



KONTROLLAMT DER STADT WIEN
Rathausstraße 9
A-1082 Wien

Tel.: 01 4000 82829 Fax: 01 4000 99 82810

e-mail: post@mka.magwien.gv.at

www.kontrollamt.wien.at

DVR: 0000191

KA II - KAV-1/06

Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund",
Prüfung des Einsatzes von Operationsgehilfen
in den Schwerpunktkrankenanstalten

Tätigkeitsbericht 2006

KURZFASSUNG

Eine Prüfung des Einsatzes von Operations(OP)-Gehilfen in den fünf Schwerpunktkrankenanstalten der Teilunternehmung "Krankenanstalten der Stadt Wien" (TU 1) der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund" (KAV) zeigte, dass für diese weder eine gleiche hierarchische Führungsstruktur bestand noch deren Aufgaben einheitlich definiert waren. Im Hinblick auf einen ressourcenorientierten Personaleinsatz dieser Bediensteten wurde die Etablierung einer fundierten Personalbedarfsberechnung für erforderlich erachtet.

Im Besonderen erschiene es angebracht, durch eine flexible Gestaltung der Arbeitszeit im Rahmen von bereits im KAV eingeführten Arbeitszeitmodellen die Dienstzeiten der OP-Gehilfen besser den wechselnden Anforderungen im OP-Betrieb anzupassen. Hinsichtlich der Einhaltung gewährter Überstundenkontingente war in Bezug auf deren Überwachung ein nicht unerhebliches Optimierungspotenzial zu erkennen, wobei zudem durch eine verstärkte Abgeltung von Mehrleistungen in Freizeit Einsparungen zu erzielen wären.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	4
2. Allgemeines	4
2.1 Bauliche Gegebenheiten	4
2.2 Arbeitsbereiche der OP-Gehilfen.....	5
2.3 Operative Leistungen.....	6
3. OP-Gehilfen in den Schwerpunktkrankenanstalten	7
3.1 Dienstrechtliche und fachliche Zuordnung.....	7
3.2 Anzahl der Dienstposten.....	7
3.3 Berechnung des Personalbedarfes	8
3.4 Aufgaben der OP-Gehilfen	9
3.5 Feststellungen des Kontrollamtes.....	12
4. Organisation des Personaleinsatzes	15
4.1 Arbeitszeitregelungen.....	16
4.2 Einsatz der OP-Gehilfen in den einzelnen Anstalten	18
4.3 Erstellung der Dienstpläne.....	25
4.4 Vergleich des Personaleinsatzes.....	27
4.5 Feststellungen des Kontrollamtes.....	31
5. Fehlzeiten der OP-Gehilfen	33
5.1 Fehlzeiten je Bediensteten	34
5.2 Krankenstandsbedingte Fehlzeiten	34
5.3 Empfehlungen des Kontrollamtes.....	35
6. Aus-, Fort- und Weiterbildung.....	36
6.1 Ausbildung zum OP-Gehilfen	36
6.2 Fort- und Weiterbildung	39
6.3 Feststellungen des Kontrollamtes.....	40
7. Abschließende Bemerkungen.....	41
Anhang	
ALLGEMEINE HINWEISE	42
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	43

PRÜFUNGSERGEBNIS

1. Einleitung

Bei den OP-Gehilfen handelt es sich - neben den Labor-, Prosektur- und Desinfektionsgehilfen - um Bedienstete aus dem Bereich der so genannten Sanitätshilfsdienste, wobei zum Stichtag 31. Dezember 2005 im KAV insgesamt 342 Dienstposten in der gegenständlichen Bedienstetengruppe systemisiert waren. Von diesen wurden 198,5 in den Schwerpunktkrankenanstalten der TU 1 vorgehalten, was bedeutet, dass deutlich mehr als die Hälfte der im KAV beschäftigten OP-Gehilfen in den gegenständlichen Einrichtungen eingesetzt wurden.

Bei seiner in den Monaten Dezember 2005 und Jänner 2006 erfolgten Einschau unterzog das Kontrollamt in den fünf Schwerpunktkrankenanstalten der TU 1 bezüglich der OP-Gehilfen die Personalausstattung, den Personaleinsatz, die Fehlzeiten sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung einer näheren Betrachtung. Ausgenommen von dieser Untersuchung wurden jene OP-Gehilfen, die dem Departement Semmelweis Frauenklinik Dienst zugeteilt waren, da diese disloziert untergebrachte Einrichtung nicht über den gesamten Betrachtungszeitraum 2001 bis 2005 der Krankenanstalt Rudolfstiftung (KAR) zugeordnet war.

2. Allgemeines

2.1 Bauliche Gegebenheiten

Auf Grund der baulichen Gegebenheiten in den fünf Schwerpunktkrankenanstalten stellte sich zum Zeitpunkt der Einschau die Situation bezüglich des OP-Betriebes jeweils unterschiedlich dar.

So verfügten das in Pavillon-Verbundbauweise (d.h. an einen lang gestreckten Untersuchungs- und Behandlungstrakt schließen sich pavillonartig errichtete Bettenhäuser an) errichtete Donauspital (DSP) sowie auch die als Zentralbau konzipierte KAR jeweils über mehrere zentrale - auf zwei Ebenen untergebrachte - OP-Bereiche. Demgegenüber waren das Wilhelminenspital (WIL), das Krankenhaus Hietzing mit Neurologi-

schem Zentrum Rosenhügel (KHR) sowie das Kaiser-Franz-Josef Spital (KFJ) in Pavillonbauweise mit ursprünglich mehr oder minder autark betriebenen Einheiten erbaut worden, was auch zur Folge hat, dass einzelne OP-Bereiche dezentral zum Teil sehr weitläufig voneinander getrennt untergebracht sind.

2.2 Arbeitsbereiche der OP-Gehilfen

Nachstehender Tabelle ist zu entnehmen, in welche OP-Bereiche der OP-Betrieb in den einzelnen Krankenanstalten zum Zeitpunkt der Einschau organisatorisch untergliedert war sowie wie viele OP-Säle bzw. Eingriffs- und sonstige Behandlungsräume (wie etwa Schockräume, Gipszimmer etc.), in denen OP-Gehilfen zum Einsatz kamen, in den einzelnen Einheiten vorgehalten wurden:

Krankenanstalt	OP-Bereiche	Anzahl der OP-Säle bzw. Eingriffs- und Behandlungsräume je OP-Bereich	Gesamtanzahl der OP-Säle bzw. Eingriffs- und Behandlungsräume
DSP	Zentral-OP-Gruppe 1/2	12	29
	Zentral-OP-Gruppe 3 (inkl. Institut f. Radioonkologie)	12	
	Abteilung für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie	5	
KAR	Zentral-OP-Bereich	8	18
	OP-Bereich Erdgeschoß	10	
KFJ	Chirurgische Abteilung	3	12
	Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung	3	
	Urologische Abteilung	3	
	Hals-Nasen-Ohren-Abteilung	3	
KHR	Hals-Nasen-Ohren-Abteilung	3	29
	Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung	3	
	Augenabteilung	2	
	Urologische Abteilung	3	
	Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie und Endoskopie Ambulanz	3	
	Sonderabteilung für Strahlentherapie	1	
	Dermatologische Abteilung	3	
	Angio-Diagnostische Ambulanz	2	
	1. Chirurgische Abteilung mit gefäßchirurgischem Zentrum	5	
	2. Chirurgische Abteilung	4	
WIL	Unfallchirurgische Abt. u. 1. Chirurgische Abt. (Zentral-OP)	9	23
	Gynäkologische und Geburtshilfliche Abteilung		
	2. Chirurgische Abteilung		
	Urologische Abteilung		
	Hals-Nasen-Ohren-Ambulanz	9	
	Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie	3	
Dermatologische Abteilung	2		
Gesamt			111

Im DSP und in der KAR erfolgte der OP-Betrieb in drei bzw. zwei OP-Bereichen, die grundsätzlich jeweils gemeinsam in einem Gebäude angesiedelt waren, während in den anderen drei Schwerpunktkrankenanstalten der TU 1 dieser bedingt durch das Pavillon-system auf bis zu zehn voneinander getrennten Einheiten aufgeteilt war.

2.3 Operative Leistungen

Zur Darstellung, in welchem Umfang im Betrachtungszeitraum in den gegenständlichen fünf Anstalten operative Leistungen erfolgten, hat das Kontrollamt in nachstehender Tabelle die Zahl der - abrechnungsrelevanten - diesbezüglichen medizinischen Einzelleistungen (MEL) angeführt. Diese Vorgangsweise wurde deshalb gewählt, weil anderes Datenmaterial - wie etwa über die Gesamtzahl der erfolgten operativen Eingriffe oder die Betriebsstunden in den OP-Bereichen - mangels eines im KAV eingesetzten EDV-unterstützten OP-Managementsystems grundsätzlich nicht bzw. nicht in geeigneter, einheitlicher Form verfügbar war:

Krankenanstalt	Operative Leistungen	Operative Leistungen	Operative Leistungen	Operative Leistungen	Operative Leistungen
	2001	2002	2003	2004	2005
DSP	26.616	24.872	24.875	25.611	24.995
KAR	19.862	20.439	26.117	25.480	23.951
KFJ	10.457	11.145	11.060	10.644	10.252
KHR	16.743	16.073	16.841	16.334	16.022
WIL	15.172	14.713	16.724	16.679	16.417
Gesamt	88.850	87.242	95.617	94.748	91.637

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass im Jahr 2003 gegenüber 2001 ein Anstieg an operativen Leistungen in der KAR, im KFJ und im WIL zu verzeichnen war, während im KHR deren Zahl bis dahin relativ stabil blieb und im DSP sich diese rückläufig entwickelt hatte. Ab dem Jahr 2003 gingen in allen Schwerpunktkrankenanstalten der TU 1 - mit Ausnahme des DSP - die operativen Leistungen zum Teil deutlich zurück.

Anzumerken war allerdings, dass die in der Tabelle angeführten Zahlen lediglich einen Anhalt bezüglich des Leistungsumfanges des OP-Betriebes der einzelnen Anstalten liefern können, da einerseits operative Leistungen an ambulanten Patienten nicht in der Statistik enthalten sind, andererseits aber auch ein operativer Eingriff mehrere MEL beinhalten kann. Festzuhalten war weiters, dass die Zahl der erbrachten operativen Leis-

tungen auch keine Schlüsse über die zeitliche Inanspruchnahme der vorgehaltenen OP-Einheiten zulässt, da der Zeitaufwand für Operationen je nach Art des Eingriffes von lediglich mehreren Minuten bis hin zu einigen Stunden betragen kann.

3. OP-Gehilfen in den Schwerpunktkrankenanstalten

3.1 Dienstrechtliche und fachliche Zuordnung

Das Berufsbild der zur Gruppe der Sanitätshilfsdienste zählenden OP-Gehilfen umfasst grundsätzlich einfache Hilfsdienste und Handreichungen bei der Durchführung ärztlicher Eingriffe nach deren Anordnung und unter deren Aufsicht. Sie sind sowohl in dienstrechtlicher als auch in fachlicher Hinsicht grundsätzlich den Ärztlichen Direktoren unterstellt. Unbeschadet der unmittelbaren ärztlichen Anordnungs- und Aufsichtsbefugnis gegenüber den Angehörigen der Sanitätshilfsdienste, die von den Abteilungsvorständen ausgeübt wurde, oblag darüber hinaus in allen geprüften Schwerpunktkrankenanstalten mit Ausnahme des KFJ den - unmittelbar den Ärztlichen Direktoren unterstellten - Leitenden Oberassistenten (LOAss) die mittelbare Dienst- und Fachaufsicht auch über die Bedienstetengruppe der OP-Gehilfen. Zudem waren in diesen vier Krankenanstalten zur Erfüllung der in den Stellenbeschreibungen der LOAss festgehaltenen Aufgaben unterstützend so genannte 1. OP-Gehilfen tätig. Lediglich im KFJ unterstanden die OP-Gehilfen direkt dem Ärztlichen Direktor.

3.2 Anzahl der Dienstposten

Insgesamt waren in den fünf Schwerpunktkrankenanstalten der TU 1 zum Stichtag 31. Dezember 2005 acht Dienstposten für 1. OP-Gehilfen und 190,5 Dienstposten für OP-Gehilfen systemisiert, wobei sich im Betrachtungszeitraum 2001 bis 2005 die Systemisierung in den einzelnen Anstalten wie folgt darstellte:

Anst.	Systemisierte Dienstposten für OP-Gehilfen in den Schwerpunktkrankenanstalten der TU 1														
	31.12.2001			31.12.2002			31.12.2003			31.12.2004			31.12.2005		
	1. OP-Geh.	OP-Geh.	OP-Geh. ges.	1. OP-Geh.	OP-Geh.	OP-Geh. ges.	1. OP-Geh.	OP-Geh.	OP-Geh. ges.	1. OP-Geh.	OP-Geh.	OP-Geh. ges.	1. OP-Geh.	OP-Geh.	OP-Geh. ges.
DSP	3	64	67	3	64	67	3	64	67	3	65	68	3	65,5	68,5
KAR	1	32	33	2	32	34	2	32	34	2	33	35	2	33	35
KFJ	1	18	19	1	18	19	1	18	19	0	20	20	0	20	20
KHR	1	36	37	1	36	37	1	36	37	1	36	37	1	36	37
WIL	1	37	38	1	37	38	1	37	38	1	37	38	2	36	38
Ges.	7	187	194	8	187	195	8	187	195	7	191	198	8	190,5	198,5

Bemerkenswert erschien der Umstand, dass sich das Verhältnis der Zahl der 1. OP-Gehilfen zu den übrigen OP-Gehilfen in den einzelnen Anstalten äußerst unterschiedlich darstellte. Während nämlich zum Stichtag 31. Dezember 2005 im KHR einem einzigen 1. OP-Gehilfen alle 36 OP-Gehilfen unterstanden, wurden im WIL für die gleiche Zahl an OP-Gehilfen bzw. in der KAR für nur 33 OP-Gehilfen jeweils zwei Dienstposten für 1. OP-Gehilfen vorgehalten. Im DSP waren drei Dienstposten für 1. OP-Gehilfen systemisiert, wobei allerdings im Hinblick auf die dort vorgehaltenen mehr als 65 Dienstposten für OP-Gehilfen diese drei Mitarbeiter im Durchschnitt für mehr OP-Gehilfen zuständig waren als die jeweils zwei 1. OP-Gehilfen in der KAR oder im WIL. Schließlich fiel auf, dass im Unterschied zu den oben angeführten Schwerpunktkrankenanstalten im KFJ seit dem Jahr 2004 überhaupt kein Dienstposten für einen 1. OP-Gehilfen mehr systemisiert war, sondern von der Ärztlichen Direktion einem der OP-Gehilfen dessen Aufgaben teilweise übertragen worden waren.

3.3 Berechnung des Personalbedarfes

In einem weiteren Prüfungsschritt erhob das Kontrollamt, ob bzw. in welcher Form im Betrachtungszeitraum Methoden zur Errechnung des Personalbedarfes als Grundlage für die Systemisierung von Dienstposten für OP-Gehilfen herangezogen worden waren.

Dabei zeigte sich, dass infolge einer vom KAV beauftragten Studie einer externen Beraterfirma bereits im Jahr 1998 diesem ein Endbericht zur "Entwicklung einer Methode zur Personalbedarfsplanung für Pflegeleistungen in den OP-Abteilungen der Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes (PB-OP)" vorgelegen war. Die darin angestellte Personalbedarfsberechnung für alle erforderlichen nichtmedizinischen Leistungen im Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen basierte grundsätzlich auf patientenbezogenen Tätigkeiten, die erforderlich sind, um einen qualitativ entsprechenden OP-Betrieb sicherzustellen. Von einer berufsgruppenbezogenen Betrachtung wurde von den Autoren dieser Studie deshalb Abstand genommen, weil nach Ansicht der Beraterfirma gerade im OP-Bereich die Leistungszuordnung pro Berufsgruppe als sehr unterschiedlich angesehen worden war. Daher wurden ausschließlich die einzelnen im OP-Betrieb anfallenden Leistungen quantifiziert. Erst in weiterer Folge wäre vom KAV eine Zuordnung dieser Leistungen auf die im OP-Bereich tätigen Berufsgruppen vorzuneh-

men gewesen. Im Zuge der Einschau des Kontrollamtes wurde jedoch offensichtlich, dass die zuvor erwähnte berufsgruppenbezogene Leistungszuordnung zu Auffassungsunterschieden zwischen den Vertretern der Pflege und der Sanitätshilfsdienste geführt hatte, die vorerst eine Personalbedarfsberechnung auf Grundlage der beauftragten Studie nicht mehr möglich erscheinen ließ.

Aus diesem Grund zogen die einzelnen Anstalten im Betrachtungszeitraum im Wesentlichen die jeweilige Anzahl der OP-Säle und Eingriffsräume, in eingeschränktem Ausmaß die vorgesehenen OP-Zeiten, aber auch die im Lauf der Jahre gewachsenen unterschiedlichen Dienstzeitmodelle, OP-Betriebsorganisationen und angestrebten Qualitätsstandards als wesentliche Parameter für den ihnen notwendig erscheinenden Personalbedarf bei den OP-Gehilfen heran.

3.4 Aufgaben der OP-Gehilfen

3.4.1 Das Aufgabenprofil der 1. OP-Gehilfen und der OP-Gehilfen war in Stellenbeschreibungen festgelegt worden, wobei vom Geschäftsbereich Personal der Generaldirektion des KAV ab 1. Juni 2005 für die TU 1 auch so genannte Musterstellenbeschreibungen für den Bereich der Sanitätshilfsdienste vorlagen. Diese sehr allgemein gehaltenen Stellenbeschreibungen standen zum Zeitpunkt der Einschau mit den dazugehörigen Beiblättern im Weg des Intranets des KAV den Krankenanstalten zur Verfügung.

Die Dienstpostenbeschreibungen für die 1. OP-Gehilfen und die OP-Gehilfen sind in neun Teile (Zielsetzung, Anforderungsprofil - Ausbildung bzw. Berufserfahrung, Anforderungsprofil persönliche Voraussetzungen, Eingliederung in die Organisation, Kompetenz, Aufgaben- und Verantwortungsbereich, Aufstiegsmöglichkeiten, Fort- und Weiterbildung sowie dienstrechtliche Vereinbarung) gegliedert. Darüber hinaus wurden in den Beiblättern die jeweiligen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche nach patienten-, mitarbeiter- und team- sowie betriebsbezogenen Bereichen im Detail festgelegt. Zudem bestand die Möglichkeit, im Fall betrieblicher Notwendigkeit den Stelleninhabern auch andere angemessene Aufgaben zuzuweisen.

3.4.2 In den vom Geschäftsbereich Personal erarbeiteten Musterstellenbeschreibungen für die so genannten 1. Sanitätshilfsdienste - zu denen auch die 1. OP-Gehilfen zählen - werden neben der Mitwirkung bei der Auswahl und der Einführung neuer Mitarbeiter, der Diensterteilung und der Urlaubsplanerstellung sowie Dienstplanabrechnung u.a. auch die Durchführung von Mitarbeiterorientierungsgesprächen, die Durchführung von Beurteilungen unterstellter Mitarbeiter sowie die zielorientierte praktische Unterweisung Auszubildender angeführt. Zu den betriebsbezogenen Aufgaben dieser Berufsgruppe zählen beispielsweise die Organisation der Instandhaltung von Geräten, die Mitwirkung bei der Anforderung von Betriebsmitteln und Sachgütern nach ökonomischen Gesichtspunkten, die Koordination des internen Betriebsablaufes in Abstimmung mit anderen Betriebseinheiten bzw. die regelmäßige Qualitätskontrolle.

Bei den OP-Gehilfen zählen zu den patientenbezogenen Aufgaben u.a. die Kontrolle der Patientenidentifikation und Probenidentifikation, die Patienteninformation, die Vorbereitung und Durchführung von Hilfsdiensten im Rahmen des Berufsbildes, die Dokumentation berufsspezifischer relevanter Daten sowie die Anwendung und Einhaltung von Hygiene- und Strahlenschutzmaßnahmen.

Hinsichtlich der mitarbeiter- und teambezogenen Aufgabenbereiche sind die OP-Gehilfen zur Teilnahme an Dienst- bzw. Teambesprechungen verpflichtet, zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen angehalten, zur Mitwirkung bei der Anleitung neuer Mitarbeiter berechtigt sowie zur Teilnahme bei der Gestaltung von Teamprozessen aufgefordert.

Darüber hinaus umfassen die betriebsbezogenen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der OP-Gehilfen u.a. die Bereithaltung von für standardisierte Arbeitsabläufe notwendigen Arbeitsmaterialien und Verbrauchsgütern (z.B. Lagerbehelfe), den wirtschaftlichen und sorgsamem Umgang mit Gütern, die Beachtung und Einhaltung verschiedener Richtlinien und Vorschriften sowie die Meldung von erforderlichen Wartungen und Reparaturen.

3.4.3 Um einen Eindruck über die tatsächlichen Tätigkeiten der OP-Gehilfen in den

Krankenanstalten zu gewinnen, wurden vom Kontrollamt in allen Schwerpunktkrankenanstalten deren Arbeitsbereiche - also die OP-Säle und sonstigen, teilweise im Ambulanzbereich liegenden Eingriffsräume, aber auch Schockräume und Gipszimmer sowie einzelne Röntgenbereiche - einer Einschau unterzogen.

Wie die Erhebungen ergaben, werden grundsätzlich gemäß den am Vortag den 1. OP-Gehilfen übermittelten OP-Plänen OP-Gehilfen sowie teilweise Zivildienstler und Krankenträger für die Patiententransporte zu den jeweiligen OP-Bereichen herangezogen, wobei durch diese bei der Übernahme der Patienten auf den Stationen auch entsprechende Patientenidentifikationen vorzunehmen sind. In weiterer Folge werden die Patienten von OP-Gehilfen in der so genannten "Patientenschleuse" (Umbettungschleuse) - dabei handelt es sich um eine räumliche Trennung zwischen dem unreinen und dem reinen Bereich einer OP-Einheit - auf einen OP-Tisch umgelagert. Bei dieser Tätigkeit stehen zum Teil stationäre Förderbänder, die den Patienten vom Krankenbett auf den OP-Tisch umlagern, bzw. bei beengten räumlichen Gegebenheiten transportable Umbettungshilfen zur Verfügung. In speziellen Fällen muss die Umlagerung aber auch manuell durch Heben des Patienten erfolgen. Danach erfolgt eine Letztkontrolle der Patienten in Bezug auf Schmuckgegenstände, Zahnprothesen, Brillen, Hörgeräten udgl. Ferner werden Vorbereitungsmaßnahmen, wie etwa die Rasur der zu operierenden Körperbereiche, gesetzt.

Nach der Einleitung der Patienten in den sterilen OP-Bereich werden diese von einem OP-Gehilfen entsprechend dem durchzuführenden chirurgischen Eingriff gelagert, wobei die unterschiedlichsten Lagerungstechniken fachlich einen zentralen Punkt der Tätigkeiten der OP-Gehilfen darstellen. Vor dem tatsächlichen Beginn des chirurgischen Eingriffs wird grundsätzlich in allen Krankenanstalten aus Gründen der Behandlungssicherheit vom OP-Team nochmals eine Patientenidentifikation vorgenommen. Für diesen Zweck ist von einer geprüften Einrichtung eine "OP-Checkliste" entwickelt worden, anhand dieser - neben dem Operateur, dem Anästhesisten und der den Operateur unterstützenden Pflegeperson - auch der OP-Gehilfe mittels seiner Unterschrift die erfolgte Patientenidentifikation bestätigt.

Weiters obliegt den unmittelbar in den OP-Sälen bzw. Eingriffsräumen jeweils eingesetzten OP-Gehilfen die Bereitstellung und die bedarfsgerechte Platzierung aller für den OP-Betrieb benötigten Geräte (Endoskopietürme, Röntgen- und Ultraschallgeräte etc.) sowie die jeweils benötigte Einstellung der OP-Leuchten, um den Chirurgen sowohl einen barrierefreien Zugang zum Patienten als auch einen gut ausgeleuchteten Eingriffsbereich sicherzustellen.

Schließlich werden OP-Gehilfen in Akutsituationen fallweise auch zu den ansonsten Pflegepersonen vorbehaltenen so genannten "Beidiensten" bei Operationen bzw. bei kleineren Eingriffen auch zur unmittelbaren Assistenz des Operateurs herangezogen.

Nach dem Abschluss jedes chirurgischen Eingriffs zählen beispielsweise die Mithilfe beim Anlegen von Verbänden, die Desinfektion des OP-Tisches bzw. die Gerätereinigung, die Versorgung von Präparaten für den Abtransport, das Auffüllen aller Verbrauchsmaterialien sowie die Meldung von defekten Gegenständen und Geräten zu den Aufgabenbereichen der OP-Gehilfen.

Nicht zuletzt werden von ihnen die operierten Patienten in der zuvor beschriebenen Patientenschleuse wieder in das Krankenbett umgelagert und in der Regel vorerst in den Aufwachraum und danach zurück auf die Station transportiert.

3.5 Feststellungen des Kontrollamtes

3.5.1 Zusammenfassend war festzustellen, dass die Einbindung der OP-Gehilfen in die hierarchische Struktur in den fünf Schwerpunktkrankenanstalten zum Zeitpunkt der Einschau unterschiedlich ausgeprägt war, wobei die Zahl der eingesetzten 1. OP-Gehilfen nur zum Teil die verschiedenen Betriebsorganisationen in den OP-Bereichen widerspiegelte. In diesem Zusammenhang erschien dem Kontrollamt insbesondere bemerkenswert, dass im Gegensatz zu den übrigen Schwerpunktkrankenanstalten im KFJ weder der Dienstposten für einen LOAss noch für einen 1. OP-Gehilfen vorgehalten wurde. Auffällig war aber auch, dass im KHR mit der auf Grund der bestehenden Pavillonbauweise höchsten Zahl an OP-Bereichen lediglich ein 1. OP-Gehilfe für die gesamte Organisation des Einsatzes der OP-Gehilfen verantwortlich war, während etwa in anderen

Anstalten mit nur zwei oder drei zentralen OP-Einheiten für die Bewältigung dieser Aufgabe zwei oder drei 1. OP-Gehilfen erforderlich erschienen, womit in Bezug auf die OP-Gehilfen eine einheitliche Führungsstruktur in den geprüften Spitälern nicht gegeben war.

Stellungnahme der Generaldirektion der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

Im Vergleich der Krankenanstalten des KAV besteht ein Nachholbedarf zur Schaffung einer einheitlichen Führungsstruktur. Es wird daher eine Vereinheitlichung angestrebt werden.

Die Nachbesetzung des 1. OP-Gehilfen im KFJ hat sich auf Grund der finanziellen Situation der 1. OP-Gehilfen als schwierig erwiesen, weshalb sich die Anstalt für die Umwandlung dieses Postens in einen Posten für OP-Gehilfen im Wechseldienst entschieden hat. Diese Entscheidung wurde auch im Einvernehmen mit dem Vorstand der zuständigen chirurgischen Fachabteilung getroffen.

Die Schwierigkeiten bei der Besetzung vom 1. OP-Gehilfenposten bestehen darin, dass diese nicht im Wechseldienst eingeteilt werden dürfen, da sonst ihre zur Erfüllung der Führungsaufgaben erforderliche Tagespräsenz, nicht gegeben wäre. Durch die entfallende Wechseldienstentschädigung bedeutet eine Versetzung auf einen 1. OP-Gehilfenposten daher für die Mitarbeiter einen finanziellen Verlust.

3.5.2 Das Kontrollamt stellte weiters fest, dass innerhalb der vergangenen sieben Jahre trotz der Beauftragung externer Beratungsleistungen die Umsetzung einer Personalbedarfsberechnung für einen ressourcenorientierten, effizienten Personaleinsatz von OP-Gehilfen nicht erreicht werden konnte. In diesem Zusammenhang wäre nach der Ansicht des Kontrollamtes vom KAV zu prüfen, ob nicht die bisher gewonnenen Erkenntnisse aus den externen Beratungsleistungen durch den Geschäftsbereich Personal der

Generaldirektion des KAV für eine Berechnung des Personalbedarfes herangezogen werden könnten.

Die diesbezügliche Anregung des Kontrollamtes wird selbstverständlich von der Generaldirektion des KAV aufgenommen. In einem Probelauf hat sich allerdings herausgestellt, dass ein differenziertes Modell komplex und in der Umsetzung für den KAV in dieser Form wenig praktikabel erscheint.

In einem weiteren Schritt wird deshalb die Generaldirektion eine Personalbedarfsberechnungsmethode in einer einfacheren Form projektieren und dann zum Einsatz bringen. Im Rahmen dieser Personalplanungsmethode wird dennoch auf die unterschiedlichen fachlichen Einsatzbereiche und die damit verbundenen Anforderungen, OP-Betriebszeiten, die Diensterteilungen und die Schnittstellen bzw. Nahtstellen zu anderen Berufsgruppen, die erforderlichen Vorhalteleistungen und die örtlichen Gegebenheiten Rücksicht genommen werden.

3.5.3 Anhand der im Zuge der Einschau vorgelegten Stellenbeschreibungen war zu erkennen, dass die seit 1. Juni 2005 vorliegenden, von der Generaldirektion des KAV standardisierten Stellenbeschreibungen von den Krankenanstalten bisher nur teilweise umgesetzt worden waren. Während in einigen Krankenanstalten die neuen Stellenbeschreibungen sukzessive für alle OP-Gehilfen zur Anwendung gelangten, ist zu bemängeln, dass diese in anderen Krankenanstalten erst im Zuge der Neubesetzung vakanter Dienstposten eingesetzt wurden. Schließlich erschien es dem Kontrollamt zweckmäßig, bei der Erstellung der Stellenbeschreibungen auf Basis des angeführten standardisierten Formblattes differenziertere, aufgabenbezogen formulierte Darstellungen der tatsächlichen Tätigkeiten der einzelnen OP-Gehilfen anzustreben.

Die Generaldirektion des KAV wird bezüglich des flächendeckenden Einsatzes der standardisierten Stellenbeschreibungen den Di-

reaktionen der Krankenanstalten den Auftrag geben, diese anzuwenden. Es wird dabei auch empfohlen werden, differenziertere, aufgabenbezogen formulierte Darstellungen des tatsächlichen Tätigkeitsprofils der Mitarbeiter mit aufzunehmen.

3.5.4 Nicht zuletzt wurde empfohlen, zur Sicherstellung eines einheitlichen Qualitätsstandards die von einer Krankenanstalt verwendete "OP-Checkliste" flächendeckend in allen Spitälern des KAV einzusetzen, da mit dieser Maßnahme dem Kontrollamt eine besonders hohe Behandlungssicherheit für die Patienten gegeben erscheint.

Die Empfehlung des Kontrollamtes wird aufgegriffen. Die von einer Anstalt verwendete Checkliste wird den anderen Kollegialen Führungen zur Verfügung gestellt, damit diese hausspezifische Adaptierungen vornehmen. Damit sollen die "OP-Checklisten" im gesamten KAV zum Einsatz kommen.

4. Organisation des Personaleinsatzes

In einem nächsten Prüfungsschritt erhob das Kontrollamt die Organisation des Einsatzes der OP-Gehilfen in den einzelnen geprüften Krankenanstalten. Die Planung des Personaleinsatzes oblag grundsätzlich den LOAss, während die Erstellung der Dienst-einteilung Aufgabe der 1. OP-Gehilfen war. Mit der Erstellung der täglichen Dienst-einteilung hatten die 1. OP-Gehilfen in den einzelnen OP-Bereichen für die chirurgische Routine- und Akutversorgung unter Bedachtnahme auf die verfügbaren Mitarbeiter und die nachstehend näher ausgeführten anstaltsweise unterschiedlichen Arbeitszeitregelungen jeweils eine ausreichende Zahl an OP-Gehilfen sicherzustellen.

An Arbeitszeitregelungen kamen in den geprüften Krankenanstalten

- das so genannte Wiener Arbeitszeitmodell,
- Turnus- und Wechseldienste sowie
- Tagdienste im Rahmen einer 40-Stunden-Woche

zur Anwendung.

4.1 Arbeitszeitregelungen

4.1.1 Sowohl im DSP als auch im KHR war zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes als Arbeitszeitregelung für jene OP-Gehilfen, die auch für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste (Nachtdienste) herangezogen wurden, das Wiener Arbeitszeitmodell implementiert worden. Während im DSP seit jeher alle OP-Gehilfen - ausgenommen jene, die im Tagdienst verwendet wurden - auf Basis des Wiener Arbeitszeitmodells beschäftigt waren, war im KHR an Stelle des Wechseldienstes diese Arbeitszeitregelung vor mehr als zehn Jahren schrittweise mit dem Ziel einer höheren Flexibilität beim Personaleinsatz eingeführt worden.

Bei dem Wiener Arbeitszeitmodell handelt es sich um eine auf Stundenbasis abzurechnende KAV-interne Arbeitszeitregelung im Rahmen einer flexiblen Diensterteilung, wobei das Zeitausmaß der einzelnen Dienste grundsätzlich zwischen sechs und 12,5 Stunden täglich bei höchstens 60 Wochenstunden liegen konnte. Alle über die festgelegte monatliche Sollarbeitszeit hinausgehenden Arbeitszeiten werden als Überstunden im Sinn des Gesetzes über das Dienstrecht der Beamten der Bundeshauptstadt Wien (Dienstordnung 1994) bzw. des Gesetzes über das Dienstrecht der Vertragsbediensteten der Gemeinde Wien (Vertragsbedienstetenordnung 1995) mit den entsprechenden Zuschlägen abgerechnet oder in Freizeit abgegolten.

Grundsätzlich hatten beide Krankenanstalten für Mehrdienstleistungen, die monetär abgegolten wurden, Überstundenkontingente festgelegt. Im Betrachtungszeitraum 2001 bis 2005 lag im DSP die Zahl der durch OP-Gehilfen jährlich abgerechneten Überstunden zwischen rd. 6.000 und 6.500 Stunden. Im KHR gelangten durch die OP-Gehilfen jährlich zwischen rd. 9.000 und 10.200 Überstunden zur Verrechnung. Auffällig war in beiden Schwerpunktkrankenanstalten, dass im gesamten Betrachtungszeitraum die festgelegten Überstundenkontingente zum Teil deutlich überschritten worden waren.

4.1.2 Im WIL sowie im KFJ waren zum Zeitpunkt der Einschau jene OP-Gehilfen, die für die Leistung von Nachtdiensten herangezogen wurden, im Rahmen eines Wechseldienstes tätig. Bei dieser Regelung beträgt die Normalarbeitszeit 173 Stunden monatlich, wobei auf Grund der wöchentlich vorgegebenen fixen Diensterteilungen regel-

mäßig Mehrleistungen bis zu 83 Stunden im Monat zum Tragen kamen, die an Stelle von Überstunden mit Zuschlägen pauschal mit einer so genannten "Wechseldienstentschädigung" abgegolten wurden.

Bei den Wechseldiensten waren tägliche Dienstzeiten der OP-Gehilfen von mindestens sieben Stunden bis zu 24 Stunden vorgesehen. Darüber hinaus konnte im Gegensatz zum Wiener Arbeitszeitmodell die wöchentliche Dienstzeit der Mitarbeiter 60 Stunden deutlich überschreiten.

Sowohl im WIL als auch im KFJ gelangten im Betrachtungszeitraum einzeln verrechnete Überstunden an OP-Gehilfen nicht zur Auszahlung.

4.1.3 In der KAR kam als Arbeitszeitregelung für die zu Nachtdiensten herangezogenen OP-Gehilfen der so genannte Turnusdienst zum Einsatz, wobei auch in diesem Fall die Normalarbeitszeit 173 Stunden monatlich betrug. Vergleichbar mit dem zuvor beschriebenen Wechseldienst waren die Diensteinteilungen der Mitarbeiter ebenfalls wöchentlich fix festgelegt worden. Auf Grund der vorgegebenen Diensteinteilungen fielen genauso regelmäßig Mehrleistungen an, die jedoch mittels einer Mehrstundenentschädigung im Ausmaß von 44 Stunden pro Monat pauschal abgegolten wurden. Bei einer Wochenarbeitszeit von höchstens 60 Stunden betrug die Dienstzeiten der OP-Gehilfen im Rahmen der Turnusdienste zwischen 10,5 und 12,5 Stunden.

Neben der Mehrstundenentschädigung im Rahmen des Turnusdienstes gelangten in der KAR im Betrachtungszeitraum einzeln verrechnete Überstunden in einem nur sehr geringen Ausmaß zur Auszahlung.

4.1.4 OP-Gehilfen, für die auf Grund der entsprechenden Betriebsorganisation eine Leistung von Nachtdiensten nicht vorgesehen war, wurden von allen geprüften Krankenanstalten im Tagdienst von Montag bis Freitag im Rahmen einer 40-Stunden-Woche eingesetzt. Hierbei handelte es sich generell um die 1. OP-Gehilfen bzw. grundsätzlich um jene OP-Gehilfen, die in Eingriffsräumen im Ambulanzbereich eingesetzt waren, in denen nur tagsüber chirurgische Routineeingriffe und keine Akutversorgung rund um die Uhr vorgesehen war.

4.1.5 Unabhängig von der Form der gewählten Arbeitszeitregelung begann der Dienstbetrieb der OP-Gehilfen in der Früh zwischen 6.30 Uhr und 7.30 Uhr. Grundsätzlich war auch zu bemerken, dass frühestens erst ab 14.00 Uhr die Zahl der im Dienst befindlichen OP-Gehilfen reduziert wurde und im Regelfall etwa gegen 19.00 Uhr die für den Nachtdienst jeweils eingeteilten OP-Gehilfen ihren Dienst antraten. Für jene Betriebszeiten, für welche die Vornahme von Routineeingriffen geplant wurde (= Kernbetriebszeit), als auch für die Akutversorgung in der Nacht sowie an Wochenenden und Feiertagen war von den Anstalten jeweils eine für die Sicherstellung eines reibungslosen OP-Betriebes erforderliche Mindestpräsenz von OP-Gehilfen definiert worden.

4.2 Einsatz der OP-Gehilfen in den einzelnen Anstalten

4.2.1 Im DSP - das, wie bereits erwähnt, über einen sich auf zwei Ebenen erstreckenden zentralen OP-Trakt verfügt - war für jeden der drei OP-Bereiche ein 1. OP-Gehilfe verantwortlich. Für die Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes in der Zentral-OP-Gruppe 1/2 mit elf OP-Sälen und einem Kreißaal wurden insgesamt 31 OP-Gehilfen eingesetzt. Vorgesehen war eine tägliche Mindestpräsenz von 14 Mitarbeitern in der Kernbetriebszeit, von denen elf unmittelbar in den OP-Sälen tätig waren, während die übrigen Mitarbeiter für den Transport der Patienten Verwendung fanden. An Tagen, an denen der Mitarbeiterstand über der Mindestpräsenz lag, waren auch bis zu zwei OP-Gehilfen speziell mit der Umbettung beschäftigt, wobei diese Tätigkeiten ansonsten von den anderen OP-Gehilfen erledigt wurden.

Ein weiterer 1. OP-Gehilfe war für die Zentral-OP-Gruppe 3 sowie für die Betreuung des Instituts für Radioonkologie zuständig, wobei letztgenannte Tätigkeit zum Zeitpunkt der Einschau im Bedarfsfall unmittelbar von ihm wahrgenommen wurde. Zur Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes dieser OP-Gruppe mit drei OP-Sälen sowie acht Eingriffsräumen wurden insgesamt 21 OP-Gehilfen eingesetzt. Die Mindestpräsenz in der Kernbetriebszeit lag bei zwölf Mitarbeitern, von denen elf unmittelbar in den OP-Sälen und Eingriffsräumen eingesetzt waren und ein Mitarbeiter den Patiententransport betreute. Soweit OP-Gehilfen darüber hinaus verfügbar waren, wurde in den orthopädischen und in den urologischen Eingriffsräumen jeweils ein weiterer Mitarbeiter eingesetzt.

Der Abteilung für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie, die über insgesamt drei OP-Säle, einen Schockraum sowie ein Gipszimmer verfügte, waren unter der Leitung eines weiteren 1. OP-Gehilfen insgesamt 14 OP-Gehilfen zugeordnet. In der Kernbetriebszeit lag die tägliche Mindestpräsenz grundsätzlich bei fünf OP-Gehilfen, von denen tagsüber drei unmittelbar bei den chirurgischen Eingriffen, einer im Gipszimmer und einer für den Patiententransport benötigt wurden.

Über den normalen Dienstbetrieb hinausgehend wurden sowohl in der Zentral-OP-Gruppe 1/2 als auch im OP-Bereich der Abteilung für Unfall und Sporttraumatologie für die Sicherstellung der Akutversorgung OP-Gehilfen vorgehalten. Für diesen Zweck kamen jeweils drei Mitarbeiter der Zentral-OP-Gruppe 1/2, ergänzt um einen bzw. zwei OP-Gehilfen der Zentral-OP-Gruppe 3 für Nachtdienste bzw. Wochenend- und Feiertagsdienste zum Einsatz. Die Abteilung für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie hielt für die Aufrechterhaltung der Akutversorgung in der Nacht insgesamt jeweils zwei Mitarbeiter vor, an Wochenenden und Feiertagen waren insgesamt drei OP-Gehilfen im Einsatz.

Neben den drei 1. OP-Gehilfen waren im DSP insgesamt lediglich elf OP-Gehilfen im Tagdienst eingesetzt, die praktisch alle ausschließlich in Eingriffsräumen im Ambulanzbereich eingesetzt wurden. Für die übrigen 55 OP-Gehilfen galt das Wiener Arbeitszeitmodell.

4.2.2 Die KAR, die ebenso wie das DSP über einen zentralen OP-Bereich verfügte, unterschied sich beim Personaleinsatz der OP-Gehilfen zu der letztgenannten Krankenanstalt dahingehend, dass die bedarfsorientierte Personalsteuerung aller OP-Gehilfen gemeinsam von den beiden 1. OP-Gehilfen, deren Arbeitsplatz sich unmittelbar im Zentral-OP-Bereich befand, wahrgenommen wurde. Die 1. OP-Gehilfen arbeiteten auch regelmäßig als OP-Gehilfen bei der Umbettung im Zentral-OP-Bereich mit.

Insgesamt waren in der KAR zum Zeitpunkt der Einschau für den OP-Betrieb in insgesamt 17 OP-Sälen bzw. Eingriffsräumen sowie einem Röntgenraum 33 OP-Gehilfen beschäftigt, wobei von einer Mindestpräsenz zur Sicherstellung der in der Kernbetriebszeit

im Regelfall 15 gleichzeitig erfolgten chirurgischen Routineeingriffe tagsüber von 18 OP-Gehilfen ausgegangen wurde, die jedoch in der Praxis oftmals nur durch den Einsatz von einem oder zwei Zivildienern für den Patiententransport sowie unter Einrechnung eines 1. OP-Gehilfen erreicht werden konnte. Wie die Einschau des Kontrollamtes zeigte, wurde fallweise - trotz der zuvor erwähnten Maßnahmen - auf Grund einer hohen Zahl von Absenzen aber auch die Mindestpräsenz um bis zu zwei Mitarbeiter unterschritten.

Im Regelfall war für die Aufrechterhaltung des OP-Betriebes tagsüber die Personaleinsatzplanung auf die Dienstanwesenheit von 20 OP-Gehilfen ausgelegt, wobei grundsätzlich ein bis zwei OP-Gehilfen als so genannte "Springer" bei Personalausfällen für den Einsatz in allen OP-Bereichen vorgesehen waren. Im Gegensatz zum DSP war vorgesehen, bei Bedarf auch jene OP-Gehilfen als Springer heranzuziehen, die üblicherweise im Tagdienst tätig waren.

Nachdem auf Grund der vorhandenen Räumlichkeiten bis zu 17 chirurgische Eingriffe im OP-Bereich gleichzeitig stattfinden konnten, ergab sich für die OP-Gehilfen immer wieder die Notwendigkeit, bei Erreichen oder Unterschreiten der Mindestpräsenz einen OP-Gehilfen vorübergehend gleichzeitig in zwei OP-Sälen einzusetzen, da zumindest zwei OP-Gehilfen bzw. Zivildienere für den Patiententransport bzw. für die Umbettung erforderlich waren.

Für die Sicherstellung der Akutversorgung im OP-Bereich waren zumindest drei, teilweise aber auch vier OP-Gehilfen diensteingeteilt.

Wie im DSP waren auch in der KAR die zwei 1. OP-Gehilfen sowie elf OP-Gehilfen im Tagdienst beschäftigt. Für insgesamt 20 Mitarbeiter galt der Turnusdienst als Arbeitszeitregelung.

4.2.3 Obwohl - wie unter Pkt. 2.1 bereits angeführt - das WIL in Pavillonbauweise errichtet worden war, verfügte es zum Zeitpunkt der Einschau über eine mit dem DSP und der KAR vergleichbare zentrale OP-Einheit für die Unfallchirurgische Abteilung und die 1. Chirurgische Abteilung, während die OP-Säle sowie Eingriffsräume sonstiger medi-

zinischer Fachabteilungen disloziert in drei anderen Gebäuden der Krankenanstalt untergebracht waren.

Für jeweils zwei dieser vier OP-Bereiche war ein 1. OP-Gehilfe verantwortlich, wobei einem von ihnen die im zentralen OP-Bereich insgesamt 20 beschäftigten OP-Gehilfen sowie ein weiterer in der disloziert untergebrachten Dermatologischen Abteilung eingesetzter OP-Gehilfe unterstanden. Für den zentralen OP-Bereich mit seinen sechs OP-Sälen, dem Schockraum, zwei Gipszimmern sowie für die zwei Eingriffsräume in der Dermatologischen Abteilung wurde für die Kernbetriebszeit eine tägliche Mindestpräsenz von insgesamt neun OP-Gehilfen angegeben. Darüber hinaus wurde zusätzlich ein Zivildienstler für Patiententransporte eingesetzt. Von diesen neun OP-Gehilfen wurden im Regelfall für die bis zu sechs gleichzeitig erfolgenden chirurgischen Eingriffe unmittelbar in den OP-Sälen und Eingriffsräumen sechs Mitarbeiter benötigt, der Rest stand für die Gipszimmer, die Patiententransporte und die Umbettung zur Verfügung.

Der zweite 1. OP-Gehilfe war für die Personaleinteilung von insgesamt 15 OP-Gehilfen zuständig. Diese waren in den neun OP-Sälen der in einem Pavillon untergebrachten 2. Chirurgischen Abteilung, der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Abteilung, der Urologischen Abteilung und der Hals-, Nasen-, Ohrenambulanz sowie in der Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie mit drei weiteren OP-Sälen tätig. Für diese beiden OP-Bereiche war bei im Regelfall neun gleichzeitigen chirurgischen Eingriffen in der Kernbetriebszeit eine Mindestpräsenz von insgesamt zehn OP-Gehilfen tagsüber vorgesehen, wobei darüber hinaus zusätzlich ein Zivildienstler für Patiententransporte eingesetzt wurde.

Für die über den normalen Dienstbetrieb hinausgehende Akutversorgung waren im zentralen OP-Bereich zumindest vier und im zweiten angeführten OP-Bereich zwei OP-Gehilfen vorgesehen; darüber hinaus wurde an einem Tag in der Woche ein weiterer OP-Gehilfe in der Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie auch über die gesamte Nacht vorgehalten. Diese Maßnahme wurde mit der außergewöhnlich langen Betriebszeit im OP-Bereich in der gegenständlichen medizinischen Fachabteilung begründet.

Im zentralen OP-Bereich waren mit Ausnahme des 1. OP-Gehilfen alle 20 OP-Gehilfen - die auch regelmäßig Dienste im Ausmaß von 24 Stunden leisteten - im Wechseldienst tätig. Der OP-Gehilfe in der Dermatologischen Abteilung wurde im Tagdienst eingesetzt. Von den insgesamt 15 OP-Gehilfen, für die der andere 1. OP-Gehilfe zuständig war, wurden neben diesem sieben Mitarbeiter im Tagdienst eingesetzt. Für die übrigen acht OP-Gehilfen kam als Arbeitszeitregelung sowie im zentralen OP-Bereich der Wechseldienst mit Diensten im Ausmaß von bis zu 24 Stunden zur Anwendung.

4.2.4 Das in Pavillonbauweise errichtete KFJ verfügte zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes über vier OP-Bereiche, die getrennt voneinander in zwei Pavillons untergebracht sind. In dieser Schwerpunktkrankenanstalt war - wie bereits erwähnt - kein 1. OP-Gehilfe eingesetzt. Von den insgesamt 20 dort tätigen OP-Gehilfen wurden in der Chirurgischen Abteilung - die über insgesamt drei OP-Säle verfügt - acht OP-Gehilfen beschäftigt. Jeweils drei weitere OP-Gehilfen waren auf der Hals-, Nasen-, Ohrenabteilung und auf der Urologischen Abteilung tätig, wobei die erstgenannte Abteilung über drei OP-Tische und die andere Einrichtung über zwei Eingriffsräume und einen Röntgenraum verfügt. In den beiden letztgenannten Abteilungen war bei Personalausfällen jeweils ein OP-Gehilfe als Springer vorgesehen.

In einem zweiten Pavillon befindet sich die Gynäkologische-geburtshilfliche Abteilung mit drei OP-Sälen, der insgesamt fünf OP-Gehilfen zugeordnet waren, von denen ebenfalls einer als Springer fungierte.

Ein weiterer OP-Gehilfe war organisatorisch zwar der Chirurgischen Abteilung zugeteilt, versah jedoch an vier Wochentagen überwiegend seinen Dienst im Gottfried von Preyer'schen Kinderspital.

Für den gesamten OP-Betrieb wurde während der Kernbetriebszeit in den beiden zuvor erwähnten Pavillons im KFJ eine Mindestpräsenz von 13 OP-Gehilfen als notwendig erachtet, die im Regelfall während des Routinebetriebes bei insgesamt zehn chirurgischen Eingriffen gleichzeitig eingesetzt waren. Somit standen in dieser Krankenanstalt grundsätzlich insgesamt drei OP-Gehilfen für Patiententransporte zur Verfügung, die in

jenen Fällen, in denen Patienten von anderen Pavillons zu chirurgischen Eingriffen geholt werden mussten, auch von Krankenträgern unterstützt wurden.

Für die Akutversorgung in der Nacht sowie an Wochenenden und Feiertagen wurden im KFJ für alle OP-Bereiche insgesamt zumindest drei, aber auch immer wieder vier OP-Gehilfen vorgehalten, wovon grundsätzlich zwei auf der Chirurgischen Abteilung Dienst versahen und ein OP-Gehilfe auf der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung vorgehalten war.

Von den insgesamt 20 OP-Gehilfen waren 16 Mitarbeiter im Wechseldienst mit Dienstzeiten bis zu 24 Stunden eingesetzt. Die vier anderen OP-Gehilfen waren im Tagdienst beschäftigt.

4.2.5 In dem ebenfalls in Pavillonbauweise errichteten KHR teilte sich der OP-Betrieb auf vier Pavillons auf, die gesamte Personaleinteilung oblag einem einzigen 1. OP-Gehilfen. Bei dieser Tätigkeit wurde er von pavillonweise definierten so genannten "Teamleitern" unterstützt, die auch für die Erstellung der jeweiligen Dienstpläne verantwortlich waren. Er selbst war nicht nur für die Dienstplanerstellung auf einem dieser fünf Pavillons zuständig, sondern nahm die gesamte Dienst- und Fachaufsicht über alle 36 OP-Gehilfen im KHR wahr. In diesem Zusammenhang führte dieser auch - im Gegensatz zu anderen 1. OP-Gehilfen - nachweislich Kontrollen in der Nacht durch.

Darüber hinaus standen ihm aus dem Bereich der Hausaufsicht im Bedarfsfall insgesamt sieben so genannte "Springer" zur Verfügung, von denen fünf die Ausbildung zum OP-Gehilfen bereits absolviert hatten. Diese sieben Mitarbeiter bildeten gleichsam einen anstaltsinternen Pool zur raschen Nachbesetzung freiwerdender Dienstposten für OP-Gehilfen.

In einem Pavillon befand sich der OP-Bereich der 1. Chirurgischen Abteilung mit gefäßchirurgischem Zentrum mit insgesamt fünf OP-Sälen, weiters die Dermatologische Abteilung mit einem OP-Saal und zwei Eingriffsräumen sowie die Angio-Diagnostische Ambulanz mit ebenfalls einem OP-Saal und einem Eingriffsraum. Insgesamt waren diesem Pavillon zehn OP-Gehilfen zugeordnet. Im Regelfall erfolgten während der

Kernbetriebszeit in sieben OP-Sälen gleichzeitig sieben chirurgische Eingriffe, wofür eine Mindestpräsenz von sieben OP-Gehilfen - von denen einer für den Patiententransport zuständig war - als notwendig betrachtet wurde.

In einem weiteren Pavillon waren die insgesamt zehn OP-Säle der Hals-, Nasen-, Ohrenabteilung, der Gynäkologischen-geburtshilflichen Abteilung, der Augenabteilung sowie der Urologischen Abteilung untergebracht, denen insgesamt zwölf OP-Gehilfen zur Verfügung standen. Grundsätzlich wurden auf diesem Pavillon in der Kernbetriebszeit sieben chirurgische Eingriffe gleichzeitig vorgenommen. Darüber hinaus erfolgte auf der Urologischen Abteilung neben den zuvor erwähnten Eingriffen die so genannte "Steintherapie". Die Mindestpräsenz war für die auf dem gegenständlichen Pavillon untergebrachten Abteilungen mit sieben OP-Gehilfen festgelegt worden.

Die in einem anderen Pavillon untergebrachte 2. Chirurgische Abteilung mit ihren drei OP-Sälen und einem Eingriffsraum verfügte über neun OP-Gehilfen. Im Regelfall wurden dort in der Kernbetriebszeit drei chirurgische Eingriffe gleichzeitig vorgenommen, für die als Mindestpräsenz drei OP-Gehilfen vorgesehen waren.

Schließlich war in einem weiteren Pavillon die Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie mit zwei OP-Sälen sowie die Endoskopie Ambulanz mit einem Eingriffsraum untergebracht, wobei in der Kernbetriebszeit laufend jeweils zwei chirurgische Eingriffe stattfanden. In diesem Bereich waren insgesamt vier OP-Gehilfen beschäftigt, von denen täglich zumindest drei OP-Gehilfen für den Routinebetrieb vorgesehen waren. Angemerkt wird, dass zum Zeitpunkt der Einschau vom KAV geplant war, die erwähnte Abteilung einschließlich der dort tätigen OP-Gehilfen vom KHR in die KAR zu transferieren.

Über die vier genannten Bereiche hinaus wurde ein OP-Gehilfe auf einem weiteren Pavillon in der Sonderabteilung für Strahlentherapie eingesetzt; ein Mal wöchentlich war zudem ein OP-Gehilfe im Institut für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Zahnheilkunde tätig.

Für die über den normalen Dienstbetrieb hinausgehende Akutversorgung wurden für die Abteilungen in den beiden erstgenannten Pavillons jeweils zwei OP-Gehilfen vorgehalten. Für die beiden anderen Bereiche mit OP-Sälen war für die Akutversorgung jeweils ein OP-Gehilfe vorgesehen, der an Wochenenden und Feiertagen in der 2. Chirurgischen Abteilung tagsüber von einem weiteren Mitarbeiter unterstützt wurde. Somit standen für die Akutversorgung im KHR insgesamt sechs bis sieben OP-Gehilfen zur Verfügung.

Jeweils acht in den drei erstgenannten Pavillons tätige OP-Gehilfen sowie die vier Mitarbeiter in der Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie und in der Endoskopie Ambulanz waren auf der Grundlage der Arbeitszeitregelung des Wiener Arbeitszeitmodells eingesetzt. Der 1. OP-Gehilfe sowie die übrigen acht OP-Gehilfen waren im Tagdienst beschäftigt.

4.3 Erstellung der Dienstpläne

4.3.1 Zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes wurden mit Ausnahme des WIL die Dienstpläne der OP-Gehilfen unter Zuhilfenahme des so genannten "EDV-Dienstplanpaketes" erstellt, wobei eine diesbezügliche Umstellung in der KAR und im KFJ erst Ende 2005 bzw. Anfang 2006 erfolgt war. Grundsätzlich oblagen alle Agenden im Zusammenhang mit der Erstellung und Abrechnung von Dienstplänen den 1. OP-Gehilfen. Im KHR waren dazu auch die so genannten Teamleiter auf den Pavillons berechtigt. Im KFJ wurden diese Aufgaben vom "leitenden" OP-Gehilfen wahrgenommen.

4.3.2 Zur Festsetzung der Dienstzeiten der OP-Gehilfen im Rahmen des "EDV-Dienstplanpaketes" sind zwei Monate im Voraus Soll-Dienstpläne von den 1. OP-Gehilfen zu erstellen. Wie sich bei der Einschau zeigte, wurden im DSP und im KHR, die als Arbeitszeitregelung das Wiener Arbeitszeitmodell implementiert hatten, in einem ersten Schritt Vorpläne aufgelegt, die den Namen der Mitarbeiter und die zu erreichenden monatlichen Sollzeiten enthielten. In diese trugen die Mitarbeiter handschriftlich die von ihnen gewünschten Dienste unter Anführung des Dienstartenkürzels ein.

In weiterer Folge oblag es den 1. OP-Gehilfen, diesen Vorplan hinsichtlich der gesetzli-

chen Regelungen und der definierten Rahmenbedingungen zu überprüfen und allenfalls erforderliche Korrekturen vorzunehmen. Erforderliche Änderungen des Soll-Dienstplanes erfolgten grundsätzlich nur in Absprache mit den betroffenen Bediensteten.

4.3.3 In der KAR und im KFJ, die als Arbeitszeitregelung einen Turnus- bzw. Wechseldienst implementiert hatten, wurden keine wie zuvor beschriebenen Vorpläne aufgelegt, da die starren kontinuierlich fortlaufenden Dienstzeiten der dort tätigen OP-Gehilfen den Soll-Dienstplan im Voraus bestimmten. Der fertige Soll-Dienstplan wurde von den 1. OP-Gehilfen in das "EDV-Dienstplanpaket" übertragen und nach Genehmigung durch die zuständige LOAss gesperrt, ausgedruckt und ausgehängt.

Etwaige spätere Änderungen der Diensterteilungen konnten durch die OP-Gehilfen grundsätzlich nur in Absprache mit den 1. OP-Gehilfen bzw. mit der LOAss erfolgen. Auf den ausgehängten Soll-Dienstplänen wurden derartige Änderungen grundsätzlich handschriftlich vermerkt und durch die 1. OP-Gehilfen ebenfalls im "EDV-Dienstplanpaket" eingetragen.

4.3.4 Der zuvor beschriebene Ablauf stellte sich im WIL grundsätzlich ähnlich dar. Im Unterschied zu den anderen Schwerpunktkrankenanstalten der TU 1 wurden jedoch die Dienstpläne der OP-Gehilfen von den beiden 1. OP-Gehilfen handschriftlich bzw. computerunterstützt mit einer Excel-Liste erstellt. Dazu teilten die Leiterin der Abteilung Personal und die LOAss des WIL mit, dass eine Umstellung auf das in den anderen Krankenanstalten implementierte "EDV-Dienstplanpaket" nicht vorgesehen sei, weil es nach ihrer Ansicht zu wenig benutzerfreundlich und fehleranfällig sei. Darüber hinaus habe das WIL bei einer externen Firma die Entwicklung einer eigenen Dienstplansoftware in Auftrag gegeben, wie sie im WIL bereits im Bereich der Hausaufsicht in Probeverwendung sei.

4.3.5 Zum Monatswechsel waren in allen geprüften Anstalten von den 1. OP-Gehilfen die Dienstpläne abzuschließen. Dieser so genannte "abgerechnete Dienstplan" (Ist-Dienstplan) wurde von den LOAss genehmigt und in Papierform an die Abteilung Personal der jeweiligen Krankenanstalt weitergeleitet. Da im KFJ die Funktion der LOAss nicht vorgesehen war, wurden dort diese Dienstpläne vom "leitenden" OP-Gehilfen di-

rekt der Leiterin der Abteilung Personal übermittelt.

4.4 Vergleich des Personaleinsatzes

4.4.1 Wie unter Pkt. 4.2 im Einzelnen dargestellt, erfolgte der Personaleinsatz in den einzelnen OP-Bereichen in einem sehr unterschiedlichen Ausmaß, wobei Tätigkeiten wie z.B. die Patiententransporte, die etwa im DSP ausschließlich den OP-Gehilfen vorbehalten waren, in anderen Krankenanstalten zum Teil von Zivildienern oder Krankenträgern durchgeführt wurden. Darüber hinaus zeigten sich im Zuge der Einschau - manchmal auf Grund der baulichen Gegebenheiten nicht beeinflussbare - unterschiedliche Standards bei der Umbettung von Patienten, die sich ebenfalls auf den Personaleinsatz und die benötigten Personalressourcen auswirken mussten.

4.4.2 Unabhängig von den oben angeführten Rahmenbedingungen ist es nach Ansicht des Kontrollamtes für einen effizienten Personaleinsatz der OP-Gehilfen unabdingbar notwendig, deren Verfügbarkeit an die sich aus dem OP-Betrieb ergebenden zeitlichen Erfordernisse anzupassen. Da - wie unter Pkt. 2.3 bereits erwähnt - der KAV zum Zeitpunkt der Einschau über kein EDV-unterstütztes OP-Managementsystem für die Krankenanstalten verfügte, konnte das Kontrollamt die Personalpräsenz der OP-Gehilfen den Betriebszeiten in den OP-Bereichen nur anhand einer Stichprobe gegenüberstellen. Zu diesem Zweck wurden die Krankenanstalten ersucht, über den Zeitraum eines Jahres jeweils zu zwei Stichtagen eines Monats einerseits die tatsächlich dienst-eingeteilten OP-Gehilfen und deren Dienstzeiten sowie andererseits die Zeiten, in denen chirurgische Eingriffe stattfanden, zu eruieren und dem Kontrollamt zur Verfügung zu stellen. Diese Daten wurden danach ausgewertet, wobei die von den OP-Gehilfen durchzuführenden vor- und nachbereitenden Tätigkeiten auch durch großzügige Zeitzuschläge berücksichtigt wurden.

Die Stichprobe umfasste 16 Werktage, an denen in den OP-Sälen routinemäßige chirurgische Eingriffe erfolgten, aber auch akut erforderliche Eingriffe durchgeführt wurden. Weiters waren in der Stichprobe insgesamt acht Samstage, Sonntage und Feiertage enthalten, an denen grundsätzlich nur eine Akutversorgung vorgesehen war.

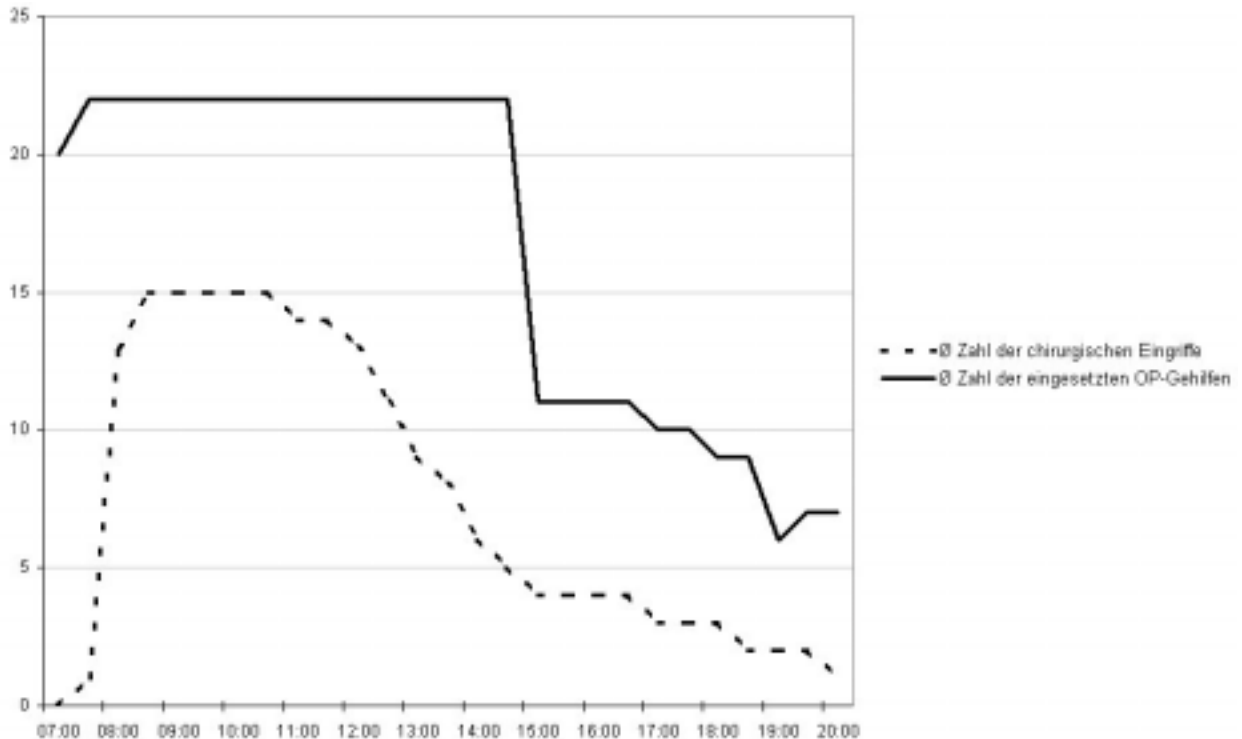
4.4.3 Insgesamt ergab die Auswertung des Kontrollamtes, dass in allen Schwerpunkt-

krankenanstalten der OP-Betrieb ab der Mittagszeit deutlich zurückging, wobei die Rücknahme der im Dienst befindlichen OP-Gehilfen nicht zeitgleich im selben Ausmaß erfolgte. Weniger ausgeprägt als in den übrigen Krankenanstalten stellte sich der temporäre personelle Überhang an OP-Gehilfen im Verhältnis zur jeweiligen Anzahl der chirurgischen Eingriffe im KHR dar.

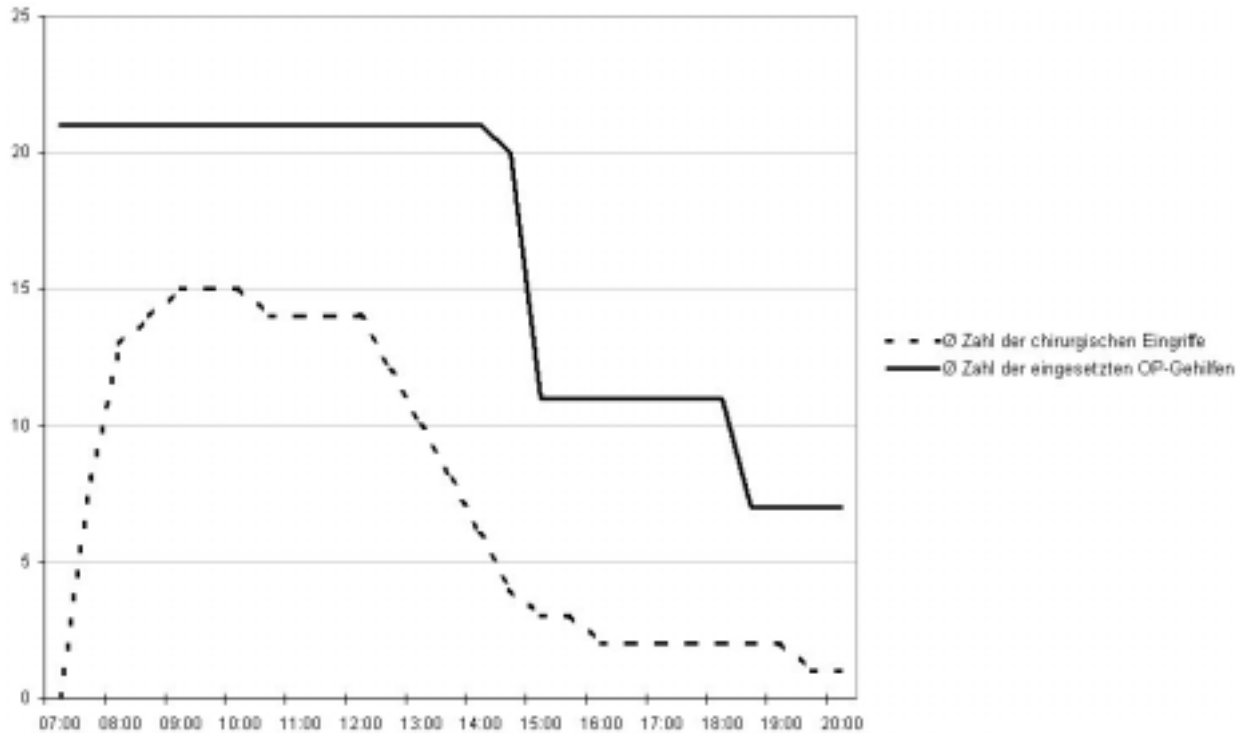
4.4.4 Um diesen zeitweise auftretenden personellen Überhang im Routinebetrieb zu veranschaulichen, stellte das Kontrollamt die anhand der Stichprobe erhobene durchschnittliche Zahl der chirurgischen Eingriffe (verbunden mit deren Dauer) der durchschnittlichen Zahl der in diesem Zeitraum jeweils tatsächlich eingesetzten OP-Gehilfen grafisch gegenüber.

Die nachstehende Grafik am Beispiel des DSP verdeutlicht, dass wochentags die höchste Zahl an chirurgischen Eingriffen ab der Früh bis in die späten Vormittagsstunden erfolgte und sich die gegenständlichen Leistungen danach kontinuierlich rückläufig entwickelten, was nicht zuletzt darauf zurückzuführen war, dass die Arbeitszeit der Ärzte in den städtischen Krankenanstalten üblicherweise für den Zeitraum von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr festgelegt ist und diese erst mit einer entsprechenden Zahl an zu erbringenden Nachtdiensten die monatliche Normalarbeitszeiten erreichen.

Demgegenüber zeigte sich anhand der Stichprobe, dass die Zahl der diensteingeteilten OP-Gehilfen im DSP - obwohl in dieser Krankenanstalt neben Tagdiensten das Wiener Arbeitszeitmodell implementiert war - bis am frühen Nachmittag nahezu gleich blieb und erst dann an den sich sukzessive bereits reduzierten OP-Betrieb angepasst wurde.



Aber auch im WIL, in dem die OP-Gehilfen im Wechsel- und Tagdienst tätig waren, zeigte sich bereits ab Mittag ein deutlicher Rückgang der chirurgischen Eingriffe, wobei jedoch ebenfalls erst gegen 15.00 Uhr die Zahl der diensteingeteilten OP-Gehilfen deutlich zurückgenommen wurde. Eine weitere Reduktion der diensteingeteilten OP-Gehilfen erfolgte erst in den Abendstunden. Ab diesem Zeitpunkt waren nur mehr jene OP-Gehilfen tätig, die den Nachtdienst im Rahmen eines 24-Stundendienstes zu versehen hatten.



4.4.5 An den Wochenenden bzw. an den Feiertagen fiel auf, dass beispielsweise im DSP im zentralen OP-Bereich zur Sicherstellung der Akutversorgung vier bis fünf OP-Gehilfen Dienst versahen, wobei an den Tagen aus der Stichprobe im Durchschnitt nur ein oder zwei Operationen durchgeführt worden waren. Die Höchstzahl von gleichzeitig durchgeführten chirurgischen Eingriffen lag lediglich an einem Tag kurzzeitig bei vier Operationen.

Die an Wochenenden und Feiertagen tagsüber drei und in der Nacht - wie auch in den Nächten an Werktagen - zwei in der Abteilung für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie Dienst versahenden OP-Gehilfen waren im Durchschnitt bei einem chirurgischen Eingriff im Einsatz; lediglich einmal fielen kurzfristig drei Operationen gleichzeitig an.

Im WIL zeigte sich bezüglich der in der Stichprobe enthaltenen Feiertage und Wochenenden im zentralen OP-Bereich, dass im Durchschnitt fünf OP-Gehilfen im Dienst waren, wobei durchschnittlich ein bis zwei und fallweise drei chirurgische Eingriffe gleichzeitig zu verzeichnen waren.

In dem anderen OP-Bereich dieser Schwerpunktkrankenanstalt, in dem zwei OP-Gehilfen Wochenend- und Nachtdienste versahen, erfolgten höchstens zwei Eingriffe gleichzeitig. Im Regelfall war ein bzw. gar kein chirurgischer Eingriff dokumentiert.

Auch in den anderen geprüften Anstalten stellte sich die Situation bezüglich der Akutversorgung ähnlich dar.

4.5 Feststellungen des Kontrollamtes

4.5.1 Zusammenfassend war festzustellen, dass sowohl die Arbeitszeitregelungen als auch die Tätigkeitsbereiche, aber auch die Gestaltung des Personaleinsatzes in den geprüften Schwerpunktkrankenanstalten unterschiedlich ausgeprägt waren. Bemerkenswert erschien, dass die jeweilige Organisation des OP-Betriebes diesbezüglich von sehr geringer Bedeutung war.

Anzumerken war, dass etwa bezüglich der Patiententransporte keine einheitliche Auffassung im KAV darüber bestand, ob diese Tätigkeit Aufgabe von Krankenträgern und/oder von Zivildienern sei oder ausschließlich von OP-Gehilfen wahrgenommen werden müsse, es erfolgten anstaltsweise Festlegungen ausschließlich auf der Grundlage der jeweils bestehenden Personalressourcen bei den OP-Gehilfen.

Innerhalb des KAV wird abgestimmt werden, ob diesbezüglich eine einheitliche Regelung möglich ist, da damit in die Organisationsstruktur der Dienststellen eingegriffen wird. Erforderlichenfalls wird die Regelung in die Stellenbeschreibung einfließen.

Weiters wurden auch keine einheitlichen Rahmenbedingungen bezüglich der Arbeitszeiten der OP-Gehilfen vorgefunden, wobei insbesondere die durchgehende Leistung von Diensten im Ausmaß über 24 Stunden dem Kontrollamt problematisch erschien. Da sich anhand der Stichprobe zeigte, dass der Bedarf an OP-Gehilfen in allen Schwerpunktkrankenanstalten am Vormittag besonders hoch war und sich danach in Abhängigkeit von dem täglich gewissen Schwankungen unterliegenden OP-Betrieb bis zum Übergang des Routinebetriebes in die Akutversorgung kontinuierlich rückläufig entwi-

ckelte, wurde vom Kontrollamt die Implementierung eines einheitlichen Arbeitszeitmodells mit flexiblen Dienstzeiten - wie es etwa das Wiener Arbeitszeitmodell darstellt - für die gegenständliche Bedienstetengruppe in allen Krankenanstalten als zweckmäßig erachtet. Dieses Arbeitszeitmodell bietet grundsätzlich den Vorteil, dass die täglichen Diensterteilungen bedarfsorientierter als bei Turnus- oder Wechseldiensten erfolgen können. Darüber hinaus sind Mehrleistungen einzeln und bedarfsorientiert anzuordnen und nicht pauschal auf Grund einer starren Diensterteilung zu erbringen. In diesem Zusammenhang sei beispielhaft der - im Rahmen des im WIL bestehenden Wechseldienstes - in der Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie eingeführte einmal wöchentliche Dienst rund um die Uhr auf Grund verlängerter Betriebszeiten im OP-Bereich angeführt, obwohl nach Ansicht des Kontrollamtes eine Anwesenheit des OP-Gehilfen nach Beendigung aller chirurgischen Eingriffe nicht mehr erforderlich erschien.

Kritisch merkte das Kontrollamt auch an, dass in jenen beiden Anstalten, die das Wiener Arbeitszeitmodell bereits länger eingeführt hatten, der monetären Abgeltung von Mehrdienstleistungen grundsätzlich der Vorzug gegeben wurde, obwohl - wie sich anhand der Stichprobe ebenfalls zeigte - immer wieder Möglichkeiten zu der Inanspruchnahme eines Zeitausgleiches für die OP-Gehilfen gegeben gewesen wären.

Es wurde daher empfohlen, künftig gewährte Überstundenkontingente stärker als bisher zu überwachen und die Abgeltung von Mehrleistungen in Freizeit zu forcieren. Ein von der Abteilung Personal des KHR angestellter Vergleich der Kosten aus der Abgeltung einzeln verrechneter Überstunden im Rahmen des Wiener Arbeitszeitmodells mit den fiktiven Kosten, die bei Beibehaltung des Wechseldienstes aus der pauschalen Mehrleistungsvergütung erwachsen worden wären, ergab für das Jahr 2005 zwar einen Mehraufwand durch das Wiener Arbeitszeitmodell gegenüber dem Wechseldienst, dieser war jedoch lediglich auf die erhebliche Überschreitung des für die OP-Gehilfen genehmigten Überstundenkontingentes zurückzuführen.

Es ist auch Ziel der Generaldirektion des KAV, das Arbeitszeitmodell flächendeckend im Bereich der OP-Gehilfen einzusetzen, da damit ein flexiblerer und wirtschaftlicherer Einsatz möglich wird.

Es müssen dafür jedoch noch zahlreiche Verhandlungen mit den Personalvertretungen und den Kollegialen Führungen geführt werden.

In diesem Zusammenhang wird auch hinterfragt werden, ob alle bisher vorgehaltenen Dienste rund um die Uhr tatsächlich erforderlich sind.

Bezüglich der Überwachung der Überstundenkontingente und einer Abgeltung der Überstunden in Freizeit werden die Kollegialen Führungen entsprechend informiert werden.

4.5.2 Darüber hinaus wurde angeregt, in stärkerem Ausmaß als bisher in jenen Krankenanstalten, in denen nicht nur ein 1. OP-Gehilfe für die Diensterteilungen zuständig ist, das Zusammenwirken der leitenden OP-Gehilfen mit dem Ziel zu forcieren, Personalausfälle innerhalb der OP-Bereiche auszugleichen. Ebenso erschien überlegenswert, die personellen Vorhalteleistungen für die Akutversorgung nach Schluss des Routinebetriebes nicht auf einzelne OP-Bereiche bezogen vorzunehmen, sondern so weit wie möglich anstaltsweit zu bündeln, wodurch grundsätzlich mit einer geringeren Anzahl an eingesetzten OP-Gehilfen außerhalb des Routinebetriebes das Auslangen gefunden werden müsste.

Die Überprüfung der tatsächlich erforderlichen Nachtdienste wird durch die Generaldirektion des KAV vorgenommen werden. Selbstverständlich werden die 1. OP-Gehilfen der Krankenanstalten auch beauftragt, den internen Personalausgleich zwischen den vorhandenen Gruppen entsprechend durchzuführen.

5. Fehlzeiten der OP-Gehilfen

Nachdem im Zuge der Erhebungen in den geprüften Schwerpunktkrankenanstalten der Eindruck gewonnen werden konnte, dass so genannte "Langzeitkrankenstände" von Mitarbeitern bei Diensterteilungen laufend zu berücksichtigen waren, unterzog das

Kontrollamt auch die Entwicklung der Fehlzeiten dieser Bedienstetengruppe einer Betrachtung.

5.1 Fehlzeiten je Bediensteten

Die Fehlzeiten (einschließlich Erholungsurlaub) lagen insgesamt betrachtet in allen Schwerpunktkrankenanstalten der TU 1 bezogen auf die durchschnittlich dort beschäftigten OP-Gehilfen in den Jahren 2001 und 2002 bei 66 Kalendertagen je Mitarbeiter und stiegen im Jahr 2003 auf 67 und in den Jahren 2004 und 2005 auf jeweils 70 Kalendertage je Mitarbeiter an. Dies bedeutet, dass in den beiden zuletzt genannten Jahren der Anteil der Fehlzeiten der OP-Gehilfen bei rd. 19 % aller Kalendertage lag. Auffallend war in diesem Zusammenhang, dass das DSP über den gesamten Betrachtungszeitraum und das WIL mit Ausnahme eines Jahres kontinuierlich deutlich über diesen zuvor erwähnten Durchschnittswerten lagen.

5.2 Krankenstandsbedingte Fehlzeiten

Bei näherer Betrachtung der aus Krankenständen resultierenden Fehlzeiten der OP-Gehilfen in den geprüften Anstalten war erkennbar, dass diese im Betrachtungszeitraum insgesamt um ca. 13 % gestiegen waren. Im Jahr 2004 war mit 6.825 Kalendertagen die höchste Anzahl an Krankenstandstagen dieser Bedienstetengruppe in den Schwerpunktkrankenanstalten der TU 1 festzustellen.

Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt in diesem Zusammenhang, dass im Betrachtungszeitraum 2001 bis 2005 die Anzahl der Krankenstandstage bezogen auf die durchschnittliche Zahl an beschäftigten OP-Gehilfen in allen fünf geprüften Anstalten zwischen 25 und 33 Kalendertagen je Mitarbeiter gelegen war, wobei diese Werte in der KAR in allen Jahren und im WIL - mit Ausnahme des Jahres 2001 - überwiegend deutlich über den zuvor erwähnten Durchschnittswerten lagen. Hingegen lag die durchschnittliche Anzahl der Krankenstandstage je Mitarbeiter im KHR in allen Jahren und im KFJ - mit Ausnahme eines Jahres - erheblich darunter. Im DSP war insbesondere von 2003 auf 2004 ein Anstieg der durchschnittlich errechneten Krankenstandstage je Mitarbeiter von 26 auf 37 Tage (also eine Steigerung um rd. ein Drittel) festzustellen.

Wie das Kontrollamt in Erfahrung brachte, seien die Gründe für die in diesen Zahlen enthaltenen Langzeitkrankenstände ursächlich mit Tätigkeiten wie der Umbettung und der Lagerung von Patienten in Zusammenhang zu bringen, wobei länger beschäftigte ältere OP-Gehilfen vorwiegend körperliche Schäden im Bereich des Stützapparates zu verzeichnen hätten. Darüber hinaus bestünde im Hinblick auf den Personaleinsatz dieser Mitarbeiter kaum die Möglichkeit, im Rahmen deren Berufsbildes körperschonendere Tätigkeiten auszuüben.

5.3 Empfehlungen des Kontrollamtes

Das Kontrollamt empfahl der Generaldirektion des KAV, der Entwicklung der Fehlzeiten künftig erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken. Insbesondere sollten in jenen Schwerpunktkrankenanstalten, die kontinuierlich höhere Fehlzeiten auswiesen, die Ursachen dieser Entwicklung einer genaueren Analyse unterzogen werden, damit entsprechende Gegenmaßnahmen eingeleitet werden können.

Darüber hinaus erachtete es das Kontrollamt als erforderlich, im Rahmen betrieblicher gesundheitsfördernder Maßnahmen Langzeitkrankenständen präventiv sowohl durch den verstärkten Einsatz von Arbeitsbehelfen als auch im Zuge von Schulungen, wie sie etwa im Rahmen einer "Rückenschule" angeboten werden könnten, verstärkt zu begegnen.

Der Entwicklung der Fehlzeiten wird KAV-weit höhere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Derzeit ist im KAV ein Projekt in Umsetzung, das abteilungsweise und berufsgruppenspezifische Auswertungen als Basis für so genannte "Rückkehrergespräche" nimmt. Mit dieser Maßnahme sollen die Krankenstände besser beobachtet und reduziert werden können.

Der Einsatz von Arbeitsbehelfen und die verstärkte Teilnahme an Schulungen werden bei den Kollegialen Führungen angeregt werden.

6. Aus-, Fort- und Weiterbildung

6.1 Ausbildung zum OP-Gehilfen

6.1.1 Laut Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), hat die Ausbildung in den Sanitätshilfsdiensten in Kursen zu erfolgen, wobei mittels einer Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vom 16. August 1961 betreffend die Ausbildung und Prüfung in den Sanitätshilfsdiensten (Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Sanitätshilfsdienste), Regelungen bezüglich dieser Kurse getroffen wurden. Gemäß § 4 Abs. 1 dieser Verordnung hat die Ausbildung und Prüfung in den Sanitätshilfsdiensten darauf abzielen, dass die Kursteilnehmer die ihnen obliegenden Tätigkeiten und Hilfsdienste ordnungsgemäß verrichten können. Das Lehrziel in den einzelnen Unterrichtsfächern ist auf dieses Ausbildungsziel hin auszurichten.

6.1.2 Kurse zur Erlangung der im Sinn der oben angeführten Verordnung notwendigen Ausbildung für OP-Gehilfen werden sowohl vom KAV durch die Schule für den medizinisch-technischen Fachdienst als auch von anderen nichtstädtischen Einrichtungen angeboten. Da eine nicht unbeträchtliche Zahl der in den Krankenanstalten der Stadt Wien eingesetzten OP-Gehilfen ursprünglich bereits als Hausarbeiter in einer Einrichtung des KAV tätig gewesen war, erfolgte deren Ausbildung zum OP-Gehilfen in der Regel in der oben angeführten Schule.

Wie die Einschau zeigte, wurden in vier der fünf überprüften Krankenanstalten Mitarbeiter grundsätzlich bereits vor der Absolvierung dieses Kurses als OP-Gehilfen fix eingesetzt und absolvierten ihre Ausbildung innerhalb des gesetzlich vorgesehenen Zeitraumes von zwei Jahren, während im KHR Bedienstete während des Kurses noch als Hausarbeiter verwendet und erst nach Abschluss der Ausbildung im Bedarfsfall als OP-Gehilfen (als so genannte "Springer") eingesetzt wurden.

6.1.3 Gemäß der gegenständlichen Verordnung umfasst die theoretische und praktische Ausbildung zum OP-Gehilfen Grundzüge der Krankenhaushygiene und Infektionslehre einschließlich Entwesung, das Themengebiet der Desinfektion und der Sterilisation, die einfache Instrumenten- und Gerätelehre, Grundzüge der Ersten Hilfe ein-

schließlich Verbandslehre und Krankenbetreuung, Grundzüge der Strahlenkunde und des Strahlenschutzes, des Sanitäts-, Arbeits- und Sozialversicherungsrechtes sowie der Betriebsführung im Krankenhaus, wobei vom Gesetzgeber für jedes Unterrichtsfach auch eine bestimmte Zahl an Mindeststunden vorgeschrieben wird.

Zur Erlangung der Berufsberechtigung in den Sanitätshilfsdiensten sind kommissionelle mündliche Prüfungen abzulegen, die sich auch auf den praktischen Nachweis der Beherrschung der für die Ausübung des betreffenden Berufes erforderlichen Fertigkeiten zu erstrecken haben; nach Vorliegen einer Berufsberechtigung ist eine Einreihung der OP-Gehilfen in die Verwendungsgruppe K6 vorgesehen.

6.1.4 Wie das Kontrollamt im Zuge seiner Einschau in Erfahrung brachte, wurde durch die Entwicklung im OP-Betrieb und die damit einhergehenden Erfordernisse auch das Berufsbild des OP-Gehilfen einem Wandel unterzogen, was sich nach Ansicht der Direktorin der Schule für den medizinisch-technischen Fachdienst, aber auch einer Reihe von LOAss und 1. OP-Gehilfen bisher nicht in ausreichendem Ausmaß in den vom Gesetzgeber vorgegebenen Ausbildungsnormen niederschlug.

Aus der nachstehenden Tabelle ist ersichtlich, welche Ausbildungsinhalte Absolventen des OP-Gehilfenkurses vom KAV zusätzlich oder in einem höheren Stundenausmaß als vorgeschrieben angeboten werden, wobei zu Vergleichszwecken auch das diesbezügliche Ausbildungsangebot eines Trägers öffentlicher Krankenanstalten in einem westlichen Bundesland angeführt wurde:

Ausbildungsfach	Ausbildungsstunden gemäß der gesetzl. Vorgabe (Mindeststunden)	Ausbildungsstunden bei Kursen des KAV	Ausbildungsstunden bei Kursen des verglichenen Krankenanstalten-trägers
Grundzüge der Krankenhaushygiene und Infektionslehre einschließlich Entwesung, Desinfektion und Sterilisation	30	45	40
Händedesinfektion	-	-	5
Einfache Instrumenten- und Gerätelehre	35	35	35
Materialkunde	-	-	15
Lagerungstechniken	-	-	30

Ausbildungsfach	Ausbildungs- stunden gemäß der gesetzl. Vorgabe (Mindeststunden)	Ausbildungs- stunden bei Kursen des KAV	Ausbildungs- stunden bei Kursen des vergleichenen Krankenanstalten- trägers
Grundzüge der Ersten Hilfe einschließlich der Verbandslehre und der Krankenbetreuung	45	45	45
Grundzüge der Strahlkunde und des Strahlenschutzes	5	10	10
Grundzüge des Sanitäts-, Arbeits- und Sozialversicherungsrechts	15	15	15
Berufsspezifische Aufgaben und Pflichten	-	-	5
Grundzüge der Betriebsführung im Krankenhaus	5	10	10
Zwischensumme	135	160	210
zusätzlicher theoretischer Unterricht mit Prüfung in			
Grundzüge der Anatomie	-	20	-
Zwischensumme	135	180	210
zusätzlicher theoretischer Unterricht ohne Prüfung in			
Berufskunde	-	5	-
Kommunikation	-	10	-
Ökonomische Arbeitshaltung	-	5	-
Ausbildungsstunden insgesamt	135	200	210

Wie die Tabelle zeigt, waren vom KAV - so wie auch von dem zu Vergleichszwecken herangezogenen Krankenhausträger - für die Ausbildung von OP-Gehilfen wesentlich mehr Stunden vorgesehen als der Gesetzgeber an Mindeststunden normiert hat. Damit wurde nach Ansicht des Kontrollamtes grundsätzlich den gestiegenen Anforderungen an die Berufsgruppe der OP-Gehilfen bei deren Ausbildung Rechnung getragen.

Weiters kann der Tabelle entnommen werden, dass - entsprechend den Vorgaben der Verordnung - im Rahmen der OP-Gehilfenkurse des KAV keine Ausbildungsstunden für Lagerungstechniken sowie für Materialkunde vorgesehen waren, obwohl die Lagerung von Patienten wie auch die Überprüfung und Vorbereitung von im OP-Saal benötigten Geräten zu den Hauptaufgaben dieser Bedienstetengruppe zählt (s. a. Pkt. 3.4 dieses Berichtes).

Dazu brachte das Kontrollamt in Erfahrung, dass in der Schule für den medizinisch-technischen Fachdienst ausgebildete OP-Gehilfen während ihrer Ausbildung zusätzlich ein so genanntes OP-Praktikum im Ausmaß von mindestens 200 Stunden zu absolvie-

ren hatten, im Rahmen dessen u.a. 16 Stunden explizit für den Erwerb von Kenntnissen im Zusammenhang mit Lagerungen und Vermeiden von Lagerungsschäden vorgesehen waren. Der andere in der Tabelle angeführte Krankenhausträger bot angehenden OP-Gehilfen im Rahmen der Ausbildung wiederum spezielle Zusatzangebote im Ausmaß von insgesamt 50 Stunden (Somatologie, Arzneimittellehre und Verabreichung, EDV-Anwendung) an, während von ihm der Nachweis eines Praktikums im Ausmaß von 160 Stunden nur für Personen vorgesehen war, die nicht bereits in einem Dienstverhältnis für die gegenständliche Ausbildung standen.

6.2 Fort- und Weiterbildung

6.2.1 Während die Ausbildung von OP-Gehilfen im KAV grundsätzlich der Schule für den medizinisch-technischen Fachdienst oblag, war es Aufgabe der einzelnen Krankenanstalten für die Fort- und Weiterbildung dieser Mitarbeiter Sorge zu tragen, wobei hierfür grundsätzlich Bildungsangebote

- der Akademie für Fort- und Sonderausbildungen,
- des Geschäftsbereiches Qualitätsarbeit - Bildungsmanagement der Teilunternehmung technisch, wirtschaftliche und sonstige Servicereinrichtungen,
- der Anstalten selbst, aber auch
- Fortbildungsveranstaltungen externer Anbieter

zum Tragen kamen.

Wie den Stellenbeschreibungen der LOAss in den einzelnen Krankenanstalten zu entnehmen war, sind diese für die Förderung einer bedarfsgerechten Fort- und Weiterbildung bezüglich der ihnen unterstellten Mitarbeiter zuständig.

6.2.2 Bei der Einschau zeigte sich, dass das Fortbildungsangebot von einigen wenigen OP-Gehilfen in hohem Ausmaß in Anspruch genommen wurde, während eine nicht unbedeutende Zahl von Bediensteten dieser Berufsgruppe im Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2005 lt. den vorgelegten Aufzeichnungen an keiner Fortbildungsveranstaltung teilgenommen hatte.

6.3 Feststellungen des Kontrollamtes

Dem Kontrollamt erschien es zielführend, der gegenständlichen Bedienstetengruppe künftig in noch stärkerem Ausmaß als bisher Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Lagerungstechniken anzubieten. Ein weiterer Bildungsschwerpunkt sollte - wie bereits unter Pkt. 5.3 erwähnt - auch in präventiven Maßnahmen zur Vermeidung berufsbedingter körperlicher Schäden, die etwa durch das Heben von Patienten im Zuge des Umlagerns auftreten können, gelegt werden, womit langfristig auch eine Reduktion der unter Pkt. 5.2 des vorliegenden Berichtes angeführten krankheitsbedingten Absenzen der OP-Gehilfen erzielbar wäre.

Das Kontrollamt gewann im Zuge seiner Einschau auch den Eindruck, dass bisher nicht in allen in die Prüfung einbezogenen Krankenanstalten die LOAss in ausreichender Form den Fort- und Weiterbildungsbedarf der ihnen unterstellten OP-Gehilfen evaluiert hatten. Es wurde daher die Erarbeitung eines für die OP-Gehilfen aller Krankenanstalten des KAV gültigen Fortbildungskonzeptes angeregt, wobei überlegenswert erschien, auch für diese Berufsgruppe - in Analogie zum Pflegebereich - eine bestimmte Mindestzahl an Fortbildungsstunden festzulegen.

Der KAV wird die Anregung des Kontrollamtes aufgreifen, das derzeitige Curriculum für die Aus- bzw. Fortbildung von OP-Gehilfen zu evaluieren und den Erfordernissen anzupassen. Generell legt der KAV, wie auch bei den anderen Berufsgruppen, großen Wert auf gezielte Fort- und Weiterbildung. Daher sind auch die besuchten Aus-, Fort- und Weiterbildungen in der Ausbildungsverwaltung elektronisch dokumentiert und jederzeit abruf- und kontrollierbar.

Die Anregung, für die Berufsgruppen der OP-Gehilfen - in Analogie zum Pflegebereich - eine bestimmte Mindestzahl an Fortbildungsstunden festzulegen, wird aufgegriffen. Es wird jedoch angemerkt, dass im Pflegebereich die verpflichtenden Fortbildungen im Berufsgesetz geregelt sind.

7. Abschließende Bemerkungen

Wie die Einschau des Kontrollamtes in den fünf Schwerpunktkrankenanstalten der TU 1 zeigte, wäre es im Sinn einheitlicher Qualitätsstandards Aufgabe des KAV, trotz der bestehenden unterschiedlichen Betriebsorganisationen im OP-Bereich sowohl eine homogene hierarchische Führungsstruktur für die OP-Gehilfen festzulegen als auch deren Aufgaben KAV-weit einheitlich zu definieren.

Zudem erachtete es das Kontrollamt als zielführend, den künftigen Personaleinsatz der OP-Gehilfen einer fundierten Personalbedarfsberechnung zu Grunde zu legen. Aus diesem Grund wurde empfohlen, bereits durch externe Beraterleistungen gewonnene Erkenntnisse aufzugreifen und einen unter den Aspekten der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit ressourcenorientierten Einsatz der OP-Gehilfen in den Schwerpunktkrankenanstalten der TU 1 zu etablieren.

Darüber hinaus stellte nach Ansicht des Kontrollamtes die flexible Gestaltung der Arbeitszeit ein wesentliches Steuerungsinstrument im Bereich der Personalbedarfs- und der Personaleinsatzplanung dar. Die Implementierung etwa des Wiener Arbeitszeitmodells bzw. einer flexiblen Diensterteilung würde grundsätzlich eine effizientere Anpassung der Dienstzeiten an die wechselnden Notwendigkeiten im OP-Betrieb ermöglichen, wobei in diesem Zusammenhang auch eine restriktivere Vorgangsweise als bisher bei der Ausbezahlung von Mehrleistungsvergütungen anzustreben wäre.

Die Stellungnahme der geprüften Einrichtung ist den jeweiligen Berichtsabschnitten zugeordnet worden.

Der Kontrollamtsdirektor:

Dr. Erich Hechtner

Wien, im September 2006

ALLGEMEINE HINWEISE

Soweit in diesem Bericht personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. 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

DSP	Donauspital
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
KAR	Krankenanstalt Rudolfstiftung
KAV	Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"
KFJ	Kaiser-Franz-Josef Spital
KHR	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
LOAss.....	Leitende Oberassistenten
MEL	medizinische Einzelleistungen
Nachtdienste.....	Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste
OP	Operation
TU 1.....	Teilunternehmung "Krankenanstalten der Stadt Wien"
WIL	Wilhelminenspital