angeboten, allerdings wären auch hier die Wartezeiten auf einen Therapieplatz enorm.

Der Aufbau des vorliegenden Prüfberichtes orientierte sich grundsätzlich am gegenständlichen - in vier Themenbereiche gegliederten - Prüfersuchen. Aus prüfungstechnischen Gründen oder infolge thematischer Überschneidungen war es allerdings zweckmäßig, einzelne Fragestellungen im Rahmen eines anderen Berichtsabschnittes zu behandeln bzw. innerhalb eines Berichtsabschnittes umzureihen.

Der eigentlichen Fragenbeantwortung in den Berichtsabschnitten 2 bis 5 wurde ein Einleitungskapitel vorangestellt, das Grundsätzliches in Bezug auf den Prüfungsgegenstand enthält. Dazu zählen im Besonderen die Erläuterung prüfungsrelevanter Begriffsdefinitionen sowie eine überblicksweise Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen der zu behandelnden Querschnittsmaterie und die Festlegung der daraus ableitbaren zu prüfenden Einrichtungen in den GGS sowie GIS. Auf die Zuständigkeit der Stadt Wien in diesen Versorgungsbereichen und auf Aspekte der Finanzierung wurde dabei ebenfalls Bedacht genommen.

Die zur Abwicklung des Prüfersuchens erforderlichen Erhebungen erfolgten im Wesentlichen in den ersten drei Quartalen des Jahres 2008. Bei jenen Fragestellungen, in deren Rahmen eine Entwicklung anhand eines Fünfjahresvergleiches (2002 bis 2006) darzustellen war, wurde der Überprüfungszeitraum aus Aktualitätsgründen um ein Jahr auf das Jahr 2007 ausgeweitet. Ebenso wurde auf neueste Entwicklungen im Jahr 2008 eingegangen. Auf bisherige Berichte des Kontrollamtes, die Berührungspunkte zu der Thematik des Prüfersuchens aufweisen, wurde in den jeweiligen Berichtsabschnitten Bezug genommen.

1. Einleitung

1.1 Begriffsdefinitionen

Im Zuge der Überprüfung der Gebarung der Stadt Wien in der Versorgung von entwicklungsgefährdeten und entwicklungsgestörten Kindern und Jugendlichen sowie psy-

chosomatisch und/oder psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen waren im Vorfeld einige Begriffsdefinitionen und Abgrenzungen zu treffen.

Einer Begriffsdefinition des Arbeitskreises "Herausforderungen in der Pädiatrie" der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) zufolge können unter entwicklungsgefährdeten und entwicklungsgestörten Kindern grundsätzlich chronisch kranke Kinder, Kinder mit Behinderung, Kinder mit (krankhaften) psychischen Störungen sowie Kinder, die auf Grund einer hohen Risikosituation von einer solchen Störung bedroht sind, verstanden werden. In der Fachliteratur werden diese Kinder auch als "Kinder mit besonderen Bedürfnissen" bezeichnet.

Im Gegensatz zur Entwicklungsgefährdung, bei der es Anhaltspunkte für eine mögliche bleibende Abweichung gibt, stellt eine Entwicklungsstörung bereits eine Abweichung mit Krankheitswert dar, die häufig zu einer mentalen Einschränkung führt. Gemäß der letztgültigen Fassung der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, dem so genannten ICD, beginnen Entwicklungsstörungen (F80-F89) ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit und betreffen u.a. die Sprache, die visuellräumlichen Fertigkeiten und die Bewegungskoordination. In der Gruppe der tief greifenden Entwicklungsstörungen werden z.B. der frühkindliche Autismus, der atypische Autismus oder das Rett-Syndrom genannt.

Nach einer allgemeinen Definition befasst sich die Kinder- und Jugendpsychosomatik mit der psychischen Situation von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit ihrer somatischen und sozialen Situation. Demgemäß gelten Kinder und Jugendliche als psychosomatisch krank, wenn sich z.B. seelische (psychische) Zustände, Probleme, aber auch schwer wiegende psychische Krankheiten durch körperliche (somatische) Beschwerden äußern. Im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychosomatik werden u.a. auch Essstörungen oder Störungen des Sozialverhaltens gemäß ICD behandelt, wobei aber lt. dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2006 (ÖSG 2006) bzw. dem Wiener Krankenanstaltenplan 2006 (WKAP 2006) klassische psychiatrische Erkrankungen vom Aufgabenbereich der Psychosomatik ausgenommen sind.

Das Aufgabengebiet des neuen Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst gemäß der Anlage 18 der Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 (ÄAO 2006) die Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von im Kindes- und Jugendalter auftretenden psychischen und psychosomatischen Krankheiten und Störungen sowie psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten einschließlich der psychiatrischen Behandlung von neurologischen Erkrankungen und entwicklungsbedingten psychischen Erkrankungen sowie die fachspezifische Begutachtung. Die in der ÄAO 2006 geregelte Umwandlung des bisherigen Additivfaches Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Sonderfächer Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie und Psychiatrie in ein eigenes Sonderfach trat mit 1. Februar 2007 in Kraft.

Klassische psychiatrische Erkrankungen, die sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen auftreten können, sind u.a. Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29), Affektive Störungen (F30-F39) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69) gemäß ICD.

Unter Kinder und Jugendliche werden - analog dem ÖSG 2006 - Personen bzw. Minderjährige bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (Volljährigkeitsgrenze) verstanden, wobei zu den Kindern jene bis zum 14. Lebensjahr und zu den Jugendlichen jene zwischen dem 15. und 18. Lebensjahr zählen.

Die vom Prüfersuchen angesprochenen Zielgruppen können also von einer größeren Zahl sehr unterschiedlicher Störungen und Krankheiten betroffen sein. Die Versorgung dieser Kinder und Jugendlichen obliegt daher - teilweise überlagernd - mehreren medizinischen und medizinisch-therapeutischen Fachdisziplinen, wie z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychosomatik, Kinder- und Jugendheilkunde, Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, sowohl im extramuralen (z.B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder selbstständige Ambulatorien) als auch im intramuralen Bereich (Akutkrankenanstalten).

Neben den Einrichtungen des Gesundheitswesens nehmen aber auch andere Bereiche gewisse Versorgungsaufgaben in Bezug auf die im Prüfersuchen genannten Zielgrup-

pen wahr. Dazu zählen im Besonderen der Frühförderbereich, die Behindertenhilfe, die Jugendwohlfahrt, die Kindertagesbetreuung sowie die Suchtkrankenhilfe. Angesichts der Vielzahl der in diesen Versorgungsbereichen tätigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens wird einem funktionierenden Nahtstellenmanagement im Sinn des ÖSG 2006 eine besondere Bedeutung beigemessen.

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen und Versorgungszuständigkeiten

Auf Grund des im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) geregelten Systems der Pflichtversicherung sind nahezu alle im Inland Erwerbstätigen und deren nahe Angehörigen kraft Gesetzes sozialversichert bzw. krankenversichert. Gemäß § 116 Abs. 1 ASVG hat die Krankenversicherung u.a. für den Versicherungsfall der Krankheit sowie für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation Vorsorge zu treffen. In Erfüllung dieser Aufgaben haben die SozialversicherungsträgerInnen insbesondere Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe) und erforderlichenfalls Anstaltspflege zu gewähren.

Nach dem Leistungsrecht des ASVG bzw. der einzelnen SozialversicherungsträgerInnen können die Versicherten die ärztliche Hilfe bei Vertragsärztinnen bzw. -ärzten, Wahlärztinnen bzw. -ärzten, Gruppenpraxen sowie bei Ärztinnen bzw. Ärzten in eigenen Einrichtungen (oder Vertragseinrichtungen) in Anspruch nehmen. Außerdem ist eine auf Grund ärztlicher Vorschreibung erforderliche physiotherapeutische, logopädisch-phoniatrisch-audiologische, ergotherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung der ärztlichen Hilfe gleichgestellt. Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist den Versicherten die Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer landesgesundheitsfonds-finanzierten Krankenanstalt zu gewähren. Im Anschluss an eine Krankenbehandlung ist es Ziel der medizinischen Rehabilitation, die Gesundheit soweit wiederherzustellen, dass eine Wiedereingliederung in das Alltagsleben möglich ist.

Gemäß den zwischen dem Bund und den Ländern jeweils abgeschlossenen Vereinbarungen gem. Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind mit den Zahlungen der SozialversicherungsträgerInnen an die Landesgesundheitsfonds alle Leistungen - insbesondere im

stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich - der landesgesundheitsfonds-finanzierten Krankenanstalten für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige zur Gänze abgegolten. Gleichzeitig wird die Erfüllung der Sachleistungsverpflichtung durch die vertragsgegenständlichen Krankenanstalten inkl. des jeweiligen medizinischen Standards von den Landesgesundheitsfonds im Namen der SozialversicherungsträgerInnen übernommen. In § 30 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 (Wr. KAG) ist weiters normiert, dass das Land Wien unter Bedachtnahme auf den Landeskrankenanstaltenplan zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege verpflichtet ist.

Was die Gesundheitsversorgung nicht sozialversicherter, sozial bedürftiger Personen anlangt, hat das Land Wien als Sozialhilfeträger nach Maßgabe der Bestimmungen des Wiener Sozialhilfegesetzes (WSHG) für die Kosten der Krankenhilfe (z.B. Heilbehandlung, Anstaltspflege) aufzukommen.

Als Zwischenergebnis war daher festzuhalten, dass die Gesundheitsversorgung von sozialversicherten Personen, die lt. einer Information des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger rd. 98 % der österreichischen Bevölkerung ausmachen, im extramuralen Bereich in die Zuständigkeit der Sozialversicherung und im intramuralen Bereich in die Zuständigkeit der Länder fällt. Die in der Begründung zum gegenständlichen Prüfersuchen angesprochenen vermeintlichen Versorgungsdefizite im niedergelassenen Bereich konnten daher auf Grund der fehlenden Zuständigkeit nicht der Stadt Wien zugerechnet werden.

Zusätzlich zum intramuralen Bereich (Akutkrankenanstalten) ergeben sich aber aus einer Reihe von Landesgesetzen bestimmte Versorgungsaufgaben im Hinblick auf die im Prüfersuchen genannten Zielgruppen, die eine Zuständigkeit des Landes bzw. der Stadt Wien festlegen. Im Besonderen sind hier das Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz 1990 (WrJWG 1990), das Wiener Behindertengesetz (WBHG) sowie das Wiener Kindertagesheimgesetz (WKTHG) zu nennen. Des Weiteren werden von der Stadt Wien auf Grund von politischen Programmen bzw. Vorgaben, wie z.B. dem Wiener Risikokinderprogramm aus dem Jahr 1979, Leistungen zur Betreuung und Förderung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen vorgehalten.

1.3 Geprüfte Einrichtungen in den beiden Geschäftsgruppen

In einem nächsten Schritt hatte das Kontrollamt jene der GGS sowie der GIS zugehörigen Magistratsabteilungen bzw. zurechenbaren Einrichtungen in die gegenständliche Prüfung einzubeziehen, die Aufgaben in den prüfungsrelevanten Versorgungsbereichen wahrnehmen bzw. von den 44 Fragen betroffen sind und der Prüfzuständigkeit des Kontrollamtes unterliegen.

Ausgehend von den Begriffsdefinitionen sowie den rechtlichen Rahmenbedingungen erfolgte die Ermittlung der zu prüfenden Einrichtungen anhand der Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien (GEM) und der jeweiligen Statuten oder Satzungen von Einrichtungen der Gemeinde Wien bzw. gemeindenaher Einrichtungen (z.B. Fonds, Unternehmen). Von der Stadt Wien bzw. von gemeindenahen Einrichtungen geförderte externe Einrichtungen wurden dabei ebenfalls in die Betrachtung einbezogen. Die Prüfzuständigkeit des Kontrollamtes orientierte sich nach Maßgabe der Bestimmungen des § 73 WStV.

Demzufolge erstreckte sich die gegenständliche Prüfung in der GGS auf die Magistratsabteilung 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien, die Magistratsabteilung 24 - Gesundheits- und Sozialplanung, die Bereichsleitung für Strukturentwicklung sowie den KAV mit seinen Teilunternehmungen "Krankenanstalten der Stadt Wien" (TU 1) und "Allgemeines Krankenhaus - Universitätskliniken" (TU 2).

Darüber hinaus waren die im Weg der Magistratsabteilung 15 dotierten gemeindenahen Einrichtungen, nämlich der Fonds "Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien" (PSD), die Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH (SDW GmbH) mitsamt ihren geförderten Einrichtungen und der im Weg der Magistratsabteilung 40 - Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht dotierte Fonds Soziales Wien (FSW) mitsamt seinen geförderten Einrichtungen im Bereich Frühförderung in die Einschau einzubeziehen.

In der GIS betraf die gegenständliche Prüfung die Magistratsabteilung 10 - Wiener Kindergärten, die Magistratsabteilung 11 - Amt für Jugend und Familie sowie die Magis-

tratsabteilung 13 - Bildung und außerschulische Jugendbetreuung. Je nach Fragestellung wurden auch geförderte externe Einrichtungen dieser Magistratsabteilungen (z.B. das im Weg der Magistratsabteilung 11 geförderte Institut für Erziehungshilfe) in die Prüfung aufgenommen.

2. Eigene und geförderte (extramurale) ambulante Einrichtungen der Stadt Wien

Nach Auskunft von Fachleuten und betroffenen Eltern bestehen an sämtlichen ambulanten Einrichtungen der Gemeinde Wien, die auf dem Gebiet von entwicklungsgefährdeten/entwicklungsgestörten Kindern und Jugendlichen sowie psychosomatisch und/oder psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen tätig sind, unzumutbar lange Wartezeiten, bzw. Aufnahmesperren auf unbestimmte Zeit. Hinsichtlich der Erfordernis eines wirtschaftlichen und zweckmäßigen Mitteleinsatzes sind insbesondere folgende Fragestellungen zu beantworten:

Frage 1.1: Wie lange sind die Aufnahmesperren bzw. Wartezeiten in den einzelnen Einrichtungen?

Frage 1.2: Wie haben sich die Wartezeiten/Aufnahmesperren in den letzten 5 Jahren entwickelt?

Frage 1.3: Welches Klientel (vor allem hinsichtlich Altersstruktur, Familieneinkommen, Diagnose) ist davon wie stark betroffen?

Frage 1.4: Entspricht die Personalausstattung dieser Einrichtungen hinsichtlich Qualifikation und Quantität den internationalen Vorgaben und den Bedarfsanforderungen in Wien?

Frage 1.5: Wie hat sich die Personalausstattung dieser Einrichtungen hinsichtlich Qualifikation und Quantität in den letzten 5 Jahren entwickelt (Vollzeitäquivalente)?

Frage 1.6: Welches fachliche Angebot an Diagnostik und Therapie wird in diesen Einrichtungen abgedeckt?

Frage 1.7: Welche Auswahlkriterien gibt es - bei der bestehenden Ressourcenknappheit in den Einrichtungen - für die Vergabe von Therapieplätzen?

Frage 1.8: Wohin werden Eltern/Kinder von den Einrichtungen verwiesen, die lange Wartezeiten bzw. Aufnahmesperren auf unbestimmte Zeit haben?

Frage 1.9: Wird von den Einrichtungen die Anzahl der abgewiesenen Eltern/Kinder dokumentiert und in einem strukturierten Prozedere regelmäßig an die zuständigen StadträtInnen bzw. Magistratsabteilungen der Stadt Wien bzw. dem FSW gemeldet?

Frage 1.10: Wie viele Eltern, Kinder und Jugendliche wurden in den letzten 5 Jahren in den einzelnen Einrichtungen betreut und entspricht dieses Verhältnis der vorgesehenen Auslastung, Frequenz und dem vorhandenen Personalstand?

Frage 1.11: Werden in den Einrichtungen der Gemeinde Wien Behandlungs- bzw. Beratungseinheiten angeboten, die von den KlientInnen privat zu bezahlen sind und von den TherapeutInnen privat vereinnahmt werden?

Frage 4.3: Welche ambulanten Angebote bestehen in den Frühförderzentren und decken sie den Bedarf?

Die in diesem Berichtsabschnitt einbezogenen Magistratsabteilungen und gemeindenahen Einrichtungen wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit jeweils nach dem gleichen Schema abgehandelt. Im Anschluss an die Darstellung der rechtlichen Grundlagen ihres Tätigwerdens wurden die von ihnen geführten oder geförderten (extramuralen) ambulanten Einrichtungen nach denselben Themenbereichen - und zwar Grundsätzliches, Leistungsangebot, Personalausstattung, Leistungsentwicklung, Wartezeiten und Aufnahmesperren sowie Vergabe von Therapie- bzw. Betreuungsplätzen - aufbereitet. Im Pkt. 2.6 des vorliegenden Berichtes wurden schließlich die Erhebungsergebnisse in der Reihenfolge der Fragestellungen einer zusammenfassenden Betrachtung unterzogen und daraus allfällige Feststellungen und Empfehlungen abgeleitet.

In Beantwortung der gegenständlichen Fragestellungen des Prüfersuchens nahm das Kontrollamt hinsichtlich jener geprüften ambulanten Einrichtungen, die als (nicht bettenführende) Krankenanstalten in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums gemäß Wr. KAG betrieben werden, auch Einschau in die diesbezüglichen Ergebnisse der sanitären Aufsicht. Im Übrigen wurde die Wahrnehmung der sanitären Aufsicht im Oktober 2007 von der ehemaligen Magistratsabteilung 15 - Gesundheitswesen und Soziales der Magistratsabteilung 40 und der nunmehrigen Magistratsabteilung 15 übertragen.

2.1 Ambulante Einrichtungen der Magistratsabteilung 15

2.1.1 Einleitung

Der Magistratsabteilung 15 obliegen gemäß der GEM u.a. die Führung und die Organisation der entwicklungsdiagnostischen Stellen, wobei in diesem Zusammenhang auf die Tätigkeitsberichte (TB) des Kontrollamtes (s. TB 2001, Magistratsabteilung 15, Prüfung der Ambulanzen für Entwicklungsdiagnostik, und TB 2006, Magistratsabteilung 15, Ambulanzen für Entwicklungsdiagnostik, Nachprüfung zum Tätigkeitsbericht des Jahres 2001) zu verweisen war.

2.1.2 Stellen für Entwicklungsdiagnostik

2.1.2.1 Von der Magistratsabteilung 15 werden zwei - ehemals als Ambulanzen bezeichnete - Stellen für Entwicklungsdiagnostik geführt, u.zw. eine im 10. Wiener Gemeindebezirk (ED 10) und eine im 18. Wiener Gemeindebezirk (ED 18). Aufgabe dieser Einrichtungen ist es, Entwicklungsuntersuchungen von Säuglingen und Kindern von null bis sechs Jahren vorzunehmen, um möglichst früh Entwicklungsverzögerungen oder -störungen zu erkennen. Neben den von niedergelassenen Kinderfachärztinnen und -ärzten, Ärztinnen und Ärzten von Elternberatungsstellen sowie Kindergärten zugewiesenen Kindern werden insbesondere jene unter das Wiener Risikokinderprogramm - dieses wird seit dem Jahr 1979 angeboten und durchgeführt - fallende Kinder einer Entwicklungsdiagnostik und gegebenenfalls einer Therapie unterzogen. Hiebei werden Eltern all jener Neugeborenen, bei denen während der Schwangerschaft oder rund um die Geburt ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsauffälligkeiten besteht, schriftlich zu Entwicklungsuntersuchungen an eine der beiden Stellen eingeladen.

Bereits im o.a. TB 2001 war u.a. empfohlen worden, diese beiden Stellen als private Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien gemäß Wr. KAG bewilligen zu lassen, zumal dort sowohl Untersuchungen als auch Behandlungen von Kindern durchgeführt werden. Da dieser Empfehlung seitens der ehemaligen Magistratsabteilung 15 nicht entsprochen wurde, sah sich das Kontrollamt auch im Zuge der Nachprüfung im Jahr 2006 dazu veranlasst, diese neuerlich zu bekräftigen. Wie die Erhebungen anlässlich des gegenständlichen Prüfersuchens ergaben, wurde in der ersten Jahreshälfte 2007 vor dem Hintergrund der Organisationsänderung im Rahmen des Projektes MA-MED (Herauslösung des medizinischen Bereiches aus der ehemaligen

Magistratsabteilung 15) auch ein Konzept zum Leistungsangebot der Stellen für Entwicklungsdiagnostik - in Form einer Variantenanalyse - erarbeitet. Unter Einbeziehung der diesbezüglichen Erkenntnisse waren die Überlegungen der nunmehrigen Magistratsabteilung 15 im Hinblick auf eine gesamthafte Lösung in diesem Versorgungsbereich zum Zeitpunkt der Beendigung der Einschau noch im Gang.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 15:
Im Rahmen der Neustrukturierung der Magistratsabteilung 15 wurde die Entwicklungsdiagnostik mit Oktober 2008 in eine eigene Organisationseinheit innerhalb der Abteilung übergeführt, womit der eigenständige Leistungsbereich der Entwicklungsdiagnostik abgebildet wird. Die Grundlage für eine Festlegung der künftigen strukturellen Verankerung wird im Rahmen einer im Herbst 2008 konstituierten Arbeitsgruppe unter Einbeziehung verschiedener LeistungsträgerInnen der Stadt Wien entwickelt. Dabei wird der Grundsatz der Einbindung in ein Gesamtversorgungskonzept für Wien verfolgt, das die Abstimmung der Leistungen im Sinn einer bedarfsgerechten, niederschwelligen Versorgung ermöglicht.

Die Finanzierung dieser Stellen erfolgt ausschließlich aus dem Budget der Stadt Wien, da - u.a. mangels einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung - weder ein Vertrag mit den Sozialversicherungsträgerinnen bzw. -trägern besteht, noch von den Patientinnen und Patienten Beiträge für die diagnostischen und therapeutischen Leistungen eingehoben werden. Privat zu bezahlende Untersuchungs-, Behandlungs- und Betreuungsleistungen würden lt. Auskunft der Magistratsabteilung 15 in den Räumlichkeiten der entwicklungsdiagnostischen Stellen nicht angeboten.

2.1.2.2 Im Rahmen einer ganzheitlichen Entwicklungsdiagnostik werden neben ärztlichen und klinisch-psychologischen Untersuchungen, Abklärungen und Beratungen anhand der festgestellten Diagnosen auch Behandlungen in Form unterschiedlichster Therapien (Einzel-, Langzeit- und Gruppentherapien) für die Klientinnen und Klienten durchgeführt.

Während nach dem "Produktkatalog Entwicklungsdiagnostik" der Magistratsabteilung 15 das ärztliche Leistungsspektrum eine kinderärztliche entwicklungsneurologische Diagnostik umfasst, werden in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht ergotherapeutische, physiotherapeutische, psychologische und logopädische Behandlungen angeboten. Bis Herbst 2007 wurden in der ED 10 auch sonder- und heilpädagogische Leistungen durchgeführt.

2.1.2.3 Die Personalausstattung der Stellen für Entwicklungsdiagnostik entwickelte sich in den Jahren 2002 bis 2007 - geordnet nach Berufs- bzw. Qualifikationsgruppen - wie folgt:

Personalstand zum 31. Dezember in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Fachärztinnen und -ärzte	1,28	0,86	0,64	1,16	1,15	1,75
Psychologinnen und Psychologen	2,65	2,65	2,65	2,15	2,65	1,90
Physiotherapeutinnen und -therapeuten	2,25	1,75	1,75	2,25	2,25	2,25
Ergotherapeutinnen und -therapeuten	1,50	1,00	1,00	1,50	1,50	1,50
Logopädinnen und Logopäden	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,13
Sonder- und Heilpädagoginnen und -pädagogen	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	-
Kanzleibedienstete	4,00	4,00	4,00	3,00	3,00	2,50
Summe	13,23	11,81	11,59	11,61	12,10	11,03

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, stiegen die ärztlichen Personalkapazitäten nach einem deutlichen Rückgang in den Jahren 2003 und 2004, der auf Pensionierungen zurückzuführen war, wieder an und erreichten im Jahr 2007 den höchsten Stand des Betrachtungszeitraumes. Auf Grund der Reduktion der Wochenstundenverpflichtung einer Psychologin und des Auslaufens eines befristeten Vertrages einer anderen Mitarbeiterin kam es im Jahr 2007 zum niedrigsten Personalstand im gesamten Betrachtungszeitraum bei der genannten Berufsgruppe. Die Zahl der Kanzleibediensteten war ab dem Jahr 2005 ebenfalls rückläufig, während die Personalstände anderer Berufsgruppen im Betrachtungszeitraum nahezu unverändert blieben.

Was die Qualifikation der MitarbeiterInnen der Stellen für Entwicklungsdiagnostik betrifft, legte die Magistratsabteilung 15 diesbezügliche Anforderungen für dort tätige Berufsgruppen in den jeweiligen Funktionsprofilen fest.

2.1.2.4 Das Kontrollamt hatte in dem im Pkt. 2.1.1 zitierten TB 2006 bereits Kritik an den mangelhaften und wenig aussagekräftigen Leistungsaufzeichnungen in den Stellen für Entwicklungsdiagnostik geübt. Gemäß den diesbezüglichen Äußerungen der ehemaligen Magistratsabteilung 15 sowie der nunmehrigen Magistratsabteilung 15 gem. § 5 Abs. 5 Geschäftsordnung für den Magistrat der Stadt Wien, Anhang 1, Sonderbestimmungen für das Kontrollamt wäre ein EDV-Programm zur Datenerfassung und Auswertung erarbeitet und implementiert worden.

Die Erhebungen des Kontrollamtes zum gegenständlichen Prüfersuchen zeigten, dass diese seit dem Frühjahr 2007 den beiden Stellen zur Verfügung stehende EDV-Applikation lediglich in der ED 10 ohne technische Probleme funktionierte, während sie in der ED 18 die Datenerfassung nur in einem sehr eingeschränkten Ausmaß ermöglichte. Überdies sah diese Anwendung noch keine standardisierten Auswertungen vor. Das Kontrollamt ersuchte daraufhin die Magistratsabteilung 15 eine Datenauswertung vorzunehmen, die - neben der Leistungsentwicklung des Jahres 2007 - auch auf die im Prüfersuchen angesprochenen Fragestellungen hinsichtlich Wartezeiten sowie Ab- und Überweisungen Bezug nehmen sollte. Die Magistratsabteilung 15 konnte aus personellen und technischen Gründen diesem Ersuchen nur z.T. nachkommen.

Laut den diesbezüglichen Ausführungen der Magistratsabteilung 15 wäre das technische Problem in der ED 18 mittlerweile behoben und ein Großteil der Daten für das gesamte Jahr 2007 rückwirkend nacherfasst worden. Somit lägen die Daten der ED 18 zu rd. 80 % vor. Auf Basis dieses Datenbestandes waren im Jahr 2007 in beiden Stellen 602 Kinder betreut bzw. behandelt worden. Davon unterlagen 329 Kinder dem Wiener Risikokinderprogramm, während 273 Kinder zugewiesen waren. Bedingt durch das Wiener Risikokinderprogramm war hinsichtlich der Altersstruktur der Großteil der im Jahr 2007 betreuten Kinder (rd. 61 %) unter einem Jahr alt, während das Alter der übrigen Kinder zwischen einem Jahr und sechs Jahren lag. Die Auswertung über die Anzahl der in beiden Stellen im Jahr 2007 durchgeführten Betreuungen bzw. Behandlungen (Diagnostik, Kontrollen sowie Therapien) - aufgeteilt nach Berufsgruppen - war zum Prüfungszeitpunkt noch nicht vollständig abgeschlossen.

Um eine Leistungsentwicklung über den Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 darstellen zu können, griff das Kontrollamt auf die nach wie vor in Verwendung stehenden händischen Statistikaufzeichnungen der Magistratsabteilung 15 zurück. Demnach entwickelten sich die Leistungen in beiden Stellen für Entwicklungsdiagnostik im Betrachtungszeitraum - differenziert nach Leistungsbereichen - wie folgt:

Anzahl der diagnostischen und therapeutischen Leistungen	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Fachärztliche Untersuchungen gesamt	2.328	2.094	1.240	1.775	1.385	1.370
davon fachärztliche Untersuchungen Risikokinder	1.571	1.418	752	986	745	602
davon fachärztliche Untersuchungen zugewiesene Kinder	757	676	488	789	640	768
Psychologische Leistungen	2.353	1.820	1.914	2.037	2.034	1.713
Physiotherapeutische Leistungen	1.921	1.738	1.202	1.471	1.680	1.465
Ergotherapeutische Leistungen	1.279	1.067	903	975	897	1.147
Logopädische Leistungen	610	944	967	976	830	699
Sonder- und heilpädagogische Leistungen	454	465	350	427	448	293
Gruppentherapeutische Leistungen	400	432	293	309	748	776
Leistungen gesamt	9.345	8.560	6.869	7.970	8.022	7.463

Insgesamt betrachtet waren die Leistungen der ED 10 und der ED 18 rückläufig. Da die ärztlichen Kapazitäten - wie im Pkt. 2.1.2.3 bereits erwähnt - in der zweiten Hälfte des Jahres 2003 und zu Anfang des Jahres 2004 stark zurückgingen, sank auch die Anzahl der in diesen Jahren erbrachten diesbezüglichen Leistungen. Nach einem Leistungsanstieg im Jahr 2005 reduzierten sich trotz gleich gebliebenem bzw. gestiegenem Personalstand die ärztlichen Leistungen erneut, was von der Magistratsabteilung 15 mit einer deutlichen Qualitätsanhebung bei den Erst- und Kontrolluntersuchungen, die mit einem gestiegenen Zeitaufwand einherging, erklärt wurde.

Die z.T. nicht mit den in der Tabelle (s. Pkt. 2.1.2.3) dargestellten personellen Veränderungen bei den Psychologinnen bzw. Psychologen, Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten, Ergotherapeutinnen bzw. -therapeuten und Logopädinnen bzw. Logopäden konform gehenden Leistungsveränderungen beruhten lt. Angaben der Magistratsabteilung 15 u.a. auf der in der ED 10 angebotenen Gruppentherapie, die den ausübenden Berufsgruppen jedoch statistisch nicht zugeordnet wurde. Darüber hinaus konnten einzelne Dienstposten unterjährig über Monate nicht nachbesetzt worden.

Da seitens der Magistratsabteilung 15 keine erkennbaren Umsetzungsschritte hinsichtlich künftiger Entwicklungen bzgl. der beiden Stellen gesetzt worden waren, konnte

auch keine zielgerichtete Leistungsplanung erfolgen. Des Weiteren wäre auch allein auf Grund der wenig aussagekräftigen händischen Leistungsaufzeichnungen - z.B. fehlten die Anzahl der Patientinnen und Patienten sowie Daten hinsichtlich der Häufigkeit der Leistungsinanspruchnahme - kein Abgleich mit eventuellen Zielparametern möglich gewesen.

2.1.2.5 Die im Betrachtungszeitraum händisch geführten Statistiken der ED 10 und der ED 18 enthielten keine Angaben über Wartezeiten. Mit der im Frühjahr 2007 in beiden Stellen eingerichteten EDV-Applikation wurden zwar u.a. Terminvereinbarungen erfasst, Auswertungen über Wartezeiten zur konkreten Diagnostik und Therapie waren aber nicht vorgesehen. Auch aus einem von der Magistratsabteilung 15 auf Ersuchen des Kontrollamtes angestellten Versuch, auf Basis der vorhandenen Daten diesbezügliche Auswertungen zu generieren, konnte kein aussagekräftiges Ergebnis abgeleitet werden.

Auf Grund des Fehlens standardisierter Auswertemöglichkeiten in der EDV-Applikation sowie der Definition weiterer Parameter, wie z.B. Wartezeit von der Anmeldung zum Ersttermin, Überweisung an andere Institutionen etc., war der Nutzen dieser Anwendung hinsichtlich steuerungsrelevanter Maßnahmen der Magistratsabteilung 15 für das Kontrollamt nicht erkennbar.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 15:

Eine zielgerichtete Leistungsplanung ist - wie vom Kontrollamt zu Recht angemerkt - auf Basis der rein händisch geführten Leistungsaufzeichnung nur eingeschränkt möglich. Es wurde daher im Jahr 2007 eine EDV-Applikation für eine standardisierte Datenerfassung und Dokumentation entwickelt, die eine Grundlage für Leistungsauswertungen und weiterführende Leistungsplanung bieten soll. Eine Überprüfung auf zusätzlich notwendige Erfassungsparameter sowie die Erstellung eines Konzeptes für standardisierte Auswertungsmöglichkeiten wird derzeit mit der zuständigen EDV-Abteilung erarbeitet.

Eine seriöse und aussagekräftige händische Ermittlung der Wartezeiten auf der Grundlage von Patientinnen- und Patientenakten hätte die zur Verfügung stehende Erhebungszeit des Kontrollamtes bei Weitem überschritten.

In Anbetracht der bisherigen Ausführungen konnte daher keine überblicksweise Darstellung der im Zeitraum der Jahre 2002 bis 2007 aufgetretenen Wartezeiten erfolgen. Die nach Einschätzung der Magistratsabteilung 15 im Jänner 2008 bestandenen Wartezeiten in den beiden Stellen waren z.T. unterschiedlich lang und lagen gemäß einer dem Kontrollamt übermittelten Aufstellung - wie im Folgenden beispielhaft angeführt - innerhalb einer großen Brandbreite. So beliefen sich die Wartezeiten bei der psychologischen Diagnostik in der ED 10 hinsichtlich der unter das Wiener Risikokinderprogramm fallenden Kinder auf zwei bis vier Wochen und hinsichtlich der zugewiesenen Kinder auf zwei bis vier Monate, während die diesbezüglichen Wartezeiten in der ED 18 für beide Gruppen fünf bis sieben Monate betrugen. Auch bei den physiotherapeutischen Leistungen (Therapie und Diagnostik) lagen die Wartezeiten in der ED 10 bei jeweils drei Wochen, in der ED 18 hingegen bei jeweils ein bis zwei Monaten. Lediglich die Wartezeiten für Risikokinder auf eine fachärztliche Diagnostik bewegten sich in beiden Stellen zwischen zwei bis vier Wochen.

Die weit gehende Fokussierung auf das Wiener Risikokinderprogramm führte u.a. dazu, dass vor allem aus dem niedergelassenen Bereich zugewiesene Kinder z.T. weiterverwiesen werden mussten. So gäbe es lt. Auskunft der Magistratsabteilung 15 seit Juni 2006 in der ED 10 einen Aufnahmestopp für zugewiesene Kinder. Davon ausgenommen wären Zuweisungen seitens der Magistratsabteilung 11, ebenso von Multiproblemfamilien und von Kindern, deren Geschwister bereits in der Stelle betreut würden. Auch in der ED 18 wäre für einen Zeitraum von fünf Monaten im Herbst 2006 eine partielle Aufnahmesperre für zugewiesene Kinder verfügt worden, um das Wiener Risikokinderprogramm weiter durchführen zu können. Weiters hätten teilweise Postenbesetzungen mit sehr geringem Stundenausmaß, langfristige Absenzen auf Grund von Karenzurlauben sowie verzögerte Postennachbesetzungen bei einzelnen Berufsgruppen zu unterschiedlichen Wartezeiten beigetragen.

2.1.2.6 Laut Angabe der Magistratsabteilung 15 würde bei der Vergabe von Therapieplätzen eine Prioritätenreihung von Kindern nach dem Wiener Risikokinderprogramm, Kindern mit hochgradigen multifaktoriellen Entwicklungsgefährdungen, Kindern mit psychosozialem Risiko, Kindern nach Traumen und/oder krisenhaften Erlebnissen sowie Geschwisterkindern aus Multiproblemfamilien erfolgen.

Im Fall von Aufnahmesperren und Engpässen bei der therapeutischen Versorgung würden Überweisungen an andere Institutionen bzw. den niedergelassenen Bereich vorgenommen. Eine systematische Dokumentation derartiger Überweisungen erfolgte jedoch nicht.

2.2 Geförderte Einrichtungen des FSW

2.2.1 Einleitung

Nach seiner Satzung hat der gemeinnützige und im Weg der Magistratsabteilung 40 dotierte FSW u.a. die medizinische, psychische und soziale Beratung, Behandlung und Betreuung sowie die Rehabilitation und gesellschaftliche Integration von bedürftigen Menschen zum Ziel. Satzungsgemäß liegt eine Bedürftigkeit u.a. bei fortgeschrittenem Lebensalter, bei einer geistigen und/oder körperlichen Behinderung sowie bei einer psychischen Erkrankung vor. Zur Umsetzung seiner Ziele hat der FSW einen umfassenden Aufgabenkatalog, angefangen von der Bedarfsplanung über die Förderung und Bereitstellung von Maßnahmen bzw. Leistungen durch Dritte bis hin zur Dokumentation und Evaluation seiner Tätigkeit, zu erfüllen. Er wird dabei als Träger der Sozialhilfe im Sinn des WSHG sowie als Träger der Behindertenhilfe im Sinn des WBHG tätig.

Die Inanspruchnahme von Förderungsmitteln sowie die Anerkennung von Einrichtungen hat der FSW in allgemeinen und spezifischen Förderungsrichtlinien geregelt, wobei grundsätzlich zwischen der Förderung von Maßnahmen für Einzelpersonen (Subjektförderung) und der Förderung des Betriebes von Einrichtungen (Objektförderung) unterschieden wird. Auf Grundlage der "Spezifischen Förderrichtlinie der Wiener Behindertenhilfe inkl. Direktleistungen an Menschen mit Behinderung" gewährt der FSW der Gruppe der Menschen mit Behinderung u.a. individuelle Beratung und Begleitung, Entwicklungsförderung und Therapie. Davon ausgenommen sind Leistungen der Krankenversicherungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der SozialversicherungsträgerInnen.

Im Folgenden wurden jene vom FSW im Rahmen der Frühförderung unterstützten Einrichtungen dargestellt, die maßgebliche ambulante oder mobile Versorgungsaufgaben im Zusammenhang mit behinderten und entwicklungsverzögerten Kindern wahrnehmen. Ausgeklammert von dieser Betrachtung blieben allerdings jene vom FSW geförderten Einrichtungen mit einem geringfügigen oder nicht prüfungsrelevanten Leistungsumfang (z.B. Wiener Hilfswerk - Spielothek).

Anzumerken war, dass die nachfolgenden Ausführungen im Wesentlichen auf dem Ergebnis einer Fragebogenerhebung sowie einer anschließend vorgenommenen stichprobenweisen Einschau in den einzelnen Vertragseinrichtungen beruhen.

2.2.2 Wiener Ambulatorien des Vereines "Vereinigung zugunsten körper- und mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher für Wien, NÖ und das Burgenland" (VKKJ)

2.2.2.1 Der gemeinnützige Verein VKKJ betreibt - neben vier Standorten in Niederösterreich - vier selbstständige Ambulatorien gem. § 1 Abs. 3 Z. 7 Wr. KAG in Wien (im 10., 15., 17. und 21. Wiener Gemeindebezirk). Zweck dieser Ambulatorien ist es, ambulante Frühförderung für entwicklungsgefährdete, entwicklungsbeeinträchtigte und behinderte Kinder (bis zum Schuleintritt) und deren Familien sowie Heilbehandlungen für entwicklungsgefährdete, entwicklungsbeeinträchtigte und behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (Schuleintritt bis zum 18. Lebensjahr) und deren Familien durchzuführen.

Auf Grund eines zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem VKKJ abgeschlossenen Rahmenvertrages können Versicherte und deren anspruchsberechtigte Angehörige die in den Ambulatorien des Vereines angebotenen medizinischen Leistungen und Maßnahmen der Krankenbehandlung auf Rechnung der SozialversicherungsträgerInnen in Anspruch nehmen.

Mit den Förderungsmitteln des FSW werden dagegen die in diesen Ambulatorien erbrachten Förderungs- und Unterstützungsleistungen für bedürftige Kinder und deren Familien mit Wohnsitz in Wien abgegolten. Infolge der Anerkennung der vier Wiener Standorte des VKKJ durch den FSW erfolgte im Jänner 2008 eine Umstellung des bis-

herigen Förderungssystems der Objektförderung auf eine Subjektförderung. Was die Leistungen an Kindern mit Wohnsitz in Niederösterreich anlangt, verfügt der VKKJ ebenfalls über eine Finanzierungsvereinbarung mit dem Amt der Niederösterreichischen Landesregierung.

Hauptfinanzier der Wiener Ambulatorien des VKKJ ist der Hauptverband mit seinen Sozialversicherungsträgerinnen bzw. -trägern, da den Angaben der Geschäftsführung zufolge im Jahr 2007 die Gesamtaufwendungen der Wiener Ambulatorien zu 54 % aus den Einnahmen der SozialversicherungsträgerInnen und zu 38 % bzw. 8 % aus den Förderungsmitteln des FSW bzw. des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung abgedeckt wurden. Eigenbeiträge werden von den Patientinnen und Patienten nicht eingehoben. Darüber hinaus würden privat zu bezahlende Untersuchungs-, Behandlungs- und Betreuungsleistungen lt. Auskunft des Vereines in den Räumlichkeiten der Ambulatorien des VKKJ nicht angeboten.

2.2.2.2 Im Anschluss an die ärztlichen bzw. klinisch-psychologischen Erstuntersuchungen, denen im Bedarfsfall ein längerer Zeitraum des Beobachtens und Kennenlernens angeschlossen ("diagnostische Phase") ist, wird gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern des therapeutischen Teams und den Eltern die geeignetste Therapieform ausgewählt bzw. vereinbart. In den Wiener Ambulatorien des VKKJ steht folgendes Betreuungs- und Leistungsangebot zur Verfügung: Fachärztliche und psychologische Betreuung, Physiotherapie, Hippotherapie, Ergotherapie, Hilfsmitteltraining, Logopädie, Psychotherapie, Psychomotorik, Heilpädagogik, unterstützte Kommunikation, Musiktherapie, Rhythmik, Orthopädische- und Hilfsmittelberatung, Elternberatung, Familientherapie, interdisziplinäre Gruppentherapie und Sozialarbeit.

2.2.2.3 Die Personalausstattung der Wiener Ambulatorien des VKKJ entwickelte sich in den Jahren 2002 bis 2007 - geordnet nach Berufs- bzw. Qualifikationsgruppen - wie folgt:

Personalstand zum 31. Dezember in VZÄ	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Leitung	-	-	-	2,00	2,00	2,00
Fachärztinnen und -ärzte	-	-	-	7,50	7,70	7,70
Psychologinnen und Psychologen	-	-	-	9,50	10,00	9,25

Personalstand zum 31. Dezember in VZÄ	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Physiotherapeutinnen und -therapeuten	-	-	-	13,00	9,75	11,50
Ergotherapeutinnen und -therapeuten	-	-	-	7,00	6,75	7,25
Logopädinnen und Logopäden	-	-	-	6,75	6,50	6,25
Psychotherapeutinnen und -therapeuten	-	-	-	1,75	1,75	1,75
Frühförderinnen und -förderer	-	-	-	1,25	1,25	0,50
Musiktherapeutinnen und -therapeuten	-	-	-	5,50	4,50	4,25
RhythmikerInnen	-	-	-	2,75	2,75	2,75
Heilpädagoginnen und -pädagogen	-	-	-	1,25	1,25	1,26
Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen	-	-	-	0,50	0,50	0,50
Diplomierte SozialarbeiterInnen (DSA)	-	-	-	1,00	1,00	0,50
Sekretärinnen und Sekretäre	-	-	-	10,00	11,75	11,00
PC-unterstützte Kommunikation	-	-	-	0,70	0,70	0,70
HausarbeiterInnen	-	-	-	0,75	0,75	-
Summe	-	-	-	71,20	68,90	67,16

Auf Grund von organisatorischen Umstellungen im Personalwesen konnte der VKKJ für die Jahre 2002 bis 2004 keine entsprechenden Personaldaten zur Verfügung stellen. Laut Auskunft der Geschäftsführung sei aber die Personalausstattung in diesem Zeitraum sowohl hinsichtlich Quantität als auch Qualität mit jener der Folgejahre vergleichbar gewesen.

Der in den Jahren 2005 bis 2007 eingetretene Personalrückgang wäre nach Angaben der Geschäftsführung im Besonderen auf zwischenzeitliche Personalabgänge infolge des Antrittes von Elternkarenzen und auf Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung offener Stellen durch geeignete Fachkräfte zurückzuführen gewesen. Im Rahmen der konsiliarärztlichen Betreuung der Ambulatorien des VKKJ, welche in der Personalstatistik nicht ausgewiesen wurde, hätte der orthopädische Konsiliardienst im Jahr 2007 allerdings einen starken Anstieg verzeichnet.

Hinsichtlich der Personalqualifikation hat der VKKJ die im Rahmenvertrag mit dem Hauptverband sowie die in den Förderungsrichtlinien des FSW festgelegten Vorgaben einzuhalten. Demnach dürfen die in den Ambulatorien des VKKJ angebotenen Untersuchungen und Behandlungen ausschließlich durch berufsrechtlich befugte Personen erbracht werden, wobei auf regelmäßige Fortbildungsmaßnahmen zu achten ist. Darüber hinaus unterliegen die Wiener Ambulatorien des VKKJ als private Krankenanstalten in der Betriebsform von selbstständigen Ambulatorien dem Regime des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) bzw. des Wr. KAG und damit der

sanitären Aufsicht. Die Ergebnisse der in den Jahren 2002 bis 2007 durchgeführten sanitären Einschauen des Magistrats gaben hinsichtlich der Qualifikation des ärztlichen und des medizinisch-therapeutischen Personals keinen Anlass zu Beanstandungen.

2.2.2.4 Die Anzahl der im Betrachtungszeitraum in den vier Wiener Ambulatorien des VKKJ betreuten Kinder und Jugendlichen ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt; in Bezug auf das Jahr 2002 konnten seitens des Vereines keine entsprechenden Daten zur Verfügung gestellt werden.

Standorte des VKKJ in Wien	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Patientinnen und Patienten in Behandlung	-	3.557	3.530	3.615	3.717	3.584

Insgesamt betrachtet erhöhte sich die Anzahl der in Behandlung stehenden Patientinnen und Patienten von 3.557 im Jahr 2003 um 27 oder 0,8 % auf 3.584 im Jahr 2007, wobei im Jahr 2006 mit einer Gesamtsumme von 3.717 die meisten Patientinnen und Patienten innerhalb des Betrachtungszeitraumes betreut wurden. Die durchschnittliche ambulante Frequenz (Ambulanzbesuche je Patientin bzw. Patient) pro Quartal sei lt. Angaben des VKKJ in den Wiener Standorten von rd. 7,7 im Jahr 2004 auf rd. 7,3 im Jahr 2007 gesunken. Eine nach Leistungsangeboten differenzierte Leistungsstatistik konnte vom Verein mangels EDV-unterstützter Leistungserfassung nicht bereitgestellt werden.

Zu der im Jahresvergleich 2003/07 nahezu gleich bleibenden Leistungsentwicklung führte der VKKJ aus, dass es in den Wiener Ambulatorien aus Kapazitätsgründen zu keiner nachhaltigen Erweiterung bzw. Erhöhung der Patientinnen- und Patientenzahl gekommen wäre. Weiters hätte im Betrachtungszeitraum sowohl der diagnostische und therapeutische Aufwand als auch der organisatorische Betreuungsaufwand pro Patientin bzw. Patient auf Grund von komplexeren Krankheitsbildern und von neuen Untersuchungsmöglichkeiten sowie auf Grund des sozialen Status der betreuten Familien (sozial Schwache und Migrantinnen und Migranten) zugenommen. Die Ausfallsquote pro Patientin bzw. Patient (Behandlungsabbruch) hätte lt. Auskunft des VKKJ bei durchschnittlich 15 % gelegen und wäre u.a. auf akut auftretende Krankheiten oder auf mangelnde Termintreue der Klientinnen und Klienten zurückzuführen.

Von Seiten des VKKJ erfolgte keine Leistungsplanung bzgl. der vorgesehenen Auslastung bzw. der Frequenzen und des erforderlichen Personalstandes, sodass für den Betrachtungszeitraum eine Übereinstimmung der tatsächlichen mit einer geplanten Leistung nicht festgestellt werden konnte. Hingegen wurde im Rahmen der jährlichen Budgetierung eine Planung der Personal- und Sachaufwendungen durchgeführt, wobei sich die Leistungskapazitäten im Betrachtungszeitraum an die von den Finanziers zur Verfügung gestellten Mitteln orientierten.

2.2.2.5 Wie der VKKJ dem Kontrollamt gegenüber mitteilte, wäre es in den Jahren 2002 bis 2006 infolge von erheblichen Verlängerungen der Wartezeiten auf Diagnostik und Therapie zu wechselweisen Aufnahmesperren in einzelnen Leistungsbereichen gekommen. Seit dem Jahr 2007 wären die Wartefristen in einer Weise angestiegen, dass bestimmte medizinisch-therapeutische Leistungsbereiche (Ergo-, Logo- und Psychotherapie) von anhaltenden Aufnahmesperren betroffen waren.

Bedingt durch die starke Inanspruchnahme wären im Laufe des Jahres 2007 generelle Aufnahmesperren wechselweise für einzelne Ambulatorien verhängt worden. So wäre es z.B. in einem Ambulatorium seit Mitte des Jahres 2007 zu einer Aufnahmesperre (Neuaufnahmen) für Kinder ab dem sechsten Lebensjahr gekommen, die im Jahr 2008 auf Kinder ab dem dritten Lebensjahr ausgedehnt wurde. In Akutfällen wäre jedoch eine Aufhebung der Aufnahmesperre möglich.

Eine konkrete Darstellung der im Betrachtungszeitraum in den einzelnen Ambulatorien des VKKJ aufgetretenen Wartezeiten und Aufnahmesperren bzw. der davon betroffenen Klientinnen und Klienten war mangels entsprechender Dokumentation nicht möglich. Laut Auskunft des Vereines hätten sich aber die durchschnittlichen Wartezeiten bis zum tatsächlichen Therapiebeginn ab Mitte des Jahres 2007 auf sechs bis zwölf Monate verlängert.

Wie das Kontrollamt im Zuge seiner stichprobenweisen Einschau in einem Ambulatorium des VKKJ feststellte, betrug der Zeitraum zwischen dem Erstkontakt (Anmeldung) und dem Abschluss der ärztlichen Diagnose drei bis vier Monate. Die Wartezeiten von

der Diagnosefeststellung bis zum tatsächlichen Therapiebeginn, die anhand der von den einzelnen Therapiebereichen manuell geführten Aufnahme- und Zuweisungslisten überprüft wurden, bewegten sich in einer Bandbreite von vier bis zwölf Monaten.

2.2.2.6 Als Auswahlkriterien für die Vergabe von Therapieplätzen wurden vom VKKJ die medizinische Indikation und Dringlichkeit sowie die Wohnortnähe genannt. Darüber hinaus würden Säuglinge bis zu 18 Monaten und post-operative Patientinnen und Patienten bei der Therapieplatzvergabe vorgezogen werden.

Im Fall von langen Wartezeiten bzw. von Aufnahmesperren würden die Hilfe suchenden Familien zwecks Diagnostik an andere ambulante Einrichtungen des extra- und intramuralen Bereiches sowie bei speziellen Fragestellungen an andere Fachinstitutionen (z.B. Institut für Erziehungshilfe, die möwe Kinderschutzzentren) weiterverwiesen. Laut Auskunft des VKKJ würden zu Zeiten von Aufnahmesperren bis zu zehn potenzielle Klientinnen und Klienten pro Tag weiterverwiesen. Bezüglich der therapeutischen Leistungen erfolgten Weiterverweisungen vorwiegend in den niedergelassenen Bereich. Eine systematische Dokumentation sowie ein standardisiertes Berichtswesen hinsichtlich der weiterverwiesenen bzw. abgewiesenen Familien wurden von den Ambulatorien des VKKJ nicht geführt.

2.2.3 Zentrum für Entwicklungsförderung (ZEF) der Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH (FÖBE GmbH)

2.2.3.1 Die gemeinnützige FÖBE GmbH betreibt im 22. Wiener Gemeindebezirk ein selbstständiges Ambulatorium gem. § 1 Abs. 3 Z. 7 Wr. KAG mit der Bezeichnung ZEF. Zweck des ZEF ist es, Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensschwierigkeiten und Behinderungen bis zum sechsten Lebensjahr und deren Familien sowie Säuglinge und Kleinkinder mit Schlafproblemen, exzessivem Schreien, Fütter- und Gedeihstörungen sowie Trennungsproblemen zu betreuen, wobei der Versorgungsschwerpunkt auf Familien aus dem 2. und 22. Wiener Gemeindebezirk ausgerichtet ist.

Auf Grund eines zwischen der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und der FÖBE GmbH abgeschlossenen Vertrages, dem sich auch andere Sozialversicherungsträge-

rInnen angeschlossen haben, können Versicherte und deren anspruchsberechtigten Angehörigen die im ZEF angebotenen medizinischen Leistungen und Maßnahmen der Krankenbehandlung auf Rechnung der Kassen in Anspruch nehmen.

Mit den Förderungsmitteln des FSW werden dagegen die im ZEF erbrachten Förderungs- und Unterstützungsleistungen für bedürftige Kinder und deren Familien mit Wohnsitz in Wien abgegolten. Die Zuerkennung dieser Finanzmittel erfolgt im Rahmen einer jährlichen Objektförderung auf Grundlage der Förderungsrichtlinien des FSW. Was die Leistungen an Kindern mit Wohnsitz in Niederösterreich anlangt, verfügt das ZEF ebenfalls über eine Finanzierungsvereinbarung mit dem Amt der Niederösterreichischen Landesregierung.

Hauptfinanzier des ZEF ist der FSW, da den Angaben der Geschäftsführung zufolge im Jahr 2007 die Gesamtaufwendungen des Ambulatoriums zu 80 % aus den Förderungsmitteln des FSW und zu 17 % aus den Einnahmen der SozialversicherungsträgerInnen bzw. zu 3 % aus Förderungsmitteln des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung abgedeckt wurden. Eigenbeiträge werden von den Patientinnen und Patienten nicht eingehoben. Darüber hinaus würden privat zu bezahlende Untersuchungs-, Behandlungs- und Betreuungsleistungen lt. Auskunft der FÖBE GmbH in den Räumlichkeiten des ZEF nicht angeboten.

2.2.3.2 Nach Abschluss der ärztlichen und erforderlichenfalls klinisch-psychologischen Diagnostik wird im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit die geeignetste Therapieform in Absprache mit den Eltern festgelegt. Im ZEF steht folgendes Betreuungs- und Leistungsangebot zur Verfügung: Fachärztliche Betreuung, psychologische Beratung und Behandlung, Schreiambulanz, Physiotherapie, Hippotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sonder- und Heilpädagogik, heilpädagogisches Voltigieren, Motopädagogik, Musiktherapie, Theraplay (direktive, kommunikative Kurz-Spieltherapiemethode), verschiedene therapeutische Gruppenangebote (z.B. tiergestützte heilpädagogische Kindergruppe), diverse Projekte (z.B. "Step by Step" für Kinder, die schulpflichtig werden) und Sozialarbeit.

2.2.3.3 Die Personalausstattung des ZEF entwickelte sich in den Jahren 2002 bis 2007 - geordnet nach Berufs- bzw. Qualifikationsgruppen - wie folgt:

Personalstand zum 31.Dezember in VZÄ	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Leitung	0,96	0,96	0,96	0,95	0,95	0,95
Fachärztinnen und -ärzte	0,96	2,43	2,43	2,10	2,40	3,35
Psychologinnen und Psychologen	2,50	2,96	2,71	2,90	2,90	2,45
Ergotherapeutinnen und -therapeuten	1,88	2,63	2,63	2,63	2,63	2,63
Musiktherapeutinnen und -therapeuten	1,00	1,13	1,13	1,13	1,13	1,13
Physiotherapeutinnen und -therapeuten	1,46	1,75	2,18	2,18	2,18	2,18
Logopädinnen und Logopäden	1,63	1,63	1,63	1,63	1,63	1,75
Heilpädagoginnen und -pädagogen	1,13	1,75	1,75	1,75	1,75	1,88
Tiertherapeutin	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
Tierpflegerin	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24
DSA	0,96	0,96	0,96	0,95	0,95	0,95
Sekretärinnen und Sekretäre	2,68	3,18	3,18	3,15	3,15	3,15
HausarbeiterInnen	0,98	0,98	0,98	0,96	0,95	0,95
Reinigungskräfte	2,25	1,90	1,90	1,90	2,33	2,12
Summe	19,38	23,25	23,43	23,22	23,94	24,48

Der im Jahr 2002 ausgewiesene vergleichsweise niedrige Personalstand von 19,38 VZÄ war auf unterjährige Personalabgänge im fachärztlichen Bereich und in einzelnen medizinisch-therapeutischen Leistungsbereichen (Ergotherapie, Physiotherapie) zurückzuführen, die erst im darauf folgenden Jahr nachbesetzt werden konnten. In den Jahren 2003 bis 2007 variierte der geringfügig gestiegene Personalstand des ZEF vor allem im Ausmaß der in Anspruch genommenen Elternkarenzen.

Hinsichtlich der Personalqualifikation hat das ZEF die im Vertrag mit der WGKK sowie in den Förderungsrichtlinien des FSW festgelegten Vorgaben einzuhalten. Demnach dürfen die im ZEF angebotenen Untersuchungen und Behandlungen ausschließlich durch berufsrechtlich befugte Personen erbracht werden, wobei auf regelmäßige Fortbildungsmaßnahmen zu achten ist. Darüber hinaus unterliegt das ZEF als private Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums dem Regime des KAKuG bzw. des Wr. KAG und damit der sanitären Aufsicht. Die Ergebnisse der in den Jahren 2002 bis 2007 durchgeführten sanitären Einschauen des Magistrats gaben hinsichtlich der Qualifikation des ärztlichen und des medizinisch-therapeutischen Personals keinen Anlass zu Beanstandungen.

2.2.3.4 Die Anzahl der im Betrachtungszeitraum im ZEF betreuten bzw. mindestens

einmal für eine Untersuchung oder Therapie vorstelligen Kinder und Jugendlichen ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

FÖBE GmbH - ZEF	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Betreute Patientinnen und Patienten	523	528	692	737	652	653

Insgesamt betrachtet war die Anzahl der betreuten Patientinnen und Patienten von 523 im Jahr 2002 um rd. ein Viertel auf 653 im Jahr 2007 gestiegen, wobei die ab dem Jahr 2004 eingetretenen Leistungssteigerungen vor allem auf eine Zunahme der ärztlichen Untersuchungen zurückzuführen war. Konkrete Zahlen über die ambulanten Frequenzen in den einzelnen Leistungsbereichen konnten vom ZEF nicht vorgelegt werden, allerdings würde der übliche Betreuungsrhythmus bei einer Frequenz von einmal wöchentlich liegen.

Zur Darstellung der Leistungsentwicklung auf der Ebene der einzelnen Leistungsbereiche wurde dem Kontrollamt eine Aufstellung der im Betrachtungszeitraum erbrachten Leistungen (ohne Berücksichtigung ihrer Dauer) übermittelt. In der nachfolgenden Tabelle werden die vom ZEF geleisteten Leistungseinheiten anhand ausgewählter Leistungsbereiche dargestellt:

Anzahl der diagnostischen und therapeutischen Leistungen	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Fachärztliche Betreuung	799	850	1.187	1.171	1.058	999
Psychologie (Diagnostik und Beratung)	1.335	1.577	1.704	1.488	1.701	1.354
Ergotherapie	2.138	1.740	2.293	1.882	2.101	1.980
Logopädie	1.245	1.369	1.442	1.279	1.085	1.107
Physiotherapie	903	743	1.055	1.018	1.492	1.006
Heilpädagogik/Motopädagogik	694	917	1.104	1.056	1.081	1.029
Hippotherapie	180	190	470	520	347	363
Heilpädagogisches Voltigieren	232	263	267	232	250	192
Musiktherapie	899	832	1.289	1.097	957	847

Von Seiten des ZEF erfolgten in den Jahren 2002 bis 2007 keine Leistungsplanungen bzgl. der vorgesehenen Auslastung bzw. der Frequenzen und des hiefür erforderlichen Personalstandes, sodass für den Betrachtungszeitraum ein Vergleich der tatsächlichen mit den geplanten Leistungsdaten nicht gezogen werden konnte. Hingegen wurde im Rahmen der jährlichen Budgetierung eine Planung der Personal- und Sachaufwendun-

gen durchgeführt, wobei sich die Leistungskapazitäten im Betrachtungszeitraum an die von den Finanziers zur Verfügung gestellten Mitteln orientierten. Hiezu war seitens des Kontrollamtes anzumerken, dass der Zeitpunkt der Mittelzusage ein wichtiges Kriterium zur ordnungsgemäßen Planung der Leistungskapazitäten darstellt, aber die Förderungszusagen des FSW regelmäßig erst im laufenden Finanzjahr - oft mit erheblichen Zeitverzögerungen - erteilt wurden.

2.2.3.5 Wie das ZEF dem Kontrollamt gegenüber mitteilte, wären Ende des Jahres 2005 die Wartezeiten für eine ärztliche Untersuchung auf fünf bis sechs Monate, für eine psychologische Untersuchung auf neun bis 15 Monate und für Therapien auf durchschnittlich sechs Monate angestiegen, worauf in Absprache mit der Geschäftsführung der FÖBE GmbH vom ZEF eine Aufnahmesperre für fünf Monate verhängt worden war. Ende des Jahres 2006 hätten die Wartezeiten allerdings wieder das Niveau des Vorjahres erreicht, sodass die Inanspruchnahme des ZEF grundsätzlich auf Kinder aus dem 2. oder 22. Wiener Gemeindebezirk beschränkt worden wäre. Dies hätte lt. Angaben des ZEF zwar zu einer Reduktion der Anfragen um ein Drittel geführt, die Problematik mit den Wartezeiten aber nicht gelöst.

Eine konkrete Darstellung der Wartezeiten konnte vom ZEF für die Jahre 2006 und 2007 vorgelegt werden. Die in der nachfolgenden Tabelle angeführten Wartezeiten waren das Ergebnis einer stichtagsbezogenen Auswertung der Klientinnen- bzw. Klientendatenbank und stellten die zum Auswertungszeitpunkt evidenten durchschnittlichen Wartezeiten in Wochentagen dar. Anzumerken war, dass sich die Wartezeiten auf diagnostische Leistungen auf den Zeitraum zwischen Erstkontakt bis zum Beginn der Diagnostik und jene der therapeutischen Leistungen auf den Zeitraum zwischen Diagnosefeststellung und Therapiebeginn bezogen:

Durchschnittliche Wartezeiten in Wochentagen	per 01.09.2006	per 01.10.2007
Diagnostische Leistungen:		
Fachärztliche Betreuung	150	45
Psychologie	150	108
Therapeutische Leistungen:		
Ergotherapie	150	114
Logopädie	180	213
Physiotherapie	15	96

Durchschnittliche Wartezeiten in Wochentagen	per 01.09.2006	per 01.10.2007
Heilpädagogik	180	237
Hippotherapie	330	231
Heilpädagogisches Voltigieren	120	255
Musiktherapie	210	171

Die in den Wartelisten geführten Patientinnen und Patienten würden lt. Auskunft des ZEF zwischen zwei und fünf Jahre alt sein, da eine Behandlung von Kindern lt. dem Kassenvertrag nur bis zum sechsten Lebensjahr vorgesehen ist. Patientinnen und Patienten über dem fünften Lebensjahr würden zwar untersucht, jedoch nicht auf die Therapie-Wartelisten gesetzt. Zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes vor Ort wiesen die ebenfalls über das EDV-System erstellten Warte- bzw. Evidenzlisten ähnlich lange Wartezeiten auf.

2.2.3.6 Als Auswahlkriterien für die Vergabe von Therapieplätzen wurden neben dem Wohnsitz der Familie vom ZEF die Altersgrenze von sechs Jahren sowie das Vorliegen einer Entwicklungsgefährdung oder einer Behinderung genannt.

Im Fall von langen Wartezeiten bzw. von Aufnahmesperren würden lt. Auskunft des ZEF Hilfe suchende Familien an niedergelassene Therapeutinnen bzw. Therapeuten oder Psychologinnen bzw. Psychologen oder - abhängig von der jeweiligen Fragestellung - an andere Einrichtungen weiterverwiesen. Eine systematische Dokumentation sowie ein standardisiertes Berichtswesen hinsichtlich der weiterverwiesenen bzw. abgewiesenen Familien wurde vom ZEF nicht geführt.

2.2.4 Mobile Frühförderung (MFF) der FÖBE GmbH

2.2.4.1 Die gemeinnützige FÖBE GmbH betreibt im 9. und 22. Wiener Gemeindebezirk zwei Einrichtungen für MFF zur Betreuung entwicklungsverzögerter, behinderter Kinder sowie Kinder mit Entwicklungsrisiko im Alter bis zu sechs Jahren und deren Familien im gesamten Wiener Raum.

Da die Frühförderung keine medizinisch-therapeutische Leistung ist und daher auch kein Kassenvertrag vorliegt, stellen die vom FSW im Rahmen der Objektförderung jährlich gewährten Finanzmittel die einzige Einnahmequelle der MFF dar, zumal von den

Patientinnen und Patienten auch keine Eigenbeiträge eingehoben werden. Privat zu bezahlende Frühförderungsleistungen würden lt. Auskunft der FÖBE GmbH von der MFF nicht angeboten.

2.2.4.2 Die Ziele der Leistungserbringung sieht die MFF in der pädagogischen Unterstützung und Förderung der Handlungs- und Erlebnisfähigkeit im Familienalltag und einer Stärkung von Kompetenzen, die einen möglichst sicheren und selbstständigen Umgang mit der Lebenssituation erlauben sowie der Vermeidung von Ausgliederung und Ausgrenzung. Dabei wird auf der Grundlage eines prozessorientierten Förderungskonzeptes in multiprofessionellen Teams gearbeitet.

Das Leistungsangebot besteht demgemäß aus der Entwicklungsförderung der Kinder und der Familienbegleitung in Form von regelmäßigen Hausbesuchen als Anleitung zur Alltagsbewältigung, dem Vorstellen von adäquatem Spielmaterial und der Beratung in Erziehungsfragen. Darüber hinaus werden einmal monatlich so genannte Spielkreise zwecks Erfahrungsaustausch der betroffenen Familien angeboten.

2.2.4.3 Die Personalausstattung der MFF entwickelte sich in den Jahren 2002 bis 2007 - geordnet nach Berufs- und Qualifikationsgruppen - wie folgt:

Personalstand zum 31.Dezember in VZÄ	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Leitung	0,75	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50
Psychologinnen und Psychologen	1,00	1,00	0,75	0,11	0,50	0,75
Frühförderinnen und -förderer *)	16,23	16,09	15,21	15,70	16,51	17,41
DSA	1,75	1,75	1,63	0,88	1,51	1,25
Sekretärinnen und Sekretäre	3,09	2,93	3,03	3,00	3,00	3,00
Reinigungskräfte	1,88	1,48	2,23	2,00	2,00	2,20
Gesamtsumme	24,70	24,75	24,35	23,19	25,02	26,11

*) inkl. zwei von der Magistratsabteilung 10 abgestellte Frühförderinnen bzw. -förderer

Zusätzlich zu den in der Tabelle dargestellten Personalressourcen waren im Betrachtungszeitraum in der MFF sechs Fachärztinnen und -ärzte und bis zu vier Psychotherapeutinnen und -therapeuten bzw. Psychologinnen und Psychologen auf Honorarbasis mit fixen und variablen Wochenstundenverpflichtungen beschäftigt. Der geringfügig gestiegene Personalstand der MFF variierte vor allem im Ausmaß der in Anspruch genommenen Elternkarenzen und zeitverzögerter Nachbesetzungen.

Hinsichtlich der Personalqualifikation hat die MFF die in den Förderungsrichtlinien des FSW festgelegten Vorgaben einzuhalten. Zu den erforderlichen Personalqualifikationen in der MFF zählen eine einschlägige pädagogische Grundausbildung (z.B. Sonder- und Kindergartenpädagogik, Pädagogik/Sonder- und Heilpädagogik), Praxiserfahrung im frühkindlichen Bereich und die Absolvierung des Universitätslehrganges für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung.

2.2.4.4 Die Leistungsentwicklung im Betrachtungszeitraum wurde von der MFF anhand der Anzahl der betreuten Kinder bzw. Familien sowie anhand der Anzahl der Familienkontakte der mobilen Frühförderinnen bzw. -förderer dargestellt. Eine differenzierte Darstellung der Familienkontakte für das Jahr 2002 war auf Grund der erst im Jahr 2003 eingeführten detaillierten Dokumentation nicht möglich.

FÖBE GmbH - MFF	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Betreute Kinder bzw. Familien	276	278	282	283	316	330
Familienkontakte der mobilen Frühförderinnen und -förderer	5.794	5.833	5.678	5.722	5.900	5.951
davon Hausbesuche	-	4.742	4.767	4.691	4.894	5.293
davon ambulant (z.B. Spielkreis)	-	551	480	552	532	229
davon an anderen Orten (z.B. im Spital)	-	540	431	479	474	429

Insgesamt betrachtet war die Anzahl der betreuten Kinder bzw. Familien von 276 im Jahr 2002 um rd. 20 % auf 330 im Jahr 2007 angestiegen. Bei den Familienkontakten der mobilen Frühförderinnen und -förderer war im Betrachtungszeitraum ebenfalls ein Anstieg um 157 zu verzeichnen, der primär auf die Steigerung von Hausbesuchen zurückzuführen war. Bei den ambulanten Betreuungen und bei den Familienkontakten an anderen Orten war hingegen eine rückläufige Entwicklung feststellbar.

Darüber hinaus wurde die Beratungstätigkeit der DSA seit dem Jahr 2004 EDV-unterstützt dokumentiert. Die Familienkontakte bzw. Interventionen der DSA gingen von 176 im Jahr 2004 um rd. 15 % auf 150 im Jahr 2007 zurück, da infolge einer Leistungsangebotsänderung bei neu aufgenommenen Familien kein obligatorischer Hausbesuch durch DSA mehr vorgesehen war.

Eine Leistungsangebotsplanung wurde von der MFF insofern durchgeführt, als bei den jährlichen Förderungsansuchen an den FSW neben dem erforderlichen Nettobudget auch durchschnittliche Betreuungszahlen bzw. Kapazitätszahlen bekannt gegeben wurden. Wie das Kontrollamt allerdings erhob, genehmigte der FSW die in den Jahren 2005 bis 2007 eingereichten Nettobudgets im Rahmen der jährlichen Förderungszusage durchschnittlich nur zu rd. 94 %.

2.2.4.5 Wie die MFF dem Kontrollamt gegenüber mitteilte, wäre im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 insgesamt eine steigende Tendenz bei den Wartezeiten zu beobachten gewesen, Aufnahmesperren wären allerdings nicht verhängt worden.

Die nachfolgende Tabelle stellt das Ergebnis einer Auswertung der EDV-unterstützten Klientinnen- und Klientendokumentation der MFF dar und zeigt die durchschnittlichen Wartezeiten von der telefonischen Anmeldung bis zur Betreuungsübernahme in den Standorten im 9. Wiener Gemeindebezirk (Standort Süd) und im 22. Wiener Gemeindebezirk (Standort Nord):

Jahresdurchschnitt der Wartezeiten in Wochentagen	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Standort Süd	51	56	67	52	57	98
Standort Nord	40	43	50	84	55	48

Die längsten Wartezeiten wiesen der Standort Nord im Jahr 2005 mit durchschnittlich 84 Wochentagen und der Standort Süd im Jahr 2007 mit durchschnittlich 98 Wochentagen auf. Laut einer detaillierten Auswertung der MFF setzte sich die lange Wartezeit im Jahr 2005 aus der Wartefrist zwischen Anmeldung und Erstgespräch von 17 Tagen und aus der Wartefrist zwischen Erstgespräch und Betreuungsübernahme von 67 Tagen zusammen. Der diesbezügliche Wert der langen Wartezeit im Jahr 2007 setzte sich aus 32 bzw. 66 Tagen zusammen. Von der MFF wurde weiters angemerkt, dass standortübergreifende Entlastungsmaßnahmen auf Grund der mangelnden Kapazitäten nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich gewesen wären.

2.2.4.6 Als Auswahlkriterien für die Betreuung von entwicklungsverzögerten, entwicklungsgefährdeten und behinderten Kleinkindern und ihren Familien wurden von der

MFF der Wohnsitz in Wien, die Altersgrenze der Kinder (unter sechs Jahren), der Nichtbesuch eines Kindergartens und die Nichtinanspruchnahme einer mobilen Frühförderung durch eine andere Organisation genannt.

Gemäß Angaben der MFF würden im Fall von langen Wartezeiten ambulante therapeutische Angebote und/oder familiäre Unterstützungsangebote einschlägiger Institutionen empfohlen, zumal es kein äquivalentes Angebot der Frühförderung in Wien gibt. Weiterverweisungen von Klientinnen und Klienten wurden dokumentiert; so wurden z.B. im Jahr 2006 lt. Jahresbericht der MFF 19 Fälle an andere Betreuungsinstitutionen weitergeleitet.

2.2.5 Mobile und ambulante Frühförderung des Vereines Contrast

2.2.5.1 Der gemeinnützige Verein Contrast ist im Bereich der Frühförderung für blinde, sehbehinderte und mehrfachbehindert-sehgeschädigte Kinder bis zum Schuleintritt im Raum Wien, Niederösterreich und Burgenland tätig.

In Abhängigkeit vom Wohnsitz der Kinder und deren Familien erfolgt die Finanzierung der Förderungsleistungen durch unterschiedliche TrägerInnen. Die Förderungsleistungen für die Klientinnen und Klienten mit Wohnsitz in Wien werden vom FSW im Weg der Subjektförderung auf Basis eines jährlich verhandelten Leistungsrahmens abgegolten, wobei in Wien im Vergleich zu den anderen Bundesländern keine finanzielle Eigenleistung vorgesehen ist. Privat zu bezahlende Untersuchungs-, Behandlungs- und Betreuungsleistungen würden lt. Auskunft des Vereines Contrast nicht angeboten.

Im Betrachtungszeitraum wurden - bedingt durch den hohen Anteil der betreuten Kinder bzw. deren Familien aus Wien und Niederösterreich - rd. drei Viertel der Gesamtaufwendungen des Vereines durch die Förderungsmittel des FSW und des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung abgedeckt. Der übrige Gesamtaufwand wurde durch Förderungsmittel des Landes Burgenland, die Einnahmen aus den Selbstbehalten sowie Mitgliedsbeiträgen der Eltern und aus Spendengeldern bzw. Einnahmen aus Sponsoringaktivitäten bestritten.

2.2.5.2 Das Leistungsspektrum des Vereines Contrast umfasst klinisch-psychologische Diagnostik, Frühförderung in der Familie, ambulante Frühförderung in den speziell dafür ausgestatteten Räumen des Vereines, Elternberatung sowie augenärztliche und orthoptische Untersuchungen.

Das Betreuungs- und Leistungsangebot setzt sich im Detail wie folgt zusammen: Individuelle Entwicklungsbeurteilung, Förderung der Bewegung, Wahrnehmung, Sprach- und Spielentwicklung unter Berücksichtigung der Sehproblematik, Übungen visueller Grundfunktionen und des funktionalen Einsatzes des verbliebenen Sehvermögens im Alltag, Aufbau von Kompensationstechniken, Erlernen von sehbehinderten- und blindenspezifischen Strategien, Gestaltung des Spiel- und Erfahrungsraumes unter Berücksichtigung der jeweiligen Sehbehinderung, Einführung und Einsetzen von Sehhilfen, Schulvorbereitende Maßnahmen sowie Beratung und Unterstützung der Eltern in allen Belangen im Zusammenhang mit der Behinderung der Kinder.

2.2.5.3 Die Personalausstattung des Vereines Contrast für die Betreuung der Wiener Klientinnen und Klienten entwickelte sich in den Jahren 2002 bis 2007 - geordnet nach Berufs- bzw. Qualifikationsgruppen - wie folgt:

Personalstand zum 31.Dezember in VZÄ	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Leitung	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Fachärztinnen und -ärzte	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
Psychologinnen und Psychologen	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40
Frühförderinnen und -förderer	8,90	9,20	9,60	9,10	8,00	7,90
Orthoptistinnen und Orthoptisten	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
Sekretärinnen und Sekretäre	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80
Reinigungskräfte	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20
Gesamtsumme	11,50	11,80	12,20	11,70	10,60	10,50

Auf Grund der Tatsache, dass sich der Tätigkeitsbereich des Vereines Contrast auch auf die Bundesländer Niederösterreich und Burgenland erstreckt, wurde jenes für die Wiener Klientinnen und Klienten tätige Personal anhand der prozentuellen Verteilung der betreuten Kinder in den Bundesländern ermittelt. Da rd. die Hälfte der betreuten Kinder aus Wien stammen, handelt es sich somit bei der in der Tabelle ausgewiesenen Gesamtzahl an VZÄ um die Hälfte der dem Verein Contrast zur Verfügung stehenden Personalressourcen.

Als vom FSW anerkannte Einrichtung hat der Verein die im Anerkennungsverfahren zu Grunde gelegten Kriterien zu erfüllen, zu denen u.a. auch die Qualifikation der MitarbeiterInnen des Vereines im Hinblick auf die Leistungserbringung zählt. Für den Einsatz in der Frühförderung sind im Verein Contrast eine abgeschlossene Berufsausbildung aus dem sonderpädagogischen, psychologischen, sozialen oder therapeutischen Bereich oder eine abgeschlossene Fachweiterbildung zur allgemeinen Frühförderin bzw. zum allgemeinen -förderer sowie eine mindestens dreijährige facheinschlägige Praxis erforderlich. Darüber hinaus ist eine Fachweiterbildung zur Frühförderin bzw. zum -förderer für Kinder mit Sehbehinderung und Blindheit innerhalb von fünf Jahren ab Dienstantritt abzuschließen.

2.2.5.4 Die Anzahl der im Betrachtungszeitraum vom Verein Contrast betreuten Kinder und deren Familien mit Wohnsitz in Wien sowie die durchschnittliche Anzahl der geleisteten Betreuungseinheiten sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Leistungsentwicklung	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Betreute Kinder und deren Familien	90	90	91	98	108	106
Betreuungseinheiten pro Familie im Durchschnitt	23	21	21	19	17	16

Die Anzahl der betreuten Kinder und deren Familien war von 90 im Jahr 2002 um rd. 18 % auf 106 im Jahr 2007 gestiegen, wobei die durchschnittliche Anzahl der Betreuungseinheiten pro Familie im Betrachtungszeitraum von 23 auf 16 zurückging. Laut den Angaben der Vereinsleitung wäre der Anstieg bei den betreuten Familien durch eine Verringerung der Betreuungsintensität ausgeglichen worden, um mit den gleich bleibenden Personalressourcen das Auslangen zu finden. Dennoch wäre aber bzgl. der Zielgruppe des Vereines grundsätzlich eine Bedarfsdeckung in Wien gegeben. Gemäß einer Übersicht des FSW zur Frühförderung wurde der mit dem Verein Contrast verhandelte und seit dem Jahr 2002 unverändert gebliebene Leistungsrahmen im gesamten Betrachtungszeitraum tatsächlich nicht zur Gänze in Anspruch genommen.

2.2.5.5 Wie der Verein Contrast dem Kontrollamt gegenüber mitteilte, traten bei seinen Frühförderungsleistungen aus Kapazitätsgründen bisher weder Wartezeiten noch Aufnahmesperren auf. Lediglich für Erstgespräche würde es eine Sommerpause von ca.

vier Wochen geben, die allerdings in sehr dringenden Fällen unterbrochen wird. Zu vier- bis achtwöchigen Wartezeiten bis zum tatsächlichen Beginn der Frühförderung käme es aber lt. Auskunft der Vereinsleitung auf Grund der Verfahrensdauer bei der Bewilligung der Subjektförderung, die vom FSW auf Grundlage eines schriftlichen Förderungsansuchens durchgeführt wird.

2.2.5.6 Als hauptsächliches Auswahlkriterium bei der Vergabe von Betreuungsplätzen gilt das Vorliegen einer schwer wiegenden Sehbehinderung (Befund der Augenärztin bzw. des -arztes), wobei die Aufteilung der Kinder auf die Frühförderinnen und -förderer regionalspezifisch nach Bezirken erfolgt. Sollte keine Sehbehinderung vorliegen, werden die Familien auf andere Einrichtungen des Frühförderungsbereiches weiterverwiesen. Im Fall einer nicht klar einschätzbaren Sehbehinderung werden Kinder zur Abklärung aufgenommen und gegebenenfalls wieder abgemeldet oder an allgemeine Frühförderungsstellen weiterverwiesen.

2.2.6 MFF des Österreichischen Hilfswerks für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte (ÖHTB)

2.2.6.1 Die im 6. Wiener Gemeindebezirk ansässige Frühförderungsstelle des gemeinnützigen Vereines ÖHTB ist im Bereich der Betreuung und Förderung von hörbehinderten und taubblinden Kleinst- und Kleinkindern bis zum Schuleintritt sowie von hörenden Kindern gehörloser und taubblinder Eltern tätig.

Die Abgeltung der von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Frühförderungsstelle erbrachten mobilen und ambulanten Frühförderungsleistungen für Kinder und deren Familien mit Wohnsitz in Wien erfolgt im Weg der Subjektförderung auf Basis eines verhandelten Leistungsrahmens durch den FSW. Da vom ÖHTB keine Eigenbeiträge von den betreuten Familien eingehoben werden, stellen die Förderungsmittel des FSW die einzige Einnahmequelle aus dieser Tätigkeit dar. Privat zu bezahlende Untersuchungs-, Behandlungs- und Betreuungsleistungen würden lt. Auskunft der Frühförderungsstelle nicht angeboten.

2.2.6.2 Im Anschluss an die extern durchgeführte Entwicklungsdiagnostik wird von der MFF des ÖHTB für jedes Kind bzw. für dessen Familie ein individueller Förderungsplan

erstellt, wobei im Detail folgendes Betreuungs- und Leistungsangebot zur Verfügung steht: Mobile und ambulante Entwicklungsförderung, Hör- und Sprachtraining, Therapie in der Frühförderungsstelle unter Einsatz spezieller Geräte, Erlernen diverser Kommunikationsformen (z.B. Fingerspelling), Familienbegleitung und -beratung zu spezifischen Fragen (z.B. Kindergarten- und Schuleintritt) und Therapiemöglichkeiten, logopädische und psychologische Beratung, Hörgerätanpassung sowie die Organisation von Elterngruppen.

2.2.6.3 Die Personalausstattung der MFF des ÖHTB entwickelte sich in den Jahren 2002 bis 2007 - geordnet nach Berufs- und Qualifikationsgruppen - wie folgt:

Personalstand zum 31.Dezember in VZÄ	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Leitung	0,25	0,25	0,26	0,26	0,49	0,49
Frühförderinnen und -förderer	1,50	1,56	2,29	1,77	2,69	2,93
Psychologinnen und Psychologen	-	-	-	0,08	0,08	0,08
Logopädinnen und Logopäden	-	-	-	0,04	0,04	0,04
Reinigungspersonal	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04
Gesamtsumme	1,79	1,85	2,59	2,19	3,34	3,58

Im Betrachtungszeitraum kam es zu einer Verdoppelung der Personalausstattung der Frühförderungsstelle, wobei der höchste Personalzuwachs bei der Berufsgruppe der Frühförderinnen und -förderer eintrat.

Hinsichtlich der Personalqualifikationen hat der ÖHTB die in den Förderungsrichtlinien des FSW festgelegten Vorgaben einzuhalten. Als Qualifikationserfordernisse wurden vom ÖHTB eine abgeschlossene Ausbildung in einem sozialen Beruf, eine spezifische praxisbezogene Ausbildung sowie eine Ausbildung als Frühförderin bzw. -förderer genannt.

2.2.6.4 Die Leistungsentwicklung der Frühförderungsstelle des ÖHTB in den Jahren 2002 bis 2007 wurde anhand der Anzahl der betreuten Kinder bzw. deren Familien und der Anzahl der durchgeführten Betreuungen dargestellt:

ÖHTB Frühförderungsstelle	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Betreute Kinder und Familien	16	20	23	20	30	31
Frühförderungsleistungen	118	147	152	151	191	224

Im Betrachtungszeitraum hat sich - analog zur Personalaufstockung im Bereich der Frühförderinnen und -förderer - die Anzahl der betreuten Kinder ebenfalls nahezu verdoppelt. Laut Auskunft des ÖHTB konnte eine bedarfsorientierte Leistungserbringung gewährleistet werden, weil ein Großteil der MitarbeiterInnen der Frühförderungsstelle auf Honorarbasis oder mit freien Dienstverträgen beschäftigt und die Personalausstattung demnach flexibel gestaltbar gewesen wäre.

2.2.6.5 Wie das ÖHTB dem Kontrollamt mitteilte, wäre es in der Frühförderungsstelle auf Grund des flexiblen Personaleinsatzes nur selten zu Wartezeiten gekommen; Aufnahmesperren wären im gesamten Betrachtungszeitraum nicht ausgesprochen worden. Allerdings führte der Zeitraum zwischen der Einreichung des schriftlichen Förderungsansuchens bis zur Bewilligung der Subjektförderung durch den FSW, der vom ÖHTB mit drei bis fünf Monaten beziffert wurde, im Betreuungsablauf zu Problemen.

2.2.6.6 Dem ÖHTB zufolge werden die Betreuungsplätze in der Frühförderungsstelle in Abhängigkeit von der Qualifikation der MitarbeiterInnen (z.B. Notwendigkeit der Gebärdensprache, Logopädie von Kindern) verteilt, wobei bei der MFF auch auf die Anfahrtszeiten der Frühförderinnen und -förderer Rücksicht genommen werde. Weiterverweisungen erfolgten ausschließlich zum Bundesinstitut für Gehörlosenbildung und wurden nicht dokumentiert.

2.3 Abteilung Jugend- und Behindertenpsychiatrie mit Autismuszentrum des PSD

2.3.1 Einleitung

Der PSD wurde im Zuge der Psychiatriereform im Jahr 1979 mit dem Zweck gegründet, die ambulante psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Wien - in Ergänzung zu und in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten - zu sichern. Die Leistungen umfassen medizinische Behandlungen und Betreuungen sowohl in den Bereichen Allgemeinpsychiatrie (Erwachsenenpsychiatrie) und Gerontopsychiatrie als auch in der Kinder-, Jugend- und Behindertenpsychiatrie. Dafür stehen regionale Sozialpsychiatrische Ambulatorien bzw. Spezialambulanzen, ein psychiatrischer Krisendienst sowie Beratungsstellen und Einrichtungen zur Rehabilitation in den Bereichen Wohnen und Tagesstruktur zur Verfügung. Die Finanzierung des PSD erfolgt einerseits

aus dem Budget der Magistratsabteilung 15 sowie des FSW und andererseits im Weg einer pauschalen Leistungsabgeltung durch die SozialversicherungsträgerInnen auf Grundlage eines Vertrages mit der WGKK. Alle Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten sind für die Patientinnen und Patienten des PSD kostenlos.

Für die im Prüfersuchen angesprochene Zielgruppe Kinder und Jugendliche bietet der PSD im Rahmen der Abteilung Jugend- und Behindertenpsychiatrie mit Autismuszentrum, die sich aus einer Beratungsstelle, einem Autismuszentrum sowie einem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulatorium mit Tagesklinik zusammensetzt, diesbezügliche Leistungen an. Da die Beratungsstelle und das Autismuszentrum ihren Schwerpunkt primär auf die Behindertenpsychiatrie legten, wurden dort überwiegend Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr betreut; der Anteil jugendlicher Patientinnen und Patienten in diesen beiden Stellen lag in den Jahren 2004 bis 2007 jeweils nur zwischen rd. 4 % und rd. 13 %. Im Gegensatz dazu konzentrierten sich die kinder- und jugendspezifischen Leistungen des PSD im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulatorium mit Tagesklinik. Dort wurden nämlich zwischen rd. 89 % und rd. 96 % aller Jugendlichen, die in der gesamten Abteilung Jugend- und Behindertenpsychiatrie in den Jahren 2004 bis 2007 betreut wurden, behandelt.

2.3.2 Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik

2.3.2.1 Diese ursprünglich im Jahr 2002 als Tagesstätte im 23. Wiener Gemeindebezirk installierte Einrichtung wurde im Jahr 2004 in ein überregionales Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik umstrukturiert. Zweck dieses selbstständigen Ambulatoriums gem. § 1 Abs. 3 Z. 7 Wr. KAG ist die Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen und Störungen. Die Zuweisungen in das Ambulatorium erfolgen entweder über stationäre Versorgungseinrichtungen oder über niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte. Einige Personen suchen das Ambulatorium ohne Zuweisung auf direktem Weg auf.

Als Hauptgeldgeberin tritt die Magistratsabteilung 15 in Erscheinung. Der Vertrag zwischen dem PSD und der WGKK, der eine pauschale Leistungsabgeltung für alle Ambulatorien des PSD vorsieht, wurde zuletzt im Jahr 2001 adaptiert und nahm daher kei-

nen Bezug auf das gegenständliche Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulatorium. Als Einrichtung des PSD werden vom Ambulatorium keine Eigenbeiträge von den Patientinnen und Patienten eingehoben; privat zu bezahlende Untersuchungs- und Behandlungsleistungen würden lt. Auskunft des PSD in diesen Räumlichkeiten nicht angeboten.

2.3.2.2 Die Aufgaben der Ambulanz des Ambulatoriums sind die klinische multidimensionale Diagnostik und die Beratung sowie Therapie bei psychischen Störungen. Diese Tätigkeiten dienen zur Abklärung der Notwendigkeit einer teilstationären/tagesklinischen Aufnahme, zur Vorbereitung oder Begleitung zu einer teilstationären/tagesklinischen Aufnahme und einer Weiterbetreuung nach einer solchen.

Kinder und Jugendliche, welche auf Grund ihrer psychischen Störung in ihrer Entwicklung soweit gefährdet oder beeinträchtigt sind, dass eine ambulante Therapie nicht ausreichend erscheint, werden in der Tagesklinik betreut, die eine gemeindenahe Alternative zur stationären Versorgung darstellt. Diese verfügt über zehn bis höchstens zwölf Betreuungsplätze, wobei ihre Aufgaben die Unterstützung in der persönlichen, sozialen, schulischen bzw. beruflichen Entwicklung, eine erweiterte klinische multidimensionale Diagnostik und/oder multiprofessionelle Therapie sowie Angebote im Bereich Tagesstruktur und Freizeit, therapeutische Gruppen- und Einzelarbeit sowie Eltern- bzw. Angehörigenarbeit umfassen.

2.3.2.3 Die Entwicklung der Personalausstattung des Ambulatoriums mit Tagesklinik nach Qualifikationsgruppen ist im Betrachtungszeitraum der Jahre 2004 bis 2007 nachfolgender Tabelle zu entnehmen:

Personalstand zum 31.Dezember in VZÄ	2004	2005	2006	2007
Facharzt	1,00	1,00	1,00	1,00
Psychologin	1,00	1,00	1,00	1,00
Krankenpflegepersonal	1,30	1,30	0,30	1,00
DSA	1,00	1,00	1,00	1,00
Betreuerin	0,50	0,50	0,50	0,50
Gesamt	4,80	4,80	3,80	4,50

Die Tabelle zeigt, dass zum 31. Dezember 2006 nur 0,30 VZÄ an diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal vorgehalten wurde. Dabei handelte es sich le-

diglich um einen stundenweisen Einsatz von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, während die Vollzeitstelle im Zeitraum September 2006 bis einschließlich Juni 2007 unbesetzt war. Neben dem in der Tabelle ausgewiesenen Personalstand waren in der Tagesklinik auch LehrerInnen der Wiener Heilstättenschule tätig. Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt der Umstand, dass die Einrichtung über kein administratives Personal verfügte, weshalb alle diesbezüglichen Aufgaben von den anderen Berufsgruppen wahrgenommen werden mussten.

Darüber hinaus unterliegt das Ambulatorium mit Tagesklinik des PSD als private Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums dem Regime des KAKuG bzw. des Wr. KAG und damit der sanitären Aufsicht. Im Rahmen der in den Jahren 2002 bis 2007 durchgeführten Einschauen der sanitären Aufsicht wurden geringfügige Mängel hinsichtlich der Personalausstattung festgestellt, die jedoch nach deren Behebung zu keinen weiteren Veranlassungen seitens des Magistrats führten.

2.3.2.4 In der nachstehenden Tabelle sind die von der Ambulanz in den Jahren 2004 bis 2007 erbrachten Leistungen für Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren dargestellt:

Leistungsentwicklung	2004	2005	2006	2007
Jugendliche Patientinnen und Patienten	129	110	125	118
Ärztliche Leistungen	1.061	916	664	840
Psychologische Leistungen	39	86	78	119
Sozialarbeiterische Leistungen	10	73	15	54

Wie im Pkt. 2.3.2.2 bereits dargestellt, werden in der Ambulanz Leistungen im Zusammenhang mit der Aufnahme bzw. der Nachbetreuung von Patientinnen und Patienten der Tagesklinik erbracht. Der Hauptaufgabenbereich der MitarbeiterInnen des Ambulatoriums ist jedoch die Betreuung der tagesklinischen Patientinnen und Patienten, die in Form von Gruppenangeboten, wie z.B. Arbeitsgruppen, Kochgruppen, Kreativgruppen etc., durchgeführt wird. Im Rahmen dieser Tagesklinik wurden in den Jahren 2004 bis 2007 folgende Leistungen für minderjährige Patientinnen und Patienten erbracht:

Leistungsentwicklung	2004	2005	2006	2007
Minderjährige Patientinnen und Patienten	51	25	31	25
Behandlungstage	2.367	2.336	2.429	2.553

Anzumerken war, dass die Daten des Jahres 2004 sowohl die Tagesklinik als auch die vor der diesbezüglichen Umwandlung bestehende frühere Tagesstätte betreffen.

Eine Leistungsplanung im engeren Sinn wurde für die in Rede stehende Einrichtung des PSD nicht erstellt, da das Leistungsvolumen durch die Anzahl der zur Verfügung stehenden tagesklinischen Plätze limitiert ist. Wie die Tabelle zeigt, lag in Bezug auf die vorgehaltenen zehn bis zwölf Behandlungsplätze insbesondere in den Jahren 2006 und 2007 eine hohe Auslastung vor.

2.3.2.5 Hinsichtlich der im Prüfersuchen gestellten Fragen bzgl. Wartezeiten teilte der Leiter des Ambulatoriums gegenüber dem Kontrollamt mit, dass es seit der Inbetriebnahme des Ambulatoriums im Jahr 2004 weder Aufnahmesperren noch Wartelisten gegeben hätte. Terminvergaben für Ambulanzleistungen würden nach telefonischer Anmeldung nach Dringlichkeit gereiht, wobei im Bedarfsfall eine Abklärung noch am selben Tag, spätestens jedoch am nächsten Tag erfolge. Die Wartezeiten auf einen Ersttermin würden im Höchstfall zwei Wochen betragen. Die Wartezeit bis zur Aufnahme in die Tagesklinik würde im Fall der Häufung von Anmeldungen ein Höchstausmaß von drei bis vier Wochen aufweisen. Während dieser Zeitspanne fände jedoch eine Versorgung durch mehrere Termine in der Ambulanz statt.

2.3.2.6 Hinsichtlich der Auswahlkriterien für eine Betreuungsübernahme teilte der Leiter des Ambulatoriums mit, dass nur jene Kinder und Jugendliche aufgenommen werden würden, die schwere klinisch-psychiatrische Störungen aufweisen und einer sozialpsychiatrischen Maßnahme bedürfen, um sie wieder in die Schule bzw. in die Familie integrieren zu können. Inwieweit die jeweilige Patientin bzw. der jeweilige Patient der vorhandenen Angebotsstruktur dieser Einrichtung entspricht, würde im Vorfeld im Rahmen der Ambulanz abgeklärt.

Weiterverweisungen an andere Einrichtungen erfolgten nur selten, da Kinder und Jugendliche bereits gezielt von den Spitälern und dem niedergelassenen Bereich an das Ambulatorium zugewiesen würden.

Stellungnahme des Fonds "Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien":

Der PSD ist mit den Ausführungen des Kontrollamtes einverstanden, erlaubt sich jedoch Pkt. 2.3.2.3 insofern zu ergänzen, als vom PSD im Jahr 2008 im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulatorium mit Tagesklinik zwei zusätzliche Stellen für Fachärztinnen bzw. -ärzte geschaffen werden konnten. Darüber hinaus wurde ein Ansuchen um Anerkennung als Ausbildungsstätte für die Ausbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie gestellt. Eine entsprechende Stelle wurde ebenfalls im Stellenplan des PSD verankert, sodass die Kapazitäten im Bereich des Ambulatoriums bereits im Jahr 2009 deutlich gesteigert werden können.

2.4 Ambulante Einrichtungen der Magistratsabteilung 10

2.4.1 Einleitung

Gemäß der GEM ist die Magistratsabteilung 10 u.a. für das Führen von Sonderpädagogischen Ambulanzen, die im Jahr 2005 in Ambulanzen für Entwicklungsförderung umbenannt wurden, zuständig. Im Rahmen des Dezernates 2 - Betrieb der Kindergärten und Horte der Stadt Wien verfügt die Magistratsabteilung 10 über einen Fachbereich "Mobile Entwicklungsförderung" (FB MEF), dem die Ambulanzen für Entwicklungsförderung organisatorisch zugeordnet sind. Diese waren bereits Gegenstand einer Prüfung durch das Kontrollamt (s. TB 2007, Magistratsabteilung 10, Prüfung der Ambulanzen für Entwicklungsförderung).

2.4.2 FB MEF einschließlich der Ambulanzen für Entwicklungsförderung

2.4.2.1 Die Aufgaben des FB MEF liegen vor allem in der sonderpädagogischen und psychologischen Beratung und Begleitung von Kindergartenteams in den Kindertagesheimen und Horten sowie in der Elternberatung. Weiters obliegt es den Psychologinnen bzw. Psychologen des FB MEF, für Kinder mit besonderen Bedürfnissen und Behinderungen einen geeigneten Integrationsplatz bzw. heilpädagogischen Kindergartenplatz zu finden, wobei eine diesbezügliche Platzvergabe ausschließlich nach deren fachlicher

Beurteilung bzw. Begutachtung in den Ambulanzen für Entwicklungsförderung erfolgt (s. Pkt. 3.3.1).

Kinder, die in den Kindertagesheimen Auffälligkeiten zeigen, werden ebenfalls von den Psychologinnen und Psychologen an die Ambulanzen für Entwicklungsförderung weiterverwiesen. Zielsetzung der Ambulanzen für Entwicklungsförderung ist eine kontinuierliche, ambulante Betreuung von entwicklungsverzögerten, geistig oder mehrfach behinderten sowie verhaltensauffälligen Kindern, die ein Kindertagesheim der Stadt Wien besuchen oder dafür vorgemerkt sind. Die zwölf Ambulanzen einschließlich mehrerer Expositurен sind in mehreren Bezirken Wiens in Kindertagesheimen untergebracht.

Im Sinn der Fragestellung im Prüfersuchen legte das Kontrollamt das Hauptaugenmerk seiner Betrachtungen auf die Diagnosen, Förderungen sowie physiotherapeutischen Leistungen, unabhängig davon, ob die MitarbeiterInnen ihre Leistungen für den FB MEF oder für die Ambulanzen für Entwicklungsförderung erbrachten. Im eingangs erwähnten TB war diesbezüglich festgestellt worden, dass auf Grund häufiger Doppelfunktionen eine klare Zuordnung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des FB MEF hinsichtlich ihrer Tätigkeit für den Fachbereich oder für die Ambulanzen für Entwicklungsförderung nicht möglich war.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 10:
Zur besseren Trennung der Funktionen im FB MEF und in den Ambulanzen für Entwicklungsförderung wurden seit dem TB 2007 des Kontrollamtes über die Prüfung der Ambulanzen für Entwicklungsförderung die Stellenbeschreibungen der MitarbeiterInnen in diesem Fachbereich adaptiert.

Über die von den Eltern für die Unterbringung der Kinder in Kindertagesheimen zu entrichtenden Elternbeiträge hinausgehend werden von der Magistratsabteilung 10 keine zusätzlichen Beiträge für die im FB MEF oder in den Ambulanzen für Entwicklungsförderung erbrachten Leistungen eingehoben. Alle in diesen Einrichtungen erbrachten Leistungen werden somit aus dem Budget der Stadt Wien getragen. Privat zu bezah-

lende psychologische, pädagogische und physiotherapeutische Leistungen würden lt. Auskunft der Magistratsabteilung 10 nicht angeboten.

2.4.2.2 Das Leistungsangebot des FB MEF umfasst psychologische Abklärungen von Kindern mit Entwicklungs- und/oder Verhaltensauffälligkeiten, sonderpädagogische Begutachtungen für Kindergarten- und Hortkinder mit Problemen im emotionalen, psychosozialen und psychomotorischen Bereich sowie sprachheilpädagogische Begutachtungen und Sprachbehandlungen. Weiters erfolgen physiotherapeutische Begutachtungen und Therapien bei Kindern mit Körper- und Mehrfachbehinderungen, neurologischen Problemen, sensomotorischen Entwicklungsstörungen, Koordinations- und Wahrnehmungsproblemen, Problemen im orthopädischen Bereich sowie Erkrankungen der Atemwege. Darüber hinaus werden auch Beratungsleistungen für die Eltern dieser Kinder durchgeführt.

Von den Bediensteten des FB MEF werden in einem sehr hohen Ausmaß auch Beratungen und Begleitungen der Betreuungsteams in den Kindertagesheimen im Weg eines regelmäßigen fachlichen Austausches, der Begleitung gruppendynamischer Prozesse und dem Führen von Informationsgesprächen wahrgenommen.

In den zum FB MEF gehörenden Ambulanzen für Entwicklungsförderung werden von den Psychologinnen und Psychologen klinisch-psychologische Diagnosen gemäß dem ICD erstellt. Spezielle pädagogische Förderungen erfolgen durch Sprachheilpädagoginnen, Sonderkindergarten- und Sonderhortpädagoginnen sowie in Einzelfällen Kindergartenpädagoginnen mit Zusatzausbildung. Dabei handelt es sich um Einzelförderungen (z.B. Sprachförderungen, heilpädagogische Übungsbehandlungen) und um Gruppenförderungen (z.B. Motopädagogik, Förderung durch sensorische Integration). Zusätzlich werden beratende medizinische Leistungen durch Konsiliarärztinnen bzw. -ärzte der Magistratsabteilung 15 erbracht.

2.4.2.3 Die Personalausstattung des FB MEF einschließlich der Ambulanzen für Entwicklungsförderung entwickelte sich in den Jahren 2002 bis 2007 - geordnet nach Berufs- bzw. Qualifikationsgruppen - wie folgt:

Personalstand zum 31.Dezember in VZÄ	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Psychologinnen und Psychologen	7,02	8,02	8,26	8,39	8,39	8,39
Physiotherapeutinnen	4,13	4,63	6,13	6,01	6,01	6,01
Sprachheilpädagoginnen	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
Sonderkindergarten- und Sonderhort-pädagoginnen	23,00	23,00	23,00	23,00	23,00	23,00
Summe	44,15	45,65	47,39	47,40	47,40	47,40

Insgesamt erhöhte sich in den Jahren 2002 bis 2007 die Personalausstattung des Fachbereiches um rd. drei VZÄ auf 47,40 VZÄ. Während bei den Sonderkindergarten- und Sonderhortpädagoginnen sowie bei den Sprachheilpädagoginnen der Personalstand im Betrachtungszeitraum unverändert blieb, stieg jener der Physiotherapeutinnen gegenüber dem Jahr 2002 um nahezu zwei VZÄ an. Die Vermehrung der Dienstposten bei den Psychologinnen bzw. Psychologen war auf die Schaffung der Leitungsfunktion im FB MEF zurückzuführen.

Darüber hinaus wurden sowohl von den in obiger Tabelle angeführten Bediensteten des FB MEF als auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Kindertagesheimen bzw. Horten auf freiwilliger Basis gegen Honorarverrechnung stundenweise Leistungen für die Ambulanzen für Entwicklungsförderung erbracht. Von der Magistratsabteilung 10 wurden dem Kontrollamt Aufzeichnungen über derartige verrechnete Leistungsstunden für die Gesamtjahre 2004, 2006 und 2007 übermittelt. Durchschnittlich waren in diesen Jahren jeweils rd. 6.200 Stunden erbracht worden. Unter Berücksichtigung von durchschnittlichen Fehlzeiten entsprach dies einem Wert von rd. 3,70 VZÄ, der dem obigen Personalstand jährlich hinzuzurechnen wäre.

Was die Qualifikation der MitarbeiterInnen der Ambulanzen für Entwicklungsförderung betrifft, legte die Magistratsabteilung 10 diesbezügliche Vorgaben für dort tätige Berufsgruppen in einem allgemein gehaltenen Anforderungsprofil fest.

2.4.2.4 Hinsichtlich der Darstellung der Leistungsentwicklung war bereits in dem im Pkt. 2.4.1 erwähnten TB des Kontrollamtes festgestellt worden, dass die damaligen Statistiken kein erschöpfendes Bild über den Leistungsumfang im Hinblick auf die Förderung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen zuließen. Weiters reichten die damals vorgelegten Aufzeichnungen nicht aus, um eine genaue Trennung der Organisationsberei-

che (FB MEF, Ambulanzen für Entwicklungsförderung) zu erkennen. In ihrer Stellungnahme teilte die Magistratsabteilung 10 mit, dass sie der Empfehlung, die statistische Aufbereitung der Daten zu intensivieren, mittelfristig nachkomme.

Die aus Anlass des Prüfersuchens durchgeführten Erhebungen des Kontrollamtes zeigten, dass entsprechende Umsetzungsschritte in die Wege geleitet, aber noch nicht abgeschlossen waren. Von der Magistratsabteilung 10 wurden aus diesem Grund nach wie vor eine Reihe von Daten überwiegend in handschriftlicher Form auf diversen Formblättern erfasst, die statistisch nicht zusammengeführt wurden. Alle zur Beantwortung der Fragen des Prüfersuchens von der Magistratsabteilung 10 erstellten Unterlagen bezogen sich nur auf einzelne Berufsgruppen und Zeitpunkte bzw. -räume, weshalb eine gesamthafte Darstellung der Leistungsentwicklung des FB MEF bzw. der Ambulanzen für Entwicklungsförderung über den Betrachtungszeitraum nicht möglich war.

Um zumindest eine Größenordnung über die Anzahl der in den Ambulanzen für Entwicklungsförderung betreuten Kinder aufzeigen zu können, wurde die von der Magistratsabteilung 10 für die seinerzeitige Kontrollamtsprüfung zusammengestellte diesbezügliche Statistik für das Ambulanzjahr 2005/06 in nachfolgender Tabelle angeführt:

Ambulanzen für Entwicklungsförderung	Ambulanzjahr 2005/06
Gesamtanzahl der vorgestellten Kinder	1.658
davon Kinder ohne weitere Betreuung	924
davon betreute Kinder	734
Kinder ausschließlich in Sprachbetreuung	134
Kinder ausschließlich in Einzelförderung	271
Kinder in Sprachbetreuung und Einzelförderung	34
Kinder ausschließlich in Gruppenbetreuung	243
Kinder in Gruppenbetreuung und Einzelförderung	42
Kinder in Gruppenbetreuung und Sprachbetreuung	10
Betreute Kinder	734

2.4.2.5 Da aus den Aufzeichnungen der Magistratsabteilung 10 keine Schlüsse auf etwaige Wartezeiten gezogen werden konnten, hatte die Dienststelle schon aus Anlass der seinerzeitigen Prüfung des Kontrollamtes erstmals händisch Daten über die Wartezeiten für das Ambulanzjahr 2006/07 (September 2006 bis Juni 2007) in einer Liste zusammengefasst. Dabei zeigte sich, dass die Wartezeiten auf eine psychologische Erst-

untersuchung - ab dem Zeitpunkt der Anmeldung - bei rd. 77 % der Kinder unter zwei Monaten lagen und bei 16 % der Kinder zwei bis vier Monate betrugen. Rund 2 % der Kinder warteten vier bis sechs Monate und weitere rd. 2 % länger als sechs Monate auf eine psychologische Erstuntersuchung. Für die restlichen Kinder konnte innerhalb eines angemessenen Zeitraumes kein Termin angeboten werden, sodass diese zur Betreuung an andere Institutionen verwiesen wurden.

Was die Wartezeiten zwischen den Erstuntersuchungen und den pädagogischen Förderungen betraf, zeigte sich, dass diese für rd. 59 % der Kinder unter zwei Monaten lagen. Bei rd. 25 % betrugen diese höchstens vier Monate und rd. 12 % warteten mehr als vier und z.T. mehr als sechs Monate auf einen Förderungsplatz. Etwa 4 % der Kinder wurden an andere Institutionen weiterverwiesen.

Eine neuerliche Erhebung aktueller Wartezeiten wäre auf Grund des Fehlens einer elektronischen Dokumentation und den damit verbundenen Auswertemöglichkeiten mit einem sehr hohen zeitlichen und personellen Aufwand einher gegangen, ohne signifikant andere Ergebnisse zu erbringen. Eine Aufstellung der Magistratsabteilung 10 vom Jänner 2008 zeigte nämlich, dass bei nahezu allen Psychologinnen und Psychologen jeweils zwischen einem Kind und neun Kinder auf Termine in der Ambulanz warteten. Auch die Sprachheilpädagoginnen hatten einer anderen Aufstellung zufolge Wartelisten, auf denen zwischen neun und 20 Kinder je Mitarbeiterin vorgemerkt waren. Aus dieser Aufstellung ging weiters hervor, dass eine noch größere Anzahl von Kindern je Mitarbeiterin an andere Institutionen weiterverwiesen werden musste. Insgesamt konnte festgestellt werden, dass nach wie vor Wartezeiten bestanden und auch Kinder mangels personeller Kapazitäten keinen Förderungsplatz in den Ambulanzen für Entwicklungsförderung erhielten. Aufnahmesperren wurden bislang dennoch nicht verhängt.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 10:

Bezüglich der Wartezeiten sind die Psychologinnen bzw. Psychologen sehr bemüht, für den jeweiligen Förderungsbedarf die geeigneten Therapiemöglichkeiten zu organisieren oder auf andere Institutionen zu verweisen. Nur einem Kind konnte - wie im TB

2007 des Kontrollamtes über die Prüfung der Ambulanzen für Entwicklungsförderung angeführt - keine entsprechende Therapiemöglichkeit zur Verfügung gestellt werden (0,3 %), wobei darauf hingewiesen wird, dass natürlich auch Kinder, die auf eine Therapie warten, bereits integrativ im Kindergarten gefördert werden. Der Empfehlung bzgl. der Erstellung einer elektronischen Dokumentation ist die Magistratsabteilung 10 bereits nachgekommen, indem eine umfassende Adaptierung der Datenerfassung der Magistratsabteilung 10 durchgeführt wird. Die Datenanalyse dafür erfolgte im Jahr 2007 und der Auftrag für die Entwicklung eines neuen Programmes wurde im August 2008 an die Magistratsabteilung 14 erteilt.

2.4.2.6 Grundsätzlich erfolgt die Vergabe von Förderungsplätzen in der Reihenfolge der Anmeldung, jedoch werden auch aus Gründen der Dringlichkeit (z.B. kurz vor dem Schuleintritt) individuelle, auf die Bedürfnisse des jeweiligen Kindes abgestimmte Prioritäten gesetzt, wobei auch örtlich flexible Lösungen gesucht werden. Bezüglich der Weiterverweisungen teilte die Magistratsabteilung 10 mit, dass jene Kinder, die nicht in eine spezielle Betreuung übernommen werden könnten, zielgerichtet an andere Einrichtungen (z.B. Ambulatorien des Vereines VKKJ, ZEF der FÖBE GmbH) weitervermittelt wurden. Eine systematische Dokumentation darüber wurde nicht geführt.

2.5 Ambulante und geförderte Einrichtungen der Magistratsabteilung 11

2.5.1 Einleitung

Die Magistratsabteilung 11 ist lt. GEM für die Angelegenheiten der öffentlichen Jugendwohlfahrt und dabei insbesondere für die Vollziehung des Jugendwohlfahrtsgesetzes des Bundes sowie des WrJWG 1990 hauptzuständig. Demgemäß hat die Magistratsabteilung 11 zum Zweck der Förderung und Sicherung der Entwicklung Minderjähriger - neben der Abklärung von Gefährdungen des Kindeswohls - u.a. soziale Dienste (z.B. vorbeugende und therapeutische Hilfen sowie Verbindungsdienste zu medizinischen Einrichtungen) bereitzustellen und Hilfen zur Erziehung (z.B. Maßnahmen zur Unterstützung der Erziehung) zu gewähren. Allerdings sind die Jugendwohlfahrtsmaßnah-

men nur dann zu gewähren, wenn und insoweit die Erziehungsberechtigten das Wohl der Minderjährigen nicht gewährleisten.

Die ambulant und stationär zu erbringenden Leistungen der regionalen Jugendwohlfahrt werden lt. Organigramm der Magistratsabteilung 11 von insgesamt fünf Dezernaten, u.zw. dem Dezernat 1 - Rechtsvertretung, dem Dezernat 2 - Soziale Arbeit mit Familien, dem Dezernat 3 - Eltern, Säuglinge, Kleinkinder, dem Dezernat 4 - Psychologischer Dienst und dem Dezernat 6 - Sozialpädagogische Einrichtungen durchgeführt. In Vollziehung des WrJWG 1990 nehmen diese Dezernate u.a. auch Aufgaben für die im Prüfersuchen genannten Zielgruppen der entwicklungsgefährdeten und entwicklungsgestörten Kinder und Jugendlichen sowie der psychosomatisch und/oder psychiatrisch kranken Kinder und Jugendlichen wahr.

Hervorzuheben war in diesem Zusammenhang das Dezernat 4 - Psychologischer Dienst, das die dezentral eingerichteten Stellen des Dezernates 2 (Regionalstellen) und des Dezernates 3 (Eltern-Kind-Zentren) mit seinem psychologischen und psychiatrischen Leistungsangebot unterstützt. Auch wenn der Psychologische Dienst auf Grund seiner Organisations- und Leistungsstruktur keine extramurale ambulante Einrichtung im Sinn des Prüfersuchens darstellt, wurde sein Wirken im Hinblick auf die im Prüfersuchen gestellten Fragestellungen einer überblicksweisen Betrachtung unterzogen.

Auf jeden Fall war in die Einschau des Kontrollamtes das von der Magistratsabteilung 11 geförderte Institut für Erziehungshilfe einzubeziehen, das vertraglich mit der Erfüllung von nicht hoheitlichen Aufgaben der öffentlichen Jugendwohlfahrt betraut wurde. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um die Bereitstellung von Beratungshilfen sowie vorbeugenden und therapeutischen Hilfen für Erziehungsberechtigte, Kinder und Jugendliche. Das Institut für Erziehungshilfe war bereits im Jahr 2001 Gegenstand einer Prüfung durch das Kontrollamt (s. TB 2001, Magistratsabteilung 11, Prüfung des Ansatzes 2590 - Erziehungsberatung).

2.5.2 Dezernat 4 - Psychologischer Dienst der Magistratsabteilung 11

Das Leistungsangebot der in den Regionalstellen und Eltern-Kind-Zentren tätigen MitarbeiterInnen des Psychologischen Dienstes umfasst u.a. klinisch-psychologische Dia-

gnostik der ihnen vorgestellten Minderjährigen, psychologische Stellungnahmen und Befunde, psychologische Behandlungen, Konfliktmanagement und Kriseninterventionen in Familien sowie Beratungen und Fallbesprechungen. Gemessen in VZÄ waren in den Jahren 2002 bis 2007 durchschnittlich 30,50 Psychologinnen und Psychologen beschäftigt. Die Anzahl der von den Psychologinnen und Psychologen des Dezernates 4 betreuten Fälle erhöhte sich von 7.042 im Jahr 2002 auf 7.200 im Jahr 2007.

Zusätzlich standen dem Dezernat 4 eine Fachärztin und ein Facharzt für Psychiatrie im Ausmaß von 1,25 VZÄ zur Verfügung, die im Jahr 2007 insgesamt 432 Kinder und Jugendliche betreuten. Während ein vollzeitbeschäftigter Psychiater seinen Dienst in der Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters im Allgemeinen Krankenhaus - Universitätskliniken (KJP-AKH) versah, war die externe Fachärztin mit einer Wochenstundenverpflichtung von zehn Stunden primär im Rahmen der Gefährdungsabklärungsverfahren für das Dezernat 2 tätig. Die Leistungen dieser Ärztin bzw. dieses Arztes umfassten z.B. klinisch-psychiatrische Diagnostik, Überweisungen zu Folgeuntersuchungen, Testungen und Auswertungen, Therapieorganisation, medizinische Behandlungen sowie Beratungen und Interventionen in Krisensituationen.

Laut Auskunft der Leitung des Dezernates 4 würden die Wartezeiten für Leistungen des Psychologischen Dienstes durchschnittlich 14 Tage betragen, wobei Terminvergaben im Zusammenhang mit Gefährdungsabklärungsverfahren oder akuten Krisen vorrangig behandelt werden würden. Als Auswahlkriterien bei der Vergabe von psychotherapeutischen Behandlungen wurden das Vorliegen einer Hilfe zur Erziehung (Unterstützung der Erziehung oder volle Erziehung), die klinische Diagnostik nach ICD und die Motivation bei Eltern und Kindern und die budgetären Rahmenbedingungen der Abteilung genannt.

2.5.3 Institut für Erziehungshilfe

2.5.3.1 Das Institut für Erziehungshilfe (Child Guidance Clinic) wird von der Österreichischen Gesellschaft für psychische Hygiene, Landesgesellschaft Wien geführt und soll lt. dem mit der Magistratsabteilung 11 abgeschlossenen Übereinkommen mit seinen fünf Standorten (im 5., 10., 11., 19. und 21. Wiener Gemeindebezirk) einen Beitrag zu der

angestrebten flächendeckenden Versorgung der Wiener Kinder und Jugendlichen durch tiefenpsychologisch orientierte Kindertherapie mit therapiebegleitender Beratung der Eltern leisten, wobei vorrangig finanziell schwache Gruppen zu versorgen sind. Eine bescheidmäßige Anerkennung der fünf Standorte des Instituts durch das Amt der Wiener Landesregierung zur Durchführung von Sozialen Diensten als freier Jugendwohlfahrtsträger gem. § 8 WrJWG 1990 lag vor.

Darüber hinaus verfügt das Institut für Erziehungshilfe jeweils über einen Vertrag mit der WGKK (seit dem Jahr 2002), mit der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie mit der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien. Vertragsgegenstand ist die an den Standorten des Instituts durchgeführte klinisch-psychologische Diagnostik, ärztliche und psychotherapeutische Behandlung krankheitswertiger Störungen - insbesondere neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen, emotioneller Störungen, Verhaltens- sowie Persönlichkeitsstörungen - an Versicherten bzw. deren anspruchsberechtigten Angehörigen im Kindes- und Jugendalter bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Als Vertragseinrichtung der SozialversicherungsträgerInnen werden seitens des Instituts für Erziehungshilfe für die Behandlung der Patientinnen und Patienten keine Zuzahlungen eingehoben. Für die im Rahmen der Sozialen Dienste zu erbringenden Leistungen ist auf Grundlage des WrJWG 1990 die Einhebung von Therapiekostenbeiträgen analog den Vorgaben der Magistratsabteilung 11 vorgesehen, wobei davon in Härtefällen (Therapiegefährdung) abgesehen werden kann. Die Einnahmen daraus verringerten sich infolge der Möglichkeit der Verrechnung als Krankenversicherungsleistung von 20.159,02 EUR im Jahr 2002 auf 3.279,04 im Jahr 2007.

Hauptfinanzier des Instituts für Erziehungshilfe ist die Stadt Wien, da im Jahr 2007 die Gesamtaufwendungen zu rd. 83 % aus Förderungsmitteln der Magistratsabteilung 11 und zu 17 % aus den pauschalierten Einnahmen der SozialversicherungsträgerInnen abgedeckt wurden. Privat zu bezahlende Untersuchungs-, Behandlungs- und Betreuungsleistungen würden lt. Auskunft der Institutsleitung in den Standorten des Instituts für Erziehungshilfe nicht angeboten.

2.5.3.2 Zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes setzte sich das diagnostische und therapeutische Leistungsangebot in den Standorten des Instituts für Erziehungshilfe wie folgt zusammen: Psychotherapeutische Kurzintervention in Krisensituationen mit Erziehungsberatung der Eltern, psychologische Untersuchung bzw. Diagnostik, ärztliche Untersuchung, Kinderpsychotherapien (einmal oder zweimal wöchentlich), Eltern/Kleinkind-Psychotherapien, Kindergruppen, therapiebegleitende Erziehungsberatung der Bezugspersonen, Erziehungsberatung und Motivationsarbeit mit Bezugspersonen, Familientherapie sowie Eltern/Müttergruppen und Pflegeelterngruppen.

2.5.3.3 Die Personalausstattung des Instituts für Erziehungshilfe entwickelte sich in den Jahren 2002 bis 2007 - geordnet nach Berufs- und Qualifikationsgruppen - wie folgt:

Personalstand zum 31.Dezember in VZÄ	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Leitung	2,56	2,56	2,56	2,56	2,46	2,46
Fachärztinnen und -ärzte, Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten	16,19	16,19	16,44	15,94	15,85	16,09
DSA	12,25	12,75	12,63	12,63	10,29	10,53
Sekretärinnen und Sekretäre	5,00	5,00	5,00	5,13	4,86	4,89
Reinigungskräfte	3,25	3,25	3,25	3,25	3,11	3,11
Summe	39,25	39,75	39,88	39,51	36,57	37,08

Aus der obigen Tabelle geht hervor, dass der in VZÄ ausgewiesene Personalstand des Instituts für Erziehungshilfe im Jahr 2006 gegenüber dem Jahr 2005 einen Rückgang verzeichnete. Zurückzuführen war dies u.a. auf die Einführung des Kollektivvertrages der Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe (BAGS) im Institut für Erziehungshilfe, der eine Verkürzung der wöchentlichen Normalarbeitszeit von 40 Stunden auf 38 Stunden nach sich zog. Weiters war anzumerken, dass bei der Berufsgruppe der DSA Dienst zugeteiltes Personal der Magistratsabteilung 11 inkludiert war. Als InstitutsleiterInnen fungierten Psychologinnen und Psychologen, Fachärztinnen und -ärzte sowie eine DSA; daher wurde die dafür aufzuwendende Arbeitszeit von den diesbezüglichen VZÄ der jeweiligen Berufsgruppen abgezogen und der Leitung zugerechnet.

Hinsichtlich der Personalqualifikation hat das Institut für Erziehungshilfe die in den Verträgen mit den Sozialversicherungsträgerinnen und -trägern und die im Übereinkommen

mit der Magistratsabteilung 11 festgelegten Vorgaben einzuhalten. Demnach dürfen die im Institut durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen ausschließlich durch berufsrechtlich befugte Personen erbracht werden, wobei auf regelmäßige Fortbildungsmaßnahmen zu achten ist. Weiters sind die Standorte des Instituts für Erziehungshilfe mit Bescheid der Wiener Landesregierung als Einrichtungen der freien Jugendwohlfahrt gem. § 8 Abs. 1 WrJWG 1990 anerkannt und daher zur Erfüllung ihres Aufgabenbereiches geeignet.

2.5.3.4 Die Anzahl der im Betrachtungszeitraum in den Standorten des Instituts für Erziehungshilfe betreuten Kinder, Jugendlichen und Eltern ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Fallzahlen des Instituts für Erziehungshilfe	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Kurzinterventionen und ärztliche/psychologische Untersuchungen	510	615	601	594	639	612
Elternberatungen	508	576	556	556	569	539
Kinderpsychotherapien	246	257	255	264	276	257
Summe	1.264	1.448	1.412	1.414	1.484	1.408

Insgesamt betrachtet erhöhte sich die Anzahl der in Behandlung stehenden Klientinnen und Klienten von 1.264 im Jahr 2002 um 144 oder rd. 11 % auf 1.408 im Jahr 2007. Die vergleichsweise niedrigen Werte des Jahres 2002 waren lt. Auskunft der Institutsleitung nicht auf eine geringere Leistungserbringung sondern auf die Einführung eines elektronischen Leistungsdokumentationssystems zurückzuführen. Mit diesem System war es dem Institut für Erziehungshilfe möglich, die in den Verträgen mit den Sozialversicherungsträgerinnen und -trägern und der Magistratsabteilung 11 festgelegten Dokumentations- und Berichtspflichten zu erfüllen. Erwähnenswert erschien, dass gemäß einer vom Institut durchgeführten Erhebung der Anteil der im Jahr 2007 betreuten Familien mit Migrationshintergrund bei rd. 50 % lag.

Aufbauend auf den im elektronischen Leistungsdokumentationssystem erfassten Daten (z.B. erbrachte Arbeitsstunden je Interventionsform) erfolgte eine Planung der Leistungskapazitäten und der damit verbundenen Personal- und Sachaufwendungen, die jedoch an die von den Finanziers zur Verfügung gestellten Mittel angepasst werden

mussten. Weiters würden lt. Auskunft der Institutsleitung Planwerte der zu erbringenden Leistungen aus den Kassenverträgen abgeleitet und vierteljährlich auf ihre Zielerreichung überprüft.

2.5.3.5 Wie die Institutsleitung dem Kontrollamt gegenüber mitteilte, wären in den Jahren 2002 bis 2007 zwar keine Aufnahmesperren ausgesprochen worden, jedoch wären die Klientinnen und Klienten des Instituts für Erziehungshilfe mit Wartezeiten in unterschiedlichem Ausmaß konfrontiert gewesen. Auf Grund der zeitlichen und inhaltlichen Erfassung der Betreuungsprozesse im Leistungsdokumentationssystem konnten vom Institut für Erziehungshilfe sowohl einrichtungsbezogene als auch leistungsspezifische Wartezeiten zur Verfügung gestellt werden.

In Beantwortung der Fragen des Prüfersuchens wurden dem Kontrollamt die in einem Jahr durchschnittlich angefallenen Wartezeiten (in Tagen) der Klientinnen und Klienten für bestimmte Leistungsbereiche übermittelt. Während als Wartezeit bei den diagnostischen Leistungen und Elternberatungen der Zeitraum zwischen Erstkontakt und Leistungsbeginn gilt, beziehen sich die Wartezeiten im Bereich der Kindertherapie auf den Zeitraum zwischen der Eintragung auf der gegenständlichen Warteliste - nach erfolgter Diagnostik bzw. allfälliger Kurzinterventionen - bis zum tatsächlichen Therapiebeginn. Bis zum Beginn der Kindertherapie würden im Bedarfsfall weitere Kurzinterventionen und/oder Elternberatungen durchgeführt werden.

Jahresdurchschnitt der Wartezeiten in Tagen für	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Diagnostik ohne Kurzintervention	33	49	47	41	48	41
Diagnostik mit Kurzintervention	62	71	58	52	55	47
Elternberatung ohne Kindertherapie	119	160	196	182	176	134
Kindertherapie	150	145	212	213	133	44

Auch bei dieser Darstellung resultieren die vergleichsweise niedrigen Werte des Jahres 2002 aus der Einführung des elektronischen Leistungsdokumentationssystems. Weiters waren die Werte des Jahres 2007 insofern eingeschränkt aussagekräftig, als in diesen auf Grund des Auswertungszeitpunktes (Anfang des Jahres 2008) nicht alle Wartezeiten Berücksichtigung fanden, da nur jene Wartezeiten mit bereits erfolgtem Leistungsbeginn in die Auswertung einbezogen wurden. Insbesondere bei den Kindertherapien

hatten zum Zeitpunkt der Auswertung erst 18 der im Jahr 2007 neu angemeldeten Klientinnen und Klienten mit der Therapie begonnen.

Ungeachtet dessen war im Betrachtungszeitraum z.T. ein leichter Rückgang der Wartezeiten feststellbar. Die durchschnittliche Wartezeit im Bereich der Kindertherapie konnte nach einem zwischenzeitlichen Anstieg auf 213 Tage im Jahr 2005 im Folgejahr wieder auf 133 Tage reduziert werden. Laut Auskunft der Institutsleitung hätte diese Entwicklung nur dadurch erreicht werden können, dass die Klientinnen und Klienten nach erfolgter Diagnostik gezielt in den niedergelassenen Bereich und zu anderen Institutionen weiterverwiesen wurden, wobei dabei auf die finanzielle Situation der Klientinnen und Klienten Bedacht genommen worden wäre.

2.5.3.6 Bedingt durch die Verteilung der Zuständigkeit der Standorte des Instituts für Erziehungshilfe auf fünf Versorgungsregionen erfolgt die Aufnahme der Klientinnen und Klienten auf den Wohnsitz bezogen. Gemäß dem Übereinkommen mit der Magistratsabteilung 11 sind für Kinder und Jugendliche bzw. deren Familien, die von den Regionalstellen der Magistratsabteilung 11 im Rahmen einer Hilfe zur Erziehung gem. § 32 WrJWG 1990 zugewiesen werden, vorrangig Diagnosen und erforderlichenfalls Therapien durchzuführen.

Nach Ausschöpfung der eigenen Kapazitäten erfolgte durch das Institut für Erziehungshilfe eine gezielte Weiterverweisung einkommensstärkerer, Hilfe suchender Familien an ausgewählte Therapeutinnen und Therapeuten im niedergelassenen Bereich. Eine systematische Dokumentation sowie ein standardisiertes Berichtswesen hinsichtlich der weiterverwiesenen Klientinnen und Klienten wurde nicht geführt.

2.6 Zusammenfassung und Feststellungen

2.6.1 Zu dem in die Zuständigkeit der Sozialversicherung fallenden extramuralen Bereich wies die Stadt Wien im Betrachtungszeitraum insofern Berührungspunkte auf, als der FSW im Rahmen der Behindertenhilfe/Frühförderung Vertragseinrichtungen der SozialversicherungsträgerInnen förderte und der PSD als Vertragseinrichtung der WGKK ein Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik betrieb. Im

Fall des FSW handelte es sich dabei um die Wiener Ambulatorien des VKKJ sowie um das ZEF der FÖBE GmbH, wobei im Jahr 2007 bei den Erstgenannten die Sozialversicherung und bei dem Letztgenannten der FSW als Hauptfinanzier fungierte. Weiters wurde von der Magistratsabteilung 11 im Rahmen der Jugendwohlfahrt das Institut für Erziehungshilfe gefördert, das seit dem Jahr 2002 im Hinblick auf seine ärztlichen, klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen ebenfalls eine Vertragseinrichtung der Sozialversicherung ist.

Neben diesen unmittelbar dem extramuralen Bereich zurechenbaren Einrichtungen erbrachte die Magistratsabteilung 15 in ihren Stellen für Entwicklungsdiagnostik auf Grund des Wiener Risikokinderprogrammes und in Ergänzung zum Leistungsangebot der Ambulatorien des VKKJ und des ZEF ärztliche, psychologische und medizinisch-therapeutische Leistungen, für die allerdings kein Vertrag mit der Sozialversicherung bestand. Darüber hinaus wurden von der Stadt Wien im Rahmen des FSW mobile und ambulante Frühförderungseinrichtungen - die MFF der FÖBE GmbH, der Verein Contrast, die MFF des ÖHTB - gefördert und im Rahmen des FB MEF der Magistratsabteilung 10 die Ambulanzen für Entwicklungsförderung vorgehalten.

Vor dem Hintergrund dieser LeistungsanbieterInnen konnte die ambulante Versorgung von entwicklungsgefährdeten, entwicklungsgestörten, psychosomatisch und/oder psychiatrisch kranken Minderjährigen als Querschnittsmaterie bezeichnet werden, da sie sowohl nach Altersgruppen als auch nach krankheits- bzw. störungsbedingten Erfordernissen differenziert ist. Demgemäß wurden in bestimmten Lebensabschnitten der Kinder und Jugendlichen eine Reihe von Einrichtungen mit unterschiedlichem Rechtsstatus und z.T. breitem Leistungsspektrum - teilweise parallel nebeneinander - tätig, wobei die Kostentragung je nach Rechtsgrundlagen durch verschiedene Finanziers erfolgte. Die Erbringung von solchen Leistungen nach dem ASVG und Leistungen der Behindertenhilfe/Frühförderung bzw. der Jugendwohlfahrt aus einer Hand - wie im Fall der Ambulatorien des VKKJ, des ZEF und des Instituts für Erziehungshilfe - erschien auf Grund des multiprofessionellen Leistungsangebotes zweckmäßig, erforderte aber im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Leistungserbringung eine effektive Kooperation sowohl der leistungserbringenden Institutionen als auch der Finanziers.

Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die SozialversicherungsträgerInnen bzw. die WGKK im extramuralen Bereich in Bezug auf die im Prüfersuchen genannten Zielgruppen auch über eine Reihe anderer VertragspartnerInnen verfügen (z.B. das Ambulatorium für Kinderpsychiatrie SOS-Kinderdorf Wien Floridsdorf, die Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung, das Ambulatorium "Die Boje", der Verein für Ergotherapeutische Versorgung und niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte), die allerdings nicht im Einflussbereich der Stadt Wien liegen. Eine Gesamtbetrachtung der Bedarfsdeckung in den prüfungsgegenständlichen Versorgungsbereichen konnte daher seitens des Kontrollamtes nicht angestellt werden.

2.6.2 Wie die Erhebungen zu den Themenbereichen Wartezeiten und Aufnahmesperren ergaben, wurden in nahezu allen in die Prüfung einbezogenen Einrichtungen Wartezeiten festgestellt. So kam es im Betrachtungszeitraum in den Wiener Ambulatorien des VKKJ, im ZEF sowie in den Standorten des Instituts für Erziehungshilfe zu Wartezeiten, die sowohl Leistungen nach dem ASVG als auch Leistungen der Behindertenhilfe/Frühförderung sowie der Jugendwohlfahrt betrafen. Auch in den Stellen für Entwicklungsdiagnostik der Magistratsabteilung 15, in der MFF der FÖBE GmbH sowie in den Ambulanzen für Entwicklungsförderung der Magistratsabteilung 10 waren die Klientinnen und Klienten mit Wartezeiten in unterschiedlichem Ausmaß konfrontiert. Allerdings hingen die Wartezeiten nicht nur von im Einflussbereich der Einrichtungen liegenden Faktoren ab; so hatte u.a. die teilweise mangelnde Kooperationsbereitschaft der Eltern bzw. deren fehlende Termintreue ebenfalls Auswirkungen auf die Wartezeitensituation.

Weiters war festzustellen, dass die z.T. stark zunehmenden Wartezeiten sowohl zu vermehrten Weiterverweisungen an andere LeistungsanbieterInnen bzw. in den niedergelassenen Bereich, als auch im Fall der Wiener Ambulatorien des VKKJ, des ZEF sowie der Stellen für Entwicklungsdiagnostik zwischenzeitlich zu leistungsbezogenen oder zu partiellen Aufnahmesperren führten.

Bei den diesbezüglichen Wartezeiten waren grundsätzlich die Zeiträume zwischen Kontaktaufnahme und Erstuntersuchung und zwischen Diagnosefeststellung und Therapiebeginn bzw. Betreuungsübernahme zu unterscheiden, wobei nähere Angaben

über das Ausmaß und die Entwicklung der Wartezeiten vom jeweils eingesetzten Klientinnen- und Klientendokumentationssystem und von der Qualität der Datenerfassung abhängig waren. Während einige Einrichtungen entsprechende Angaben über Wartezeiten für den gesamten Betrachtungszeitraum zur Verfügung stellten, konnten andere nur Auswertungen im Hinblick auf einzelne Zeiträume bereitstellen. Bei jenen Einrichtungen, die über solche Auswertungen nicht verfügten, basierten die bekannt gegebenen Wartezeiten auf Schätzungen. Im Ergebnis konnte daher eine Entwicklung der im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 aufgetretenen Wartezeiten nur bei zwei Einrichtungen - nämlich der MFF der FÖBE GmbH und dem Institut für Erziehungshilfe - dargestellt werden.

Ungeachtet der vorgefundenen Unterschiede bei der Definition und Dokumentation der Wartezeiten und der fehlenden organisationsübergreifenden Abstimmung der einrichtungsspezifischen Wartelisten (z.B. im Hinblick auf Mehrfachnennungen) ließen im Besonderen die mehrmonatigen Wartezeiten auf therapeutische Leistungen bzw. Förderungsleistungen sowie die wechselweisen Aufnahmesperren auf eine Unterversorgung in diesen Leistungsbereichen schließen. Das von den Kapazitätsengpässen betroffene Klientel deckte sich hinsichtlich Alter und Diagnose mit den jeweiligen Zielgruppen der Institutionen, konnte allerdings mangels vorliegender Daten in Bezug auf das Familieneinkommen nicht weiter differenziert werden. Bei den FSW-geförderten Einrichtungen zeigte sich jedoch ein wachsender Anteil an Familien mit Migrationshintergrund. Auch die Standorte des Instituts für Erziehungshilfe wiesen einen hohen Anteil an betreuten Familien mit Migrationshintergrund auf.

2.6.3 Trotz der aufgetretenen Wartezeiten und Aufnahmesperren war die vorgehaltene Personalausstattung der in die Prüfung einbezogenen Institutionen annähernd gleich geblieben. Hinsichtlich der Qualifikation und Quantität der Personalausstattung konnte vom Kontrollamt das Vorhandensein internationaler Vorgaben im Sinn von verpflichtenden Kriterien nicht erhoben werden. Die geprüften Einrichtungen unterlagen allerdings - je nachdem, ob sie ein selbstständiges Ambulatorium gemäß Wr. KAG, ein freier Jugendwohlfahrtsträger gem. § 8 WrJWG 1990, eine Vertragseinrichtung der Sozialversicherung, eine Förderungsnehmerin oder ein Förderungsnehmer des FSW bzw. der

Stadt Wien oder eine Dienststelle der Stadt Wien sind - unterschiedlichen Erfordernissen bzw. Auflagen. Eine ergebnis- oder outputorientierte Personalbedarfsberechnung kam in den meisten geprüften Einrichtungen nicht zur Anwendung. Die Leistungskapazitäten und der damit verbundene Personaleinsatz bewegten sich innerhalb der bereitgestellten Ressourcen.

2.6.4 Das umfangreiche Leistungsangebot der gegenständlichen Einrichtungen wurde in den vorangegangenen Berichtspunkten detailliert dargestellt und umfasste ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und medizinisch-therapeutische aber auch Förderungs- und Unterstützungsleistungen, heilpädagogische sowie kindergartenpädagogische Leistungen, die sowohl präventiv-gesundheitsfördernden als auch kurativen und rehabilitativen Charakter haben. In Bezug auf die Zielgruppen der in die Prüfung einbezogenen Einrichtungen fiel auf, dass sich die Leistungserbringung überwiegend auf die Altersgruppe der bis zu Sechsjährigen konzentrierte; nur in den Hortgruppen der Magistratsabteilung 10 wurden Leistungen für Kinder bis zum Ende der Schulpflicht und in den Ambulatorien des VKKJ, im Institut für Erziehungshilfe sowie im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulatorium mit Tagesklinik des PSD Leistungen für bis zu 18-jährige angeboten.

2.6.5 Die Auswahlkriterien für die Vergabe von Therapieplätzen waren in den Einrichtungen verschieden und orientierten sich u.a. an der Prioritätensetzung des Wiener Risikokinderprogrammes, an der medizinischen Indikation und Dringlichkeit, an der Wohnortnähe bzw. dem Wohnsitz, an der Zugehörigkeit zu einer Altersgruppe, an der Reihenfolge der Anmeldung oder am Vorliegen einer Maßnahme nach dem WrJWG 1990. Wie die Institutionen dem Kontrollamt gegenüber mitteilten, würde bei der Vergabe von Therapie- und Betreuungsplätzen jedenfalls darauf Bedacht genommen werden, dass sozial schwache Klientinnen und Klienten bevorzugt und finanzstärkere Familien in den niedergelassenen Bereich weiterverwiesen werden.

Bei langen Wartezeiten und Aufnahmesperren wurden von den geprüften Einrichtungen Weiterverweisungen an Institutionen mit vergleichbarem Leistungsangebot bzw. in den niedergelassenen Bereich vorgenommen, was in Anbetracht der grundsätzlichen War-

tezeitenproblematik nicht immer zu einer Verbesserung der Behandlungs- bzw. Betreuungssituation der Hilfe Suchenden geführt haben wird. Eine systematische Dokumentation über die weiterverwiesenen bzw. abgewiesenen Klientinnen und Klienten wurde von den meisten geprüften Einrichtungen nicht geführt. Ebenso war kein strukturiertes Berichtswesen an die jeweiligen AuftraggeberInnen bzw. EntscheidungsträgerInnen vorgesehen. Ausgenommen davon war das Institut für Erziehungshilfe hinsichtlich der von der Magistratsabteilung 11 im Rahmen einer Hilfe zur Erziehung zugewiesenen Kinder und Jugendlichen.

2.6.6 Die Anzahl der in den gegenständlichen Einrichtungen betreuten Minderjährigen und deren Familien sowie die diesbezüglichen Betreuungsfrequenzen wurden je nach Datenlage in den jeweiligen Einrichtungen für die Jahre 2002 bis 2007 dargestellt. Unter schätzungsweiser Einbeziehung jener Einrichtungen, die in Bezug auf das Ausgangsjahr 2002 keine diesbezüglichen Daten übermittelten, konnte von einer Erhöhung der Anzahl der betreuten Minderjährigen und deren Familien um rd. 5 % auf rd. 7.500 im Jahr 2007 ausgegangen werden. Eine detaillierte zusammenfassende Darstellung der Leistungentwicklung war auf Grund der in den jeweiligen Einrichtungen unterschiedlich gehandhabten statistischen Dokumentationen nicht möglich.

Auf Grund des Umstandes, dass in den meisten geprüften Einrichtungen keine ergebnis- oder outputorientierte Planung der Kapazitäten vorgesehen war, konnte ein Gesamtvergleich von Planwerten hinsichtlich der vorgesehenen Auslastung, Frequenz und dem vorhandenen Personalstand nicht vorgenommen werden. Vielmehr waren die Leistungskapazitäten vom Personalstand und dem vorhandenen Raumangebot abhängig, welche an die jeweils zur Verfügung stehenden Mittel angepasst wurden.

2.6.7 Gemäß den Auskünften der LeiterInnen aller in die Prüfung einbezogenen Einrichtungen würden keine Behandlungs- bzw. Beratungseinheiten angeboten, die von den Klientinnen und Klienten privat zu bezahlen sind bzw. von den Therapeutinnen und Therapeuten privat vereinnahmt werden.

2.6.8 Zur Frage 4.3 des Prüfersuchens war zusammenfassend zu bemerken, dass das ambulante Angebot der Frühförderungszentren im Pkt. 2.2 dargestellt wurde. Während

bei den Ambulatorien des VKKJ und beim ZEF auf Grund der erhobenen Wartezeiten bzw. Aufnahmesperren nicht von einer Bedarfsdeckung ausgegangen werden konnte, war eine solche bei den speziell auf Behinderungen abgestellten mobilen Frühförderungseinrichtungen des Vereines Contrast und des ÖHTB grundsätzlich gegeben. Bei der MFF der FÖBE GmbH war jedoch auf Grund der Wartezeiten die Bedarfsdeckung nicht optimal.

2.6.9 Angesichts der bisher getroffenen Feststellungen empfahl das Kontrollamt im Hinblick auf bestehende Kapazitätsengpässe bzw. auf eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der gegenständlichen Versorgungsbereiche eine umfassende wienweite Bedarfserhebung unter Einbeziehung aller ambulanten leistungserbringenden Stellen, wobei diese in Kooperation mit den zuständigen Sozialversicherungsträgerinnen bzw. -trägern erfolgen sollte.

In diesem Zusammenhang wäre auch die künftige Organisationsstruktur der Stellen für Entwicklungsdiagnostik in der Magistratsabteilung 15, die eine wichtige Rolle in der Versorgung der genannten Zielgruppen einnehmen, einer umgehenden Klärung zuzuführen. Aufbauend auf eine entsprechende Leistungsdokumentation sollten auch im FB MEF der Magistratsabteilung 10 einschließlich der Ambulanzen für Entwicklungsförderung die organisatorischen, personellen sowie räumlichen Rahmenbedingungen für eine bedarfsentsprechende Leistungserbringung geschaffen werden.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 15:

In der Magistratsabteilung 15 ist derzeit eine Arbeitsgruppe mit verschiedenen Leistungsträgerinnen bzw. -trägern der Stadt Wien im Hinblick auf die Feststellung einer akkordierten Leistungsplanung tätig, wobei auch die strukturelle Klärung für die Entwicklungsdiagnostik Arbeitsgegenstand ist.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 10:

Wie vom Kontrollamt angeführt, war das Raumangebot in den Ambulanzen fallweise nicht ausreichend, daher ist die Magistratsabteilung 10 bestrebt, bei Neuerrichtungen sowie bei Sanierungen

von Kindergärten zusätzliche Räumlichkeiten zu schaffen; bei zwei Ambulanzen wurde bzw. wird die räumliche Situation bereits verbessert. Die personelle Bereitstellung von Ambulanzstunden kann durch organisatorische Änderungen erhöht werden.

Für den gesamten Bereich des FB MEF ist festzuhalten, dass die Anzahl der betreuten Kinder mit besonderen Bedürfnissen durch die Magistratsabteilung 10 in den letzten zwei Jahren deutlich erhöht wurde; dies dokumentiert die Bemühungen der Magistratsabteilung 10, dem Bedarf gerecht zu werden.

Nach Auffassung des Kontrollamtes sollte bei den gemeinsam mit den zuständigen Sozialversicherungsträgerinnen bzw. -trägern anzustellenden künftigen Überlegungen zur bedarfsgerechten Gestaltung der prüfungsgegenständlichen Versorgungsbereiche dem präventiven Charakter ihres Leistungsangebotes höhere Bedeutung beigemessen werden, weil dadurch trägerinnen- bzw. trägerübergreifende Folgeeinsparungen erzielt bzw. vermehrte volkswirtschaftliche Folgekosten allenfalls vermieden werden könnten.

Stellungnahme des Fonds Soziales Wien:
Der FSW nimmt die im Bericht getroffenen Feststellungen zur Kenntnis und wird nach seinen Möglichkeiten dazu beitragen, die empfohlenen Maßnahmen umzusetzen.

3. Einrichtungen zur Langzeittherapie bzw. für Kinder und Jugendliche mit speziellen Bedürfnissen

Gemäß den Informationen, die den Antragstellerinnen und -stellern des Prüfersuchens vorliegen *"fehlen ausreichende Kapazitäten für Langzeittherapie bzw. für Kinder/ Jugendliche mit besonderer Problematik. Hinsichtlich der Erfordernis eines wirtschaftlichen und zweckmäßigen Mitteleinsatzes in diesem Bereich sind insbesondere folgende Fragestellungen zu beantworten:"*

3.1 Einzeleinweisungen in sozialtherapeutische/heilpädagogische Einrichtungen

Frage 2.1: Einzeleinweisungen psychisch kranker Kinder in heilpädagogische Einrichtungen (z.B. Bienenhaus, Haus der Musik) bedürfen der Kostenübernahme

seitens der MA 11 und sind nahezu unerreichbar. Es wird von Wartefristen von bis zu 5 Jahren berichtet. Treffen diese Informationen zu?

3.1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Nach dem WrJWG 1990 hat die Magistratsabteilung 11 als Jugendwohlfahrtsträgerin die Entwicklung Minderjähriger u.a. durch die Gewährung von Hilfen zur Erziehung zu sichern, insoweit die Erziehungsberechtigten das Wohl der Minderjährigen nicht gewährleisten. Weiters hat die Jugendwohlfahrtsträgerin jede Meldung über die Gefährdung des Kindeswohls abzuklären. Ein Eingriff in familiäre Bereiche und Beziehungen (z.B. Obsorge der Eltern) ist allerdings nur insoweit vorgesehen, als dies zum Wohl der Minderjährigen notwendig ist.

Gemäß § 32 WrJWG 1990 sind Hilfen zur Erziehung im Einzelfall als Unterstützung der Erziehung oder als volle Erziehung zu gewähren, wobei Letztere u.a. die Pflege und Erziehung der Minderjährigen in sozialpädagogischen Einrichtungen - sofern die Magistratsabteilung 11 mit der Pflege und Erziehung bzw. der Obsorge zur Gänze betraut wurde - umfasst. Im Bedarfsfall kann eine Erziehungshilfe mit Zustimmung der Betroffenen längstens bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres fortgesetzt werden.

Eine Fremdunterbringung von Minderjährigen im Rahmen der vollen Erziehung stellt - wie sich aus der Systematik des WrJWG 1990 ergibt - die "ultima ratio" in der Palette der gesetzlichen Jugendwohlfahrtsmaßnahmen dar. Demgemäß ist auf eine sorgfältige Abklärung und eine den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen gerecht werdende Wahl der Betreuungsform im Besonderen Bedacht zu nehmen. Für diese Jugendwohlfahrtsmaßnahmen hat - unbeschadet der Pflicht zum Tragen und Ersetzen damit verbundener Kosten - zunächst das Land Wien aufzukommen.

3.1.2 Einzelverträge für Minderjährige mit sozialtherapeutischem Betreuungsaufwand

In der Magistratsabteilung 11 ist das Dezernat 6 - Sozialpädagogische Einrichtungen, welches organisatorisch u.a. aus fünf sozialpädagogischen Regionen besteht, für die Unterbringung von Minderjährigen im Rahmen der vollen Erziehung zuständig. Für die Fremdunterbringungen werden von den sozialpädagogischen Regionen sowohl eigene

sozialpädagogische Einrichtungen als auch Betreuungsplätze in privaten, nicht-städtischen, sozialpädagogischen Vertragseinrichtungen in Wien bzw. in ganz Österreich herangezogen.

Auf Grund von Entwicklungen außerhalb der Jugendwohlfahrt werden gemäß einem Beschluss des ehemaligen Gemeinderatsausschusses für Jugend, Soziales, Information und Sport vom 26. April 2000 (AZ 144/00-GJS) seit dem Jahr 2000 zunehmend Kinder und Jugendliche - für die auf Grund spezieller Defizite und Probleme sowie auf Grund der hohen Auslastung der städtischen und nicht-städtischen Vertragseinrichtungen keine adäquate Unterbringung möglich ist - im Rahmen der vollen Erziehung in nicht-städtische sozialtherapeutische Einrichtungen mittels Einzelvertrag eingewiesen. Das Leistungsspektrum der Einzelvertragseinrichtungen reicht von Kinderdörfern bis hin zu hoch spezialisierten sozialpädagogischen und sozialtherapeutischen Einrichtungen, wie z.B. dem Therapiezentrum Bienenhaus, dem Verein Morgenstern - heilpädagogische und sozialtherapeutische Begleitung oder dem Diakonie Zentrum Spattstraße - Dasein für Kinder und Jugendliche.

Die Meldung des Bedarfes (z.B. durch eine ärztliche Empfehlung) an einer Fremdunterbringung von Kindern und Jugendlichen in einer hoch spezialisierten sozialtherapeutischen bzw. heilpädagogischen Einrichtung (auf Einzelvertragsbasis) wird von der jeweils zuständigen fallführenden DSA in den Regionalstellen des Dezernates 2 - Soziale Arbeit mit Familie im Rahmen eines Gefährdungsabklärungsverfahrens geprüft. Betrifft eine solche Bedarfsmeldung eine bzw. einen bereits in einer sozialpädagogischen Einrichtung untergebrachte Minderjährige bzw. untergebrachten Minderjährigen, erfolgt die diesbezügliche Prüfung durch die zuständige Leitung der sozialpädagogischen Region des Dezernates 6, der im Fall der Feststellung der Notwendigkeit einer Fremdunterbringung generell die Suche nach einer adäquaten Unterbringungsmöglichkeit obliegt.

Erklärt sich schließlich eine in diesem Versorgungsbereich tätige Einrichtung bereit, die Minderjährige bzw. den Minderjährigen entsprechend ihrem bzw. seinem physischen, psychischen und sozialen Entwicklungsstand betreuen zu können, kommt es zum Abschluss von Einzelverträgen zwischen der Magistratsabteilung 11 und der jeweiligen

Rechtsträgerin bzw. dem jeweiligen Rechtsträger. Damit eine solche Fremdunterbringung als Jugendwohlfahrtsmaßnahme der vollen Erziehung im Sinn des § 34 WrJWG 1990 eingestuft werden kann, muss spätestens bis zum Zeitpunkt des Abschlusses von Einzelverträgen die Magistratsabteilung 11 als Jugendwohlfahrtsträgerin mit der Pflege und Erziehung der Minderjährigen zur Gänze betraut worden sein. Mit dem Abschluss der Einzelverträge (Einzeleinweisungen) verpflichten sich die RechtsträgerInnen, die ihnen anvertrauten Minderjährigen nach dem jeweiligen aufsichtsbehördlich genehmigten sozialpädagogischen Konzept sowie den in Fallverlaufskonferenzen mit der Jugendwohlfahrtsträgerin festgelegten Zielvereinbarungen zu fördern und zu betreuen.

Laut einer Übersicht der Magistratsabteilung 11 wurden im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 insgesamt 86 Neuaufnahmen in hoch spezialisierte sozialtherapeutische bzw. heilpädagogische Einrichtungen auf Einzelvertragsbasis veranlasst. Da einzelne Kinder und Jugendliche im Laufe des Betrachtungszeitraumes mehrmals in derartigen Einrichtungen untergebracht wurden, betrafen die Neuaufnahmen tatsächlich insgesamt 77 Minderjährige mit sozialtherapeutischem Betreuungsaufwand. Die höchste Anzahl der Einzeleinweisungen entfiel auf den in Wien ansässigen Verein zur Unterbringung entwicklungsgefährderter Kinder und Jugendlicher - OASE 2. Im Therapiezentrum Bienenhaus, das u.a. die Betreuungsgruppe "Haus der Musik" beheimatet, wurden in den Jahren 2002 bis 2007 insgesamt sieben Minderjährige untergebracht.

3.1.3 Wohnplätze für Minderjährige mit sozialtherapeutischem Betreuungsaufwand

Der Vollständigkeit halber wird darauf hingewiesen, dass zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Unterbringung extrem verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher ebenfalls beginnend mit dem Jahr 2000 auf Grundlage des oben genannten Beschlusses des Gemeinderatsausschusses vom Dezernat 6 so genannte sozialtherapeutische Wohnplätze vorgehalten werden. Wie dem diesbezüglichen Antrag zu entnehmen ist, gingen der Schaffung der bis zu 20 sozialtherapeutischen Wohnplätze gemeinsame Überlegungen der Magistratsabteilung 11 und der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen des KAV voraus. Demnach sollte die Versorgung und Unterbringung von schwer therapierbaren und sonderpädagogisch extrem anspruchsvollen Kindern und Jugendlichen - einem integrativen Ansatz folgend - anstelle in Therapieheimen auf sozialtherapeutischen Wohnplätzen bestehender Einrichtungen erfolgen.

Über die Inanspruchnahme dieser sozialtherapeutischen Wohnplätze im Vertragsbereich sowie die Festlegung und Veränderung der jeweiligen Betreuungspläne befindet ein interdisziplinär zusammengesetztes Clearingteam. Die sozialtherapeutischen Maßnahmen umfassen lt. dem diesbezüglichen Leistungskatalog der Magistratsabteilung 11 u.a. Psychotherapie, Kunsttherapie oder Hippotherapie, kurzfristige oder langfristige erlebnispädagogische Maßnahmen sowie Einzelbetreuungen und werden jeweils für einen Zeitraum bis zu einem halben Jahr genehmigt. Einer Aufstellung der Magistratsabteilung 11 zufolge schwankte die jährliche Anzahl der neu erteilten Genehmigungen für Minderjährige in den Jahren 2002 bis 2007 zwischen sechs und 14.

Für die Inanspruchnahme sozialtherapeutischer Leistungen würde lt. Auskunft des Dezernatsleiters keine Wartezeit bestehen, da ein diesbezüglicher Bedarf unmittelbar von den sozialpädagogischen Einrichtungen an die Regionalleitung bzw. an die Leitung des Dezernates 6 gemeldet und umgehend Veranlassungen getroffen werden würden.

Als Zwischenergebnis war daher festzuhalten, dass die Magistratsabteilung 11 zur Versorgung von Minderjährigen mit besonderem sozialtherapeutischen Betreuungsaufwand neben nicht-städtischen Einrichtungen auf Einzelvertragsbasis auch sozialtherapeutische Wohnplätze im Vertragsbereich heranzieht. Da bei der Inanspruchnahme der sozialtherapeutischen Wohnplätze auf Grund der beschriebenen Verwaltungspraxis in der Magistratsabteilung 11 keine Wartezeiten im Sinn der gegenständlichen Fragestellung bestanden, beschränkten sich daher die weiteren Ausführungen ausschließlich auf allfällige Wartezeiten in Bezug auf die Einzeleinweisungen.

3.1.4 Wartefristen bei Einzeleinweisungen

3.1.4.1 Wie dem Kontrollamt gegenüber mitgeteilt wurde, würden von Seiten der Magistratsabteilung 11 keine Wartelisten hinsichtlich der Unterbringung von Minderjährigen in sozialtherapeutischen bzw. heilpädagogischen Einrichtungen auf Einzelvertragsbasis geführt. Zwecks Überprüfung der in der Fragestellung des Prüfersuchens angeführten Wartefristen von bis zu fünf Jahren wurden daher vom Kontrollamt in einem ersten Schritt die diesbezüglichen Neuaufnahmen der Jahre 2006 und 2007 zur Gänze und jene der Jahre 2002 bis 2005 stichprobenweise anhand der vom Dezernat 6 zur Verfügung gestellten Falldokumentationen geprüft.

Die Stichprobe umfasste demnach 40 Fälle von Einzeleinweisungen, wobei als Wartezeit der Zeitraum zwischen der Bedarfsmeldung (z.B. durch eine ärztliche Empfehlung) und der tatsächlichen Unterbringung in einer derartigen Einrichtung angesehen wurde. Die Akteneinsicht ergab, dass für einen Großteil der in die Stichprobe einbezogenen Minderjährigen bereits seit mehreren Jahren Maßnahmen der Jugendwohlfahrt gesetzt worden waren. Laut der diesbezüglichen Dokumentation wurden teilweise problematische familiäre und soziale Rahmenbedingungen, zwischenzeitliche Unterbringungen in Einrichtungen der Magistratsabteilung 11 (Krisenzentren oder sozialpädagogische Einrichtungen) sowie in ambulanten und stationären Einrichtungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen des KAV festgestellt.

Während bei 23 der insgesamt 40 Fälle von Einzeleinweisungen aus den Falldokumentationen ein durchgehender Betreuungsverlauf durch eine Abfolge von Maßnahmen der vollen Erziehung hervorging, konnten bei 16 Fällen aus den Akten Wartezeiten auf einen Betreuungsplatz einer sozialtherapeutischen bzw. heilpädagogischen Einrichtung abgeleitet werden, wobei diese durchschnittlich rd. zehn Wochen betrugen und in einer Bandbreite von zwei Wochen bis zu neun Monaten lagen. Darüber hinaus beinhaltete die Stichprobe einen Einzelfall, der auf Grund eines besonders hohen individuellen sozialtherapeutischen Betreuungsbedarfs über mehrere Jahre hindurch wechselweise in den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen sowie in mehreren sozialpädagogischen bzw. sozialtherapeutischen Einrichtungen aufgenommen bzw. betreut wurde. Zum Zeitpunkt der Einschau war allerdings - bedingt durch das psychische Krankheitsbild dieses Patienten - die Suche nach einer geeigneten Langzeittherapieeinrichtung noch nicht abgeschlossen.

3.1.4.2 Unabhängig von der Stichprobe wurden vom Kontrollamt ergänzende Erhebungen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen des KAV, nämlich in der KJP-AKH und in der Neuropsychiatrischen Abteilung für Kinder und Jugendliche mit Behindertenzentrum im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (KJP-NZR) zur Fragestellung der Wartefristen bei Einzeleinweisungen vorgenommen. Dabei wurden Gespräche mit den jeweiligen Abteilungsvorständen bzw. dem ärztlichen Personal und den im Rahmen des Klinikverbindungsdienstes der Magistratsab-

teilung 11 tätigen DSA geführt und jene Krankenhausaufenthalte von Patientinnen und Patienten mit einer überdurchschnittlich langen Verweildauer einer stichprobenweisen Betrachtung unterzogen.

Wie dem Kontrollamt gegenüber mitgeteilt wurde, würden sich die Wartezeiten ab Feststellung der Entlassungsfähigkeit bis zum tatsächlichen Entlassungszeitpunkt im Wesentlichen in einer Bandbreite bis zu sechs Monaten bewegen, wobei hiefür mehrere Gründe ausschlaggebend wären. Zum einen würden sich Wartezeiten aus der Suche nach einer geeigneten Einrichtung, dem Genehmigungsverfahren der jeweiligen Kostenträgerin bzw. des jeweiligen Kostenträgers sowie den Aufnahmemodalitäten der vorgesehenen Einrichtung ergeben. Zum anderen würde sich der - nach Meinung der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen - bestehende Kapazitätsmangel bei sehr speziellen Langzeitbetreuungseinrichtungen negativ auf die Wartezeiten auswirken. Zusätzlich stünde die von den Gesprächspartnerinnen bzw. -partnern im Betrachtungszeitraum als unzureichend eingestufte Personalausstattung mit DSA des Klinikverbindungsdienstes einem effizienten Entlassungsmanagement entgegen.

In manchen Fällen käme es auch auf Grund von Unklarheiten hinsichtlich der Zuständigkeit für die Kostentragung von Fremdunterbringungen zwischen der Magistratsabteilung 11 und dem FSW zu längeren Wartezeiten (s. Pkt. 3.1.5). Darüber hinaus würde es lt. Auskunft des ärztlichen Personals einzelne Patientinnen und Patienten geben, die in nicht ihren sozialtherapeutischen Bedürfnissen entsprechenden sozialpädagogischen Einrichtungen untergebracht wären und u.a. aus diesem Grund bereits mehrere Jahre hindurch häufige und/oder lange Spitalsaufenthalte benötigten.

In diesem Zusammenhang war darauf hinzuweisen, dass die Magistratsabteilung 11 in Entsprechung eines politischen Auftrages in Absprache mit den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen des KAV bis zum Ablauf der ersten Jahreshälfte 2008 über jene Versorgungsprobleme bei minderjährigen Patientinnen und Patienten zu berichten hatte, die mangels geeigneter Nachsorgeeinrichtungen trotz Entlassungsfähigkeit in den Krankenanstalten weiterversorgt werden mussten. Vorgesehen war, aus diesem Bericht Schlüsse für ein neues Betreuungskonzept im Zusammenhang mit der

Versorgung bzw. Fremdunterbringung solcher Minderjährigen zu ziehen. Zum Zeitpunkt der Einschau waren die diesbezüglichen Arbeiten noch im Gang.

3.1.5 Abgrenzung der Zuständigkeiten bzgl. der Hilfen zur Unterbringung von Minderjährigen mit Behinderungen

Einem integrativen Ansatz folgend betreut die Magistratsabteilung 11 ebenfalls die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen in sozialpädagogischen Einrichtungen, wobei sie auch hier im Rahmen der vollen Erziehung gemäß WrJWG 1990 vorgeht. Neben der Magistratsabteilung 11 organisiert der FSW die Hilfen zur Unterbringung von Behinderten in Form von voll- und teilbetreutem Wohnen gemäß dem WBHG, welches für Minderjährige und Erwachsene in gleicher Weise gilt.

Gemäß § 1a Abs. 1 WBHG gelten Personen als Behinderte, die infolge eines Leidens oder Gebrechens in ihrer Fähigkeit, eine angemessene Erziehung und Schulbildung zu erhalten oder einen Erwerb zu erlangen oder beizubehalten, dauernd wesentlich beeinträchtigt sind, wobei nach § 2 Z. 9 leg.cit. Leiden und Gebrechen im Sinn dieses Gesetzes auch psychische Krankheiten oder diesen gleichwertige psychische Störungen, geistige Behinderungen und Anfallskrankheiten sind. Weiters ist nach den Bestimmungen des WBHG jenen Behinderten, die infolge ihrer Beeinträchtigung nicht im Stande sind, ein selbstständiges Leben zu führen, in Verbindung mit bestimmten Maßnahmen der Behindertenhilfe (z.B. Hilfe zur Schulbildung und Erziehung) die Unterbringung in geeigneten Anstalten oder Heimen zu gewähren, wenn dadurch diese Maßnahmen erst ermöglicht oder ihr Erfolg sichergestellt werden kann. Über den Antrag auf Förderung von Maßnahmen der Behindertenhilfe entscheidet der FSW als Träger der Behindertenhilfe.

Zwecks Abgrenzung der Zuständigkeiten bzgl. der Hilfen zur Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen wurde im Juli 2002 mit Wirksamkeit Jänner 2003 zwischen der Magistratsabteilung 11 und der ehemaligen Magistratsabteilung 12 - Wien Sozial ein Verwaltungsübereinkommen abgeschlossen.

Mit diesem Verwaltungsübereinkommen wurde im Sinn einer vereinfachten Abwicklung und zur Sicherstellung budgetärer Vorsorgen eine Altersgrenze in Bezug auf die finan-

zielle Zuständigkeit für Jugendliche mit Behinderungen nach dem WBHG eingeführt. Demnach erfolgte eine Kostenübernahme durch die ehemalige Magistratsabteilung 12 ab dem vollendeten 15. Lebensjahr. Weiters wurde zwischen den Abteilungen eine Loslösung der finanziellen Zuständigkeit von der Betreuungssituation insofern vereinbart, als eine Änderung der Kostenübernahme nicht notwendigerweise zu Veränderungen der Betreuungs- und Wohnsituation führte. Zur Umsetzung dieses Übereinkommens war die Einrichtung eines gemeinsamen Gremiums sowie ein Berichtswesen zwischen den Abteilungen vorgesehen. Der sukzessive bedarfsorientierte Ausbau von Betreuungseinrichtungen war ebenfalls Gegenstand des Übereinkommens.

Im Zuge der Übertragung dieses Aufgabenbereiches der ehemaligen Magistratsabteilung 12 an den FSW im Juli 2004 wurde allerdings das gegenständliche Verwaltungsübereinkommen nicht übernommen. Wie das Kontrollamt erhob, fanden zwar im Laufe des Jahres 2005 mehrere Besprechungen zwischen Vertreterinnen und Vertretern der Magistratsabteilung 11 und des FSW hinsichtlich des Neuabschlusses einer diesbezüglichen Nachfolgeregelung statt, die allerdings ohne Ergebnis blieben.

3.1.6 Feststellungen des Kontrollamtes

Die Fremdunterbringung von Minderjährigen mit Einzelvertrag (Einzeleinweisung) in hoch spezialisierten sozialtherapeutischen bzw. heilpädagogischen Einrichtungen wird von der Magistratsabteilung 11 als Hilfe zur Erziehung im Rahmen des WrJWG 1990 gewährt und setzt die Übernahme der Obsorge durch die Jugendwohlfahrtsträgerin voraus. Daneben hält die Magistratsabteilung 11 für Minderjährige mit sozialtherapeutischem Betreuungsaufwand auch sozialtherapeutische Wohnplätze im Vertragsbereich vor.

Im Zuge der stichprobenweisen Einschau in die Falldokumentationen einzelvertraglich aufgenommener Minderjähriger in der Magistratsabteilung 11 und der in der KJP-AKH sowie der KJP-NZR durchgeführten Erhebungen waren zwar in Einzelfällen Wartefristen bis zu neun Monaten feststellbar, Wartefristen im Ausmaß von fünf Jahren konnten allerdings nicht verifiziert werden. Als Gründe für die auftretenden Wartefristen, worunter der Zeitraum von der Bedarfsmeldung bis zur Aufnahme in die jeweilige Betreu-

ungseinrichtung zu verstehen ist, waren vor allem bestehende Kapazitätsengpässe im Bereich der sozialtherapeutischen Betreuungseinrichtungen und der mit der Suche nach einem geeigneten Betreuungsplatz verbundene Zeitaufwand zu nennen.

Im Übrigen führten Unklarheiten hinsichtlich der Zuständigkeit für die Kostentragung von Fremdunterbringungen von Fall zu Fall zu einer Verlängerung der Wartezeiten. Eine diesbezügliche Kompetenzabgrenzung bzgl. der Gewährung von Hilfen zur Unterbringung von Minderjährigen mit Behinderungen wäre daher zwischen der Magistratsabteilung 11 und dem FSW im Rahmen eines Übereinkommens dringend anzustreben.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 11:
In einer Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen bzw. Vertretern der Magistratsabteilung 11, der Magistratsabteilung 40 sowie des FSW werden Lösungsvorschläge zur Kostenabgrenzung bei der Gewährung von Hilfen zur Unterbringung von Minderjährigen mit Behinderungen ausgearbeitet. Diese Lösungsvorschläge sollen allenfalls auch mit einer Novelle in das WrJWG 1990 sowie in das neue Wiener Chancengleichheitsgesetz eingearbeitet werden.

Unabhängig davon kam es in weiteren speziellen Einzelfällen mangels geeigneter Betreuungseinrichtungen zu einer nicht den Bedürfnissen der Minderjährigen entsprechenden Fremdunterbringung und infolgedessen zu häufigen und/oder langen Spitalsaufenthalten, die insgesamt mehrere Jahre andauerten. Hinsichtlich allfälliger Versorgungsprobleme dieser Gruppe von Minderjährigen war der von der Magistratsabteilung 11 auf Grund eines politischen Auftrages vorzulegende Bericht abzuwarten.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 11:
Hinsichtlich der angeführten Versorgungsprobleme hat es bereits Gespräche zwischen Vertreterinnen bzw. Vertretern des KAV, der Magistratsabteilung 11 sowie des PSD gegeben. Aus Sicht der Magistratsabteilung 11 besteht ein Bedarf nach einer Einrichtung für Kinder mit massiven Störungen des Sozialverhaltens und

schweren chronischen und psychiatrischen Krankheitsbildern. Unter welchen rechtlichen Rahmenbedingungen diese Einrichtung betrieben werden könnte, wird in weiteren Gesprächen zwischen Vertreterinnen bzw. Vertretern der Magistratsabteilung 11, des KAV sowie des PSD abgeklärt werden.

3.2 Heilpädagogische Versorgung

Frage 2.2: Welche Einrichtungen bieten heilpädagogische Versorgung an und wie sieht die Bedarfsdeckung auf diesem Gebiet aus?

3.2.1 Grundsätzliches

Im Rahmen seiner Einschautätigkeit in den geprüften Einrichtungen war das Kontrollamt wiederholt mit dem Begriff Heilpädagogik und einer Berufsgruppe Sonder- und Heilpädagogin bzw. -pädagoge konfrontiert.

Bei den synonym verwendeten Begriffen Sonder- bzw. Heilpädagogik handelt es sich um Teilgebiete der Pädagogik, die sich mit Menschen beschäftigen, die bestimmte Beeinträchtigungen aufweisen und daher besonderer Förderungen bedürfen. Durch individuelle Hilfen sollen Menschen mit besonderen Bedürfnissen unterstützt bzw. begleitet werden, um sie soweit wie möglich zu integrieren.

Nähere Recherchen hinsichtlich der genannten Berufsgruppe ergaben, dass sowohl in den universitären als auch in den außeruniversitären Bildungseinrichtungen die Heilpädagogik bei manchen Ausbildungsformen (z.B. zur Magistra bzw. zum Magister der Philosophie [Pädagogik], zur Behindertenbetreuerin bzw. zum -betreuer oder zur Sonderkindergartenpädagogin bzw. zum -pädagogen) einen Lehrinhalt darstellte, aber ein eigener Ausbildungsabschluss als Heilpädagogin bzw. -pädagoge nicht vorgesehen ist.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 10:

Die Wiener Kindertagesheimverordnung (WKTHVO) unterscheidet in den §§ 2 und 3 zwischen Sonder- und Heilpädagogik lediglich durch die Anzahl der Kinder pro Gruppe. Die maximale Anzahl der

heilpädagogischen Gruppe ist mit zwölf bzw. 16 Kindern beschränkt, während eine Integrationsgruppe bis zu 20 Kinder umfasst. In einer heilpädagogischen Gruppe müssen zwei Pädagoginnen bzw. Pädagogen mit sonderpädagogischer Ausbildung anwesend sein und von zwei Assistentinnen bzw. Assistenten unterstützt werden. Eine heilpädagogische Ausbildung ist - wie im Kontrollamtsbericht angeführt - nicht bekannt, und es ist aber auch fraglich, inwiefern der Inhalt einer heilpädagogischen Ausbildung zu dem einer Kindergartenpädagogin bzw. einem -pädagogen (fünfjährige Ausbildungsdauer) plus zusätzlicher Ausbildung zur Sonderkindergartenpädagogin bzw. zum -pädagogen (fünf Semester) differieren würde.

3.2.2 Heilpädagogische Leistungen in den von der Prüfung umfassten Einrichtungen

In mehreren in die Prüfung einbezogenen, von der Stadt Wien geförderten oder von ihr selbst betriebenen Einrichtungen wurden eine Reihe von Leistungen, die mit dem Begriff Heilpädagogik assoziiert werden können, für Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen besonderen Bedürfnissen erbracht.

Insbesondere waren in diesem Zusammenhang die durch den FSW im Rahmen der Behindertenhilfe geförderten Leistungen, nämlich Maßnahmen der Eingliederungshilfe (z.B. die Frühförderung, s. Pkt. 2.2) und Beschäftigungstherapie (s. Pkt. 3.6.3) zu nennen. Weiters fallen die durch die Magistratsabteilungen 15 und 10 erbrachte ambulante Entwicklungsförderung (s. Pkte. 2.1 und 2.4) sowie die von der Magistratsabteilung 10 selbst geleistete und zu einem geringen Teil auch geförderte Kinderbetreuung in Integrationsplätzen und heilpädagogischen Plätzen (s. Pkt. 3.3) darunter. Die Magistratsabteilung 11 zieht bei der Fremdunterbringung von Minderjährigen im Rahmen der vollen Erziehung im Bedarfsfall ebenfalls hoch spezialisierte sozialtherapeutische Einrichtungen (s. Pkt. 3.1) heran, deren Betreuungskonzept heilpädagogische Elemente enthält.

Erwähnenswert erschien, dass es auch im Allgemeinen Krankenhaus - Universitätskliniken (AKH) bis zum Jahr 2004 eine heilpädagogische Station gab, die im selben Jahr

in eine Interdisziplinäre Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik im AKH (ITK-AKH) und im Jahr 2008 in die Tagesklinik Psychosomatik der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH (TKPSO-AKH) umgewandelt wurde.

3.2.3 Feststellungen des Kontrollamtes

Ungeachtet des Vorhandenseins von heilpädagogischen Elementen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen, konnte vom Kontrollamt weder eine Definition des Begriffes *"heilpädagogische Versorgung"* erhoben, noch ein diesbezüglicher Anknüpfungspunkt in bundes- und landesgesetzlichen Regelungen gefunden werden. Auf Grund der nach wie vor in wissenschaftlicher Diskussion befindlichen Begriffsklärung sowie der zielgruppenspezifisch unterschiedlichen Bedürfnisse konnte nicht von einem gesamthaften heilpädagogischen Versorgungskonzept ausgegangen werden. Hinsichtlich des Grades an Bedarfsdeckung in den Leistungsbereichen Entwicklungsförderung, Kindertagesbetreuung, Behindertenhilfe und Jugendwohlfahrt wird auf die Ausführungen in den diesbezüglichen Berichtspunkten verwiesen.

3.3 Kindergarten(Hort-)plätze für Kinder mit Entwicklungsrückstand

Frage: 2.3.1: Wie viele Kindergartenplätze für Kinder mit Entwicklungsrückstand bzw. besonderen Bedürfnissen gibt es in Wien und entspricht dieses Angebot dem Bedarf?

3.3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Gemäß § 1 WKTHG haben Kindertagesheime die Aufgabe, in Ergänzung zur Familie nach gesicherten Kenntnissen und Methoden der Pädagogik die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit jedes Kindes und seine Fähigkeit zum Leben in der Gemeinschaft zu fördern und es in der Entwicklung seiner körperlichen, seelischen und geistigen Kräfte zu unterstützen. Das Bildungskonzept ist auf die Integration von Kindern unterschiedlicher kultureller und sozialer Herkunft sowie auf ihre individuelle physische und psychische Eigenart abzustimmen.

Das WKTHG bestimmt weiters in § 3, dass in einem Kindertagesheim Kleinkinderkrippen für Kinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr, Kindergartengruppen vom voll-

endeten dritten Lebensjahr bis zum Beginn der Schulpflicht, Horte für schulpflichtige Kinder sowie Familiengruppen für Kinder bis zum Beginn der Schulpflicht oder für drei- bis zehnjährige Kinder eingerichtet werden können. Diese Gruppen - mit Ausnahme der Familiengruppen - können neben der Regelform auch in der Sonderform Integrationsgruppe, in der Kinder mit und ohne Behinderung gemeinsam betreut werden, geführt werden. Zu den Sonderformen zählen auch heilpädagogische Gruppen, in denen ausschließlich Kinder mit Behinderung betreut werden.

In der WKTHVO ist festgelegt, dass in den Integrationsgruppen bei den Kleinkinderkrippen höchstens 15 Kinder, von denen lt. WKTHG zwei eine Behinderung aufweisen, betreut werden können. Bei den Integrationskindergarten- bzw. -hortgruppen beträgt die Höchstzahl der zu betreuenden Kinder jeweils 20, wobei die Zahl der behinderten Kinder mit drei bis sechs festgelegt ist. Die Kinderhöchstzahl in heilpädagogischen Kindergartengruppen liegt bei zwölf, in heilpädagogischen Hortgruppen bei 16.

Die Vergabe von Plätzen bzw. die Einweisung in Integrationsgruppen- bzw. heilpädagogische Gruppen in städtischen Kindertagesheimen erfolgt durch die Psychologinnen und Psychologen des FB MEF der Magistratsabteilung 10 (s. Pkt. 2.4.2). Diese stützen sich dabei auf ein Erstgespräch, Verhaltensbeobachtungen, bereits vorliegende Befunde und erforderlichenfalls auf die von ihnen durchgeführte klinisch-psychologische Diagnostik. Für die Inanspruchnahme eines Integrationsplatzes oder heilpädagogischen Betreuungsplatzes ist in der Regel das Vorliegen einer Diagnose nach dem ICD Voraussetzung.

Anzumerken war hiezu, dass sowohl das WKTHG als auch die WKTHVO im Hinblick auf Integrationsgruppen bzw. heilpädagogische Gruppen nur auf Kinder mit Behinderungen Bezug nehmen. Bei enger Auslegung dieser rechtlichen Grundlagen würde dies bedeuten, dass Kinder, die einen besonderen Betreuungsbedarf, z.B. wegen einer Verhaltensauffälligkeit aufweisen, von den genannten gesetzlichen Regelungen nicht erfasst werden.

3.3.2 Integrationsplätze und heilpädagogische Kindertagesheimplätze in Wien

In der nachstehenden Tabelle werden die Ende des Jahres 2007 sowohl von der Ma-

gistratsabteilung 10 als auch von privaten Betreiberinnen bzw. Betreibern geführten und von der Stadt Wien geförderten Plätze in Kindertagesheimen dargestellt. Weiters enthält diese Tabelle auch Angaben zu den von der Magistratsabteilung 11, die nach der GEM für die Wahrnehmung der behördlichen Aufgaben des WKTHG und des Wiener Tagesbetreuungsgesetzes (WTBG) zuständig ist, genehmigten Integrationsplätzen und heilpädagogischen Plätzen:

Kindertagesheimplätze in Wien	gesamt	davon Integrationsplätze	davon heilpädagogische Plätze	Integrationsplätze und heilpädagogische Plätze gesamt
In der Magistratsabteilung 10				
Kleinkinderkrippe	4.215	-	-	-
Kindergarten	19.246	504	60	564
Hort	10.073	508	114	622
Familiengruppe	2.770	-	-	-
Zwischensumme	36.304	1.012	174	1.186
In geförderten Einrichtungen				
Kleinkinderkrippe	3.734	2	-	2
Kindergarten	15.070	18	-	18
Hort	8.958	-	96	96
Familiengruppe	7.541	-	-	-
Zwischensumme	35.303	20	96	116
Gesamtsumme	71.607	1.032	270	1.302

Wie aus der Tabelle hervorgeht, waren Ende des Jahres 2007 in Wien insgesamt 1.302 Plätze für Kinder mit besonderen Bedürfnissen genehmigt, was einem Anteil an allen von der Stadt Wien geführten bzw. geförderten Kindertagesheimplätzen von 1,8 % entspricht. Da der Großteil - nämlich 91,1 % - der Integrationsplätze und heilpädagogischen Plätze von der Magistratsabteilung 10 geführt wurde, konzentrierte sich das Kontrollamt in seinen weiteren Ausführungen auf die Entwicklungen in der genannten Magistratsabteilung.

3.3.3 Inanspruchnahme von Integrationsplätzen und heilpädagogischen Plätzen der Magistratsabteilung 10

Laut einer Aufstellung der Magistratsabteilung 10 wurde im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 in allen Kindertagesheimformen die in der nachstehenden Tabelle dargestellte Anzahl von Kindern mit besonderen Bedürfnissen betreut. Bedingt durch die von der Magistratsabteilung 10 angewendeten unterschiedlichen Erhebungszeit-

räume bezog sich die Zahlenangabe des Jahres 2005 auf das Kalenderjahr, während die anderen Darstellungen das jeweilige Kindergartenjahr (September bis Juni) betrafen:

Zeitraum	2002/03	2003/04	2005	2006/07
Anzahl der Kinder	1.507	1.597	1.853	1.674

Im Kindergartenjahr 2006/07 betrug die Zahl der von der Magistratsabteilung 10 betreuten Kinder mit besonderen Bedürfnissen lt. obiger Tabelle 1.674, obwohl die Anzahl der genehmigten Integrationsplätze und heilpädagogischen Plätze bei 1.186 lag (s. Pkt. 3.3.2). Ermöglicht wurde dies durch die Unterbringung von Kindern mit einem derartigen Bedarf in so genannten integrativ geführten Gruppen bzw. im Weg einer Einzelintegration in Regelgruppen.

Bei integrativ geführten Gruppen handelt es sich entsprechend der Definition der Magistratsabteilung 10 um solche, die wie Regelgruppen geführt werden, in denen jedoch ein bis zwei Kinder mit besonderem Förderungsbedarf betreut werden. Durch verschiedene - für jeden Einzelfall gesondert zwischen der jeweils zuständigen Psychologin bzw. dem Psychologen und der Dezernatsleitung getroffene - Maßnahmen, wie z.B. die Reduktion der Kinderzahl in der jeweiligen Gruppe und/oder die sehr intensive Zusammenarbeit mit Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern des FB MEF, versucht die Magistratsabteilung 10 eine entsprechende und fachlich vertretbare Betreuung in integrativ geführten Gruppen oder im Fall von Einzelintegrationen zu gewährleisten. Dabei handelt es sich jedoch um Betreuungsformen, die nicht im WKTHG vorgesehen sind.

Gemäß einer den April 2008 betreffenden Aufstellung der Magistratsabteilung 10 stieg die Anzahl der in genehmigten und ausgewiesenen Integrationsgruppen und heilpädagogischen Gruppen untergebrachten Kinder mit besonderen Bedürfnissen auf 1.428 und jene in integrativ geführten Gruppen oder über Einzelintegration betreuten Kinder auf 549, was insgesamt gegenüber dem Vergleichswert des Kindergartenjahres 2006/07 von 1.674 eine Erhöhung um 303 auf 1.977 bedeutet. Im Detail stellte sich die Situation folgendermaßen dar:

Untergebrachte Kinder in	2006/07	April 2008
Kleinkinderkrippen	31	51
Genehmigten Integrationskindergartengruppen und heilpädagogischen Kindergartengruppen	635	645
Integrativ geführten Kindergartengruppen und Einzelintegrationen	183	275
Genehmigten Integrationshortgruppen und heilpädagogischen Hortgruppen	732	783
Integrativ geführten Hortgruppen und Einzelintegrationen	93	223
Gesamtanzahl	1.674	1.977

In Kleinkinderkrippen, die ausschließlich in Form von Regelgruppen geführt wurden, waren im Weg der Einzelintegration im Kindergartenjahr 2006/07 31 Kinder untergebracht. Diese Zahl stieg bis April 2008 auf 51 Kinder an.

In den entsprechend bezeichneten und von der Behörde genehmigten Integrationskindergartengruppen und heilpädagogischen Kindergartengruppen wurden im Kindergartenjahr 2006/07 635 Kinder betreut, während weitere 183 Kinder durch integrativ geführte Kindergartengruppen und Einzelintegration versorgt wurden. Dieses Verhältnis änderte sich mit Stand April 2008 auf 645 Kinder zu 275 Kinder.

Auch die Zahl der genehmigten Integrationshortgruppen und heilpädagogischen Hortgruppen deckte nicht den gesamten Bedarf ab, da im Kindergartenjahr 2006/07 732 Kinder in ausgewiesenen Integrationshortgruppen und heilpädagogischen Hortgruppen betreut wurden, während im Weg der Horteinzelintegration bzw. integrativ geführter Hortgruppen 93 Kinder untergebracht waren. Im April 2008 erhöhte sich die Anzahl der Plätze auf 783 bzw. 223 Kinder.

Zusätzlich befanden sich per April 2008 in allen zuvor genannten Gruppen weitere 654 Kinder, die einen - in der Regel zeitlich begrenzten - besonderen Förderungsbedarf aufwiesen, ohne jedoch mittels ICD-Diagnose als Integrationskinder eingestuft worden zu sein.

3.3.4 Wartezeiten auf Unterbringung in Integrationsgruppen und heilpädagogischen Gruppen

Ebenso wie bei einem Regelkindergartenplatz erfolgt die Anmeldung für einen Integrationskindergartenplatz oder -hortplatz und heilpädagogischen Kindergarten- oder Hort-

platz im Regelfall z.T. deutlich vor dem geplanten Eintritt des Kindes in die Betreuungseinrichtung, der zeitlich mit dem Beginn des Kindergartenjahres im September zusammenfällt. Dieser Zeitraum kann daher nicht als Wartezeit im engeren Sinn bezeichnet werden.

Wartezeiten können aber lt. Aussage der Magistratsabteilung 10, die im Übrigen keine Statistiken darüber führte, auf Grund unterschiedlicher Umstände entstehen; so könne der Zuzug einer Familie aus einem anderen (Bundes-)Land, die Empfehlung einer privaten Kinderbetreuungsorganisation, die Änderung der Erwerbssituation der Eltern etc., eine unterjährige Unterbringung in einer Integrationsgruppe oder heilpädagogischen Gruppe notwendig werden lassen, der allerdings mangels freier Kapazitäten nicht immer entsprochen werden könne. Des Weiteren führe der Umstand, dass Eltern die angebotenen Standortalternativen nicht akzeptieren können oder wollen, zu möglicherweise längeren Wartezeiten.

Schließlich komme es immer wieder vor, dass der Bedarf an derartigen Plätzen das bestehende Angebot übersteigt. Selbst wenn das diesbezügliche Gruppenangebot in den vergangenen Jahren gestiegen sei, wären lt. Angabe der Magistratsabteilung 10 im Mai 2008 bereits 31 Kinder für Integrationskindergartenplätze und 15 Kinder für heilpädagogische Kindergartengruppen für den Eintritt im September 2008 angemeldet worden, für die jedoch voraussichtlich kein entsprechender Platz zur Verfügung gestellt werden könne und somit mit Wartezeiten zu rechnen sein werde. Darüber hinaus würden nach einer vorläufigen Schätzung der Magistratsabteilung 10 zu Beginn des Kindergartenjahres 2008/09 auch in 20 Fällen Integrationshortplätze und in 13 Fällen Plätze in heilpädagogischen Hortgruppen fehlen.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 10:

Per Mai 2008 konnte 31 Kindern kein Integrationskindergartenplatz bzw. 15 Kindern kein Platz in einer heilpädagogischen Gruppe angeboten werden. Mittlerweile konnten neun Kindern ein Integrationskindergartenplatz und weiteren neun Kindern ein heilpädagogischer Platz vermittelt werden.

Im Hortbereich warteten im Mai 2008 20 Kinder auf einen Integrationshortplatz bzw. 13 Kinder auf einen Betreuungsplatz in einer heilpädagogischen Hortgruppe. Auch hier konnten mittlerweile für 18 Kinder ein Integrationsplatz und für acht Kinder ein heilpädagogischer Platz gefunden werden.

3.3.5 Feststellungen des Kontrollamtes

Von der Magistratsabteilung 10 wurden zu Ende der diesbezüglichen Einschautätigkeit insgesamt 1.428 Kinder mit besonderen Bedürfnissen in ausgewiesenen und genehmigten Integrationsgruppen sowie heilpädagogischen Gruppen untergebracht. Von privaten Trägerinnen bzw. Trägern wurden weitere 116 derartige Plätze angeboten. Einschließlich der in integrativ geführten Gruppen bzw. über Einzelintegration untergebrachten Kinder belief sich die Gesamtzahl aller in Wien betreuten Kinder mit besonderen Bedürfnissen auf 2.093.

Die nicht von den rechtlichen Grundlagen erfassten Betreuungsformen für Kinder mit besonderen Bedürfnissen - für die jeweils die Zustimmung der Magistratsabteilung 11 als Aufsichtsbehörde eingeholt werden würde - wurden von der Magistratsabteilung 10 mit dem Fehlen von Sonderkindergarten- bzw. -hortpädagoginnen und -pädagogen begründet. Es wurde jedoch betont, dass die Ausbildung derartiger Fachkräfte forciert würde und auch die Anhebung der Zahl an Integrationskindergartenplätzen und -hortplätzen sowie heilpädagogischen Kindergarten- und Hortplätzen vorgesehen wäre.

Im Betrachtungszeitraum war in den Kindertagesheimen der Stadt Wien keine ausgewiesene Integrationskleinkinderkrippe geführt worden, obwohl alle von der Magistratsabteilung 10 betriebenen Kleinkinderkrippen die gesetzlich geforderten Voraussetzungen für Integrationskleinkinderkrippen hinsichtlich Kinderzahl und Personalausstattung einhielten bzw. sogar übererfüllten. Begründet wurde diese Maßnahme mit der Vermeidung einer frühzeitigen Stigmatisierung der Kinder, wobei betont wurde, dass die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben jedenfalls gewährleistet wäre.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 10:

Die Magistratsabteilung 10 verfügt über ein qualitativ hochwertiges

Netz an Kinderbetreuungseinrichtungen für eine große Anzahl von Kindern mit besonderen Bedürfnissen (1.977). Es ist besonders wichtig, dass Teilleistungsschwächen bei Kindern möglichst früh erkannt und einer Therapie zugeführt werden. Die Magistratsabteilung 10 hat für diese Aufgabe einen eigenen Fachbereich mit Expertinnen bzw. Experten, die in enger Kooperation mit Eltern und Kindergarten- sowie Hortpädagoginnen bzw. -pädagogen individuell für jedes Kind Entwicklungsprogramme erstellen und in den Ambulanzen für Entwicklungsförderung Therapien durchführen. Durch diese enge und kontinuierliche Kooperation können sehr gute Erfolge erzielt werden.

Das Kontrollamt übersah nicht den Umstand, dass private KindertagesheimbetreiberInnen nur eine sehr geringe Zahl an Integrationsgruppen bzw. heilpädagogischen Gruppen führten und somit die diesbezügliche Betreuungslast zu einem sehr hohen Prozentsatz bei den städtischen Einrichtungen lag. Das Vorhandensein nicht dem WKTHG entsprechender Betreuungsformen (Einzelintegration, integrativ geführte Gruppen) sowie die festgestellten Wartezeiten für förderungsbedürftige Kinder zeigte, dass keine vollständige Bedarfsdeckung gegeben ist.

3.4 Kinder und Jugendliche mit Schulverweigerung

Frage 2.4: Kinder/Jugendliche mit Schulverweigerung (Angststörungen, aggressives Verhalten, etc) brauchen intensive therapeutische Betreuung. Monatelange Schulabsenzen, Schulsuspendierungen bzw. wiederholter Schulwechsel nehmen zu. Welche Einrichtungen bieten Hilfen in diesem Bereich an, für welche speziellen Zielgruppen gibt es Wartelisten bzw. Abweisungen?

3.4.1 Einleitung

Für Schulverweigerung - als Sammelbegriff für verschiedene Formen des Fernbleibens von Minderjährigen von der Schule - besteht keine allgemeingültige Definition. Grundsätzlich wird darunter jedoch im Sozial- und Schulwesen sowie in der Medizin eine so genannte soziale Fehlanpassung an das System, in dem Minderjährige leben, verstan-

den. Schulverweigerung tritt meist in Kombination mit somatischen oder psychosomatischen Krankheitssymptomen oder dissozialen Verhaltensweisen (z.B. Aggressionen, Normenüberschreitungen) auf, wobei diesen Störungen meist emotionale und soziale Probleme der Minderjährigen zu Grunde liegen.

Mit Schulverweigerung bzw. unerlaubtem Fernbleiben von der Schule sind in erster Linie das Lehrpersonal, die Schulleitungen und der Stadtschulrat für Wien konfrontiert. Ungeachtet dessen, dass der Stadtschulrat für Wien keiner der beiden prüfungsrelevanten Geschäftsgruppen angehört, wurden auch von ihm im Weg der Magistratsabteilung 11 Informationen über Einrichtungen für Schulverweigerinnen bzw. Schulverweigerer zur Verfügung gestellt.

Gemäß § 48 Schulunterrichtsgesetz 1986 (SchuG) in Verbindung mit § 37 Jugendwohlfahrtsgesetz 1989 (JWG) ist eine Verständigungspflicht der Schulleitungen an die jeweils zuständige Jugendwohlfahrtsträgerin bzw. den jeweils zuständigen -träger festgelegt, wenn es die Erziehungssituation einer Schülerin bzw. eines Schülers erfordert und die Erziehungsberechtigten ihre Pflichten offenbar nicht erfüllen. Da das unerlaubte Fernbleiben von der Schule nach Auffassung der Magistratsabteilung 11 eine Gefährdung der bzw. des Minderjährigen im Sinn des WrJWG 1990 darstellt, werden von ihr als Trägerin der öffentlichen Jugendwohlfahrt auch im Zusammenhang mit Schulverweigerung Gefährdungsabklärungsverfahren durchgeführt und Maßnahmen der Jugendwohlfahrt (die z.T. von Einrichtungen der freien Jugendwohlfahrt durchgeführt werden) gewährt. Im Übrigen hat die öffentliche Jugendwohlfahrt gem. § 11 WrJWG 1990 "die Zusammenarbeit mit dem Stadtschulrat für Wien, den Schulleitern und Lehrern sowie den sonstigen Einrichtungen des Schulbereiches und dem Schulerhalter zu pflegen".

Nachdem Schulverweigerung vielfach gemeinsam mit anderen Krankheitssymptomen und Störungen auftritt, befassen sich neben der Magistratsabteilung 11 und Einrichtungen der freien Jugendwohlfahrt zusätzlich Einrichtungen des Gesundheitswesens im extramuralen und intramuralen Bereich mit dieser Problematik.

3.4.2 Einrichtungen im Bereich des Wiener Stadtschulrates

Wie bereits erwähnt, wurde zur Sicherstellung einer umfassenden Beantwortung der Fragestellung rund um Schulverweigerung auch der Stadtschulrat für Wien im Weg der Magistratsabteilung 11 um eine Stellungnahme hinsichtlich seines Wirkens in diesem Bereich ersucht.

3.4.2.1 Gemäß der Stellungnahme des Stadtschulrates für Wien würde bei Auftreten der gegenständlichen Problematik von den in den schulartenspezifischen Beratungsstellen tätigen Schulpsychologinnen und Schulpsychologen der Abteilung Schulpsychologie-Bildungsberatung zunächst versucht, auf der Grundlage fundierter Diagnosen die Ursachen für die Schulverweigerung herauszufinden. Dabei würde zwischen Realangst und Schulphobie unterschieden. Je nach Ursachen der Schulverweigerung wäre bei der Hilfestellung die Kooperation mit schulischen oder außerschulischen Einrichtungen (wie z.B. der Magistratsabteilung 11, den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen des KAV) notwendig. Der Abteilung Schulpsychologie-Bildungsberatung zufolge würden Fälle von Schulverweigerung nicht abgewiesen, allerdings müsste für die Beratung mit einer Wartezeit von einigen Tagen bis maximal drei Wochen gerechnet werden. In Krisenfällen (z.B. Suizidgefährdung) würde jedoch eine sofortige Beratung durchgeführt.

3.4.2.2 Darüber hinaus würden im schulischen Bereich sieben überregionale Sondererziehungsschulen als Sonderpädagogische Zentren für integrative Betreuung geführt. Aufgabe dieser schulischen Einrichtungen wäre es, durch Bereitstellung und Koordination sonderpädagogischer Maßnahmen dazu beizutragen, sozial und emotional benachteiligte Kinder in bestmöglicher Weise zu integrieren. Das Leistungsangebot in den Sonderpädagogischen Zentren für integrative Betreuung umfasse neben dem Einsatz von ambulant tätigen Beratungslehrerinnen bzw. -lehrern auch Schulprojekte für schulverweigernde Minderjährige. So würden z.B. Klassen zur Förderung und zum Unterrichten von Kindern mit introvertiert-neurotischen Symptomen sowie ein erlebnispädagogisch orientiertes Unterrichtsprojekt mit niederschwelligem Unterricht von Schulphobikerinnen bzw. -phobikern und Kindern mit Angststörungen angeboten.

3.4.3 Einrichtungen im Bereich der Jugendwohlfahrt

3.4.3.1 In Fällen von Schulverweigerung, die der Magistratsabteilung 11 etwa auf Grund von Meldungen durch Schulen bekannt werden, wird von der zuständigen Regionalleitung des Dezernates 2 - Soziale Arbeit mit Familie der angeführten Dienststelle mit den Familien ein Gefährdungsabklärungsverfahren gem. § 2a WrJWG 1990 eingeleitet. Wird im Zuge dieses Verfahrens eine Gefährdung der Minderjährigen festgestellt, erfolgt entsprechend den Bedürfnissen der betroffenen Minderjährigen die Entwicklung eines Hilfeplanes. Dieser kann entweder die Gewährung von Sozialen Diensten (z.B. Beratungsleistungen) oder von Maßnahmen der Unterstützung der Erziehung bzw. der vollen Erziehung enthalten (s. Pkt. 2.5.1). Im Fall der Feststellung des Bedarfes nach therapeutischen Leistungen werden die betroffenen Minderjährigen und deren Familien primär an das Institut für Erziehungshilfe als von der Magistratsabteilung 11 anerkannte Einrichtung der freien Jugendwohlfahrt sowie an Einrichtungen des Gesundheitswesens weitervermittelt.

3.4.3.2 Wie bereits im Pkt. 2.5.3 ausgeführt, besteht zwischen der Magistratsabteilung 11 und dem Institut für Erziehungshilfe ein Übereinkommen, wonach von den Regionalstellen des Dezernates 2 im Rahmen der Maßnahmen der Jugendwohlfahrt neben Minderjährigen mit verschiedensten Problematiken auch schulverweigernde Minderjährige und deren Familien dem Institut zugewiesen werden können. Das Angebot dieser Einrichtung umfasst diagnostische Untersuchungen, Kurzinterventionen, Beratungsleistungen und psychotherapeutische Behandlungen. Laut den Jahresberichten 2002 bis 2006 des Instituts für Erziehungshilfe wurden Verhaltensschwierigkeiten in der Schule mit durchschnittlich rd. 17 % aller Fälle als eine der häufigsten Gründe für die Inanspruchnahme ihrer Leistungen genannt.

Bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Instituts für Erziehungshilfe traten - unabhängig vom Zuweisungsgrund - die im Pkt. 2.5.3.5 beschriebenen durchschnittlichen Wartezeiten auf. Da hinsichtlich der Problematik rund um Schulverweigerung vom Institut für Erziehungshilfe keine gesonderten Wartelisten geführt wurden, lagen diesbezüglich keine weiteren Informationen vor. In diesem Zusammenhang war jedoch darauf hinzuweisen, dass die im Rahmen einer Hilfe zur Erziehung zugewiesenen Klientinnen

und Klienten der Magistratsabteilung 11 lt. dem bestehenden Übereinkommen vorrangig zu behandeln sind.

3.4.3.3 Weiters wäre bei Problemen von Minderjährigen in der Schule lt. Auskunft der Magistratsabteilung 11 besonders darauf Bedacht zu nehmen, dass Lösungen in der Schule selbst gefunden werden können. In Entsprechung des im § 11 WrJWG 1990 verankerten Zusammenarbeitsgebotes der öffentlichen Jugendwohlfahrt mit Einrichtungen des Schulbereiches würde ein regelmäßiger Informationsaustausch mit dem Stadtschulrat für Wien erfolgen. Des Weiteren würde es eine Zusammenarbeit mit den Schulen in Form von regelmäßigen Besprechungen der Leitenden DSA mit den Bezirksschulinspektorinnen bzw. -inspektoren, der Teilnahme der Leitenden DSA an Schulkonferenzen sowie von Vorträgen von DSA im Rahmen der LehrerInnenfortbildung geben. Darüber hinaus wären für die Schulen relevante Informationen über die Zusammenarbeit mit der öffentlichen Jugendwohlfahrt in Form einer Schulmappe zusammengestellt worden.

3.4.3.4 Nicht zuletzt war die Magistratsabteilung 11 im Betrachtungszeitraum auch in der Psychosozialen Kommission vertreten, die eine interdisziplinäre Kooperation zum Wohl der Kinder und Jugendlichen bei diesbezüglichen Problemstellungen zum Ziel hat. Bei dieser Einrichtung handelt es sich um die ehemalige so genannte "Schulverweigererkommission", die nach einer Enquete im Jahr 1982 von in diesem Bereich tätigen leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Schul-, Sozial-, Jugend- und Gesundheitswesen gegründet wurde. Sie dient der institutionenübergreifenden Erörterung von fachlichen Fragen und der Entwicklung bzw. Abstimmung von Strategien und Kooperationsprojekten (wie z.B. das nachfolgend beschriebene Schulheim Gaaden) im Umgang mit Problemen rund um Minderjährige.

3.4.4 Schulheim Gaaden

Seit dem Schuljahr 1987/88 werden vom Stadtschulrat für Wien gemeinsam mit der Magistratsabteilung 11 Expositurklassen für Kinder mit längeren Schulversäumnissen als sozialpädagogisches Kooperationsprojekt im Schulheim Gaaden in Niederösterreich geführt. In diesem Schulheim werden insgesamt bis zu 18 Minderjährige für jeweils drei

Monate aufgenommen, um ihnen z.B. einen Pflichtschulabschluss zu ermöglichen, wobei sie die Wochenenden jeweils zu Hause verbringen. Der dreimonatige Turnusunterricht erfolgt in Kleingruppen, die von Sonderpädagoginnen und -pädagogen geführt und von Schulpsychologinnen und -psychologen begleitet werden. Zum pädagogischen Konzept gehören auch erlebnispädagogische Projekte.

Auf Grund des mit drei Monaten begrenzten Aufenthaltes in dem angeführten Schulheim wäre lt. Auskunft der Magistratsabteilung 11 das intensive Zusammenwirken aller Beteiligten (Familie, Schule und Jugendwohlfahrt) erforderlich. Gemäß den Angaben der für die Zuweisung in diese Einrichtung zuständigen Magistratsabteilung 11 wäre die Auslastung der Expositurklassen im Schulheim Gaaden im Jahr 2007 bei 72,3 % gelegen, wobei die Wartezeit auf einen Platz maximal die Dauer eines Turnusses - also drei Monate - betragen würde. Weiters wurde darauf hingewiesen, dass nur Minderjährige in das Schulheim Gaaden aufgenommen würden, bei denen eine Gefährdung des Kindeswohls festgestellt wird.

3.4.5 Einrichtungen des Gesundheitswesens

In Anbetracht des Umstandes, dass Schulverweigerung einerseits Ausdruck einer schweren dissozialen Verhaltensweise und andererseits eine Form einer Angststörung im Sinn einer psychiatrischen Diagnose sein kann, die meist in Kombination mit anderen somatischen oder psychosomatischen Begleitsymptomen auftritt, werden von der Magistratsabteilung 11 im Bedarfsfall schulverweigernde Minderjährige und deren Familien auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens weiterverwiesen.

3.4.5.1 Im Pkt. 2.2 wurde das Leistungsangebot jener vom FSW geförderten Einrichtungen beschrieben, die im extramuralen Bereich auch für die Betreuung von entwicklungsgefährdeten, verhaltensauffälligen und psychisch kranken Minderjährigen bis zum Alter von 18 Jahren zuständig sind.

Im Rahmen der Erhebungen des Kontrollamtes wurde in den Ambulatorien des VKKJ - in denen etwa im Jahr 2006 rd. 45 % der betreuten Minderjährigen im Schulalter waren - festgestellt, dass diese u.a. auch für schulverweigernde Minderjährige diagnosti-

sche und therapeutische Leistungen erbringen. Darüber hinaus bestand weiters im PSD ein überregionales Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik (s. Pkt. 2.3.2), das auch für schulverweigernde Minderjährige Unterstützung in der persönlichen, sozialen, schulischen bzw. beruflichen Entwicklung leistet.

3.4.5.2 In den in die gegenständliche Prüfung einbezogenen medizinischen Fachabteilungen des KAV wurden lt. Auskunft der im Rahmen der Erhebungen des Kontrollamtes befragten AnsprechpartnerInnen im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 ebenfalls schulverweigernde Minderjährige betreut. In diesem Zusammenhang waren die beiden kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen des KAV, nämlich die KJP-AKH und die KJP-NZR (s. vor allem Pkt. 4) sowie die "Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde - Kinderklinik Glanzing mit Neonatologie und Psychosomatik" im Wilhelminenspital (WIL) zu nennen (s. Pkt. 5.1.3). Erwähnenswert erschien, dass die in diesen Einrichtungen für längere Zeit stationär aufgenommenen schulpflichtigen Minderjährigen in den jeweiligen Expituren der dem Schulbereich zugehörigen "Heilstättenschule Wien" unterrichtet werden.

Ferner wurden in der TKPSO-AKH schwerpunktmäßig Kinder und Jugendliche mit Angststörungen (wie z.B. Schulangst) behandelt, wobei jedoch Schulverweigerinnen und Schulverweigerer mit Störungen des Sozialverhaltens oder schweren aggressiven Störungen nicht ihrer Zielgruppe angehörten (s. Pkt. 5.1.4). Im Rahmen der TKPSO-AKH wurde eine tagesklinische Schulgruppe mit bis zu zehn Kindern vorgehalten, die von einem interdisziplinär zusammengesetzten Team unter Mitwirkung von Lehrkräften der "Heilstättenschule Wien" geführt wurde. Die fünf Kinder umfassende ambulante Schulgruppe wurde im Juni 2008 eingestellt.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

Die Patientinnen- bzw. Patientengruppe der Schulverweigerinnen bzw. Schulverweigerer mit Störungen des Sozialverhaltens oder schweren aggressiven Störungen wird je nach medizinischem Schwerpunkt der jeweiligen Betreuungseinrichtung im AKH zugeordnet (sowohl der Tagesklinik als auch der KJP-AKH).

3.4.5.3 Da die Schulverweigerung eine von vielen Versorgungsgründen der vorgenannten Einrichtungen des extramuralen und intramuralen Bereiches darstellt, unterlagen die davon betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Familien ebenfalls den im Rahmen der Einschau des Kontrollamtes vorgefundenen Wartezeiten bzw. Aufnahmesperren. Im Besonderen wird hier auf die Pkte. 2.2.2.5, 2.3.2.5 und 4.5.2 dieses Berichtes verwiesen.

3.4.6 Feststellungen des Kontrollamtes

Für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Schulverweigerung, die über diese Problemstellung hinausgehend oftmals noch andere Symptome und Störungen aufweisen, werden sowohl im Bereich des Stadtschulrates für Wien und in jenem der Jugendwohlfahrt als auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens Leistungsangebote vorgehalten. Primär sind die Schulen und die Einrichtungen des Stadtschulrates mit Schulverweigerung befasst, wobei im Bedarfsfall weiterführende Maßnahmen durch die Jugendwohlfahrt und die Einrichtungen des Gesundheitswesens erforderlich sind.

In Anbetracht dessen, dass Schulverweigerung eine von vielen Versorgungsgründen der in die Prüfung einbezogenen Einrichtungen der Jugendwohlfahrt und des Gesundheitswesens darstellt, unterlagen die davon betroffenen Kinder und Jugendlichen hinsichtlich des therapeutischen Leistungsangebotes ebenso den vorgefundenen Wartezeiten bzw. Aufnahmesperren. Bei der Inanspruchnahme von Therapieplätzen beim Institut für Erziehungshilfe - das in diesem Zusammenhang eine wichtige Versorgungsfunktion wahrnimmt - war jedoch zu berücksichtigen, dass die Wartezeiten für die von der Magistratsabteilung 11 im Rahmen der Hilfe zur Erziehung zugewiesenen Klientinnen und Klienten im Allgemeinen kürzer ausfielen.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 11:

Wie das Kontrollamt in seinen Ausführungen feststellt, wird das Problem, dass Kinder Schule schwänzen bis hin zur Schulverweigerung, in erster Linie vom Schulbereich in Kooperation mit den obsorgeberechtigten Eltern bearbeitet.

Wenn allerdings die Schulverweigerung als Symptom für eine Gefährdung des Kindes auftritt, muss eine Jugendwohlfahrtsmaßnahme eingeleitet werden. Zu den Wartezeiten wird bemerkt, dass aus Sicht der Magistratsabteilung 11 die Betreuung gefährdeter Kinder immer Priorität hat. Daher wurden mit dem Institut für Erziehungshilfe entsprechende Vereinbarungen geschlossen, damit die Wartezeiten für die von der Magistratsabteilung 11 im Rahmen der Hilfe zur Erziehung zugewiesenen Klientinnen und Klienten so kurz wie möglich ausfallen.

3.5 Aufsuchende Betreuung

Frage 2.5: Welche Zielgruppen werden aktiv durch aufsuchende Betreuung kontaktiert?

3.5.1 Einleitung

Im Zuge der Erhebungen des Kontrollamtes wurden die in die Prüfung einbezogenen Einrichtungen der GIS und der GGS um die Bekanntgabe jener Tätigkeitsbereiche ersucht, die für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mit speziellen Bedürfnissen Betreuungsleistungen mit aufsuchendem Charakter erbringen. Entsprechend den Angaben der geprüften Einrichtungen werden unter aufsuchender Betreuung grundsätzlich die Betreuung und Beratung von Minderjährigen bzw. deren Familien in ihrem individuellen Lebensraum (z.B. Wohnung, Wohngemeinschaften oder öffentlicher Raum) verstanden.

3.5.2 Aufsuchende Betreuung durch der GIS zugehörige Einrichtungen

3.5.2.1 Im Bereich der Magistratsabteilung 11 wurde im Betrachtungszeitraum aufsuchende Betreuung von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Regionalstellen des Dezernates 2 - Soziale Arbeit mit Familie in Erfüllung des WrJWG 1990 durchgeführt (s. Pkt. 3.10.2). Es handelte sich dabei um die - für die Abwicklung der Gefährdungsabklärungsverfahren zuständigen - fallführenden DSA, die zur Erlangung eines Einblicks in die soziale Umgebung die betroffenen Minderjährigen bzw. deren Erziehungsberechtigte aktiv zu Hause aufsuchen. Darüber hinaus wurde im Bedarfsfall von einem mobilen Team von DSA bzw. Sozialpädagoginnen bzw. -pädagogen eine intensive nachge-

hende Betreuung von Minderjährigen und deren Familien im Rahmen der Unterstützung der Erziehung erbracht. Dieses zeitlich begrenzte Angebot der mobilen Arbeit mit Familien dient insbesondere der Abwendung der Gefährdung einer bzw. eines Minderjährigen sowie der Begleitung und Unterstützung der Familie im Zusammenhang mit einer Fremdunterbringung. Laut Auskunft der Magistratsabteilung 11 würde es sich bei der Zielgruppe der von ihr durchgeführten aufsuchenden Betreuung stets um jene Minderjährigen handeln, bei denen eine Gefährdung des Kindeswohls vermutet wird oder bereits eine solche festgestellt wurde.

Des Weiteren war der Vollständigkeit halber der im Dezernat 3 - Eltern, Säuglinge, Kleinkinder angesiedelte Klinikverbindungsdienst zu bestimmten medizinischen Fachabteilungen zu nennen, in dessen Rahmen die DSA der Magistratsabteilung 11 die Patientinnen und Patienten der jeweiligen Krankenanstalten zu Beratungs- und Informationszwecken aufsuchen (s. Pkt. 3.10.2). Da bei diesem Leistungsangebot die Beratung und Prävention im Vordergrund steht, würde der Klinikverbindungsdienst nach Auffassung der Magistratsabteilung 11 keine aufsuchende Betreuung im engeren Sinn darstellen.

3.5.2.2 Die von der Magistratsabteilung 13 im Rahmen der außerschulischen Jugendbetreuung geförderten Einrichtungen erbrachten ebenfalls aufsuchende Beratung und Betreuung in Form von aufsuchender, mobiler Jugendarbeit bzw. "Streetwork" und Parkbetreuung. Zu den Zielgruppen dieser Leistungsangebote gehören Minderjährige mit oder ohne Migrationshintergrund, SchülerInnen, Lehrlinge bis hin zu Studentinnen und Studenten aber auch deren Eltern oder andere Bezugspersonen sowie drogenkranke Minderjährige (s. Pkt. 3.10.6).

<u>3.5.3 Aufsuchende Betreuung durch der GGS zugehörige bzw. zurechenbare Einrichtungen</u>

3.5.3.1 Seit November 2007 erbringt der PSD auf der Grundlage einer Vereinbarung in den sozialpädagogischen Einrichtungen der Magistratsabteilung 11 kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen in Form eines aufsuchenden Liaisondienstes. Das Leistungsspektrum dieses Dienstes umfasst u.a. Information, Beratung und Unterstützung des

sozialpädagogischen Personals durch Fallsupervision und Besprechung sowie Förderung des Dialogs mit diesem, Hilfestellung bei der Bewältigung krisenhafter Situationen sowie ein niederschwelliges kinder- und jugendpsychiatrisches Beratungsangebot für die in diesen Einrichtungen betreuten Minderjährigen.

In den Monaten November und Dezember 2007 wurden vom PSD im Zusammenhang mit diesem aufsuchenden Liaisondienst 25,75 Stunden für ärztliche Interventionen und acht Stunden für Teamsitzungen aufgewendet. Ziel wäre es, eine wöchentliche Betreuungsleistung im Ausmaß von 15 Stunden zu erreichen.

3.5.3.2 Ebenso wie für die sozialpädagogischen Einrichtungen der Magistratsabteilung 11 erbrachte der PSD für einen Teil der vom FSW geförderten Wohnungsloseneinrichtungen einen aufsuchenden psychiatrischen Liaisondienst. Zielsetzung dieses im Jahr 2005 im Rahmen eines Projektes initiierten Liaisondienstes war die mittelfristige Anbindung psychisch auffälliger bzw. kranker BewohnerInnen (die in Ausnahmefällen als Familienangehörige auch minderjährig sein können) an die regionalen Ambulatorien des PSD. Die schrittweise Ausweitung des Leistungsangebotes auf alle stationären Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe, die einen entsprechenden Bedarf anmeldeten, wurde in Kooperation mit dem PSD in Angriff genommen.

3.5.3.3 Mobile Betreuungsaufgaben mit aufsuchendem Charakter wurden u.a. auch von - im Rahmen der Frühförderung - unterstützten Einrichtungen des FSW wahrgenommen. Im Besonderen war hier die MFF der FÖBE GmbH zu nennen, die schwerpunktmäßig Frühförderungsleistungen für entwicklungsverzögerte, behinderte Kinder sowie Kinder mit Entwicklungsrisiko und deren Familien im Rahmen von regelmäßigen Hausbesuchen durchführte (s. Pkt. 2.2.4). Des Weiteren erbrachten der Verein Contrast und die MFF des ÖHTB für ihre jeweilige Zielgruppe, u.zw. blinde, sehbehinderte und mehrfachbehindert-sehgeschädigte Kinder bzw. hörbehinderte und taubblinde Kleinst- und Kleinkinder, und deren Familien neben ambulanten auch mobile Frühförderungsleistungen (s. Pkte. 2.2.5 und 2.2.6).

3.5.3.4 Teilweise wurde aufsuchende Betreuung von der Magistratsabteilung 15 im Rahmen der sozialarbeiterischen Betreuung der Wiener Sonderschulen geleistet (s.

Pkt. 3.10.5.1). Dabei wurden von DSA in überregionalen Sonderpädagogischen Zentren für körperbehinderte Kinder betreute Familien durch Beratungsleistungen unterstützt.

3.5.3.5 Hinsichtlich der aufsuchenden Betreuung in Bezug auf die Zielgruppe der minderjährigen Drogenkonsumentinnen und -konsumenten war auf die Pkte. 3.9.3 und 3.9.4 zu verweisen.

3.5.4 Feststellungen des Kontrollamtes

Im Bereich der GIS erfolgte eine aufsuchende Betreuung und Beratung von Minderjährigen durch Organisationseinrichtungen der Magistratsabteilung 11 sowie durch geförderte Einrichtungen der Magistratsabteilung 13. Im Bereich der GGS wurde eine aufsuchende Betreuung und Beratung von Minderjährigen vom PSD, von geförderten Einrichtungen des FSW, von Organisationseinrichtungen der Magistratsabteilung 15 sowie von geförderten bzw. eigenen Drogenhilfseinrichtungen der SDW GmbH erbracht. Die Zielgruppen dieser aufsuchenden Betreuungs- und Beratungsleistungen orientierten sich grundsätzlich am jeweiligen Versorgungsauftrag der genannten Einrichtungen, wobei das Leistungsspektrum sozialarbeiterische, sozialpädagogische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen als auch Frühförderungsleistungen umfasste.

3.6 Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit speziellen Bedürfnissen im Bereich der Stadt Wien

Frage 2.7: Welche Angebote im Bereich der Rehabilitation werden seitens der Gemeinde Wien für welche Zielgruppe von welchen Einrichtungen und von welchen Berufsgruppen erbracht?

Frage 2.7.1: Ist das Angebot bedarfsdeckend bzw. gibt es Wartelisten, Aufnahmesperren etc.?

3.6.1 Definition und Abgrenzung

3.6.1.1 Einer allgemeinen Definition zufolge umfasst die Rehabilitation (Wiederherstellung) die Summe der Maßnahmen, die benötigt werden, damit Menschen mit chronischen bzw. auf ein akutes Ereignis folgenden Erkrankungen oder Behinderungen ihren Platz in der Gesellschaft bewahren oder wieder einnehmen können. Im Gesundheits-

und Sozialwesen wird der Begriff Rehabilitation in unterschiedlichen Zusammenhängen verwendet, wobei grundsätzlich zwischen medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation unterschieden wird.

3.6.1.2 Nach den Bestimmungen des ASVG sind die SozialversicherungsträgerInnen im Rahmen der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung, d.h. je nach Eintritt des Versicherungsfalles, für die Gewährung von Maßnahmen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation zuständig. In dem vom damaligen Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger erstellten bundesweiten Rehabilitationsplan 2004 wird u.a. der Ist-Stand und Soll-Stand der stationären Kapazitäten für die medizinische Rehabilitation (Einrichtungen der SozialversicherungsträgerInnen und der VertragspartnerInnen) nach Indikationsgruppen und Regionen dargestellt, wobei die Kapazitäten der neurologischen Akutnachbehandlung in den Akutkrankenanstalten ebenfalls in die Betrachtung einbezogen wurden. Des Weiteren enthält der Rehabilitationsplan 2004 eine Abschätzung der Möglichkeiten der im ASVG nicht explizit geregelten ambulanten Rehabilitation nach den jeweiligen Indikationsgruppen. Auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen wird im Rehabilitationsplan 2004 insofern Bezug genommen, als die Versorgung dieser Gruppe gesondert untersucht und dargestellt wurde.

Nach Auffassung des damaligen ÖBIG ließen das Fehlen von flächendeckenden Strukturen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sowie die relativ geringe Anzahl von in bestehenden Rehabilitationseinrichtungen durchgeführten Rehabilitationsverfahren darauf schließen, dass Rehabilitationsleistungen an Kindern und Jugendlichen auch in Akutkrankenanstalten im Anschluss an Akutaufenthalte erbracht werden würden. Wie die Bestandsaufnahme und -analyse des damaligen ÖBIG zum Rehabilitationsplan 2004 zeigten, wären die Altersgruppe der Ein- bis Vierjährigen zur Gänze und jene der Fünf- bis 14-jährigen zum weitaus überwiegenden Teil in Akutkrankenanstalten behandelt worden, während die 15- bis 19-jährigen Rehabilitationspatientinnen bzw. -patienten zu rd. 60 % in Rehabilitationszentren untergebracht worden wären. Laut einer auf Basis der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der Krankenanstalten der Jahre 1999 bis 2002 und unter Ausklammerung der psychiatrischen Diagnosen durch-

geführten ÖBIG-Berechnung wiesen in Wien das AKH, das Neurologische Zentrum Rosenhügel (NZR) und das Sozialmedizinische Zentrum Ost - Donauspital (DSP) die höchste Anzahl an rehabilitationsrelevanten Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen auf.

3.6.1.3 Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten wurden u.a. in dem vom damaligen ÖBIG verfassten Bericht "Planung Psychiatrie 2004 - Versorgungsstruktur Kinder- und Jugendneuropsychiatrie" thematisiert, der im Auftrag des damaligen Strukturfonds unter Einbeziehung eines Expertinnen- bzw. Expertengremiums ausgearbeitet wurde. Demnach würden in Österreich neben den akutstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen auch Einrichtungen in der Betriebsform von Sonderkrankenanstalten und Einrichtungen der Jugendwohlfahrt existieren, die auf Grund ihres Leistungsangebotes den Charakter einer Rehabilitationseinrichtung aufweisen. Entsprechend der bundesländerbezogenen Darstellung des ÖBIG verfügte Wien im Vergleich zum Bundesland Niederösterreich mit dem Heilpädagogischen Zentrum Hinterbrühl und dem Therapiezentrum Bienenhaus über keine derartigen Einrichtungen mit rehabilitativem Charakter. Wie im Pkt. 3.1.2 ausgeführt, wurden allerdings von der Magistratsabteilung 11 Kinder und Jugendliche in diese hochspezialisierten Einrichtungen eingewiesen.

3.6.1.4 Der vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen im Jahr 2004 herausgegebene Österreichische Gesundheitsplan für Kinder, der in Zusammenarbeit mit Fachexpertinnen bzw. -experten und mit der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde erarbeitet wurde, behandelt in einem Positionspapier ebenfalls die Kinderrehabilitation in Österreich. Gemäß der Präambel zum diesbezüglichen Positionspapier werden unter Kinderrehabilitation unterschiedliche Begriffe zusammengefasst sowie Kinder verschiedener Alters- und Diagnosegruppen inkludiert. Aus der Praxis der Versorgung wird die Kinderrehabilitation in eine Akutneurorehabilitation, in eine allgemeine Rehabilitation bei verschiedensten Krankheitsbildern bzw. in eine Rehabilitation im Anschluss an die Akutrehabilitation und in eine wohnortnahe Rehabilitation gegliedert. Abschließend wurde als Ergebnis einer österreichweiten Be-

standsaufnahme festgestellt, dass im Bereich der Kinderrehabilitation eine ausreichende Versorgung bzw. Koordination fehlt.

3.6.1.5 Nach den jeweils geltenden Vereinbarungen zum Gesundheitswesen gem. Art. 15a B-VG umfasst die integrierte Gesundheitsstrukturplanung neben dem stationären und ambulanten Bereich auch den Rehabilitationsbereich, der - mit besonderer Berücksichtigung der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen - im Hinblick auf ein bedarfsgerechtes Angebot weiter auf- und ausgebaut werden soll. In Umsetzung dieser Vorgaben wurde im ÖSG 2006 vorerst der Ist-Stand der Versorgungsstruktur im Rehabilitationsbereich auf Ebene der Versorgungsregionen und -zonen dargestellt. Die diesbezügliche Leistungsangebotsplanung inkl. Qualitätskriterien soll kontinuierlich - sobald die jeweils dafür notwendigen Datengrundlagen zur Verfügung stehen - definiert und in den ÖSG integriert werden.

3.6.1.6 Unabhängig von den bisher genannten Einrichtungen des Gesundheitswesens werden sowohl von Einrichtungen des Bundes (z.B. Bundessozialamt) auf Grundlage von Bundesgesetzen (z.B. Bundesbehinderteneinstellungsgesetz, Bundesbehindertengesetz) als auch von Einrichtungen der Länder auf Grundlage von Landesgesetzen verschiedene Maßnahmen der Rehabilitation für behinderte Menschen gewährt. Die diesbezüglichen Leistungen der Länder sind allerdings subsidiär, sodass Länder nur dann Leistungen der Behindertenhilfe erbringen, wenn die Behinderten auf Grund anderer Rechtsvorschriften keine gleichartigen oder ähnlichen Leistungen erhalten. Nach dem WBHG fungiert in Wien der FSW als Träger der Behindertenhilfe, der in seiner Satzung ebenfalls die Rehabilitation und gesellschaftliche Integration von bedürftigen Menschen als Zielsetzung definiert hat.

3.6.1.7 Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen und der zu beantwortenden Fragestellung unterzog das Kontrollamt das Wirken des KAV und des FSW im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit speziellen Bedürfnissen einer stichprobenweisen Einschau.

Hinsichtlich der Leistungen des PSD im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulatorium mit Tagesklinik der Abteilung Jugend- und Behindertenpsychiatrie mit Autismus-

zentrum, das im Rahmen der medizinischen Behandlung auch Leistungen erbringt, die unter dem Begriff der beruflichen und sozialen Rehabilitation subsumiert werden können, war auf den Pkt. 2.3 zu verweisen. Im Übrigen erweiterte der PSD Mitte des Jahres 2008 sein Leistungsangebot in der psychiatrischen Früh- und Akutrehabilitation um ein spezialisiertes Tageszentrum mit 15 Betreuungsplätzen, wobei junge Erwachsene mit schweren psychiatrischen Erkrankungen die Hauptzielgruppe darstellen. Was die im Drogenbereich erbrachten rehabilitativen Maßnahmen für suchtkranke Minderjährige anbelangt, wurde darauf im Pkt. 3.9 Bezug genommen.

3.6.2 Rehabilitative Leistungen in versorgungsrelevanten Krankenanstalten des KAV

3.6.2.1 Ausgehend vom Rehabilitationsplan 2004 des damaligen ÖBIG, in dem bestimmte Krankenanstalten auf Grund der hohen Anzahl an rehabilitationsrelevanten Aufnahmen von Minderjährigen als versorgungsrelevant eingestuft wurden, konzentrierte das Kontrollamt seine Erhebungen im KAV auf das AKH, das DSP und das Sozialmedizinische Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital (KFJ), in das im Mai 2008 die Akutneurorehabilitation der KJP-NZR transferiert wurde.

3.6.2.2 Im AKH wurden rehabilitative Leistungen für Kinder und Jugendliche sowohl im Rahmen der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde als auch im Rahmen der Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Universitätskliniken erbracht. Im DSP hingegen erfolgte die rehabilitative Versorgung der minderjährigen Patientinnen und Patienten aller Abteilungen - im Besonderen der Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde sowie Kinder- und Jugendchirurgie - zentral durch das Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Wie die Einschau in den drei genannten Einrichtungen des AKH und des DSP zeigte, wurden nicht nur stationär aufgenommene sondern auch im Rahmen der Ambulanzen betreute Kinder und Jugendliche - je nach Bedarf und zur Verfügung stehenden Kapazitäten - rehabilitativ versorgt.

So erhielten jene Kinder und Jugendliche, die nach einem stationären Aufenthalt einer ambulanten Nachbetreuung bedurften, im Rahmen der Spezialambulanzen der Univer-

sitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH kontinuierlich und für einen längeren Zeitraum physio- und ergotherapeutische Leistungen, die von unmittelbar der Universitätsklinik zugeordneten Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt wurden. Als Zielgruppen dieser rehabilitativen Leistungen wurden von den ärztlichen Ansprechpartnerinnen bzw. -partnern der Universitätsklinik Kinder und Jugendliche mit schweren chronischen Erkrankungen und mit schweren Organerkrankungen sowie frühgeborene Kinder mit Defiziten genannt, für die keine adäquaten ambulanten Nachsorgeeinrichtungen bestünden oder für die eine durchgängige Betreuungsübernahme durch Einrichtungen des extramuralen Bereiches (z.B. Ambulatorien des VKKJ) bedingt durch die Wartezeitenproblematik nicht gewährleistet werden konnte. Auf Grund des Umstandes, dass der Tätigkeitsschwerpunkt des medizinisch-therapeutischen Personals im stationären Bereich liegen würde, wären der ambulanten rehabilitativen Leistungserbringung allerdings Grenzen gesetzt.

Des Weiteren wurden in den Ambulanzen der Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation im AKH, deren Aufgabenschwerpunkt in der Versorgung stationär aufgenommener Erwachsener liegt, Maßnahmen der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche durchgeführt. Zielgruppe dieser Leistungen waren Kinder und Jugendliche, welche z.B. an Zerebralparesen, Plexusparesen oder Zystischen Fibrosen erkrankt waren. Die ambulante Behandlung bzw. Betreuung der Patientinnen und Patienten erfolgte durch ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Fachärztinnen und -ärzten, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, medizinisch-technische Fachkräfte sowie Heilmasseurinnen und -masseure. Darüber hinaus wirkte die Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Universitätskliniken an der ambulanten Nachbetreuung von ehemals stationär aufgenommenen Kindern und Jugendlichen mit.

Im Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation des DSP wurden ebenfalls für eine bestimmte Gruppe von Kindern und Jugendlichen nach ihrem stationären Aufenthalt in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachabteilungen ambulante rehabilitative Leistungen erbracht. Laut Auskunft der Frau Institutsvorstand handelte es sich dabei um minderjährige Patientinnen und Patienten aller Organdiagnosen mit Funktionsstö-

rungen, für die mangels geeigneter oder auf Grund kapazitätsmäßig unzureichender Nachsorgeeinrichtungen eine ambulante Weiterbetreuung im Rahmen einer Akutkrankenanstalt erforderlich gewesen sei. Bedingt durch den auf den stationären Bereich ausgerichteten Tätigkeitsschwerpunkt des Instituts stünde allerdings für derartige rehabilitative Leistungen nur ein eingeschränktes Ausmaß an physio- und ergotherapeutischen Wochenstunden zur Verfügung.

Hinsichtlich der Fragestellung betreffend Wartelisten bzw. Aufnahmesperren teilten die jeweiligen ärztlichen Ansprechpersonen des AKH und des DSP mit, dass solche in Bezug auf die ambulante rehabilitative Nachbetreuung nicht bestünden. Vielmehr würde versucht, mit den vorhandenen Personalressourcen eine bestmögliche Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen bis zum Zeitpunkt der Betreuungsübernahme durch Einrichtungen im extramuralen Bereich sicherzustellen. Diese würde sich in der Praxis allerdings z.T. - wegen der in diesem Versorgungsbereich bestehenden Wartezeitenproblematik - schwierig gestalten.

3.6.2.3 Infolge der Aufgabenbereinigung in der KJP-NZR wurde im Mai 2008 die acht Betten umfassende Akutneurorehabilitation in die Interne Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde des KFJ integriert (s. Pkt. 4.1.2). Räumlich wurde die Akutneurorehabilitation in der ehemaligen 1. Station der Internen Abteilung untergebracht, wobei vier Betten für eine intensivmedizinische Betreuung zur Verfügung stehen.

Laut Auskunft des Abteilungsvorstandes der Internen Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde des KFJ würde sich die Akutneurorehabilitation mit allen Krankheiten und Schädigungen des Nervensystems befassen, die Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Aktivität und Partizipation des Kindes oder der bzw. des Jugendlichen zur Folge haben. In diesem Sinn zählten zur Zielgruppe der Akutneurorehabilitation Kinder und Jugendliche von null bis 18 Jahren, die an akuten Schädigungen, wie z.B. Schädel-Hirntrauma, Rückenmarksverletzung, hypoxämische Hirnschädigung, Hirnturmoren oder an chronischen Erkrankungen bzw. Schädigungsfolgen, wie z.B. infantile Zerebralparese, degenerative Muskelerkrankungen, Epilepsien, leiden. Als zuweisende Stellen kämen die Intensivstationen, die Neonatologien und alle Fachabteilungen des

Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters der Krankenanstalten in Wien, Niederösterreich und Burgenland in Betracht.

Zur Behandlung bzw. Betreuung der in die Akutneurorehabilitation aufgenommenen Kinder und Jugendlichen stand zum Zeitpunkt der Einschau ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, zur Verfügung. Sonderpädagogische und sozialarbeiterische Kapazitäten waren noch nicht vorhanden.

Was die Fragestellung der Bedarfsdeckung anlangt, teilte der Abteilungsvorstand unter Hinweis auf den Österreichischen Gesundheitsplan für Kinder aus dem Jahr 2004 - der in Bezug auf die akutneurorehabilitative Versorgung in Wien ebenfalls von einem Bedarf von acht Akutneurorehabilitationsbetten ausging - mit, dass die nunmehr vorgehaltenen Bettenkapazitäten ausreichend bemessen worden wären. Wartelisten lagen zum Zeitpunkt der Einschau in der seit Mai 2008 eröffneten Akutneurorehabilitation nicht vor.

3.6.3 Maßnahmen mit rehabilitativem Charakter in vom FSW geförderten Einrichtungen

3.6.3.1 Der FSW gewährt als Träger der Behindertenhilfe u.a. Maßnahmen der Eingliederungshilfe und Beschäftigungstherapie für Behinderte im Sinn des WBHG, denen ex lege ein rehabilitativer Charakter zukommt. Während die Maßnahmen der Eingliederungshilfe (z.B. Heilbehandlung, Hilfen zur Schulbildung und Erziehung und zur beruflichen Eingliederung) die Befähigung der Behinderten, in die Gesellschaft und das Erwerbsleben eingegliedert zu werden oder deren Stellung in der Gesellschaft zu erleichtern und zu festigen, bezwecken, ist es Ziel der Beschäftigungstherapie, Behinderten, deren körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand einer beruflichen Ausbildung oder einer beruflichen Eingliederung selbst unter beschützenden Bedingungen hinderlich ist, Mittel oder Einrichtungen zur Erhaltung und Weiterbildung der vorhandenen Fähigkeiten sowie zur Eingliederung in die Gesellschaft zur Verfügung zu stellen.

Demgemäß ging das Kontrollamt im Folgenden auf jene vom FSW anerkannten Einrichtungen ein, die im Jahr 2007 Maßnahmen der Eingliederungshilfe und Beschäfti-

gungstherapie für Kinder und Jugendliche durchführten, wobei die vom FSW im Rahmen der Frühförderung unterstützten Einrichtungen bereits im Pkt. 2.2 behandelt wurden.

3.6.3.2 Wie einer Aufstellung des FSW in Bezug auf Maßnahmen der Eingliederungshilfe zu entnehmen ist, waren im Jahr 2007 die Therapieinstitut Keil GmbH sowie der Verein Karl Schubert Schule in den Leistungsbereichen Kindergarten und Schule, die FÖBE GmbH im Leistungsbereich Basale Förderklassen und die Wien Work - integrative Betriebe und AusbildungsgmbH im Leistungsbereich Lehrlingsausbildung tätig.

Entsprechend ihrem Leistungsangebot für die Bereiche Kindergarten und Schule sind die Zielgruppe der Therapieinstitut Keil GmbH und des Vereines Karl Schubert Schule Kinder und Jugendliche im Alter von drei bis sechs Jahren bzw. von sechs bis maximal 20 Jahren, welche u.a. schwere Mehrfachbehinderungen, Entwicklungsverzögerungen sowie Wahrnehmungs- und Kognitionsbeeinträchtigungen aufweisen. Die Leistungserbringung erfolgt je nach Förderungs- bzw. Betreuungskonzept der Einrichtung durch Kindergartenpädagoginnen und - pädagogen, Pädagoginnen und Pädagogen, medizinisch-technische Therapeutinnen und Therapeuten, Diplomierte Konduktorinnen und Konduktoren sowie Absolventinnen und Absolventen mit spezieller pädagogischer Ausbildung, wie z.B. Waldorfpädagogik.

Im Rahmen der in das Wiener Regelschulsystem integrierten Basalen Förderklassen werden schulpflichtige Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis maximal 18 Jahren, welche geistige und mehrfache Behinderungen aufweisen sowie pflegeabhängig sind, unterrichtet. Zusätzlich wird an den meisten Schulstandorten Nachmittagsbetreuung angeboten. Der FÖBE GmbH obliegt in Ergänzung zu den vom Stadtschulrat angestellten Sonderschullehrerinnen bzw. -lehrern die Bereitstellung der erforderlichen Anzahl an "FachbetreuerInnen", die über verschiedene spezifische Ausbildungen im sonderpädagogischen, psychologischen oder pflegerischen Bereich verfügen. Weiters steht dem pädagogischen Personal im Bedarfsfall ein mulitprofessionelles Expertinnen- bzw. Expertenteam (z.B. Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten) zur Seite.

Zielgruppe der von der Wien Work - integrative Betriebe und AusbildungsgmbH angebotenen integrativen Berufsausbildung sind Jugendliche mit einer kognitiven, körperlichen oder Sinnesbehinderung, die grundsätzlich dem WBHG und dem Berufsausbildungsgesetz (BAG) unterliegen. Nach § 8b Abs. 4 BAG kommen jene Personen für eine integrative Berufsausbildung in Betracht, die das Arbeitsmarktservice nicht in ein Lehrverhältnis vermitteln konnte und auf die eine im Gesetz genannte Voraussetzung (z.B. Person mit negativem Hauptschulabschluss) zutrifft. Die von Wien Work - integrative Betriebe und AusbildungsgmbH beschäftigten AusbildnerInnen haben in der Regel eine Meisterprüfung abgelegt oder sind FacharbeiterInnen mit langjähriger Praxis, wobei alle über einen Abschluss der LehrlingsausbildnerInnenprüfung verfügen. Weiters werden die auszubildenden Jugendlichen u.a. auch von DSA, Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie von Arbeitspsychologinnen und -psychologen betreut bzw. begleitet.

3.6.3.3 Einer Aufstellung des FSW zufolge führten im Jahr 2007 insgesamt 20 anerkannte Einrichtungen Maßnahmen der Beschäftigungstherapie im Sinn des WBHG für behinderte Menschen durch. Wenngleich der Tätigkeitsschwerpunkt dieser Einrichtungen grundsätzlich auf die Versorgung von erwachsenen Klientinnen bzw. Klienten ausgerichtet ist, wurden im Jahr 2007 von 15 Einrichtungen auch 185 Jugendliche im Alter von 15 bis 18 Jahren betreut. Bezogen auf die im Rahmen der Beschäftigungstherapie vorgehaltenen Gesamtbetreuungsplätze lag der Anteil der minderjährigen Klientinnen und Klienten bei rd. 5 %. Die größte Anzahl an betreuten Jugendlichen entfiel mit Abstand auf den Verein "Jugend am Werk", gefolgt vom Therapieinstitut Keil GmbH sowie der Assist - Sozialwirtschaftliche Dienstleistungen für Menschen mit Behinderung GmbH.

Zu den Zielgruppen der im Bereich Beschäftigungstherapie anerkannten Einrichtungen zählen Menschen mit einer geistigen, körperlichen oder mehrfachen Behinderung, einer Sinnesbehinderung oder einer psychischen Erkrankung, die auf Grund ihrer Lebenssituation an einer beruflichen Ausbildung oder an einer Maßnahme der beruflichen Eingliederung nicht teilnehmen können.

Die Zusammensetzung der in diesen Einrichtungen tätigen Berufsgruppen orientiert sich grundsätzlich am jeweiligen trägerinnen- bzw. trägerspezifischen Förderungs- bzw.

Betreuungskonzept. Demgemäß verfügen die MitarbeiterInnen u.a. über eine pädagogische Ausbildung (z.B. als Behindertenpädagogin bzw. -pädagoge, Sonderschullehrerin bzw. -lehrer), eine handwerkliche Ausbildung (z.B. als Tischlerin bzw. Tischler, Köchin bzw. Koch), eine pflegerische Ausbildung (z.B. Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegehelferin bzw. Pflegehelfer) oder über eine Ausbildung als Behindertenfachbetreuerin bzw. -betreuer, Diplomierte Konduktorin bzw. Diplomierter Konduktor, Psychologin bzw. Psychologe sowie DSA.

3.6.3.4 Die Maßnahmen der Eingliederungshilfe und Beschäftigungstherapie im Sinn des WBHG werden vom FSW grundsätzlich im Weg der Subjektförderung, d.h. bezogen auf die Einzelperson, gewährt. Von den bzw. für die bedürftigen Menschen ist daher ein schriftlicher Antrag auf Förderung - unter Anschluss entsprechender Unterlagen - beim FSW einzubringen. Im Fall der Bewilligung des Förderungsantrages können die Anspruchsberechtigten aus dem Betreuungsangebot der vom FSW anerkannten Einrichtungen wählen, wobei die Anmeldung auf einen Betreuungsplatz unmittelbar bei der jeweiligen anerkannten Einrichtung zu erfolgen hat.

Die stichprobenweise Einschau in den prüfungsrelevanten Einrichtungen der Eingliederungshilfe bzw. der Beschäftigungstherapie ergab, dass von den jeweiligen Einrichtungen die Anmeldungen von Interessentinnen bzw. Interessenten auf einen Betreuungsplatz in Form von trägerinnen- bzw. trägerspezifischen Listen dokumentiert wurden.

Anhand der Vormerk- bzw. AnwärterInnenlisten würden lt. Auskunft der Einrichtungen grundsätzlich jene Personen evident gehalten werden, deren Betreuungsübernahme zum nächstfolgenden bzw. zu einem späteren Aufnahmezeitpunkt (z.B. Beginn des Kindergartenjahres oder des Ausbildungsjahres) vorgesehen sei oder die generell Interesse an einem Betreuungsplatz bekunden. Rückschlüsse auf das Vorliegen eines allfälligen Ausbaubedarfes an Betreuungsplätzen in diesen Leistungsbereichen könnten aber lt. den Einrichtungen aus diesen Vormerk- bzw. AnwärterInnenlisten nicht unmittelbar abgeleitet werden. Zum einen würde die Führung dieser Vormerk- bzw. AnwärterInnenlisten individuell von den jeweiligen Einrichtungen ohne trägerinnen- bzw. trägerübergreifendem Datenabgleich erfolgen, weshalb es nicht nur zu Unterschieden bei

der Handhabung der Dokumentation (z.B. Wartung der Listen) sondern auch zu Doppel- bzw. Mehrfachmeldungen von Interessentinnen bzw. Interessenten käme. Zum anderen enthielten die Vormerk- bzw. AnwärterInnenlisten auch jene Personen, die schon einige Jahre im Voraus Interesse an einem Betreuungsplatz anmeldeten und/oder die noch keinen Antrag auf Förderung von Maßnahmen der Behindertenhilfe beim FSW stellten.

Darüber hinaus wurde vom Therapieinstitut Keil GmbH eine so genannte Warteliste für Kinder im Vorschul- bzw. Grundschulalter mit autistischen Wahrnehmungsbeeinträchtigungen und kognitiver Beeinträchtigung geführt, die im Rahmen einer neu zu schaffenden sensorisch konduktiven Tagesgruppe (mit ca. sechs Betreuungsplätzen) eine gezielte therapeutische Betreuung erhalten sollten. Die im März 2006 hinsichtlich des Bereiches Eingliederungshilfe beantragte Erweiterung ihres Leistungsangebotes um diese Tagesgruppe wurde im April 2008 vom FSW, der satzungsgemäß für die Planung des Bedarfes an Angeboten und Leistungen zuständig ist, nicht befürwortet. Wie der FSW dem Kontrollamt gegenüber mitteilte, war für die Ablehnung insbesondere der Umstand maßgeblich, dass eine gemischt geführte Tagesgruppe für Kindergarten- und Schulkinder keine vom FSW anerkannte Betreuungsform darstelle. Des Weiteren würde die Schaffung derartiger spezieller Betreuungsangebote dem Integrationsgedanken widersprechen, wonach auch Kinder mit besonderen Bedürfnissen im regulären Kindergarten- und Schulbereich zu integrieren seien.

3.6.3.5 Ungeachtet der zuvor geschilderten Nichtbefürwortung einer Leistungsangebotserweiterung trug der FSW der steigenden Nachfrage an Maßnahmen der Eingliederungshilfe und der Beschäftigungstherapie insofern Rechnung, als er seit der Übernahme der Agenden der Behindertenhilfe im Jahr 2004 in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Einrichtungen einen Ausbau der diesbezüglichen Betreuungsplätze vornahm. So wurde im Leistungsbereich Beschäftigungstherapie die Anzahl der Betreuungsplätze in den Jahren 2004 bis 2007 um 13,6 % auf rd. 3.570 erhöht. Auch in den genannten Einrichtungen der Eingliederungshilfe fand z.T. eine Erweiterung der Betreuungskapazitäten statt.

In Anbetracht der vom FSW vorgenommenen Erhöhungen der Förderungsmaßnahmen und auf Grund der Angaben der in die Stichprobe einbezogenen Einrichtungen gewann das Kontrollamt den Eindruck, dass für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen in den vom FSW anerkannten Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Beschäftigungstherapie grundsätzlich ein bedarfsdeckendes Betreuungsangebot gegeben ist. Allerdings bestünde lt. Auskunft der Ansprechpersonen in Bezug auf die Zielgruppe psychisch-kranker Kinder und Jugendlicher (z.B. Kinder mit Autismus oder mit einem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom - ADHS) ein zusätzlicher Versorgungsbedarf.

Um künftig eine laufende Bedarfsfeststellung u.a. auch für den Leistungsbereich Beschäftigungstherapie durchführen zu können, wurde in dem im September 2007 stattgefundenen Arbeitskreis "Menschen mit psychischen Erkrankungen" des Dachverbandes "Wiener Sozialeinrichtungen" der Beschluss gefasst, künftig einheitliche Interessentinnen- bzw. Interessentenlisten auflegen zu wollen. Diese sollten bei den Trägerinnen bzw. Trägern geführt und durch den FSW regelmäßig ausgewertet werden. Die Testphase des unter Einbeziehung von sieben anerkannten Trägerinnen bzw. Trägern gestarteten Projektes wurde Ende Mai 2008 abgeschlossen. Wie der FSW in diesem Zusammenhang mitteilte, wäre nach Erstellung einer trägerinnen- bzw. trägerübergreifenden EDV-Plattform eine Einbeziehung aller anerkannten TrägerInnen in Wien geplant.

3.6.4 Feststellungen des Kontrollamtes

Nach dem Sozialversicherungsrecht fällt die Gewährung von Maßnahmen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherungsträgerinnen bzw. -träger. Im Jahr 2004 war die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen u.a. in Berichten des damaligen ÖBIG sowie im Österreichischen Gesundheitsplan für Kinder des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen einer bundesweiten Betrachtung unterzogen worden, wobei im Ergebnis das Fehlen von entsprechenden flächendeckenden stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen festgestellt wurde.

Wenngleich die Erbringung von ambulanten rehabilitativen Leistungen grundsätzlich nicht zu den Aufgaben einer Akutkrankenanstalt zählt, wurden von den in die Stichprobe einbezogenen Krankenanstalten AKH und DSP eine ambulante rehabilitative Nachbetreuung für bestimmte Zielgruppen von Kindern und Jugendlichen im Rahmen ihrer Ambulanzen erbracht. Begründet wurde dies einerseits mit dem Fehlen entsprechender Nachsorgeeinrichtungen und andererseits mit den Kapazitätsengpässen im extramuralen ambulanten Bereich, wie z.B. in den Ambulatorien des VKKJ.

Die seit Mai 2008 in der Internen Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde des KFJ eingerichtete acht Betten umfassende Akutneurorehabilitation nimmt Versorgungsaufgaben für die Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland wahr. Die somit vorgehaltenen Bettenkapazitäten entsprechen dem im Österreichischen Gesundheitsplan für Kinder ermittelten Bedarf für Wien.

Der FSW als Träger der Behindertenhilfe gewährt auf Grundlage des WBHG subsidiär Maßnahmen der Eingliederungshilfe und Beschäftigungstherapie u.a. für bedürftige Kinder und Jugendliche, denen ex lege ein rehabilitativer Charakter zukommt. Der gestiegenen Nachfrage in den Leistungsbereichen Eingliederungshilfe und Beschäftigungstherapie Rechnung tragend, nahm der FSW in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Einrichtungen in den Jahren 2004 bis 2007 eine Erhöhung seiner Förderungsmaßnahmen vor. Wie die Erhebungen des Kontrollamtes allerdings ergaben, würde bei bestimmten Gruppen von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ein zusätzlicher Versorgungsbedarf bestehen, der aber neben dem Behindertenbereich auch andere Versorgungsbereiche (z.B. Kindergarten) betrifft.

In den vom FSW anerkannten Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Beschäftigungstherapie wurden die Anmeldungen von Interessentinnen bzw. Interessenten auf einen Betreuungsplatz in Form von trägerinnen- bzw. trägerspezifischen Listen dokumentiert, die jedoch mangels Einheitlichkeit und trägerinnen- bzw. trägerübergreifender Abstimmung keine Rückschlüsse auf das Bestehen eines allfälligen Bedarfes zuließen. Die Schaffung einer einheitlichen - alle Trägerinnen und Träger einbeziehenden - Interessentinnen- bzw. Interessentenliste für den Bereich Beschäftigungstherapie wurde

vom FSW in Kooperation mit dem Dachverband "Wiener Sozialeinrichtungen" bereits in Angriff genommen.

Stellungnahme des Fonds Soziales Wien:
Der FSW nimmt die im Bericht getroffenen Feststellungen zur Kenntnis und wird nach seinen Möglichkeiten dazu beitragen, die empfohlenen Maßnahmen umzusetzen.

3.7 Spezielle Angebote für psychisch/psychiatrisch auffällige minderjährige Migrantinnen bzw. Migranten sowie Flüchtlinge

Frage 2.8: Welche speziellen Angebote gibt es für psychisch/psychiatrisch auffällige kindliche/jugendliche MigrantInnen bzw. Flüchtlinge und sind diese bedarfsdeckend?

3.7.1 Einleitung

Der Begriff Migrantinnen bzw. Migranten wird als Synonym für Einwanderinnen bzw. Einwanderer aus dem Ausland verwendet. Die Festlegung, wer als Flüchtling zu gelten hat, ist in der Genfer Flüchtlingskonvention geregelt. Dieser zufolge werden Flüchtlinge grundsätzlich als jene Personen bezeichnet, die ihre Heimat auf Grund politischer Zwangsmaßnahmen, von Kriegen oder existenzgefährdenden Notlagen vorübergehend oder auf Dauer verlassen haben. AsylwerberInnen sind nach dem Asylgesetz 2005 (AsylG 2005) Fremde ab Einbringung eines Antrages auf internationalen Schutz bis zum rechtskräftigen Abschluss bzw. bis zur Einstellung oder Gegenstandslosigkeit des Verfahrens. Bei Asylberechtigten handelt es sich hingegen um bereits vom Staat anerkannte AsylwerberInnen mit dauerndem Einreise- und Aufenthaltsrecht.

Vor dem Hintergrund dieser Begriffsdefinitionen und im Hinblick auf die gegenständliche Fragestellung erhob das Kontrollamt in den in die Prüfung einbezogenen Magistratsabteilungen bzw. gemeindenahen Einrichtungen der GGS sowie der GIS, inwieweit von diesen spezielle Angebote für psychisch/psychiatrisch auffällige minderjährige Migrantinnen bzw. Migranten sowie Flüchtlinge erbracht werden, um anschließend auf die Frage der Bedarfsdeckung einzugehen. Ein Prüfungsschwerpunkt lag dabei beim FSW,

der in Wien für die vorübergehende Grundversorgung hilfs- und schutzbedürftiger Fremder (AsylwerberInnen, Asylberechtigte, Vertriebene und andere aus rechtlichen und faktischen Gründen nicht abschiebbare Menschen) zuständig ist.

Nicht unerwähnt bleiben sollte, dass im Bereich der Stadt Wien über die GGS und die GIS hinaus von verschiedenen Magistratsabteilungen bzw. von ihnen geförderten Einrichtungen in Bezug auf Migration und Integration eine Reihe von Maßnahmen zu den unterschiedlichsten Themenstellungen (z.B. Gesundheit, Familie, Arbeitsmarkt und Bildung) erbracht werden, die eine gleichberechtigte Teilnahme der Migrantinnen und Migranten am gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Leben zum Ziel haben.

3.7.2 Spezielle Angebote für Minderjährige im Rahmen der Grundversorgung

3.7.2.1 Zielsetzung der im Jahr 2004 abgeschlossenen Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen zur vorübergehenden Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber, Asylberechtigte, Vertriebene und andere aus rechtlichen oder faktischen Gründen nicht abschiebbare Menschen) in Österreich (Grundversorgungsvereinbarung - Art. 15a B-VG) war eine bundesweite Vereinheitlichung der Grundversorgungsleistungen, die Vermeidung einer regionalen Überbelastung und die Schaffung einer Rechtssicherheit für die betroffenen Fremden. Als Aufgaben der Länder waren darin u.a. die Versorgung jener von der Koordinationsstelle des Bundes zugewiesenen AsylwerberInnen sowie die Schaffung und Erhaltung der zur Versorgung der Fremden erforderlichen Infrastruktur festgelegt worden, wobei sich die Länder zur Erfüllung dieser Aufgaben humanitärer, kirchlicher oder privater Einrichtungen oder Institutionen der freien Wohlfahrtspflege bedienen können.

Gemäß Art. 6 der Grundversorgungsvereinbarung - Art. 15a B-VG umfasst die Grundversorgung u.a. die Unterbringung in geeigneten Unterkünften, die Versorgung mit angemessener Verpflegung, die Sicherung der Krankenversorgung im Sinn des ASVG durch Bezahlung der Krankenversicherungsbeiträge sowie die Gewährung allenfalls darüberhinausgehender notwendiger Leistungen nach Einzelfallprüfung. Art. 7 dieser

Vereinbarung enthält Sonderbestimmungen für unbegleitete minderjährige Fremde (UmF), wonach diese einer über Art. 6 hinausgehenden Grundversorgung bedürfen. So sollen den UmF neben einer Reihe von bestimmten Betreuungsmaßnahmen im Bedarfsfall sozialpädagogische und psychologische Unterstützung gewährt werden. Im Übrigen sind die UmF in entsprechenden Einrichtungen (z.B. Wohngruppen) unterzubringen, die dem besonders hohen Betreuungsbedarf mit einem erhöhten Betreuungsschlüssel Rechnung tragen.

Die Abgeltung der genannten Aufgaben hat nach den in Art. 9 der Grundversorgungsvereinbarung - Art. 15a B-VG festgelegten Kostenhöchstsätzen zu erfolgen, wobei die Gesamtkosten für die Durchführung der Grundversorgungsmaßnahmen grundsätzlich vom Bund und von den Ländern im Verhältnis 6 : 4 zu tragen sind.

3.7.2.2 Mit dem ebenfalls im Jahr 2004 in Kraft getretenen Wiener Grundversorgungsgesetz (WGVG) wurde die landesgesetzliche Grundlage des zwischen dem Bund und den Ländern vereinbarten Grundversorgungsmodells für hilfs- und schutzbedürftige Fremde geschaffen. Bei näherer Betrachtung des WGVG fiel auf, dass darin zwar grundsätzlich die für das Land Wien relevanten Bestimmungen der Grundversorgungsvereinbarung - Art. 15a B-VG enthalten waren, die Sonderbestimmungen für UmF allerdings keine Berücksichtigung fanden. Im Mai 2004 wurde vom Gemeinderat die Errichtung einer Landesleitstelle zur Umsetzung der Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde in Wien im Bereich des FSW beschlossen.

Zu den Aufgaben der "Grundversorgung Wien Landesleitstelle" (Landesleitstelle) zählen u.a. die Zuweisung der neu nach Wien kommenden AsylwerberInnen auf Wohnplätze der PartnerInneneinrichtungen des FSW, die Administration der Leistungen, die Verrechnung mit den PartnerInneneinrichtungen und dem Bundesministerium für Inneres, die Qualitätskontrolle sowie die Sicherung und Weiterentwicklung des Leistungsangebotes. Zusätzlich wird von der Caritas der Erzdiözese Wien im Auftrag des FSW eine Servicestelle der Landesleitstelle betrieben, die als Anlaufstelle für in Wien lebende hilfs- und schutzbedürftige Fremde dient.

3.7.2.3 Laut einer Aufstellung der Landesleitstelle wurden zum Stichtag 31. Dezember 2007 im Rahmen der Grundversorgung 6.231 hilfs- und schutzbedürftige Fremde betreut. Davon entfielen 1.298 Personen auf die Gruppe der Minderjährigen, was einem Anteil an allen Grundversorgten von rd. 21 % entspricht. Während 1.200 dieser Minderjährigen im Rahmen ihres Familienverbandes auf Wohnplätzen von PartnerInneneinrichtungen oder in privaten Unterkünften untergebracht waren, handelte es sich bei 98 Minderjährigen um UmF, die zum überwiegenden Teil in so genannten UmF-Einrichtungen in Betreuung standen. Insgesamt 18 kurz vor Erreichung der Volljährigkeit stehende UmF, die lt. Auskunft der Landesleitstelle nicht in einer UmF-Einrichtung betreut werden wollten, wohnten in Erwachseneneinrichtungen, die allerdings über ein spezielles Nachbetreuungsangebot für diese Zielgruppe verfügten.

Die von der Landesleitstelle in Kooperation mit vier PartnerInneneinrichtungen vorgehaltenen Betreuungskapazitäten in den UmF-Einrichtungen umfassten zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes insgesamt 80 Plätze, die in den Betreuungsformen Wohnheim, Wohngruppe sowie Betreutes Wohnen geführt wurden. Das Betreuungspersonal setzte sich aus DSA sowie aus Betreuerinnen bzw. Betreuern mit einer pädagogischen und psychologischen Ausbildung zusammen. Anzumerken war, dass es im Zeitraum der Jahre 2004 bis 2007 infolge der rückläufigen Entwicklung bei den Asylanträgen von UmF und den damit einhergehenden frei werdenden Betreuungskapazitäten sowie durch neu geschaffene Betreuungsplätze in den anderen Bundesländern zu einer Reduktion der Betreuungsplätze für UmF in Wien von 167 auf 80 Plätze kam.

3.7.2.4 Wie bereits ausgeführt, umfasst die Grundversorgung u.a. die Sicherung der Krankenversorgung im Sinn des ASVG durch Bezahlung der Krankenversicherungsbeiträge sowie die Gewährung allenfalls darüberhinausgehender notwendiger Leistungen nach Einzelfallprüfung. Demgemäß sind die in die Grundversorgung fallenden hilfs- und schutzbedürftigen Fremden - unabhängig von ihrem Alter - im Versicherungsfall der Krankheit berechtigt, das im extramuralen und intramuralen Bereich vorgehaltene Leistungsangebot der Krankenversicherung, wie ärztliche Hilfe oder Anstaltspflege, in Anspruch zu nehmen. Die grundversorgten Minderjährigen bzw. die UmF stellten daher im Krankheitsfall auch in den in die Prüfung einbezogenen ambulanten und stationären Einrichtungen eine der zu versorgenden Patientinnen- bzw. Patientengruppe dar.

Gemäß einer auf Ersuchen des Kontrollamtes durchgeführten Erhebung der Landesleitstelle in den UmF-Einrichtungen wiesen zum Zeitpunkt der Einschau von den insgesamt 80 betreuten UmF 15 eine psychiatrische Diagnose auf. Darüber hinaus war bei sieben weiteren UmF ein psychotherapeutischer Behandlungsbedarf gegeben. Die medizinische und psychotherapeutische Behandlung dieser UmF erfolgte lt. Angaben der Landesleitstelle vorwiegend durch die KJP-AKH, den Verein zur Betreuung von Folter- und Kriegsüberlebenden - Hemayat (Verein Hemayat), das Ambulatorium "Die Boje" sowie auch durch niedergelassene Fachärztinnen bzw. -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten. Bei Inanspruchnahme von Nichtvertragseinrichtungen der Krankenversicherung (z.B. Verein Hemayat) sowie von frei praktizierenden Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten übernahm die Landesleitstelle den über den Kostenzuschuss der WGKK hinausgehenden Honorarkostenanteil. Als ein spezielles Leistungsangebot kann im Besonderen das muttersprachliche Betreuungsangebot des Vereines Hemayat bezeichnet werden, das allerdings auf traumatisierte Flüchtlinge aller Altersgruppen ausgerichtet ist.

3.7.2.5 Im Juli 2008 beschloss der gem. Art. 5 der Grundversorgungsvereinbarung - Art. 15a B-VG eingerichtete Bund-Länder Koordinationsrat die bundesweite Schaffung von Sonderbetreuungsplätzen für Grundversorgte, die bestimmte Beeinträchtigungen (wie z.B. schwere psychiatrische und chronische Erkrankungen sowie körperliche und geistige Behinderungen) aufweisen. Laut einer nach dem Bevölkerungsschlüssel durchgeführten Verteilung dieser Sonderbetreuungsplätze können auf das Bundesland Wien insgesamt 135 Plätze entfallen. Wie die Landesleitstelle dem Kontrollamt gegenüber mitteilte, würden sich allerdings die Verhandlungen mit den PartnerInneneinrichtungen hinsichtlich der Umsetzung dieser Sonderbetreuungsplätze auf Grund der maximal festgelegten Kostenhöchstsätze als schwierig gestalten. Ebenso wäre noch nicht geklärt, in welchem Ausmaß die primär für die Zielgruppe der grundversorgten Erwachsenen geschaffenen Sonderbetreuungsplätze auch für die Altersgruppe der grundversorgten Minderjährigen heranzuziehen sind.

3.7.3 Spezielle Angebote in den in die Prüfung einbezogenen Einrichtungen

3.7.3.1 Wie die anderweitigen Erhebungen bei den in die Prüfung einbezogenen ambulanten und stationären Einrichtungen ergaben, stellten die Kinder und Jugendlichen

mit Migrationshintergrund und die grundversorgten Minderjährigen bzw. die UmF eine der zu versorgenden Patientinnen- bzw. Patientengruppe dar. Somit steht diesem Personenkreis das gesamte diagnostische und therapeutische Leistungsangebot in den geprüften Einrichtungen zur Verfügung, wobei allerdings deren Behandlung bzw. Betreuung lt. Auskunft der jeweiligen Ansprechpersonen z.T. durch soziokulturelle und sprachliche Barrieren erschwert werden würde.

3.7.3.2 Ein spezielles Angebot für minderjährige Migrantinnen bzw. Migranten sowie Flüchtlinge wurde von der KJP-AKH in Form einer Ambulanz für transkulturelle Psychiatrie und migrationsbedingte Störungen des Kindes- und Jugendalters vorgehalten. Zielsetzung dieser Spezialambulanz war neben der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung eine muttersprachliche und kultursensible Betreuung von minderjährigen Migrantinnen bzw. Migranten sowie Flüchtlingen mit migrationsbedingten psychischen Störungen. Ein weiterer Schwerpunkt dieser Ambulanz lag in der Sensibilisierung der Eltern für die spezifischen Bedürfnisse ihrer Kinder (Elternarbeit). Infolge des Antrittes der Elternkarenz durch die leitende Fachärztin wurde der Betrieb der im Jahr 1995 eingerichteten Spezialambulanz von Jänner bis Mitte Oktober 2008 ausgesetzt. Die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung dieser Patientinnen- bzw. Patientengruppe erfolgte zwischenzeitlich durch die Allgemeine Ambulanz bzw. durch die Spezialambulanzen der KJP-AKH.

3.7.4 Feststellungen des Kontrollamtes

Mit der im Jahr 2004 abgeschlossenen Grundversorgungsvereinbarung - Art. 15a B-VG wurde das Ziel einer bundesweiten Vereinheitlichung der Gewährleistung der vorübergehenden Grundversorgung für bestimmte hilfs- und schutzbedürftige Fremde verfolgt, wobei für die Umsetzung dieser Vereinbarung im Bundesland Wien die im FSW angesiedelte Landesleitstelle zuständig ist.

In Erfüllung der Vorgaben der Grundversorgungsvereinbarung - Art. 15a B-VG wurden im Betrachtungszeitraum die in die Grundversorgung fallenden Zielgruppen von der Landesleitstelle nach dem ASVG krankenversichert, sodass diese im Krankheitsfall das von eigenen Einrichtungen der WGKK und von ihren Vertragspartnerinnen bzw.

-partnern vorgehaltene Leistungsangebot in Anspruch nehmen konnten. In Einzelfällen übernahm die Landesleitstelle bei Inanspruchnahme von Nichtvertragseinrichtungen der Krankenversicherung den über den Kostenzuschuss der WGKK hinausgehenden Honorarkostenanteil. Darüber hinaus wurden von der Landesleitstelle in Kooperation mit PartnerInneneinrichtungen für die Gruppe der UmF entsprechende Betreuungskapazitäten bereitgestellt, die in der Vergangenheit laufend an den jeweiligen Bedarf angepasst wurden. Inwieweit die im Juli 2008 bundesweit beschlossenen und in Umsetzung befindlichen Sonderbetreuungsplätze auch für die grundversorgten Minderjährigen mit bestimmten Beeinträchtigungen vorgesehen sind, war zum Zeitpunkt der Prüfung noch ungeklärt.

In den in die Prüfung einbezogenen Einrichtungen des extramuralen und intramuralen Bereiches stellten sowohl die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund als auch die grundversorgten Minderjährigen sowie die UmF eine der zu versorgenden Patientinnen- bzw. Patientengruppe dar. Demzufolge war auch dieser Personenkreis von allfällig bestehenden Kapazitätsengpässen bei den diesbezüglichen Leistungserbringerinnen bzw. -erbringern betroffen. Über ein ausgewiesenes spezielles Leistungsangebot verfügte seit dem Jahr 1995 die KJP-AKH in Form der Ambulanz für transkulturelle Psychiatrie und migrationsbedingte Störungen des Kindes- und Jugendalters, die allerdings im Jahr 2008 für einige Monate ihren Betrieb aussetzte.

3.8 Mittel der Stadt Wien für Jugendliche im Strafvollzug

Frage 2.9: Seit einiger Zeit werden Jugendliche im Strafvollzug gemeinsam mit Erwachsenen untergebracht (häufig wegen Drogendelikten). Der überwiegende Teil dieser Jugendlichen hat massive psychische/psychiatrische Probleme. Welche Mittel sieht die Stadt Wien hinsichtlich der medizinischen, sozialpädagogischen und psychotherapeutischen Versorgung dieser Gruppe von Jugendlichen vor und entspricht dieser Mitteleinsatz den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit?

3.8.1 Rechtliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen für den Jugendstrafvollzug bilden das Strafvollzugsgesetz (StVG) und das Jugendgerichtsgesetz 1988 (JGG), wobei das StVG nur insoweit gilt,

als das JGG nicht etwas anderes bestimmt. Während die ärztliche Betreuung bzw. Gesundheitspflege der Insassinnen bzw. Insassen von Justizanstalten im StVG geregelt ist, wird im JGG auf die sozialpädagogische Versorgung Bezug genommen.

Gemäß § 66 StVG ist für die Erhaltung der körperlichen und geistigen Gesundheit der Strafgefangenen Sorge zu tragen. In § 68 leg.cit. ist weiters geregelt, dass der Anstaltsärztin bzw. dem Anstaltsarzt davon Mitteilung zu machen ist, wenn eine Strafgefangene bzw. ein Strafgefangener sich z.B. krank meldet, wenn sie bzw. er einen Selbstmordversuch unternommen oder sich selbst beschädigt hat oder wenn ihr bzw. sein Aussehen oder Verhalten sonst die Annahme nahelegt, dass sie bzw. er körperlich oder geistig krank ist. In diesen Fällen hat die Anstaltsärztin bzw. der Anstaltsarzt die Strafgefangene bzw. den Strafgefangenen zu untersuchen und dafür Sorge zu tragen, dass ihr bzw. ihm die nötige ärztliche und gegebenenfalls fachärztliche Behandlung und Pflege zuteil wird.

Weiters ist eine Strafgefangene bzw. ein Strafgefangener gem. § 68a StVG einer Entwöhnungsbehandlung zu unterziehen, wenn nach der Erklärung der Anstaltsärztin bzw. des Anstaltsarztes die bzw. der Strafgefangene dem Missbrauch eines berauschenden Mittels oder Suchtmittels ergeben ist und die Behandlung im Hinblick auf die Dauer der Strafzeit zweckmäßig ist oder wenn die Strafzeit mehr als zwei Jahre beträgt und nur aus diesem Grund von einer Einweisung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige RechtsbrecherInnen abgesehen worden ist.

In § 53 JGG ist im Übrigen als Aufgabe des Jugendstrafvollzuges geregelt, dass die Gefangenen zu einem den Gesetzen und den Erfordernissen des Gemeinschaftslebens entsprechenden Verhalten erzogen werden sollen.

Aus den Bestimmungen des StVG und des JGG ergibt sich somit eine Zuständigkeit des Bundes für die Gesundheitsversorgung (inkl. Entwöhnungsbehandlung) und für die sozialpädagogische Versorgung von Strafgefangenen bzw. von Jugendlichen im Strafvollzug. Die Entlassungsvorbereitung und der Vollzug einer gegebenenfalls angeordneten Bewährungshilfe, deren Organisation und Durchführung im Bewährungshilfege-

setz geregelt ist, fällt ebenfalls in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Justiz.

3.8.2 Berührungspunkte zu den geprüften Geschäftsgruppen

Wie die Einschau des Kontrollamtes zeigte, gab es in den geprüften Einrichtungen - ungeachtet der Versorgungszuständigkeit des Bundes - folgende Berührungspunkte hinsichtlich der Betreuung von Jugendlichen im Strafvollzug.

Im Betrachtungszeitraum wurde von dem damals für die Koordination der Drogenarbeit in Wien zuständigen FSW ein Projekt gefördert, das die Betreuung von Untersuchungs-, Straf- und Schubhäftlingen mit missbräuchlichem Drogenkonsum zum Ziel hatte. Dabei handelte es sich um das Projekt "Change" des vom Bundesministerium für Justiz beauftragten Bewährungshilfevereines "Neustart". Projektgegenstand war die psychotherapeutische Betreuung von drogenabhängigen Strafgefangenen, wobei die Zielgruppe insofern weit gefasst war, als es keine Einschränkungen hinsichtlich Alter oder ethnischer Herkunft gab. Laut Angabe des ehemaligen Projektleiters waren unter den betreuten Personen weniger als 10 % jünger als 18 Jahre, was auf eine jährliche Höchstzahl von rd. zehn betreuten Jugendlichen schließen lässt. Vom FSW war dieses Projekt mit jährlich rd. 29.000,-- EUR gefördert worden. Die Projektbeendigung erfolgte zum Ende des Jahres 2004 auf Initiative des Vereines.

Weiters wurde im Jahr 2001 zwischen dem Bundesministerium für Justiz und dem FSW ein Vertrag über die psychiatrische Behandlung der Insassinnen und Insassen der Justizanstalt Favoriten bzw. der Außenstelle Münchendorf durch das Institut für Suchtdiagnostik des FSW abgeschlossen. Gemäß zweier Vereinbarungen aus dem Jahr 2004 wurde der ursprünglich mit höchstens 20 Wochenstunden vereinbarte Leistungsumfang auf maximal 45 und in weiterer Folge auf 50 Stunden ausgedehnt. Diese Vertragsänderungen enthielten auch dahingehende Bestimmungen, dass im Rahmen der Substituionsbehandlung zusätzlich zu den psychiatrischen auch allgemeinmedizinische Leistungen zu erbringen wären. Mit Übernahme der drogenspezifischen Agenden des FSW durch die SDW GmbH trat diese mit 1. Juli 2006 in den dargestellten Vertrag ein.

Darüber hinaus bestand ein Vertrag zwischen dem Bundesministerium für Justiz und der KJP-AKH über die konsiliarpsychiatrische Betreuung in den Justizanstalten Wien Josefstadt und Gerasdorf. Im Rahmen dieser Kooperation waren vom Bundesministerium für Justiz finanzierte Ärztinnen bzw. Ärzte in Ausbildung und ausgebildete Fachärztinnen bzw. Fachärzte je zur Hälfte ihres Beschäftigungsverhältnisses sowohl in den genannten Justizanstalten als auch in der Universitätsklinik tätig. Im Dezember 2007 erfolgte allerdings eine mit Ende des Jahres 2008 wirksame Aufkündigung dieser Vereinbarung durch das Bundesministerium für Justiz.

3.8.3 Feststellungen des Kontrollamtes

Auf Grund der gesetzlichen Grundlagen fällt die Gesundheits- und sozialpädagogische Versorgung von Jugendlichen im Strafvollzug in den Zuständigkeitsbereich des Bundes. Daher waren zum Zeitpunkt der Einschau seitens der in die gegenständliche Prüfung des Kontrollamtes einbezogenen Einrichtungen keine finanziellen Mittel für derartige Betreuungsleistungen vorgesehen.

3.9 Einrichtungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Drogensucht

Frage 2.10: Sucht stellt eine psychiatrische Diagnose dar. Welche Einrichtungen sind für die Versorgung von Kindern/Jugendlichen mit Drogensucht zuständig?

Frage 2.10.1: Welche niederschwelligen Einrichtungen bzw. familiennahen Programme gibt es und wie hoch ist die Bedarfsdeckung?

Frage 2.10.2: Welche stationären Entzugskapazitäten gibt es?

Frage 2.10.3: Welche Einrichtungen bieten Teilentzugsmöglichkeiten an?

Frage 2.10.4: Gibt es die Möglichkeit für Jugendliche eine stationäre Therapie zu machen, ohne vorher eine körperliche Entzugstherapie durchlaufen zu haben?

Frage 2.10.5: Wie hoch ist die Bedarfsdeckung in all diesen Einrichtungen?

3.9.1 Allgemeines

3.9.1.1 Einleitend ist festzuhalten, dass gemäß einer Definition der Weltgesundheitsorganisation Sucht ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation (Vergiftung) ist, der durch die wiederholte Einnahme einer Droge hervorgerufen wird. Im ICD werden

Suchterkrankungen dem klinisch-psychiatrischen Syndrom zugeordnet und im Kapitel psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen erfasst, wobei eine Untergliederung durch die Unterscheidung verschiedener Substanzen, wie z.B. Alkohol, Opioide, Cannabioide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain und Tabak, erfolgt.

Vom Anwendungsbereich des Suchtmittelgesetzes (SMG) sind allerdings nur Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Vorläuferstoffe, nicht jedoch Alkohol und Nikotin umfasst. Weiters ist der missbräuchliche Konsum von illegalen - nämlich im SMG genannten - Drogen und dabei insbesondere von so genannten Freizeitdrogen (z.B. Ecstasy) nicht zwangsläufig mit einer Abhängigkeit (Sucht) gleichzusetzen. Unter Drogenabhängigkeit ist indessen ein starkes Bedürfnis nach Konsum, ein anhaltender Konsum trotz Gesundheitsschädigung sowie der Vorrang des Konsums vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen verbunden mit einem körperlichen Entzugssyndrom zu verstehen.

Wie im Bericht "Drogenspezifische Problemlagen und Präventionserfordernisse bei Jugendlichen" des damaligen ÖBIG vom Dezember 2001 angeführt, sind für die Entstehung eines problematischen Konsum- bzw. Suchtverhaltens nicht einzelne Risikofaktoren ausschlaggebend, sondern die Kumulation von Problemlagen (Risikofaktoren) bei gleichzeitigem Mangel an Kompetenzen und Ressourcen (Schutzfaktoren).

3.9.1.2 Entsprechend den im Prüfersuchen gestellten Fragen konzentrierte sich das Kontrollamt in seiner Beantwortung im Wesentlichen auf die Betreuung und Behandlung von Jugendlichen, die eine Abhängigkeitserkrankung von im SMG genannten Substanzen aufwiesen, wenngleich eine genaue Abgrenzung zu präventiven oder aber auch nachsorgenden bzw. rehabilitativen Maßnahmen nicht durchgängig möglich war oder zweckmäßig erschien.

Zur Klärung der Frage der Bedarfsdeckung in diesem Versorgungsbereich wirkte die Tatsache erschwerend, dass die zur Verfügung stehenden Datengrundlagen zur Anzahl der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten teilweise nur auf Schätzungen beruhten, weil ein Teil der Erkrankten keine Behandlungseinrichtung aufsucht. Des Weiteren brachte das Kontrollamt in Erfahrung, dass von einer Suchterkrankung überwiegend

Erwachsene betroffen sind, was auch dadurch zum Ausdruck kam, dass lt. Basisdokumentationen der Jahre 2002 bis 2005 9 % bis 14 % der in den Wiener Suchthilfeeinrichtungen betreuten Personen jünger als 18 Jahre waren. Auch aus dem Bericht zur Drogensituation 2007 des Geschäftsbereiches ÖBIG der Gesundheit Österreich GmbH ging hervor, dass das Medianalter beim Erstkonsum von stark abhängig machenden Drogen, wie z.B. Heroin, Kokain und Benzodiazepine, zwischen 17 und 19 Jahren lag.

3.9.1.3 Bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ist grundsätzlich zwischen dem (körperlichen) Entzug und der Entwöhnung (Behandlung der psychischen Faktoren der Sucht) zu unterscheiden. Während die Entzugsbehandlung, die sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden kann, in der Regel innerhalb weniger Wochen abgeschlossen wird, handelt es sich bei der Entwöhnungsbehandlung um ein längerfristiges Programm, das von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren dauern kann. Ziel einer derartigen Entwöhnung ist der dauerhafte Verzicht auf die abhängigkeitserzeugenden Mittel sowie die Verringerung der Persönlichkeitsdefizite, was durch die teilweise Kombination unterschiedlicher Therapieansätze, wie z.B. Psychotherapie, Beschäftigungstherapie etc. erreicht werden soll.

Für opioidabhängige Personen, bei denen ein drogenfreies Leben als kurz- oder mittelfristiges Therapieziel nicht erreichbar erscheint, dient die Substitutionsbehandlung - auch Drogenersatztherapie genannt - als Maßnahme zur Stabilisierung des Lebens und zur Reduktion der schädlichen gesundheitlichen sowie sozialen Begleitumstände. Bei Minderjährigen ist lt. Suchtgiftverordnung (SV) die Indikation für eine Substitutionsbehandlung unter besonders gebotener Sorgfalt zu stellen und die Möglichkeit einer alternativen Abstinenzbehandlung sorgfältig zu prüfen, wobei jedenfalls die Meinung einer bzw. eines - nach Maßgabe der Weiterbildungsverordnung orale Substitution - qualifizierten Fachärztin bzw. -arztes für Psychiatrie einzuholen ist. Dies führt dazu, dass bei Erwachsenen die Substitution in der Regel von einer niedergelassenen Ärztin bzw. einem niedergelassenen Arzt für Allgemeinmedizin oder Fachärztin bzw. -arzt für Psychiatrie durchgeführt wird, während Jugendliche zu diesem Zweck meist ambulante Drogeneinrichtungen aufsuchen. Laut den Substitutionsstatistiken der Magistratsabteilung 15 unterzogen sich im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 in Wien

jährlich durchschnittlich rd. 113 Jugendliche einer Substitutionsbehandlung, wobei die höchste Zahl im Jahr 2003 mit 136 Jugendlichen erreicht wurde. Der Anteil der Jugendlichen an allen Substituierten lag im Betrachtungszeitraum bei durchschnittlich 2,2 % und war 2003 mit 3,2 % am höchsten und sank im Jahr 2007 auf 1,4 %.

Bei Personen, die an einer Polytoxikomanie - einer Mehrfachabhängigkeit z.B. von Opioiden in Kombination mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln - leiden, wird im Rahmen einer Substitutionsbehandlung oft auch ein Entzug anderer Drogen bzw. psychotroper Substanzen durchgeführt. Diese entweder ambulant oder stationär erbrachte Maßnahme wird als Teilentzug bezeichnet, wobei von manchen Fachleuten für die Dosisreduktion von Opioiden ebenfalls der Begriff Teilentzug verwendet wird.

3.9.2 Organisation der Drogenhilfseinrichtungen in Wien

3.9.2.1 Eine erste Bündelung aller Aufgaben der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe in Wien erfolgte durch die Gründung des FSW im Dezember 2000. Gemäß seiner damaligen Satzung umfassten die Ziele des Fonds die primäre, sekundäre und tertiäre Suchtprävention, die medizinische, psychische und soziale Beratung, Behandlung und Betreuung von Suchtgefährdeten und Suchtkranken sowie die Rehabilitation und gesellschaftliche Integration von Suchtgefährdeten und Suchtkranken. Im August 2001 wurde auch die Drogenkoordination im FSW angesiedelt und der Geschäftsführer mit dieser Funktion betraut. Sein wesentlicher Aufgabenbereich umfasste u.a. die Beratung der Stadt Wien in drogenpolitischen Angelegenheiten, die Abgabe von Stellungnahmen und Empfehlungen und die Vertretung der Stadt Wien in drogenpolitischen Angelegenheiten gegenüber Dienststellen des Bundes sowie anderen Gebietskörperschaften und Institutionen.

Mit der Erweiterung der Aufgaben des FSW im Zuge der Strukturreform 2004 wurden die originären Aufgaben des Fonds ab 1. Juli 2004 im Rahmen des Fachbereiches "Sucht und Drogen" wahrgenommen. Zu Ende des ersten Halbjahres 2006 wurde der genannte Fachbereich inkl. der Drogenkoordination aus dem FSW herausgelöst, in die SDW GmbH umgewandelt und als Tochtergesellschaft in den PSD eingegliedert. Zeitgleich wurde das Aufgabengebiet um das Themenfeld Alkohol erweitert. Die beiden zu-

vor vom PSD betriebenen Drogeneinrichtungen, nämlich das Ambulatorium für Suchtkranke und die Beratungseinrichtung "T.I.P" (Therapie, Information, Prävention bei Suchterkrankungen) wurden an die SDW GmbH übertragen.

3.9.2.2 Von der SDW GmbH werden - bzw. zuvor vom FSW wurden - sowohl eigene Einrichtungen geführt als auch Einrichtungen anderer TrägerInnenorganisationen gefördert. Vom KAV werden Drogentherapien in den psychiatrischen Abteilungen des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe - Otto Wagner-Spital (OWS), des Therapiezentrums Ybbs - Psychiatrisches Krankenhaus (TZK) sowie im NZR und in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des AKH durchgeführt.

Während einige der zuvor angeführten Einrichtungen nur spezielle diagnostische und/oder therapeutische Leistungen oder Angebote für bestimmte Zielgruppen vorhielten, verfügten andere über ein breites Leistungsspektrum. Auch wenn bei den meisten Institutionen die Zielgruppe sowohl aus erwachsenen als auch jugendlichen Drogenkonsumentinnen und -konsumenten bestand, waren einige Angebote überwiegend Erwachsenen vorbehalten und nur wenige speziell an Jugendliche gerichtet.

Im Folgenden wurden all jene Einrichtungen dargestellt, die zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes im Rahmen ihrer Tätigkeit zumindest Berührungspunkte mit jugendlichen Drogenkonsumentinnen und -konsumenten aufwiesen und von der Stadt Wien zur Gänze oder teilfinanziert bzw. betrieben wurden. Thematisch wurden diese in Einrichtungen für sozial desintegrierte Gruppen, niederschwellige Einrichtungen, ambulante Einrichtungen sowie stationäre Einrichtungen zusammengefasst:

3.9.3 Einrichtungen für sozial desintegrierte Gruppen

Das Hauptaugenmerk dieser Einrichtungen liegt in der sozialen bzw. sozialarbeiterischen Betreuung von Personen, die sich häufig im öffentlichen Raum aufhalten und die von der Bevölkerung vielfach auch mit Drogenkonsum assoziiert werden. Sie sind jedoch nicht auf Drogenarbeit bzw. -therapie spezialisiert.

3.9.3.1 Im Jahr 2005 wurde zwischen der WIENER LINIEN GmbH & Co KG und dem damaligen Fachbereich Sucht und Drogen des FSW (nunmehr SDW GmbH) das Ko-

operationsprojekt "Help U" am Karlsplatz begonnen. "Help U" zeichnete sich durch eine intensive Vernetzung mit der Polizei und anderen bereits vor Ort tätigen Einrichtungen aus. Das "Help U"-Team bestand aus eigens für diese Aufgabe ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der WIENER LINIEN GmbH & Co KG und der SDW GmbH, wobei die Letztgenannten mittlerweile vom Verein Wiener Sozialprojekte übernommen wurden.

3.9.3.2 Als regionales, auf die Umgebung des Julius-Tandler-Platzes (Franz-Josefs-Bahnhof) beschränktes Projekt war SAM "Sozial-Sicher-Aktiv-Mobil" zu nennen, das vom Verein Wiener Sozialprojekte durchgeführt wurde. Dieses bot seit Oktober 2007 mit einem multiprofessionellen Team bedarfsorientierte mobile soziale Arbeit für desintegrierte Menschen an. Das Projekt wurde im Frühjahr 2008 auf die Umgebung des Pratersterns ausgeweitet, ein zusätzliches örtlich flexibles Team wurde mit Juni 2008 eingerichtet.

3.9.3.3 Mit Juli 2005 wurde vom Verein Wiener Sozialprojekte das Beratungs- und Betreuungsprojekt für Punks und andere sozial auffällige Jugendliche "aXXept" operativ tätig. Der wichtigste Tätigkeitsbereich war die aufsuchende Sozialarbeit mit dem Ziel der Verbesserung der sozialen Situation der primären Zielgruppe sowie der Minimierung der Konflikte im öffentlichen Raum. Im Jänner 2008 wurde das Projekt von einer Tochtergesellschaft des FSW übernommen.

3.9.3.4 Zum Zeitpunkt der Einschau betrieb die Magistratsabteilung 11 im Rahmen des Dezernates 6 als besondere Maßnahme für minderjährige Mädchen mit sozial- und selbst schädigendem Verhalten (Gewaltbereitschaft, Suchtproblematik etc.), die sich im Rahmen der Jugendwohlfahrt in voller Erziehung befinden, die spezifische Einrichtung "Kriseninterventionsgruppe (KIG) 1 NEU" im 3. Wiener Gemeindebezirk. Dieses Angebot mit insgesamt zwölf Plätzen richtete sich im Speziellen an Klientinnen, die andere bestehende Angebote der Magistratsabteilung 11 nicht annehmen konnten oder wollten, wobei dieses sich weder als Drogentherapieeinrichtung noch als Notschlafstelle verstand. Weiters sollte diese Institution sowohl zur Entlastung der Einrichtungen des Fachbereiches Verselbstständigung und Wohnen der Magistratsabteilung 11 als auch der dort lebenden Klientinnen und Klienten beitragen.

3.9.4 Niederschwellige Einrichtungen

Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie kostenlos und ohne große Hemmschwelle besucht bzw. in Anspruch genommen werden können. Diese Angebote sind in der Regel im alltäglichen Kontext der BenutzerInnen angesiedelt und akzeptieren die individuelle Lebenssituation. Die Kontaktaufnahme zwischen den Hilfe Suchenden und den Einrichtungen basiert auf Freiwilligkeit; auf Wunsch wird Anonymität gewährleistet.

In Wien zählten zum Zeitpunkt der Einschau insbesondere die Einrichtungen "ChEckiT", "Streetwork" und "Ganslwirt" des Vereines Wiener Sozialprojekte, die Notschlafstelle "a-way" der Caritas der Erzdiözese Wien sowie der Spitalsverbindungsdienst "CONTACT" der SDW GmbH zum niederschwelligen Bereich.

3.9.4.1 Während sich "ChEckiT" als mobiles Informations- und Beratungsangebot für Konsumentinnen und Konsumenten von so genannten Freizeitdrogen verstand, wendete sich "Streetwork" in Form einer mobilen sowie einer am Karlsplatz ortsgebundenen Anlaufstelle primär an intravenös Drogen konsumierende Personen, die sich im öffentlichen Raum aufhalten und soziale, psychische oder physische Probleme bzw. soziale Auffälligkeiten aufweisen. Ziel dieser aufsuchenden Sozialarbeit war der Kontakt und Beziehungsaufbau zu schwer erreichbaren Drogenkonsumentinnen und -konsumenten, um eine Schadensminimierung auf psychischer und physischer Ebene sowie die Vermittlung an weiterführende Einrichtungen zu erreichen.

Eine ähnliche Zielsetzung wie die Einrichtung "Streetwork" verfolgte die aus einem Tageszentrum, einem Ambulatorium und einer Notschlafstelle bestehende sozialmedizinische Drogenberatungsstelle "Ganslwirt". Weiters wurde dort zusätzlich eine medizinische Basisversorgung als Grundlage der Vermeidung und Reduzierung drogenassoziierter Folgeerkrankungen angeboten. Da die Notschlafstelle auf Grund der räumlichen Infrastruktur nicht für die Beherbergung weiblicher Jugendlicher geeignet war, wurden diese nach Möglichkeit an die bereits erwähnte Stelle der Magistratsabteilung 11 "KIG 1 NEU" oder die nachstehend beschriebene Einrichtung "a-way" weitervermittelt. In diesem Zusammenhang sollte nicht unerwähnt bleiben, dass sowohl von "Streetwork" als auch vom "Ganslwirt" ein Spritzentauschprogramm durchgeführt wurde, das quantitativ immer mehr an Bedeutung gewann.

3.9.4.2 In der Notschlafstelle "a-way" am Westbahnhof konnten Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 14 bis 18 Jahren in Not- und Krisenfällen, wie z.B. bei Zugehörigkeit zu einer Subkultur oder bei Drogensucht, kostenlos übernachten. Insgesamt standen der Zielgruppe zehn Schlafplätze und zwei Notbetten für akute Krisenfälle in der Zeit zwischen 19.00 Uhr und 9.00 Uhr zur Verfügung. Im Bedarfsfall wurden Mädchen vorrangig behandelt.

3.9.4.3 Ziel des von der SDW GmbH vorgehaltenen Spitalsverbindungsdienstes "CONTACT" war die Stabilisierung der Situation von Patientinnen und Patienten, bei denen während einer Spitalsbehandlung ein Drogenproblem festgestellt wurde, und die Herstellung von Kontakten zu weiterführenden Betreuungseinrichtungen. Die Betreuungen wurden von "CONTACT" für eine Dauer von maximal drei Monaten nach der Entlassung der Patientinnen und Patienten aus dem Spital fortgeführt. Nach Berechnungen des Kontrollamtes betraf die Arbeit von "CONTACT" im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 jährlich durchschnittlich 75 Minderjährige mit durchschnittlich 92 Erstkontakten pro Spitalsaufenthalt. Da manche Personen mehrere Spitalsaufenthalte pro Jahr aufweisen können, lag die Zahl der betreuten Personen unter der Zahl der Erstkontakte.

Im AKH wurden seit dem Jahr 2002 opioidabhängige Schwangere und junge Mütter, die zur Behandlung ihrer Suchterkrankung, zur Betreuung während der Schwangerschaft und zur Entbindung die Krankenanstalt aufsuchen, durch zwei DSA unter der Bezeichnung "DSA im AKH" betreut. Die Zielsetzung dieser Einrichtung deckte sich mit der von "CONTACT", an die sie auch organisatorisch angebunden war.

3.9.5 Ambulante Einrichtungen

Grundsätzlich ist bei diesen zwischen den ambulanten Stellen der SDW GmbH bzw. jenen der geförderten TrägerInnenorganisationen und den in den Krankenanstalten des KAV eingerichteten (Drogen-)Ambulanzen zu unterscheiden. Zum Zeitpunkt der Prüfung wurden folgende Einrichtungen geführt:

3.9.5.1 Von der SDW GmbH wurde das im 3. Wiener Gemeindebezirk gelegene Ambulatorium für Suchtkranke betrieben, das jedoch auch nur eine sehr begrenzte Anzahl

an Jugendlichen betreut. Von einem multiprofessionellen Team wurde eine Reihe von ärztlichen Leistungen angeboten. Dazu zählten eine Basisversorgung in Form von klinischen Untersuchungen, Blutabnahmen, Harntests, Kurzgutachten, Diagnostik und Überweisungen. Weiters wurden ambulante Entzugsbehandlungen, eine Vor- und Nachbetreuung bei stationären Therapien sowie Substitutionsbehandlungen als Überbrückung, Reduktion oder Dauerbehandlung angeboten. Außerdem erfolgte eine psychosoziale Betreuung und Beratung und eine gesprächs- und psychotherapeutisch orientierte Begleitung.

3.9.5.2 Ebenfalls von der SDW GmbH wurde das im 3. Wiener Gemeindebezirk gelegene Institut für Suchtdiagnostik geführt, das einerseits als Kompetenzzentrum für die fachärztliche Begutachtung und Abklärung der Suchtgefährdung bzw. Suchtkrankheit im Sinn des § 12 SMG fungiert und andererseits Förderungsanträge zur Bewilligung stationärer Therapien prüft.

3.9.5.3 Für die im Prüfersuchen genannte Zielgruppe wurde die im 4. Wiener Gemeindebezirk eingerichtete Drogenberatung für Jugendliche des Kolpingverbandes von der SDW GmbH gefördert. Neben Jugendlichen mit Drogenproblemen wurden auch Eltern oder Angehörige beraten. Zusätzlich zur allgemeinen oder ärztlichen Beratung wurden in dieser Einrichtung auch psychotherapeutische Betreuung und psychosoziale Begleitung sowie Programme zur aktiven Freizeitgestaltung geboten.

3.9.5.4 Vom Verein Dialog, der ebenfalls von der SDW GmbH Förderungsmittel erhielt, wurden im Betrachtungszeitraum die Beratungsstelle Hegelgasse im 1. Wiener Gemeindebezirk, das Beratungs- und Betreuungszentrum im 21. Wiener Gemeindebezirk sowie die Beratungsstelle Dialog 10 im 10. Wiener Gemeindebezirk geführt, wobei Letztere - neben der Versorgung der BewohnerInnen des Südens von Wien - ihren Schwerpunkt auf die Betreuung von Kindern und Jugendlichen aus ganz Wien setzte.

Als Besonderheit bot die Beratungsstelle Dialog 10 einen so genannten offenen Betrieb an, für den keine Anmeldung oder Terminvereinbarung notwendig waren. Weiters war die Arbeit mit Jugendlichen durch eine nachgehende Haltung gekennzeichnet, die sich

in besonders intensiven Betreuungsintervallen und regelmäßigen telefonischen Kontaktaufnahmen zeigte. Auch wurden die Jugendlichen häufig zu Terminen bei Gerichten, Ämtern oder zu stationären Aufenthalten begleitet. Es wurde auch betont, dass jugendliche Patientinnen und Patienten bevorzugt behandelt würden und es für diese Personengruppe daher zu keinen Wartezeiten käme.

Neben der psychosozialen Betreuung und Beratung, die auch für Angehörige erbracht wurde, lag ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt auf der ärztlichen Versorgung sowohl im somatischen (Basisversorgung) als auch psychiatrischen Bereich. Es wurden ambulante Entzugs- sowie Substitutionsbehandlungen durchgeführt.

3.9.5.5 Vom Anton-Proksch-Institut wurde im 3. Wiener Gemeindebezirk die Drogenberatungs- und Vorbetreuungsstelle "Treffpunkt" geführt, die auch über eine Spezialambulanz für Substitution verfügte. In dieser Einrichtung wurden Angehörigenberatung, Infektionsprophylaxe, psychologische Beratung und Betreuung, Sozialarbeit sowie medizinische/psychiatrische Behandlung angeboten. Die Vorbetreuung diente der Stabilisierung und Vorbereitung entzugswilliger Personen auf eine stationäre Therapie. Der Fokus dieser Einrichtung im Besonderen und des Anton-Proksch-Instituts im Allgemeinen war allerdings nicht auf Jugendliche gerichtet; der Anteil von Personen unter 18 Jahren lag lt. Jahresbericht 2006 bei rd. 6 %.

3.9.5.6 Vom Verein Grüner Kreis wurde im 7. Wiener Gemeindebezirk ein ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum geführt, das als Anlaufstelle für Information Suchende und als Präventionseinrichtung diente. Von dieser Stelle wurden auch Entzugsbetten oder ambulante Entzugsmöglichkeiten vermittelt bzw. Patientinnen und Patienten vor bzw. nach einer ambulanten oder stationären Therapie betreut. Weiters wurden auch ambulante Therapien angeboten, die sowohl psychotherapeutische Leistungen, psychosoziale Beratung und Begleitung als auch regelmäßige medizinische und psychiatrische Betreuungen einschließlich laufender Abstinenzkontrollen umfassten. Grundsätzlich war für die Inanspruchnahme der therapeutischen Leistungen des Grünen Kreises eine vorangegangene Entzugsbehandlung Voraussetzung.

3.9.5.7 Sowohl in den Drogenambulanzen der Abteilung für Drogenkranke im OWS und in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des AKH erfolgte die Betreuung jugendlicher Drogenabhängiger in vergleichsweise geringem Ausmaß. Da die Aufnahme des genannten Personenkreises auch in der Ambulanz der KJP-AKH sehr restriktiv gehandhabt wurde, lag im Rahmen des KAV der Schwerpunkt der ambulanten Betreuung in der KJP-NZR. Die Zahl der in dieser Einrichtung betreuten drogenabhängigen Minderjährigen lag in den Jahren 2002 bis 2007 jährlich durchschnittlich bei 30. Laut Angabe des dortigen Abteilungsvorstandes sollte im Zuge einer mindestens drei Wochen dauernden ambulanten Therapie vor allem eine Reduktion der konsumierten Suchtmittel erreicht werden. Diese wäre in der Regel Voraussetzung für eine stationäre Aufnahme.

3.9.6 Stationäre Einrichtungen

Stationäre Drogentherapien wurden sowohl von Einrichtungen, die Förderungen von der SDW GmbH erhielten, als auch vom KAV angeboten. Bei diesen handelte es sich zum Zeitpunkt der Einschau um Folgende:

3.9.6.1 Von den seitens der SDW GmbH geförderten Einrichtungen bot das Anton-Proksch-Institut stationäre Behandlungen für Jugendliche ab dem 16. Lebensjahr an. Diese Therapien wurden an zwei Standorten - von denen einer in Wien gelegen ist - durchgeführt. Am Standort in Wien standen den Patientinnen und Patienten zwölf stationäre Behandlungsplätze für körperliche Entzugsbehandlungen sowie ein drei Monate dauerndes Kurzzeittherapieprogramm für Patientinnen und Patienten, die andernorts einer Entzugsbehandlung unterzogen worden waren, zur Verfügung. Die Kurzzeittherapie wurde jedoch mit Ende des Jahres 2006 wegen mangelnder Inanspruchnahme eingestellt. Der zweite in Niederösterreich gelegene Standort für eine stationäre, sechs bis zwölf Monate dauernde Langzeittherapie umfasste 40 Behandlungsplätze. Insgesamt wurden im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 im Anton-Proksch-Institut 58 Minderjährige stationär betreut und behandelt, wobei rd. zwei Drittel aus Wien stammten.

3.9.6.2 Der Verein Grüner Kreis betrieb u.a. in Niederösterreich mehrere stationäre Drogentherapieeinrichtungen, die ihren Schwerpunkt auf die Behandlung Jugendlicher

und junger Erwachsener gelegt hatten. Neben einer regelmäßigen psychotherapeutischen Betreuung erfuhren die Patientinnen und Patienten in diesen Einrichtungen auch eine umfassende Soziotherapie, zu der Arbeitstherapien und Qualifikationsmaßnahmen zählten. Weiters umfasste das Therapieprogramm eine Anleitung zur aktiven Freizeitgestaltung unter Einschluss von Elementen der Erlebnis- und Abenteuerpädagogik sowie eine allgemeinmedizinische Betreuung. Voraussetzung für die Aufnahme in ein derartiges Kurz- oder Langzeittherapieprogramm war allerdings eine vorangegangene Entzugsbehandlung. Laut Auskunft des Vereines verfügte dieser zum Zeitpunkt der Einschau über ausreichende Kapazitäten, um jederzeit Jugendliche aufnehmen zu können. In den Jahren 2002 bis 2007 wurden insgesamt 70 minderjährige Klientinnen bzw. Klienten, für die von der SDW GmbH eine Übernahme der Behandlungskosten erfolgte, in den Einrichtungen des Grünen Kreises behandelt. Auffällig war dabei, dass sowohl die Zahl der behandelten Personen als auch die Anzahl der verrechneten Aufenthaltstage - abgesehen von zwischenzeitlichen Schwankungen - stark rückläufig war, wodurch in den Jahren 2006 und 2007 nur mehr rd. 10 % des für Minderjährige vorgesehenen Kontingentes an Behandlungstagen ausgeschöpft wurde. Dies wurde von dem für die Förderungen zuständigen Institut für Suchtdiagnostik der SDW GmbH mit einer vergleichsweise hohen Zahl an Therapieabbrüchen begründet.

3.9.6.3 Vom KAV wurden für die im Prüfersuchen angesprochene Zielgruppe der drogenabhängigen Kinder und Jugendlichen im Betrachtungszeitraum nahezu ausschließlich in der KJP-NZR stationäre Therapien angeboten. Durchschnittlich wurden im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 jährlich nahezu 15 Jugendliche stationär aufgenommen.

Auf Grund der baulichen und organisatorischen Situation wurden Suchtpatientinnen und -patienten im Rahmen eines integrativen Konzeptes, das auch die Betreuung anderer psychisch erkrankter Personen vorsieht, stationär behandelt. Aus diesem Grund konnten höchstens zwei drogenkranke Patientinnen und Patienten gleichzeitig aufgenommen werden. Wie dem Kontrollamt vom Abteilungsvorstand der KJP-NZR mitgeteilt wurde, ginge einer stationären Aufnahme eine längere ambulante Vorbereitung voraus, die für eine große Anzahl an Jugendlichen eine nahezu unüberwindliche Hürde darstellt

(s. Pkt. 3.9.5.7). Jene Jugendlichen, die diese ambulante Vorbereitung erfolgreich abgeschlossen hätten, wären jedenfalls in die stationäre Betreuung aufgenommen worden. Das Therapieangebot der KJP-NZR umfasste medikamentöse Behandlungen, therapeutische Sitzungen, Ausgänge und sozialtherapeutische Maßnahmen. Eine vorangegangene Entzugstherapie wäre kein verpflichtendes Aufnahmekriterium.

3.9.6.4 Bezüglich der Frage des Prüfersuchens nach der Möglichkeit stationärer Therapien für Jugendliche ohne vorangegangenen körperlichen Entzug erschien es dem Kontrollamt erwähnenswert, dass die Drogeneinrichtung "Schweizer Haus Hadersdorf" eine stationäre Therapie für - allerdings nur erwachsene - substituierte Patientinnen und Patienten anbot, während das Anton-Proksch-Institut und der Verein Grüner Kreis ausschließlich ein strikt abstinenzorientiertes Therapieprogramm offerierten. Somit beschränkte sich das Angebot an stationären Therapien für substituierte Jugendliche auf die KJP-NZR.

3.9.7 Feststellungen des Kontrollamtes

3.9.7.1 Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass die SDW GmbH im Betrachtungszeitraum mit ihren eigenen und den von ihr geförderten Einrichtungen ein umfangreiches und vielfältiges Angebot für die Betreuung suchtgefährdeter und drogenkranker Menschen vorhielt, das von Einrichtungen des KAV ergänzt wurde. Dem Umstand Rechnung tragend, dass der Großteil der drogenkranken Personen älter als 18 Jahre ist, lag in vielen Einrichtungen der Schwerpunkt der Betreuung - auch aus fachlichen und infrastrukturellen Überlegungen - bei der Zielgruppe der erwachsenen Drogenabhängigen.

Durch die von vielen niederschwelligen, ambulanten und stationären Einrichtungen angebotene Angehörigenberatung konnte davon ausgegangen werden, dass die Betreuung suchtkranker Menschen - soweit dies möglich ist und von den Patientinnen und Patienten gewünscht wird - im sozialen oder familiennahen Kontext stattfindet.

Hinsichtlich der Zielgruppe der Minderjährigen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankung standen nur wenige stationäre Entzugskapazitäten zur Verfügung,

zumal vom Anton-Proksch-Institut nur Personen ab dem 16. Lebensjahr aufgenommen wurden und im Bereich des KAV lediglich in der KJP-NZR höchstens zwei Plätze für drogenkranke Jugendliche bereitstanden. Dennoch lagen die entsprechenden Vorbereitungszeiten nach Angaben dieser Abteilung und zuweisender Einrichtungen bei höchstens einem Monat.

> Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":
> Die KJP-NZR wird künftig vermehrt stationäre Therapien für drogenabhängige Jugendliche anbieten.

Wie bereits einleitend erwähnt, kommt die Therapieform des Teilentzuges bei polytoxikomanem Suchtgiftmissbrauch zur Anwendung und wurde daher bei einer entsprechenden Indikation - insbesondere in der anfänglichen Stabilisierungsphase - von nahezu allen in die Einschau einbezogenen Therapieeinrichtungen eingesetzt.

Zur Frage nach stationären Therapien ohne vorangegangenen körperlichen Entzug war festzuhalten, dass nach den Bestimmungen des SMG bei der Substitutionsbehandlung Jugendlicher besonders strenge Maßstäbe anzulegen sind, weshalb in der therapeutischen Arbeit mit Minderjährigen vorwiegend ein abstinenzorientiertes Ziel verfolgt wurde.

3.9.7.2 Im Bereich der Suchterkrankungen von Erwachsenen und Jugendlichen fehlen verlässliche Anhaltszahlen hinsichtlich des tatsächlichen Bedarfes an Betreuungs- und Therapieplätzen, was allerdings ursächlich mit der Illegalität des Drogenkonsums zusammenhängt. Des Weiteren hängt ein Therapieerfolg bei einem derartigen Krankheitsbild in sehr hohem Ausmaß von der Freiwilligkeit und Kooperationsbereitschaft der Klientinnen und Klienten ab. Daher ist die notwendige Anzahl an Therapieplätzen nicht allein an der Zahl der an Drogensucht Erkrankten zu bemessen. Nicht zuletzt ist eine Abhängigkeitserkrankung häufig eine Begleiterscheinung anderer psychiatrischer Erkrankungen oder die Folge von sonstigen sozialen oder familiären Defiziten, weshalb die Suchtbehandlung in einem ganzheitlichen Kontext zu sehen ist.

Ungeachtet nicht vorliegender Bedarfsschätzungen gewann das Kontrollamt im Zuge seiner Einschautätigkeit den Eindruck, dass die vorhandenen Einrichtungen einen großen Teil der Betroffenen erreichen. Hinsichtlich der Bedarfsdeckung im Bereich der stationären Drogentherapie legten vergleichsweise kurze Vorbereitungszeiten in der KJP-NZR bzw. die Möglichkeit einer kurzfristigen Inanspruchnahme eines Therapieplatzes beim Verein Grüner Kreis die Vermutung nahe, dass der Bedarf an stationären Therapieplätzen das vorhandene Angebot nicht wesentlich übersteigt.

Dennoch empfahl das Kontrollamt, zielgruppenspezifische Untersuchungen hinsichtlich des bestehenden quantitativen und qualitativen Bedarfes an Therapieeinrichtungen anzustellen und die im Rahmen der Einschau mehrfach von Fachleuten angeregte Erhöhung von stationären Entzugskapazitäten zu prüfen. Angesichts der sehr geringen Inanspruchnahme stationärer Langzeittherapiemöglichkeiten durch minderjährige Drogenkonsumentinnen und -konsumenten sollte auf Expertinnen- und Expertenebene geklärt werden, ob derartige Therapieformen für die Mehrzahl der jugendlichen Drogenkranken geeignet erscheinen oder ob speziell für diese Zielgruppe andere Betreuungsprogramme entwickelt werden sollten.

Schließlich wurde zur Überlegung gestellt, ein stationäres Therapieprogramm, an dem auch substituierte Suchtkranke teilnehmen können - wie es derzeit allerdings nahezu nur für Erwachsene angeboten wird - in vermehrtem Maß solchen Jugendlichen zur Verfügung zu stellen, für die kurz- oder mittelfristig ein vollständig abstinentes Leben nicht erreichbar erscheint.

Stellungnahme der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH:

Die SDW GmbH wird die im Bericht betreffend die Versorgung von entwicklungsgestörten Kindern und Jugendlichen sowie psychosomatisch und/oder psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen getroffenen Empfehlungen des Kontrollamtes - soweit sie in ihren Zuständigkeitsbereich fallen - aufgreifen.

3.10 Sozialarbeit für Kinder und Jugendliche mit besonderer Problematik

Frage 2.11: Welche Angebote im Bereich der Sozialarbeit werden seitens der Gemeinde Wien für welche Zielgruppen von welchen Einrichtungen erbracht?

Frage 2.11.1: Ist das Angebot bedarfsdeckend?

3.10.1 Definition und Abgrenzung

Unter dem Begriff "Sozialarbeit" wird gemäß der Definition des "Österreichischen Berufsverbandes der SozialarbeiterInnen" eine Form der professionellen Hilfe verstanden, die einsetzt, wenn Einzelnen, Gruppen oder dem Gemeinwesen die Alltagsbewältigung mit eigenen Mitteln und anderen vorhandenen gesellschaftlichen Ressourcen nicht gelingt. Demgemäß zählen u.a. zu den Aufgaben und Zielen der Sozialarbeit die Förderung der persönlichen Entwicklung und die Koordination von Hilfen zur Sicherstellung von materieller Unterstützung, persönlicher Betreuung und sozialer Integration der Klientinnen und Klienten sowie die Entwicklung und Verbesserung sozialer Hilfssysteme und des Zuganges zu diesen.

Für die Sozialarbeit im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen mit besonderer Problematik ist in erster Linie die Magistratsabteilung 11 im Rahmen der Wahrnehmung der Angelegenheiten der öffentlichen Jugendwohlfahrtspflege zuständig. Darüber hinaus sind aber auch im KAV, im FSW, in der Magistratsabteilung 15 sowie in von diesen geförderten Einrichtungen DSA für die im Prüfersuchen angeführten Zielgruppen tätig. Hinsichtlich der Sozialarbeit durch die von der SDW GmbH geförderten Drogenhilfseinrichtungen wird auf den Pkt. 3.9 verwiesen. Auch in den von der Magistratsabteilung 13 geförderten Einrichtungen wird ein breites Angebot an Sozialarbeit für Kinder und Jugendliche vorgehalten.

3.10.2 Sozialarbeit im Bereich der Magistratsabteilung 11

3.10.2.1 Den Kernbereich der Sozialarbeit in der für den Vollzug der Jugendwohlfahrtsgesetze primär zuständigen Magistratsabteilung 11 bildet der Kinderschutz. So ist etwa im Zuge der Durchführung von Gefährdungsabklärungsverfahren gem. § 2a WrJWG 1990 durch DSA jeder Meldung über physische, psychische oder sexuelle Gewalt gegen Minderjährige oder über deren Vernachlässigung nachzugehen und sind je nach

Einzelfall etwaige notwendige Hilfen der Erziehung (Unterstützung der Erziehung oder volle Erziehung) in die Wege zu leiten.

Das Leistungsangebot der Magistratsabteilung 11 hat weiters gem. §§ 12 ff WrJWG 1990 verschiedene Arten von Sozialen Diensten zu umfassen, die der Entwicklung von Minderjährigen, der Förderung von Familie und der gewaltfreien Erziehung dienen sollen. Vordringliche Aufgabe der Sozialen Dienste ist es, präventiv zu wirken und somit zu verhindern, dass Hilfen zur Erziehung eingeleitet werden müssen. Gemäß § 14 WrJWG 1990 sind als Soziale Dienste u.a.

- Beratung für werdende Eltern und Erziehungsberechtigte mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen,
- Bildung für werdende Eltern und Erziehungsberechtigte zur Stärkung der Fähigkeit zur Pflege und Erziehung sowie zur Vorbeugung von Entwicklungsstörungen und Erziehungsschwierigkeiten sowie von physischer, psychischer und sexueller Gewalt,
- prophylaktische Aktivitäten und Beratungsangebote im gesundheitlichen, pflegerischen, sozialen, rechtlichen und psychologischen Bereich,
- Förderung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen in Familien sowie
- Verbindungsdienste (so genannte Klinikverbindungsdienste) zu medizinischen Einrichtungen

bereitzustellen.

Diese genannten Aufgaben, welche die Tätigkeitsschwerpunkte der Sozialarbeit in der Magistratsabteilung 11 darstellen, waren zum Zeitpunkt der Einschau organisatorisch den Regionalstellen des Dezernates 2 - Soziale Arbeit mit Familien sowie den Eltern-Kind-Zentren, den Elternberatungsstellen und dem Klinikverbindungsdienst des Dezernates 3 - Eltern, Säuglinge, Kleinkinder zugeordnet. Die Regionalstellen - deren Kernaufgabe der Kinderschutz ist - waren neben der Beratung, Information und Unterstützung insbesondere für die Vornahme von Abklärungsverfahren und der Gewährung von Hilfen zur Erziehung zuständig. Im Mittelpunkt der Tätigkeit der in den Einrichtungen des Dezernates 3 tätigen DSA standen Beratungsleistungen im Rahmen der Sozialen Dienste.

Wie die Magistratsabteilung 11 dazu erläuterte, würde in ihren Einrichtungen für die Zielgruppe der Minderjährigen und deren Familien grundsätzlich ein breites Beratungsangebot vorgehalten. Je nach Situation und Anliegen der Kundinnen und Kunden würden diese allerdings z.T. an andere Einrichtungen der Stadt Wien oder an Vereine und Organisationen privater TrägerInnen (z.B. Institut für Erziehungshilfe) weitervermittelt.

3.10.2.2 Im Jahr 2007 waren in der Magistratsabteilung 11 insgesamt 335 Dienstposten für DSA systemisiert, wobei ihr zusätzlich fünf "Ausbildungsposten" zur Verfügung standen. Im Jahr 2004 wurden für diese Berufsgruppe ebenfalls 335 Dienstposten vorgehalten. Die überwiegende Zahl der gegenständlichen Dienstposten war den 18 Regionalstellen des Dezernates 2 zugeordnet. So standen lt. Dienstpostenaufstellung dem angeführten Dezernat in den Jahren 2004 bis 2006 insgesamt 256 Dienstposten für DSA zur Verfügung. Vor dem Hintergrund der Leistungssteigerungen wurde deren Zahl im Jahr 2007 durch verschiedene Personalmaßnahmen - insbesondere innerhalb der Dienststelle - auf 272 aufgestockt, womit im Betrachtungszeitraum die Zahl der Dienstposten für DSA im Dezernat 2 um insgesamt 16 (d.s. rd. 6 %) erhöht wurde. Da der Magistratsabteilung 11 im Hinblick auf die Personalausstattung mit DSA keine geeignete Personalbedarfsberechnung bekannt war, zog sie zur Ermittlung des Personalmehrbedarfes das im Bericht des Kontrollamtes (s. TB 2006, Magistratsabteilung 11, Prüfung der Organisation des Verfahrens zur Abklärung von Gefährdungen des Kindeswohls) dargestellte, auf einen Belastungsausgleich ausgerichtete Berechnungsverfahren heran.

Zur Entwicklung der Leistungszahlen ergaben die Erhebungen, dass im Jahr 2004 durch die MitarbeiterInnen des genannten Dezernates als Kinderschutzmaßnahme rd. 8.000 Abklärungen von Gefährdung des Kindeswohls erfolgten. Diese Zahl stieg kontinuierlich bis zum Jahr 2007 auf rd. 10.400 Fälle an, was eine Zunahme um rd. 2.400 Abklärungen oder rd. 30 % gegenüber dem Jahr 2004 bedeutet.

Parallel dazu stieg im Betrachtungszeitraum auch die Zahl der geleisteten Unterstützung der Erziehung an, welche die Vermeidung einer weiteren Gefährdung des Kindes bei Verbleib in der Familie zum Ziel hat. Während im Jahr 2004 eine derartige Unter-

stützung in rd. 1.800 Fällen erfolgte, waren es im Jahr 2007 rd. 2.900 Fälle, was einer Leistungssteigerung um rd. 1.100 Fälle oder rd. 62 % entspricht.

Wie dazu die Leitung der Magistratsabteilung 11 dem Kontrollamt gegenüber ausführte, hätte sie auf diese Entwicklung einerseits durch die bereits erwähnten Personalmaßnahmen, welche die angeführte Aufstockung der Dienstposten für DSA ermöglichten, und andererseits aber auch mit Leistungsverschiebungen reagiert.

3.10.2.3 Einen für die Zielgruppe des Prüfersuchens besonders relevanten Bereich der Sozialen Dienste bildete der im Dezernat 3 eingerichtete so genannte Klinikverbindungsdienst, der lt. GEM von der Magistratsabteilung 11 als "Verbindungsdienst zu den geburtshilflichen Abteilungen, zu den Kinderspitälern und kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen" zu führen ist. Zum Zeitpunkt des Abschlusses der Einschau des Kontrollamtes wurde allerdings der Klinikverbindungsdienst nur mehr zu geburtshilflichen Einrichtungen in Krankenanstalten des KAV und in nicht städtischen Krankenanstalten sowie in der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde - Kinderklinik Glanzing mit Neonatologie und Psychosomatik im WIL vorgehalten. Die Übernahme der sozialarbeiterischen Agenden in den beiden Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP-AKH und KJP-NZR) durch den KAV war zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes noch im Gang.

Die Beschränkung des Klinikverbindungsdienstes auf die o.a. stationären Einrichtungen war auf die im Jahr 2003 begonnene Neupositionierung dieses Dienstes durch die Magistratsabteilung 11 zurückzuführen. Zu Beginn des Jahres 2004 kam es zu einer Verlagerung der in den Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde des KAV eingesetzten Personalressourcen in die geburtshilflichen Abteilungen sowie in die Eltern-Kind-Zentren. Zielsetzung dieser Maßnahme war neben einer Stärkung des Beratungsangebotes "Rund um die Geburt" eine Konzentration auf die Kernaufgaben der Jugendwohlfahrt, zu der lt. Auskunft der Magistratsabteilung 11 nicht die Krankenhaussozialarbeit zählte. Bei Gefährdungsmeldungen im Sinn des WrJWG 1990 wäre eine direkte Kontaktaufnahme zwischen den medizinischen Fachabteilungen bzw. den dort gem. § 15d Wr. KAG eingerichteten Kinderschutzgruppen und den fallführenden DSA in den Regionalstellen der Magistratsabteilung 11 vorgesehen.

Unabhängig von dieser Neupositionierung wurde der Klinikverbindungsdienst zu den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen des KAV zunächst beibehalten. Die Sozialarbeit in diesem Bereich erfuhr allerdings ab September 2007 insofern eine Einschränkung, als die im AKH tätigen DSA der Magistratsabteilung 11 die KJP-NZR - in der bis dahin eine DSA des Klinikverbindungsdienstes unmittelbar tätig war - partiell mitzubetreuen hatten (s. Pkte. 4.2.3.2 und 4.2.3.3). Die weitere Vorgangsweise in Bezug auf die Ausstattung der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen des KAV mit DSA war Gegenstand von Verhandlungen zwischen der Magistratsabteilung 11 und dem KAV, zumal auch die im Entwurf vorliegenden Strukturqualitätskriterien des ÖBIG im Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie DSA vorsehen. Im zweiten Quartal 2008 wurden schließlich vom KAV für die KJP-AKH und die KJP-NZR durch Postenumwandlungen insgesamt vier Dienstposten für DSA geschaffen.

3.10.2.4 Nicht unerwähnt sollte bleiben, dass - wie im Pkt. 2.5.3.3 dieses Berichtes bereits dargestellt - nicht zuletzt auch im Institut für Erziehungshilfe für die Betreuung der Minderjährigen und deren Familien DSA tätig waren, wobei aus dem Personalstand der Magistratsabteilung 11 dieser Einrichtung eine Mitarbeiterin Dienst zugeteilt war.

3.10.3 Sozialarbeit im Bereich des KAV

3.10.3.1 Auf Grund von Umstrukturierungsprozessen im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich der Stadt Wien, den damit verbundenen Kompetenzverschiebungen sowie auch im Hinblick auf die in den österreich- und wienweiten Planungsvorgaben festgelegten Strukturqualitätskriterien ist die Sozialarbeit in den Einrichtungen des KAV seit längerer Zeit einem Änderungsprozess unterworfen.

Bereits in der im Auftrag der damaligen Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement erstellten Studie "Sozialarbeit im Krankenhaus und im Pflegeheim" aus dem Jahr 2003 wurden neben den von anderen Einrichtungen (wie z.B. der ehemaligen Magistratsabteilung 47 - Pflege und Betreuung oder der damaligen Magistratsabteilung 15) erbrachten sozialarbeiterischen Tätigkeiten im KAV auch jene der Magistratsabteilung 11 einer Betrachtung unterzogen. Die Bestandsanalyse umfasste den damals in den gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen, in den kinder- und jugend-

psychiatrischen Einrichtungen sowie in den Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde vorgehaltenen Klinikverbindungsdienst der Magistratsabteilung 11. Im Ergebnis wurde schon damals auf die Problematik der Aufgabenkollision der im Klinikverbindungsdienst tätigen DSA hingewiesen, die sich daraus ergab, dass sie einerseits Tätigkeiten im Rahmen der öffentlichen Jugendwohlfahrt wahrnahmen und andererseits z.T. auch die aus dem Spitalsalltag resultierenden Aufgaben der Krankenhaussozialarbeit abdeckten.

3.10.3.2 Für den KAV stand zwischenzeitlich die Klärung der Integration der bisher vom FSW in Krankenanstalten und Geriatrieeinrichtungen vorgehaltenen Sozialarbeit im Vordergrund, bei der auf Grund bestehender Versorgungslücken - aber auch infolge der sukzessiven Einschränkung des sozialarbeiterischen Angebotes durch den FSW - ein Handlungsbedarf bestand, (s.a. TB 2005, Wiener Krankenanstaltenverbund, Belegs- und Betreuungsmanagement in den Krankenanstalten und Geriatriezentren der Stadt Wien/WKAV). Da die Magistratsabteilung 11 währenddessen schrittweise auch den Klinikverbindungsdienst kürzte, entstanden in den betroffenen Einrichtungen des KAV - insbesondere in den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen - ebenfalls Versorgungsengpässe im Zusammenhang mit der Krankenhaussozialarbeit (s. Pkte. 3.1.4.2, 4.2.3.2 und 4.2.3.3).

Während der gegenständlichen Einschau des Kontrollamtes wurden vom KAV durch vorgenommene Postenumwandlungen im April 2008 zwei Dienstposten für DSA für die KJP-NZR und im Mai 2008 zwei weitere für die KJP-AKH geschaffen. Darüber hinaus wurde ebenfalls mit Mai 2008 die Klinische Core Unit (KCU) für Psychosomatik und klinische Psychologie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde (s. Pkt. 5.1.4) mit einem Dienstposten für DSA ausgestattet. In den übrigen Fachabteilungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen des KAV standen hingegen - mit Ausnahme der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde - Kinderklinik Glanzing mit Neonatologie und Psychosomatik im WIL - zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes keine DSA aus dem Personalstand des KAV zur Verfügung.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

In der KJP-AKH und der KCU für Psychosomatik und klinische Psychologie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde sowie in der KJP-NZR wurden zwischenzeitlich Dienstposten für DSA geschaffen und besetzt. Dienstposten für DSA an den Kinderabteilungen der Krankenanstalten der TU 1 sind grundsätzlich beschlossen und werden nach Abschluss der Verhandlungen mit der Hauptgruppe II - Wiener Krankenanstaltenverbund der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten freigegeben.

3.10.4 Sozialarbeit im Bereich des FSW

3.10.4.1 Im Rahmen der Behindertenhilfe des FSW wurden von diesem u.a. für die Beratung minderjähriger Behinderter bzw. deren Eltern insbesondere im Zusammenhang mit dem Leistungsangebot des FSW sowie für das Case Management im Rahmen des Beratungszentrums-Behindertenhilfe neben drei Sozialpädagoginnen bzw. -pädagogen auch drei DSA eingesetzt. Zu deren Hauptaufgaben zählten neben der Beratung in Bezug auf das Angebot der Behindertenhilfe (wie z.B. Beschäftigungstherapie, Frühförderung, Regelfahrtendienst) und der Beratung über allgemeine Sozialleistungen insbesondere die einzelfallbezogene Bedarfserhebung und Zuordnung der durch den FSW gewährten Leistungen.

Im Jahr 2007 wurden im Beratungszentrum-Behindertenhilfe insgesamt 4.010 Förderungsanträge auf Leistungen der Behindertenhilfe erledigt. Davon betrafen 1.217 Anträge oder rd. ein Drittel die Personengruppe der Kinder und Jugendlichen.

Die Bearbeitungstage vom Zeitpunkt der Einbringung eines Antrages bis zu dessen Erledigung betrugen im Jahr 2007 für die Personengruppe der Kinder und Jugendlichen durchschnittlich 89 Tage. Laut Auskunft des FSW würden allerdings Anträge auf Frühförderung bevorzugt behandelt werden, wobei von den insgesamt 1.217 erledigten Anträgen 179 Frühförderungsanträge waren. Zur Problematik der Länge der Verfahrensdauer bei der Bewilligung von Subjektförderungen im Bereich der Frühförderung war auf die Pkte. 2.2.5.5 und 2.2.6.5 zu verweisen.

3.10.4.2 Der Vollständigkeit halber wurde angemerkt, dass der FSW im Rahmen seiner Förderungstätigkeit Sozialarbeit in einer Reihe von Beratungseinrichtungen für Menschen mit Behinderung finanziell unterstützt. Hinsichtlich der Beratung von Kindern und Jugendlichen und deren Eltern wurden dem Kontrollamt explizit die Österreichische Autistenhilfe (Förderung von Beratung und Begleitassistenz) sowie die Integration Wien (Förderung von Beratung und Freizeitassistenz) genannt. Des Weiteren wurden in geringem Umfang auch in den vom FSW im Rahmen der Frühförderung unterstützten Einrichtungen DSA beschäftigt (s. Pkt. 2.2).

3.10.4.3 Zuletzt war die Tätigkeit des - aus DSA und Sozialpädagoginnen bzw. -pädagogen zusammengesetzten - TEAM FOCUS des FSW zu nennen, das sozialraumorientierte Erhebungen durchführt. Ziel der Erhebungen ist es, Qualitäten und Defizite von öffentlichen Räumen, Regionen und sozialen Lebenswelten aus sozialarbeiterischer bzw. sozialpädagogischer Perspektive zu erfassen und aufzuzeigen, wobei die primäre Zielgruppe Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie sozial oder ökonomisch benachteiligte Gruppen darstellen. Eine Zusammenfassung der Erhebungsergebnisse und der Empfehlungen erfolgt in Form von Berichten, die als Grundlage für Planungen und Maßnahmen der Wiener Stadtverwaltung dienen.

3.10.5 Sozialarbeit im Bereich der Magistratsabteilung 15

3.10.5.1 Gemäß GEM obliegt der Magistratsabteilung 15 u.a. die "Ärztliche, therapeutische und sozialarbeiterische Betreuung der Wiener Sonderschulen, Früherfassung körperbehinderter Kinder und Jugendlicher".

Zum Zeitpunkt der Prüfung war an drei Schulstandorten in Wien, bei denen es sich um überregionale Sonderpädagogische Zentren für körperbehinderte Kinder handelt und deren Schwerpunkte im orthopädischen Bereich liegen, jeweils ein Team aus dem nunmehrigen Fachbereich Behandlung und Betreuung der Magistratsabteilung 15 tätig.

Diesen aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammengesetzten Teams gehörten auch DSA an. Deren Aufgaben umfassten die sozialarbeiterische Betreuung und Beratung der Eltern in verschiedenen Belangen - wie z.B. finanzielle Angelegenheiten, Be-

rufsberatung, Amtswege - sowie die Unterstützung bei der Beschaffung von Heilbehelfen für die Kinder. Insgesamt wurden zum Zeitpunkt der Einschau von der Magistratsabteilung 15 für diese Tätigkeiten vier DSA eingesetzt. Allerdings waren diese nicht nur mit diesen Aufgaben betraut, sondern nahmen auch Beratungs- und sonstige Tätigkeiten in anderen Bereichen wahr. Darüber hinaus war - in einem geringen Stundenausmaß - eine DSA als Ansprechperson für die basalen Förderklassen des überregionalen Sonderpädagogischen Zentrums für Schwerstbehinderte eingesetzt.

3.10.5.2 Abschließend war anzuführen, dass auch - im Rahmen des von der Magistratsabteilung 15 dotierten PSD - im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulatorium mit Tageszentrum eine DSA beschäftigt war (s. Pkt. 2.3.2.3).

3.10.6 Sozialarbeit im Bereich der Magistratsabteilung 13

3.10.6.1 Gemäß GEM ist die Magistratsabteilung 13 u.a. für allgemeine und grundsätzliche Angelegenheiten der außerschulischen Jugendbetreuung und die Handhabung des WrJWG 1990 betreffend Soziale Dienste freier JugendwohlfahrtsträgerInnen im Rahmen von "Streetwork"-Projekten zuständig. Demgemäß fördert, koordiniert und vernetzt die Magistratsabteilung 13 Vereine der außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit in Wien, wobei zwischen aufsuchender, mobiler Jugendarbeit bzw. "Streetwork", Parkbetreuung und offener Jugendarbeit unterschieden wird.

3.10.6.2 Die im Rahmen der aufsuchenden, mobilen Jugendarbeit und "Streetwork" geförderten Vereine (wie z.B. Österreichische Gesellschaft Rettet das Kind - Landesverband Wien, Juvivo und Multikulturelles Netzwerk) hielten zum Zeitpunkt der Einschau niederschwellige Leistungsangebote mit präventivem Charakter stadtteil- und bedürfnisorientiert vor, die freiwillig, kostenlos und anonym in Anspruch genommen werden können. Weiters wurde von geförderten Vereinen in enger Kooperation mit den Bezirken in rd. 120 Wohnhaus- und Parkanlagen animative Freizeitbetreuung für Kinder und Jugendliche angeboten. Darüber hinaus wurden von geförderten Einrichtungen Jugendzentren, Jugendtreffs und Jugendcafés geführt, wobei der größte Anbieter der Verein Wiener Jugendzentren mit über 30 Standorten ist. Ergänzt wurde das bisher genannte Leistungsspektrum durch das im Rahmen des Stadtprogrammes "wienXtra" vorge-

haltene überregionale Informations-, Beratungs- und Freizeitangebot (z.B. "kinderinfo" und "jugendinfo"). Die MitarbeiterInnen der von der Magistratsabteilung 13 geförderten Einrichtungen setzten sich primär aus DSA, Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie Psychologinnen und Psychologen zusammen.

Laut Auskunft der Magistratsabteilung 13 würden die im Rahmen der außerschulischen Jugendbetreuung gesetzten Aktivitäten eine wesentliche Schnittstelle zur Jugendwohlfahrt und anderen kinder- und jugendrelevanten Einrichtungen bilden. Als Zielgruppen würden von ihr Kinder und Jugendliche mit oder ohne Migrationshintergrund, SchülerInnen, Lehrlinge bis hin zu Studentinnen und Studenten aber auch deren Eltern oder andere Bezugspersonen angesehen. Insgesamt betrachtet würde nach Ansicht der Dienststelle im Rahmen der außerschulischen Jugendbetreuung ein Großteil der Bedürfnislagen von Eltern, Kindern und Jugendlichen abgedeckt.

Hinsichtlich der Frage der Bedarfsdeckung war anzumerken, dass bei einem allfälligen von Bezirksvorstehungen und anderen Einrichtungen der Wiener Stadtverwaltung angemerkten Bedarf von diesen die Durchführung einer sozialraumorientierten Erhebung durch das TEAM FOCUS des FSW beantragt werden kann (s. Pkt. 3.10.4.3). Nach Berichtslegung ist eine Abklärung weitergehender Schritte unter Einbeziehung der politisch Verantwortlichen und der Magistratsabteilung 13 vorgesehen.

3.10.7 Feststellungen des Kontrollamtes

3.10.7.1 In den beiden Geschäftsgruppen wurde insbesondere im Rahmen der Magistratsabteilung 11 als Trägerin der Jugendwohlfahrt aber auch in den Einrichtungen des KAV, im FSW und in der Magistratsabteilung 15 bzw. durch von ihnen geförderte Einrichtungen Sozialarbeit für Kinder und Jugendliche mit besonderer Problematik erbracht. Ergänzt wurde dieses Angebot durch die im Rahmen der außerschulischen Jugendbetreuung vorgehaltene Sozialarbeit, die von geförderten Einrichtungen der Magistratsabteilung 13 bereitgestellt wird. Generell ist die Sozialarbeit in den genannten Einrichtungen auf jene Zielgruppen ausgerichtet, die sich aus dem jeweiligen gesetzlichen und politischen Versorgungsauftrag ergeben.

3.10.7.2 In wesentlichen Kernaufgaben der Magistratsabteilung 11, u.zw. bei der Durchführung von Abklärungsverfahren im Zusammenhang mit der Gefährdung des Kindeswohls und bei der Unterstützung der Erziehung, waren seit dem Jahr 2004 deutliche Leistungssteigerungen zu verzeichnen. Diese Leistungen der Magistratsabteilung 11 wurden in hohem Ausmaß durch die dort beschäftigten DSA wahrgenommen, wobei die Ausweitung der Zahl der für diese Bedienstetengruppe vorgehaltenen Dienstposten mit den erwähnten Leistungssteigerungen nicht Schritt hielt. Nicht zuletzt in Anbetracht dieser Entwicklung kam es im Betrachtungszeitraum zu einer Rücknahme der von den DSA erbrachten Beratungsleistungen im Rahmen des Sozialen Dienstes für Eltern, Kinder und Jugendliche. Inwieweit mit den von der Magistratsabteilung 11 in den Bereichen Kinderschutz und Soziale Dienste vorgehaltenen personellen Ressourcen eine bedarfsdeckende Versorgung sichergestellt werden konnte, war für das Kontrollamt mangels Vorhandensein einer Personalbedarfsberechnung nicht beurteilbar.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 11:

Auch der Magistratsabteilung 11 ist, wie im Bericht des Kontrollamtes dargestellt, bewusst, dass durch den Anstieg der Leistungen im Kinderschutz ein vermehrter Bedarf an DSA in diesem Bereich besteht. Darauf wurde in den letzten Jahren bereits reagiert, indem Aufgaben innerhalb der Magistratsabteilung 11 neu zugeordnet wurden. Gleichzeitig wurde das Personal, wie im Pkt. 3.10.2.2 beschrieben, bei den DSA auch tatsächlich aufgestockt.

Aktuell ist eine Personalbedarfserhebung unter Einbeziehung auch externer Unternehmensberatungsgesellschaften in Überlegung.

3.10.7.3 Die seit dem Jahr 2003 erfolgte Neuausrichtung des Klinikverbindungsdienstes durch die Magistratsabteilung 11 führte zu einer Einschränkung des sozialarbeiterischen Angebotes in für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zuständigen Fachabteilungen des KAV. Im ersten Halbjahr 2008 wurde vom KAV dieser Entwicklung mit der Schaffung eigener Dienstposten für DSA in den kinder- und jugendpsychiatri-

schen Einrichtungen Rechnung getragen. Die Anzahl der seither in der KJP-AKH sowie in der KJP-NZR zur Verfügung stehenden Dienstposten für DSA entsprach somit den vom ehemaligen ÖBIG ausgearbeiteten Strukturqualitätskriterien für das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 11:

Die Neuausrichtung des Klinikverbindungsdienstes der Magistratsabteilung 11 erfolgte deshalb, weil in diesem speziellen Angebot des Sozialen Dienstes der präventive Charakter verstärkt werden sollte. Die Erfahrungen hatten gezeigt, dass junge Eltern gerade in der sensiblen Phase rund um die Geburt eines Kindes häufig Beratung und Unterstützung brauchen. So kann frühzeitig auch problematischen Entwicklungen, z.B. bei drogenabhängigen Müttern oder bei Auftreten einer postpartalen Depression, begegnet werden.

Die Magistratsabteilung 11 begrüßt, dass sich der KAV entschlossen hat, nun auch im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich Spitalssozialarbeit anzubieten. Gerade dort besteht Bedarf nach sozialarbeiterischer Begleitung von Kindern und Eltern, auch dann, wenn keinerlei gefährdendes Verhalten der Eltern vorliegt.

Mit dem ebenfalls im ersten Halbjahr 2008 geschaffenen Dienstposten für DSA in der KCU für Psychosomatik und klinische Psychologie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde konnte auch in den kinder- und jugendpsychosomatischen Einrichtungen des KAV eine den Strukturqualitätskriterien entsprechende Personalausstattung mit DSA sichergestellt werden. Demgegenüber war die Ausstattung der übrigen Fachabteilungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen im KAV mit dieser Berufsgruppe noch Gegenstand von Diskussionen.

3.10.7.4 Die vom FSW und von der Magistratsabteilung 15 bereitgestellten sozialarbeiterischen Leistungen stellten ein punktuelles Angebot für bestimmte Gruppen von Minderjährigen dar.

Was das sozialarbeiterische Angebot der von der Magistratsabteilung 13 geförderten Einrichtungen im Rahmen der außerschulischen Jugendbetreuung betraf, wurden durch dieses vielfältige Bedürfnislagen von Kindern und Jugendlichen abgedeckt. Die vernetzte Arbeit mit den Bezirken und anderen kinder- und jugendrelevanten Einrichtungen sowie im Anlassfall durchgeführte sozialraumorientierte Erhebungen des im FSW angesiedelten TEAM FOCUS haben ein bedarfsdeckendes Angebot zum Ziel.

4. Stationäre (intramurale) Einrichtungen der Stadt Wien

Dem Prüfersuchen zufolge *"brauchen Kinder und Jugendliche in akuten Krisen in manchen Fällen den Aufenthalt in stationären Einrichtungen."* In diesem Zusammenhang waren folgende Fragestellungen zu beantworten:

4.1 Entwicklung des stationären und tagesklinischen Angebotes im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie des KAV

Frage 3.1: Wie viele stationäre und tagesklinische Betten stehen für entwicklungsgestörte, verhaltensauffällige bzw. psychisch/psychiatrisch auffällige Kinder und Jugendliche in Wien zur Verfügung?

Frage 3.2: Wie hat sich dieses Bettenangebot in den letzten 5 Jahren entwickelt?

In Beantwortung obgenannter Fragestellungen wurde die in den Jahren 2002 bis 2007 eingetretene Entwicklung der Bettenkapazitäten der KJP-AKH sowie der KJP-NZR - die im Jahr 2005 organisatorisch dem damaligen Krankenhaus Lainz angeschlossen wurde - dargestellt; auf aktuelle und geplante Entwicklungen in der ersten Jahreshälfte 2008 wurde ebenfalls eingegangen. Des Weiteren wurde in die im Betrachtungszeitraum geltenden Wiener Planungsgrundlagen Einschau genommen, inwieweit diese Vorgaben hinsichtlich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung enthalten.

4.1.1 Entwicklung der Bettenkapazitäten der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Jahren 2002 bis 2007

4.1.1.1 Die Entwicklung der Bettenkapazitäten wurde in den beiden gegenständlichen Fachabteilungen des KAV anhand der systemisierten Betten sowie der im Jahresdurchschnitt tatsächlich aufgestellten Betten veranschaulicht. Während unter den systemisier-

ten Betten die Anzahl der sanitätsbehördlich bewilligten Betten einer Krankenanstalt verstanden werden, handelt es sich bei den tatsächlich aufgestellten Betten um die im Jahresdurchschnitt (Mitternachtsstände) auf den bettenführenden Hauptkostenstellen aufgestellten Betten.

Die tagesklinischen Betten bzw. Behandlungsplätze sind ebenfalls in der Anzahl der systemisierten Betten enthalten, selbst wenn die Tagesklinik im Unterschied zum vollstationären Bereich die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einem tagsüber festgelegten Versorgungsbedarf und einem bestimmten medizinischen Leistungsangebot zum Ziel hat. Im Konkreten werden die Aufnahme sowie die Entlassung von Tagesklinikpatientinnen und -patienten am selben Tag durchgeführt, wobei die Leistungserbringung werktags innerhalb von festgelegten Betriebszeiten erfolgt.

4.1.1.2 In der KJP-AKH hielt der KAV in den Jahren 2002 bis 2007 lt. einer Auswertung der Abteilung Controlling der Direktion der TU 2 folgendes stationäre und tagesklinische Bettenangebot vor:

Entwicklung der Bettenkapazitäten in der KJP-AKH	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Station E6						
Systemisierte Betten	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0
Tatsächliche Betten	14,5	15,3	14,3	14,2	14,0	14,1
Station E7						
Systemisierte Betten	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0
Tatsächliche Betten	14,1	15,7	14,4	14,3	14,0	14,3
ITK-AKH						
Systemisierte Betten	-	-	12,5	15,0	15,0	15,0
Tatsächliche Betten	-	-	12,5	13,3	11,8	8,9
Systemisierte Betten gesamt	32,0	32,0	44,5	47,0	47,0	47,0
Tatsächliche Betten gesamt	28,6	31,0	41,2	41,8	39,8	37,3

Wie aus der Tabelle hervorgeht, verzeichnete die KJP-AKH im Betrachtungszeitraum auf Grund der im Jahr 2004 erfolgten Inbetriebnahme der ITK-AKH einen Anstieg der Anzahl der systemisierten Betten von 32 auf insgesamt 47 Betten. Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten des aus zwei Stationen bestehenden vollstationären Bereiches lag mit einer Bandbreite von 28 bis 31 Betten im Durchschnitt um 9,8 % unter dem systemisierten Bettenstand, wobei als Grund für die vorgenommenen Bettensperren die Urlaubszeit (Sommermonate und Weihnachten) genannt wurde. Der deutliche

Rückgang bei den tatsächlich aufgestellten Betten der ITK-AKH war vor allem darauf zurückzuführen, dass erst im Jahr 2007 alle außerhalb der Betriebszeiten gelegenen Wochentage (Wochenenden) als Sperrtage berücksichtigt wurden.

Die ITK-AKH wurde im Jahr 2004 im Rahmen des Projektes "Allgemeines Krankenhaus - Strukturen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung", das ein Teilprojekt des Gesamtprojektes "Kinder- und Jugendneuropsychiatrische Versorgung in Wien" war, als gemeinsames Betreuungsangebot der KJP-AKH und der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde des AKH eingerichtet (s.a. Pkt. 5.4). Ungeachtet der interdisziplinären Belegung erfolgte die kapazitätsmäßige Zuordnung der systemisierten Betten der ITK-AKH in vollem Umfang zur KJP-AKH. Gleichzeitig wurde im Rahmen des Teilprojektes die medizinische Ausrichtung des vollstationären Bereiches der KJP-AKH insofern bereinigt, als die Betreuung von neuropädiatrisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, die auf der Station E6 durchschnittlich acht Betten beanspruchte, ab Herbst 2004 von der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde wahrgenommen wurde.

Wie die bis Dezember 2007 durchgeführte Evaluierung des Tagesklinikmodells allerdings ergab, wurden die Betreuungsplätze der ITK-AKH nur etwa zu einem Drittel von der KJP-AKH belegt, sodass von den 15 systemisierten Betten der ITK-AKH nur fünf der Versorgung von psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen zuzurechnen waren (s. Pkt. 5.4.2). Letztlich wurde die ITK-AKH Anfang des Jahres 2008 der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde zugeordnet (TKPSO-AKH, s. Pkt. 3.4.5.2), wodurch sich der systemisierte Bettenstand der KJP-AKH wieder auf die 32 Betten des vollstationären Bereiches reduzierte, welche allerdings infolge der oben beschriebenen Bereinigung seit dem Jahr 2005 zur Gänze für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung zur Verfügung standen.

4.1.1.3 In der KJP-NZR hielt der KAV in den Jahren 2002 bis 2007 lt. einer Auswertung der Abteilung Finanz des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel folgendes, auf drei Stationen aufgeteiltes Bettenangebot vor:

Entwicklung der Bettenkapazitäten in der KJP-NZR	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Station C1						
Systemisierte Betten	16,0	16,0	16,0	16,0	15,0	15,0
Tatsächliche Betten	16,6	16,2	16,6	16,3	14,8	13,7
Station C2						
Systemisierte Betten	17,0	17,0	17,0	17,0	18,0	18,0
Tatsächliche Betten	17,9	17,9	16,3	17,6	18,2	14,5
Station C3						
Systemisierte Betten	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
Tatsächliche Betten	20,0	19,0	18,8	19,3	19,5	17,2
Systemisierte Betten gesamt	53,0	53,0	53,0	53,0	53,0	53,0
Tatsächliche Betten gesamt	54,5	53,1	51,7	53,2	52,5	45,4

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, verfügte die KJP-NZR im Betrachtungszeitraum mit insgesamt 53 systemisierten Betten über ein gleichbleibendes Bettenangebot. Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten entsprach bis einschließlich des Jahres 2006 auf Grund keiner bzw. nur geringfügiger Bettensperren etwa dem Niveau der systemisierten Betten. Die in diesem Zeitraum ausgewiesenen geringfügigen Überschreitungen der systemisierten Bettenstände der Stationen C1 und C2 beruhten auf abrechnungstechnischen Erfordernissen im Rahmen der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF), die eine weitere kostenstellenmäßige Untergliederung der Stationen in Funktionseinheiten entsprechend ihrem differenzierten medizinischen Leistungsangebot (intensive oder rehabilitative Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie) vorsieht. Die im Jahr 2007 um 14,3 % unter dem systemisierten Bettenstand gelegene Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten resultierte vor allem aus baulich begründeten Bettensperren im Zusammenhang mit der Schaffung von vier Akutbetten zur Gewährleistung von adäquaten Unterbringungsmöglichkeiten nach dem Unterbringungsgesetz (UbG).

Im Betrachtungszeitraum lag der medizinische Schwerpunkt der Station C1 in der Versorgung von neurologisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und jener der Station C2 in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Krankheitsbildern. Angesichts der räumlich nicht getrennten Stationsbereiche wäre es nach Auskunft der Abteilung in der Praxis teilweise auch zu einer gemischten Belegung der beiden Stationen gekommen. Die 20 Betten umfassende Station C3 der KJP-NZR stellte - historisch bedingt - insofern eine Besonderheit dar, als dort erwachsene, behinderte Patientinnen und Patienten mit psychischen Krankheiten stationär versorgt wurden. Unter

Ausklammerung dieser der Erwachsenenpsychiatrie zurechenbaren Bettenkapazitäten sowie der für neurologisch erkrankte Patientinnen und Patienten genutzten Betten der Station C1 standen in der KJP-NZR somit bis zum Jahr 2006 17 und in weiterer Folge 18 systemisierte Betten für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung zur Verfügung.

Im Rahmen des Projektes "Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime - Strukturen der Kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung", das ein Teilprojekt des Gesamtprojektes "Kinder- und Jugendneuropsychiatrische Versorgung in Wien" war, wäre auch im Hinblick auf die KJP-NZR eine Bereinigung bzw. Erweiterung des Leistungsspektrums geplant gewesen; allerdings kam dieses Projekt bereits in der ersten Jahreshälfte 2004 zum Stillstand (s. Pkt. 5.4.3).

4.1.2 Aktuelle und geplante Entwicklungen des Bettenangebotes für die Kinder- und Jugendpsychiatrie im KAV

Vor dem Hintergrund geänderter Rahmenbedingungen (z.B. Konstituierung des Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie, geplante Errichtung des Krankenhauses Nord) und auf Grundlage des im März 2007 beauftragten bzw. im August 2007 von Univ.Prof. Dr. Berger und Univ.Prof. Dr. Friedrich vorgelegten Berichtes über die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Wien wurden vom KAV im Laufe des Jahres 2007 Maßnahmen zur Umstrukturierung bzw. Erweiterung der gegenständlichen Fachabteilungen in die Wege geleitet.

Im Sinn der Erfüllung einer Vollversorgungsfunktion (Versorgung aller Altersgruppen und Intensitätsgrade) wurde als kurzfristige Maßnahme die Schaffung von jeweils vier Akutbetten zur Gewährleistung von adäquaten Unterbringungsmöglichkeiten nach dem UbG in der KJP-AKH und in der KJP-NZR vorgesehen. Während sich die geplante Errichtung dieser vier Akutbetten in der KJP-AKH wegen der Klärung der räumlichen Möglichkeiten verzögerte und der Umbaubeginn für Mitte des Jahres 2008 in Aussicht gestellt wurde, konnte der vier Betten umfassende Akutbereich in der KJP-NZR bereits im März 2008 in Vollbetrieb genommen werden (vgl. Pkte. 4.2.2.1 und 4.2.2.2).

Des Weiteren wurde im Mai 2008 die Kinder- und Jugendneurologie mit Schwerpunkt Akutneurorehabilitation der KJP-NZR in das KFJ transferiert, wodurch eine erste Bereinigung des medizinischen Aufgabengebietes der KJP-NZR analog der KJP-AKH erfolgte. Unter Berücksichtigung der dabei frei gewordenen Bettenkapazitäten und der Errichtung des vier Betten umfassenden Akutbereiches erhöhte sich die Anzahl der für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gewidmeten Betten in der KJP-NZR in der ersten Jahreshälfte 2008 um zehn auf insgesamt 28 Betten. Infolge der Schaffung einer entsprechenden baulichen Infrastruktur war allerdings eine Reduktion des Gesamtbettenstandes der KJP-NZR (inkl. der der Erwachsenenpsychiatrie zurechenbaren Station C3) um fünf auf insgesamt 48 systemisierte Betten notwendig geworden.

Im Hinblick auf die langfristige Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Wien wären lt. Auskunft der Direktorin der TU 1 im Rahmen des KAV folgende Maßnahmen mit Planungshorizont 2014 vorgesehen. Zum einen soll im geplanten Krankenhaus Nord eine dritte Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit angeschlossener Tagesklinik mit insgesamt 30 systemisierten Betten entstehen. Zum anderen soll die KJP-NZR mit ihrem kinder- und jugendpsychiatrischen Bettenangebot (Station C1 und Station C2) in das WIL und die Bettenkapazitäten zur Betreuung erwachsener, behinderter Patientinnen und Patienten mit psychischen Krankheiten (Station C3) in das OWS übersiedelt werden.

4.1.3 Vorgaben in den Wiener Krankenanstaltenplänen

Im Betrachtungszeitraum waren der von der Wiener Landesregierung im Mai 2004 erlassene Wiener Krankenanstaltenplan 2003 (WKAP 2003) sowie der im Mai 2006 erlassene WKAP 2006 in Geltung. Entsprechend den krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen bewegten sich beide Krankenanstaltenpläne grundsätzlich im Rahmen der Zielvorstellungen und Planungsgrundlagen der jeweils geltenden österreichweiten Planungsvorgaben, nämlich dem mehrmals revidierten Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) bzw. dem diesen ersetzenden ÖSG 2006.

Der als Leistungsangebotsplan mit Planungshorizont 2010 konzipierte ÖSG 2006 ist ein regionaler Rahmenplan für 32 Versorgungsregionen und vier Versorgungszonen und

sieht in Abkehr vom ÖKAP/GGP u.a. keine krankenanstaltenbezogene Darstellung sondern nur mehr eine Kapazitätsplanung auf Ebene der Bundesländer bzw. deren Versorgungsregionen vor. Mit der diesbezüglichen Erstellung des RSG Wien wurde zum Ende der Einschau des Kontrollamtes begonnen (s. Pkt. 5.2.3).

Sowohl im WKAP 2003 als auch im WKAP 2006 wurden neben einer krankenanstaltenbezogenen Darstellung die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen je Fachrichtung sowie die Strukturqualitätskriterien für bestimmte medizinische Versorgungsbereiche festgelegt. Wie die Einschau in die Wiener Krankenanstaltenpläne ergab, waren die jeweiligen systemisierten Betten und Planbetten hinsichtlich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in den als Obergrenze angeführten Bettenkapazitäten für die Psychiatrie ausgewiesen, sodass Anhaltspunkte in Bezug auf bestehende und geplante Bettenkapazitäten für die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Betrachtungszeitraum aus den jeweils geltenden Wiener Krankenanstaltenplänen nicht ableitbar waren. Ebenso waren in den beiden Wiener Krankenanstaltenplänen - entsprechend den österreichweiten Planungsvorgaben - Strukturqualitätskriterien (z.B. Personalausstattung und -qualifikation, infrastrukturelle Anforderungen) nur für die Fachrichtung Psychiatrie und nicht für die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen worden.

4.1.4 Feststellungen des Kontrollamtes

Nach den in den vorhergehenden Punkten beschriebenen Bereinigungen des medizinischen Aufgabengebietes der beiden Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügte der KAV zum Zeitpunkt der Einschau durch das Kontrollamt über insgesamt 60 vollstationäre Betten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, wobei 32 systemisierte Betten auf die KJP-AKH und 28 Betten auf die KJP-NZR entfielen. Darüber hinaus hielt der PSD in seinem dem extramuralen Bereich zuordenbaren kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulatorium mit Tagesklinik zehn bis zwölf tagesklinische Betreuungsplätze vor (s. Pkt. 2.3.2).

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

Im AKH stehen durch die im November 2008 neu eröffneten vier Akutbetten (s.a. Pkt. 4.3.3) nun 36 Betten zur Verfügung. Weiters

kann die TKPSO-AKH - auch wenn diese der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde zugeordnet ist - im Bedarfsfall für psychiatrisch erkrankte Kinder und Jugendliche genützt werden.

Durch die Umstrukturierungen in der KJP-NZR stehen gegenwärtig 28 Betten für psychiatrisch erkrankte Kinder und Jugendliche zur Verfügung. Weitere Umbaumaßnahmen im Laufe des Jahres 2009 werden zur Zufriedenheit von Patientinnen bzw. Patienten, Angehörigen und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern beitragen.

Während im Betrachtungszeitraum das Leistungsangebot der KJP-AKH infolge des Projektes "Allgemeines Krankenhaus - Strukturen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung" qualitativen und quantitativen Umstrukturierungen unterworfen war, kam es in der KJP-NZR ab dem Jahr 2007 zu einer Weiterentwicklung des dortigen kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungsangebotes.

Durch die Zuordnung der seit dem Jahr 2004 im AKH interdisziplinär geführten Tagesklinik zur Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde stand im KAV ab Anfang des Jahres 2008 kein strukturiertes kinder- und jugendpsychiatrisches tagesklinisches Angebot zur Verfügung.

Die nicht gesonderte Darstellung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den im Betrachtungszeitraum geltenden Wiener Krankenanstaltenplänen (WKAP 2003 und WKAP 2006) entsprach den damals geltenden österreichweiten Planungsvorgaben, wobei auch auf den Umstand hinzuweisen war, dass die Einrichtung des neuen Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie erst mit 1. Februar 2007 in Kraft trat.

4.2 Infrastrukturelle und personelle Ausstattung der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen des KAV

Frage 3.4: Sind die stationären Einrichtungen für diese heterogene PatientInnengruppe hinsichtlich Alter (Säugling bis junge Erwachsene) und Diagnose (Suizidgefährdung bis schwere Aggressionsstörung) räumlich und infrastrukturell zureichend ausgestattet?

Frage 3.6: Sind die stationären Einrichtungen im Hinblick auf Personalstand qualitativ und quantitativ (ÄrztInnen, Pflege, Psycho-, Ergo-, Musik- und Physiotherapie, Logopädie, Heilpädagogik, Sozialarbeit etc) bedarfsgerecht ausgestattet und wie hat sich der Personalstand in den einzelnen Berufsgruppen in den letzten 5 Jahren entwickelt?

4.2.1 Grundsätzliches

4.2.1.1 Mit der im Jänner 2005 in Kraft getretenen Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens kamen die Vertragsparteien u.a. überein, ein verbindliches Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen und kontinuierlich weiter zu entwickeln. Im Bereich der Strukturqualität sollten aufbauend auf den bisherigen Entwicklungsarbeiten im Rahmen des ÖKAP/GGP bundesweit einheitliche Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen weiterentwickelt und verbindlich gemacht werden. Hinsichtlich des damaligen Additivfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden im Rahmen des WKAP 2006 sowie des ÖSG 2006 keine Strukturqualitätskriterien erlassen, sodass zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes für das nunmehrige Sonderfach weder im Hinblick auf die Infrastruktur noch in Bezug auf die Personalausstattung und -qualifikation bundesweit einheitliche Richtlinien bestanden.

4.2.1.2 Bezüglich des ÖSG 2006 war anzumerken, dass im ursprünglichen Entwurf des ehemaligen ÖBIG zwar erstmals das Fach der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Planungsrichtwerten und Strukturqualitätskriterien aufgenommen worden war, die betreffenden Textpassagen aber in der endgültigen Fassung keine Berücksichtigung fanden. Grundlage dieses Entwurfes zur Kinder- und Jugendpsychiatrie war ein vom damaligen Strukturfonds des Bundes beauftragter Bericht "Planung Psychiatrie 2004 - Versorgungsstruktur Kinder- und Jugendneuropsychiatrie", der vom ehemaligen ÖBIG unter Einbeziehung eines Expertinnen- bzw. Expertengremiums ausgearbeitet worden war.

Sowohl im ursprünglichen Entwurf ÖSG 2006 als auch im genannten ÖBIG-Bericht wurden die infrastrukturellen Anforderungen differenziert in generelle Anforderungen unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen

sowie in spezifische räumliche Anforderungen, die entweder in jeder Station oder in der Abteilung vorgehalten werden müssen. Weiters wurden Richtwerte zur Stations- und Abteilungsgröße definiert. Die in beiden Unterlagen angeführten Richtwerte zur personellen Ausstattung wurden nach dem Berechnungsmodell der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) der Bundesrepublik Deutschland erarbeitet, wobei das Berechnungsmodell unter Berücksichtigung der LKF-Vorgaben auf österreichische Verhältnisse umgelegt und entsprechend modifiziert wurde. Darüber hinaus wurden Festlegungen hinsichtlich der erforderlichen Berufsgruppen und deren Qualifikation getroffen.

4.2.1.3 Im Übrigen sind die RechtsträgerInnen von Krankenanstalten gem. § 15c Wr. KAG verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Über die Ergebnisse der Personalplanung (Soll-Stand, Ist-Stand) hat die Rechtsträgerin bzw. der Rechtsträger der Landesregierung jährlich bis spätestens 31. März zu berichten.

4.2.2 Räumliche und infrastrukturelle Ausstattung

Im Folgenden wurden die den beiden kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen des KAV im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 kostenstellenmäßig zugeordneten Räumlichkeiten des stationären und therapeutischen Bereiches dargestellt und überblicksweise beschrieben. Von der Betrachtung ausgenommen blieben daher die Ambulanzbereiche, die allgemeinen Verwaltungs- und Betriebsbereiche sowie die der Erwachsenenpsychiatrie zurechenbare Station C3 der KJP-NZR.

4.2.2.1 Der Stations- und Therapiebereich der KJP-AKH war in den Ebenen 4, 6 und 7 des Mitte der 70er-Jahre errichteten Bauteiles 62 ("Kliniken im Südgarten") am Areal des AKH untergebracht. Während die Stationen E6 und E7 entsprechend ihrer Namensbezeichnung in den Ebenen 6 bzw. 7 angesiedelt waren, befanden sich die für die Behandlung psychisch erkrankter Minderjähriger genutzten Therapieräume in der Ebene 4 des genannten Bauteiles.

Die Raumstruktur der beiden räumlich übereinander liegenden Stationen der KJP-AKH war vom Jahr 2002 bis zum Zeitpunkt der Einschau nahezu ident. Jede Station verfügte

neben einem Stationsstützpunkt und dazugehöriger Dienst- und Betriebsräume über fünf Dreibettzimmer sowie ein Einbettzimmer mit der Möglichkeit der Unterbringung einer Begleitperson. Die durchschnittliche Raumgröße der Dreibettzimmer belief sich auf ca. 20 m^2 und jene der Einbettzimmer auf ca. 13,50 m^2, wobei dem letztgenannten Raumtyp ein Eingangs- bzw. WC-Bereich vorgelagert war. Darüber hinaus standen den Patientinnen und Patienten der beiden Stationen jeweils ein Badezimmer, zwei Waschräume, drei WC-Anlagen, ein Gemeinschaftsraum (rd. 41 m^2) und ein von der Heilstättenschule genutzter Unterrichtsraum (rd. 43 m^2) zur Verfügung.

Der in der Ebene 4 untergebrachte und z.T. am Südgarten angrenzende Therapiebereich der KJP-AKH setzte sich aus fünf Therapieräumen mit je rd. 16 m^2, einem Behandlungsraum mit rd. 53 m^2, einem Beschäftigungstherapieraum mit rd. 83 m^2 sowie einem multifunktionellen Gymnastiksaal mit rd. 104 m^2 zusammen. Zusätzlich war der Therapiebereich mit einer Therapieküche, einer Kreativwerkstatt, Garderoben sowie Sanitärräumlichkeiten ausgestattet. Ferner verfügte die KJP-AKH in dieser Ebene über einen Forschungs- und Laborbereich, der jedoch nicht prüfungsrelevant war.

Für Mitte des Jahres 2008 war - zusätzlich zu den bestehenden Kapazitäten - der Baubeginn eines gesonderten vier Betten umfassenden Akutbereiches geplant, der in einem eigenen Zubau im südlichen Bereich der Klinik errichtet werden sollte. Auf Grund der zeitlichen Vorgaben war vorgesehen, diesen rd. 120 m^2 großen Zubau in Form eines modularen Baukörpers zu realisieren und mit einem Verbindungsgang an die Ebene 6 des bestehenden Gebäudes anzubinden (vgl. Pkt. 4.1.2).

4.2.2.2 Der Stations- und Therapiebereich der KJP-NZR war im Erdgeschoß und im ersten Obergeschoß des ebenfalls Mitte der 70er-Jahre errichteten Pavillons C am Areal des NZR untergebracht. Während die Stationen C1 und C2 im Erdgeschoß des nördlichen, U-förmig angelegten Gebäudeabschnittes angesiedelt waren, befanden sich die Station C3 sowie die Heilstättenschule im ersten Obergeschoß des Pavillons. Die für die Behandlung der psychisch erkrankten Minderjährigen genutzten Therapieräume waren im Erdgeschoß des westlichen Gebäudeabschnittes situiert.

Im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 waren die Station C1 mit neurologischem Schwerpunkt und die Station C2 mit psychiatrischem Schwerpunkt räumlich nicht getrennt und wurden von einem gemeinsamen Stationsstützpunkt aus betreut. Beide Stationen verfügten neben den erforderlichen Dienst- und Betriebsräumen über insgesamt sieben Mehrbettzimmer (drei bis vier Betten), vier Mutter-Kind-Zimmer und zwei Einbettzimmer für Patientinnen und Patienten des neurologischen Bereiches. Die durchschnittliche Raumgröße der Mehrbettzimmer belief sich auf rd. 33 m^2 und jene der Mutter-Kind-Zimmer bzw. Einbettzimmer auf rd. 11 m^2, wobei den beiden letztgenannten Raumtypen zusätzlich ein Eingangs- bzw. WC-Bereich vorgelagert war. Den Patientinnen und Patienten der Mehrbettzimmer standen insgesamt vier WC-Anlagen zur Verfügung. Ferner waren im Stationsbereich C1 ein Badezimmer sowie im Stationsbereich C2 ein Duschraum eingerichtet.

Der Therapiebereich für die Behandlung psychiatrisch erkrankter Minderjähriger setzte sich aus fünf Räumen mit einer Größe von 18,50 m^2 bis 34,50 m^2 zusammen, die von den Ergo-, den Physio- und den Musiktherapeutinnen und -therapeuten genutzt wurden.

Infolge der im Februar 2008 abgeschlossenen Umbauarbeiten wurde in der Station C2 ein gesonderter Akutbereich - bestehend aus vier Einbettzimmern, einem Krisenraum, einem Aufenthaltsraum sowie Sanitärräumlichkeiten (Duschraum und WC-Anlagen) - und ein zusätzliches Badezimmer integriert (vgl. Pkt. 4.1.2). Außerdem wurde die Bettenausstattung der restlichen Krankenzimmer dahingehend festgelegt, dass die Stationen C1 und C2 nunmehr insgesamt über ein Vierbett-, fünf Dreibett-, ein Zweibett- und drei Einbettzimmer - mit der Möglichkeit der Unterbringung einer Begleitperson - verfügen.

4.2.3 Personalausstattung und -qualifikation in den Jahren 2002 bis 2007

In Beantwortung der diesbezüglichen Fragestellung stellte das Kontrollamt im Anschluss an einen Exkurs über die bestehenden Personalbedarfsberechnungsmethoden im KAV die Entwicklung des Personalstandes der KJP-AKH und der KJP-NZR anhand der Auswertungen des Geschäftsbereiches Personal der Generaldirektion (GED) des KAV sowie der Abteilung Personal der Direktion der TU 2 dar und setzte sie im Bedarfs-

fall mit den jeweiligen Dienstpostenplänen in Bezug. Die in den nachfolgenden Tabellen getroffenen berufsgruppenbezogenen Gliederungen orientierten sich grundsätzlich an dem dem Kontrollamt zur Verfügung gestellten Detaillierungsgrad.

4.2.3.1 Vorweg war anzumerken, dass der KAV - wie auch aus seiner zuletzt ergangenen Meldung gem. § 15c Wr. KAG vom Juli 2006 an die damalige Magistratsabteilung 15 hervorgeht - im Betrachtungszeitraum nur für den Bereich des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals über eine moderne Personalbedarfsberechnungsmethode in Form der Personalplanungsregelung (PPR) verfügte. Bei den Ärztinnen und Ärzten bestand hingegen eine Personalbedarfsbestimmung auf der Basis der Nachtdienstsystemisierung im Verhältnis 1 : 6. Für die Bedienstetengruppe der Medizin-technischen Dienste (MTD) waren Leistungsvergleiche zwischen den Einheiten des KAV für die Personalbedarfsbemessung ausschlaggebend. Die dabei getroffenen Festlegungen fanden schließlich ihren Niederschlag in den systemisierten Dienstposten der jeweiligen Dienstpostenpläne.

Im Fall der KJP-AKH, welche als Teil der Zentralkrankenanstalt AKH eine überregionale Versorgungsfunktion innehat und als Einrichtung der Medizinischen Universität Wien (MUW) Aufgaben der Forschung und Lehre wahrnimmt, war zu berücksichtigen, dass die Bedienstetengruppe der Ärztinnen und Ärzte zur Gänze und jene der Psychologinnen und Psychologen, der MTD und des Kanzleipersonals zu einem geringen Teil DienstnehmerInnen der MUW sind oder durch Sondermittel finanziert werden. Die Personalbedarfsberechnungen für diese Beschäftigten lagen daher außerhalb des Einflussbereiches des KAV bzw. der Stadt Wien.

4.2.3.2 Die Personalausstattung der KJP-AKH setzte sich im Betrachtungszeitraum - wie bereits ausgeführt - aus Bediensteten der Stadt Wien und der MUW sowie aus Sondermitteln finanzierten Beschäftigten zusammen. Auf Grundlage der zur Verfügung gestellten Unterlagen erfasste das Kontrollamt alle in der KJP-AKH (exkl. der ITK-AKH) tätigen MitarbeiterInnen - unabhängig von der jeweiligen Dienstgeberin - und stellte sie in der nachfolgenden Aufstellung berufsgruppenbezogen dar:

Entwicklung der VZÄ zum Stichtag 31. Dezember						
KJP-AKH	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ärztinnen und Ärzte	15,17	14,95	14,89	15,57	16,65	17,51
Psychologinnen und Psychologen	7,96	8,04	8,77	6,87	6,94	6,91
Gesundheits- und Krankenpflegedienst	26,55	25,05	25,39	25,59	25,47	26,18
MTD	9,15	8,81	7,80	6,74	6,56	6,15
Pädagoginnen und Pädagogen	6,65	6,94	6,75	6,36	6,22	6,90
PflegehelferInnen	0,77	0,84	1,01	1,01	1,01	1,00
Kanzlei- und Verwaltungspersonal	6,09	6,03	4,69	5,56	5,78	5,01
AbteilungshelferInnen	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Gesamt	74,34	72,66	71,30	69,70	70,63	71,66

In den Jahren 2002 bis 2007 war der Gesamtpersonalstand der KJP-AKH geringfügigen Änderungen unterworfen. Rund zwei Drittel des Gesamtpersonalstandes entfielen auf die - in den Berufsgruppen Gesundheits- und Krankenpflegedienst, MTD, Pädagoginnen und Pädagogen, PflegehelferInnen, Kanzlei- und Verwaltungspersonal sowie AbteilungshelferInnen tätigen - Bediensteten der Stadt Wien.

Was die Personalausstattung der Bediensteten der Stadt Wien anlangte, entsprach die tatsächliche Personalbesetzung grundsätzlich dem über den gesamten Betrachtungszeitraum unverändert gebliebenen Soll-Dienstpostenplan der TU 2. Da hinsichtlich der von der MUW beschäftigten DienstnehmerInnen sowie der im Weg der Sondermittel finanzierten Beschäftigten keine abteilungsspezifischen Soll-Dienstpostenpläne vorgelegt wurden, waren weiterführende Prüfungsschritte in Bezug auf das ärztliche und das sonstige medizinisch-akademische Personal nicht durchführbar.

Wie der Abteilungsvorstand der KJP-AKH dem Kontrollamt gegenüber mitteilte, würde die Personalausstattung quantitativ nicht ausreichen, damit die Doppelfunktion Patientinnen- und Patientenversorgung inkl. Angehörigenbetreuung sowie Forschung und Lehre in vollem Umfang abgedeckt werden könne. In diesem Zusammenhang verwies er auf den im Jahr 1992 herausgegebenen Strukturbericht "Personalbedarfs- und Einsatzplanung, Neubau AKH - Universitätskliniken" eines externen Beratungsunternehmens, in dem unter Anwendung internationaler Kriterien ein zusätzlicher Personalbedarf für die KJP-AKH errechnet worden war, wobei der größte Personalzusatzbedarf das ärztliche und das psychologische Personal betroffen hatte. In Anbetracht des Umstandes, dass seither nur etwa 10 % dieser Personalforderungen erfüllt wurden, bestünde seiner Meinung nach auch weiterhin ein Handlungsbedarf.

Darüber hinaus erachtete der Abteilungsvorstand auch die personelle Ausstattung an DSA, die von der Magistratsabteilung 11 im Rahmen des Klinikverbindungsdienstes zur Verfügung gestellt werden, als unzureichend, zumal diese zwischenzeitig die KJP-NZR mitzuversorgen hätten.

Zur Sicherstellung einer hohen Ergebnisqualität verfügte die KJP-AKH über ein fachspezifisches Fort- und Weiterbildungsangebot, das von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sämtlicher Berufsgruppen in Anspruch genommen wurde.

4.2.3.3 Im Betrachtungszeitraum erfolgte die Personalbedarfsbemessung des KAV bzgl. der KJP-NZR - ungeachtet dessen, dass die drei Stationen unterschiedliche medizinische Schwerpunkte hatten (s. Pkt. 4.1.1.3) - abteilungsbezogen, sodass eine auf die Versorgung von psychisch erkrankten Minderjährigen ausgerichtete Darstellung des Personaleinsatzes nicht möglich war. Das Kontrollamt stellte daher auf Basis der vom Geschäftsbereich Personal der GED des KAV zur Verfügung gestellten Unterlagen die Entwicklung der VZÄ der gesamten Abteilung zum Stichtag 31. Dezember des jeweiligen Jahres dar:

Entwicklung der VZÄ zum Stichtag 31. Dezember						
KJP-NZR	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ärztinnen und Ärzte	5,75	6,75	7,75	13,75	12,75	15,75
Gesundheits- und Krankenpflegedienst	35,08	38,08	38,21	44,84	41,34	41,34
Psychologinnen und Psychologen	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50
MTD	11,26	15,27	17,89	20,65	18,67	17,66
AbteilungshelferInnen	6,00	7,00	10,00	10,00	9,00	9,99
DSA	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
Kanzlei- und Verwaltungspersonal	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Gesamt	64,09	73,10	79,85	95,24	87,76	90,74

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, stieg der Gesamtpersonalstand der KJP-NZR von 64,09 VZÄ im Jahr 2002 um 26,65 VZÄ auf 90,74 VZÄ im Jahr 2007, was einer Steigerungsrate von 41,6 % entspricht. Auf den ersten Blick war die Erhöhung des Personaleinsatzes in der KJP-NZR insbesondere darauf zurückzuführen, dass ab dem Jahr 2005 bei den Berufsgruppen der Ärztinnen und Ärzte, des Gesundheits- und Krankenpflegedienstes und der MTD deutlich mehr VZÄ ausgewiesen waren als im Ausgangsjahr 2002.

Eine nähere Betrachtung des für die KJP-NZR festgelegten Dienstpostenplanes, der für die Berufsgruppen der Ärztinnen und Ärzte 14, der Gesundheits- und Krankenpflege 43 und der MTD 18 systemisierte Dienstposten durchgehend vorsah, brachte allerdings zu Tage, dass die zu Beginn des Betrachtungszeitraumes bestandene tatsächliche Personalbesetzung die Anzahl der systemisierten Dienstposten deutlich unterschritt. Diesbezügliche Recherchen des Kontrollamtes im Geschäftsbereich Personal der GED des KAV ergaben, dass in der ersten Hälfte des Betrachtungszeitraumes in der KJP-NZR eine hohe Personalfluktuation insbesondere bei der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte festzustellen war, wodurch Dienstposten regelmäßig über längere Zeiträume vakant waren. Auch im September 2005 befanden sich z.B. von den insgesamt sieben Spitalsoberärztinnen und -ärzten der KJP-NZR fünf in Karenzurlaub (Urlaub gegen Entfall der Bezüge).

Hinsichtlich der Berufsgruppe der MTD war anzumerken, dass lt. Dienstpostenplan von den insgesamt 18 systemisierten Dienstposten 13,5 Dienstposten für Ergotherapeutinnen bzw. -therapeuten und 4,5 Dienstposten u.a. für Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten und Logopädinnen bzw. Logopäden gewidmet waren. Auf Grund der Schwerpunktsetzung des ehemaligen Abteilungsvorstandes waren allerdings die systemisierten Dienstposten für die Ergotherapie z.T. für multifunktionelles Personal, das insbesondere Berufsgruppen wie Sozialpädagoginnen bzw. -pädagogen, Sonderkindergartenpädagoginnen bzw. -pädagogen und Kindergartenpädagoginnen bzw. -pädagogen umfasste, verwendet worden. Der Anteil des multifunktionellen Personals erhöhte sich von 5,76 VZÄ im Jahr 2002 auf 11,28 VZÄ im Jahr 2007. Angesichts der rückläufigen Personalressourcen der MTD im Betrachtungszeitraum fand eine Konzentration der medizinisch-therapeutischen Leistungen im stationären Bereich statt.

Wie aus einer Unterlage des nunmehrigen Abteilungsvorstandes vom Jänner 2008 zur Personalsituation der KJP-NZR der vergangenen Jahre hervorgeht, hätte seiner Auffassung nach die unzureichende Personalbesetzung bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu langfristigen Krankenständen und auch zu einer hohen Personalfluktuation an der Abteilung geführt. Aus diesem Grund hätte bei einer höheren stationären Auslastung der KJP-NZR eine adäquate Behandlung nicht mehr sichergestellt werden kön-

nen, sodass u.a. auch eine Steuerung der Belastung der MitarbeiterInnen nur mehr über die Anzahl der stationären Aufnahmen möglich gewesen wäre. Tatsächlich lag die Auslastung der Stationen C1 und C2 der KJP-NZR in den Jahren 2002 bis 2006 in einer Bandbreite von nur rd. 49 % bis rd. 64 % (s. Pkt. 4.5.2.4).

Anzumerken war weiters, dass die KJP-NZR im Rahmen des von der Magistratsabteilung 11 bereit gestellten Klinikverbindungsdienstes ab September 2007 von den DSA der KJP-AKH partiell mitversorgt wurde, da eine Nachbesetzung des Dienstpostens der in den Ruhestand versetzten Mitarbeiterin von der Magistratsabteilung 11 nicht erfolgte. Eine bedarfsgerechte sozialarbeiterische Versorgung der KJP-NZR war dadurch jedenfalls nicht gegeben.

Vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung bzw. der nunmehrigen kinder- und jugendpsychiatrischen Ausrichtung der KJP-NZR wurde der abteilungsspezifische Dienstpostenstand bis Mai 2008 um den Dienstposten einer Sekundarärztin bzw. eines Sekundararztes, um sieben Dienstposten für Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, um zwei Dienstposten für Ergotherapeutinnen bzw. -therapeuten, um einen Dienstposten für Psychologinnen bzw. Psychologen sowie um zwei Dienstposten für DSA erhöht.

Auch die KJP-NZR verfügte während des ganzen Betrachtungszeitraumes über ein fachspezifisches Fort- und Weiterbildungsangebot, dass von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sämtlicher Berufsgruppen in Anspruch genommen wurde. Auf Grund der strukturellen Veränderung der Stationen C1 und C2 in einen reinen kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich bestand ein erhöhter Ausbildungsbedarf für die dort tätigen Bediensteten, dem vom nunmehrigen Abteilungsvorstand mit verstärkten Personalentwicklungsmaßnahmen begegnet wurde.

4.2.4 Feststellungen des Kontrollamtes

4.2.4.1 Im Ergebnis war festzustellen, dass im Rahmen des WKAP 2006 und des ÖSG 2006 keine Strukturqualitätskriterien für das damalige Additivfach Kinder- und Jugendpsychiatrie erlassen worden waren, sodass zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes für das nunmehrige Sonderfach weder im Hinblick auf die Infrastruktur noch in

Bezug auf die Personalausstattung bundesweite Vorgaben bestanden. Die bereits im Jahr 2004 vom ehemaligen ÖBIG unter Einbeziehung von Fachexpertinnen bzw. -experten definierten Strukturqualitätskriterien für kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen erlangten noch keinen verbindlichen Charakter.

4.2.4.2 Sowohl die KJP-AKH als auch die KJP-NZR waren in Mitte der 70er-Jahre errichteten Gebäuden untergebracht, in denen im Betrachtungszeitraum keine wesentlichen baulichen und räumlichen Adaptierungen durchgeführt worden waren. Während die Raumstruktur der im Jahr 1975 in Betrieb genommenen KJP-AKH seit jeher auf den Betrieb einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung ausgerichtet war, waren die diesbezüglichen Räumlichkeiten am NZR ursprünglich für eine neurologische Abteilung mit integriertem Behindertenzentrum konzipiert. Erst mit der im Jahr 1996 erfolgten Inbetriebnahme einer 17 Betten umfassenden kinder- und jugendpsychiatrischen Station im Rahmen der damaligen neurologischen Abteilung wurde die Station C2 schwerpunktmäßig für die Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher herangezogen.

Bedingt durch die historische Entwicklung wies der Stations- und Therapiebereich der KJP-AKH im Vergleich zu jenem der KJP-NZR eine bessere räumliche und infrastrukturelle Eignung auf. Insbesondere die offene Bauweise bzw. die räumliche Nichttrennung der Station C1 mit neurologischem Schwerpunkt und der Station C2 mit kinder- und jugendpsychiatrischem Schwerpunkt sowie auch fehlende Aufenthaltsräume bzw. unzureichende Therapieräumlichkeiten stellten eine Einschränkung der Versorgungsmöglichkeit der KJP-NZR hinsichtlich des Alters und der Diagnose psychisch erkrankter Minderjähriger dar.

Eine wesentliche Einschränkung des Leistungsangebotes der KJP-AKH und der KJP-NZR war auf das Fehlen von gesonderten Akutbereichen (s. Pkt 4.3.2) zurückzuführen, sodass die Versorgung von nach den Bestimmungen des UbG unterzubringenden Minderjährigen sowie von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit starker Entweichungstendenz in den Jahren 2002 bis 2007 nur unzureichend gewährleistet werden konnte. Mit der im März 2008 erfolgten Inbetriebnahme der vier Akutbetten in der

KJP-NZR wurde die Schaffung von adäquaten Unterbringungsmöglichkeiten nach dem UbG eingeleitet.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":
Die im Jahr 2009 geplanten Umbaumaßnahmen in der KJP-NZR betreffen insbesondere die "Kinderstation" C1, die nunmehr ebenfalls mit dem psychiatrischen Schwerpunkt belegt wird. Durch Aussiedelung einer Erwachsenenambulanz aus dem Pavillon C sind außerdem noch weitere Verbesserungen zur Betreuung der psychiatrisch erkrankten Kinder und Jugendlichen möglich.

4.2.4.3 Die Personalausstattung der KJP-AKH, die sich auf Grund der Doppelfunktion grundsätzlich aus Bediensteten der Stadt Wien und aus Bediensteten der MUW zusammensetzt, war im Betrachtungszeitraum in quantitativer und in qualitativer Hinsicht keinen wesentlichen Änderungen unterworfen. Der vom Abteilungsvorstand monierte Personalzusatzbedarf beruhte auf einer 16 Jahre zurückliegenden Berechnung eines externen Beratungsunternehmens und betraf Personalressourcen, die sowohl für die Patientinnen- bzw. die Patientenversorgung als auch für den Forschungs- und Lehrbetrieb im Rahmen der MUW vorzuhalten wären. Eine trägerinnen- bzw. trägerübergreifende, die aktuellen Gegebenheiten und die Doppelfunktion berücksichtigende Personalbedarfsberechnung für die KJP-AKH lag nicht vor.

Was die Personalausstattung der KJP-NZR anlangt, lag diese zu Beginn des Betrachtungszeitraumes in den Berufsgruppen der Ärztinnen bzw. Ärzte, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der MTD deutlich unter dem abteilungsspezifischen Soll-Dienstpostenplan. Diese geringe Personalpräsenz schränkte auch die Leistungskapazität der KJP-NZR ein. Des Weiteren ging die im Betrachtungszeitraum erfolgte Schwerpunktsetzung auf das pädagogische Personal zu Lasten der Berufsgruppe der MTD. Die von der Direktion der TU 1 ab der zweiten Jahreshälfte 2007 infolge der Weiterentwicklung bzw. des Ausbaues der KJP-NZR getroffenen Personalmaßnahmen führten zu einer Entlastung der Personalsituation.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":
Die vorhandenen ärztlichen Dienstposten in der KJP-NZR sind gegenwärtig alle besetzt. Es ist keine Personalfluktuation in dieser Berufsgruppe festzustellen.

Auch die insgesamt 20 multifunktionellen Dienstposten (Psychologinnen bzw. Psychologen, Angehörige der MTD, Pädagoginnen bzw. Pädagogen, Musiktherapeutinnen bzw. -therapeuten etc.) sind alle besetzt, selbst wenn es durch die Veränderung des Leistungsspektrums der Abteilung durchaus Verschiebungen zwischen den genannten Berufsgruppen gab.

4.3 Eignung der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen des KAV im Hinblick auf das UbG

Frage 3.5: Ist die räumliche und personelle Ausstattung der Krankenanstalten geeignet, die strengen Auflagen des Unterbringungsgesetzes zu erfüllen?

4.3.1 Rechtliche Grundlagen

4.3.1.1 Gemäß den besonderen Bestimmungen für Abteilungen für Psychiatrie in öffentlichen Krankenanstalten des Wr. KAG (§ 59 ff) sind psychiatrische Abteilungen und damit auch die kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen im AKH und im NZR grundsätzlich offen zu führen. Geschlossene Bereiche dürfen hingegen nur zur Anhaltung von psychisch Kranken, auf die das UbG anzuwenden ist, geführt werden, wobei diese von den anderen Bereichen unterscheidbar sein müssen.

Weiters kann durch geeignete organisatorische Maßnahmen vorgesorgt werden, dass psychisch Kranke auch außerhalb der geschlossenen Bereiche Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit nach dem UbG unterworfen werden können. Dabei ist aber sicherzustellen, dass dadurch andere psychisch Kranke nicht in ihrer Bewegungsfreiheit beeinträchtigt werden.

4.3.1.2 Hauptanliegen des mit 1. Jänner 1991 in Kraft getretenen UbG ist grundsätzlich der verbesserte Schutz der Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker, die in öffentlichen Krankenanstalten bzw. in Abteilungen für Psychiatrie in geschlossenen Bereichen untergebracht oder sonst Beschränkungen in der Bewegungsfreiheit unterworfen sind. Untergebracht dürfen nach dem UbG nur jene Personen werden, die an einer psychischen Krankheit leiden und im Zusammenhang damit ihr Leben oder ihre Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit Anderer ernstlich und erheblich gefährden und nicht in anderer Weise ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden können.

Des Weiteren unterscheidet das UbG zwischen der Unterbringung auf Verlangen und Unterbringung ohne Verlangen, wobei die Voraussetzungen für eine Unterbringung durch zwei Anstaltsärztinnen oder -ärzte in unabhängig voneinander erstellten Gutachten bestätigt werden müssen. Bei der Unterbringung ohne Verlangen hat zusätzlich das zuständige Bezirksgericht im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens über die Zulässigkeit der Unterbringung zu entscheiden. Im Übrigen sieht das UbG zur Vertretung bzw. zur Wahrung der Rechte der Kranken die Einrichtung von so genannten Patientinnen- bzw. Patientenanwältinnen oder -anwälten vor, die vom zuständigen Bezirksgericht bestellt werden.

Beschränkungen der Bewegungsfreiheit sind gemäß UbG nach Art, Umfang und Dauer nur insoweit zulässig, als sie im Einzelfall zur Abwehr einer Selbst- oder Fremdgefährdung sowie zur ärztlichen Behandlung oder Betreuung unerlässlich sind und zu ihrem Zweck nicht außer Verhältnis stehen. Im Allgemeinen darf die Bewegungsfreiheit der bzw. des Kranken nur auf mehrere Räume oder auf bestimmte räumliche Bereiche beschränkt werden. Beschränkungen der Bewegungsfreiheit auf einen Raum oder innerhalb eines Raumes sind von der behandelnden Ärztin bzw. von dem behandelnden Arzt jeweils gesondert anzuordnen und unverzüglich der Vertreterin bzw. dem Vertreter der bzw. des Kranken zu melden. Auf Verlangen der bzw. des Kranken oder ihrer bzw. seiner Vertretung hat das zuständige Bezirksgericht über die Zulässigkeit einer solchen Beschränkung unverzüglich zu entscheiden.

4.3.1.3 Grundsätzlich war festzuhalten, dass die im UbG aber auch im Krankenanstaltenrecht geregelten Auflagen den Schutz der Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker,

die einer stationären Aufnahme bedürfen, zum Ziel haben. Wie aus den gesetzlichen Grundlagen hervorgeht, sind die zur Umsetzung dieser Auflagen erforderlichen Ressourcen teils vom Bund als Träger der Gerichtsbarkeit und teils von den Krankenanstaltenträgerinnen bzw. -trägern bereitzustellen. Während die jeweils örtlich zuständigen Bezirksgerichte für die Durchführung der gerichtlichen Verfahren bzw. für die Bestellung der Patientinnen- bzw. Patientenanwältinnen oder -anwälte zuständig sind, haben die Krankenanstalten in ihren psychiatrischen Abteilungen das entsprechende ärztliche Personal sowie eine geeignete räumliche Infrastruktur vorzuhalten. Inwieweit die kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen des KAV diesen Erfordernissen gerecht wurden, war daher Gegenstand der weiteren Prüfung.

4.3.2 UbG-relevante Ressourcenausstattung

4.3.2.1 Auf die Entwicklung der Personalausstattung im ärztlichen Bereich in der KJP-AKH und in der KJP-NZR wurde im Pkt. 4.2.3 eingegangen. Während die KJP-AKH über den gesamten Betrachtungszeitraum auf eine entsprechende Stammmannschaft an qualifizierten Ärztinnen und Ärzten zurückgreifen konnte, verfügte die KJP-NZR in den Jahren 2002 bis 2004 nur über eine geringe Personalpräsenz an entsprechend ausgebildeten Ärztinnen bzw. Ärzten. In der KJP-NZR hätte daher insbesondere für diesen Zeitraum eintreten können, dass im Unterbringungsfall - der allerdings, wie im Pkt. 4.5.3 ausgeführt, kaum eintrat - das für den gesetzeskonformen Vollzug des UbG erforderliche ärztliche Personal nicht zur Verfügung stand.

4.3.2.2 Was die räumlichen Gegebenheiten betrifft, so konnten diese sowohl in der KJP-AKH als auch in der KJP-NZR - wie folgend beschrieben - den gesetzlichen Vorgaben nur bedingt Rechnung tragen.

Der stationäre Bereich der KJP-AKH war grundsätzlich auf eine offene Führung ausgerichtet und verfügte über keinen gesonderten bzw. geschlossenen Bereich für Unterbringungen bzw. Unterbringungsmaßnahmen gemäß UbG.

Auf Grund des Nichtvorhandenseins eines gesonderten Bereiches wäre es lt. Auskunft des Abteilungsvorstandes der KJP-AKH bei Unterbringungen von Kindern und Jugend-

lichen mit Entweichungstendenzen im Anlassfall zu Versperrungen der Stationstüren gekommen. In diesem Zusammenhang hätten die Stationen z.T. mehrere Wochen und in einem Einzelfall nahezu ein Jahr hindurch versperrt bleiben müssen. Darüber hinaus hätte die Raum- und Organisationsstruktur immer wieder zu einer gemischten Belegung von Mehrbettzimmern mit nach dem UbG untergebrachten und nicht untergebrachten Kindern und Jugendlichen geführt.

Der Abteilungsvorstand der KJP-AKH legte dem Kontrollamt einen umfangreichen Schriftverkehr vor, in dem er die Verantwortlichen des KAV und der MUW mehrfach über diese Situation in Kenntnis setzte und die Schaffung eines gesonderten Akutbereiches forderte. Im Laufe des Jahres 2007 wurde schließlich die Forderung des Abteilungsvorstandes von Seiten des KAV aufgegriffen und deren Umsetzung für Herbst 2008 in Aussicht gestellt.

Der stationäre Bereich der KJP-NZR war ebenfalls auf eine offene Führung ausgerichtet und verfügte bis März 2008 über keinen gesonderten bzw. geschlossenen Bereich für Unterbringungen bzw. Unterbringungsmaßnahmen gemäß UbG.

Auf Grund des Umstandes, dass infolge der offenen Bauweise der KJP-NZR die Station C1 mit neurologischem Schwerpunkt von der Station C2 mit kinder- und jugendpsychiatrischem Schwerpunkt räumlich nicht getrennt war und eine Überwachung der Ausgangsbereiche beider Stationen vom Dienst habenden Personal nicht bewerkstelligt werden konnte, wurde von der KJP-NZR im Betrachtungszeitraum nur eine äußerst geringe Anzahl von Kindern und Jugendlichen gemäß UbG untergebracht (s. Pkt. 4.5.3). Eine Änderung dieser Aufnahmepolitik trat erst durch die im März 2008 erfolgte Inbetriebnahme eines vier Akutbetten umfassenden gesonderten Bereiches ein (s. Pkt. 4.1.2).

4.3.3 Feststellungen des Kontrollamtes

Zusammenfassend war festzustellen, dass die Bestimmungen des UbG aber auch die besonderen Bestimmungen des Krankenanstaltenrechtes betreffend die psychiatrischen Abteilungen auf den Schutz der Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker, die einer stationärer Aufnahme bedürfen, abzielen.

Im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 verfügte nur die KJP-AKH durchgehend über das für einen gesetzeskonformen Vollzug des UbG erforderliche ärztliche Personal.

In Bezug auf die räumlichen bzw. baulichen Gegebenheiten waren die beiden kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen des KAV auf Grund fehlender gesonderter Bereiche für Unterbringungen nur eingeschränkt geeignet. Die KJP-AKH musste daher im Rahmen einiger Unterbringungsfälle mit Entweichungstendenz vorübergehend Stationen versperren, was aus sicherheitstechnischen Gründen bedenklich erschien. Die KJP-NZR verfolgte wiederum - bedingt durch die personellen und räumlichen Gegebenheiten - eine restriktive Aufnahmepolitik in Bezug auf Unterbringungen, die mit ein Grund für die partielle Mitversorgung psychisch erkrankter Minderjähriger durch die psychiatrischen Abteilungen des KAV war. Mit der Inbetriebnahme der gesonderten Akutbereiche können die kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen des KAV die räumlichen Voraussetzungen für eine gesetzeskonforme Unterbringung von Kindern und Jugendlichen erfüllen.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

Im AKH wurden die entsprechenden baulichen Maßnahmen zur Schaffung eines gesonderten Akutbereiches mit November 2008 umgesetzt, und eine Aufstockung des Personals an der KJP-AKH ist z.T. erfolgt (zwei Ärztinnen bzw. Ärzte des KAV in Fachärztin- bzw. Facharztausbildung) bzw. derzeit in Ausarbeitung.

Durch die baulichen Maßnahmen in der KJP-NZR können praktisch alle Kinder und Jugendlichen, die einer Aufnahme nach dem UbG bedürfen, in dieser Abteilung aufgenommen und versorgt werden.

Somit sind an beiden Zentren Akutbereiche eingerichtet, was eine deutliche Verbesserung der Versorgung darstellt.

4.4 Stationäre Aufnahme von Minderjährigen in den psychiatrischen Abteilungen des KAV

Frage 3.7: Die stationären Kapazitäten reichen unseren Informationen zur Folge häufig nicht aus den Bedarf zu decken. Jugendliche in Krisen werden in diesem Fall auf Abteilungen für Erwachsenenpsychiatrie zugewiesen (Otto-Wagner-Spital, KFJ Spital und SMZ Ost). Seit wann existiert diese Praxis und wie ist diese hinsichtlich der Prüfziele des Kontrollamtes zu beurteilen?

Frage 3.8: Wie viele betroffene junge Menschen wurden in den vergangenen 5 Jahren für welche Zeiträume und mit welchen Diagnosen in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht?

Frage 3.9: Gab es Jugendliche oder Erziehungsberechtigte, die gegen diese Fehlunterbringung Einspruch erhoben und was war die Konsequenz daraus?

4.4.1 Partielle Mitversorgung von Minderjährigen durch die psychiatrischen Abteilungen des KAV

4.4.1.1 Die dezentral eingerichteten Abteilungen für Psychiatrie in den Akutkrankenanstalten der TU 1 sowie die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des AKH sind nach den Bestimmungen des WKAP 2003 bzw. des WKAP 2006 ein wesentlicher Bestandteil der psychiatrischen Versorgung in Wien. Nach den diesbezüglichen Strukturqualitätskriterien haben diese intramuralen Einrichtungen neben einer psychiatrischen Standardbehandlung u.a. auch bestimmte Leistungsbereiche, wie z.B. die intensive psychiatrische Behandlung Schwerstkranker einschließlich UbG-Patientinnen und -Patienten sowie die komplexe psychiatrische Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker, vorzusehen. In den Strukturqualitätskriterien des ÖSG 2006 zum Fachbereich Psychiatrie wird auf deren Alterszielgruppe insofern Bezug genommen, als bei der Planung der allgemeinen akutpsychiatrischen Versorgung Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (Volljährige) einzubeziehen sind und die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung ausgenommen ist.

4.4.1.2 In einem ersten Schritt ging das Kontrollamt der Frage nach, seit wann Minderjährige in den psychiatrischen Abteilungen des KAV mitversorgt wurden. Wie die diesbezüglichen Recherchen ergaben, waren die psychiatrischen Abteilungen des KAV be-

dingt durch die ausbildungsrechtliche Entwicklung des nunmehrigen Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie durch die räumlichen und kapazitätsmäßigen Rahmenbedingungen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen im Bedarfsfall schon immer in die Versorgung psychisch erkrankter Minderjähriger eingebunden.

Auch im vom Wiener Gemeinderat einstimmig genehmigten Zielplan "Psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Wien" aus dem Jahr 1979 finden sich Hinweise auf eine partielle Mitversorgung Minderjähriger durch das damalige Psychiatrische Krankenhaus Baumgartner Höhe. Gemäß der dort abgebildeten Altersverteilung der im Jahr 1976 aufgenommenen Personen waren rd. 5 % der Patientinnen und Patienten (rd. 120) jünger als 15 Jahre und rd. 6,5 % der Patientinnen und Patienten zwischen 16 und 25 Jahre alt. Anzumerken war aber, dass bei der Gruppe der unter 15-jährigen mehr als die Hälfte geistig behindert war.

4.4.1.3 In einem nächsten Schritt erhob das Kontrollamt allfällige Regelungen im KAV bzgl. der partiellen Mitversorgung psychisch erkrankter Minderjähriger durch die psychiatrischen Abteilungen. Dabei zeigte sich, dass die damalige GED im Jahr 1998 - anlässlich der beginnenden Diskussion über die Etablierung eines eigenen Sonderfaches für die Kinder- und Jugendpsychiatrie - sowohl hinsichtlich der stationären Aufnahme von psychisch erkrankten Minderjährigen unter UbG-Bedingungen als auch hinsichtlich der Akutversorgung psychisch erkrankter Minderjähriger durch die Einrichtungen des KAV Festlegungen traf. Diese stellten sich im Detail wie folgt dar:

Der ehemalige Generaldirektor-Stellvertreter des KAV hielt im Jänner 1998 fest, dass eine zwangsweise Aufnahme von jugendlichen Personen an der KJP-AKH nicht vorgesehen wäre und in solchen Fällen eine stationäre Erstbehandlung in den Abteilungen des ehemaligen Psychiatrischen Krankenhauses Baumgartner Höhe zu erfolgen hätte, zumal diese für die Bewältigung derartiger Akut- bzw. Krisenfälle eingerichtet wären und einen UbG-konformen Vollzug gewährleisten könnten. Erst nach dem Abklingen der akuten Situation, was meist auch den Wegfall der Voraussetzungen der zwangsweisen Unterbringung bedeute, wäre unverzüglich über die weitere Behandlung an einer fachkompetenten und altersadäquaten Einrichtung zu entscheiden.

Was die generelle Akutversorgung psychisch erkrankter Minderjähriger anlangt, wurde verfügt, dass auf Grund der hohen Auslastung nicht die KJP-AKH sondern primär die KJP-NZR bei Rettungseinsätzen der Magistratsabteilung 70 - Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien anzufahren ist. Bei Kapazitätsengpässen in der KJP-NZR war ebenfalls eine Erstversorgung im ehemaligen Psychiatrischen Krankenhaus Baumgartner Höhe vorgesehen, wobei nach Freiwerden von Betten eine Transferierung in eine der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen erfolgen sollte.

4.4.1.4 Die im Jahr 1998 getroffenen Regelungen konnten allerdings die in den Folgejahren in der Praxis aufgetretenen Versorgungsprobleme nicht verhindern. Wenngleich die KJP-AKH entgegen den ursprünglichen Festlegungen Unterbringungen durchführte und in die Akutversorgung eingebunden worden war, kam es regelmäßig zu Unklarheiten zwischen den betroffenen Einrichtungen des KAV und der Magistratsabteilung 70 bzgl. der Zuständigkeit von akut zu versorgenden psychisch erkrankten Minderjährigen. Während sich die kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen des KAV auf Grund ihrer Ressourcenausstattung nicht im Stande sahen, einen UbG-konformen Vollzug sowie eine adäquate Akutversorgung sicherstellen zu können, sahen die psychiatrischen Abteilungen des KAV die kinder- und jugendpsychiatrische Akutversorgung nicht als ihre Aufgabe an.

Diese in der Akutversorgung aufgetretenen Probleme mündeten schließlich im April 2006 in einer von der Stabsstelle besondere administrative Angelegenheiten und Sofortmaßnahmen der GED des KAV erlassenen Dienstanweisung, wonach Minderjährige in akuten Krisen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen des KAV jedenfalls vorzubegutachten sind. Im Fall der Notwendigkeit einer Unterbringung gemäß UbG oder bei Nichtverfügbarkeit entsprechender Bettenressourcen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen sollte im Sinn der Regionalverteilung die Versorgung im OWS, im DSP und im KFJ erfolgen. Ausgenommen von dieser Regelung blieben die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des AKH und das TZK.

4.4.2 Stationäre Aufenthalte von Minderjährigen in den psychiatrischen Abteilungen des KAV in den Jahren 2002 bis 2007

Die Entwicklung der stationären Aufenthalte von Minderjährigen (bis zum vollendeten

18. Lebensjahr) in den psychiatrischen Abteilungen des KAV - einschließlich der darin enthaltenen Unterbringungsfälle nach dem UbG - wurde in der nachfolgenden Tabelle anstaltsweise dargestellt. Während die Anzahl der stationären Aufenthalte vom Geschäftsbereich Controlling und Berichtswesen der GED des KAV zur Verfügung gestellt wurde, war der diesbezügliche Anteil der Unterbringungsfälle in den psychiatrischen Abteilungen des KAV erhoben worden. Anzumerken war, dass die Anzahl der stationären Aufenthalte die Summe der erfolgten Entlassungen darstellt und nicht mit der Anzahl der behandelten Kinder und Jugendlichen gleichzusetzen ist, da mehrere stationäre Aufenthalte ein und dieselbe Person betreffen können.

Stationäre Aufenthalte von Minderjährigen in den psychiatrischen Abteilungen des KAV	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Stationäre Aufenthalte	davon UbG	Stationäre Aufenthalte	davon UbG	Stationäre Aufenthalte	davon UbG	Stationäre Aufenthalte	davon UbG	Stationäre Aufenthalte	davon UbG	Stationäre Aufenthalte	davon UbG
OWS	59	22	58	21	75	29	76	42	52	37	74	37
AKH	11	1	12	2	10	5	19	2	8	2	2	2
DSP	5	5	9	9	10	10	11	11	9	9	11	11
KFJ	9	2	15	3	11	4	6	2	7	6	8	4
TZK	8	0	3	0	3	0	2	0	0	0	1	0
Gesamt	92	30	97	35	109	48	114	57	76	54	96	54

In den Jahren 2002 bis 2005 stiegen zwar die stationären Aufenthalte von Minderjährigen in den psychiatrischen Abteilungen des KAV auf 114 an, nach einem deutlichen Rückgang im Jahr 2006 erreichten diese im Jahr 2007 mit 96 wieder annähernd das Niveau des Ausgangsjahres. Bei den Unterbringungsfällen nach dem UbG trat hingegen im Betrachtungszeitraum ein Anstieg von 30 auf 54 ein, wodurch sich der prozentuelle Anteil der Unterbringungen an den stationären Aufenthalten von rd. einem Drittel auf etwas mehr als die Hälfte erhöhte.

In den Jahren 2002 bis 2007 verzeichneten somit die psychiatrischen Abteilungen des KAV insgesamt 584 stationäre Aufenthalte von Minderjährigen, wovon 278 Unterbringungen nach dem UbG waren. Mit 394 stationären Aufenthalten von Minderjährigen entfiel der Großteil der partiellen Mitversorgung auf die psychiatrischen Abteilungen des OWS. Die restlichen stationären Aufenthalte von Minderjährigen verteilten sich auf die

psychiatrischen Abteilungen des AKH, des DSP, des KFJ und das TZK, wobei Letzteres in der partiellen Mitversorgung keine Rolle spielte.

Weiters zeigte eine nähere Betrachtung der insgesamt 584 stationären Aufenthalte von Minderjährigen, dass 62 stationäre Aufenthalte auf die Altersgruppe der Kinder (unter 15 Jahre) und 522 stationäre Aufenthalte auf die Altersgruppe der Jugendlichen (15 bis 18 Jahre) entfielen, was einer prozentuellen Altersverteilung von 10,6 % zu 89,4 % entspricht.

4.4.3 Diagnosen und Aufenthaltsdauer von den in den psychiatrischen Abteilungen des KAV stationär aufgenommenen Minderjährigen

Auf Basis von anstaltsbezogenen Auswertungen des Geschäftsbereiches Controlling und Berichtswesen der GED des KAV fasste das Kontrollamt die Entlassungsdiagnosen der im Betrachtungszeitraum angefallenen 584 stationären Aufenthalte Minderjähriger nach den Hauptdiagnosegruppen des Kapitels "Psychische und Verhaltensstörungen" gemäß ICD zusammen und ermittelte dazu die jeweilige durchschnittliche Pflegedauer. Dabei zeigte sich folgendes Bild:

	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
Hauptdiagnose-gruppen des Kapitels "Psychische und Verhaltens-störungen" gemäß ICD	Stationäre Aufenthalte	Durchschnittliche Pflegedauer	Stationäre Aufenthalte	Durchschnittliche Pflegedauer	Stationäre Aufenthalte	Durchschnittliche Pflegedauer	Stationäre Aufenthalte	Durchschnittliche Pflegedauer	Stationäre Aufenthalte	Durchschnittliche Pflegedauer	Stationäre Aufenthalte	Durchschnittliche Pflegedauer
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0	0	1	5	0	0	2	42	0	0	0	0
Psychische und Verhaltens-störungen durch psychotrope Substanzen	26	10	24	10	33	11	25	9	17	6	15	8
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	9	19	13	15	18	13	28	14	20	15	16	17
Affektive Störungen	2	6	4	9	2	18	4	18	1	3	7	7

	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
Hauptdiagnose-gruppen des Kapitels "Psychische und Verhaltens-störungen" gemäß ICD	Stationäre Aufenthalte	Durchschnittliche Pflegedauer	Stationäre Aufenthalte	Durchschnittliche Pflegedauer	Stationäre Aufenthalte	Durchschnittliche Pflegedauer	Stationäre Aufenthalte	Durchschnittliche Pflegedauer	Stationäre Aufenthalte	Durchschnittliche Pflegedauer	Stationäre Aufenthalte	Durchschnittliche Pflegedauer
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	18	4	18	5	18	3	22	11	11	4	14	8
Verhaltens-auffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	7	44	4	32	3	56	1	63	0	0	3	4
Persönlichkeits- und Verhaltens-störungen	8	9	17	14	19	9	12	10	16	11	19	14
Intelligenz-minderung	0	0	0	0	0	0	5	4	1	4	2	2
Entwicklungs-störungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	22	9	16	8	16	17	15	8	10	4	20	5

Wie aus der Tabelle hervorgeht, lag in den Jahren 2002 bis 2007 das Schwergewicht der Erkrankungen der Minderjährigen, die in psychiatrischen Abteilungen stationär aufgenommen wurden, bei den Hauptdiagnosegruppen "Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen", "Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen", "Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen", "Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen" sowie "Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend".

Die durchschnittliche Pflegedauer bei den stationären Aufenthalten Minderjähriger variierte im Betrachtungszeitraum je nach Hauptdiagnosegruppe in einer Bandbreite von zwei bis 63 Pflegetagen. Insgesamt betrachtet fielen im Zusammenhang mit den 584 stationären Aufenthalten von Minderjährigen in den psychiatrischen Abteilungen des KAV 6.448 Pflegetage an.

4.4.4 Dokumentierte Beschwerden hinsichtlich der stationären Aufnahmen von Minderjährigen in den psychiatrischen Abteilungen

Um sich einen Überblick über allfällige Beschwerden von jugendlichen Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen im Zusammenhang mit den im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 erfolgten stationären Aufnahmen in den psychiatrischen Abteilungen des KAV zu verschaffen, wurden im OWS, AKH, DSP, KFJ und TZK entsprechende Recherchen im jeweils dort etablierten Beschwerdemanagement durchgeführt. Darüber hinaus wurde von der Direktion der TU 1 im Hinblick auf die Fragestellung eine Auswertung im elektronisch geführten Beschwerdemanagementsystem des KAV vorgenommen, in dem seit dem Jahr 2005 alle Beschwerdefälle zentral erfasst werden. Abgerundet wurden diese Erhebungen durch eine Abfrage diesbezüglicher Geschäftsfälle in der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft.

Wie die diesbezüglichen Erhebungen ergaben, lagen in den genannten Einrichtungen vereinzelt allgemeine Beschwerden im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt von Minderjährigen in den psychiatrischen Abteilungen vor, die vermeintliche Mängel im Zusammenhang mit der Leistungserbringung zum Inhalt hatten. Beschwerden im Hinblick auf die konkrete Frage der *"Fehlunterbringung"* waren nicht feststellbar.

4.4.5 Feststellungen des Kontrollamtes

4.4.5.1 Insgesamt betrachtet war festzustellen, dass die psychiatrischen Abteilungen des KAV und im Besonderen jene des OWS seit jeher in die Akutversorgung psychisch erkrankter Minderjähriger eingebunden waren. Zurückzuführen war dies einerseits auf die ausbildungsrechtliche Entwicklung des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie, das erst im Februar 2007 von einem Additivfach in ein eigenes Sonderfach umgewandelt wurde, und andererseits auf die nicht auf eine Vollversorgungsfunktion ausgerichteten Kapazitäten der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen.

Trotz der im Jahr 1998 von der GED des KAV getroffenen Festlegungen hinsichtlich der Akutversorgung sowie der stationären Aufnahme von psychisch erkrankten Minderjährigen im Rahmen des UbG kam es in den Folgejahren in der Praxis zu Kompetenzkonflikten zwischen den psychiatrischen Abteilungen des Erwachsenenalters und den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen.

Die psychiatrischen Abteilungen des KAV verzeichneten im Betrachtungszeitraum der Jahre 2002 bis 2007 insgesamt 584 stationäre Aufenthalte von Minderjährigen, wobei sich die jeweilige Pflegedauer zwischen zwei und 63 Tagen - durchschnittlich bei rd. elf Tagen - bewegte. Die diesbezüglichen Entlassungsdiagnosen betrafen im Wesentlichen fünf Hauptdiagnosegruppen des Kapitels "Psychische und Verhaltensstörungen" nach ICD. Dokumentierte Einsprüche von betroffenen Minderjährigen bzw. deren Angehörigen in Bezug auf die stationäre Aufnahme in psychiatrische Abteilungen des Erwachsenenalters waren nicht feststellbar.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

Auch wenn in einem Großteil des Betrachtungszeitraumes die Notwendigkeit einer Unterbringung gemäß UbG in erwachsenenpsychiatrischen Einrichtungen im Einzelfall erforderlich war, zeigt die Statistik, dass dies nur mehr selten der Fall ist.

Für die Psychiatrischen Abteilungen der Krankenanstalten der TU 1 bedeutet dies beispielsweise, dass im letzten Quartal des Jahres 2008 insgesamt neun Personen zwischen 14 und 17 Jahren aufgenommen waren, wovon fünf Personen über kurze Zeit nach dem UbG untergebracht waren.

Auch die Zuordnung der Rettungszufahrten in Akutfällen ist in der Zwischenzeit für beide Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie des KAV zur beiderseitigen Zufriedenheit geregelt.

4.4.5.2 Hinsichtlich der zwischen der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie grundsätzlich geltenden Zuständigkeitsgrenze des vollendeten 18. Lebensjahres war darauf hinzuweisen, dass diese Altersgrenze nach entwicklungspsychologischen und klinischen Gesichtpunkten in der Entwicklungsperiode der Adoleszenz, dem Zeitabschnitt der Entwicklung eines Menschen von der Kindheit bis hin zum vollen Erwachsensein, liegt. In der Fachliteratur werden zur Vermeidung allfälliger sich daraus erge-

bender ungünstiger Behandlungsverläufe verschiedene Kooperationsmodelle zwischen der Psychiatrie des Erwachsenenalters und der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschrieben, die von völlig unabhängigen über partiell gemeinsame bis hin zu organisatorisch gemeinsamen Strukturen reichen.

Unter diesen Gesichtspunkten könnte die Auffassung vertreten werden, dass für die Beurteilung der Versorgungszuständigkeit nicht allein eine Altersgrenze sondern gegebenenfalls auch der psychische und physische Entwicklungsstand der zu behandelnden Jugendlichen heranzuziehen ist. Erwähnenswert erschienen in diesem Zusammenhang auch die im ÖSG 2006 festgelegten Qualitätskriterien für die Sonderfächer Kinder- und Jugendheilkunde sowie Kinder- und Jugendchirurgie, welche bei der Versorgung der Zielgruppe der Jugendlichen eine Wahlfreiheit zwischen Kinder- und Erwachsenenabteilung einräumen. Die psychiatrische Behandlung von Kindern fällt allerdings - analog zu diesen medizinischen Sonderfächern - keinesfalls in den Versorgungsauftrag der psychiatrischen Abteilungen des Erwachsenenalters.

4.5 Bedarfsdeckung des stationären und tagesklinischen Angebotes

Frage 3.3: Wie hoch müsste das stationäre und tagesklinische Angebot sein, um von einer Bedarfsdeckung ausgehen zu können?

Frage 3.10: Wird von den Abteilungen die Anzahl der unter strengen Kriterien einer stationären Aufnahme bedürfenden aber aufgrund von Kapazitätsgründen abgewiesenen Kinder/Jugendlichen dokumentiert und wird diese Dokumentation in einem strukturierten Prozedere regelmäßig an die zuständigen StadträtInnen, Magistratsabteilungen der Stadt Wien, KAV oder dem FSW gemeldet?

Frage 2.3: Für die ca. 30.000 Kindergartenkinder (lt. ExpertInnen sind davon rund 1.500 - 3.000 verhaltensauffällig) gibt es nur eine einzige kinderpsychiatrische Spezialambulanz im AKH mit 5 tagesklinischen Plätzen. Ist diese Kapazität und das Therapieangebot ausreichend?

4.5.1 Einleitung

In Beantwortung der gegenständlichen Fragestellungen zur Bedarfsdeckung hat das Kontrollamt die Leistungsentwicklung bzw. die Auslastung der vorhandenen Kapazitä-

ten der KJP-AKH, der ITK-AKH sowie der KJP-NZR in den Jahren 2002 bis 2007 und die jeweilige Aufnahmepraxis unter besonderer Berücksichtigung allfälliger Wartezeiten dargestellt. Auf Grund der Sonderstellung des AKH als Zentralkrankenanstalt und als Universitätsklinikum wurden die Erhebungen im Fall der Einrichtungen des AKH um eine Patientinnen- und Patientenstromanalyse ergänzt. Darüber hinaus wurden die im Betrachtungszeitraum angefallenen stationären Aufenthalte (inkl. Unterbringungsfälle gemäß UbG) in den beiden kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen des KAV mit den stationären Aufenthalten von Minderjährigen in den psychiatrischen Abteilungen des KAV in Bezug gesetzt.

Abschließend wurde zur weiteren Klärung der Bedarfsdeckung das jüngste von der Stadt Wien beauftragte Gutachten der ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH (ÖBIG GmbH) - einer Tochtergesellschaft der Gesundheit Österreich GmbH - zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Wien herangezogen.

4.5.2 Leistungsentwicklung und Aufnahmepraxis

4.5.2.1 Die für die Darstellung der Leistungsentwicklung erforderlichen Daten stammten von den jeweils zuständigen Controllingbereichen des KAV. Die Anzahl der stationären Aufenthalte entspricht der Summe der erfolgten Entlassungen, die Belagsdauer ergibt sich aus einer Division der Belagstage durch die Anzahl der stationären Aufenthalte. Die Auslastung der tatsächlichen Betten wurde auf Grundlage der Belagstage ermittelt. Im Gegensatz zu den vollstationären Bereichen wurde die Leistungsentwicklung in der ITK-AKH anhand der Anzahl der behandelten Personen, der so genannten "Tagesklinikpatientinnen und -patienten", der Behandlungstage (Pflegetage) und der Auslastung der tatsächlichen Betten (Behandlungsplätze) auf Basis der Behandlungstage abgebildet.

4.5.2.2 Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Inanspruchnahme des zwei Stationen umfassenden stationären Bereiches der KJP-AKH im Betrachtungszeitraum:

KJP-AKH	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Station E6						
Stationäre Aufenthalte	326	351	304	149	120	169

KJP-AKH	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Durchschnittliche Belagsdauer	13,0	12,2	14,2	31,1	35,0	27,4
Durchschnittliche Auslastung in %	88,0	81,6	89,5	93,8	93,4	96,6
Station E7						
Stationäre Aufenthalte	193	134	147	116	131	151
Durchschnittliche Belagsdauer	23,6	33,5	32,9	38,3	34,4	27,9
Durchschnittliche Auslastung in %	92,3	89,1	96,0	96,2	93,5	95,0

Die ab dem Jahr 2005 eingetretene Annäherung der Leistungsdaten bzw. -kennzahlen der Station E6 an jene der Station E7 resultierte daraus, dass nach der im Herbst 2004 erfolgten Aufgabenbereinigung um die durchschnittlich acht Betten beanspruchende Behandlung neuropädiatrisch erkrankter Kinder die gesamte Bettenkapazität der Station E6 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung verwendet wurde (s. Pkt. 4.1.1.2). In den Jahren 2005 bis 2007 verzeichneten beide Stationen einen Anstieg der stationären Aufenthalte bei einer tendenziell rückläufigen Belagsdauer. Im selben Zeitraum variierte in den Stationen E6 und E7 die jährliche Auslastung der tatsächlichen Betten zwischen 93,4 % und 96,6 %. Die Auslastung der KJP-AKH lag damit in den Jahren 2005 bis 2007 über der auch international als idealtypisch anerkannten durchschnittlichen Soll-Auslastung der tatsächlichen Betten von 85 % bzw. - bei Wegfall der Notaufnahmepflicht - von 90 %.

Eine vom AKH durchgeführte Patientinnen- bzw. Patientenstromanalyse zeigte, dass im Jahr 2006 von den insgesamt 251 stationären Aufenthalten 76,9 % und im Jahr 2007 von den insgesamt 320 stationären Aufenthalten 81,3 % auf Patientinnen bzw. Patienten mit Wohnsitz in Wien entfielen. Die restlichen stationären Aufenthalte betrafen in den beiden Jahren großteils Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Niederösterreich und nur zu einem geringen Teil Patientinnen und Patienten aus dem Burgenland.

Stationäre Aufnahmen in die KJP-AKH erfolgten grundsätzlich über den vorgelagerten Ambulanzbereich, in dessen Rahmen die Patientinnen und Patienten einer Erstuntersuchung unterzogen wurden. Je nachdem, ob ein Akutfall im Sinn des Wr. KAG oder des UbG vorlag oder nicht, wurden die erstuntersuchten Minderjährigen entweder an der KJP-AKH stationär aufgenommen bzw. im Bedarfsfall an eine psychiatrische Abteilung des KAV weiterverwiesen oder auf die Warteliste der KJP-AKH gesetzt. Eine Dokumentation über weiterverwiesene Minderjährige war nicht vorgesehen.

Im Fall einer Vormerkung wurden die betroffenen Kinder und Jugendlichen bis zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme grundsätzlich im Rahmen des Ambulanzbetriebes weiter betreut. Die Wartezeit auf eine geplante stationäre Aufnahme hätte sich lt. Auskunft des Abteilungsvorstandes in einer Bandbreite von zwei Tagen bis fünf Monaten bewegt, wobei für die stationäre Aufnahme nicht der Anmeldezeitpunkt sondern die Aufnahmedringlichkeit maßgebend sei. Zum Zeitpunkt der Einschau erhob das Kontrollamt eine Wartezeit von drei bis vier Monaten.

4.5.2.3 Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Inanspruchnahme der im Frühjahr 2004 in Betrieb genommenen ITK-AKH:

ITK-AKH	2004	2005	2006	2007
Tagesklinikpatientinnen bzw. -patienten	93	73	70	76
Behandlungstage gesamt	2.552	2.718	2.798	3.174
Durchschnittliche Auslastung in %	78,3	83,7	86,1	97,7

Bedingt durch die Steigerung der Anzahl der Behandlungstage erhöhte sich die Auslastung der ITK-AKH im Jahr 2007 auf 97,7 %. Hinsichtlich der Auslastung der tatsächlichen Behandlungsplätze war anzumerken, dass mangels einer aussagekräftigen Kennzahl der tatsächlichen Behandlungsplätze der ITK-AKH in den Jahren 2004 bis 2006 (s. Pkt. 4.1.1.2) eine rückwirkende Neuberechnung für diese Jahre auf Grundlage der 8,9 tatsächlichen Behandlungsplätze des Jahres 2007 vorgenommen wurde.

Eine ebenfalls vom AKH durchgeführte Patientinnen- bzw. Patientenstromanalyse zeigte, dass im Jahr 2006 von den insgesamt 2.798 Behandlungstagen 87 % und im Jahr 2007 von den insgesamt 3.174 Behandlungstagen 90,5 % auf Patientinnen bzw. Patienten mit Wohnsitz in Wien entfielen. Die restlichen Behandlungstage waren in beiden Jahren überwiegend Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Niederösterreich zuzurechnen.

In den Jahren 2004 bis 2007 wurden die Auswahl der Patientinnen und Patienten, die Überbrückung der Wartezeiten bis zur Aufnahme in die ITK-AKH und die Nachbetreuung entlassener Patientinnen und Patienten der ITK-AKH von der Psychosomatischen Ambulanz der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde sowie der Allgemeinen

Ambulanz der KJP-AKH wahrgenommen. Während die Wartezeiten auf einen Tagesklinikplatz mit Schwerpunkt Angststörungen (Schulangst, Trennungsangst, Soziophobie) lt. Auskunft der Leiterin der Ambulanz durchschnittlich drei Monate ausmachten, wären sie bzgl. einer Aufnahme in die fünf Plätze umfassende Kindergartengruppe bei drei bis neun Monaten gelegen.

4.5.2.4 Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Inanspruchnahme der Station C1 mit neurologischem Schwerpunkt und der Station C2 mit psychiatrischem Schwerpunkt der KJP-NZR im Betrachtungszeitraum:

KJP-NZR	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Station C1						
Stationäre Aufenthalte	204	185	221	150	160	156
Durchschnittliche Belagsdauer	15,7	16,1	14,2	19,1	17,0	18,0
Durchschnittliche Auslastung in %	51,8	50,1	50,1	48,5	49,8	56,0
Station C2						
Stationäre Aufenthalte	242	250	272	274	282	316
Durchschnittliche Belagsdauer	14,3	15,3	13,8	14,9	14	11,1
Durchschnittliche Auslastung in %	52,9	59,4	61,9	64,2	59,8	66,8

Bei der Station C1 war ein Rückgang der stationären Aufenthalte bei gleichzeitiger geringfügiger Erhöhung der Belagsdauer feststellbar. Die Station C2 verzeichnete hingegen im Betrachtungszeitraum einen Anstieg bei den stationären Aufenthalten, wobei die Belagsdauer in einer Bandbreite von 11,1 bis 15,3 Tagen lag. Beide Stationen wiesen im Jahr 2007 einen verbesserten Auslastungsgrad auf, der allerdings auf baulich begründete Bettensperren zurückzuführen war (s. Pkt. 4.1.1.3). Generell unterschritt die Auslastung der beiden genannten Stationen der KJP-NZR deutlich die idealtypisch anerkannte durchschnittliche Soll-Auslastung der tatsächlichen Betten von 85 %.

Stationäre Aufnahmen in die KJP-NZR erfolgten grundsätzlich über den vorgelagerten Ambulanzbereich, in dessen Rahmen die Patientinnen und Patienten einer Erstuntersuchung unterzogen wurden. Die Aufnahmepolitik an der KJP-NZR orientierte sich im Wesentlichen an den vorhandenen räumlichen Gegebenheiten und an der Personalpräsenz (s. Pkt. 4.2.3.3), wobei Patientinnen und Patienten bei Kapazitätsengpässen sowie bei Akutfällen im Sinn des UbG in der Regel an psychiatrische Abteilungen des KAV weiterverwiesen wurden. Eine Dokumentation über diese Weiterverweisungen war nicht

vorgesehen. Nicht unmittelbar anstaltsbedürftige Personen wurden auf eine Vormerkliste gesetzt und bis zur tatsächlichen stationären Aufnahme im Rahmen des Ambulanzbetriebes weiter betreut. Die Wartezeit für solche stationäre Aufnahmen habe lt. Auskunft der KJP-NZR durchschnittlich drei bis vier Wochen betragen.

4.5.3 Bedarfsdeckung durch die kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen des KAV

In der nachfolgenden Tabelle wurden die in den Jahren 2002 bis 2007 angefallenen stationären Aufenthalte (inkl. Unterbringungsfälle gemäß UbG) in den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen des KAV - ausgenommen die Station C3 der KJP-NZR - und die Aufenthalte von Minderjährigen in den psychiatrischen Abteilungen des KAV (s. Pkt. 4.4.2) zusammengefasst dargestellt. Dabei zeigte sich folgendes Bild:

	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Stationäre Aufenthalte	davon UbG	Stationäre Aufenthalte	davon UbG	Stationäre Aufenthalte	davon UbG	Stationäre Aufenthalte	davon UbG	Stationäre Aufenthalte	davon UbG	Stationäre Aufenthalte	davon UbG
KJP-AKH	519	10	485	17	451	18	265	21	251	7	320	24
KJP-NZR	446	0	435	1	493	3	424	3	442	10	472	15
Summe	965	10	920	18	944	21	689	24	693	17	792	39
Anzahl der Minderjährigen in den psychiatrischen Abteilungen des KAV	92	30	97	35	109	48	114	57	76	54	96	54
Gesamt	1.057	40	1.017	53	1.053	69	803	81	769	71	888	93

Die Anzahl der stationären Aufenthalte sank in den relevanten stationären Bereichen der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen des KAV - bedingt durch die im Jahr 2004 erfolgte Aufgabenbereinigung in der Station E6 der KJP-AKH - von 965 im Jahr 2002 auf 792 im Jahr 2007. Die Unterbringungsfälle gemäß UbG stiegen allerdings im selben Zeitraum von zehn auf 39 an.

Die von den psychiatrischen Abteilungen des KAV im Rahmen der partiellen Mitversorgung von Minderjährigen durchgeführten stationären Aufenthalte stiegen zwar bis zum Jahr 2005 kontinuierlich an, fielen jedoch im Jahr 2007 wieder ca. auf das Ausgangsniveau. Die Unterbringungsfälle gemäß UbG erhöhten sich im Betrachtungszeitraum von 30 auf 54.

Insgesamt betrachtet deckten die KJP-AKH und die KJP-NZR in den Jahren 2002 bis 2007 durchschnittlich 89,5 % aller stationären Aufenthalte von psychisch erkrankten Minderjährigen im KAV ab, im Gegensatz dazu lag der Deckungsgrad bei den Unterbringungsfällen gemäß UbG lediglich bei durchschnittlich 31,7 %.

4.5.4 Bedarfsplanung der stationären und tagesklinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Wien

Um den künftigen Bedarf im Bereich der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Wien unter Berücksichtigung des extramuralen Bereiches sowie der aktuellen Planungen im Bundesland Niederösterreich abschätzen zu können, beauftragte die Bereichsleitung für Strukturentwicklung der GGS die ÖBIG GmbH mit der Erstellung eines Gutachtens. Die Ergebnisse der in diesem Zusammenhang durchgeführten Auswertungen und Analysen wurden von der ÖBIG GmbH im Arbeitsbericht "Stationäre, tagesklinische und ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Wien" vom Mai 2007 zusammengefasst.

Gemäß dem genannten Arbeitsbericht sieht der ÖSG 2006 bzgl. der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung einen Bedarfsrichtwert (Planungshorizont 2010) von mindestens 0,06 Behandlungsplätzen pro 1.000 EinwohnerInnen und maximal 0,10 Behandlungsplätzen pro 1.000 EinwohnerInnen bei einer Erreichbarkeit von 60 Minuten im Straßen-Individualverkehr vor, wobei die Kapazitäten für die tagesklinische Versorgung und jene für die kinderneurologische Versorgung in der so genannten Bettenmessziffer (BMZ) enthalten sind. Der Begriff Behandlungsplätze umfasst daher sowohl Betten als auch tagesklinische Plätze.

Im Zuge der Bedarfsprüfung für das Jahr 2010 führte die ÖBIG GmbH neben einer Bedarfsschätzung auf Basis der Richtwerte des ÖSG 2006 eine Bedarfsschätzung auf Basis des ÖBIG-Erreichbarkeitsmodells mit "starren Bundesländergrenzen" (beschränkt auf die Wiener Bevölkerung) sowie eine Bedarfsschätzung auf Basis des ÖBIG-Erreichbarkeitsmodells und der natürlichen Einzugsbereiche bestehender und geplanter kinder- und jugendpsychiatrischer Standorte in Niederösterreich (mit Hinterbrühl, Tulln) und Wien mit "offenen Bundesländergrenzen" durch. Wie dem diesbezüglichen Arbeits-

bericht zu entnehmen ist, basierten die Berechnungen anhand des Erreichbarkeitsmodells ebenfalls auf einer Erreichbarkeitsgrenze von 60 Minuten im Straßen-Individualverkehr sowie einem Kapazitätsbedarf von 0,06 Behandlungsplätzen pro 1.000 EinwohnerInnen, wobei eine durchschnittliche Soll-Auslastung von 85 % zu Grunde gelegt wurde.

Bezogen auf den prognostizierten Bevölkerungsstand im Jahr 2010 wurden von der ÖBIG GmbH je nach Berechnungsvariante folgende Planungsrichtwerte in Behandlungsplätzen für die Wiener Krankenanstalten ermittelt:

Bedarfs-schätzungen	ÖSG		ÖBIG-Erreichbarkeitsmodell		
	Mindest-richtwert BMZ = 0,06	Maximal-richtwert BMZ = 0,1	"starre Bundesländer-grenzen"	"offene Bundesländer-grenzen" ohne Hinterbrühl, Tulln	"offene Bundesländer-grenzen" mit Hinterbrühl, Tulln
Behandlungs-plätze	103	172	103	185	120

In seinen abschließenden Empfehlungen stufte die ÖBIG GmbH den Planungsrichtwert von insgesamt 120 Behandlungsplätzen, d.h. das Ergebnis der Bedarfsschätzung auf Basis des ÖBIG-Erreichbarkeitsmodells und der natürlichen Einzugsbereiche bestehender und geplanter kinder- und jugendpsychiatrischer Standorte in Niederösterreich (mit Hinterbrühl, Tulln) und Wien mit "offenen Bundesländergrenzen", als realistischstes Ergebnis ein.

Im Hinblick auf einen durchzuführenden Soll-Ist-Vergleich ging die ÖBIG GmbH in ihrem Arbeitsbericht von einem Ist-Stand vorhandener stationärer und teilstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Kapazitäten von insgesamt 88 Behandlungsplätzen in Wien aus. In die Ermittlung der vorhandenen kinder- und jugendpsychiatrischen Kapazitäten bezog die ÖBIG GmbH auf Grundlage der Datenbasis des Jahres 2005 die KJP-AKH mit 29 und die KJP-NZR mit 34 tatsächlichen Betten sowie die ITK-AKH mit 13 und das dem extramuralen Bereich angehörende Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulatorium des PSD mit zwölf Tagesklinikplätzen ein.

Auf Grundlage der präferierten Berechnungsvariante und des erhobenen Ist-Standes

bezifferte die ÖBIG GmbH schließlich den Ausbaubedarf der kinder- und jugendpsychiatrischen Kapazitäten in Wien bis zum Jahr 2010 mit 32 Behandlungsplätzen. Bei einer ausschließlich auf die Wiener Bevölkerung ausgerichteten Versorgung der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Wien wurde von der ÖBIG GmbH im Hinblick auf den errechneten Planungsrichtwert von 103 Behandlungsplätzen ein Fehlbestand von mindestens 15 Behandlungsplätzen festgestellt.

4.5.5 Feststellungen des Kontrollamtes

4.5.5.1 Die für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung relevanten stationären Bereiche der KJP-AKH und der KJP-NZR waren in den Jahren 2002 bis 2007 unterschiedlich ausgelastet. Während die Auslastung der KJP-AKH grundsätzlich im gesamten Betrachtungszeitraum über der als idealtypisch anerkannten durchschnittlichen Soll-Auslastung der tatsächlichen Betten von 85 % bzw. - bei Wegfall der Notaufnahmepflicht - von 90 % lag, unterschritt die Auslastung der KJP-NZR diese Soll-Auslastung in allen Jahren deutlich. Maßgeblich für die geringe Auslastung der KJP-NZR waren u.a. die räumlichen Gegebenheiten und die z.T. geringe Personalpräsenz.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

In der KJP-NZR waren Kostenstellenänderungen durch die Umwidmung zu einer "reinen" Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie durch die Ausgliederung der Kinderneurologie in das KFJ erforderlich. Im Bereich der intensiven Behandlungen von psychiatrisch erkrankten Kindern und Jugendlichen sind zwischenzeitlich bereits Auslastungssteigerungen erkennbar.

Auf Grund der fehlenden gesonderten Akutbereiche und bei Kapazitätsengpässen kam es von Seiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen in der Regel zu Weiterverweisungen von Patientinnen und Patienten an die psychiatrischen Abteilungen des KAV. Eine Dokumentation und ein Berichtswesen im Zusammenhang mit den Weiterverweisungen waren nicht vorgesehen. Ungeachtet der partiellen Mitversorgung durch die psychiatrischen Abteilungen des KAV deckten die KJP-AKH und die KJP-NZR

in den Jahren 2002 bis 2007 durchschnittlich nahezu 90 % aller stationären Aufenthalte von psychisch erkrankten Minderjährigen im KAV ab, wobei der Deckungsgrad bei den Unterbringungsfällen gemäß UbG lediglich bei rd. einem Drittel lag.

Im Besonderen die hohe Auslastung und die z.T. mehrmonatigen Wartezeiten auf eine stationäre Aufnahme in der KJP-AKH als auch die Notwendigkeit einer partiellen Mitversorgung durch die psychiatrischen Abteilungen dokumentieren, dass im Betrachtungszeitraum eine Bedarfsdeckung beim stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungsangebot in Wien nicht gegeben war.

Die im Frühjahr 2004 - im Rahmen des Teilprojektes "Allgemeines Krankenhaus - Strukturen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung" - in Betrieb genommene und interdisziplinär geführte ITK-AKH konnte ihre Auslastung bis zum Jahr 2007 auf rd. 98 % steigern. Angesichts der vorgefundenen mehrmonatigen Wartezeiten auf einen Tagesklinikplatz erschienen die vorgehaltenen Kapazitäten nicht bedarfsdeckend bemessen gewesen zu sein. Anfang des Jahres 2008 wurde die ITK-AKH, die gemäß der im Dezember 2007 durchgeführten Evaluierung des Tagesklinikmodells nur etwa zu einem Drittel von der KJP-AKH belegt worden war, der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde zugeordnet, sodass ihr nunmehriger Tätigkeitsschwerpunkt in der psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen liegt (s. Pkte. 4.1.1.2 und 5.1.4).

4.5.5.2 Im Rahmen eines von der Stadt Wien beauftragten Gutachtens vom Mai 2007 führte die ÖBIG GmbH nach Maßgabe der Vorgaben des ÖSG 2006 mehrere Bedarfsschätzungen mit Planungshorizont 2010 anhand unterschiedlicher Berechnungsvarianten durch. Der anhand der Bedarfsschätzung auf Basis des ÖBIG-Erreichbarkeitsmodells und der natürlichen Einzugsbereiche bestehender und geplanter kinder- und jugendpsychiatrischer Standorte in Niederösterreich (mit Hinterbrühl, Tulln) und Wien mit "offenen Bundesländergrenzen" errechnete Planungsrichtwert für das Jahr 2010 von 120 Behandlungsplätzen wurde von der ÖBIG GmbH als realistischstes Ergebnis eingestuft, wobei die Anzahl von 103 Behandlungsplätzen als ÖSG-Mindestrichtwert ermittelt wurde.

Bei der Erhebung des Ausbaubedarfes ging die ÖBIG GmbH von einem Ist-Stand vorhandener stationärer und teilstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Kapazitäten von insgesamt 88 Behandlungsplätzen aus, der allerdings auf Grund neuerer Entwicklungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, wie die Änderungen in der KJP-NZR und die Neuausrichtung der ITK-AKH, nicht mehr den tatsächlichen Gegebenheiten entspricht (vgl. Pkt. 4.1.4).

5. Allgemeine Fragen

5.1 Kinder- und jugendpsychosomatische Versorgung im Bereich des KAV

Frage 4.2: Welche Einrichtungen in Wien (stationär und ambulant) bieten Angebote für Kinder und Jugendliche mit psychosomatischen Erkrankungen?

5.1.1 Generelle Überlegungen zum Aufbau der Psychosomatik in Österreich

Im Jahr 2004 wurde vom damaligen ÖBIG im Auftrag des Strukturfonds eine Studie zum "Aufbau der Psychosomatik in Österreich" erstellt. Darin wurden u.a. die Richtlinien für die Struktur- und Prozessqualität sowie die Entwicklung der psychosomatischen Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen in Österreich dargestellt.

Gemäß dieser Studie sei die Zielgruppe der psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im stationären Akutbereich Patientinnen und Patienten mit somatischen Erkrankungen und Beschwerden, bei denen psychosoziale Faktoren eine wesentliche Rolle für die Entstehung, die Aufrechterhaltung, den Verlauf und die Bewältigung dieser Erkrankungen spielen. Eine spezialisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung sollte drei Angebotsformen umfassen, nämlich einen psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst inkl. einer psychosomatischen Ambulanz, ein Department für Psychosomatik inkl. Tagesklinik bzw. einen Schwerpunkt für Psychosomatik mit Ambulanz. Um eine effektive und effiziente Versorgungsform gewährleisten zu können, wären die psychosomatischen Versorgungsangebote vorrangig in Krankenanstalten mit einem breiten Fächerspektrum zu etablieren.

Im Rahmen einer bundesländerbezogenen Ist-Stand-Analyse wurden vom damaligen ÖBIG in Bezug auf die psychosomatische Versorgung von Säuglingen, Kindern und

Jugendlichen in Wien das stationäre Leistungsangebot der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde - Kinderklinik Glanzing mit Neonatologie und Psychosomatik im WIL und das tagesklinische Leistungsangebot der ITK-AKH genannt. Entwicklungserfordernisse, wie die Einrichtung eines Konsiliar- und Liaisondienstes und die Widmung von Betten für die psychosomatische Versorgung, wurden ausschließlich hinsichtlich der ITK-AKH angeregt.

In den abschließenden Bemerkungen des damaligen ÖBIG wurde darauf hingewiesen, dass bei den länderweisen Planungen der psychosomatischen Versorgung von Minderjährigen eine Abstimmung und eine Festlegung der Leistungsschwerpunkte zwischen den kinder- und jugendpsychosomatischen und den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen erfolgen sollte, zumal Letztere ebenfalls psychosomatische Leistungen erbringen.

5.1.2 Planungsvorgaben zur psychosomatischen Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen

Im Abschnitt II "Leistungsangebotsplanung" des WKAP 2006 ist im Pkt. 2.3.3 "Psychosomatik" u.a. festgelegt, dass Departments für Psychosomatik in Fächern mit hohem Anteil an Patientinnen und Patienten mit psychischer Komorbidität (z.B. Kinder- und Jugendheilkunde) bzw. im Rahmen von Fachabteilungen für Psychiatrie durch Umwidmung bereits vorhandener Akutbetten eingerichtet werden sollten. Dem WKAP 2006 ist weiters zu entnehmen, dass im Jahr 2002 im AKH, im WIL und im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern insgesamt rd. 70 Betten für die stationäre psychosomatische Versorgung von "Erwachsenen und Kindern" gewidmet waren. Gemäß der krankenanstaltenbezogenen "Zielplanung 2006" ist in der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde - Kinderklinik Glanzing mit Neonatologie und Psychosomatik im WIL ein Department für Psychosomatik mit 31 Betten eingerichtet.

Hinsichtlich des Bedarfes an stationären Betten für die psychosomatische Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen wurde im ÖSG 2006 als Planungsrichtwert (Planungshorizont 2010) eine BMZ von 0,02 Betten bis 0,03 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen festgelegt. Darüber hinaus enthält der ÖSG 2006 in Bezug auf die spezielle

Versorgungseinrichtung "Psychosomatik - Säuglinge, Kinder und Jugendliche" eine Reihe von Qualitätskriterien, die von der Zielgruppendefinition über die Versorgungsstruktur bis hin zu den vorzuhaltenden Leistungsangeboten reichen.

5.1.3 Psychosomatisches Angebot für Säuglinge, Kinder und Jugendliche im WIL

Zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes verfügte die Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde - Kinderklinik Glanzing mit Neonatologie und Psychosomatik über eine Station für Säuglingspsychosomatik mit acht Betten, eine Station für Kinderpsychosomatik mit zwölf Betten sowie eine Station für Krisenintervention und Psychotherapie im Jugendalter mit zehn Betten, sodass am Standort WIL insgesamt 30 systemisierte Betten für die psychosomatische Versorgung dieser Zielgruppen vorgehalten wurden.

In der Station für Säuglingspsychosomatik wurden vorrangig psychosomatisch bzw. allgemein-pädiatrisch kranke Säuglinge und Kleinkinder und deren Familien bis zum dritten Lebensjahr betreut. Der Tätigkeitsschwerpunkt der Station für Kinderpsychosomatik und jener für Krisenintervention und Psychotherapie im Jugendalter lag in der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung von kranken Kindern bzw. Jugendlichen unter Einbeziehung deren Eltern bzw. Familien. Die zu behandelnden Krankheiten betrafen im Besonderen Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (z.B. Essstörungen wie Anorexie oder Bulimie), Entwicklungsstörungen oder Störungen des Sozialverhaltens.

Laut einer Auswertung des Geschäftsbereiches Controlling und Berichtswesen der GED des KAV standen in den genannten Stationen in den Jahren 2005 bis 2007 - infolge von Bettensperren - im Jahresdurchschnitt insgesamt rd. 26,9 tatsächliche Betten zur Verfügung, wobei die Auslastung der tatsächlichen Betten je nach Station in einer Bandbreite von 80,7 % bis 92,7 % lag.

Das ambulante psychosomatische Leistungsangebot der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde - Kinderklinik Glanzing mit Neonatologie und Psychosomatik im WIL umfasste eine Psychosomatische Ambulanz für Kinder und Jugendliche mit einer Spezialambulanz für Essstörungen sowie eine Ambulanz für Säuglingspsychosomatik für Schrei-, Schlaf- und Fütterungsstörungen.

In die Leistungserbringung im Fachbereich Psychosomatik waren neben dem ärztlichen und pflegerischen Personal auch eine Reihe anderer Berufsgruppen, u.zw. ein Psychagoge, eine Ergotherapeutin, eine klinische Psychologin und eine DSA, eingebunden. Laut Auskunft des Abteilungsvorstandes würde es allerdings an einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten fehlen, sodass andere Berufsgruppen mit einer entsprechenden Zusatzausbildung über ihre eigentliche Tätigkeit hinaus dieses therapeutische Angebot abdecken müssten.

Stationäre Aufnahmen in die Stationen des Fachbereiches Psychosomatik erfolgten grundsätzlich über den vorgelagerten Ambulanzbereich, in dessen Rahmen die Patientinnen und Patienten einem psychodiagnostischen Erstgespräch unterzogen wurden. Dem Abteilungsvorstand zufolge würde die Wartezeit auf ein Erstgespräch ungefähr vier bis fünf Wochen und jene auf eine anschließende stationäre Aufnahme zwischen drei bis acht Wochen betragen. Zum Ende des Schuljahres müssten Kinder und Jugendliche mitunter auch über drei Monate auf einen Behandlungsplatz in den psychosomatischen Stationen warten. Zur Überbrückung der Wartezeit würden die betroffenen Kinder und Jugendlichen im Rahmen der Psychosomatischen Ambulanz vorbetreut oder vorübergehend in anderen Stationen der Abteilung aufgenommen werden.

5.1.4 Psychosomatisches Angebot für Kinder und Jugendliche im AKH

Die psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im AKH oblag der im Rahmen der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde eingerichteten KCU für Psychosomatik und klinische Psychologie. Dieses kinder- und jugendpsychosomatische Kompetenzzentrum umfasste seit Beginn des Jahres 2008 die aus der ITK-AKH (s. Pkte. 4.1.1.2 und 5.4.2) hervorgegangene TKPSO-AKH, eine Ambulanz für Psychosomatik, einen Konsiliar- und Liaisondienst und eine Organisationseinheit Klinische Psychologie. Der TKPSO-AKH standen insgesamt 15 tagesklinische Behandlungsplätze zur Verfügung, wovon - wie schon in der ITK-AKH - fünf für die so genannte "Kindergartengruppe" und zehn vorrangig für Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichsten Formen von Angststörungen gewidmet waren.

Laut Auskunft der ärztlichen Leitung der KCU für Psychosomatik und klinische Psychologie würde der Tätigkeitsschwerpunkt ihrer Einrichtung in der Behandlung von Kindern

und Jugendlichen mit emotionalen Störungen (Trennungsangst und sozialer Überempfindlichkeit), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen - ADHS (mit vorwiegend introversiver Komorbidität), psychischen Störungen bei andernorts klassifizierten Erkrankungen, Anpassungsstörungen nach schwerer Belastung sowie Adipositas mit somatischer und/oder psychiatrischer Komorbidität liegen, wobei der Familienarbeit eine besondere Bedeutung zukommen würde.

Das Leistungsangebot wird von einem multiprofessionellen Team, bestehend aus ärztlichem und pflegerischem Personal, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Sozialpädagoginnen und -pädagogen und dem Lehrpersonal der Heilstättenschule, erbracht.

Was die Inanspruchnahme der TKPSO-AKH anlangt, teilte die ärztliche Leitung der KCU für Psychosomatik und klinische Psychologie mit, dass die Auslastung der tagesklinischen Kapazitäten und das Ausmaß der Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz durch die Anfang des Jahres 2008 vorgenommene Neuausrichtung keine Änderungen erfuhren (s. Pkt. 4.5.2.3). So würde die Wartezeit auf einen Behandlungsplatz in der TKPSO-AKH lt. Auskunft der ärztlichen Leitung nach wie vor bei etwa drei Monaten liegen, wobei die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten dieselbe Zeitspanne umfasse. Im Bedarfsfall würde zur Überbrückung der Wartezeit bis zum Zeitpunkt der Aufnahme eine ambulante Betreuung angeboten.

5.1.5 Feststellungen des Kontrollamtes

Im Bereich des KAV wurde zum Zeitpunkt der Einschau ein spezialisiertes psychosomatisches Leistungsangebot für Säuglinge, Kinder und Jugendliche im Rahmen der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde - Kinderklinik Glanzing mit Neonatologie und Psychosomatik im WIL und in der KCU für Psychosomatik und klinische Psychologie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH vorgehalten.

Entgegen den Ausführungen des WKAP 2006 wurde das ambulante und stationäre psychosomatische Leistungsangebot im WIL nicht als Department sondern als Fachbereich geführt. Im AKH wurde das kinder- und jugendpsychosomatische Versorgungsangebot

organisatorisch in der KCU für Psychosomatik und klinische Psychologie gebündelt und durch die Eingliederung der TKPSO-AKH erweitert. Das im KAV bereitgestellte psychosomatische Leistungsangebot für Säuglinge, Kinder und Jugendliche von insgesamt 45 systemisierten (stationären und tagesklinischen) Betten lag innerhalb der diesbezüglichen Planungsrichtwerte des ÖSG 2006.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":
Bedingt durch die Fusion der beiden Kinderabteilungen des WIL nach dem Pensionsantritt des ärztlichen Leiters der früheren Abteilung für Infektionskrankheiten findet derzeit ein Reorganisationsprojekt statt, in dessen Verlauf die medizinischen Schwerpunkte der heutigen Abteilung besser herausgearbeitet werden.

Über diese speziellen Versorgungseinrichtungen hinaus verfügte auch die Interne Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde im KFJ über ein ausgewiesenes psychosomatisches Leistungsangebot in Form einer Psychosomatik-Ambulanz sowie einer Baby-Care-Ambulanz (für Säuglinge und Kinder bis zum dritten Lebensjahr), wobei die erstgenannte Ambulanz Ende 2007 ihren Betrieb einstellte.

Nicht zuletzt war im Zusammenhang mit dem kinder- und jugendpsychosomatischen Leistungsangebot des KAV auch die KJP-AKH und die KJP-NZR zu nennen, in deren ambulanten und stationären Bereichen u.a. ebenfalls psychosomatisch kranke Minderjährige versorgt wurden. Hinsichtlich der im Jahr 2004 im Rahmen des Teilprojektes "Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheim - Strukturen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung" aufgetretenen Abgrenzungsfragen zwischen psychosomatischer und psychiatrischer Versorgung wird auf Pkt. 5.4.3 des vorliegenden Berichtes verwiesen.

5.2 Statistische Materialien und Planung

Frage 2.6: Welche statistischen Zahlen sind in Bezug auf die heilpädagogische, ergotherapeutische, physiotherapeutische, logopädische, psychotherapeutische

und psychiatrische Betreuung von Kindern und Jugendlichen vorhanden bzw. wurden von der Gemeinde Wien erhoben (Zahl der Erkrankungen nach Diagnosegruppen, KlientInnen in Kurzzeit- bzw. Langzeittherapie, Suizidversuche und Suizide, Rehabilitationsmaßnahmen ua.) und in wie weit wird das vorhandene Datenmaterial für die Planung eines zweckmäßigen Mitteleinsatzes herangezogen?

5.2.1 Leistungs- und Diagnosendokumentation in den geprüften Einrichtungen

5.2.1.1 Sowohl die unmittelbar dem extramuralen Bereich zurechenbaren als auch die anderen in die Prüfung einbezogenen ambulanten Einrichtungen zeichneten, wie den Ausführungen im Abschnitt 2 des vorliegenden Berichtes zu entnehmen ist, die von ihnen erbrachten Leistungen durch unterschiedliche Systeme und - so vorhanden - nach voneinander abweichenden Vorgaben ihrer TrägerInnen bzw. Finanziers auf.

Jene Einrichtungen, die über einen Vertrag mit einer Sozialversicherungsträgerin bzw. einem -träger verfügten, wie z.B. die Ambulatorien des VKKJ, das ZEF oder das Institut für Erziehungshilfe, rechneten ihre von diesem Vertrag umfassten Krankenversicherungsleistungen im Weg eines standardisierten Datensatzes mit den zuständigen Krankenkassen ab, der neben den personenbezogenen Stammdaten auch ICD-Diagnosen und Einzelleistungen enthält. Obwohl diese Daten lt. Auskunft der WGKK zum Zeitpunkt der Prüfung ausschließlich der Verrechnung dienten, wären sie auch als Planungsgrundlage geeignet.

Die von diesen Einrichtungen über die Krankenversicherungsleistungen hinausgehende Leistungserbringung, wie z.B. die Durchführung von Förderungs- und Unterstützungsleistungen für bedürftige Kinder und deren Familien oder die Bereitstellung von Beratungshilfen für Minderjährige und deren Erziehungsberechtigte, wurde in Form von Leistungsberichten oder Meldungen an die Finanziers FSW bzw. Magistratsabteilung 11 dokumentiert. Die Leistungsdokumentation der ausschließlich im Weg des FSW geförderten Einrichtungen erfolgte in analoger Weise. Die Planung für das jeweilige Geschäftsfeld oblag gemäß seiner Satzung dem FSW bzw. lt. der GEM der genannten Magistratsabteilung.

Was die ambulanten Einrichtungen der Stadt Wien betraf, nämlich die Stellen für Entwicklungsdiagnostik der Magistratsabteilung 15 und den FB MEF einschließlich der Ambulanzen für Entwicklungsförderung der Magistratsabteilung 10, erfassten diese ihre Leistungs- und Diagnosendaten nur für den Eigengebrauch, wobei die verwendeten Dokumentationssysteme nur z.T. auf die Erstellung von Statistiken ausgerichtet waren. Eine über das Führen der jeweiligen Einrichtung hinausgehende Planung war diesen beiden Magistratsabteilungen lt. GEM nicht übertragen worden.

5.2.1.2 Die Leistungs- und Diagnosendokumentation im stationären Bereich der Krankenanstalten des KAV erfolgte auf Basis des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen sowie der Diagnosen- und Leistungsdokumentationsverordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen. Demnach sind neben administrativen Daten die Haupt- und Nebendiagnosen gemäß ICD sowie ausgewählte medizinische Einzelleistungen der stationären Patientinnen und Patienten zu erfassen, wobei der Umfang und der Inhalt dieser Leistungserfassung den Erfordernissen des LKF-Systems Rechnung zu tragen haben. Die auf diesem Weg generierten Daten wurden in regelmäßigen Abständen in Form von Diagnosen- und Leistungsberichten zu Abrechnungszwecken dem Wiener Gesundheitsfonds (WGF) zur Verfügung gestellt, der seinerseits diese Berichte dem Bundesministerium für Gesundheit, Jugend und Familie übermittelt.

5.2.1.3 In Entsprechung der geltenden Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens war für den spitalsambulanten Bereich eine bundeseinheitliche Leistungs- und Diagnosendokumentation in Ausarbeitung, auf deren Grundlage ein Modell zur Leistungsabgeltung im ambulanten Bereich entwickelt werden sollte. Ein diesbezüglicher ambulanter Leistungskatalog wurde im Jahr 2007 erarbeitet und befand sich zum Zeitpunkt der Prüfung in einer Evaluierungsphase. Somit sollten möglichst ab dem Jahr 2009 die notwendigen fachlichen, rechtlichen, organisatorischen und technischen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um vergleichbare Datengrundlagen im gesamten (intramuralen und extramuralen) ambulanten Bereich sicherzustellen.

Ungeachtet dessen war in den Krankenanstalten des KAV eine Dokumentation der ambulanten Untersuchungen und Behandlungen durch die Fachabteilungen und Institute

auf Grundlage der jeweils geltenden Verordnung der Wiener Landesregierung über die Festsetzung der Ambulatoriumsbeiträge für die Wiener städtischen Krankenanstalten (AmbulanzselbstzahlerInnenkatalog) vorgesehen. Diese im KAV verbleibenden Leistungsdaten dienten allerdings primär der Leistungsverrechnung.

5.2.2 Gesundheitsberichterstattung sowie Gesundheits- und Sozialplanung

5.2.2.1 Zielsetzung der Gesundheitsberichterstattung war die Darstellung des Gesundheitszustandes der Wiener Bevölkerung und des Wiener Gesundheitswesens sowie die Schaffung einer Grundlage für EntscheidungsträgerInnen in Politik und Verwaltung. Von den jeweils zuständigen Stellen für Gesundheitsberichterstattung der Stadt Wien - zum Zeitpunkt der Prüfung des Kontrollamtes handelte es sich dabei um die Bereichsleitung für Strukturentwicklung - wurde in der Vergangenheit eine Reihe von Studien, Berichten bzw. Gutachten in Auftrag gegeben, die eine zuständigkeitsübergreifende Darstellung von Gesundheitsdaten der Wiener Bevölkerung im Allgemeinen und der Zielgruppen des Prüfersuchens im Speziellen enthalten.

Insbesondere waren in diesem Zusammenhang der Wiener Kindergesundheitsbericht 2000, der Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002, der Gesundheitsbericht Wien 2004 sowie der Wiener Psychiatriebericht 2004 zu nennen. Diese Berichte stellten zwar z.T. aus verschiedenen Quellen stammendes Datenmaterial detailgetreu dar, verknüpften gegebenenfalls dieses und zogen daraus entsprechende Schlüsse, sie eigneten sich jedoch nicht als konkrete Planungsgrundlage für Leistungen im Hinblick auf die Zielgruppen des Prüfersuchens, weil einerseits die Anzahl der von bestimmten ICD-Diagnosen betroffenen Kinder und Jugendlichen kaum oder gar nicht erwähnt und andererseits eine Differenzierung nach dem Alter nicht in der notwendigen Tiefe vorgenommen wurde. Im Übrigen hätte sich auch eine Leistungsangebotsplanung nicht mit der Zielsetzung dieser Berichterstattung gedeckt.

Darüber hinaus wurde vom ÖBIG im Jahr 2007 ebenfalls im Auftrag der Bereichsleitung für Strukturentwicklung der Arbeitsbericht "Stationäre, tagesklinische und ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Wien" erstellt. Dabei handelte es sich um eine unmittelbar auf diesen Versorgungsbereich ausgerichtete Planungsgrundlage,

dessen Schwerpunkt auf der stationären bzw. tagesklinischen Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie lag.

5.2.2.2 Laut der GEM ist die Magistratsabteilung 24 seit Februar 2006 für die Wahrnehmung der Gesundheits- und Sozialplanung zuständig, die bis Juli 2007 auch im Aufgabenbereich der Bereichsleiterin für Gesundheits- und Sozialplanung sowie Finanzmanagement in der GGS angesiedelt war. Das Aufgabengebiet der nunmehrigen Bereichsleiterin für Finanzmanagement umfasst allerdings - nach Entfall der operativen Planungsagenden - nach wie vor die Abstimmung der zentralen Gesundheits- und Sozialplanung und der Intentionen Wiens mit anderen Beteiligten am Gesundheits- und Sozialsystem und die Koordination von dienststellenübergreifenden Angelegenheiten der Gesundheits- und Sozialplanung.

Von der in Aufbau befindlichen Magistratsabteilung 24 wurden unmittelbar keine Konzepte oder Pläne hinsichtlich der vom Prüfersuchen umfassten Zielgruppen ausgearbeitet, allerdings wurden in Bezug auf das künftige Aufgabenprofil der Stellen für Entwicklungsdiagnostik der Magistratsabteilung 15 bzw. deren Umwandlung in eine Clearingstelle noch im Frühsommer 2006 Überlegungen in der Bereichsleitung für Strukturentwicklung angestellt. Durch den für die Behindertenarbeit zuständigen FSW wurde damals in einer Stellungnahme die Absicht, die diesbezüglichen Stellen für Entwicklungsdiagnostik auf Diagnostik zu fokussieren, kritisch kommentiert und angesichts der geringen Bedarfsdeckung bei der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen auf die Notwendigkeit der Schaffung zusätzlicher Ambulatorien hingewiesen (vgl. Pkt. 5.3.5.3).

Der Vollständigkeit halber war anzumerken, dass allfällige Planungen hinsichtlich der pädagogischen bzw. psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen, die durch ambulante Einrichtungen der Magistratsabteilung 10 sowie durch ambulante und geförderte Einrichtungen der Magistratsabteilung 11 erbracht werden, mangels Zuständigkeit nicht Teil der Gesundheits- und Sozialplanung der Magistratsabteilung 24 sind.

5.2.3 RSG Wien

5.2.3.1 Mit der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzie-

rung des Gesundheitswesens wurde im Jahr 2005 eine integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur vorgesehen. Diese sollte alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung, somit sowohl den stationären als auch den ambulanten Bereich, zu dem u.a. Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen, niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen zählen, umfassen.

Zur Umsetzung dieser Vereinbarung wurde im Jahr 2005 als Nachfolgeeinrichtung des damaligen Strukturfonds die Bundesgesundheitsagentur gegründet; deren Aufgabe ist u.a. die verbindliche Festlegung einer Rahmenplanung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur im Weg des ÖSG. Wie in der angeführten Vereinbarung bestimmt, richtete auch das Land Wien mit Wirksamkeit 1. Jänner 2006 den WGF ein, der bei der Detailplanung zum ÖSG mitzuwirken hat.

5.2.3.2 Anfang des Jahres 2008 wurde eine neue Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens getroffen, die für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013 gelten soll. Darin ist festgelegt, dass bis Ende des Jahres 2008 Planungsgrundsätze, Ziele und Methoden - insbesondere für die ambulante Versorgungsplanung - festzulegen sind. Die stationäre und ambulante Versorgungsplanung hat ausgehend vom ÖSG 2006 im Rahmen der "Regionalen Strukturpläne Gesundheit" zu erfolgen, wobei Detailfestlegungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Form von regionalen Kindergesundheitsplänen gesondert abzubilden sind.

Die Erstellung eines RSG Wien wurde auf Grundlage eines Beschlusses der - aus Vertreterinnen und Vertretern des Landes Wien, der Sozialversicherung und anderer Institutionen zusammengesetzten - Wiener Gesundheitsplattform von der Geschäftsstelle des WGF im Oktober 2008 in Auftrag gegeben und sollte im Laufe des Jahres 2009 abgeschlossen sein. Wie die in der Magistratsabteilung 24 eingerichtete Geschäftsstelle des WGF dem Kontrollamt gegenüber mitteilte, würde dabei auch ein Schwerpunkt auf die Gesundheitsversorgung für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen liegen. Grundlage dieser regionalen Planung bilden einerseits die von den Krankenkassen im extramuralen Bereich gesammelten Diagnosen und Leistungsdaten und andererseits

die von den Krankenanstaltenträgerinnen bzw. -trägern im intramuralen Bereich erfassten LKF-Daten.

5.2.4 Feststellungen des Kontrollamtes

Von den in die Prüfung einbezogenen Einrichtungen wurden auf Grund verschiedener gesetzlicher Bestimmungen bzw. Vorgaben der jeweiligen Finanziers Leistungs- und Diagnosendokumentationen in unterschiedlicher Art und Weise geführt, wobei der stationäre Bereich entsprechend dem LKF-System eine gut vergleichbare Datenstruktur aufwies. Auch durch den standardisierten Datensatz der SozialversicherungsträgerInnen war im extramuralen ambulanten Bereich eine einheitliche Datenerfassung gegeben. Mangels Versorgungszuständigkeit der Stadt Wien lag die Sammlung und Verwertung dieser Daten allerdings bei den Sozialversicherungsträgerinnen und -trägern.

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung wurden verschiedene themen- bzw. bevölkerungsgruppenbezogene Berichte erstellt, die u.a. auch die Zielgruppen des Prüfersuchens behandelten. Deren Ziel war eine überblicksweise Darstellung und Entscheidungsgrundlage im strategischen Prozess; lediglich der im Jahr 2007 vom ÖBIG erstellte Bericht konnte als Planungsgrundlage bzgl. des stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Bereiches bewertet werden. Die im Frühsommer 2006 angestellten Überlegungen der Bereichsleitung für Strukturentwicklung hinsichtlich der Weiterentwicklung der Stellen für Entwicklungsdiagnostik der Magistratsabteilung 15 blieben ohne Ergebnis. Im Übrigen war im Betrachtungszeitraum hinsichtlich der Verwaltungspraxis eine klare Aufgabenabgrenzung zwischen der für die Gesundheits- und Sozialplanung zuständigen Magistratsabteilung 24 und der Bereichsleitung für Strukturentwicklung für das Kontrollamt nicht erkennbar.

Mit dem in Ausarbeitung befindlichen, sowohl auf den Daten der SozialversicherungsträgerInnen als auch des LKF-Systems aufbauenden RSG Wien sollte künftig eine integrierte auf Effizienz und Effektivität ausgerichtete Gesundheitsstrukturplanung der Krankenversicherungsleistungen im ambulanten und stationären Bereich vorliegen. Eine gesamthafte Leistungsangebotsplanung unter Einbeziehung aller Einrichtungen, die im Zusammenhang mit den im Prüfersuchen genannten Zielgruppen Versorgungs-

aufgaben wahrnehmen, wird durch den RSG Wien jedoch nicht erfolgen, zumal die im Rahmen des Wiener Risikokinderprogrammes, der Behindertenhilfe, der Jugendwohlfahrt oder der Kindertagesbetreuung erbrachten Leistungen im RSG Wien keinen Niederschlag finden können. Das Kontrollamt stellte daher aus Zweckmäßigkeitsgründen zur Überlegung, ob in einem noch zu erstellenden regionalen Kindergesundheitsplan für Wien neben den Krankenversicherungsleistungen auch die genannten Leistungsbereiche in die Betrachtung einbezogen werden könnten.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 24:

Zu den Feststellungen des Kontrollamtes, wonach im Betrachtungszeitraum hinsichtlich der Verwaltungspraxis eine klare Aufgabenabgrenzung zwischen der für die Gesundheits- und Sozialplanung zuständigen Magistratsabteilung 24 und der Bereichsleitung für Strukturentwicklung nicht erkennbar war, wird angemerkt, dass der Aufgabentransfer von dieser Bereichsleitung zur Magistratsabteilung 24 mit 1. Jänner 2009 abgeschlossen wurde.

Die Magistratsabteilung 24 wird die in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Empfehlungen des Kontrollamtes umsetzen.

5.3 Regionale Versorgungsgerechtigkeit

Frage 4.1: Besteht regionale Versorgungsgerechtigkeit bei den stationären und ambulanten Einrichtungen?

5.3.1 Grundsätzliches

Ein Ziel der - in der jeweils geltenden Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens festgelegten - alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung umfassenden integrierten Gesundheitsstrukturplanung stellt die Sicherstellung einer möglichst gleichmäßigen Versorgung mit medizinischen Leistungen dar. Da die Arbeiten zur Erstellung des auf Grundlage des ÖSG 2006 auszuarbeitenden RSG Wien bei Beendigung der Einschau des Kontrollamtes noch im Gang waren, lag bis zu diesem Zeitpunkt noch keine regionale integrierte Ge-

sundheitsstrukturplanung in Bezug auf den stationären und ambulanten Bereich in Wien vor. Es zog daher zur Beurteilung der regionalen Versorgungsgerechtigkeit hinsichtlich jener Versorgungsbereiche, in denen die geprüften stationären (intramuralen) und ambulanten (extramuralen) Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig waren, vorliegende relevante Studien, Berichte bzw. Konzepte heran. Anzumerken war, dass nur in Bezug auf den intramuralen Bereich auf Grund der Versorgungszuständigkeit des Landes Wien eine gesamthafte Betrachtung möglich war (s. Pkt. 1.2).

5.3.2 Stationäre und tagesklinische kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

5.3.2.1 Bereits im Jahr 2004 stellte das ehemalige ÖBIG in einem vom damaligen Strukturfonds des Bundes beauftragten Bericht "Planung Psychiatrie 2004 - Versorgungsstruktur Kinder- und Jugendneuropsychiatrie" fest, dass die Anforderungen an ein Versorgungssystem der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen prinzipiell dieselben seien, wie jene, die für die allgemeinpsychiatrische Versorgung formuliert sind. Darüber hinaus wären jedoch Besonderheiten zu berücksichtigen, die aus der spezifischen Situation des Alters der Patientinnen und Patienten resultierten.

In Bezug auf die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von Minderjährigen wurde eine Reihe von allgemeinen Qualitätsstandards formuliert, die sich u.a. auch mit den regionalen Versorgungsstrukturen befassten. So wurde hervorgehoben, dass der Forderung nach Dezentralisierung und Regionalisierung nicht im selben Umfang wie in der allgemeinpsychiatrischen Versorgung entsprochen werden könnte. Im Hinblick auf die vergleichsweise geringe Anzahl der Minderjährigen wären daher zwischen der Größe (Bevölkerungsanzahl) der zu versorgenden Gebiete und der Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln Kompromisse zu finden. Als Erreichbarkeitsnorm für die stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen wurde schließlich unter Berücksichtigung teilstationärer und ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen eine Erreichbarkeit von 60 Minuten im Straßen-Individualverkehr vorgesehen.

5.3.2.2 Im Rahmen des im Auftrag der Bereichsleitung für Strukturentwicklung der GGS erstellten Arbeitsberichtes "Stationäre, tagesklinische und ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Wien" vom Mai 2007 (s. Pkt. 4.5.4) befasste sich die

ÖBIG GmbH ausgehend vom ÖSG 2006 neben der künftigen Bedarfsplanung u.a. auch mit der regionalen Verteilung des kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungsangebotes in den drei definierten Wiener Versorgungsregionen (Wien-Mitte-Südost, Wien-West und Wien-Nordost).

Auf Grundlage der ermittelten Planungsrichtwerte erarbeitete die ÖBIG GmbH verschiedene Planungsvarianten, die sich hinsichtlich der definierten Einzugsbereiche, der regionalen Verteilung sowie der Organisationsform der Angebote (vollstationär oder tagesklinisch) unterschieden. Die regionale Verteilung sollte unter dem Gesichtspunkt erfolgen, dass zumindest in jeder Versorgungsregion ein tagesklinisches Angebot vorhanden sein sollte. Des Weiteren wurde die Organisationsform der kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote - vollstationär oder tagesklinisch (im Krankenhaus oder als Angebot des PSD) - auf Grund der guten Erreichbarkeit im Ballungsraum grundsätzlich als gleichwertig betrachtet.

Laut den zusammenfassenden Empfehlungen der ÖBIG GmbH rechtfertigten die Bedarfsberechnungen unter Zugrundelegung des Mindestbedarfsrichtwertes und offener Bundesländergrenzen drei kinder- und jugendpsychiatrische Vollabteilungen in Wien. Darüber hinaus würde sich - neben der KJP-AKH und der KJP-NZR - hinsichtlich des dritten Standortes das neu zu errichtende Krankenhaus "Wien Nord" auf Grund der günstigen Verkehrsanbindung anbieten. Erst mit der Inbetriebnahme des dritten Standortes wäre in jeder der drei Versorgungsregionen Wiens eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung vorhanden und eine vollständige Regionalisierung erreicht.

Sollte hingegen die Einrichtung einer dritten Vollabteilung mittelfristig nicht umgesetzt werden können, hielt die ÖBIG GmbH - zusätzlich zum bestehenden Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulatorium des PSD mit Tagesklinik - zumindest die Einrichtung von zwei weiteren dislozierten kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken bzw. eine Kombination aus einer Tagesklinik und der Bettenaufstockung an einem bereits bestehenden Standort für zweckmäßig.

5.3.2.3 Zur Sicherstellung einer klaren Aufgabenverteilung im Rahmen der Akutversorgung strebte die GED des KAV seit dem Frühjahr 2007 eine regionale Versorgungszu-

ständigkeit für die beiden bestehenden kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen des KAV an. Ende Oktober 2007 erging schließlich an die jeweiligen Abteilungsvorstände der KJP-AKH und der KJP-NZR vom Generaldirektor des KAV der Auftrag, wonach beide Fachabteilungen mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2008 jeweils zwölf Betten nach regionalen Gesichtspunkten zu belegen hätten. Dabei war vorgesehen, dass sowohl die KJP-AKH als auch die KJP-NZR infolge einer bezirksweisen Zuordnung die Akutversorgung von kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankten zu etwa gleichen Teilen übernehmen sollten. Für den Fall, dass Patientinnen und Patienten an die regional nicht zuständige Abteilung gelangten, wäre von dieser trotzdem die Administration, die Erstbegutachtung und die Diagnostik durchzuführen, um anschließend eine allfällige Transferierung an die regional zuständige Abteilung zu klären.

Nach Bekanntwerden dieser Regelung äußerte das ärztliche Personal der KJP-AKH erhebliche Bedenken über den Umfang der Einbindung der Universitätsklinik in die regionale Akutversorgung. Mit Hinweis auf die von der KJP-AKH zu erbringende universitäre Forschungs- und Lehrtätigkeit wurde eine Abänderung der ursprünglich zu etwa gleichen Teilen festgelegten bezirksweisen Regionalaufteilung auf ein Drittel der zu versorgenden Patientinnen und Patienten gefordert.

Vor diesem Hintergrund wurde von der Umsetzung des Ende Oktober 2007 ergangenen Auftrages Abstand genommen und im ersten Halbjahr 2008 in Zusammenarbeit mit der KJP-AKH und der KJP-NZR eine neue Regelung ausgearbeitet. Nach einer Analyse der räumlichen Zuständigkeitsbereiche wurde im Juli 2008 in Abstimmung mit der Magistratsabteilung 70 eine Regionalisierung in Bezug auf die Rettungsfahrten in Akutfällen vorgenommen, wonach die KJP-AKH die diesbezüglichen Rettungsfahrten aus den 1. bis 9., 16. bis 18. sowie 21. und 22. Wiener Gemeindebezirken und die KJP-NZR jene aus den 10. bis 15., 19., 20. und 23. Wiener Gemeindebezirken zu übernehmen haben.

5.3.3 Ambulante und mobile (außerstationäre) kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

Sowohl im Bericht "Planung Psychiatrie 2004 - Versorgungsstruktur Kinder- und Jugendneuropsychiatrie" des ehemaligen ÖBIG als auch in den als Entwurffassung vor-

liegenden Planungsgrundlagen und Strukturqualitätskriterien für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung wurde eine wohnortnahe Betreuung - unabhängig von Spitalsambulanzen - durch ambulante und mobile Einheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie für erforderlich erachtet, wobei ab einem Einzugsgebiet von rd. 250.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohnern eine solche Einheit zur Verfügung stehen sollte. Eine verbindliche Festlegung dieses Versorgungsstrukturelementes unterblieb allerdings - ebenso wie die Strukturqualitätskriterien für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie - im Rahmen des ÖSG 2006.

Im bereits mehrfach erwähnten Arbeitsbericht "Stationäre, tagesklinische und ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Wien" der ÖBIG GmbH vom Mai 2007 wurde insofern auf die ambulante und mobile kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung Bezug genommen, als bestimmte bestehende Einrichtungen und Dienste in Wien diesem Versorgungsbereich grundsätzlich zugerechnet werden könnten. Vorbehaltlich einer für eine endgültige Bewertung als versorgungswirksame ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Einheit noch durchzuführenden einrichtungsbezogenen Leistungs- und Zielgruppenanalyse wurden in diesem Zusammenhang u.a. das Kinderschutzzentrum Wien, das Kinderschutzzentrum die möwe, die Abteilung Jugend- und Behindertenpsychiatrie mit Autismuszentrum des PSD, die Standorte des Psychologischen Dienstes der Magistratsabteilung 11 und die Standorte des Instituts für Erziehungshilfe genannt.

Die fünf Standorte des Instituts für Erziehungshilfe, welche sowohl Beratungshilfen und therapeutische Hilfen im Auftrag der Magistratsabteilung 11 als auch klinisch-psychologische und psychotherapeutische Krankenversicherungsleistungen erbringen, unterliegen bereits einer regionalen Aufgabenverteilung und sind demgemäß für jeweils eine Versorgungsregion zuständig. Im Übrigen ist auch beim Psychologischen Dienst der Magistratsabteilung 11 eine regionale Leistungserbringung gewährleistet, da seine MitarbeiterInnen in den dezentral eingerichteten Regionalstellen und Eltern-Kind-Zentren unterstützend mitwirken. Auch wenn die beiden im Rahmen der Jugendwohlfahrt tätigen Einrichtungen hinsichtlich ihrer Zielgruppe Berührungspunkte zu kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen aufweisen, stellen diese nach Auffassung des Kontroll-

amtes von ihrem Leistungsangebot her keine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Einheit dar.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 11:

Die Magistratsabteilung 11 begrüßt es, dass das Kontrollamt in seiner Betrachtung der ambulanten und mobilen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung feststellt, dass weder die Institute für Erziehungshilfe noch der Psychologische Dienst der Magistratsabteilung 11 eine kinder- und jugendpsychiatrische Einheit darstellen. Das würde auch nicht den Aufgaben der Magistratsabteilung 11 entsprechen, die gefährdete Kinder zu schützen und Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe zu unterstützen hat. Selbst wenn die Magistratsabteilung 11 mit der Obsorge von kranken Kindern betraut ist, gehört die notwendige medizinische Versorgung dieser Kinder zu den Aufgaben des Gesundheitsbereiches.

5.3.4 Ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen

Die flächendeckende Versorgung mit ambulanten Einrichtungen zur umfassenden Behandlung beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher im Bundesland Wien war Gegenstand eines Konzeptes der Ärztlichen Leitung des ZEF der FÖBE GmbH, das im Juni 2003 erstellt und im Jänner 2007 geringfügig modifiziert wurde. Aufbauend auf internationalen Empfehlungen und dem Konsensuspapier "Mindestanforderungen an Zentren zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen oder Entwicklungsstörungen in Österreich" der ehemaligen Arbeitsgruppe Cerebrale Entwicklungsstörungen der ÖGKJ aus dem Jahr 1998 wurden im Rahmen dieses Konzeptes im Besonderen die aktuelle Versorgungssituation und die Soll-Situation behandelt.

Gemäß diesem Konzept verfüge Wien über vier Ambulatorien für beeinträchtigte Kinder und Jugendliche, die den diesbezüglichen Empfehlungen der ehemaligen Arbeitsgruppe Cerebrale Entwicklungsstörungen der ÖGKJ entsprechen. Dabei handle es sich um drei der vier Ambulatorien des VKKJ und um das auf die Betreuung von Kindern bis zum

sechsten Lebensjahr eingeschränkte ZEF der FÖBE GmbH. Daneben wären in Wien auch andere Einrichtungen, wie z.B. die Stellen für Entwicklungsdiagnostik der Magistratsabteilung 15, in diesem Versorgungsbereich tätig, die allerdings z.T. keine Langzeitbetreuungen durchführten und/oder durch Altersbegrenzungen nicht für alle Kinder und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen zugänglich wären.

In weiterer Folge wurde im Konzept vor dem Hintergrund der Wartezeitenproblematik, der punktuellen Aufnahmesperren sowie der vermehrten Weiterverweisungen in den genannten Einrichtungen ein bedarfsorientierter Ausbau der Behandlungs- und Betreuungskapazitäten gefordert. Auf Grundlage des bereits erwähnten Konsensuspapiers und internationaler Empfehlungen wurde eine Berechnung angestellt, wonach zur Mindestversorgung beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher in Wien ein Bedarf an sieben regional verteilten Ambulatorien für rd. 4.500 zu betreuende Patientinnen und Patienten bestünde. Um eine genauere Vorstellung über die notwendigen Behandlungsangebote zu erhalten, wäre allerdings nach Auffassung der Verfasser des Konzeptes die Durchführung einer epidemiologischen Erhebung der in Wien lebenden sowie eine Gesamterfassung der - in den unterschiedlichen Einrichtungen des extramuralen und intramuralen Bereiches - in Behandlung stehenden beeinträchtigten Kinder und Jugendlichen erforderlich.

Hinsichtlich des bedarfs- und bedürfnisgerechten Ausbaues wurde eine Umwandlung der beiden Stellen für Entwicklungsdiagnostik der Magistratsabteilung 15 in voll ausgestattete Ambulatorien an neuen Standorten und eine gleichzeitige Ausweitung des Leistungsangebotes aller Ambulatorien auf Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr vorgeschlagen, wobei die Umsetzung in Absprache und Kooperation mit der Stadt Wien und den Krankenversicherungsträgerinnen bzw. -trägern erfolgen sollte. Des Weiteren wurde im Konzept auf zu berücksichtigende Erfordernisse hinsichtlich der Standortwahl, der Personalausstattung und der Räumlichkeiten der Ambulatorien sowie Kostengesichtspunkte eingegangen.

5.3.5 Feststellungen des Kontrollamtes

5.3.5.1 Bei der Erstellung des - den stationären und ambulanten Gesundheitsbereich umfassenden - RSG Wien wird in Entsprechung der Vorgaben des ÖSG 2006 auch auf

die Sicherstellung einer möglichst gleichmäßigen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit medizinischen Leistungen einzugehen sein. In Bezug auf die prüfungsrelevanten Versorgungsbereiche ist die Frage der regionalen Versorgungsgerechtigkeit im Betrachtungszeitraum bereits in einer Reihe von Fachgutachten thematisiert worden.

Verbindliche Rahmenvorgaben die regionale Verteilung betreffend sind im ÖSG 2006 nur in Bezug auf die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung enthalten. Einem Gutachten der ÖBIG GmbH vom Mai 2007 zufolge wäre erst mit dem bedarfsdeckenden und auf alle Versorgungsregionen verteilten Ausbau der Kapazitäten, z.B. durch die Schaffung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Vollabteilung in der Versorgungsregion Wien-Nordost, eine vollständige Regionalisierung in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Wien gegeben.

Zwischenzeitlich wurde zur Sicherstellung einer klaren Aufgabenverteilung zwischen der KJP-AKH und der KJP-NZR im Juli 2008 in Abstimmung mit der Magistratsabteilung 70 eine regionale Zuständigkeit für Rettungsfahrten in Akutfällen eingeführt.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

Mit der Errichtung einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Krankenhaus Nord wird auch die regionale Versorgungsgerechtigkeit bei der Spitalsversorgung gesichert sein.

5.3.5.2 Eine außerstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Form von ambulanten und mobilen kinder- und jugendpsychiatrischen Einheiten wurde zwar in der Entwurffassung zum Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen, eine verbindliche Festlegung dieses dem extramuralen Bereich zurechenbaren Versorgungsstrukturelementes im ÖSG unterblieb allerdings bis dato. Die in diesem Zusammenhang im Gutachten der ÖBIG GmbH genannten und im Rahmen der Jugendwohlfahrt tätigen Einrichtungen, wie das Institut für Erziehungshilfe und der Psychologische Dienst der Magistratsabteilung 11, weisen bereits regionalisierte Strukturen auf.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 11:

Wohl weisen das Institut für Erziehungshilfe und der Psychologische Dienst der Magistratsabteilung 11 regionale Strukturen auf, doch liegt dort der Schwerpunkt eindeutig auf dem Kinderschutz bzw. auf Beratungsangeboten im Sozialen Dienst.

Wie das Kontrollamt im Pkt. 5.3.3 feststellt, können diese Stellen aber nicht der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zugerechnet werden.

5.3.5.3 Was die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen anlangt, waren dem Kontrollamt keine verbindlichen Vorgaben hinsichtlich der regionalen Versorgungsgerechtigkeit bekannt. Wie bereits im Pkt. 2.6 des gegenständlichen Berichtes ausgeführt, wies die Stadt Wien zu diesem Versorgungsbereich insofern Berührungspunkte auf, als der FSW im Rahmen der Behindertenhilfe/Frühförderung die vier Wiener Ambulatorien des VKKJ sowie das ZEF der FÖBE GmbH fördert und die Magistratsabteilung 15 im Rahmen des Wiener Risikokinderprogrammes die beiden Stellen für Entwicklungsdiagnostik vorhält. Gemäß einem im Jahr 2003 erstellten Konzept würde eine regionale Versorgungsgerechtigkeit in diesem Bereich erst mit einem Ausbau der bestehenden Kapazitäten und bestimmten Mindestanforderungen erfüllenden Ambulatorien erreicht werden.

Auch nach Auffassung des Kontrollamtes erschien - ohne der im Pkt. 2.6 empfohlenen Bedarfserhebung vorgreifen zu wollen - eine gemeinsam mit den Krankenversicherungsträgerinnen bzw. -trägern anzustrebende Weiterentwicklung der Kapazitäten in diesem Versorgungsbereich im Hinblick auf die festgestellten Wartezeiten bzw. Aufnahmesperren angebracht. Die beiden Stellen für Entwicklungsdiagnostik der Magistratsabteilung 15 wären dabei im Sinn der bereits mehrfach getroffenen Empfehlungen des Kontrollamtes in geeigneter Betriebsform in die diesbezüglichen Planungen einzubeziehen.

5.4 Projekt "Kinder- und Jugendneuropsychiatrische Versorgung in Wien"

Frage: 4.4: Im Auftrag der ehemaligen Stadträtin Dr. Pittermann wurde im August 2001 das Projekt "Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung in Wien" mit

dem Ziel einer Gesamtplanung dieses Bereiches in Auftrag gegeben. Zum Projektleiter wurde Herr Univ.Prof. Dr. Ernst Berger ernannt. Im Februar 2004 wurde ein Projekt-Zwischenbericht vorgelegt, seitdem "ruhen" die Arbeiten. Wird dieses Projekt weitergeführt und wann ist mit den Ergebnissen zu rechnen?

5.4.1 Projektbeauftragung und Projektzwischenbericht (Februar 2004)

Grundlage des Projektes "Kinder- und Jugendneuropsychiatrische Versorgung in Wien" war ein Konzept aus dem Jahr 2001, das Univ.Prof. Dr. Berger im Auftrag der damals amtsführenden Stadträtin für Gesundheits- und Spitalswesen erstellt hatte. Gemäß dem Konzept war ein grundsätzlicher Reformbedarf für Wien bereits im Bericht des Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie über den Stand und die Entwicklung der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Österreich (November 1991) sowie in früheren Positionspapieren der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie (ÖGKJNP) thematisiert worden.

Ausgehend von diesen Unterlagen waren von Univ.Prof. Dr. Berger anhand einer Ist-Stand-Analyse u.a. nachfolgende Reformvorschläge für den stationären, halbstationären und ambulanten Bereich sowie für die Kooperationsbereiche im Zusammenhang mit der kinder- und jugendneuropsychiatrischen Versorgung in Wien erarbeitet worden. Während Optimierungen bzw. Verbesserungen im stationären Bereich durch klarere Aufgabendefinitionen vorhandener bettenführender Einrichtungen sowie durch die Einführung verbindlicher Personalbedarfsberechnungen für das Ärzte- und Pflegepersonal erreicht werden sollten, war im halbstationären Bereich die Schaffung von tagesklinischen Behandlungsplätzen geplant. Die Schwerpunkte im ambulanten Bereich wurden in der Errichtung gemeindenaher extramuraler Versorgungseinheiten in Form von kinder- und jugendneuropsychiatrischen Ambulatorien sowie in der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche gesehen. Darüber hinaus war beabsichtigt, entsprechend der spezifischen Versorgungsstruktur der Kinder- und Jugendpsychiatrie das Schnittstellenmanagement zu anderen bettenführenden Fachabteilungen (Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendheilkunde), zum extramuralen Bereich sowie zu anderen Institutionen (z.B. Magistratsabteilung 11) zu verbessern.

Nachdem der weitere Projektablauf konkretisiert und eine Prioritätenreihung der zu behandelnden Themen festgelegt worden war, wurde Univ.Prof. Dr. Berger schließlich im April 2002 im Auftrag der damaligen Stadträtin vom seinerzeitigen Generaldirektor des KAV mit der Projektleitung "Kinder- und Jugendneuropsychiatrische Versorgung in Wien" beauftragt.

Im Rahmen des Projektzwischenberichtes vom Februar 2004 erfolgte eine erste Zusammenfassung der bis zu diesem Zeitpunkt in den einzelnen Reformbereichen gesetzten Umsetzungsschritte. Demzufolge wäre zur Optimierung der kinder- und jugendneuropsychiatrischen Versorgungsstruktur im stationären und halbstationären Bereich des KAV in der Teilunternehmung "Krankenanstalten und Pflegeheime der Stadt Wien" (ehemalige TU 1) und in der TU 2 jeweils ein eigenes Projekt initiiert worden (s. Pkte. 5.4.2 und 5.4.3). Des Weiteren hätten hinsichtlich der anderen den stationären Bereich betreffenden Reformpunkte, wie z.B. die Erstellung verbindlicher Personalbedarfspläne, erste Vorgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der GED des KAV stattgefunden.

Was die Schaffung von tagesklinischen Behandlungsplätzen bzw. gemeindenaher ambulanter Versorgungseinrichtungen anbelangt, wurde im Projektzwischenbericht festgehalten, dass die zwischenzeitige Inbetriebnahme des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulatoriums mit Tagesklinik des PSD einen ersten Schritt zur Realisierung dieses Planungszieles darstellte. Darüber hinaus wären mit der Magistratsabteilung 11 und anderen Einrichtungen Gespräche zum weiteren Ausbau der Zusammenarbeit geführt worden. Hinsichtlich der Neugestaltung der Kooperation mit den Fachbereichen Kinder- und Jugendheilkunde und Psychiatrie wurde hingegen auf die Etablierung des Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie auf die laufenden Teilprojekte im KAV verwiesen.

5.4.2 Teilprojekt "AKH - Strukturen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung"

Das Teilprojekt "AKH - Strukturen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung" in der TU 2 wurde im Zeitraum August 2003 bis Mai 2005 unter Mitwirkung der KJP-AKH und der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde durchgeführt.

Aufbauend auf einer Grundsatzentscheidung des für dieses Teilprojekt eingesetzten Auftraggeber- und Steuerungsgremiums wurde die an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde angesiedelte 20 Betten umfassende Station "Heilpädagogik" im Frühjahr 2004 in die ITK-AKH mit 15 Betreuungsplätzen umgewandelt und deren organisatorische Zuordnung zu den beiden Kliniken periodisch (jährlich) wechselnd geregelt. Weiters wurden die an der Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters betreuten neuropädiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten (acht Behandlungsplätze) der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde zugeordnet und die dabei frei werdenden Kapazitäten für die vollstationäre Betreuung von Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Krankheitsbildern verwendet.

Inwieweit das neu konzipierte Tagesklinikmodell routinetauglich ist, war Gegenstand einer bis Dezember 2007 durchgeführten Evaluierung. Wie aus dem abschließenden Evaluationsbericht hervorgeht, vereinbarten die beiden Klinikvorstände in der zweiten Jahreshälfte 2006 zur Hintanhaltung von Benachteiligungen, dass die Betreuungsplätze im Jahresdurchschnitt je zur Hälfte von beiden Kliniken zu belegen wären. Da aber die Tagesklinikplätze auf Grund der Wartezeiten von drei bis sechs Monaten für Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie wenig geeignet waren und diese häufiger als pädiatrische Patientinnen und Patienten die Betreuung abbrachen, wurde von den 15 Betreuungsplätzen im Schnitt nur rd. ein Drittel von der Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Anspruch genommen.

Angesichts dieser Entwicklung wurde die interdisziplinär geführte Tagesklinik auf Grundlage einer Entscheidung der Direktion der TU 2 Anfang des Jahres 2008 zur Gänze der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde zugeordnet, sodass der nunmehrige Tätigkeitsschwerpunkt der Tagesklinik in der psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen liegt.

5.4.3 Teilprojekt "Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime - Strukturen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung"

Parallel zum Projekt in der TU 2 war im Dezember 2003 nach Abschluss der Vorarbeiten die Grundsatzentscheidung zur Projektdurchführung in der ehemaligen TU 1 ge-

troffen worden, wobei auf Grund des Projektauftrages das NZR, das OWS und das WIL in die Umstrukturierungspläne einzubeziehen waren.

Im Sinn einer klaren Aufgabenverteilung sollte die KJP-NZR die 20 Betten der behindertenpsychiatrischen Station C3, in der Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr untergebracht waren, unter Aufrechterhaltung der Betreuungsstruktur an das OWS abgeben. Im Gegenzug war die Transferierung von zehn Betten der Station für Krisenintervention und Psychotherapie im Jugendalter der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde - Kinderklinik Glanzing mit Neonatologie und Psychosomatik des WIL sowie von fünf im Zuge des Umstrukturierungsprojektes AKH abgebauten Betten der ehemaligen heilpädagogischen Station in das NZR geplant, die als sozialpsychiatrische Rehabilitationsstation geführt werden sollten. In einem ergänzenden Memorandum zum gegenständlichen Projekt vom Jänner 2004 begründete der Projektleiter Univ.Prof. Dr. Berger die Notwendigkeit dieser Umstrukturierungsmaßnahmen u.a. mit der geplanten Schaffung eines neuen Sonderfaches "Kinder- und Jugendpsychiatrie" und mit dem evidenten Bedarf nach einer sozialpsychiatrisch - rehabilitativen Krankenhausstation im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

In der Ende Jänner 2004 abgehaltenen konstituierenden Sitzung des für dieses Teilprojekt eingesetzten Steuerungsgremiums wurden allerdings die geplanten Umstrukturierungsmaßnahmen vorerst nicht freigegeben, da es lt. Sitzungsprotokoll Gründe für eine weiterführende Situationsanalyse gegeben habe. Zum einen sollte im Hinblick auf im Gremium aufgetretene Abgrenzungsfragen zwischen psychosomatischer und psychiatrischer Versorgung eine Empfehlung des damaligen ÖBIG abgewartet werden. Zum anderen wurde - auf Grund unterschiedlicher Interpretationen - eine externe Analyse der Entlassungsdiagnosen nach ICD der Station für Krisenintervention und Psychotherapie im Jugendalter des WIL hinsichtlich der Zuordnung zur Psychosomatik oder zur Psychiatrie für notwendig erachtet.

Im Rahmen der zweiten Sitzung des Steuerungsgremiums Ende März 2004 wurden die Analyseergebnisse der zwei hinzugezogenen Fachexperten vorgestellt, wobei sich ihre Gutachten dahingehend unterschieden, als der Anteil der Patientinnen und Patienten

der Station für Krisenintervention und Psychotherapie im Jugendalter des WIL mit psychiatrischen Diagnosen mit 50 % bzw. mit 30 % ausgewiesen wurde. Dem Sitzungsprotokoll zufolge wurden - nach einer Diskussion über die Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den Begriffen "psychosomatisch" und "psychiatrisch" - im Hinblick auf die Beibehaltung des psychosomatischen Schwerpunktes am Standort WIL schließlich unterschiedliche Szenarien einer Aufgabenabgrenzung zwischen NZR und WIL erörtert.

Gemäß dem im Anschluss an die zweite Sitzung des Steuerungsgremiums erstellten und frei gegebenen Projektplan vom 30. März 2004 sollte eine Prüfung der Versorgungsvarianten psychosomatisch erkrankter Kinder und Jugendlicher am Standort WIL durch die dortige Kollegiale Führung bis Mai 2004 vorgenommen werden. Wie das Kontrollamt hiezu in Erfahrung brachte, konnte allerdings im Zusammenhang mit den geplanten Umstrukturierungsmaßnahmen im WIL keine von allen Seiten akkordierte Versorgungsvariante gefunden werden, sodass das Teilprojekt gestoppt wurde.

Infolge der Neubesetzung der Funktion der amtsführenden Stadträtin für Gesundheit und Soziales im Juli 2004 und des Führungswechsels auf den Ebenen der GED des KAV sowie der TU 1 im März 2005 wurde vom Projektleiter Univ.Prof. Dr. Berger ein neuerlicher Anlauf zur Fortführung des Teilprojektes in der TU 1 genommen, allerdings führten diese Bemühungen nicht zur Wiederaufnahme des Projektes.

Wie die weiteren Erhebungen des Kontrollamtes ergaben, wurde das Teilprojekt auch in einem Bericht der Stabsstelle Interne Revision der GED des KAV vom Juli 2005 anlässlich einer Sonderprüfung über die Aufnahmepraxis von psychiatrischen Patientinnen und Patienten erwähnt. Im Hinblick auf das im Jahr 2004 zum Stillstand gekommene Teilprojekt empfahl die Interne Revision im Einvernehmen mit der Führungsebene des KAV, die strategische Versorgungsplanung und Umsetzung der künftigen Strukturen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im KAV der Direktorin der TU 1 zu übertragen.

Mit Schreiben vom April 2006 hob der Generaldirektor des KAV in Absprache mit der damaligen amtsführenden Stadträtin für Gesundheit und Soziales schließlich die Be-

stellung von Univ.Prof. Dr. Berger zum "Leiter des Projektes Kinder- und jugendneuropsychiatrische Versorgung in Wien" mit sofortiger Wirkung auf. Gleichzeitig wurde mitgeteilt, dass die Direktorin der TU 1 die Koordination der weiteren Planungen zur Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung übernommen hat.

5.4.4 Feststellungen des Kontrollamtes

Dem im Jahr 2001 verfassten Projektkonzept über die kinder- und jugendneuropsychiatrische Versorgung in Wien lag nach Auffassung des Kontrollamtes durch die Einbeziehung des stationären, halbstationären und ambulanten Bereiches sowie anderer Kooperationsbereiche eine umfassende Betrachtungsweise zu Grunde, wobei eine Konkretisierung der enthaltenen Reformvorschläge im weiteren Projektverlauf erfolgte.

Insgesamt betrachtet konnten im Rahmen des Projektes zwar bestimmte Teilprojekte abgeschlossen werden, allerdings gingen andere Reformpunkte über die Planungs- bzw. Vorbereitungsphase nicht hinaus oder kamen in der Umsetzungsphase zum Stillstand.

Das in der ersten Jahreshälfte 2004 auf Grund der beschriebenen Umstände gestoppte Teilprojekt in der TU 1 war auch infolge geänderter Rahmenbedingungen, wie z.B. die geplante Neuerrichtung des Krankenhauses Nord oder die in Aussicht gestellte Schaffung des Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie, nicht weiter geführt worden. Nachdem die Prüfung der Versorgungsvarianten psychosomatisch erkrankter Kinder und Jugendlicher am Standort WIL zu keinem abschließenden Ergebnis führte, wäre eine raschere Klärung des weiteren Projektherganges zweckmäßig gewesen.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

Wenn auch das im Jahr 2003 erstellte Strukturprojekt nicht gänzlich umgesetzt werden konnte, sind zwischenzeitlich die damit verbundenen Zielsetzungen erfüllt. Dies gilt insbesondere für die Umstrukturierung der KJP-NZR. Das Leistungsspektrum der Kinderneurologie und Kinderneurorehabilitation wurde im Mai 2008 vom

KFJ übernommen. In der zukunftsorientierten Planung für das OWS ist vorgesehen, den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie der heutigen Station C3 der KJP-NZR dem überregionalen Leistungsangebot des OWS hinzuzufügen.

In der bereits laufenden Übersiedlungsplanung der KJP-NZR vom Standort Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel in das WIL - mit Zeithorizont 2014 - ist eine enge Kooperation der beiden Abteilungen enthalten.

Die Stellungnahmen der geprüften Einrichtungen sind den jeweiligen Berichtsabschnitten zugeordnet worden.

Der Kontrollamtsdirektor:
Dr. Erich Hechtner
Wien, im Jänner 2009

ALLGEMEINE HINWEISE

Allfällige Rundungsdifferenzen bei der Darstellung von Berechnungen wurden nicht ausgeglichen.

Schützenswerte personenbezogene Daten wurden im Sinn der rechtlichen Verpflichtung zum Schutz derartiger Daten anonymisiert, auf die Wahrung von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen wurde bei der Abfassung des Berichtes Bedacht genommen. Es wird um Verständnis gebeten, dass dadurch die Lesbarkeit des Berichtes beeinträchtigt sein könnte.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ÄAO 2006 ..... Ärzte-Ausbildungsordnung 2006
AKH ..... Allgemeines Krankenhaus - Universitätskliniken
ASVG ..... Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BAG ..... Berufsausbildungsgesetz
BMZ ..... Bettenmessziffer
B-VG ..... Bundes-Verfassungsgesetz
DSA ..... Diplomierte Sozialarbeiterin bzw. Diplomierter Sozialarbeiter
DSP ..... Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital
ED 10 ..... Stelle für Entwicklungsdiagnostik der Magistratsabteilung 15 im 10. Wiener Gemeindebezirk
ED 18 ..... Stelle für Entwicklungsdiagnostik der Magistratsabteilung 15 im 18. Wiener Gemeindebezirk
EDV ..... Elektronische Datenverarbeitung
ehemalige TU 1 ..... Teilunternehmung "Krankenanstalten und Pflegeheime der Stadt Wien"
FB MEF ..... Fachbereich "Mobile Entwicklungsförderung"
FÖBE GmbH ..... Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH
FSW ..... Fonds Soziales Wien
GED ..... Generaldirektion
GEM ..... Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien
GGS ..... Geschäftsgruppe für Gesundheit und Soziales
GIS ..... Geschäftsgruppe für Bildung, Jugend, Information und Sport
Grundversorgungs-
vereinbarung - Art. 15a B-VG ..... Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen zur vorübergehenden Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber,

Asylberechtigte, Vertriebene und andere aus rechtlichen oder faktischen Gründen nicht abschiebbare Menschen) in Österreich

ICD ..... International Classification of Diseases and Related Health Problems

ITK-AKH ..... Interdisziplinäre Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik im AKH

JGG ..... Jugendgerichtsgesetz 1988

KAKuG ..... Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten

KAV ..... Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"

KCU ..... Klinische Core Unit

KFJ ..... Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital

KIG ..... Kriseninterventionsgruppe

KJP-AKH ..... Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters im Allgemeinen Krankenhaus - Universitätskliniken

KJP-NZR ..... Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche mit Behindertenzentrum im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

Landesleitstelle ..... "Grundversorgung Wien Landesleitstelle"

LKF ..... Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

MFF ..... Mobile Frühförderung

MTD ..... Medizin-technische Dienste

MUW ..... Medizinische Universität Wien

NZR ..... Neurologisches Zentrum Rosenhügel

ÖBIG ..... Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

ÖBIG GmbH ..... ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH

ÖGKJ ..... Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde
ÖHTB ..... Österreichisches Hilfswerk für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte
ÖKAP/GGP ..... Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ÖSG 2006 ..... Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006
OWS ..... Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner-Spital
PC ..... Personal Computer
PSD ..... Fonds "Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien"
RSG Wien ..... Regionaler Strukturplan Gesundheit für Wien
SDW GmbH ..... Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
SMG ..... Suchtmittelgesetz
StVG ..... Strafvollzugsgesetz
TB ..... Tätigkeitsbericht
TKPSO-AKH ..... Tagesklinik Psychosomatik der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH
TU 1 ..... Unternehmung "Krankenanstalten der Stadt Wien"
TU 2 ..... Teilunternehmung "Allgemeines Krankenhaus - Universitätskliniken"
TZK ..... Therapiezentrum Ybbs - Psychiatrisches Krankenhaus
UbG ..... Unterbringungsgesetz
UmF ..... unbegleitete minderjährige Fremde
Verein Hemayat ..... Verein zur Betreuung von Folter- und Kriegsüberlebenden - Hemayat
VKKJ ..... Verein "Vereinigung zugunsten körper- und mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher für Wien, NÖ und das Burgenland"

VZÄ ..... Vollzeitäquivalent
WBHG ..... Wiener Behindertengesetz
WGF ..... Wiener Gesundheitsfonds
WGKK ..... Wiener Gebietskrankenkasse
WGVG ..... Wiener Grundversorgungsgesetz
WIL ..... Wilhelminenspital
WKAP 2003 ..... Wiener Krankenanstaltenplan 2003
WKAP 2006 ..... Wiener Krankenanstaltenplan 2006
WKTHG ..... Wiener Kindertagesheimgesetz
WKTHVO ..... Wiener Kindertagesheimverordnung
Wr. KAG ..... Wiener Krankenanstaltengesetz 1987
WrJWG 1990 ..... Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz 1990
WSHG ..... Wiener Sozialhilfegesetz
WStV ..... Wiener Stadtverfassung
ZEF ..... Zentrum für Entwicklungsförderung