

*Ausgehend von einem externen - im Jahr 1997 erstellten - Organisationsgutachten wurde der operative Bereich der zur Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA) gehörenden Krankenanstalt Sanatorium HERA einer neuerlichen Einschau unterzogen. Sowohl die verstärkte Inanspruchnahme des OP-Bereiches durch Haus- und Belegärzte als auch die Umsetzung einzelner organisatorischer und personeller Maßnahmen führten im Vergleichszeitraum 1996 bis 2003 zu einem deutlichen Anstieg der operativen Leistungen.*

*Trotz dieses positiven Trends war die OP-Betriebsorganisation punktuell verbesserungswürdig. In diesem Zusammenhang wurde eine Untersuchung dahingehend empfohlen, inwiefern durch die Konzentration der operativen Tätigkeiten und der Aufwachkapazitäten auf jeweils einer Ebene Synergieeffekte erzielt werden könnten. Weiters brachte eine Analyse der Personalausstattung sowie des Personaleinsatzes der im OP-Bereich tätigen Berufsgruppen ein nicht unerhebliches Optimierungspotenzial zu Tage. Im Besonderen erschien es angebracht, die zur Notfall- und Erste-Hilfe-Versorgung außerhalb der OP-Betriebszeiten vorgehaltenen Personalressourcen zu verringern.*

## 1. Einleitung

Der operative Bereich (OP-Bereich) einer Krankenanstalt zählt im Hinblick auf die vorzuhaltenden Personal- und Sachressourcen zu den kostenintensivsten Einheiten eines Spitals. In der als Privatkrankenanstalt geführten HERA entfallen rd. ein Viertel der jährlichen Gesamtkosten auf den OP-Bereich, der auch insofern den Tätigkeitsschwerpunkt der HERA darstellt, als die operativen Fächer mit durchschnittlich rd. 80 % der Belagstage die Auslastung des stationären Bereiches bestimmen.

Eine effiziente OP-Betriebsorganisation liegt angesichts immer knapper werdender Budgetressourcen nicht nur im Interesse des Spitalerhalters, sondern sollte darüber hinaus optimale Rahmenbedingungen für die zu operierenden Patienten und für die Tätigkeit des OP-Personals schaffen. Im Besonderen erfordert die große Anzahl der im OP-Bereich tätigen Berufsgruppen (wie Operateure unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete, Anästhesisten, Krankenpflegefach- und Sanitätshilfsdienste sowie Verwaltungs-

und Reinigungspersonal) eine koordinierte interdisziplinäre Zusammenarbeit, um einen ergebnis- und patientenorientierten OP-Betrieb sicherstellen zu können. Der Tatsache, dass in der HERA als Belegspital nicht nur angestellte Fachärzte der KFA - so genannte Hausärzte -, sondern auch externe Fachärzte - so genannte Belegärzte - als Operateure tätig sind, ist dabei ebenfalls Rechnung zu tragen.

Auf Grund von Problemen in der OP-Betriebsorganisation und der unbefriedigenden Auslastung des OP-Bereiches beauftragte die KFA bereits im März 1996 ein deutsches Managementinstitut mit der Erstellung eines Gutachtens über die Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe der OP-Abteilung. Nach einer umfassenden Bestandsaufnahme sowie Prozess- und Schwachstellenanalyse wurde schließlich Anfang 1997 das endgültige Organisationsgutachten an die KFA übergeben. Im Rahmen dieses Gutachtens wurden nicht nur Empfehlungen zu den Themenbereichen OP-Planung, Hygiene und Dokumentation abgegeben, sondern u.a. auch Maßnahmen in Bezug auf den Leistungsumfang und die Dienstplangestaltung angeregt, die eine bessere Auslastung der OP-Kapazitäten und einen effizienteren Personaleinsatz zum Ziel hatten. Inwiefern diese Empfehlungen und Maßnahmen zur Umsetzung gelangten und sich daraus tatsächlich eine Verbesserung der OP-Betriebsorganisation in der HERA ergab, war neben anderen Aspekten Gegenstand der Prüfung des Kontrollamtes.

Für allfällige Mehrjahresvergleiche wurde das Jahr 1996 als Ausgangsbasis herangezogen, da das Organisationsgutachten aus dem Jahr 1997 auf Daten dieses Jahres beruhte und daher auf OP-spezifische Auswertungen zurückgegriffen werden konnte.

## 2. Allgemeine Beschreibung des OP-Bereiches

Die Leistungen des OP-Bereiches werden im Besonderen von den als Operateure tätigen Hausärzten des Ambulanzbereiches sowie den Belegärzten bestimmt, wobei - bedingt durch die Größe des Hauses - die vorhandene apparative Ausstattung in den OP-Einheiten und das Nichtvorhandensein bestimmter Infrastruktureinrichtungen (z.B. intensivmedizinische Einheiten) das operative Leistungsspektrum einschränken. Der Tätigkeitsschwerpunkt des OP-Bereiches der HERA liegt daher in der Durchführung geplanter operativer Eingriffe in zehn medizinischen Fachgebieten, und zwar Augenheil-

kunde (Augen), Chirurgie, Gynäkologie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (HNO), Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Kieferchirurgie), Neurochirurgie, Orthopädie, Plastische Chirurgie, orthopädische Unfallchirurgie und Urologie.

Der als Zentral-OP geführte und in der nachstehenden Tabelle dargestellte OP-Bereich ist seit dem Jahr 1987 auf zwei Ebenen (4. und 5. Stock) des Hauptgebäudes aufgeteilt, wobei jede Ebene grundsätzlich als eine in sich abgeschlossene Einheit betrachtet werden kann.

OP-Bereich		
OP- bzw. Eingriffsraum	Abkürzung	Ebene
OP-Saal 1	OP1	5
OP-Saal 2	OP2	5
OP-Saal 3	OP3	5
Eingriffsraum 1	E1	4
Eingriffsraum 2	E2	4
Urologischer Eingriffsraum	TUR-OP	4
Endoskopieraum	ENDO	4

Während in den OP-Sälen der Ebene 5 mit wenigen Ausnahmen nur stationär aufgenommene Patienten operiert werden, erfolgt in den Räumlichkeiten der Ebene 4 die Versorgung sowohl stationärer als auch ambulanter Patienten. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass der Ambulanzbereich der HERA mit Ausnahme der Chirurgischen Ambulanz über keine entsprechenden Eingriffsräumlichkeiten verfügt und daher den OP-Bereich der Ebene 4 mitbenutzt.

### 3. Raum- und Funktionsprogramm

Der aseptisch ausgerichtete OP-Bereich der Ebene 5 wurde nach einem Um- bzw. Neubau im Jahr 1987 in Betrieb genommen. Die zu operierenden Patienten und das Personal gelangen über unterschiedliche Schleusen in den reinen OP-Bereich. Während bei den Patienten die Einschleusung über den Umbetraum und die Ausschleusung über den Aufwachraum erfolgt, erfüllen diese Funktionen beim Personal die nach Geschlechtern getrennten Umkleideräume. Im reinen OP-Bereich angelangt, sind die drei räumlich aneinander gereihten OP-Säle (OP1-3) über einen Flur begehbar und mit entsprechenden Vorbereitungs- und Waschräumen ausgestattet. Im angrenzenden Aufwachraum

stehen fünf postoperative Überwachungspositionen zur Verfügung. Darüber hinaus sind im unreinen OP-Bereich der Ebene 5 ein kleines Labor für die Durchführung von Schnellschnitten sowie die Zentralsterilisation untergebracht, die jedoch wegen der Umstellung der Sterilgutaufbereitung auf Fremdversorgung bis Ende 2004 ihren Betrieb einstellen wird.

In der Ebene 4 befinden sich die im Jahr 1991 nach Umbauarbeiten fertig gestellten drei septisch konzipierten Eingriffsräume (E1, E2, TUR-OP) sowie der Endoskopieraum (ENDO). Im Unterschied zum OP-Bereich der Ebene 5 werden die zu operierenden Patienten ohne Einschleusung direkt in den OP-Wartebereich gebracht, während der Zutritt des Personals über Umkleideräume erfolgt. Für die OP-Vorbereitung ambulanter Patienten ist eine Kabine mit zwei Liegen vorgesehen. Zur postoperativen Überwachung stehen ein Aufwachraum mit drei Überwachungspositionen und eine Kabine mit zwei Liegen zur Verfügung. Darüber hinaus ist ein Gipsraum vorhanden, der auch als Erste-Hilfe-Raum genutzt wird.

Neben den hier beschriebenen OP-Kernbereichen verfügen beide Ebenen über zusätzliche für den OP-Betrieb erforderliche Funktions- und Nebenräume. Darunter sind z.B. Räume für die Ver- und Entsorgung, Leitstellen und Sozialräume zu verstehen. Die in den OP-Ebenen 4 und 5 vorgefundene einrichtungsmäßige und technische Ausstattung entspricht den Anforderungen eines modernen OP-Betriebes.

Wie die Einschau zeigte, kam es im Jahr 1997 mit der Adaptierung des in der Ebene 5 des OP-Bereiches gelegenen Aufwachraumes zu einer Neuorganisation der postoperativen Überwachung. Darüber hinaus konnten durch die Verlegung der bisher in der Ebene 4 des OP-Bereiches durchgeführten ambulanten Infusionstherapien in den Stationsbereich weitere Kapazitäten für die OP-Vorbereitung und für die postoperative Überwachung gewonnen werden. Abgesehen davon blieb das Raum- und Funktionsprogramm des gesamten OP-Bereiches bis auf geringfügige Adaptierungen unverändert, wobei zum Prüfungszeitpunkt die Nachnutzung der Räumlichkeiten der Zentralsterilisation zur Diskussion stand.

#### 4. OP-Planung und Dokumentation

##### 4.1 OP-Planung

Die OP-Planung ist ein wesentliches Element der OP-Betriebsorganisation und hat verschiedenste Zielsetzungen - wie die Verbesserung der Auslastung vorhandener Raum-, Geräte- und Personalkapazitäten, die Erreichung einer möglichst gleichmäßigen Verteilung des OP-Aufkommens zur Vermeidung von Leistungsspitzen bzw. Leerzeiten oder die Sicherung aller für die Operation benötigter Ressourcen - zu erfüllen.

In der HERA werden OP-Vormerkungen von den Mitarbeitern der Aufnahme und Entlassung, die gleichzeitig auch für die Bettenplanung des stationären Bereiches verantwortlich sind, werktags in der Zeit von 7.00 Uhr bis 16.30 Uhr entgegengenommen. Die primär telefonisch und sekundär persönlich durchgeführten OP-Vormerkungen der Haus- und Belegärzte werden umgehend in dem seit dem Jahr 1996 in Betrieb befindlichen OP-Bettenplanungsprogramm administriert. Anschließend wird dem jeweiligen Haus- und Belegarzt eine Kopie der durchgeführten OP-Terminvergabe als Bestätigung übermittelt.

Die Eingabefelder der OP-Bettenplanungssoftware sind mit den für eine OP-Planung notwendigen Informationen - wie Namen und Anschriften aller bereits in der HERA tätigen Operateure (Haus- und Belegärzte), Operationsart, voraussichtliche OP-Dauer, benötigte Instrumente, vorgegebener OP-Tisch usw. - hinterlegt, sodass z.B. bei Vormerkungen von Operationen in ungeeigneten OP-Einheiten oder bei zeitlichen Überschneidungen automatisch entsprechende Fehlermeldungen angezeigt werden. Da die hinterlegten Daten vom ersten OP-Gehilfen regelmäßig aktualisiert werden, war diese Software in Bezug auf die OP-Planung als geeignet und bedienungsfreundlich anzusehen.

Das vorläufige Tages-OP-Programm wird am Morgen des Vortages von den Mitarbeitern der Aufnahme und Entlassung zur weiteren Bearbeitung an die leitende OP-Schwester und an die Anästhesieabteilung übermittelt. Im Rahmen der OP-Planbesprechung erfolgen die Reihung der Operationen je OP-Saal und die Zuteilung der Anästhesisten. Allfällige Änderungen werden von den Mitarbeitern der Aufnahme und Entlassung im EDV-Programm nacherfasst und das endgültige OP-Programm des

Folgetages nachmittags an die betroffenen Betriebsstellen, wie z.B. OP-Bereich und Stationen, verteilt.

Die vorgefundene Ablauforganisation der OP-Planung war nach Auffassung des Kontrollamtes zweckmäßig, wobei die hohe Komplexität der OP-Planung einen noch intensiveren Informationsaustausch zwischen dem Verwaltungs- und OP-Bereich erforderte. Wie die stichprobenweise Einschau in die Operationslisten des ersten Halbjahres 2004 zeigte, kam es nur in wenigen Fällen zu einer Aufnahme nicht planmäßiger oder einer Absetzung geplanter Operationen, was grundsätzlich auf eine gute Planungsqualität schließen ließ.

#### 4.2 Fixzeitenregelung

Im Rahmen der OP-Planung werden die Hausärzte der HERA insofern bevorzugt, als den im Ambulanzbereich vertretenen medizinischen Fachgebieten an fixen Wochentagen in bestimmten OP-Sälen Zeitkontingente reserviert werden. Diese im OP-Bettenplanungsprogramm hinterlegten Fixzeiten verfallen jedoch, wenn 14 Tage bzw. - im Fall der Chirurgie - zehn Tage vor dem OP-Termin keine konkreten Vormerkungen vorliegen und stehen dann wieder allen Ärzten zur freien Disposition.

Die Handhabung der Fixzeitenregelung wurde im Gutachten des Jahres 1997 bemängelt, da zu knappe Verfallzeiten, wie z.B. ein Tag bei der Chirurgie oder fünf Tage bei der Gynäkologie, dazu führten, dass bei Nichtausschöpfung der Fixzeiten kurzfristig kein Ersatzprogramm mehr eingeteilt werden konnte, was wiederum Leerzeiten in der jeweiligen OP-Einheit zur Folge hatte. Inzwischen konnte dieser Mangel durch die frühere Freigabe der nicht in Anspruch genommenen Fixzeiten weitestgehend behoben werden. Lediglich bei großen Operationen mit einer dementsprechend längeren Vorlaufzeit stellten die Fixzeiten weiterhin ein Problem dar.

Eine Überprüfung des OP-Programmes des ersten Halbjahres 2004 ergab, dass einzelne medizinische Fachgebiete, wie Gynäkologie und Urologie, die für sie reservierten Fixzeiten nur zum Teil in Anspruch nahmen. Es wurde vom Kontrollamt daher angeregt, die Fixzeitenregelung an den tatsächlichen Bedarf anzupassen und laufend zu über-

prüfen, inwiefern die vorgesehenen Zeitkontingente auch die operativen Schwerpunkte der HERA widerspiegeln.

Stellungnahme der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien:

Der Anregung des Kontrollamtes folgend wird die Fixzeitenregelung den operativen Schwerpunkten entsprechend weiter optimiert.

#### 4.3 Dokumentation

Über die durchgeführten und im OP-Buch protokollierten Operationen werden entsprechende Operationsniederschriften, Anästhesie- und Pflegeprotokolle angefertigt und in den jeweiligen Krankengeschichten der Patienten archiviert. Eine EDV-mäßige Erfassung und Dokumentation der tatsächlichen OP-Tätigkeit (Ist-OP-Daten) war nicht vorgesehen und auch mangels fehlender Software nicht möglich, sodass lediglich die im OP-Bettenplanungsprogramm erfassten Soll-OP-Daten für automatisierte Auswertungen und Analysen zur Verfügung standen.

Die relevanten Ist-OP-Daten, wie z.B. die tatsächliche OP-Dauer (einschließlich der Schnitt- und Nahtzeiten), die Leerzeiten oder die nicht planmäßigen, verschobenen sowie abgesetzten Operationen, konnten daher nur den manuell ergänzten Tages-OP-Programmen oder den Krankengeschichten entnommen werden. Die bereits im Organisationsgutachten des Jahres 1997 getroffene Empfehlung, wonach relevante Ist-OP-Daten zu Auswertungs- und Analysezwecken EDV-mäßig zu erfassen wären, hatte nach Ansicht des Kontrollamtes weiterhin Gültigkeit. Im Fall einer Umsetzung könnte außerdem die derzeit für die Erstellung der OP-Monatsstatistik notwendige manuelle Datenerhebung entfallen.

Bereits im Prüfungszeitraum wurde eine diesbezügliche Erweiterung des EDV-Programmes beauftragt, um eine entsprechende Leistungsverfolgung zu ermöglichen.

## 5. Entwicklung der operativen Leistungen

Die Entwicklung der Anzahl der operativen Leistungen an stationären und ambulanten Patienten stellte sich wie folgt dar:

Medizinische Fachgebiete	1996		2001		2002		2003		Diff. 1996/2003	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Augen	613	10,5	999	12,9	930	12,2	947	12,4	334	54,5
Chirurgie	1.338	23,0	1.147	14,8	1.170	15,4	1.035	13,5	-303	-22,6
Gynäkologie	975	16,8	827	10,7	728	9,6	607	7,9	-368	-37,7
HNO	429	7,4	892	11,5	806	10,6	761	10,0	332	77,4
Kieferchirurgie	128	2,2	168	2,2	153	2,0	150	2,0	22	17,2
Neurochirurgie	-	-	42	0,5	31	0,4	65	0,9	65	-
Orthopädie	615	10,6	1.422	18,4	1.304	17,2	1.185	15,5	570	92,7
Plast.Chirurgie	265	4,6	323	4,2	298	3,9	326	4,3	61	23,0
Unfallchirurgie	-	-	0	0,0	202	2,7	538	7,0	538	-
Urologie	357	6,1	489	6,3	414	5,5	352	4,6	-5	-1,4
Sonstige	-	-	158	2,0	180	2,4	222	2,9	222	-
Endoskopie	1.093	18,8	1.282	16,5	1.378	18,1	1.456	19,0	363	33,2
Gesamt	5.813	100,0	7.749	100,0	7.594	100,0	7.644	100,0	1.831	31,5

Daten lt. OP-Monatsstatistik der HERA. Die OP-Leistungen werden nach der jeweiligen Fachrichtung des Operateurs gezählt.

Im Vergleichszeitraum 1996 bis 2003 stieg die Zahl der operativen Leistungen (inkl. endoskopischer Leistungen) von 5.813 um 1.831 oder 31,5 % auf 7.644, wobei die Gesamtanzahl der Leistungen in den letzten drei Jahren in etwa konstant blieb. Innerhalb der medizinischen Fachgebiete waren jedoch unterschiedliche Entwicklungen feststellbar. Ergänzend war anzumerken, dass der Anteil der stationären operativen Leistungen gegenüber den ambulanten im Vergleichszeitraum um 4 %-Punkte auf 72 % im Jahr 2003 zunahm.

Wie aus der Tabelle hervorgeht, wiesen im Besonderen die operativen Fächer Orthopädie, HNO und Augen sowie die chirurgischen und internen endoskopischen Leistungen mit Steigerungsraten von 92,7 % bis 33,2 % eine positive Entwicklung auf. Des Weiteren trugen sowohl die Ausweitung des Leistungsangebotes um die Bereiche orthopädische Unfallchirurgie und Neurochirurgie als auch die unter dem Begriff "Sonstige" zusammengefassten Fächer (z.B. Physikalische Medizin, Dermatologie) zur Leistungssteigerung bei.



Zurückzuführen war dieser Trend auf eine vermehrte Inanspruchnahme des OP-Bereiches durch Hausärzte und im Besonderen durch Belegärzte. Der prozentuelle Anteil der auf Belegärzte entfallenden operativen Leistungen stieg lt. OP-Monatsstatistik sogar von rd. 32 % im Jahr 1996 auf rd. 42 % im Jahr 2001 und blieb seither nahezu konstant. Da die operativen Leistungen eines plastischen Chirurgen in der OP-Monatsstatistik irrtümlich unter der Rubrik Hausärzte ausgewiesen wurden, wären die prozentuellen Leistungsanteile der Belegärzte bei korrekter Zuordnung auf rd. 37 % im Jahr 1996 und auf rd. 46 % im Jahr 2001 zu erhöhen gewesen.

Ein merkbarer Leistungsrückgang hingegen war bei den Fächern Chirurgie mit 22,6 % und Gynäkologie mit 37,7 % zu verzeichnen, wobei Letzterer im unmittelbaren Zusammenhang mit der Schließung der Geburtshilflichen Abteilung Ende des Jahres 2001 stand.

Der Leistungsrückgang im Bereich der Chirurgie (- 22,6 %) wurde durch die Zunahme der Leistungen im Endoskopischen Bereich kompensiert (+ 33,2 %). Dennoch wird in Zukunft versucht werden, die Belegärzte im Bereich der Chirurgie verstärkt zu werben.

Insgesamt betrachtet zeigte ein Vergleich der operativen Schwerpunkte des Jahres 2003 mit jenen des Jahres 1996, dass die Fachbereiche Orthopädie (einschließlich Unfallchirurgie), HNO und Augen im Beobachtungszeitraum in Relation zu den anderen Fachgebieten bzw. Leistungen an Bedeutung gewonnen haben. Was die medizinischen Fachgebiete betrifft, die sowohl von Haus- als auch von Belegärzten versorgt werden, war festzustellen, dass mit Ausnahme der Orthopädie der Anteil der von den Hausärzten durchgeführten operativen Leistungen weiterhin überwog. Jedoch gab es mit der HNO, der orthopädischen Unfallchirurgie, der Neurochirurgie und der Plastischen Chirurgie vier medizinische Fachgebiete, die operativ ausschließlich von Belegärzten abgedeckt wurden.

Im Jahr 2004 konnte mit einem beachtlichen Leistungszuwachs

eine Fortsetzung der positiven Leistungsentwicklung der vergangenen Jahre erreicht werden. Die Zahl der operativen Leistungen stieg gegenüber dem Jahr 2003 nämlich um 390 oder 5,1 % auf 8.034.

#### 6. Auslastung des OP-Bereiches

Inwiefern sich die positive Leistungsentwicklung auf die Auslastung der vorhandenen OP-Kapazitäten auswirkte, wurde anhand eines Vergleiches der im Zeitraum vom 2. Jänner bis 21. Juni erbrachten OP-Leistungen der Jahre 1996 und 2004 untersucht. Während die Ist-OP-Daten des Jahres 1996 - wie bereits erwähnt - dem Organisationsgutachten des Jahres 1997 entnommen wurden, beruhen die diesbezüglichen Daten des Jahres 2004 auf einer Auswertung im OP-Bettenplanungsprogramm, nachdem die lediglich in Papierform vorliegenden Ist-OP-Daten, wie z.B. tatsächliche OP-Dauer oder geänderte Zuteilung der OP-Einheit, auf Ersuchen des Kontrollamtes EDV-mäßig nach-erfasst worden waren.

Die Verteilung der OP-Leistungen auf die einzelnen OP-Einheiten (OP-Säle und Eingriffsräume) stellte sich wie folgt dar:

OP-Einheit	OP-Anzahl pro OP-Einheit im Zeitraum 2.1.-21.6.1996/2004					
	1996		2004		Differenz	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
OP1	467	17,6	666	17,0	199	42,6
OP2	440	16,6	654	16,7	214	48,6
OP3	395	14,9	815	20,8	420	106,3
E1	522	19,7	719	18,3	197	37,7
E2	288	10,8	319	8,2	31	10,8
TUR-OP	93	3,5	96	2,4	3	3,2
ENDO	448	16,9	652	16,6	204	45,5
Summen	2.653	100,0	3.921	100,0	1.268	47,8

Als Folge der positiven Leistungsentwicklung war - mit Ausnahme des etwa gleich bleibenden Leistungsniveaus im TUR-OP und der verhältnismäßig niedrigen Steigerungsrate von rd. 11 % im E2 - in den OP-Einheiten OP1 bis OP3, E1 und ENDO eine deutlich höhere Inanspruchnahme festzustellen. Besonders hervorzuheben war der

außerordentlich starke Leistungsanstieg im OP3, in dem sich die Anzahl der operativen Eingriffe mehr als verdoppelte, sodass im ersten Halbjahr 2004 rd. ein Fünftel aller OP-Leistungen auf den OP3 entfielen. Die Steigerungsraten in den übrigen OP-Einheiten bewegten sich in einer Bandbreite von rd. 38 % bis rd. 49 %. Zurückzuführen war diese Entwicklung auf eine verstärkte Inanspruchnahme durch einzelne operative Fächer, die ihre OP-Tätigkeit z.B. aus einrichtungs- und ausstattungsmaßiger Gründe auf bestimmte OP-Einheiten konzentriert hatten. Während im OP1 und 2 größtenteils orthopädische und chirurgische Eingriffe durchgeführt wurden, wurde der OP3 schwerpunktmäßig vom Fachbereich Augen und der E1 vom Fachbereich HNO genutzt.

Die Verteilung des Leistungsaufkommens auf die einzelnen Wochentage gestaltete sich in den Jahren 1996 und 2004 wie folgt:

Wochentag	OP-Anzahl pro Wochentag im Zeitraum 2.1.-21.6.1996/2004					
	1996		2004		Differenz	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Montag	443	16,7	723	18,4	280	63,2
Dienstag	630	23,8	817	20,8	187	29,7
Mittwoch	491	18,5	836	21,3	345	70,3
Donnerstag	526	19,8	722	18,4	196	37,3
Freitag	486	18,3	727	18,6	241	49,6
Samstag	59	2,2	90	2,3	31	52,5
Sonntag	18	0,7	6	0,2	-12	-66,7
Summen	2.653	100,0	3.921	100,0	1.268	47,8

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, konnte im Jahr 2004 neben der höheren Inanspruchnahme auch eine regelmäßigerere Verteilung der OP-Tätigkeit auf die Wochentage Montag bis Freitag erreicht werden. Eine Analyse auf Basis von OP-Leistungsstunden brachte ein ähnliches Ergebnis, wobei in zeitlicher Hinsicht der Mittwoch vom Dienstag übertroffen wurde. Während die OP-Tätigkeit an Samstagen ebenfalls zunahm, reduzierten sich die operativen Eingriffe an Sonntagen von 18 auf sechs. Unter Berücksichtigung eines operativen Eingriffes an einem Feiertag fielen daher im Betrachtungszeitraum insgesamt sieben operative Eingriffe an den OP-betriebsfreien Tagen (Sonn- und Feiertage) an.

Da die Anzahl der OP-Leistungen naturgemäß keine Aussage über die tatsächliche zeitliche Inanspruchnahme der einzelnen OP-Einheiten zuließ, wurden in einem nächsten Schritt auf Basis der EDV-mäßig nacherfassten Ist-OP-Daten die OP-Leistungsstunden sowie die durchschnittliche OP-Dauer pro OP-Einheit ermittelt. Bei den OP-Leistungsstunden handelt es sich um die Summe aller für die Operationen in den OP-Einheiten aufgewendeten Zeiten einschließlich des Zeitaufwandes für Vor- und Nachbereitung (Rüsten und Reinigung). Von einem Vergleich mit dem Jahr 1996 musste aus zeitlichen Gründen Abstand genommen werden, da den damaligen Berechnungen die Schnitt- und Nahtzeiten der Operateure zu Grunde lagen und die Erhebung dieser OP-relevanten Daten des Jahres 2004 nur durch die Einschau in die einzelnen Krankengeschichten möglich gewesen wäre.

OP-Einheit	OP-Leistungsstunden und durchschnittliche OP-Dauer pro OP-Einheit im Zeitraum 2.1.-21.6.2004		
	OP-Anzahl	OP-Leistungsstunden	Ø OP-Dauer
OP1	666	1.331	2 h 00 min
OP2	654	1.066	1 h 38 min
OP3	815	891	1 h 05 min
E1	719	609	51 min
E2	319	254	48 min
TUR-OP	96	148	1 h 32 min
ENDO	652	490	45 min

Anhand dieser Auswertung zeigte sich, dass die OP1 und OP2 bedingt durch die längeren OP-Betriebszeiten auf der Ebene 5 und die längere durchschnittliche Operationsdauer die höchsten OP-Leistungsstunden auswiesen. Der OP3 und der E1 hingegen kamen trotz zahlenmäßig höherer OP-Leistungen wegen der kürzeren durchschnittlichen OP-Dauer auf niedrigere OP-Leistungsstunden. Die prozentuelle Verteilung aller im Betrachtungszeitraum angefallenen OP-Leistungsstunden auf die beiden OP-Ebenen ergab ein Verhältnis von rd. 69 % zu rd. 31 % zu Gunsten der Ebene 5.

Zur Ermittlung der Auslastung der einzelnen OP-Einheiten setzte das Kontrollamt die angefallenen OP-Leistungsstunden mit den jeweiligen OP-Betriebszeiten (vgl. Pkt. 7) in Bezug und stellte dabei fest, dass im Betrachtungszeitraum die drei OP-Säle der Ebene 5 durchschnittlich zu rd. 82 % sowie die zwei Eingriffsräume (E1 und E2) der Ebene 4 durchschnittlich zu rd. 46 % ausgelastet waren. Bei einer getrennten Betrachtung der

Auslastung in den Eingriffsräumen zeigte sich allerdings, dass der E1 mit rd. 65 % gegenüber dem E2 mit rd. 27 % einen deutlich besseren Wert aufwies. Die Auslastung des Endoskopieraumes belief sich dagegen auf rd. 60 % und jene des TUR-OP - ausgehend von einer möglichen Betriebszeit von sieben Stunden pro Werktag - auf rd. 18 %.

Zusammenfassend war festzustellen, dass die drei OP-Säle der Ebene 5 sowie der E1 der Ebene 4 im Verhältnis zu den übrigen OP-Einheiten grundsätzlich befriedigend ausgelastet waren. Eine höhere Auslastung der Ebene 5 war lt. der ärztlichen Leitung der HERA auf Grund der räumlichen und personellen Rahmenbedingungen (z.B. mangelnde Aufwachkapazitäten) nur mehr eingeschränkt möglich. Angesichts der bereits seit 1996 offenkundig unzureichenden Auslastung des E2 und des TUR-OP sowie der damit verbundenen Vorhaltekosten wurde vom Kontrollamt angeregt, diese Räumlichkeiten in die Überlegungen bezüglich der Nachnutzung der Zentralsterilisation einzubeziehen und ein beide OP-Ebenen umfassendes neues Raum- und Funktionsprogramm auszuarbeiten. Nach Auffassung des Kontrollamtes könnten - ohne einer entsprechenden Kosten-Nutzen-Analyse bzw. Machbarkeitsstudie vorgreifen zu wollen - durch die Konzentration der operativen Tätigkeit auf Ebene 5 sowie der Aufwachkapazitäten auf Ebene 4 wesentliche Synergieeffekte erzielt werden.

Die vom Kontrollamt angeregten Maßnahmen sind mit Umbauarbeiten (Umwidmung von OP- und Aufwachkapazitäten) und der Adaptierung personeller Ressourcen verbunden.

Die unterschiedliche Auslastung der OP-Einheiten im Sanatorium HERA wurde zum Anlass genommen, eine Arbeitsgruppe zur Neuorganisation des OP-Bereiches im 4. Stock einzusetzen, um in Zukunft eine wirtschaftliche Auslastung zu gewährleisten.

Weiters wird der im Ambulanzbereich befindliche Eingriffsraum anderweitig genutzt werden.

## 7. OP-Betriebszeiten

Die seit dem Jahr 1996 nur geringfügig erweiterten Betriebszeiten des OP-Bereiches sind in einer hausinternen Richtlinie geregelt und stellen sich zum Prüfungszeitpunkt wie folgt dar:

In der Ebene 5 waren werktags zwei OP-Säle von 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr und ein OP-Saal von 7.00 Uhr bis 15.00 Uhr in Betrieb. In der Ebene 4 hingegen standen werktags alternierend zwei der drei Eingriffsräume (E1, E2 und TUR-OP) in der Zeit von 7.00 Uhr bis 15.00 Uhr zur Verfügung, wobei freitags die OP-Betriebszeit in einem Eingriffsraum bereits um 14.00 Uhr endete. Als Betriebszeit des ebenfalls in der Ebene 4 gelegenen Endoskopieraumes (ENDO) war werktags von 7.00 Uhr bis 17.00 Uhr festgelegt. Während an Samstagen der Betrieb einer OP-Einheit - vorrangig in der Ebene 5 - von 7.00 Uhr bis 14.00 Uhr vorgesehen war, fand an Sonn- und Feiertagen (OP-betriebsfreie Tage) mit Ausnahme von Akutoperationen kein OP-Betrieb statt. In den auslastungsschwächeren Sommermonaten wurden die OP-Ebenen 4 und 5 abwechselnd für die Dauer einer Woche zur Durchführung von Service- und Wartungsarbeiten und zum Abbau von Urlaubsansprüchen der OP-Mitarbeiter gesperrt.

Zur postoperativen Überwachung standen der Aufwachraum der Ebene 5 durchgehend von Montag 7.00 Uhr bis Samstag 15.00 Uhr und jener der Ebene 4 von Montag bis Freitag jeweils von 7.00 Uhr bis 15.30 Uhr zur Verfügung. An Sonn- und Feiertagen blieben die Aufwachräume unbesetzt.

Lt. Auskunft der für die OP-Vormerkung zuständigen Mitarbeiter der Aufnahme und Entlassung würden die angebotenen OP-Betriebszeiten grundsätzlich den Wünschen der Operateure entsprechen, zumal OP-Vormerkungen außerhalb der Betriebszeiten kaum nachgefragt werden. Zum gleichen Ergebnis kam eine von der Public Relations-Arbeitsgruppe der HERA im Jahr 1998 durchgeführte Befragung der Belegärzte. Anzumerken war weiters, dass die 14 operierenden Hausärzte der HERA überwiegend im Rahmen ihrer Kernarbeitszeit (7.00 Uhr bis 15.00 Uhr) den OP-Bereich in Anspruch nahmen, während die rd. 300 Belegärzte schwerpunktmäßig in den Nachmittags- und Abendstunden sowie an Samstagen operierten.

Den Ist-OP-Daten des ersten Halbjahres 2004 zufolge wurden die OP-Betriebszeiten der Ebene 5 allerdings an 72 Werktagen überschritten, was größtenteils darauf zurückzuführen war, dass Operationen länger als geplant dauerten und sich dadurch das OP-Programm nach hinten verschob. Eine nähere Analyse des OP-Aufkommens der Ebene 5 brachte zu Tage, dass die Wochentage Montag bis Freitag von den Überschreitungen gleichmäßig betroffen waren und rd. 85 % dieser Operationen um spätestens 20.00 Uhr endeten. Dieser Entwicklung Rechnung tragend, empfahl das Kontrollamt, die OP-Betriebszeiten der Ebene 5 an Werktagen in einem Saal auf 20.00 Uhr auszudehnen. Im Gegenzug sollten die angebotenen OP-Betriebszeiten in den OP-Einheiten der Ebene 4 wegen der unbefriedigenden Auslastung an die geringe Nachfrage angepasst werden.

Der Anregung des Kontrollamtes wurde durch eine geänderte Dienstplangestaltung, die auch geänderte OP-Betriebszeiten mit sich bringt, bereits Rechnung getragen.

Es wurde angeregt, die ab dem 1. Juli 2004 erfolgte versuchsweise Erweiterung der Betriebszeiten des Endoskopieraumes um täglich zwei Stunden nach Ablauf einer angemessenen Probezeit in Anbetracht der vorgehaltenen Personalressourcen jedenfalls einer Evaluierung zu unterziehen, da der Endoskopieraum lt. den Ist-OP-Daten des ersten Halbjahres 2004 schwerpunktmäßig lediglich von ca. 8.00 Uhr bis ca. 13.00 Uhr genutzt wurde. Abschließend empfahl das Kontrollamt die Durchführung einer neuerlichen Befragung der Belegärzte, zumal deren letzte Befragung bereits sechs Jahre zurücklag und daraus möglicherweise neue Erkenntnisse für die Gestaltung der OP-Betriebsorganisation gewonnen werden könnten.

Die Erweiterung der Betriebszeiten des Endoskopieraumes brachte im 2. Halbjahr 2004 eine Leistungssteigerung mit sich. Eine Evaluierung wird vorgenommen werden.

Grundsätzlich sollen KFA-Patienten durch hauseigene Ärzte versorgt werden. Darüber hinaus gab es im Jahr 2004 eine Patient/innenbefragung des Verbandes der Versicherungsunternehmen

Österreichs, nach der das Sanatorium HERA gut bewertet wurde. Im Jahr 2005 wird eine neuerliche Befragung der Belegärzt/innen stattfinden.

## 8. Personal

Angesichts des hohen Stellenwertes des Faktors Personal in einem Dienstleistungsbetrieb wie dem Krankenhaus zählen eine zweckmäßige Personalausstattung und ein bedarfsorientierter Personaleinsatz zu den Grundvoraussetzungen einer effizienten OP-Betriebsorganisation. Im Organisationsgutachten des Jahres 1997 wurde jedenfalls festgestellt, dass sowohl der hohe Personalstand als auch die Dienstplangestaltung im Hinblick auf die unbefriedigende Auslastung des OP-Bereiches suboptimal seien.

### 8.1 Entwicklungen im Personalbereich

Zur Darstellung der Entwicklung der Personalausstattung im Zeitraum 1996 bis 2004 wurde die Zahl der korrigierten Beschäftigten (umgerechnet auf Vollzeitäquivalente) herangezogen:

Korrigierte Beschäftigte im OP-Bereich	Juni 1996	Juni 2004
Krankenpflegedienst	32,00	31,25
Sanitätshilfsdienst	14,00	13,00
Fachärzte für Anästhesie	10,00	10,00
Reinigungsdienst	11,00	11,00
Summe	67,00	65,25

Wie aus der Tabelle hervorgeht, veränderte sich die Zahl der korrigierten Beschäftigten im eingesehenen OP-Bereich - bestehend aus den OP-Ebenen 4 und 5, den zwei Aufwächerräumen, der Zentralsterilisation und dem Endoskopieraum - im Vergleich zu 1996 nur geringfügig. Der leichte Rückgang war einerseits auf die Ermöglichung von Teilzeitbeschäftigung und andererseits auf natürliche Abgänge zurückzuführen.

Was den Personaleinsatz betraf, wurden im Betrachtungszeitraum punktuelle Eingriffe in die Dienstplangestaltung einzelner Berufsgruppen vorgenommen. So wurde im Rahmen der Neuorganisation der Aufwächerräume im Jahr 1997 ein Nachtdienst zur postoperativen Überwachung implementiert und dem Endoskopieraum eine zweite Kranken-



pflegeperson zugeteilt. Darüber hinaus wurde im Mai 1999 der doppelte OP-Schwestern-Nachtdienst in den OP-Ebenen 4 und 5 durch einen Rufbereitschaftsdienst mit freiberuflich tätigen Poolschwestern ersetzt. Auf Grund von Widerständen der betroffenen Belegschaft kam es diesbezüglich zu einer Klage beim Arbeits- und Sozialgericht. Das Klagebegehren auf Bezahlung des mit der Einstellung des Nachtdienstes verbundenen Entgeltentganges und auf Feststellung der Nichtverpflichtung zur Leistung der abgeänderten Dienstzeitform und Dienstzeiteinteilung wurde jedoch vom Arbeits- und Sozialgericht abgewiesen. Im Übrigen kam es im Zuge der Schließung der Geburtshilflichen Abteilung mit Jahresende 2001 zu einer Umwandlung eines Anästhesie-Bereitschaftsdienstes in einen Rufbereitschaftsdienst.

Im Lichte des im Vergleichszeitraum eingetretenen Leistungsanstieges im OP-Bereich erschien der nahezu gleichgebliebene Beschäftigtenstand bemerkenswert. Die Einrichtung des Betriebes rund um die Uhr im Aufwachraum der Ebene 5 und die mit der Einstellung des zweiten OP-Schwestern Nachtdienstes erfolgte Umschichtung von Personalkapazitäten in die OP-Betriebszeiten stellten jedenfalls wichtige Voraussetzungen für die positive Leistungsentwicklung dar.

Inwiefern die vorhandenen Personalkapazitäten zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes bedarfsgerecht eingesetzt wurden, war Gegenstand der nachfolgenden Untersuchungen. Die dabei getroffenen Feststellungen und Empfehlungen wären künftigen Personalbedarfsberechnungen der HERA zu Grunde zu legen.

## 8.2 Krankenpflegefach- und Sanitätshilfsdienst

Dem Stellenplan 6/2004 des Pflegedienstes zufolge waren - unter Ausklammerung von Karenz- und Sonderurlauben - den OP-Ebenen 4 und 5 in Summe 19 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeschwwestern (DGKS) sowie 13 OP-Fachgehilfen (inkl. einem Bettenfahrer), den beiden Aufwächrräumen sieben DGKS, der Zentralsterilisation je zwei DGKS bzw. Abteilungshelfer und dem Endoskopieraum zwei DGKS dienstzuge- teilt. Von den insgesamt 45 Mitarbeitern waren 42 vollzeitbeschäftigt (40 Wochenstunden) und drei teilzeitbeschäftigt (30 Wochenstunden), was einem Stand von 44,25 korrigierten Beschäftigten entsprach.

### 8.2.1 Soll-Dienstplan

Der von der Pflegedienstleitung im Soll-Dienstplan festgelegte Personaleinsatz des Krankenpflegefach- und Sanitätshilfsdienstes hatte eine Reihe von Faktoren - im Besonderen sind dies OP-Betriebszeiten, Sicherstellung der Notfallversorgung in den OP-betriebsfreien Zeiten, Pflegestandards, Leistungsaufkommen sowie Dienstzeitformen - zu berücksichtigen und ist je Funktionsbereich und je Wochentag unterschiedlich geregelt.

In den OP-Ebenen 4 und 5 waren an Werktagen zur Aufrechterhaltung des laufenden OP-Betriebes neben den zwei leitenden OP-Schwestern grundsätzlich je zwei OP-Schwestern (eine instrumentierende Schwester und eine Beidienstschwester) für die OP-Säle 1 - 3 und insgesamt drei OP-Schwestern (zwei instrumentierende Schwestern und eine Springerin) für die Eingriffsräume vorgesehen. Da an den Werktagen Mittwoch und Freitag von einem schwächeren OP-Programm ausgegangen wurde, war an diesen Tagen eine OP-Schwester weniger diensteingeteilt. Weiters versahen werktags auf der Ebene 5 vier OP-Fachgehilfen und auf der Ebene 4 zwei OP-Fachgehilfen Dienst, wobei der Patiententransport von einem eigenen Bettenfahrer abgewickelt wurde.

Der eingeschränkte OP-Betrieb an Samstagen war grundsätzlich von zwei OP-Schwestern und einem OP-Fachgehilfen sicherzustellen, wobei für den Fall eines umfangreicheren OP-Programmes die Möglichkeit bestand, dass eine OP-Schwester und/oder ein OP-Fachgehilfe zusätzlich diensteingeteilt wurden. An den OP-betriebsfreien Tagen (Sonn- und Feiertage) war tagsüber für eventuell auftretende Akutoperationen ein OP-Team, bestehend aus zwei OP-Schwestern und einem OP-Fachgehilfen, vorgesehen. Zur Aufrechterhaltung der Notversorgung in den Nachtstunden versahen eine OP-Schwester und ein OP-Fachgehilfe Nachtdienst, wobei eine Rufbereitschaft leistende freiberufliche Poolschwester im Bedarfsfall zusätzlich angefordert werden konnte.

Entsprechend den Betriebszeiten waren im Aufwachraum der Ebene 5 tagsüber an Werktagen zwei DGKS und an Samstagen eine DGKS diensteingeteilt, wobei der Nachtdienst von einer DGKS abgedeckt wurde. Der Aufwachraum der Ebene 4 hingegen war lt. Soll-Dienstplan werktags von 7.00 Uhr bis 15.30 Uhr mit einer DGKS

zu besetzen. Was den Endoskopieraum anlangte, werden an Werktagen im Rahmen der verlängerten Betriebszeit (7.00 Uhr bis 17.00 Uhr) zwei DGKS zeitversetzt dienst- eingeteilt.

Von einer näheren Betrachtung des Soll-Dienstplanes der in der Zentralsterilisation beschäftigten vier Mitarbeiter wurde im Hinblick auf die bevorstehende Schließung Abstand genommen. Lt. Pflegedienstleitung wurden mit den dort tätigen Mitarbeitern sukzessive frei werdende Dienstposten in verschiedenen Bereichen der HERA nachbe- setzt.

Während die Soll-Dienstpläne der Aufwachräume und des Endoskopieraumes nach den jeweiligen Betriebszeiten ausgerichtet waren, stellte sich der Soll-Dienstplan der OP- Ebenen 4 und 5 auf Grund der bisherigen Ausführungen in folgenden Punkten verbesserungswürdig dar:

- Der dem Soll-Dienstplan zu Grunde liegende Pflegestandard, wonach in den drei OP- Sälen der Ebene 5 bei jedem operativen Eingriff - unabhängig von Art und Umfang - neben dem OP-Gehilfen zwei OP-Schwestern als instrumentierende Schwester bzw. Beidienstschwester Dienst versahen, erschien dem Kontrollamt als generelle Vorgabe zu undifferenziert, zumal die in der Ebene 5 erbrachten operativen Leistungen lt. einer Auswertung der zur Verfügung gestellten Ist-OP-Daten durch das Kontrollamt nur zum Teil als schwere, langandauernde und/oder manipulationsaufwändige Eingriffe einzustufen waren.
- Die Annahme, dass an den Werktagen Mittwoch und Freitag von einem schwächeren OP-Programm auszugehen war, entsprach mit Hinweis auf die im ersten Halbjahr 2004 festgestellte gleichmäßigere OP-Verteilung nicht mehr den tatsächlichen Gegebenheiten.
- Obwohl der eingeschränkte OP-Betrieb an Samstagen von 7.00 Uhr bis 14.00 Uhr festgelegt war, versahen neben dem OP-Gehilfen immer zwei OP-Schwestern einen langen Tagdienst (6.45 Uhr bis 19.00 Uhr). In diesem Zusammenhang ergab eine

Analyse der Ist-OP-Daten des ersten Halbjahres 2004, dass die samstägige OP-Betriebszeit zwar manchmal überschritten wurde, aber der letzte operative Eingriff spätestens um 16.15 Uhr endete. Der Soll-Dienstplan wäre daher an den eingeschränkten OP-Betrieb anzupassen.

- Im Hinblick auf die festgestellte geringe OP-Tätigkeit an den OP-betriebsfreien Tagen im ersten Halbjahr 2004 (tagsüber insgesamt fünf operative Eingriffe) und angesichts des Wegfalls von Sterilisationsaufgaben infolge der Auslagerung der Sterilgutaufbereitung an eine Fremdfirma war nach Auffassung des Kontrollamtes die Notwendigkeit des zweiten OP-Schwestern Tagdienstes an Sonn- und Feiertagen keinesfalls mehr gegeben.
- Die seit Mai 1999 bestehende Rund um die Uhr-Besetzung des OP-Bereiches außerhalb der OP-Betriebszeiten, u.zw. tagsüber mit derzeit zwei OP-Schwestern und einem OP-Gehilfen und in den Nachtstunden (19.00 Uhr bis 7.00 Uhr) mit einer OP-Schwester und einem OP-Gehilfen vor Ort sowie einer Poolschwester in Rufbereitschaft, wurde mit dem operativen Schwerpunkt der HERA und der daraus resultierenden Notwendigkeit, auftretende Notfälle im stationären Bereich operativ versorgen zu können, begründet. Darüber hinaus erfolgte im Gipsraum des OP-Bereiches die Erstversorgung von außerhalb der Krankenanstalt kommenden Erste-Hilfe-Patienten im Sinn des § 62 lit c) Wiener Krankenanstaltengesetz. Als Privatkrankenanstalt hatte die HERA jedoch keine Aufgaben im Rahmen der Akutversorgung wahrzunehmen.

Seit der Schließung der Geburtshilflichen Abteilung im Jahr 2001, die bis dahin zwingend eine durchgehende OP-Betriebsbereitschaft erforderte, war allerdings ein erheblicher Rückgang der Anzahl der außerhalb der OP-Betriebszeiten durchgeführten nicht geplanten operativen Eingriffe feststellbar, sodass im ersten Halbjahr 2004 in den Nachtstunden (vor Mitternacht) nur mehr sieben und an Sonn- und Feiertagen tagsüber nur mehr fünf Akutoperationen anfielen. Trotz dieser Entwicklung sowie der ebenfalls rückläufigen und sehr geringen Frequenz an Erste-Hilfe-Patienten wurde an der vorgehaltenen Personalpräsenz (inkl. Rufbereitschaft) außerhalb der OP-Betriebszeiten festgehalten.

Nach Auffassung des Kontrollamtes sollte nunmehr die mit der Auslagerung der Sterilgutaufbereitung verbundene weitere Aufgabenreduktion zum Anlass genommen werden, Überlegungen dahingehend anzustellen, die derzeitige personal- und kostenintensive Organisation der Notfall- und Erste-Hilfe-Versorgung in der HERA an die geänderten Rahmenbedingungen anzupassen. Dass die Notfall- und Erste-Hilfe-Versorgung auch durch andere, weniger personalintensive Organisationsformen gewährleistet werden kann, ging aus einer Einschau des Kontrollamtes in Vergleichsspitälern hervor.

### 8.2.2 Umsetzung des Soll-Dienstplanes

Sowohl die Dienstzeitform als auch die Dienstzeiteinteilung beim Krankenpflegefach- und Sanitätshilfsdienst wurden auf Grund des Nichtvorliegens einer Betriebsvereinbarung bzw. entsprechender arbeitsvertraglicher Regelungen grundsätzlich von der Pflegedienstleitung durch Weisung festgelegt. Sofern die vorgegebenen Dienste ordnungsgemäß besetzt wurden, konnten die Mitarbeiter aber innerhalb der Dienstzeiteinteilung selbst bestimmen, wer wann welchen Dienst versah.

Ergänzend war anzumerken, dass bei einer wesentlichen Veränderung der Dienstzeitform und/oder der Dienstzeiteinteilung auf Grund betrieblicher Erfordernisse der Dienstgeber allerdings den arbeitsverfassungsrechtlichen Versetzungsschutz (§ 101 ArbVG) zu beachten hat. Dieser räumt dem Betriebsrat, je nach dem ob mit der dauernden Versetzung eine wesentliche Verschlechterung der Entgelt- oder sonstigen Arbeitsbedingungen verbunden ist, unterschiedlich stark ausgeprägte Mitwirkungsrechte, vom Informations- und Beratungsrecht bis zum Zustimmungsrecht, ein. Stimmt der Betriebsrat nicht zu, hat das Gericht, sofern die Versetzung sachlich gerechtfertigt ist, letztlich die Zustimmung zu erteilen.

In den OP-Ebenen 4 und 5 waren zwölf OP-Schwestern in einem so genannten Tourendienst und sieben OP-Schwestern in einem so genannten Tagdienst diensteingeteilt. Während die OP-Schwestern im Tourendienst von Montag bis Sonntag abwechselnd in einem 6er-Radl mit einem zu besetzenden Nachtdienst und einem 6er-Radl mit einem 12,25 Stunden Tagdienst eingesetzt wurden, leisteten die OP-Schwestern im Tagdienst werktags unterschiedlich lange Dienste innerhalb der OP-Betriebszeiten. Darüber hin-

aus war für allfällige Akutoperationen im Nachtdienst eine Rufbereitschaft von freiberuflichen Poolschwestern eingerichtet. Die Dienstzeiteinteilung der OP-Gehilfen wurde ebenfalls in einem 6er-Radl mit einem zu besetzenden Nachtdienst und in einem Tagdienst mit unterschiedlich langen Diensten organisiert. Im Aufwachraum hingegen wurde der Soll-Dienstplan im Rahmen der flexiblen Dienstzeiteinteilung - die im Jahr 2001 im stationären Bereich flächendeckend eingeführt wurde - erfüllt, wobei im Bedarfsfall auch freiberufliche Poolschwestern diensteingeteilt wurden.

Mit den Radl- und Tagdiensten waren im OP-Bereich zwei Dienstzeitformen in Verwendung, die auf Grund ihrer Ausgestaltung nicht nur uneinheitliche Entgelt- und Arbeitsbedingungen schaffen, sondern auch vom OP-Leistungsaufkommen unterschiedlich betroffen sind. Bedingt durch die starren Dienstzeiteinteilungen im Radldienst wurden anfallende Fehlzeiten und OP-Leistungsspitzen vor allem durch Mehrleistungen der kleineren Beschäftigtengruppe des Tagdienstes ausgeglichen. Der Einsatz von freiberuflichen Poolschwestern im OP-Bereich (inkl. Aufwachraum) wies eine steigende Tendenz auf und verursachte im ersten Halbjahr 2004 Kosten von rd. 15.000,- EUR. Ebenso wurden für den Patiententransport aushilfsweise externe Arbeitskräfte (z.B. Studenten) herangezogen.

Zusammenfassend gewährleisteten die Radldienste zwar eine gleichmäßige Besetzung des OP-Bereiches rund um die Uhr, sie trugen aber nicht der in den vergangenen Jahren innerhalb der OP-Betriebszeiten eingetretenen Leistungskonzentration Rechnung. Um einen bedarfsgerechten Personaleinsatz zu erreichen, regte das Kontrollamt an, ausgehend von einem optimierten Soll-Dienstplan eine alle Mitarbeiter umfassende flexible Dienstzeitform bzw. Dienstzeiteinteilung anzustreben. Ziel aller Personalmaßnahmen sollte es sein, dass der laufende OP-Betrieb mit den vorhandenen Personalressourcen und möglichst ohne Heranziehung von Fremdpersonal sichergestellt werden kann.

Die Einschau des Kontrollamtes wurde zum Anlass genommen, die Dienstplangestaltung zu flexibilisieren und den Betriebszeiten

anzupassen, wobei die Anregungen des Kontrollamtes stufenweise umgesetzt wurden bzw. werden.

So wurden ab 1. Jänner 2005 Sonn- und Feiertagsdienste von zwei OP-Schwestern auf eine OP-Schwester reduziert. Ebenfalls wurde der zweite Dienst am Samstag von 19.00 Uhr - entsprechend der Betriebszeit - auf 16.00 Uhr reduziert. Es wurde eine Richtlinie erstellt, welche Operationen schwer sind und von den Hygienestandards her unbedingt eine zweite Instrumentantin (sprich Beidienst) erfordern.

Auf Grund der Flexibilisierung des Dienstplanes (16-wöchentlicher Durchrechnungszeitraum) werden ab Februar 2005 die Ressourcen wirtschaftlich und bedarfsadaptiert eingesetzt. Die bis jetzt auf Grund der OP-Zeitverlängerungen anfallenden Pooledienste können somit auf ein Minimum (d.h. auf tatsächliche Nachtstunden) reduziert werden.

Die Änderung der Notfall- und Erste-Hilfe-Versorgung konnte noch nicht umgesetzt werden, da hinsichtlich der Bereitschaftsdienste im Kollektivvertrag keine Regelung enthalten ist. Diesbezüglich werden noch Verhandlungen mit dem Betriebsrat aufzunehmen sein, um eine entsprechende Regelung im Bereich der DO-A (Dienstordnung für Verwaltungsangestellte, Pflegepersonal und zahntechnische Angestellte) umzusetzen.

### 8.3 Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Der Tätigkeitsbereich der zehn Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin, die zusätzlich über eine Ausbildung als praktischer Arzt verfügen, umfasste nicht nur die anästhesiologische Versorgung der zu operierenden Patienten, sondern auch den stationsärztlichen Dienst rund um die Uhr. Eine derartige stationsärztliche Versorgung

stellte zwar einen qualitativ hohen, zugleich aber auch kostenintensiven Versorgungsstandard dar.

Von Montag bis Samstag wurde die Betreuung der OP-Einheiten im Rahmen der OP-Betriebszeiten durch flexible Tagdienste abgedeckt. In der OP-betriebsfreien Zeit hingegen waren für allfällige Akutoperationen zwei Anästhesieärzte als erster und zweiter Beidienst in Rufbereitschaft. Für die stationsärztliche Versorgung war ein so genannter Hauptdienst in Form eines 24-Stunden-Dienstes eingerichtet.

Wie die Einschau in die Dienstpläne ergab, konzentrierte sich der Personaleinsatz der Anästhesieärzte innerhalb der OP-Betriebszeiten auf den Zeitraum 7.00 Uhr bis 14.00 Uhr, zumal die schwerpunktmäßig in den Nachmittags- und Abendstunden sowie an Samstagen operierenden Belegärzte zum Teil auf externe Anästhesieärzte zurückgreifen. Eine gleichmäßige Inanspruchnahme der diensthabenden Anästhesieärzte der HERA war nicht immer gegeben, da eine Reihe von operativen Eingriffen keinen Einsatz eines Anästhesiearztes erforderte und externe Anästhesieärzte vereinzelt bereits ab mittags ihre Tätigkeit aufnahmen.

Lt. einer Auswertung der Ist-OP-Daten des ersten Halbjahres 2004 wurden im Betrachtungszeitraum in der Ebene 5 rd. 33 % und in der Ebene 4 - ohne Berücksichtigung des Endoskopieraumes - rd. 41 % der operativen Eingriffe ohne Mitwirkung eines Anästhesiearztes der HERA durchgeführt.

Das Kontrollamt vertrat den Standpunkt, dass der Personaleinsatz der Anästhesieärzte durch eine Straffung der OP-Betriebszeiten und eine geänderte OP-Planung effizienter gestaltet werden könnte. Darüber hinaus wurde im Hinblick auf die geringfügige Inanspruchnahme angeregt, einen der beiden Rufbereitschaftsdienste einzustellen.

Der zweite Beidienst in Rufbereitschaft wurde inzwischen eingestellt. Darüber hinaus wurde ein Facharzt, der durch Pensionierung mit Jahresende 2004 ausgeschieden ist, nicht mehr nachbesetzt.



#### 8.4 Reinigungsdienst

Der Reinigungsdienst im reinen und unreinen OP-Bereich war grundsätzlich in Form eines mittags überlappenden Zwei-Schicht-Dienstes organisiert. Gemäß Dienstplan war an Werktagen in der Zeit von 6.00 Uhr bis 20.00 Uhr eine durchgehende Präsenz von durchschnittlich vier Reinigungskräften und an Samstagen in der Zeit von 6.00 Uhr bis 16.00 Uhr eine Personalausstattung von durchschnittlich zwei Reinigungskräften gegeben. An Sonn- und Feiertagen hingegen war eine Reinigungskraft von 6.00 Uhr bis 12.00 Uhr diensteingeteilt.

Der Zwei-Schicht-Dienst erwies sich im Hinblick auf die hohen krankheitsbedingten Fehlzeiten in diesem Bereich als Vorteil, da die sechs- bis achtstündigen Tagdienste im Bedarfsfall relativ einfach durch Vertretungen abgedeckt werden konnten. Die Reinigung und Desinfektion erfolgt auf Grundlage eines - im Hygienehandbuch der HERA enthaltenen - OP-Desinfektionsplanes, der als eine umfassende und detaillierte Handlungsanleitung bezeichnet werden konnte. Die Notwendigkeit des an den OP-betriebsfreien Tagen (Sonn- und Feiertage) vorgehaltenen Tagdienstes erschien nach Ansicht des Kontrollamtes sowohl unter dem Gesichtspunkt allfälliger Akutoperationen als auch aus hygienischer Sicht jedoch nicht gegeben zu sein.

Der Reinigungsdienst wird auf die Dienstpläne abgestimmt werden. Es werden neue Hygienestandards erarbeitet, der Sonntagsdienst wird in den Journaldienst integriert und der Samstagsdienst auf eine Mitarbeiterin reduziert werden.

#### 9. Ver- und Entsorgung

Als wichtige Voraussetzungen für einen reibungslosen Ablauf des OP-Betriebes sind u.a. die bedarfsgerechte Bereitstellung von Sach- und Betriebsmitteln, wie z.B. von medizinischen Ver- und Gebrauchsgütern, Apothekenmaterialien, Wäsche und Instrumenten, und die Entsorgung zu nennen.

Mit der stufenweisen Auslagerung der Sterilgutaufbereitung und -versorgung an eine Fremdfirma wurde im Jahr 2004 die gravierendste Änderung der Ver- und Entsorgungs-

abläufe im OP-Bereich seit dem Jahr 1996 eingeleitet. Die Schließung der bis dahin für die Sterilgutaufbereitung zuständigen hauseigenen Zentralsterilisation war notwendig geworden, nachdem im Zuge einer Einschau der Magistratsabteilung 15 - Gesundheitswesen festgestellt worden war, dass die Zentralsterilisation wegen der unzureichenden Trennung von reinem und unreinem Bereich nicht mehr dem Stand der Technik entsprach, und eine Kostenschätzung Vorteile für eine Fremdvergabe erkennen ließ.

Das Kontrollamt brachte hierzu in Erfahrung, dass die bisherige stufenweise Auslagerung ohne größere Probleme verlief, inwieweit die veranschlagten Kosten auch tatsächlich eingehalten werden, konnte jedoch zum Prüfungszeitpunkt noch nicht beurteilt werden. Lt. Verwaltungsdirektion war aber zu erwarten, dass der Kostenrahmen wegen des hohen Bedarfs an Sterilisationen von einzelverpackten Instrumenten ausgeschöpft werden wird. Um die mit der Auslagerung der Sterilgutaufbereitung verbundene Beeinträchtigung der Instrumentenverfügbarkeit hintanzuhalten, kam es planmäßig auch zur Nachschaffung regelmäßig verwendeter Instrumente.

Die Zunahme der operativen Eingriffe in den medizinischen Fachgebieten Orthopädie (inkl. Unfallchirurgie) und Augen, das breite medizinische Leistungsspektrum im Allgemeinen und die hohe Anzahl an Operateuren erhöhten nicht nur den Manipulationsaufwand für das OP-Personal, sondern führten auch zu einer größeren Vielfalt sowie höheren Anzahl an vorzuhaltenden Instrumenten und Implantaten. Während die Implantate von den Lieferfirmen generell in Form von Konsignationslagern bereitgestellt werden, stehen die Instrumente mit Ausnahme von Spezialinstrumenten, die im Bedarfsfall von Lieferfirmen oder anderen Krankenanstalten geliehen werden, im Eigentum der HERA.

Wie das Kontrollamt im Zuge seiner Einschau feststellen konnte, hatte die HERA im Bereich der Orthopädie bereits eine weitgehende Vereinheitlichung bzw. Standardisierung der verwendeten Instrumente und Implantate erreicht. Im Hinblick auf die damit verbundenen Einsparungspotenziale wurde empfohlen, diese Bemühungen fortzusetzen und auf die übrigen medizinischen Fachbereiche auszudehnen.

Mit allen Ver- und Entsorgungsabläufen steht im OP-Bereich im Besonderen auch die Einhaltung hygienischer Kriterien in Verbindung. Seitens des Hygieneteams der HERA wurden in diesem Zusammenhang entsprechende Standards in Form schriftlicher Richtlinien, wie z.B. für Vorgehensweise bei der Entsorgung von Instrumenten, Wäsche und Restmüll nach Operationen, festgelegt.

Die Vereinheitlichung und Standardisierung der Instrumente wird auf die übrigen medizinischen Fachgebiete ausgedehnt werden.

#### 10. Auswirkung auf die Auslastung des stationären Bereiches

Abschließend erhob das Kontrollamt, inwieweit die seit 1996 eingetretene positive Leistungsentwicklung im OP-Bereich die Auslastung des stationären Bereiches der HERA beeinflusste.

Die Ausgangssituation im Jahr 1996 war dahingehend als unbefriedigend anzusehen, als die damals 141 belegbaren Betten des stationären Bereiches mit 28.316 Belagstagen nur zu 54,9 % ausgelastet waren. Durch die Zunahme der operativen Leistungen an stationär aufgenommenen Patienten erhöhte sich zwar die Zahl der stationären Aufnahmen (exkl. Eintagespatienten) von 4.831 im Jahr 1996 um 1.302 oder rd. 27 % auf 6.133 im Jahr 2003, die Erhöhung der Zahl der Belagstage fiel mit einer Steigerungsrate von rd. 11 % aber deutlich niedriger aus, was auf den Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer zurückzuführen war. Aus diesem Grund verbesserte sich die Auslastung der nunmehr 138 belegbaren Betten im Jahr 2003 auf lediglich 62,3 %, wobei sich auch der inzwischen erfolgte Abbau von drei belegbaren Betten auslastungserhöhend niederschlug.

Bedingt durch den operativen Tätigkeitsschwerpunkt der HERA ist die Belegung ihres stationären Bereiches mehr als jene anderer Krankenanstalten mit stärkerer konservativer Ausrichtung größeren saisonalen Schwankungen unterworfen. So führten z.B. die unregelmäßige Inanspruchnahme durch Belegärzte, Urlaubszeiten oder OP-Sperren zu erheblichen saisonbedingten Auslastungsunterschieden, die durch die in der HERA vertretenen konservativen Fächer nicht wettgemacht werden konnten. Das Kontrollamt

begrüßte daher die Bestrebungen der Kollegialen Führung der HERA, zur Verbesserung der Auslastung des stationären Bereiches nicht nur die OP-Leistungen an stationär aufgenommenen Patienten weiter zu erhöhen, sondern auch das Leistungsspektrum durch die Etablierung zusätzlicher konservativer Fächer, wie z.B. die konservative Orthopädie, auszuweiten.

Um die Auslastung zu steigern, wurde und wird eine Vielzahl von Aktivitäten gesetzt, wie z.B. Verbesserung der Arbeitsablauforganisation, Optimierung der Urlaubsplanung, Koordination und Abstimmung baulicher Adaptierungen, Verbesserung der OP- und Ambulanzorganisation, PR-Maßnahmen etc. Im Jahr 2004 stieg die Anzahl der stationär aufgenommenen Patient/innen auf 6.472 und die Auslastung nach Belegtagen auf immerhin 68,1 %. Darüber hinaus ist geplant, die konservative Orthopädie im Herbst 2005 in Betrieb zu nehmen, wodurch eine weitere Anhebung der Auslastung zu erwarten sein wird.