



KONTROLLAMT DER STADT WIEN

**Rathausstraße 9
A-1082 Wien**

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

e-mail: post@kontrollamt.wien.gv.at

www.kontrollamt.wien.at

DVR: 0000191

KA - K-10/10

**Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund",
Prüfung betreffend die Versorgungssituation von
Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen in allen
geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen im
KAV und insbesondere betreffend konkret behaupteter
Missstände in den Abteilungen für Geburtshilfe und fetomaternale
Medizin sowie für Neonatologie, Pädiatrische
Intensivmedizin und Neuropädiatrie im Wiener
Allgemeinen Krankenhaus
Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a WStV vom 6. September
2010; Bericht zu gebarungsmäßigen Fragen**

KURZFASSUNG

Aus Anlass eines Prüfersuchens wurde die Versorgungssituation von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen sowohl in den Abteilungen für Geburtshilfe und fetomaternaler Medizin sowie für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus als auch in den übrigen geburtshilflichen und neonatologischen Einrichtungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser in den Jahren 2007 bis 2010 geprüft.

Im Zuge der Einschau wurde eine Vielzahl statistischer Grundlagen wie etwa die Zahl der erfolgten Geburten, der vorgehaltenen Betten und des eingesetzten Personals erhoben. Dabei zeigte sich, dass eine Reihe von nicht immer übereinstimmenden Dokumentationen geführt wurde, weshalb das Kontrollamt eine EDV-gestützte Vereinheitlichung empfahl. Während im geburtshilflichen Bereich mit wenigen Ausnahmen eine bestenfalls durchschnittliche Auslastung erkennbar war, zeichnete sich der neonatologische Bereich durch eine sehr hohe Inanspruchnahme aus, was zur Empfehlung einer strukturierten und transparent dargestellten Zuweisung von Schwangeren an geeignete Versorgungseinrichtungen führte.

Für den Personaleinsatz von Hebammen standen weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene entsprechende Personalbedarfsberechnungsmethoden zur Verfügung und waren daher in der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund" auch nicht im Einsatz. Das Kontrollamt empfahl, eine anstaltsübergreifende Methode zur Ermittlung des Personalbedarfes zu entwickeln. Was die fachlichen Kompetenzen im Bereich der Hebammen sowie die diesbezüglichen Führungsstrukturen betraf, zeigte sich, dass die geforderten Qualifikationen gegeben waren, allerdings bestanden im Krankenanstaltenverbund unterschiedliche Organisationsstrukturen, die vereinheitlicht werden sollten.

Bei den krankheitsbedingten Absenzen von Hebammen war insgesamt ein Anstieg zu verzeichnen, der nicht zuletzt auf eine deutliche Erhöhung im Jahr 2010 im Allgemeinen

Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus zurückzuführen war. Die im Prüfersuchen angeführte Problemstellung im Bereich der Hebammen des Kreißsaales dieser Anstalt resultierte in hohem Maß aus einer über mehrere Jahre nicht gelösten Führungsproblematik in diesem Bereich. Der geordnete Betrieb konnte nur mit einem Bündel an Maßnahmen aufrechterhalten werden.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	12
2. Allgemeines und prüfungsrelevante Grundlagen.....	13
2.1 Begriffsbestimmungen.....	13
2.2 Prüfungsumfang.....	14
2.3 Bundesweite Planungs- und Strukturvorgaben.....	15
2.3.1 Vereinbarungen gemäß Artikel 15a des Bundes-Verfassungsgesetzes.....	15
2.3.2 Österreichischer Strukturplan Gesundheit.....	15
2.4 Wienweite Planungs- und Strukturvorgaben.....	16
2.4.1 Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien.....	16
2.4.2 Wiener Krankenanstaltenpläne.....	16
2.5 Weitere prüfungsrelevante rechtliche Bestimmungen.....	17
2.5.1 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987.....	17
2.5.2 Ärztegesetz 1998.....	17
2.5.3 Hebammengesetz.....	18
2.5.4 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz.....	19
2.5.5 Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz.....	20
2.5.6 Nachtschwerarbeitsgesetz.....	21
3. Leistungsentwicklung in den geburtshilflichen Abteilungen.....	22
3.1 Allgemeines.....	22
3.1.1 Datengrundlagen.....	22
3.1.2 Definitionen.....	23
3.2 Geburten und Sectiones.....	23
3.3 Mehrlingsgeburten.....	25
3.4 Risikoschwangerschaften und Risikogeburten.....	26
3.5 Aborte.....	28
3.6 Totgeburten.....	29
3.7 Feststellungen des Kontrollamtes.....	30
4. Betten- und Aufnahmesperren.....	33

4.1 Bettenkapazitäten und Bettensperren in den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie	34
4.1.1 Allgemeines	34
4.1.2 Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus ..	36
4.1.3 Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital	38
4.1.4 Wilhelminenspital.....	39
4.1.5 Standort Krankenanstalt Rudolfstiftung	40
4.1.6 Standort Semmelweis Frauenklinik der Krankenanstalt Rudolfstiftung.....	41
4.1.7 Standort Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital	42
4.1.8 Standort Gottfried von Preyer´sches Kinderspital	42
4.1.9 Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel.....	43
4.2 Aufnahmesperren im Bereich Geburtshilfe	43
4.2.1 Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus ..	44
4.2.2 Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital	44
4.2.3 Wilhelminenspital.....	45
4.2.4 Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik	45
4.2.5 Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer´schem Kinderspital.....	45
4.2.6 Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel.....	46
4.3 Abweichungen der im Bereich der Neonatologie betriebenen Betten zu den Planungen laut Regionalem Strukturplan Gesundheit	46
4.4 Neonatologisches Versorgungskonzept	47
4.5 Feststellungen des Kontrollamtes.....	48
5. Grundlagen und Projekte zur Organisation und Qualitätssicherung in geburtshilflichen und neonatologischen Einrichtungen	51
5.1 Grundlagen der Organisation der berufsgruppenübergreifenden Kooperation	52
5.1.1 Vorgaben in den Berufsgesetzen	52
5.1.2 Vorgaben in den Stellenbeschreibungen	52
5.1.3 Rahmenleitlinie Medizin und Pflege.....	53
5.2 Aufgaben der Hebammen bei einer Sectio	53
5.3 Organisatorische und qualitätssichernde Regelungen in den geprüften Einrichtungen.....	54

5.3.1 Regelungen in der Geburtshilfe	54
5.3.2 Regelungen in der Neonatologie	59
5.4 Projekte zur Einführung von Wahlhebammen am Standort Semmelweis Frauenklinik der Krankenanstalt Rudolfstiftung	61
5.4.1 Allgemeines	61
5.4.2 Umsetzung von Wahlhebammenprojekten am Standort Semmelweis Frauenklinik der Krankenanstalt Rudolfstiftung	61
5.4.3 Abwicklung der Wahlhebammegeburten im Betrachtungszeitraum.....	67
5.5 Feststellungen des Kontrollamtes.....	69
6. Personalbedarfsplanung und Personalausstattung in geburtshilflichen und neonatologischen Bereichen der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund" ..	73
6.1 Grundsätzliche Aspekte zur Personalbedarfsplanung	73
6.1.1 Ärztliches Personal	73
6.1.2 Hebammen	74
6.1.3 Pflegepersonal.....	75
6.2 Grundsätzliche Aspekte zur Personalausstattung	76
6.3 Personalsituation in den geburtshilflichen Bereichen	79
6.3.1 Klinische Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus.....	79
6.3.2 Geburtshilflicher Bereich der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Abteilung des Sozialmedizinischen Zentrums Ost - Donauspital.....	82
6.3.3 Geburtshilflicher Bereich der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Abteilung des Wilhelminenspitals	83
6.3.4 Geburtshilflicher Bereich der Geburtshilflichen und Gynäkologischen Abteilung am Standort der Krankenanstalt Rudolfstiftung	84
6.3.5 Geburtshilflicher Bereich der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung am Standort Semmelweiß Frauenklinik der Krankenanstalt Rudolfstiftung	85
6.3.6 Geburtshilflicher Bereich der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Kaiser-Franz-Josef-Spitals mit Gottfried von Preyer´schem Kinderspital	87
6.3.7 Geburtshilflicher Bereich der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel.....	89

6.3.8 Kennzahlen hinsichtlich der personellen Ausstattung in Kreißsälen und Ambulanzen sowie in präpartalen Stationen mit Hebammen	90
6.3.9 Kennzahlen hinsichtlich der personellen Ausstattung in den Wochenbettstationen samt Neugeborenenzimmern mit Pflegepersonal und Hebammen	92
6.3.10 Kennzahlen hinsichtlich der personellen Ausstattung der geburtshilflichen Bereiche mit ärztlichem Personal	93
6.4 Personalsituation in den neonatologischen Bereichen	94
6.4.1 Neonatologischer Bereich der Klinischen Abteilung für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus.....	95
6.4.2 Neonatologischer Bereich der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde des Sozialmedizinischen Zentrums Ost - Donauspital	97
6.4.3 Neonatologischer Bereich der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde - Kinderklinik Glanzing des Wilhelminenspitals.....	98
6.4.4 Department für Neonatologie der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde der Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik	99
6.4.5 Neonatologischer Bereich der Internen Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Standort Gottfried von Preyer´schem Kinderspital des Kaiser-Franz-Josef-Spitals.....	100
6.4.6 Kennzahlen hinsichtlich der personellen Ausstattung von Pflegepersonal im neonatologischen Bereich	102
6.4.7 Kennzahlen hinsichtlich der personellen Ausstattung von ärztlichem Personal im neonatologischen Bereich.....	105
6.5 Feststellungen des Kontrollamtes.....	105
7. Einhaltung der gesetzlichen Arbeitszeit in geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen.....	109
7.1 Allgemeines	109
7.1.1 Prüfungsrelevante Regelungen gemäß Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz	110
7.1.2 Grundsätzliche Regelungen zur Vollziehung des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes	111
7.1.3 Arbeitszeiten der Hebammen, des Pflegepersonals und des ärztlichen Personals.....	112

7.2 Arbeitszeiterfassung	113
7.2.1 Vorgangsweise in den Wiener Städtischen Krankenhäusern	113
7.2.2 Vorgangsweise im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus	115
7.3 Prüfung der Einhaltung der Arbeits- und Ruhezeiten	115
7.3.1 Allgemeines	115
7.3.2 Arbeitszeitüberschreitungen bei den Hebammen	116
7.3.3 Arbeitszeitüberschreitungen beim Pflegepersonal.....	118
7.3.4 Arbeitszeitüberschreitungen beim ärztlichen Personal	119
7.3.5 Einhaltung der Ruhezeit	120
7.4 Gutstunden gemäß Nachtschwerarbeitsgesetz	121
7.4.1 Regelungen zur Vollziehung des Nachtschwerarbeitsgesetzes	122
7.4.2 Erwerb von Zeitguthaben gemäß Nachtschwerarbeitsgesetz.....	123
7.5 Feststellungen des Kontrollamtes.....	125
8. Führungsstruktur, Tätigkeitsbereiche und Personalbesetzung bei Hebammen.....	128
8.1 Führungs- und Organisationsstrukturen bezüglich der Hebammen.....	129
8.2 Anforderungsprofile für die Vorgesetzten der Hebammen des Kreißsaales	130
8.2.1 Stationshebammen.....	130
8.2.2 Den Stationshebammen übergeordnete Führungskräfte	131
8.3 Aufgabenprofile und Tätigkeitsbereiche der Hebammen	132
8.3.1 Allgemeines	132
8.3.2 Musterstellenbeschreibung für Hebammen der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"	133
8.3.3 Stellenbeschreibungen der Hebammen in den einzelnen Krankenanstalten.....	133
8.4 Personalbesetzung der geburtshilflichen Bereiche mit Hebammen.....	136
8.4.1 Allgemeines	136
8.4.2 Vorgehensweise bei der Einschau	137
8.4.3 Einschauergebnis im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus	138
8.4.4 Einschauergebnis im Sozialmedizinischen Zentrum Ost - Donauspital	140
8.4.5 Einschauergebnis im Wilhelminenspital.....	140
8.4.6 Einschauergebnis am Standort der Krankenanstalt Rudolfstiftung.....	142

8.4.7 Einschauergebnis am Standort Semmelweis Frauenklinik der Krankenanstalt Rudolfstiftung.....	142
8.4.8 Einschauergebnis im Sozialmedizinischen Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer´schem Kinderspital	142
8.4.9 Einschauergebnis im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel	143
8.5 Unterbesetzungen von für Hebammen systemisierten Dienstposten	143
8.5.1 Regelungen bezüglich der Nachbesetzung von Dienstposten.....	143
8.5.2 Unbesetzte Dienstposten für Hebammen in den einzelnen Anstalten	144
8.6 Feststellungen des Kontrollamtes.....	145
9. Fluktuation, Kündigungen, krankheitsbedingte Absenzen sowie Belastungseinschränkungen bei Hebammen	148
9.1 Fluktuation im Hebammenbereich zwischen den einzelnen Krankenanstalten	149
9.2 Kündigungen im Hebammenbereich	150
9.2.1 Allgemeines zur Auflösung von Dienstverhältnissen	150
9.2.2 Auflösungen von Dienstverhältnissen bei Hebammen.....	151
9.3 Niederschriften im Hebammenbereich.....	152
9.3.1 Allgemeines	152
9.3.2 Aufnahme von Niederschriften	153
9.4 Chronische Krankenstände im Hebammenbereich	154
9.4.1 Allgemeines	154
9.4.2 Krankheitsbedingte Absenzen bei Hebammen.....	155
9.5 Belastungseinschränkungen und Infektionsgefährdungen im Hebammenbereich	157
9.5.1 Feststellen von Belastungseinschränkungen.....	157
9.5.2 Einschauergebnis	158
9.6 Feststellungen des Kontrollamtes.....	158
10. Bezüge von Hebammen im Bundesländervergleich	160
10.1 Vergleich der Gehälter.....	161
10.2 Vergleich der Nebengebühren.....	161
10.3 Feststellungen des Kontrollamtes.....	163
11. Spezielle Probleme in den geburtshilflichen Bereichen der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"	164

11.1 Probleme im geburtshilflichen Bereich des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus sowie Reaktionen und Konsequenzen.....	164
11.1.1 Evaluierung der Arbeitsbedingungen der Hebammen	164
11.1.2 Maßnahmen bezüglich der Leitungsproblematik im Kreißaal	167
11.1.3 Prüfung einer anonymen Beschwerde durch die Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"	169
11.1.4 Probleme aus der Sicht der Betroffenen sowie diesbezügliche Reaktionen und Konsequenzen.....	171
11.2 Probleme im geburtshilflichen Bereich des Sozialmedizinischen Zentrums Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer´schem Kinderspital sowie Reaktionen und Konsequenzen.....	176
11.3 Probleme im geburtshilflichen Bereich der Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik sowie Reaktionen und Konsequenzen..	176
11.4 Feststellungen des Kontrollamtes.....	177
Anhang	
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS UND ALLGEMEINE HINWEISE	180

PRÜFUNGSERGEBNIS

Die Gemeinderätin Dr.ⁱⁿ Sigrid Pilz und Freundinnen bzw. Freunde richteten am 6. September 2010 ein Prüfersuchen gem. § 73 Abs. 6a WStV an das Kontrollamt, die Versorgungssituation von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen in allen geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen im KAV und insbesondere betreffend konkret behaupteter Missstände in den Abteilungen für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin sowie für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie im AKH zu prüfen.

In der Begründung zum gegenständlichen Prüfersuchen wurde angeführt, dass sich in der jüngsten Zeit Berichte von Missständen in den Abteilungen für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin sowie für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie am AKH mehrten.

Am 24. Juni 2010 wäre von 19 Hebammen ein anwaltliches Schreiben an den Ärztlichen Direktor des AKH gerichtet worden, in welchem sie zahlreiche Gesetzesverstöße beklagten. Für manche der behandelten Patientinnen hätten sie eine drohende Gefahr für Leib und Leben geortet.

Als konkrete Vorwürfe wären die mangelhafte räumliche und technische Ausstattung, insbesondere für die ordnungsgemäße Versorgung von hoch infektiösen Patientinnen, der Überbelag der Stationen auf den Ebenen 15 und 16, die mangelnde personelle Ausstattung des Kreißsaalbereiches und fehlendes Personalmanagement die Hebammen betreffend vorgebracht worden. Weiters würde von Führungsschwäche und inadäquater Führung auf allen Hierarchieebenen sowie insbesondere von fehlender fachlicher Kompetenz und praktischer Erfahrung der den Kreißsaalhebammen vorgesetzten Personen gesprochen. Zusätzlich wären die chronische Vakanz von Führungspositionen durch mehrere Jahre, die chronische Überbelastung der Hebammen durch Unterbesetzung im Kreißsaal, Repressionen und Druck durch Vorgesetzte, ungerechtfertigte negative Dienstbeurteilungen sowie Verstöße gegen das KA-AZG hinsichtlich der Dienstplaneinteilungen angeführt worden.

Auch das im Jahr 2007 im Auftrag des Ärztlichen Direktors von der A AG im AKH durchgeführte Projekt "Evaluierung der Arbeitsbedingungen der Hebammen" hätte schon vor drei Jahren nahezu idente Probleme benannt. Wörtlich würde darin von Sicherheitsrisiken durch fehlende Standards und Kommunikationsschwierigkeiten mit Patientinnen durch mangelhafte Deutschkenntnisse eines Teils des Teams gesprochen. Es sei daher empfohlen worden, eine neue formelle interne Leitung zu etablieren, eine Oberhebamme zu bestellen und das Hebammenteam dem Abteilungsvorstand zu unterstellen.

Weiters wäre am 1. September 2010 in einer Tageszeitung ein anonymes Schreiben vorgestellt worden, in dem weitere Vorwürfe, diesmal die Abteilung Neonatologie betreffend, erhoben wurden. Darin wurde behauptet, dass Neugeborene wegen Bettenmangels in andere Spitäler transferiert werden müssten. Die gesundheitlichen Folgen wären für die betroffenen Kinder gravierend. Außerdem wäre die Personaldecke in der Abteilung zu dünn.

1. Einleitung

Im Rahmen des vorliegenden Berichtes werden im Wesentlichen die sich aus dem Prüfersuchen ergebenden Themenbereiche betreffend die Leistungsentwicklung sowie die Personalsituation einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Rahmenbedingungen erörtert. Ferner wurden auch qualitätssichernde Maßnahmen und Projekte in die Einschau einbezogen. Diese wurden in den geburtshilflichen und neonatologischen Einrichtungen, die im AKH in der Klinischen Abteilung für Geburtshilfe und fetomaternalen Medizin als Teil der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und in der Klinischen Abteilung für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie als Teil der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde und in den WSK in den jeweiligen gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde etabliert sind, durchgeführt. Somit erstreckte sich die Prüfung auf das AKH, das DSP, das WIL, die KAR, das KFJ sowie das KHR. Die dislozierten Einrichtungen der KAR und des KFJ, nämlich die SEM und das PRE werden gesondert dargestellt.

Im nachstehenden Bericht erfolgt einleitend ein Abriss über die prüfungsrelevanten rechtlichen Rahmenbedingungen. In den darauffolgenden Berichtsabschnitten wird auf die einzelnen gebarungsmäßigen Fragen des Prüfersuchens eingegangen, wobei thematisch zusammenhängende Fragestellungen gemeinsam behandelt werden.

Einige Fragen des Prüfersuchens, die sich insbesondere auf die bauliche und apparative Ausstattung, auf Belange der Krankenhaushygiene sowie auf Transferierungen von Patientinnen bzw. Patienten beziehen, werden in einem weiteren Bericht des Kontrollamtes Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund", Prüfung betreffend die Versorgungssituation von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen in allen geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen im KAV und insbesondere betreffend konkret behaupteter Missstände in den Abteilungen für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin sowie für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie im Wiener Allgemeinen Krankenhaus; Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a WStV vom 6. September 2010; technischer Teil behandelt.

Die zur Abwicklung der gebarungsmäßigen Fragen des Prüfersuchens erforderlichen Erhebungen erfolgten im Wesentlichen in der ersten Hälfte des Jahres 2011, weshalb aus Aktualitätsgründen der Betrachtungszeitraum die Jahre 2007 bis 2010 umfasst. Mit Ausnahme der Pkte. 1 und 2 wird jeder Berichtsabschnitt mit auf die Fragen des Prüfersuchens Bezug nehmenden Feststellungen des Kontrollamtes abgeschlossen.

2. Allgemeines und prüfungsrelevante Grundlagen

2.1 Begriffsbestimmungen

Die Geburtshilfe als Teil der Frauenheilkunde (Gynäkologie) ist ein medizinisches Fachgebiet, das sich mit der Betreuung von Schwangeren im Rahmen eines Vorsorgeprogramms, dem normalen Geburtsverlauf sowie dessen Komplikationen beschäftigt.

Bei der Neonatologie handelt es sich um ein Teilgebiet der Kinderheilkunde, das sich mit der Neugeborenen- und insbesondere Frühgeborenenmedizin befasst. Laut ÖSG (s. Pkt. 2.3.2) bzw. WKAP (s. Pkt. 2.4.2) hat die Neonatologie die Diagnose und Therapie von Erkrankungen der Neugeborenen innerhalb der ersten 28 Lebenstage zum Inhalt.

Bei diesen handelt es sich einerseits um Frühgeborene, die vor der 37. SSW zur Welt kommen und meist unter 2.500 g wiegen und andererseits um reife Neugeborene, die in ihren vitalen Funktionen eingeschränkt oder bedroht sind.

Der Begriff pränatal bzw. präpartal bedeutet vor der Geburt, während der Begriff perinatal bzw. peripartal für Vorgänge, die um den Geburtszeitraum stattfinden, verwendet wird.

2.2 Prüfungsumfang

Das Prüfersuchen nimmt in seiner Begründung Bezug auf Aufgabenbereiche der Klinischen Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin sowie der Klinischen Abteilung für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie im AKH und stellt auch in einigen Fragen, die den gesamten KAV betreffen, auf den Begriff Abteilungen ab.

Bei den o.a. Klinischen Abteilungen des AKH handelt es sich um Einrichtungen, die als Organisationseinheiten im Rahmen der Universitätsklinik für Frauenheilkunde bzw. der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde geführt werden. In den übrigen Krankenanstalten sind sowohl die Geburtshilfe als auch die Neonatologie jeweils Teilbereiche der Abteilungen für Frauenheilkunde bzw. der Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde, weshalb in weiterer Folge die geprüften Einrichtungen im Bericht als geburtshilfliche bzw. neonatologische Bereiche bezeichnet werden. Der geburtshilfliche Bereich umfasst zum einen die Kreißsäle, die von ihm (mit-)genutzten OP-Säle, die Wochenbettstationen und gegebenenfalls die sogenannten präpartalen Stationen sowie geburtshilfliche Ambulanzen.

In Bezug auf die Neonatologie handelt es sich in der Regel um ein intensivmedizinisches Betreuungsangebot, das einerseits Intensivbehandlungseinheiten und andererseits Überwachungseinheiten für Neugeborene umfasst (s.a. Pkt. 4.1.1.2). Das Kontrollamt hat daher in diesem Fall den Fokus seiner Betrachtungen auf solche bettenführende Einrichtungen gelegt.

2.3 Bundesweite Planungs- und Strukturvorgaben

2.3.1 Vereinbarungen gemäß Artikel 15a des Bundes-Verfassungsgesetzes

Mit den zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Vereinbarungen gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens war u.a. vereinbart worden, dass die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur im ÖSG festgelegt wird. Dieser stellt die Rahmenplanungen für Detailplanungen auf regionaler Ebene und/oder auf Ebene einzelner Bereiche der Gesundheitsversorgung im stationären Bereich, ambulanten Bereich, Rehabilitationsbereich und an den Nahtstellen zum Pflegebereich dar. Verbindliche Strukturqualitätskriterien sind ein integrierter Bestandteil der Planungsaussagen im Rahmen der Leistungsangebotsplanung.

2.3.2 Österreichischer Strukturplan Gesundheit

In den vorangegangenen sowie im letztgültigen ÖSG 2010 mit einem Planungshorizont 2020 wurden für die Akutversorgung Qualitätskriterien u.a. für die Intensiv- und Normalpflegebereiche der bettenführenden Sonderfächer festgeschrieben. Für den Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe wurden im ÖSG die fünf Bereiche Definitionen/Zielgruppen, Personalausstattung und Personalqualifikation, Infrastruktur, Versorgungsstrukturen/Leistungsangebote sowie Sonstiges festgelegt. Neben den darin angeführten Begriffsdefinitionen sowie Vorgaben hinsichtlich der Personalausstattung sieht der ÖSG bei der Leistungserbringung u.a. ein abgestuftes Versorgungssystem vor.

Danach hat die geburtshilfliche Versorgung in drei Stufen zu erfolgen. Die Stufe 1 umfasst die Maximalversorgung (Perinatalzentrum), die Stufe 2 betrifft die Schwerpunktversorgung und die Stufe 3 die Grundversorgung. Aufgabe der Grundversorgung ist die Betreuung risikofreier Schwangerschaften, bei Vorliegen einer Risikoschwangerschaft hat eine Transferierung an eine Abteilung mit geburtshilflicher Schwerpunktversorgung oder an ein Perinatalzentrum zu erfolgen. Der Schwerpunktversorgung obliegt u.a. die Betreuung von Müttern mit festgestellten pränatalen Risikobildern sowie Missbildungs-Ultraschalluntersuchungen. Hingegen hat bei der Maximalversorgung in einem Perinatalzentrum darüber hinaus u.a. eine Pränataltherapie am ungeborenen Kind sowie eine Versorgung perinataler Risikofälle wie z.B. eine zu erwartende Frühgeburt mit hochgra-

diger Unreife sowie Drillings- und Vielfachschwangerschaften zu erfolgen. Bei einem solchen Zentrum handelt es sich um eine interdisziplinäre Einrichtung mit Schwerpunkt in der Geburtshilfe und Neonatologie zur Versorgung von Kindern mit pränatal diagnostizierten medizinischen Risikokonstellationen. Beide Einrichtungen haben eine unmittelbare räumliche Nachbarschaft zueinander aufzuweisen. Außerdem sehen die Qualitätskriterien für die geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilungen auch eine Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern wie dem "Geburtenregister Österreich" vor.

Ebenfalls wurden entsprechende Qualitätskriterien für den Intensivbereich - Neonatologie festgelegt, die Komponenten wie infrastrukturelle Anforderungen, die sowohl die apparative als auch die personelle Ausstattung umfassen, enthalten.

2.4 Wienweite Planungs- und Strukturvorgaben

2.4.1 Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien

Entsprechend der Vorgaben des ÖSG wurde auf regionaler Ebene von der Wiener Gesundheitsplattform im November 2009 der RSG Wien beschlossen. Dieser umfasst u.a. Planungsaussagen und Empfehlungen für den akutstationären Bereich. Er enthält einerseits künftige Entwicklungen der Krankenanstaltenträgerinnen bzw. Krankenanstaltenträger, wie z.B. geplante Verlagerungen von Leistungsbereichen und Abteilungen in das Krankenhaus Nord sowie Schwerpunktsetzungen bei medizinischen Fächern in bestimmten Krankenanstalten bzw. Einrichtungen und andererseits Kapazitätsplanungen mit einem Planungshorizont bis zum Jahr 2015. Für den Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe ist darin eine Verringerung und für den Bereich Intensivmedizin Kinder und Jugendliche eine Erhöhung der stationären Betten gegenüber dem WKAP 2006 vorgesehen.

2.4.2 Wiener Krankenanstaltenpläne

Im Betrachtungszeitraum der Jahre 2007 bis 2010 finden auch die mittels Verordnungen von der Wiener Landesregierung erlassenen WKAP 2006 und WKAP 2010 Anwendung. Das Planungsgebiet umfasst dabei die Katasterfläche von Wien, wobei sich der Geltungsbereich primär auf Fondskrankenanstalten im Sinn des Wr. KAG erstreckt. Entsprechend den Zielvorstellungen des WKAP 2006 und des WKAP 2010 sollen u.a.

die Akutkrankenanstalten eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle Versorgung der Bevölkerung gewährleisten. In beiden WKAP wurden Festlegungen hinsichtlich der Standortstrukturen und der maximalen Bettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) je Fachrichtung für das gesamte Bundesland festgelegt. Hinsichtlich der Strukturqualitätskriterien orientieren sich die beiden WKAP am ÖSG.

2.5 Weitere prüfungsrelevante rechtliche Bestimmungen

2.5.1 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987

Das Wr. KAG versteht unter Krankenanstalten Einrichtungen, die zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung, zur Vornahme operativer Eingriffe, zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung, zur Entbindung oder für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe bestimmt sind. Dabei kann es sich u.a. um allgemeine Krankenanstalten in der Form von Standard-, Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten, Sonderkrankenanstalten sowie Gebäranstalten und Entbindungsheime handeln. In Schwerpunktkrankenanstalten sind jedenfalls auch bettenführende Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatologie sowie Kinder- und Jugendheilkunde einschließlich Neonatologie einzurichten. Zentralkrankenanstalten müssen grundsätzlich über alle dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen verfügen.

Weiters ist in diesem Gesetz geregelt, dass für die Leitung (Organisation und Personalführung) des ärztlichen Dienstes eine zur Leitung befähigte Person, welche nach dem ÄrzteG 1998 berufsberechtigt ist, zu bestellen ist. Angehörige der medizinisch-technischen Dienste und Hebammen sind der ärztlichen Leitung unterstellt.

2.5.2 Ärztegesetz 1998

Im 1. Hauptstück (Ärzteordnung) des ÄrzteG 1998 ist der Beruf der Ärztin bzw. des Arztes definiert und u.a. festgelegt, dass auch die Geburtshilfe zu diesem Berufsbild zählt. Breiten Raum dieses Gesetzes nimmt die Ausbildung ein.

Ärztinnen bzw. Ärzte üben ihren Beruf persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Ärztinnen bzw. Ärzten aus, können sich jedoch zur Mithilfe bei ihrer Berufsausübung dann Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach genauen Anordnungen und unter ständiger Aufsicht handeln. Diese ärztliche Aufsicht entfällt, sofern die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe bei der Durchführung übertragener ärztlicher Tätigkeiten keine Aufsicht vorsehen.

2.5.3 Hebammengesetz

Das HebG bildet die rechtliche Grundlage der von den Hebammen ausgeübten Tätigkeiten.

Demgemäß umfasst der Hebammenberuf die Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, die Beistandsleistung bei der Geburt sowie die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge.

Jede Schwangere hat zur Geburt und - falls dies nicht möglich ist - jedenfalls zur Versorgung des Kindes eine Hebamme beizuziehen.

Zu den eigenverantwortlichen Tätigkeiten der Hebammen zählen u.a. die Feststellung der Schwangerschaft, die Beobachtung der normal verlaufenden Schwangerschaft einschließlich der Durchführung der dazu notwendigen Untersuchungen, die Veranlassung von bzw. die Aufklärung über Untersuchungen zur möglichst frühzeitigen Feststellung einer regelwidrigen Schwangerschaft, Vorbereitung auf die Elternschaft und die Geburt, Betreuung der Gebärenden und Überwachung des Fetus in der Gebärmutter mithilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel, Spontangeburt, in Dringlichkeitsfällen Steißgeburten und sofern erforderlich Durchführung des Scheidendammschnittes, Erkennen der Anzeichen von Regelwidrigkeiten bei der Mutter oder beim Kind, die eine Rücksprache mit bzw. das Eingreifen einer Ärztin bzw. eines Arztes erforderlich machen sowie Hilfeleistung bei etwaigen ärztlichen Maßnahmen. Bei vorliegender Indikation dürfen Hebammen krampflösende oder schmerzstillende Arzneimittel sowie bei Vorliegen besonderer Umstände auch wehenfördernde bzw. wehenhemmende Mittel verabreichen. Ferner obliegt den Hebammen auch die Beurteilung von Vitalzeichen und

Vitalfunktionen des Neugeborenen, Einleitung und Durchführung von erforderlichen Maßnahmen in Notfällen sowie eine sofortige Wiederbelebung des Neugeborenen, die Pflege des Neugeborenen und der Wöchnerin sowie die Überwachung des Zustandes der Mutter nach der Geburt. Schließlich haben Hebammen die von der Ärztin bzw. dem Arzt verordneten Maßnahmen durchzuführen und die erforderlichen schriftlichen Aufzeichnungen abzufassen.

Bei Verdacht oder Auftreten von regelwidrigen und gefahrdrohenden Zuständen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts darf die Hebamme ihren Beruf nicht eigenverantwortlich, sondern nur nach ärztlicher Anordnung und in Zusammenarbeit mit einer Ärztin bzw. einem Arzt ausüben. Bei diesen regelwidrigen Zuständen während der Schwangerschaft handelt es sich z.B. um Mehrlingsschwangerschaften. Bei der Geburt werden als regelwidrige Zustände z.B. alle regelwidrigen Lagen des Kindes definiert. Während des Wochenbetts liegen regelwidrige und gefahrdrohende Zustände z.B. bei Frühgeburten vor.

Die Hebammen haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben und unterliegen einer Verschwiegenheitspflicht. Sie haben sowohl Lebend- als auch Totgeburten der zuständigen Personenstandsbehörde anzuzeigen. Ferner obliegt ihnen auch die Pflicht zur Dokumentation.

Die Berufsausübung einer Hebamme kann freiberuflich und/oder im Dienstverhältnis zu einer Krankenanstalt, einer Einrichtung zur Geburtsvorbereitung oder Nachbetreuung, einer freiberuflich tätigen Ärztin bzw. einem Arzt oder einer Gruppenpraxis erfolgen.

Die Ausbildung zur Hebamme erfolgt in Wien an der Fachhochschule fh - campus wien in Kooperation mit dem KAV. Diese Ausbildung hat alle Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, die für eine den wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen entsprechende Berufsausübung erforderlich sind.

2.5.4 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

Das GuKG umfasst Bestimmungen hinsichtlich der Zugehörigkeit zu den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen, der Berufspflichten, der Tätigkeitsbereiche, der Berufsbe-

rechtigungen sowie der (Sonder-)Aus-, Fort- und Weiterbildungen. Das Gesetz besagt, dass die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege eigenverantwortliche (z.B. Pflegeplanung, Durchführung der Pflegemaßnahmen), mitverantwortliche (z.B. Verabreichung von Arzneimitteln oder Injektionen) und interdisziplinäre Tätigkeiten auszuüben haben. Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen, wie z.B. die Gesundheitsberatung und die Beratung und Sorge während und nach einer Erkrankung, zählen zum interdisziplinären Tätigkeitsbereich. Dabei haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht und tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

2.5.5 Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz

Das KA-AZG gilt im Wesentlichen in jenen Einrichtungen, die auch das Wr. KAG anführt für die Beschäftigung von Dienstnehmerinnen bzw. Dienstnehmern, die als Angehörige von Gesundheitsberufen tätig sind. Zu diesen zählen u.a. Ärztinnen bzw. Ärzte, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie Hebammen.

Das Gesetz definiert als Arbeitszeit die Zeit vom Dienstantritt bis zum Dienstende ohne die Ruhepausen, als Tagesarbeitszeit die Arbeitszeit innerhalb eines ununterbrochenen Zeitraumes von 24 Stunden und als Wochenarbeitszeit die Arbeitszeit innerhalb des Zeitraumes von Montag bis einschließlich Sonntag.

Die Tagesarbeitszeit darf grundsätzlich 13 Stunden nicht überschreiten. Für die Betrachtung der Wochenarbeitszeit ist ein Durchrechnungszeitraum von 17 Wochen festgelegt, innerhalb dessen im Durchschnitt die Wochenarbeitszeit nicht mehr als 48 Stunden und in einzelnen Wochen nicht mehr als 60 Stunden betragen darf.

Werden Dienstnehmerinnen bzw. Dienstnehmer nicht durchgehend in Anspruch genommen, können durch Betriebsvereinbarungen und im Einvernehmen mit der Personalvertretung bzw. dem Betriebsrat verlängerte Dienste vereinbart werden. Dabei verlängert sich sowohl die zulässige Arbeitszeit auf 25 Stunden bzw. für Ärztinnen bzw.

Ärzte auf 32 Stunden oder im Rahmen eines Wochenend- bzw. Feiertagsdienstes auf 49 Stunden. Auch die maximale Wochenarbeitszeit erhöht sich im Durchrechnungszeitraum auf durchschnittlich 60 Stunden und in einzelnen Wochen auf 72 Stunden.

Gemäß diesem Gesetz gilt als Nachtarbeit, wenn von Bediensteten regelmäßig oder in mindestens 48 Nächten im Kalenderjahr für zumindest drei Stunden gearbeitet wird, wobei als Nacht die Zeit zwischen 22.00 Uhr und 5.00 Uhr festgelegt ist.

Ab einer Gesamtdauer der Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden ist diese durch eine mindestens 30-minütige Ruhepause zu unterbrechen; bei verlängertem Dienst von mehr als 25 Stunden sind zwei Ruhepausen zu gewähren.

Den Dienstnehmerinnen bzw. Dienstnehmern ist nach Beendigung der Tagesarbeitszeit oder eines verlängerten Dienstes eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens elf Stunden zu gewähren, wobei eine Ruhezeit bei einer Tagesarbeitszeit zwischen acht und 13 Stunden innerhalb der nächsten zehn Kalendertage um vier Stunden zu verlängern ist. Bei verlängerten Diensten ist innerhalb des Durchrechnungszeitraumes eine Ruhezeit um die das Ausmaß von 13 Stunden übersteigende Dauer des verlängerten Dienstes, mindestens jedoch um jeweils elf Stunden zu verlängern.

2.5.6 Nachtschwerarbeitsgesetz

Laut dem NSchG leistet eine Arbeitnehmerin bzw. ein Arbeitnehmer dann Nachtarbeit, wenn in der Zeit zwischen 22.00 Uhr und 6.00 Uhr mindestens sechs Stunden gearbeitet wird, sofern nicht in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft fällt. Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer in Krankenanstalten, die Nachtschwerarbeit leisten, sind unter o.a. Voraussetzungen ebenfalls von diesem Gesetz umfasst, wenn sie innerhalb dieses Rahmens unmittelbar Betreuungs- und Behandlungsarbeit für Patientinnen bzw. Patienten erbringen. Diese Bestimmungen sind auf taxativ genannte Bereiche eingeschränkt, zu denen u.a. auch der OP-Bereich einschließlich der Kreißsäle zählt.

Für jeden geleisteten Nachtdienst im Sinn dieses Gesetzes ist ein Zeitguthaben von insgesamt zwei Stunden zu gewähren. Dieses Zeitguthaben ist spätestens sechs Monate nach seinem Entstehen zu verbrauchen und darf nicht in Geld abgelöst werden.

Mit Verordnung des Landeshauptmannes von Wien wurde der Geltungsbereich des NSchG u.a. auf die Abteilungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe erweitert.

3. Leistungsentwicklung in den geburtshilflichen Abteilungen

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Fragen des Prüfersuchens eingegangen:

Frage: Wie viele Geburten (spontan/Sectio) pro Jahr und Abteilung sind zu verzeichnen? Bitte Sectiones nach "elektiv, bzw. medizinisch geboten" und "geplant" aufschlüsseln?

Frage: Gibt es Bestrebungen die Kaiserschnittraten zu senken und die Hebammengeburt aufzuwerten?

Frage: Wie viele Risikogeburten wurden betreut?

Frage: Wie viele Totgeburten und wie viele Mehrlingsgeburten sind pro Abteilung jeweils zu verzeichnen?

Frage: Wie viele Spätabtreibungen wurden vorgenommen?

3.1 Allgemeines

3.1.1 Datengrundlagen

Zur Beantwortung der prüfungsrelevanten Fragen standen insbesondere hinsichtlich statistischer Aufzeichnungen von erbrachten Leistungen unterschiedliche Datengrundlagen zur Verfügung, die jedoch in einigen Fällen - zumeist geringfügig - voneinander abwichen. Dabei handelte es sich vor allem um das sogenannte - von den Hebammen händisch geführte - Geburtenbuch, das elektronische geburtshilfliche Dokumentationssystem PIA, das von der TILAK geführte "Geburtenregister Österreich" sowie die für das LKF-System dokumentierten ICD-Diagnosen und MEL.

Bei Abweichungen zwischen den einzelnen Dokumentationen griff das Kontrollamt soweit wie möglich auf die händisch geführten Uraufzeichnungen und dabei insbesondere auf das Geburtenbuch zurück und rechnete Angaben, die dort nicht verzeichnet waren, aus anderen Datenquellen hoch. Aufgrund der unterschiedlich gehandhabten Dokumentationen und der teilweise nicht vorgesehenen Aufzeichnungen gestaltete sich eine systematische Aufbereitung der im Prüfersuchen gewünschten statistischen Daten als sehr zeitaufwendig.

3.1.2 Definitionen

Grundsätzlich wird zwischen vaginalen und abdominal-operativen Geburten unterschieden. Bei Ersteren erfolgt weiters eine Differenzierung nach Spontangeburt und Unterstützung durch Vakuum oder Zange (vaginal-operativ). Die abdominal-operative Geburt, also der Kaiserschnitt bzw. die Sectio Caesarea wird grundsätzlich in primäre und sekundäre Sectiones unterteilt. Eine primäre Sectio ist ein im Rahmen des Geburtsmodus geplanter Kaiserschnitt, bei dem die Geburt noch nicht begonnen hat. Dazu zählen auch sogenannte elektive oder Wunschsectiones, vor allem aber solche, die bereits im Zuge der Schwangerschaft aus medizinischen Gründen notwendig erscheinen. Darunter fallen etwa Mehrlingsgeburten und bestimmte Vorerkrankungen der Mutter, aber auch bei bereits vorangegangenen Schwangerschaften durchgeführte Sectiones.

Im Gegensatz dazu sind sekundäre Sectiones - bei denen die Geburt bereits begonnen hat - ungeplant. Diese Kaiserschnitte sind jedenfalls medizinisch geboten. Über die individuell unterschiedliche Einschätzung hinsichtlich medizinischer Indikationen für einen Kaiserschnitt hinaus konnte der Literatur auch entnommen werden, dass trotz der Versuche zu einer Vereinheitlichung der Begriffe und Zählweisen nach wie vor unterschiedliche Herangehensweisen an die Zuordnung von primären und sekundären Sectiones bestehen, zumal z.B. auch der Zeitpunkt des Geburtsbeginnes kontrovers definiert ist.

Eine Unterscheidung nach "*elektiven bzw. medizinisch gebotenen*" und "*geplanten*" Sectiones entspricht nicht den o.a. Definitionen, weshalb vom Kontrollamt die in der Medizin übliche Dokumentationsweise nach primären und sekundären Sectiones gewählt wurde.

3.2 Geburten und Sectiones

Der nachstehenden Tabelle ist die Zahl aller in den geburtshilflichen Abteilungen des KAV erfolgten Geburten inkl. allfälliger Totgeburten (s. Pkt. 3.6), exkl. Aborte (s. Pkt. 3.5), weiters die Gesamtanzahl aller darin enthaltenen Sectiones sowie deren Aufgliederung nach primär und sekundär zu entnehmen:

Kranken- anstalten	Geburten	2007	2008	2009	2010
AKH	Geburten gesamt	2.768	2.212	2.510	2.402
	hievon Sectiones gesamt	1.172	1.102	1.219	1.191
	Primäre Sectiones	859	808	848	820
	Sekundäre Sectiones	313	294	371	371
DSP	Geburten gesamt	1.883	1.913	1.936	1.895
	hievon Sectiones gesamt	328	388	326	347
	Primäre Sectiones	175	173	173	166
	Sekundäre Sectiones	153	215	153	181
WIL	Geburten gesamt	1.402	1.541	1.508	1.633
	hievon Sectiones gesamt	302	336	315	370
	Primäre Sectiones	160	169	160	196
	Sekundäre Sectiones	142	167	155	174
KAR	Geburten gesamt	1.481	1.508	1.392	1.330
	hievon Sectiones gesamt	358	439	416	397
	Primäre Sectiones	191	200	196	197
	Sekundäre Sectiones	167	239	220	200
SEM	Geburten gesamt	2.288	2.419	2.162	2.290
	hievon Sectiones gesamt	542	632	571	572
	Primäre Sectiones	217	231	225	271
	Sekundäre Sectiones	325	401	346	301
KFJ	Geburten gesamt	1.402	1.492	1.469	1.699
	hievon Sectiones gesamt	292	344	371	403
	Primäre Sectiones	165	181	157	166
	Sekundäre Sectiones	127	163	214	237
KHR	Geburten gesamt	809	967	892	1.031
	hievon Sectiones gesamt	249	291	271	294
	Primäre Sectiones	125	142	134	150
	Sekundäre Sectiones	124	149	137	144

Aus der obigen Tabelle kann die Sectiorate der einzelnen Krankenanstalten innerhalb des Betrachtungszeitraumes ermittelt werden, die nachstehend in prozentuellen Anteilen dargestellt wird:

Kranken- anstalten	Sectiorate in %			
	2007	2008	2009	2010
AKH	42,3	49,8	48,6	49,6
DSP	17,4	20,3	16,8	18,3
WIL	21,5	21,8	20,9	22,7
KAR	24,2	29,1	29,9	29,8
SEM	23,7	26,1	26,4	25,0
KFJ	20,8	23,1	25,3	23,7
KHR	30,8	30,1	30,4	28,5

Abgesehen vom Umstand, dass die Bewertung, ob es sich im Einzelfall um eine sogenannte Wunschsectio handelt oder ob z.B. eine medizinische Indikation aufgrund von psychischen Faktoren vorliegt, nicht einheitlich erfolgte, war eine Kennzeichnung als Wunschsectio in den vorhandenen Dokumentationssystemen nicht vorgesehen. Wo dies möglich war, wurden entsprechende Daten aus den Geburtenbüchern händisch ermittelt bzw. wurden im Weg von Stichproben Anteile erhoben und anhand der Gesamtzahl der primären Sectiones auf Jahressummen hochgerechnet. Von den Vorständen der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen des KFJ und des DSP wurde angegeben, dass in den von ihnen geleiteten medizinischen Fachabteilungen Wunschsectiones aus prinzipiellen Überlegungen nicht erfolgen würden. Die Zahl der Wunschsectiones in den übrigen geburtshilflichen Einrichtungen stellte sich für den Betrachtungszeitraum wie folgt dar:

Kranken- anstalten	Wunschsectiones			
	2007	2008	2009	2010
AKH	69	65	68	66
WIL	17	14	27	23
KAR	0	8	10	15
SEM	3	3	1	7
KHR	7	15	10	18

In jenen Krankenanstalten, die Wunschsectiones durchführten, wurde von den Abteilungsvorständen darauf hingewiesen, dass einer solchen Wunschsectio grundsätzlich ein entsprechendes Beratungsgespräch vorangehe. Dieses wies jedoch anstaltsspezifisch eine unterschiedliche Ausprägung auf.

Dezidierte Programme zur Senkung der Sectiorate gab es in keiner Anstalt, da von den Vorständen diese entweder als dem internationalen Trend entsprechend beurteilt wurde oder aber ohnehin auf einem unter dem Durchschnitt befindlichen Niveau lag.

3.3 Mehrlingsgeburten

Von Mehrlingen wird gesprochen, wenn während einer Schwangerschaft zwei oder mehr Kinder einer Mutter und eines Vaters heranwachsen und in der Regel während eines Geburtsvorganges zur Welt kommen. Mehrlingsgeburten zählen ebenfalls zu den Risikogeburten (s. Pkt. 3.4).

Während Zwillingsgeburten einen vergleichsweise häufigen Spezialfall darstellen, kommt es nur in wenigen Fällen zur Geburt höhergradiger Mehrlinge. In der anschließenden Tabelle erfolgt eine diesbezügliche Differenzierung:

Kranken- anstalten	Mehrlingsgeburten	2007	2008	2009	2010
AKH	Zwillingsgeburten	171	187	186	179
	Höhergradige Mehrlingsgeburten	6	10	14	10
DSP	Zwillingsgeburten	51	49	61	70
	Höhergradige Mehrlingsgeburten	2	2	0	3
WIL	Zwillingsgeburten	25	24	27	19
	Höhergradige Mehrlingsgeburten	0	0	0	0
KAR	Zwillingsgeburten	15	9	15	11
	Höhergradige Mehrlingsgeburten	0	0	0	0
SEM	Zwillingsgeburten	17	11	11	8
	Höhergradige Mehrlingsgeburten	0	0	0	0
KFJ	Zwillingsgeburten	10	8	8	7
	Höhergradige Mehrlingsgeburten	0	0	0	0
KHR	Zwillingsgeburten	5	14	9	9
	Höhergradige Mehrlingsgeburten	0	0	0	0

Der Anteil von Mehrlingsgeburten an den gesamten Geburten lag in allen Jahren des Betrachtungszeitraumes zwischen 2,5 % und 2,8 %. Rund 60 % aller Mehrlingsgeburten erfolgten im AKH. Wie der Tabelle darüber hinaus zu entnehmen ist, wurden im Betrachtungszeitraum höhergradige Mehrlingsschwangerschaften ausschließlich in den beiden Perinatalzentren AKH und DSP entbunden.

3.4 Risikoschwangerschaften und Risikogeburten

Grundsätzlich ist zwischen Risikoschwangerschaften und Risikogeburten zu unterscheiden. In der Schwangerschaft werden z.B. vorangegangene Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder Sectiones sowie bei der Mutter bestehende Vorerkrankungen, wie etwa Diabetes mellitus als Risiko bewertet. Weiters führen u.a. auch eine Gestationsdiabetes, eine vorzeitige Wehentätigkeit oder eine Lageanomalie des Fetus zur Einstufung als Risikoschwangerschaft. Eine solche kann, muss jedoch nicht zwangsläufig zu einer Risikogeburt führen. Zu den Geburtsrisiken zählen u.a. ein vorzeitiger Blasensprung, eine Rhesus-Inkompatibilität, ein pathologisches CTG, eine (drohende) Uterusruptur, eine Mehrlingsgeburt oder eine Gestose.

In den Krankenanstalten des KAV erfolgte ein großer Teil der Dokumentation im Bereich der Geburtshilfe - neben dem händisch geführten Geburtenbuch sowie weiteren händischen Aufzeichnungen - bereits seit mehreren Jahren mithilfe des elektronischen Systems PIA. In diesem wurden im Betrachtungszeitraum u.a. auch Geburts- und Schwangerschaftsrisiken aufgezeichnet; weiters konnten entsprechende Auswertungen erstellt werden. Das System bot jedoch optional verschiedene Eintragungsmöglichkeiten, die von den einzelnen Abteilungen, abhängig von deren Prioritäten, in unterschiedlicher Art und Intensität genutzt wurden, was zu einer Verzerrung der ermittelten Risikoverteilung führte. Die Ergebnisse der von den Einrichtungen aus dem System generierten Auswertungen waren daher nur bedingt miteinander vergleichbar.

Da dem Kontrollamt keine weiteren Daten hinsichtlich der o.a. Risiken zur Verfügung standen, wurden dennoch in der nachstehenden Tabelle die in den einzelnen geburts-hilflichen Abteilungen betreuten Risikoschwangerschaften bzw. Risikogeburten lt. Auswertungen aus dem PIA-System dargestellt, auch wenn diese aufgrund der o.a. Dokumentationsunterschiede bestenfalls einen Richtwert darstellen:

Kranken-anstalten	Risikofälle	2007	2008	2009	2010
AKH	Risikogeburten	1.777	1.544	1.807	1.775
	Risikoschwangerschaften	1.985	1.663	1.857	1.893
DSP	Risikogeburten	999	1.066	995	1.069
	Risikoschwangerschaften	1.149	1.274	1.013	988
WIL	Risikogeburten	787	895	859	975
	Risikoschwangerschaften	710	772	719	807
KAR	Risikogeburten	1.411	1.392	1.276	1.156
	Risikoschwangerschaften	186	109	52	89
SEM	Risikogeburten	1.219	1.315	1.228	1.299
	Risikoschwangerschaften	1.363	1.466	1.286	1.393
KFJ	Risikogeburten	1.168	1.188	1.194	1.405
	Risikoschwangerschaften	195	233	504	691
KHR	Risikogeburten	742	838	736	828
	Risikoschwangerschaften	24	29	134	202

Bei einer Darstellung in Anteilswerten würden im Vergleich der Krankenanstalten höchst unterschiedliche Risikoverteilungen ersichtlich, deren Plausibilität deutlich in Zweifel zu ziehen ist.

3.5 Aborte

Als Abortus (Fehlgeburt) wird eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft durch spontanen oder künstlich herbeigeführten Verlust des Fetus bezeichnet, wenn das Geburtsgewicht weniger als 500 g beträgt. Spätabtreibungen sind als medizinisch indizierte Aborte bzw. Schwangerschaftsunterbrechungen ab der 14. bzw. 16. SSW definiert, die bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation, wie z.B. eines Chromosomendefektes oder einer Fehlbildung im Bereich der Wirbelsäule vorgenommen werden. Die nachstehende Tabelle zeigt einerseits - mit Ausnahme des Jahres 2007 im KHR, wofür keine Daten vorlagen - die Gesamtzahl aller Aborte einschließlich Schwangerschaftsabbrüche und andererseits die darin enthaltene Zahl der wegen Missbildungen nach der 14. bzw. 16. SSW eingeleiteten Fehlgeburten:

Kranken- anstalt	Aborte	2007	2008	2009	2010
AKH	Aborte gesamt	430	379	424	420
	davon medizinisch indizierte Spätaborte	17	23	27	29
DSP	Aborte gesamt	482	432	462	415
	davon medizinisch indizierte Spätaborte	9	11	16	19
WIL	Aborte gesamt	154	151	190	159
	davon medizinisch indizierte Spätaborte	3	0	0	6
KAR	Aborte gesamt	303	265	236	246
	davon medizinisch indizierte Spätaborte	0	3	0	0
SEM	Aborte gesamt	470	438	366	433
	davon medizinisch indizierte Spätaborte	18	14	13	13
KFJ	Aborte gesamt	331	326	306	316
	davon medizinisch indizierte Spätaborte	0	0	0	0
KHR	Aborte gesamt	-	164	209	202
	davon medizinisch indizierte Spätaborte	-	0	0	0

Das AKH, das DSP und die SEM wiesen über den gesamten Betrachtungszeitraum die höchste Zahl an Aborten auf. Dabei war jedoch zu beachten, dass der überwiegende Teil der Aborte im AKH in der grundsätzlich nicht von der Prüfung umfassten Klinischen Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie erfolgte, während die medizinisch indizierten Spätaborte ausschließlich in der Klinischen Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin durchgeführt wurden.

Ein spezieller Fall des medizinisch indizierten Spätabortus, der ausschließlich im AKH und DSP durchgeführt wird, ist der sogenannte Fetozid, bei dem eine Tötung des Fetus

erfolgt. Grund einer solchen Vorgehensweise kann einerseits eine gezielte Reduktion von Mehrlingen zwecks Verringerung des Schwangerschafts- bzw. Geburtsrisikos der Mutter und damit einhergehend eine Verbesserung der Entwicklungsmöglichkeiten der verbleibenden Feten sein. Andererseits wird diese Vorgangsweise bei - in der Regel nach der 24. SSW - diagnostizierten erheblichen Fehlbildungen vor dem medikamentös hervorgerufenen Abbruch der Schwangerschaft gewählt. Abhängig vom Zeitpunkt des Fetozides und des vorliegenden Geburtsgewichtes von weniger oder mehr als 500 g, wird dieser statistisch als Fehl- oder Totgeburt erfasst (s. Pkt. 3.6). Im Fall einer Mehrlingsreduktion kommt es normalerweise zu keiner Ausstoßung des Fetus, weshalb auch keine statistische Erfassung als Fehl- oder Totgeburt damit einhergeht.

Die im Betrachtungszeitraum im AKH und DSP erfolgten Fetozide sind der folgenden Aufstellung zu entnehmen:

Kranken- anstalt	Fetozide			
	2007	2008	2009	2010
AKH	6	8	12	11
DSP	7	4	15	6

3.6 Totgeburten

Das HebG definiert eine Lebendgeburt für jene Fälle, in denen nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib bei der Leibesfrucht entweder die Atmung eingesetzt hat oder irgendein anderes Lebenszeichen, wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln erkennbar ist, gleichgültig, ob die Nabelschnur durchgeschnitten ist oder nicht oder ob die Plazenta ausgestoßen ist oder nicht. Demgegenüber gilt eine Leibesfrucht als tot geboren, wenn keines der vorangeführten Lebenszeichen erkennbar ist und das Geburtsgewicht bei zumindest 500 g liegt. Bei Fehlen der genannten Lebenszeichen und einem Geburtsgewicht von weniger als 500 g liegt eine Fehlgeburt (s. Pkt. 3.5) vor.

Die Verteilung der im Betrachtungszeitraum erfolgten Totgeburten auf die einzelnen Krankenanstalten ist in der nachstehenden Tabelle dargelegt:

Kranken- anstalten	Totgeburten			
	2007	2008	2009	2010
AKH	37	40	35	32
DSP	8	13	18	10
WIL	5	8	4	10
KAR	10	7	4	7
SEM	8	4	10	5
KFJ	3	1	4	6
KHR	6	4	0	2

Im Betrachtungszeitraum entfielen 44,4 % bis 51,9 % aller im KAV erfolgten Totgeburten auf das AKH, womit in dieser Krankenanstalt deutlich mehr Totgeburten zu verzeichnen waren als in allen übrigen geburtshilflichen Bereichen.

3.7 Feststellungen des Kontrollamtes

3.7.1 Detaillierte Angaben zur Anzahl der Geburten, primären und sekundären Sectiones sowie Wunschsectiones sind dem Pkt. 3.2 zu entnehmen.

Im Betrachtungszeitraum blieb die Gesamtzahl der in den Krankenanstalten des KAV erfolgten Geburten relativ konstant. Während im Jahr 2007 noch nahezu ein Viertel aller dieser Geburten auf das AKH entfiel, sank dessen Anteil im Jahr 2010 auf knapp ein Fünftel und lag damit nur mehr geringfügig über der SEM. Ebenfalls ein Rückgang der Geburtenzahlen war in der KAR zu beobachten, während das WIL, das KFJ und das KHR deutliche Zuwächse verzeichneten.

Die durchschnittliche Sectiorate aller Anstalten des KAV stieg von 27 % im Jahr 2007 auf 29,1 % im Jahr 2010, wobei das AKH in sämtlichen Jahren signifikant über diesem Wert lag und im Jahr 2010 mit nahezu 50 % einen Höchstwert erreichte. Bemerkenswert erschien, dass das DSP als zweites Perinatalzentrum mit einem am ehesten mit dem AKH vergleichbaren Risikokollektiv über den gesamten Betrachtungszeitraum die geringste Sectiorate aller geburtshilflichen Einrichtungen des KAV aufwies.

Von mehreren Vorständen der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen wurde darauf hingewiesen, dass die Sectioraten international gesehen einen steigenden Trend aufweisen würden und auch die im Vergleich der betrachteten Anstalten tendenziell hö-

heren Werte jedenfalls diesem Trend entsprächen und vor allem der Sicherheitsaspekt für Mutter und Kind im Vordergrund stünde. Allerdings wurde von ihnen auch eingeräumt, dass durch den steigenden Kaiserschnittanteil insbesondere bei den jüngeren Ärztinnen bzw. Ärzten geburtshilfliche Kompetenz verloren ginge.

Die Verteilung zwischen primären (geplanten) und sekundären (ungeplanten) Sectiones war im Betrachtungszeitraum grundsätzlich ausgeglichen bzw. es überwogen in Einzelfällen die sekundären Sectiones; lediglich im AKH betrug der Anteil an primären Sectiones in allen Jahren rd. 70 %.

Von zwei geburtshilflichen Einrichtungen des KAV wurde angegeben, dass diese keine sogenannten Wunschsectiones durchführten. Die extrem unterschiedlichen Werte in den anderen geprüften Einrichtungen ließen den Schluss zu, dass deutliche Unterschiede in der Definition einer Wunschsectio bestehen, wobei sich eine weitere Unschärfe durch die fehlende Dokumentation und die aus diesem Umstand in zwei Fällen notwendige Ermittlung mithilfe von Stichproben ergab. Eine Korrelation zwischen der Anzahl an Wunschsectiones und den jeweiligen Sectoraten konnte jedenfalls nicht erkannt werden.

3.7.2 Wie im Pkt. 3.2 erwähnt, beurteilten die Vorstände der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen des KAV die Bedeutung bzw. Aussagekraft von Sectoraten bzw. ob es sich dabei um einen Qualitätsindikator handle, unterschiedlich. Dieser Umstand bzw. das Vorliegen von deutlich unter dem Durchschnitt liegender Sectoraten führte dazu, dass besondere Programme zu deren Senkung von ihnen als nicht notwendig erachtet wurden. Von den im Rahmen der Einschau befragten Hebammen wurde übereinstimmend angegeben, dass ihnen eine niedrige Sectorate jedenfalls wünschenswert erschiene.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die Wiener Frauengesundheitsbeauftragte wurde mit der Durchführung einer Kaiserschnittstudie beauftragt, um die erforderliche

Gesamtsituation über die Sectionate in den Wiener Krankenhäusern zu dokumentieren und zu bewerten.

Die Ergebnisse dieser Studie werden mit Anfang des Jahres 2012 erwartet und dann im Rahmen der Fachkommission Frauenheilkunde und Geburtshilfe den Vorständen der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen des KAV vorgestellt werden. Die sich daraus ergebenden Maßnahmen werden innerhalb der Fachkommission Frauenheilkunde und Geburtshilfe erarbeitet mit dem Ziel, diese dann KAV-weit umzusetzen.

3.7.3 In allen geprüften Krankenanstalten stand zur geburtshilflichen Dokumentation das PIA-System, dessen Daten auch die Grundlage der Auswertungen des "Geburtenregister Österreich" bilden, in Verwendung. Dieses bot auch Standardauswertungen hinsichtlich kumulierter Risikofaktoren, jedoch war den Zahlen an Risikoschwangerschaften bzw. Risikogeburten von den Krankenanstalten bislang offensichtlich keine Bedeutung beigemessen worden. Wie die Erhebungen zeigten, waren die diesbezüglichen Ergebnisse dermaßen unterschiedlich und spiegelten in keiner Weise die jeweiligen Einschätzungen des betreuten Risikokollektivs wider, weshalb die Dokumentations- und Datenqualität vom Kontrollamt in Zweifel gezogen werden musste. Aus diesem Grund war die Frage nach den in den einzelnen Krankenanstalten betreuten Risikogeburten nicht seriös zu beantworten und führte in weiterer Folge zu einer gesonderten Prüfung des PIA-Systems durch das Kontrollamt (s. KA II - KAV-7/11, KAV, Prüfung des geburtshilflichen Dokumentationssystems PIA).

3.7.4 Detaillierte Angaben zur Anzahl der Totgeburten und Mehrlingsgeburten sind den Pkten. 3.6 und 3.3 zu entnehmen.

Im AKH lag im Betrachtungszeitraum der Anteil der Totgeburten an allen Geburten zwischen 1,3 % und 1,8 %, während dieser Wert in allen anderen Krankenanstalten - zum überwiegenden Teil deutlich - weniger als 1 % betrug.

Die Gesamtzahl der in den betrachteten Krankenanstalten im Zeitraum der Jahre 2007 bis 2010 entbundenen Zwillinge blieb praktisch unverändert, demgegenüber verzeichnete die Zahl der höhergradigen Mehrlinge - wenn auch auf niedrigem Niveau (nämlich 2,6 % auf 4,1 % aller Mehrlinge bzw. 0,7 ‰ auf 1,1 ‰ aller Geburten) - einen Anstieg. Diese Entwicklung wurde von den Abteilungsvorständen u.a. auf das generell höhere mütterliche Alter bei Schwangerschaftseintritt sowie den zunehmenden Einsatz reproduktionsmedizinischer Maßnahmen (In-vitro-Fertilisation oder hormonelle Stimulations-therapien) zurückgeführt.

3.7.5 Detaillierte Angaben zu den Aborten in den Krankenanstalten sind dem Pkt. 3.5 zu entnehmen. Die medizinisch indizierten Spätaborte konzentrierten sich auf jene Einrichtungen, in denen eine umfangreiche Pränataldiagnostik durchgeführt wurde, nämlich auf das AKH, das DSP und die SEM.

3.7.6 Zusammenfassend musste festgestellt werden, dass im Bereich der Geburtshilfe mehrere unterschiedliche Dokumentationen geführt wurden, wobei auch dabei verschiedene Vorgangsweisen in den einzelnen Krankenanstalten zu beobachten waren. Die aus diesen Systemen ermittelten Ergebnisse wichen oftmals voneinander ab, so dass das flächendeckend händisch geführte Geburtenbuch als zuverlässigste Datenquelle einzustufen war, auch wenn keine Verpflichtung zur Führung desselben vorlag.

In Anbetracht der Tatsache, dass aus diesen z.T. unterschiedlich zugeordneten bzw. unvollständigen Daten auch Qualitätsvergleiche gezogen und planerische Überlegungen darauf aufgebaut werden, empfahl das Kontrollamt den Dokumentationen einschließlich der diesen zugrunde liegenden Definitionen erhöhtes Augenmerk zu widmen und diese - nicht zuletzt zur Verringerung des Verwaltungsaufwandes - möglichst EDV-gestützt zu vereinheitlichen.

4. Betten- und Aufnahmesperren

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Fragen des Prüfersuchens eingegangen:

Frage: Welches Ausmaß an Bettensperren ist im Prüfzeitraum zu verzeichnen?

Frage: Gibt es an den einzelnen Abteilungen Aufnahmesperren bei der Anmeldung zu einer Geburt? Wo liegt die Höchstgrenze für Annahmen zu Geburten in den Abteilungen?

Frage: Gibt es ein zwischen den Abteilungen abgestimmtes Prozedere, wohin die Frauen dann verwiesen werden? Welches Prozedere besteht für die Überweisung von Risikoschwangerschaften zw. den Abteilungen?

4.1 Bettenkapazitäten und Bettensperren in den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie

4.1.1 Allgemeines

4.1.1.1 Grundlage von Aufnahmekapazitäten im stationären Bereich bilden die systemisierten - d.s. die sanitätsbehördlich bewilligten - Betten. Aus unterschiedlichen Gründen, wie z.B. Baumaßnahmen, organisatorischen oder personellen Ursachen können Sperren verfügt werden. Die Zahl der systemisierten Betten abzüglich der gesperrten Betten ergibt KAV-intern die Anzahl der belegbaren Betten. Wenn u.U. jedoch der Bettenbedarf das Angebot an belegbaren Betten übersteigt, werden die über dem Stand der belegbaren Betten aufgestellten Betten als Notbetten bezeichnet und der Zahl der belegbaren Betten hinzugerechnet, woraus sich der Stand an tatsächlichen Betten ergibt. Aus der Gegenüberstellung der belegten Betten (Belagstage) und der tatsächlichen Betten ergibt sich der Auslastungsgrad.

4.1.1.2 Entsprechend der Fragestellung des Prüfersuchens konzentrierte sich das Kontrollamt auf jene Betten, die den genannten Teilbereichen Geburtshilfe bzw. Neonatologie der Fächer Gynäkologie und Geburtshilfe bzw. Kinder- und Jugendheilkunde zuzurechnen sind. Während die Zuordnung hinsichtlich der geburtshilflichen Betten anhand der jeweiligen Widmung der Kostenstellen als Wochenbettstationen bzw. im Fall des AKH und der SEM zusätzlich als sogenannte präpartale Stationen zweifelsfrei möglich war, gestaltete sich eine entsprechende Abgrenzung im Bereich der Neonatologie deutlich schwieriger. Wie im Pkt. 2.1 bereits beschrieben, hat die Neonatologie die Versorgung von Früh- und Neugeborenen, deren Vitalfunktionen eingeschränkt oder bedroht sind, zum Inhalt. Die Behandlung erfolgt in der Regel durch eine Intensivversorgung mithilfe von Intensivtherapie oder Intensivüberwachung, wobei diese Bereiche fließend

ineinander übergehen können. Als Intensivbereiche in der Neonatologie werden vom ÖSG und WKAP Überwachungseinheiten - sogenannte NIMCU oder IMC - und Intensivbehandlungseinheiten (sogenannte NICU) angeführt, wobei im Bereich der Überwachung auch eine gemischte neonatologische und pädiatrische Versorgung und im Bereich der Intensivtherapie auch ein gemischter Betrieb mit Überwachungsbetten möglich ist.

Obwohl die Neonatologie definitionsgemäß durch die ausschließliche Betreuung von Neonaten in Intensivbehandlungs- oder Überwachungseinheiten gekennzeichnet ist, waren im KAV auch andere Formen der Behandlung von neonatologischen Patientinnen bzw. Patienten eingerichtet. So wurden im AKH in vergleichsweise geringem, jedoch nicht exakt feststellbarem Ausmaß neonatologische Patientinnen bzw. Patienten auch in den der Allgemeinen Pädiatrie zugeordneten Intensivbereichen (PICU) betreut. Aufgrund der niedrigen Patientinnenzahl bzw. Patientenzahl und des Vorhandenseins dezidiert der Neonatologie zugeordneter Intensivbereiche wurde im AKH die PICU aus der Einschau ausgeklammert. Demgegenüber befand sich im dem KFJ zugeordneten PRE eine von den Strukturqualitätskriterien mit einer neonatologischen Intensivbehandlungseinheit vergleichbare pädiatrische Intensivstation, in der ein rd. 70%iger Anteil an neonatologischen Patientinnen bzw. Patienten betreut wurde. Wegen der vergleichsweise hohen Patientinnenzahl bzw. Patientenzahl und mangels anderer neonatologischer Intensivbehandlungsbetten im PRE wurde diese ebenfalls in die Prüfung einbezogen. Darüber hinaus verfügte die genannte Krankenanstalt im Betrachtungszeitraum über eine Früh- und Neugeborenenstation, die zwar über eine hohe technische Ausstattung wie z.B. Monitoring oder Sauerstoffanschlüsse verfügte, aber nicht als Überwachungseinheit definiert und gewidmet war.

4.1.1.3 Die in die Prüfung des Kontrollamtes einbezogenen geburtshilflichen und neonatologischen bettenführenden Kostenstellen, die systemisierten Betten, die Bettensperren, die belegbaren Betten, die Notbetten (Überbelag), die tatsächlichen Betten sowie deren Auslastung werden in den folgenden Punkten jeweils in Tabellen - getrennt nach geburtshilflichen und neonatologischen Bereichen - dargestellt und erläutert. Geringfügige Bettensperren bzw. Notbetten mussten aufgrund von Rundungen in den Ta-

bellen unberücksichtigt bleiben. Darüber hinaus werden in konkreten Anlassfällen auch solche Bereiche erwähnt, die aufgrund von Problemen hinsichtlich der Widmung oder der kostenrechnerischen Zuordnung bzw. der Abgrenzung zwischen Neonatologie und Allgemeiner Pädiatrie einer exakten Berechnung nicht zugänglich waren, jedoch für eine gesamtheitliche Betrachtung insbesondere für den Bereich der Neonatologie unverzichtbar erschienen.

4.1.2 Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus

Kostenstelle	Geburtshilfe AKH	2007	2008	2009	2010
296012 GH FMM Station 15D	Systemisierte Betten	21,0	21,0	21,0	21,0
	Bettensperren	0,6	1,3	1,4	0,4
	Belegbare Betten	20,4	19,7	19,6	20,6
	Überbelag	0,0	0,0	0,1	0,3
	Tatsächliche Betten	20,4	19,7	19,7	20,9
	Auslastung in %	86,6	77,6	81,9	88,1
296013 GH FMM Station 16D	Systemisierte Betten	21,0	21,0	21,0	21,0
	Bettensperren	0,3	0,1	0,3	2,6
	Belegbare Betten	20,7	20,9	20,7	18,4
	Überbelag	0,0	0,0	0,0	0,4
	Tatsächliche Betten	20,7	20,9	20,7	18,8
	Auslastung in %	80,7	72,3	81,0	83,1
296011 GH FMM Station 16E	Systemisierte Betten	22,0	22,0	22,0	22,0
	Bettensperren	0,4	1,3	3,2	2,1
	Belegbare Betten	21,6	20,7	18,8	19,9
	Überbelag	0,0	0,0	0,1	0,2
	Tatsächliche Betten	21,6	20,7	18,9	20,1
	Auslastung in %	69,5	66,4	77,9	78,0
296014 GH FMM Station 9C	Systemisierte Betten	10,0	10,0	10,0	10,0
	Bettensperren	0,0	0,1	0,3	0,7
	Belegbare Betten	10,0	9,9	9,7	9,3
	Überbelag	0,0	0,0	0,0	0,0
	Tatsächliche Betten	10,0	9,9	9,7	9,3
	Auslastung in %	80,2	80,0	77,7	72,0

Das AKH verfügte im Bereich der Geburtshilfe über vier Stationen, von denen zwei - nämlich 15D und 16D - als typische Wochenbettstationen einzustufen waren. Demgegenüber wurden auf der Station 16E und auf der Station 9C, die als präpartale Station bezeichnet wurde, Patientinnen bzw. Wöchnerinnen betreut, welche besondere Indikationen, wie z.B. ein deutlich erhöhtes Schwangerschaftsrisiko, eine Rhesusinkompatibilität, eine kindliche Fehlbildung oder ein indizierter Abort aufwiesen. Damit standen in diesem Bereich insgesamt 74 systemisierte Betten über den gesamten Betrachtungs-

zeitraum zur Verfügung. Die Auslastung auf Basis der tatsächlichen Betten lag in einer Bandbreite von 73,1 % (2008) bis 81,6 % (2010). Bei Betrachtung einzelner Kostenstellen betrug die niedrigste Auslastung 66,4 %, während die höchste 88,1 % erreichte. Insgesamt stieg im Betrachtungszeitraum der Anteil der gesperrten Betten an den systemisierten Betten von 1,8 % auf 7,8 %.

Kostenstelle	Neonatologie AKH	2007	2008	2009	2010
374024 Neonato- logische Station E12/IMC	Systemisierte Betten	12,0	12,0	12,0	12,0
	Bettensperren	0,0	0,3	0,2	0,0
	Belegbare Betten	12,0	11,7	11,8	12,0
	Überbelag	0,0	0,1	0,0	0,0
	Tatsächliche Betten	12,0	11,8	11,8	12,0
	Auslastung in %	94,0	93,3	95,9	95,1
374025 Neonat Neo NICU 10	Systemisierte Betten	8,0	8,0	8,0	8,0
	Bettensperren	0,0	0,1	0,0	0,0
	Belegbare Betten	8,0	7,9	8,0	8,0
	Überbelag	0,2	0,2	0,6	0,4
	Tatsächliche Betten	8,2	8,1	8,6	8,4
	Auslastung in %	95,4	93,3	96,1	98,3
374029 Neonat NG 9C NICU	Systemisierte Betten	12,0	12,0	12,0	12,0
	Bettensperren	0,1	0,9	2,2	2,1
	Belegbare Betten	11,9	11,1	9,8	9,9
	Überbelag	0,3	0,3	0,6	0,5
	Tatsächliche Betten	12,2	11,4	10,4	10,4
	Auslastung in %	91,0	94,6	94,8	93,7

Zur Neonatologie im engeren Sinn zählten im AKH ein Überwachungsbereich und zwei Intensivbehandlungsbereiche mit insgesamt 32 systemisierten Betten, die sich auf den Ebenen 12, 10 sowie 9C befanden. Die schon zu Beginn des Betrachtungszeitraumes sehr hohe Auslastung stieg im Betrachtungszeitraum von durchschnittlich 93,2 % auf 95,5 %. Auch bezogen auf die einzelnen Kostenstellen lag die Auslastung in allen Jahren über 90 %, im niedrigsten Fall bei 91 % und im höchsten Fall bei 98,3 %. Der Anteil an gesperrten Betten veränderte sich von 0,3 % auf 6,6 %.

Ab dem Oktober 2009 wurden auf der in der Tabelle nicht angeführten Ebene 11 in der allgemein pädiatrischen Überwachungsstation vier der acht dort systemisierten Betten für die Betreuung von Neonaten genutzt. Durch den dennoch vorhandenen Bedarf an allgemein pädiatrischen Überwachungsbetten kam es in weiterer Folge zu einem massiven Ansteigen der tatsächlichen Betten von 8,3 auf 12,4 Betten und führte am Ende

des Betrachtungszeitraumes zu einer Auslastung von 100 %, wobei zu keinem Zeitpunkt Bettensperren zu verzeichnen waren. Da in dieser Behandlungseinheit eine genaue Trennung von allgemein pädiatrischen und neonatologischen Patientinnen bzw. Patienten nicht möglich war, konnte keine exakte Zuordnung zum Bereich der Neonatologie erfolgen. Erst ab dem Jahr 2011 wurden die o.a. vier Betten auch kostenrechnerisch der Ebene 12 zugeschlagen.

4.1.3 Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauespital

Kostenstelle	Geburtshilfe DSP	2007	2008	2009	2010
95632601 Geburts- hilfliche Station 53	Systemisierte Betten	32,0	32,0	32,0	32,0
	Bettensperren	0,4	0,0	0,0	1,7
	Belegbare Betten	31,6	32,0	32,0	30,3
	Überbelag	0,6	0,5	0,4	0,5
	Tatsächliche Betten	32,2	32,5	32,4	30,8
	Auslastung in %	86,1	85,9	81,9	79,0

Im DSP befand sich im Betrachtungszeitraum eine geburtshilfliche Station mit 32 systemisierten Betten. Die Auslastung auf Basis der tatsächlichen Betten sank von 86,1 % auf 79 %. Im Gegensatz dazu war nach Jahren mit keinen bzw. nur geringfügigen Bettensperren im Jahr 2010 ein Anstieg des Anteiles der gesperrten Betten auf 5,3 % zu erkennen.

Kostenstelle	Neonatologie DSP	2007	2008	2009	2010
95631803 Neonatologie Intensiv- einheit	Systemisierte Betten	10,0	10,0	12,3	10,0
	Bettensperren	0,7	0,6	4,5	0,0
	Belegbare Betten	9,3	9,4	7,8	10,0
	Überbelag	0,2	0,1	0,6	1,0
	Tatsächliche Betten	9,5	9,5	8,4	11,0
	Auslastung in %	93,9	93,3	91,3	95,9
95631805 Neonatologie Über- wachungs- einheit	Systemisierte Betten	0,0	0,0	0,0	4,0
	Bettensperren	0,0	0,0	0,0	3,0
	Belegbare Betten	0,0	0,0	0,0	1,0
	Überbelag	0,0	0,0	0,0	0,0
	Tatsächliche Betten	0,0	0,0	0,0	1,0
	Auslastung in %	-	-	-	15,8

Der neonatologische Bereich verfügte über zehn neonatologische Intensivbehandlungsbetten. Die Auslastung lag im Betrachtungszeitraum ebenfalls in der sehr hohen Bandbreite von 91,3 % bis 95,9 %. Mit einem Umbau im Bereich der Neonatologie wurden ab Mitte des Jahres 2009 vier zusätzliche Überwachungsbetten geschaffen, die

jedoch für den Rest des genannten Jahres auf der Kostenstelle der Intensivbehandlung systemisiert waren. Ab Jänner 2010 wurden diese vier Überwachungsbetten auf einer eigenen Kostenstelle systemisiert, mussten aber in der Folge wegen fehlender Genehmigungen durch den WGF und mangelnder Personalressourcen in den ersten drei Quartalen des Jahres 2010 gesperrt werden.

Wegen des bestehenden Bedarfes wurden diese Betten aber dennoch teilweise belegt, was rechnerisch zu einem Überbelag im Bereich der Intensivbehandlung und damit zu einer hohen Auslastung führte. Die Bettensperren im Bereich der Neonatologie des DSP erreichten im Jahr 2009 aufgrund des Umbaus mit einem Anteil von 36,6 % an den systemisierten Betten einen Höchststand. Bei einer Gesamtbetrachtung der beiden Kostenstellen im Jahr 2010 betrug der Anteil der Bettensperren 21,4 %.

4.1.4 Wilhelminenspital

Kostenstelle	Geburtshilfe WIL	2007	2008	2009	2010
2401 Gynäko- logisch- Geburtshilf- liche Station C-West	Systemisierte Betten	27,0	27,0	27,0	27,0
	Bettensperren	0,0	0,1	0,0	0,0
	Belegbare Betten	27,0	26,9	27,0	27,0
	Überbelag	0,1	0,4	0,2	0,3
	Tatsächliche Betten	27,1	27,3	27,2	27,3
	Auslastung in %	82,2	86,0	83,2	84,7

Die Geburtshilfe des WIL verfügte über eine Wochenbettstation mit 27 systemisierten Betten. Diese wiesen lediglich im Jahr 2008 eine geringfügige Sperre auf, während es in allen Jahren des Betrachtungszeitraumes zu - jedoch ebenfalls unbeträchtlichen - Überbelägen kam. Die Auslastung der tatsächlichen Betten lag in einer Bandbreite von 82,2 % bis 86 %.

Kostenstelle	Neonatologie WIL	2007	2008	2009	2010
3021 Pavillon 21 Intensiv- neonatologie	Systemisierte Betten	14,0	14,0	14,0	14,0
	Bettensperren	0,0	0,0	0,0	0,0
	Belegbare Betten	14,0	14,0	14,0	14,0
	Überbelag	0,0	0,0	0,0	0,0
	Tatsächliche Betten	14,0	14,0	14,0	14,0
	Auslastung in %	82,6	86,1	83,2	81,2
3022 Pavillon 21 IMC	Systemisierte Betten	20,0	20,0	20,0	20,0
	Bettensperren	0,4	0,2	0,0	0,1
	Belegbare Betten	19,6	19,8	20,0	19,9
	Überbelag	0,1	0,1	0,0	0,0
	Tatsächliche Betten	19,7	19,9	20,0	19,9
	Auslastung in %	79,5	86,5	81,3	78,3

Die im Bereich der Neonatologie aufgestellten Intensivtherapiebetten wiesen weder Sperren noch Überbeläge auf und waren mindestens zu 81,2 % und höchstens zu 86,1 % ausgelastet.

Von den 20 Betten der als IMC bezeichneten Station waren lediglich zwölf tatsächlich als Überwachungsbetten zu bezeichnen, da die restlichen keinen Anschluss an die zentrale Überwachungsanlage aufwiesen. Eine kostenrechnungsmäßige Trennung der Betten dieser Station war jedoch nicht erfolgt. Überdies war auch keine entsprechende Einstufung gemäß LKF für die zwölf Überwachungsbetten erfolgt. Insgesamt waren im gesamten Betrachtungszeitraum unbedeutende Bettensperren bzw. Überbeläge bei einer Auslastung von 78,3 % (2010) bis 86,5 % (2008) festzustellen.

4.1.5 Standort Krankenhaus Rudolfstiftung

Kostenstelle	Geburtshilfe KAR	2007	2008	2009	2010
91732603 Geburts- hilfliche Station 1A	Systemisierte Betten	31,0	31,0	28,0	28,0
	Bettensperren	5,4	5,4	2,7	3,2
	Belegbare Betten	25,6	25,6	25,3	24,8
	Überbelag	0,2	0,2	0,0	0,1
	Tatsächliche Betten	25,8	25,8	25,3	24,9
	Auslastung in %	85,3	82,8	80,8	78,7

Umbaumaßnahmen im Zusammenhang mit dem Projekt FAMOG führten zu einer auf Dauer vorgesehenen Reduktion um drei Betten. Die tatsächliche Absystemisierung von 31 auf 28 Betten erfolgte erst ab dem Jahr 2009. Abgesehen von den drei genannten und in den Jahren 2007 und 2008 gesperrten Betten lagen im Betrachtungszeitraum weitere Bettensperren im Ausmaß von 2,4 bis 3,2 vor. Die Zahl der tatsächlichen Betten sank dadurch von 25,8 auf 24,9, wobei sich deren Auslastung dennoch von 85,3 % im Jahr 2007 auf 78,7 % im Jahr 2010 verminderte.

Kostenstelle	Neonatologie KAR	2007	2008	2009	2010
91734111 Neonatologie	Systemisierte Betten	5,0	5,0	5,0	5,0
	Bettensperren	0,0	0,0	0,0	0,0
	Belegbare Betten	5,0	5,0	5,0	5,0
	Überbelag	0,1	0,1	0,1	0,1
	Tatsächliche Betten	5,1	5,1	5,1	5,1
	Auslastung in %	79,3	79,5	85,6	85,8

Kostenstelle	Neonatologie KAR	2007	2008	2009	2010
91734112 Neo- natologie- Nachsorge- station	Systemisierte Betten	6,0	6,0	6,0	6,0
	Bettensperren	0,0	0,0	0,0	0,0
	Belegbare Betten	6,0	6,0	6,0	6,0
	Überbelag	0,0	0,0	0,0	0,0
	Tatsächliche Betten	6,0	6,0	6,0	6,0
	Auslastung in %	27,4	26,5	31,3	34,8

Der neonatologische Bereich in Form von fünf Überwachungsbetten wies keine Bettensperren, sondern in jedem Jahr einen geringfügigen Überbelag auf. Die Auslastung der tatsächlichen Betten erhöhte sich von 79,3 % auf 85,8 %.

Von der KAR wurden als einzige Krankenanstalt des KAV im Neugeborenenzimmer sechs Betten mit einer Überwachungsmöglichkeit aufgestellt, systemisiert und als Nachsorgebetten bezeichnet. Der Umstand, dass aufgrund der beengten Platzverhältnisse diese Betten in der Praxis nicht gleichzeitig betrieben werden konnten, führte dazu, dass ihre Auslastung lediglich bei z.T. deutlich unter 35 % lag. Obwohl die formale Einstufung dieser Betten als pädiatrische Betten des Normalpflegebereiches gegeben war, wurden sie vom Kontrollamt dennoch dem neonatologischen Bereich zugeordnet, weil dort zweifellos derartige Leistungen erbracht wurden.

4.1.6 Standort Semmelweis Frauenklinik der Krankenanstalt Rudolfstiftung

Kostenstelle	Geburtshilfe SEM	2007	2008	2009	2010
91732702 SEM Station II	Systemisierte Betten	17,0	17,0	17,0	17,0
	Bettensperren	3,6	2,7	2,7	3,2
	Belegbare Betten	13,4	14,3	14,3	13,8
	Überbelag	0,0	0,0	0,0	0,1
	Tatsächliche Betten	13,4	14,3	14,3	13,9
	Auslastung in %	61,5	61,4	55,9	52,1
91732704 SEM Wochenbett- und Neu- geborenen- station	Systemisierte Betten	24,0	24,0	24,0	24,0
	Bettensperren	1,4	0,7	1,2	0,8
	Belegbare Betten	22,6	23,3	22,8	23,2
	Überbelag	0,4	1,3	0,9	1,2
	Tatsächliche Betten	23,0	24,6	23,7	24,4
	Auslastung in %	87,1	92,2	88,8	90,5

Die SEM verfügte - ähnlich wie das AKH - über eine präpartale Station (Station II), in der 17 Betten systemisiert waren. Von diesen waren in allen Jahren des Betrachtungszeitraumes zwischen 2,7 und 3,6 Betten - das entspricht 15,9 % bzw. 21,2 % der sys-

temisierten Betten - gesperrt. Dennoch lag die Auslastung im Jahr 2007 bei lediglich 61,5 % und sank im weiteren Verlauf auf 52,1 %.

In der Wochenbett- und Neugeborenenstation der SEM zeigten sich in allen in die Einschau einbezogenen Jahren Bettensperren, die durch Überbeläge nahezu kompensiert bzw. überkompensiert wurden, sodass der Stand an tatsächlichen Betten zwischen 23 und 24,6 schwankte. Die Auslastung lag bei Werten zwischen 87,1 % und 92,2 %.

4.1.7 Standort Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital

Kostenstelle	Geburtshilfe KFJ	2007	2008	2009	2010
91032304 Geburts- hilfliche Abteilung Station I 11 rechts	Systemisierte Betten	20,0	20,0	20,0	20,0
	Bettensperren	0,7	1,0	1,0	1,5
	Belegbare Betten	19,3	19,0	19,0	18,5
	Überbelag	0,7	0,7	0,9	1,3
	Tatsächliche Betten	20,0	19,7	19,9	19,8
	Auslastung in %	90,0	94,2	96,0	94,9

Die mit 20 systemisierten Betten vergleichsweise gering dimensionierte geburtshilfliche Station des KFJ hatte im Betrachtungszeitraum Bettensperren und Überbeläge in nahezu gleicher Höhe zu verzeichnen, wodurch der Stand an tatsächlichen Betten den systemisierten Bettenstand im Jahr 2007 gänzlich und in den Folgejahren beinahe erreichte. Der Auslastungsgrad von bis zu 96 % ergab sich offenkundig aus dem Zusammentreffen eines bevölkerungsreichen Einzugsgebietes mit einer geringen Bettenkapazität.

4.1.8 Standort Gottfried von Preyer'sches Kinderspital

Kostenstelle	Neonatologie PRE	2007	2008	2009	2010
91034004 PRE- Früh- und Neu- geborenen- station	Systemisierte Betten	12,0	12,0	12,0	12,0
	Bettensperren	3,0	1,5	2,5	2,1
	Belegbare Betten	9,0	10,5	9,5	9,9
	Überbelag	0,0	0,0	0,0	0,2
	Tatsächliche Betten	9,0	10,5	9,5	10,1
	Auslastung in %	85,0	82,5	90,4	89,6
91034005 PRE- Intensiv- station	Systemisierte Betten	6,0	6,0	6,0	6,0
	Bettensperren	0,1	0,2	0,1	0,1
	Belegbare Betten	5,9	5,8	5,9	5,9
	Überbelag	0,0	0,0	0,0	0,0
	Tatsächliche Betten	5,9	5,8	5,9	5,9
	Auslastung in %	66,9	70,1	67,9	64,5

Die Früh- und Neugeborenenstation des PRE wies mit einem Anteil von 12,5 % bis maximal 25 % gesperrter Betten an den zwölf systemisierten Betten einen Stand von tatsächlichen Betten auf, der zwischen 9 und 10,5 schwankte. Die Auslastung lag in einer Bandbreite von 82,5 % bis 90,4 %.

Wie bereits im Pkt. 4.1.1.2 erwähnt, handelte es sich bei der Intensivstation des PRE um eine gemischte Einrichtung, in der jedoch zu einem hohen Prozentsatz Neonaten betreut wurden, weshalb sie in die obige Tabelle aufgenommen wurde. Bettensperren wurden nur in geringem Ausmaß vorgenommen, allerdings lag der Auslastungsgrad bei lediglich rd. 70 % oder weniger, was auf die z.T. beengten Platzverhältnisse zurückgeführt wurde.

4.1.9 Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

Kostenstelle	Geburtshilfe KHR	2007	2008	2009	2010
91632403 Gynäko- logische Station B	Systemisierte Betten	27,0	27,0	27,0	27,0
	Bettensperren	2,8	3,2	0,0	0,1
	Belegbare Betten	24,2	23,8	27,0	26,9
	Überbelag	0,3	0,1	0,0	0,0
	Tatsächliche Betten	24,5	23,9	27,0	26,9
	Auslastung in %	76,1	77,5	65,5	66,3

In der geburtshilflichen Station des KHR waren 27 Betten systemisiert, von denen in den Jahren 2007 und 2008 durchschnittlich 2,8 bzw. 3,2 Betten (d.s. 10,4 % bzw. 11,9 %) gesperrt waren. In den beiden folgenden Jahren kam es zu keinen bzw. nahezu keinen Bettensperren. Die Auslastung war bereits anfänglich mit 76,1 % vergleichsweise gering und sank in der Folge um weitere rd. 10 Prozentpunkte.

4.2 Aufnahmesperren im Bereich Geburtshilfe

Aufnahmesperren in geburtshilflichen Einrichtungen können sowohl aus temporären Ereignissen im Kreißaal, wie z.B. Baumaßnahmen oder aber aus Kapazitätsüberlegungen hinsichtlich der Wochenbettstation verhängt werden. In weiterer Folge können auch lokale oder überregionale Auslastungsspitzen im neonatologischen Bereich limitierend auf die Zahl der in einer geburtshilflichen Einrichtung möglichen Geburten wirken. Nachstehend werden solche Umstände getrennt nach den in die Prüfung einbezogenen Krankenanstalten dargestellt.

4.2.1 Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus

Das AKH ist - nicht zuletzt wegen seiner speziellen Aufgaben im Hinblick auf Lehre und Forschung - auf die Betreuung von risiko- bzw. komplikationsbehafteten Schwangerschaften und Geburten ausgerichtet. Dies bedingt, dass in der Regel solche Fälle, bei denen keine oder nur vergleichsweise geringe Komplikationen oder Risiken diagnostiziert und zu erwarten sind, nicht angenommen werden. Die diesbezügliche Beurteilung erfolgte zum Zeitpunkt der Einschau im Rahmen einer im AKH geplanten Geburtsanmeldung an der Schwangerenambulanz anhand interner Checklisten, denen ein positiver und negativer Kriterienkatalog zugrunde lag. Grundsätzlich war eine Beschränkung der Geburtsanmeldungen mit rd. zehn Schwangeren pro Tag (rd. 220 pro Monat) vorgesehen. Die Ablehnungen wurden begründet und auf einem Formblatt dokumentiert. Die abgelehnten Schwangeren erhielten eine Liste der anderen zur Verfügung stehenden geburtshilflichen Abteilungen in Wien. Durch den für das Jahr 2011 geplanten Umbau der Geburtshilfe war eine weitere Reduktion der Geburtsanmeldungen vorgesehen.

Wie die Einschau zeigte, beruhte die Limitierung der Geburtsanmeldungen nicht ausschließlich auf den Kapazitäten im Bereich der Geburtshilfe, sondern war auch auf Engpässe im neonatologischen Bereich zurückzuführen, die durch die vergleichsweise hohe Zahl an Früh- und Mehrlingsgeburten ausgelöst wurden.

4.2.2 Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital

Ursprünglich war der geburtshilfliche Bereich des DSP auf eine jährliche Zahl von 1.200 Geburten konzipiert worden. Wie die Tabelle im Pkt. 3.2 zeigt, wurde diese Anzahl im Betrachtungszeitraum um durchschnittlich fast 60 % überschritten. Aus diesem Grund wurde von der Abteilung eine Höchstzahl von 165 Geburtsanmeldungen pro Monat festgelegt, die auch Schwerpunktsetzungen enthält, die einerseits Risikoschwangerschaften bzw. Risikogeburten und andererseits Bewohnerinnen der Bezirke nördlich der Donau betreffen. Ein standardisiertes Vorgehen zur Überweisung an andere Krankenanstalten bei Überschreitung des Anmeldeimits bestand nicht.

Eine im März 2010 erfolgte Kreisaalsperre führte zu keinen signifikanten Auswirkungen auf die Geburtenzahlen.

4.2.3 Wilhelminenspital

Sperren des Kreißsaales erfolgten im Betrachtungszeitraum nicht; seit Oktober 2010 wurde jedoch angesichts der in dieser Periode um mehr als 200 Geburten gestiegenen Zahl an Entbindungen eine Beschränkung auf 150 Geburtsanmeldungen pro Monat verhängt. Auch in dieser Krankenanstalt war kein Ablauf zur Überweisung von Patientinnen bei Überschreitung des Anmeldeimits normiert.

4.2.4 Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik

In der KAR kam es wegen Umbauarbeiten im Sommer 2010 zu einer Sperre des Kreißsaales. Die Geburten erfolgten in diesem Zeitraum in einem anderen Bereich der Krankenanstalt. Im Hinblick auf die Zahl der systemisierten Betten in der Wochenbettstation wurde die monatliche Höchstzahl an Geburtsanmeldungen mit rd. 130 festgelegt. Aufgrund von geplanten Umbaumaßnahmen wurde für wenige Monate des Jahres 2010 dieses monatliche Limit auf 80 reduziert. Im Fall der Überschreitung dieser Höchstgrenze wurden den Schwangeren andere Krankenanstalten und dabei insbesondere das KHR und das WIL empfohlen, wobei allfällige Schwangerschafts- oder Geburtsrisiken dabei von Bedeutung waren.

Im Betrachtungszeitraum war keine Sperre des Kreißsaales in der SEM erfolgt. Auch bestand kein Anmeldeimit für Geburten, allerdings wurden Frauen bei Vorliegen bestimmter medizinischer Indikationen an andere Krankenanstalten - insbesondere an die KAR - verwiesen.

4.2.5 Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital

Im Betrachtungszeitraum war im KFJ keine Beschränkung der Geburtsanmeldungen vorgenommen worden. Im Verlauf des Betrachtungszeitraumes entwickelten sich die Geburtszahlen zu einem Spitzenwert von rd. 1.700 im Jahr 2010, was deutlich über jenen vergleichbarer - bzw. was die Bettenzahl und die Anzahl der Kreißzimmer betrifft - größer dimensionierter Krankenanstalten lag. Aus diesem Grund wurde ab dem Jahr 2011 die Zahl der Geburtsanmeldungen auf rd. fünf bis sechs pro Tag und somit auf etwa 1.200 p.a. limitiert. Laut Ausführungen der gegenständlichen Fachabteilung wür-

den Frauen mit Risikoschwangerschaften an das AKH und das DSP und sonstige Schwangere an das KHR verwiesen.

Im Betrachtungszeitraum war zwar der Kreißsaal niemals gesperrt worden, jedoch erfolgte im Zuge eines Liftumbaus im Jahr 2008 dessen temporäre Verlegung in ein anderes Geschoß, was aber keine Auswirkungen auf die Zahl der durchgeführten Geburten hatte.

4.2.6 Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

Im KHR war während des Betrachtungszeitraumes keine Sperre des Kreißsaales erfolgt. Auch die Auslastungszahlen der Wochenbettstation lassen vorhandene freie Kapazitäten erkennen, weshalb von dieser Anstalt keine Beschränkungen bei der Anmeldung zu Geburten vorgenommen wurden. Wie das Kontrollamt in Erfahrung brachte, wurde zur Erhöhung der Auslastung die Wochenbettstation immer wieder mit sonstigen gynäkologischen Patientinnen belegt, wobei das Ausmaß dieser Belegungen allerdings nicht exakt eruierbar war.

4.3 Abweichungen der im Bereich der Neonatologie betriebenen Betten zu den Planungen laut Regionalem Strukturplan Gesundheit

Im Zuge seiner Erhebungen zur Abgrenzung des neonatologischen Bereiches von der Allgemeinen Pädiatrie verglich das Kontrollamt die in den Krankenanstalten festgestellten Zahlen an neonatologischen Betten mit den im RSG angegebenen Werten. Dabei stellten sich in nachstehend angeführten Bereichen Abweichungen heraus, die im Sinn einer Gesamtbetrachtung - über die Fragen des Prüfersuchens hinausgehend - erwähnenswert erschienen:

- Wie im Pkt. 4.1.4 bereits dargestellt, verfügte das WIL über eine als IMC bezeichnete Kostenstelle mit 20 systemisierten Betten, von denen zwölf die technischen Voraussetzungen für neonatologische Überwachungsbetten boten und in denen auch entsprechende Leistungen erbracht wurden. Demgegenüber fanden diese Betten weder im WKAP 2010 noch im RSG 2015 Berücksichtigung, was von der Magistratsabteilung 24 damit begründet wurde, dass die genannten Betten als Normalpflegebetten gewidmet und auch mit einem dementsprechenden Funktionscode bezeichnet seien.

- Die sechs Nachsorgebetten, die im Neugeborenenzimmer der KAR systemisiert waren (s. Pkt. 4.1.5), wiesen ebenfalls eine Widmung als Normalpflegebetten auf, weshalb auch in diesem Fall in den Planungsgrundlagen eine Zuordnung zum Bereich der Neonatologie unterblieben war.
- Obwohl die Früh- und Neugeborenenstation des PRE als Normalpflegestation gewidmet war, entsprach deren Funktionscode lt. LKF einer neonatologischen Risikokinderbetreuung. Gemäß Auskunft der Krankenanstalt wurden in diesen Betten tatsächlich auch neonatologische Patientinnen bzw. Patienten betreut, allerdings entsprach die technische Ausstattung nicht in vollem Umfang den Strukturqualitätskriterien des ÖSG. Im Stand der systemisierten Betten des WKAP zum Stichtag 2008 waren diese Betten nicht angeführt, allerdings zeigte der RSG als Planungshorizont 2015 insgesamt 18 derartige Betten im KFJ.

4.4 Neonatologisches Versorgungskonzept

Am Ende des Betrachtungszeitraumes war vom KAV unter Beiziehung einer externen Beratungsfirma die Erstellung eines neonatologischen Versorgungskonzeptes begonnen worden, das auch eine Iststandserhebung beinhaltete. Einem Protokoll des KAV zu einer auf dem von der Firma erstellten Konzept basierenden Besprechung ist zu entnehmen, dass dieser eine abgestufte Aufteilung von Hochrisikoschwangeren und Schwangeren entsprechend der zum erwarteten Geburtstermin vorliegenden SSW auf die einzelnen Krankenanstalten festlegte. Weiters war die Schaffung von insgesamt 20 zusätzlichen Überwachungsbetten im AKH und DSP beschlossen worden.

Als offene Themenfelder wurden in der Besprechung die Ermittlung eines Mehrbedarfes an Intensivbehandlungsbetten, eine einheitliche Bezeichnung der Betten im Neonatologiebereich durch alle von der Thematik betroffenen Krankenanstalten, die Adaptierung der Abrechnung auf Grundlage der Bettendefinition sowie die Nachsorge bis zum sechsten Lebensjahr und der Zugriff auf das Intensivbettenprogramm genannt.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Es wird angemerkt, dass vonseiten einer externen Beratungsfirma im Auftrag des KAV eine Iststandserhebung bzgl. Neonatolo-

giebetten IMC und NICU durchgeführt wurde. Gleichzeitig wurden Fragebögen an die geburtshilflichen Abteilungen bzgl. Antenataltransporte und Schwangerschaftsoutcome gesendet, sowie Fragebögen an die neonatologischen Abteilungen bzgl. Transferierungen, Transporte und Nachsorgen. Aufgrund der Auswertungen kann der Mehrbedarf an Intensivbehandlungsbetten im Bereich der Neonatologie ausreichend begründet werden.

Die Adaptierung der Abrechnung auf Grundlage der Bettendefinition wird derzeit vorgenommen, ebenso die Definition der Nachsorge bis zum sechsten Lebensjahr. Der Zugriff auf das Intensivbettenprogramm ist seit Implementierung des Programms gegeben, die neonatologischen Abteilungen wurden darauf hingewiesen, dieses auch zu nutzen.

Hinweis des Kontrollamtes:

Auf das neonatologische Versorgungskonzept wird in dem im Pkt. 1 angeführten weiteren Bericht des Kontrollamtes noch näher eingegangen werden.

4.5 Feststellungen des Kontrollamtes

4.5.1 Die im Betrachtungszeitraum erfolgten Bettensperren in den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie sind im Detail den Tabellen der Pkte. 4.1.2 bis 4.1.9 zu entnehmen.

Bettensperren in der Geburtshilfe, die durchschnittlich mehr als 10 % der systemisierten Betten überschritten, gab es in den Jahren 2009 und 2010 im AKH auf jeweils einer Station. In der KAR waren mit Ausnahme des Jahres 2009 im gesamten Betrachtungszeitraum solche Bettensperren zu verzeichnen. Ebenso wies die präpartale Station der SEM über den gesamten Betrachtungszeitraum nennenswerte Bettensperren auf. Auch im KHR kam es in den Jahren 2007 und 2008 zu Bettensperren über 10 % der systemisierten Betten. Trotz gesperrter Betten stieg die Auslastung nur in einem der hier genannten Fälle (2007: KAR) geringfügig über den als idealtypisch angesehenen Wert von

85 %; insbesondere in der präpartalen Station der SEM betrug die Auslastung trotz Bettensperren nur rd. 52 %.

Im Bereich der Neonatologie waren auf einer Intensivbehandlungseinheit des AKH in den Jahren 2009 und 2010 und in der Früh- und Neugeborenenstation des PRE über den gesamten Betrachtungszeitraum Bettensperren in vergleichsweise hohem Ausmaß erfolgt. Die im DSP festzustellenden Bettensperren standen im Zusammenhang mit der Errichtung der aus vier Betten bestehenden Überwachungseinheit im Jahr 2009, die anfänglich auf der Intensivbehandlungseinheit und im Jahr 2010 als eigene Kostenstelle systemisiert, aber aus formalen Gründen bis zum letzten Quartal des Jahres 2010 gesperrt waren.

Insgesamt betrachtet zeichneten sich nahezu alle neonatologischen Bereiche durch einen sehr hohen Auslastungsgrad aus, zumal die vom ÖSG im Rahmen der Strukturqualitätskriterien definierte Vollaustattung im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde mit 75 % festgelegt ist. Einzige Ausnahme bildete die Intensivbehandlungseinheit des PRE, die - wie bereits erwähnt - aufgrund der räumlichen Gegebenheiten und der gemischt pädiatrisch-neonatologischen Belegung einen geringeren Auslastungsgrad aufwies.

4.5.2 Mit Ausnahme der SEM und des KHR hatten alle geburtshilflichen Einrichtungen aus Kapazitätsgründen, die insbesondere in den Wochenbettstationen vorlagen und im AKH auch im Zusammenhang mit Engpässen im neonatologischen Bereich standen, Höchstgrenzen bei den Geburtsanmeldungen festgelegt. Die diesbezüglichen Limits sind den Pkten. 4.2.1 bis 4.2.5 zu entnehmen.

4.5.3 Zwischen den geburtshilflichen Einrichtungen bestanden z.T. informelle Kontakte hinsichtlich freier Kapazitäten. Im Fall von bekannten oder diagnostizierten Schwangerschafts- oder Geburtsrisiken wurden die Patientinnen überwiegend an das AKH und das DSP transferiert bzw. verwiesen, in allen anderen Fällen wurden sie mündlich oder schriftlich über die sonstigen in Wien bestehenden geburtshilflichen Einrichtungen informiert. Ein gesamtheitlich abgestimmtes schriftliches Konzept, das einerseits die

mütterlichen oder kindlichen Risiken und andererseits die regionalen Aspekte der Versorgungsleistungen beinhaltet, bestand im Betrachtungszeitraum nicht. Es sollte daher ein solches im Sinn einer strategischen Gesamtplanung und um Belastungsspitzen einzelner Bereiche zu vermeiden, ausgearbeitet werden.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Im Sinn einer strategischen Gesamtplanung setzt die Fachkommission Frauenheilkunde und Geburtshilfe bereits erste gemeinsame Prozessschritte. So werden die aktuellen Daten bzgl. Bevölkerungsdichte, Geschlecht, Altersgruppenanteilen und Bezirken statistisch ausgewertet und mit Prognosen der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklungen nach Bezirken verknüpft. Unter Miteinbeziehung des Neonatologiekonzeptes wird eine gesamtheitlich abgestimmte Schwerpunktsetzung bzgl. der Aufgabenverteilung in den gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen des KAV erfolgen.

4.5.4 Abgesehen von den konkreten Fragestellungen des Prüfersuchens gewann das Kontrollamt im Zuge seiner Einschau den Eindruck, dass insbesondere im Bereich der Neonatologie Abstimmungsdefizite zwischen den Planungsgrundlagen und den tatsächlich vorgehaltenen Leistungsbereichen bestanden. Die Bemühungen des KAV, diese Defizite abzubauen, konnten keiner abschließenden Beurteilung unterzogen werden, da bis zum Ende der Einschau noch keine Ergebnisse des neonatologischen Versorgungskonzeptes in die regionale Strukturplanung eingeflossen waren. Es wurde daher empfohlen, die im Bereich der Überwachungsbetten getroffenen und für die neonatologische Intensivbehandlung vorgesehenen Kapazitätsfestlegungen auf der Grundlage von fundierten Bedarfsermittlungen in angemessener Zeit zu evaluieren. Darüber hinaus sollte ehebaldigst eine den erbrachten Leistungen entsprechende Widmung der neonatologischen Betten erfolgen, um auch alle diesbezüglichen Mittel aus der LKF lukrieren zu können. Ferner sollten die den Einrichtungen zugewiesenen Versorgungsstufen transparent dargestellt und auch den geburtshilflichen und neonatologischen Ein-

richtungen entsprechend kommuniziert werden, um die Zuweisung von Schwangeren im Fall von quantitativen oder qualitativen Kapazitätsengpässen besser strukturieren zu können.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Zu den vom Kontrollamt festgestellten Abstimmungsdefiziten im Bereich der Neonatologie zwischen Planungsgrundlage und tatsächlich vorgehaltenen Leistungsbereichen wird angemerkt, dass die Grundlagen für den weiteren Ausbau an neonatologischen Überwachungsbetten in Zusammenarbeit mit allen neonatologischen Abteilungen auf Basis der von einer externen Beratungsfirma durchgeführten Iststandserhebung erarbeitet wurden. Mit der Überarbeitung des RSG wird eine entsprechende Widmung der neonatologischen Betten, die derzeit nicht als solche geführt werden, erfolgen, um Mittel aus dem LKF lukrieren zu können.

Im mittlerweile fertiggestellten Konzept sind die neonatologischen Versorgungsstufen transparent dargestellt. Die Ausrollung an den bzw. Information der geburtshilflichen Abteilungen hat bereits begonnen.

5. Grundlagen und Projekte zur Organisation und Qualitätssicherung in geburtshilflichen und neonatologischen Einrichtungen

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Fragen des Prüfersuchens eingegangen:

Frage: Mit welchem Regelwerk ist die Zusammenarbeit von ÄrztInnen / Pflege und Hebammen geordnet?

Frage: Welche Funktion kommt den Hebammen bei einer Sectio zu?

Frage: Welche standardisierten qualitätssichernden Maßnahmen gibt es auf den geburtshilflichen und den neonatologischen Abteilungen? An welchen qualitätssichernden internationalen und nationalen Programmen wird von den Abteilungen für Geburtshilfe und Neonatologie teilgenommen?

Frage: Gibt es standardisierte Fallbesprechungen und Abstimmungsbesprechungen zw. den Abteilungen?

Frage: Wie wird die hebammengeleitete Geburt (Projekt in der Semmelweislinik) umgesetzt? Wie viele Schwangere werden damit betreut? Wie ist das Projekt rechtlich abgesichert? Wurde es ausgeweitet? Was ist in dieser Hinsicht für die Zukunft geplant?

5.1 Grundlagen der Organisation der berufsgruppenübergreifenden Kooperation

5.1.1 Vorgaben in den Berufsgesetzen

Grundsätzlich sind die berufsspezifischen Tätigkeiten bzw. Tätigkeitsbereiche im ÄrzteG 1998 (s. Pkt. 2.5.2), im GuKG (s. Pkt. 2.5.4) und im HebG (s. Pkt. 2.5.3) festgelegt.

Das GuKG unterscheidet einen eigenverantwortlichen, einen mitverantwortlichen und einen interdisziplinären Tätigkeitsbereich und auch das HebG weist den Hebammen sowohl Tätigkeiten, die eigenverantwortlich als auch solche die nur auf Anordnung und in Zusammenarbeit mit einer Ärztin bzw. einem Arzt ausgeübt werden dürfen, zu, wobei sich aus den angeführten Definitionen klare Kompetenzabgrenzungen ergeben.

Eine Regelung der Zusammenarbeit zwischen den Hebammen und der Pflege ist den einschlägigen Berufsgesetzen nicht zu entnehmen, allerdings haben sich die österreichischen Hebammen gemäß dem Internationalen Ethik-Kodex für Hebammen verpflichtet, mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens zusammenzuarbeiten, diese im Bedarfsfall - wenn ihre Kompetenzen überschritten würden - beizuziehen oder ihnen gegebenenfalls Frauen zu überweisen.

5.1.2 Vorgaben in den Stellenbeschreibungen

In den Stellenbeschreibungen der einzelnen Berufsgruppen fanden sich überwiegend Hinweise auf die Verpflichtung der Stelleninhaberinnen bzw. Stelleninhaber zu interdisziplinärem und teamorientiertem Handeln. Dazu zählten insbesondere die vorgesehene Teilnahme an Teambesprechungen oder auch die Unterstützung von Mitgliedern anderer Berufsgruppen.

5.1.3 Rahmenleitlinie Medizin und Pflege

Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung wurde mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2008 die Rahmenleitlinie Medizin und Pflege von der GED des KAV herausgegeben, deren Zielsetzung die Weiterentwicklung und Festlegung der Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen und die Formen der Zusammenarbeit der Berufsgruppen war. Schwerpunkte sind die Fehler- und Risikominimierung durch Anwendung des Vieraugen- bzw. Vierhändeprinzips sowie die Kooperation bei der Delegation von Tätigkeiten. Von den einzelnen Abteilungen sind dazu jeweils für ein Jahr gültige Vereinbarungen abzuschließen, die sich in Teilbereichen auch auf die Hebammen bezogen.

5.2 Aufgaben der Hebammen bei einer Sectio

Schriftliche Unterlagen, die explizit die Aufgaben von Hebammen im Rahmen von Sectiones regeln, wurden dem Kontrollamt nur vom AKH übergeben. Von den leitenden Hebammen der anderen in die Prüfung einbezogenen Krankenanstalten wurden diese Aufgaben mündlich oder schriftlich in Stichworten beschrieben, die im Folgenden kurz zusammengefasst werden. Dabei zeigten sich unwesentliche Unterschiede, die sich aus den besonderen Umständen der einzelnen Dienststellen ergaben oder von der Uhrzeit und damit dem temporären Vorhandensein oder aber Fehlen von Bediensteten anderer Berufsgruppen (wie etwa Abteilungshelferinnen bzw. Abteilungshelfer) abhängen.

Im Allgemeinen gliedern sich die Aufgaben einer Hebamme bei einer Sectio in solche, die der Vorbereitung, der eigentlichen operativen Geburt sowie der Nachbetreuung von Mutter und Kind dienen. Zu den Vorbereitungstätigkeiten zählen u.a. die Administration der Patientin sowie die Aufzeichnung der Herzschlagfrequenz des ungeborenen Kindes und der Wehentätigkeit mittels CTG, ferner das Rasieren und die Gabe von Infusionen. Weiters ist die Kontrolle und Vorbereitung der Neugeborenenreanimationseinheit durchzuführen.

Während der operativen Geburt ist jedenfalls die Anwesenheit der Hebamme im OP-Saal erforderlich, wobei durch sie die Übergabe des Kindes an die Fachärztin bzw. den Facharzt für Pädiatrie nach durchgeführter Sectio erfolgt. Danach obliegt der He-

bamme vor allem eine Überprüfung der Plazenta auf Vollständigkeit und eine Punktion der Nabelschnur.

Postoperativ hat die Hebamme Mutter und Kind aus dem OP-Saal bzw. dem Aufwachzimmer zu begleiten und weiterzuversorgen bzw. Vitalparameter zu kontrollieren. Als wesentliche Aufgabe wurde auch das sogenannte "Bonding" (Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind durch Körperkontakt), gegebenenfalls unter Beziehung des Vaters, genannt.

5.3 Organisatorische und qualitätssichernde Regelungen in den geprüften Einrichtungen

5.3.1 Regelungen in der Geburtshilfe

5.3.1.1 Alle von der Prüfung umfassten Krankenanstalten setzten das geburtshilfliche Dokumentationssystem PIA ein und nahmen damit, wie auch im ÖSG vorgesehen, am "Geburtenregister Österreich" teil, was von den Vorständen der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen einhellig als Maßnahme zur Qualitätssicherung bezeichnet wurde.

5.3.1.2 Von der GED des KAV war im Jahr 2010 nach einer Pilotphase in den Jahren 2005 und 2006 auf der Grundlage von Daten der Jahre 2008 und 2009 eine Studie "Messung der Ergebnisqualität im Krankenhaus", die auch die geburtshilflichen Einrichtungen einschloss, durchgeführt worden. Diese basierte einerseits auf Erhebungen der Zufriedenheit betreuter Patientinnen mithilfe von Fragebögen und andererseits auf Auswertungen aus dem PIA-System. In dieser Studie zeigte sich - wie bereits im Leitgedanken vorhergesehen - bei einer Vielzahl untersuchter Parameter, die von Methoden und Häufigkeit der Anästhesie über die Anwendung unterschiedlicher Geburtspositionen bis hin zur Zufriedenheit reichten, signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenanstalten. Empfehlungen bzgl. möglicher Maßnahmen, die eine Veränderung dieses Umstandes herbeiführen könnten, erfolgten im Rahmen dieser Studie allerdings nicht.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Das vom Kontrollamt festgestellte Fehlen von Empfehlungen bzgl. möglicher Maßnahmen zur Behebung der signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenanstalten in Bezug auf eine Vielzahl von Parametern, wie in der Studie "Messung der Ergebnisqualität im Krankenhaus" festgehalten, beruht darauf, dass die Instrumente der systematischen Messung der Ergebnisqualität Inhalt und Ziel des Projektes waren, wobei diese vor allem im Hinblick auf Aussagekraft und Anwendungsfreundlichkeit getestet wurden, ohne die Orientierung an Referenzwerten in den Mittelpunkt zu stellen.

5.3.1.3 Das AKH verfügte im Betrachtungszeitraum über ein den Anforderungen der ÖNORM EN ISO 9001:2008 entsprechendes Qualitätsmanagementsystem. Im "QM-Channel" des Intranets wurden ein Organisationshandbuch sowie eine Vielzahl von SOP bereitgestellt, die als Handlungsanweisungen sowohl für einen Großteil der medizinischen Behandlungen als auch für einzelne Berufsgruppen dienen. Einige dieser Anweisungen enthalten neben verbalen Beschreibungen auch Prozessabläufe in Diagrammform. Dabei werden einzelnen Prozessschritten sowohl Entscheidungs- als auch Durchführungsverantwortlichkeiten der jeweiligen Berufsgruppe zugeordnet. Weiters waren Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter mit Qualitäts- bzw. Risikomanagementaufgaben betraut.

Neben verschiedenen Checklisten wurden für Notfälle sogenannte "Quick Reference Cards" erstellt, welche die wesentlichsten Handlungsanleitungen und Informationen in Kurzform enthalten. Durch Laminierung, ein kleines Format und Bindung mittels Ringen sollte gewährleistet sein, dass die Bediensteten diese ständig griffbereit mit sich führen können.

Durch routinemäßig abgehaltene Teambesprechungen erfolgte auch die Koordination mit der Klinischen Abteilung für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie.

5.3.1.4 In der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Abteilung des DSP war unter Einbeziehung einer externen Firma ab dem Jahr 2005 ein umfangreiches Manual erarbeitet worden, in welchem wesentliche medizinische Verfahrensabläufe (z.B. Vorgangsweisen bei Diagnose und Therapie häufiger Erkrankungen) und organisatorische Verfahrensabläufe (z.B. Anmeldung zur Geburt) standardisiert und z.T. grafisch dargestellt wurden, wobei jedoch nur in geringem Umfang Tätigkeiten dezidiert bestimmten Berufsgruppen zugeordnet wurden.

Wie der Einleitung zu diesem in elektronischer Form allen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern zur Verfügung stehenden Handbuch zu entnehmen ist, war eine der Intentionen zu dessen Schaffung die Standardisierung der Routinearbeit, was zu einer Ressourcenoptimierung führen sollte, um als unüblich einzustufenden Tätigkeiten mehr Zeit widmen zu können. Auch der Schulungsaufwand für neue Bedienstete sollte damit reduziert werden. Ein umfangreicher Abschnitt des Manuals widmet sich dem Einsatz von strukturierter Kommunikation innerhalb der Belegschaft mithilfe sogenannter Briefings und Debriefings.

Darüber hinaus waren Standards bzgl. einzelner Abläufe erstellt worden, die u.a. die allgemeine Betreuung der Wöchnerinnen, die Hygiene im Wochenbett oder die Aufnahme des gesunden Neugeborenen betrafen.

Neben dem o.a. Manual sowie den Standards stand insbesondere den in Ausbildung befindlichen Ärztinnen bzw. Ärzten im Intranet der Abteilung ein "Computer Based Training" genanntes Handbuch zur Verfügung, das diverse Themenbereiche, wie z.B. die Abteilungsphilosophie sowie die Schwerpunkte, die Routinetätigkeiten, die Notfälle und Basismedizin, betrifft. Der Kern dieses Handbuches liegt auf ärztlichen Handlungsanweisungen.

Zusätzlich fanden täglich Morgenbesprechungen unter der Teilnahme von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern der geburtshilflichen Abteilung sowie der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde statt.

5.3.1.5 Im WIL wurde im Rahmen des in den Jahren 2003 bis 2006 durchgeführten Human Factors Projektes "Vom Risikofaktor Mensch zum Sicherheitsfaktor Mensch" ebenfalls ein Verfahrens- und Organisations-Manual erstellt, das Verfahrensanleitungen und Bestimmungen für alle im Bereich der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Abteilung tätigen Bediensteten enthält, die einerseits der Qualitätssicherung dienen und aus denen andererseits auch Aufgabenverteilungen zwischen den Berufsgruppen abgeleitet werden können. Allerdings kam es in Einzelfällen dazu, dass bestimmte vorgesehene Abschnitte zu Redaktionsschluss dieses Manuals im Jahr 2009 noch fehlten und mangels einer aktualisierten Fassung auch zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes noch nicht eingefügt waren. Es standen damit allen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern Informationen zu den meisten relevanten Fragen und Abläufen an der Abteilung sowie Behandlungsrichtlinien, Leitlinien und aktuelle Therapieprozesse strukturiert zur Verfügung.

Die Abhaltung regelmäßiger und standardisierter Teambesprechungen, auch unter Beziehung von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern des neonatologischen Bereiches der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde, war den qualitätssichernden Maßnahmen zuzurechnen.

5.3.1.6 Im geburtshilflichen Bereich der KAR wurde das Projekt FAMOG begonnen. Im Vordergrund dieses interdisziplinären Projektes steht die Bindung von Mutter, Vater und Kind. Es enthält drei Säulen, nämlich die Zertifizierung als stillfreundliches Krankenhaus, die Anwendung eines bindungsfördernden Betreuungsmanagements sowie der "Neonatalen Entwicklungs- und Stillfördernden Pflege".

Obwohl die KAR Leitlinien für bestimmte medizinische Indikationen vom AKH übernommen hatte, fanden sich in diesen keine Zuordnungen von Tätigkeiten zu den Mitgliedern einzelner Berufsgruppen. Nach Angabe der Geburtshilflichen und Gynäkologischen Abteilung wäre die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen gelebte Praxis.

In der KAR fanden zwischen der o.a. Abteilung und der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde tägliche Morgenbesprechungen statt.

5.3.1.7 Die SEM verfügte über eine Vielzahl schriftlicher Vorgaben hinsichtlich unterschiedlicher medizinischer Themenbereiche wie beispielsweise das Management höhergradiger Dammrisse oder primärer Sectiones. Einzelne Tätigkeiten, die von Vertreterinnen bzw. Vertretern bestimmter Berufsgruppen auszuführen sind, waren in Einzelfällen in den genannten schriftlichen Vorgaben der SEM erwähnt.

Entsprechend den internationalen Richtlinien der WHO und der UNICEF wurde die SEM bereits im Jahr 1999 als "Stillfreundliches Krankenhaus" zertifiziert, wobei entsprechende Leitlinien und Schulungen zugrunde lagen. Im Jahr 2004 erfolgte eine Nachevaluierung.

Die kinderärztliche Betreuung erfolgte durch eine in der SEM beschäftigte Kinderärztin sowie durch solche Ärztinnen bzw. Ärzte der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde des WIL im Rahmen eines für die SEM vorgehaltenen Nachtdienstes. Durch diese Vorgangsweise war auch ein ständiger Informationsaustausch mit der für die SEM zuständigen neonatologischen Einrichtung des WIL gewährleistet. Standardisierte Abstimmungsgespräche zwischen den beiden medizinischen Fachabteilungen fanden einmal wöchentlich statt.

5.3.1.8 Die Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des KFJ verfügte über entsprechende medizinische Leitlinien, die unterschiedliche Themen (z.B. vorzeitiger Blasensprung) behandeln. Neu eintretende Hebammen erhielten bei Dienstantritt umfassende Leit- und Richtlinien für das Kreißzimmer.

In einem zweimonatigen Rhythmus wurden Abstimmungsgespräche mit der für die Betreuung der Neugeborenen des KFJ zuständigen Neonatologischen- und Kinderintensivstation des PRE abgehalten.

5.3.1.9 In der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des KHR existierten SOP sowie Leit- bzw. Richtlinien für die verschiedenen Bereiche, wie z.B. Kreißsaal und Kinderzimmer.

Die Zusammenarbeit der Berufsgruppen war grundsätzlich mit der Leitlinie - Kreißsaal geregelt, die auch als Schnittstellenbeschreibung der Stationen und Kinderzimmer, Geburtshilfe, OP-Saal, Gynäkologie mit Kreißsaal bezeichnet wurde. Detailregelungen fanden sich darüber hinaus auch in diversen SOP, auf die auch in der vorgenannten Leitlinie hingewiesen wurde.

Da die Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des KHR grundsätzlich vom PRE neonatologisch mitversorgt wurde, fanden zwischen diesen beiden Einrichtungen Abstimmungsgespräche ebenfalls in einem zweimonatigen Abstand statt.

5.3.2 Regelungen in der Neonatologie

5.3.2.1 Das AKH war im gesamten Betrachtungszeitraum Mitglied des sogenannten "Vermont Oxford Netzwerkes". Dabei handelt es sich um eine internationale, gemeinnützige und freiwillige Organisation zur Verbesserung der Qualität und der Sicherheit der medizinischen Versorgung von Neugeborenen, die ein hohes Risiko aufweisen. Zentrales Element ist eine Datenbank über eine Vielzahl an Angaben betreffend Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von höchstens 1.500 g, wobei ein anonymisierter Vergleich mit allen anderen Netzwerkteilnehmerinnen bzw. Netzwerkteilnehmern stattfindet.

Eine weitere Teilnahme an internationalen Vergleichsstudien betraf Patientinnen bzw. Patienten, die eine besondere Beatmungstherapie benötigen. Zwecks Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen zur Erhöhung der Patientensicherheit bzw. Patientensicherheit nahm die Klinische Abteilung für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie am Projekt "Patientensicherheit und Informationssystem PASIS" teil. Um Notfallsituationen und seltene Ereignisse in der Neonatologie zu trainieren, wurde im Jahr 2008 ein Simulationszentrum eingerichtet. Ziel war die Schulung des ärztlichen Personals und des Pflegepersonals in Basisreanimation sowie ein Training menschlicher Faktoren wie z.B. Führungsqualität, Kommunikation und Teamwork. Analog zu den in der Geburtshilfe gebräuchlichen "Quick Reference Cards" (s. Pkt. 5.3.1.3) lagen ähnliche Handlungsanweisungen auch in der Neonatologie auf. Zur Standardisierung der Dienstübergaben wurden laufend aktualisierte Patientinnenlisten

bzw. Patientenlisten angefertigt, die anamnestische Daten sowie Zustandsinformationen enthielten.

5.3.2.2 Als zweites Perinatalzentrum in Wien nahm das DSP ebenfalls am "Vermont Oxford Netzwerk" teil. Als weitere qualitätssichernde Maßnahme war ein Patientinnen-dokumentationssystem bzw. Patientendokumentationssystem ("critical care") im Einsatz, welches neben einer Verlaufsdokumentation auch die Anordnung und Durchführung von Medikationen automationsgestützt aufzeichnet und überwacht. In diesem System sind auch Therapiestandards definiert und hinterlegt. Medizinische Notfälle wurden in Trainings regelmäßig simuliert. Wöchentlich fanden Besprechungen in multidisziplinären Teams unter zusätzlicher Teilnahme von Vertreterinnen bzw. Vertretern therapeutischer Berufsgruppen wie z.B. Physio- und Ergotherapie oder Logopädie statt. Überdies bestand in Einzelfällen eine enge Kooperation mit anderen Fachdisziplinen, wie etwa Neurochirurgie, Psychiatrie sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Zahnheilkunde.

5.3.2.3 Die Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde - Kinderklinik Glanzing des WIL nahm ebenfalls am "Vermont Oxford Netzwerk" teil und orientierte sich dabei an den darin formulierten Therapiestandards. Den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern stand ein sogenanntes Therapiebuch zur Verfügung, welches Behandlungsrichtlinien und Behandlungsvorgaben beinhaltet.

5.3.2.4 Die Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde der KAR verfügte über Leitlinien bzw. SOP, die in Kooperation mit dem AKH entstanden waren.

5.3.2.5 Auch im PRE bestand eine Vielzahl an qualitätssichernden Leitlinien, die in Abstimmung mit dem AKH und dem WIL erstellt worden waren.

Weiters wurden pro mitbetreuter Krankenanstalt (KFJ und KHR) sehr detaillierte Statistiken über die vom PRE übernommenen Neonaten geführt, die wesentliche medizinische Parameter enthalten. Alle Patientinnen bzw. Patienten wurden zusätzlich mit den grundlegenden die Geburt betreffenden Daten, den Aufnahme- und Entlassungsdiag-

nosen sowie den angewandten Therapien einschließlich einer Verlaufsdokumentation in elektronischer Form erfasst. Aus diesen Daten generierte Listen bildeten die Basis für die in regelmäßigen Abständen stattfindenden Abstimmungsgespräche mit den betreuten geburtshilflichen Abteilungen des KFJ und des KHR. Aufgrund des behandelten Patientinnenkollektivs bzw. Patientenkollektivs schien eine Teilnahme am "Vermont Oxford Netzwerk" nicht zielführend, da das Geburtsgewicht in der Regel über 1.500 g lag.

5.4 Projekte zur Einführung von Wahlhebammen am Standort Semmelweis Frauenklinik der Krankenanstalt Rudolfstiftung

5.4.1 Allgemeines

Bei einer Wahlhebamme handelt es sich - im Gegensatz zu einer angestellten Hebamme eines Krankenhauses - um eine frei praktizierende Hebamme, die von der Schwangeren für die Geburtsbegleitung ausgewählt wird. Die Wahlhebamme betreut die Schwangere bereits vor der Geburt, begleitet diese in eine Krankenanstalt und führt unter Nutzung der dortigen technischen und räumlichen Infrastruktur die Geburt in der jeweiligen Krankenanstalt durch. Ist bei der Geburt die Anwesenheit einer Ärztin bzw. eines Arztes erforderlich, kann im Bedarfsfall von der Wahlhebamme auf die personellen Ressourcen der Krankenanstalt zurückgegriffen werden. Das heißt, eine Wahlhebammegeburt kann hebammengeleitet oder ärztlich geleitet sein.

Die in einer Frage des Prüfersuchens angeführte *"hebammengeleitete Geburt"* bedeutet, dass Frauen während der Geburt ausschließlich und alleinverantwortlich von einer Hebamme betreut werden. Es handelt sich dabei um solche Geburten, die bislang einen komplikationslosen Schwangerschaftsverlauf aufgewiesen haben. Hebammengeleitete Geburten können sowohl in den Kreißsälen der geburtshilflichen Abteilungen von Krankenanstalten, in Form von Hausgeburten oder auch in hebammengeleiteten Einrichtungen - sogenannten Geburtshäusern - durchgeführt werden. Im Fall von hebammengeleiteten Geburten in Krankenanstalten sind diese unter der Führung von angestellten oder freiberuflichen Hebammen möglich.

5.4.2 Umsetzung von Wahlhebammenprojekten am Standort Semmelweis Frauenklinik der Krankenanstalt Rudolfstiftung

5.4.2.1 In der SEM wurde im Jahr 1995 ein sogenanntes Wahlhebammenprojekt mit dem Titel "In Geborgenheit geboren" begonnen, das bis zum Jahr 1999 weitergeführt

wurde. Am Projekt konnten insgesamt zehn freiberufliche Hebammen mit einer entsprechenden Niederlassungsbewilligung teilnehmen. Arbeitsgrundlage bildete das HebG, wobei der damalige Leiter des Departments SEM der KAR für die Überwachung der bzw. die Aufsicht über die Wahlhebammen zuständig war. Einer Evaluierung zufolge hatten in den Jahren 1995 bis 1999 insgesamt 630 Frauen daran teilgenommen. Die Befragungsergebnisse wiesen bzgl. der Betreuung einen hohen Zufriedenheitsgrad auf. Nach Abschluss dieses Projektes wurde das Angebot in der SEM mit insgesamt sieben der im Projekt mitarbeitenden externen Hebammen beibehalten.

Wie aus einem Schriftstück des damaligen Abteilungsvorstandes und des Departmentleiters hervorgeht, lagen - mit Ausnahme der Evaluierungsergebnisse - keinerlei schriftliche Unterlagen zum gegenständlichen Projekt vor. Von den beiden Genannten wurden daher im Mai 2006 die Grundregeln für den Ablauf von Wahlhebbammengeburt in Form einer schriftlichen Weisung festgelegt. In dieser war u.a. angeführt, dass das HebG immer einzuhalten ist und eine Verletzung zum Ausschluss der betroffenen Wahlhebamme führt. Bei Eintreffen der Wahlhebamme und/oder der Gebärenden in der SEM ist die diensthabende Hebamme zu verständigen. Bis zum Auftreten von Regelwidrigkeiten oder Pathologien hat die Betreuung durch die Wahlhebamme in Alleinverantwortung zu erfolgen. Sollten sich derartige Umstände im Rahmen der Geburt herausstellen, wird aus der Wahlhebbammengeburt eine Geburt unter der Verantwortung der diensthabenden Oberärztin bzw. des diensthabenden Oberarztes der SEM in Begleitung durch die Wahlhebamme.

Anzumerken war, dass der Begriff Wahlhebbammengeburt in der o.a. Weisung und auch in später angeführten Schriftstücken mit dem Begriff hebbammengeleitete Geburt gleichgesetzt wurde, obwohl es sich dabei nicht zwingend um ein Synonym handeln muss, da Erstere auch unter Verantwortung einer Ärztin bzw. eines Arztes erfolgen kann.

Bereits vor Erlassung dieser Weisung hatte der damalige Departmentleiter der SEM im Jahr 2005 zur Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen bzgl. der eigenverantwortlichen Betreuung einer Geburt durch eine Hebamme in Krankenanstalten eine entsprechende Anfrage an das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ge-

stellt. Dieses teilte dazu mit, dass aus hebammenrechtlicher Sicht keine Einwände gegen die eigenverantwortliche, selbstständige Betreuung und Durchführung von regelkonformen Geburten durch Hebammen in Krankenanstalten bestünden. Unter Bezugnahme auf das KAKuG wurde aus krankenanstaltenrechtlicher Sicht darauf hingewiesen, dass die Leitung von Abteilungen durch "einschlägige Fachärztinnen bzw. Fachärzte" vorgesehen sei, womit eine Richtlinienkompetenz der Abteilungsleiterin bzw. des Abteilungsleiters verbunden wäre. Daraus könne aber nicht auf das Verbot einer eigenverantwortlichen Beistandsleistung bei regelkonformen Geburten durch Hebammen geschlossen werden, sofern dem keine berufsrechtlichen Hinderungsgründe entgegenstehen.

Weiters wurde ausgeführt, dass es sich bei diesem Bundesgesetz lediglich um ein Grundsatzgesetz handle, wobei eine krankenanstaltenrechtliche Beantwortung anhand der jeweils geltenden Landes-Krankenanstaltengesetze zu erfolgen habe, da die Vollziehung in der Sache der jeweiligen Landesregierung obliege. Aus grundsatzgesetzlicher Sicht könne die Organisation einer geburtshilflichen Abteilung so gestaltet sein, dass die Verantwortung für die Betreuung bei einer Geburt zunächst einer Hebamme entsprechend ihrer Berufsbefugnis übertragen wird. Die Hebamme wäre allerdings verpflichtet, ärztlichen Beistand herbeizurufen, wenn aufgrund der Situation die alleinige Betreuung durch sie nicht mehr durch ihre Berufsbefugnis gedeckt ist. In einem solchen Fall wäre die Verantwortung der Abteilungsleiterin bzw. des Abteilungsleiters darauf beschränkt, durch die Organisation der Abteilung sicherzustellen, dass ärztliche Hilfe bei Bedarf jederzeit erreichbar ist.

5.4.2.2 Infolge des steigenden Interesses von Frauen für Hebammengeburten mit Wahlhebammen und des Umstandes, dass die in der SEM gepflogene Vorgangsweise in Bezug auf dienstrechtliche und landesgesetzliche Bestimmungen nicht ausreichend abgesichert erschien, wurde von der GED des KAV ein neuerliches diesbezügliches Projekt durchgeführt.

Zur Abklärung der rechtlichen Rahmenbedingungen richtete die GED des KAV im Jänner 2007 eine entsprechende Anfrage an die damals für die Handhabung des Wr. KAG

zuständige Magistratsabteilung 15. Es sollte u.a. die rechtliche Zulässigkeit von Tätigkeiten sowohl von externen Hebammen als auch - wie im Projekt vorgesehen - von Belegärztinnen bzw. Belegärzten in öffentlichen Krankenanstalten untersucht werden. Mangels expliziter Regelungen oder Judikatur kam die damalige Magistratsabteilung 15 nach Abwägung aller Argumente und Hinweise aus der Literatur zur Auffassung, dass insbesondere wegen der im Wr. KAG für öffentliche Krankenanstalten fehlenden diesbezüglichen Rechtsgrundlage keine positive Stellungnahme abgegeben werden könne. Dem KAV bliebe es jedoch unbenommen, bei Weiterverfolgung des Projektes dieses selbst rechtlich z.B. durch ein entsprechendes Gutachten oder eine Anfrage an das damalige Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend abzusichern.

Mit Schreiben vom August 2007 informierte der Generaldirektor des KAV die Magistratsdirektion über das geplante "Projekt Hebammen und Wahlhebbammengeburt" an der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung der SEM. Dieses wäre auf die Dauer von insgesamt fünf Jahren ausgerichtet, wobei jährlich eine Evaluierung erfolgen sollte. Des Weiteren wäre geplant, entsprechende Regelungen für eine mögliche Weiterentwicklung der bisherigen Hebammenbegleitung in der SEM zu erarbeiten. Ziel wäre es, Patientinnen die Inanspruchnahme von Wahlhebammen, die nicht Dienstnehmerinnen der Stadt Wien sind, zu ermöglichen.

Im Oktober 2007 schloss der KAV mit dem Österreichischen Hebammengremium Landesgeschäftsstelle Wien betreffend die Tätigkeit von Wahlhebammen am Standort SEM eine diesbezügliche Kooperationsvereinbarung für die Dauer von fünf Jahren ab. Frei praktizierenden Wahlhebammen wurde damit die Durchführung von hebammengeleiteten Geburten in der SEM gestattet. Von dem Begriff Wahlhebammen sind im Sinn dieser Vereinbarung auch Anstaltshebammen (Anmerkung des Kontrollamtes: im Rahmen einer Nebenbeschäftigung) umfasst, was allerdings dem o.a. Schreiben des Generaldirektors des KAV vom August 2007 entgegenstand. Weiters wurde festgelegt, dass jene Frauen, die bis spätestens zum Ende der 38. SSW bekannt geben, eine hebammengeleitete Geburt mit einer Wahlhebamme durchführen zu wollen, als Patientinnen der SEM aufgenommen werden. Hebammengeleitete Geburten können allerdings nur dann durchgeführt werden, wenn es sich um Spontangeburt im Sinn des HebG handelt.

Gemäß der Kooperationsvereinbarung war ein mit insgesamt zehn Hebammen begrenzter Pool an Wahlhebammen einzurichten. Dieser kann von der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung der SEM im Einvernehmen mit dem Österreichischen Hebammengremium erweitert werden. Für die Zulassung als Wahlhebamme in der SEM sollten bis Ende November 2007 gemeinsam Qualitätskriterien erarbeitet werden. Bei Verdacht oder Auftreten von für die Frau und/oder das Kind regelwidrigen Zuständen ist die fachärztliche Versorgung seitens der SEM gesichert. Die Haftung des KAV für die in der SEM aufgenommenen Patientinnen richtet sich nach den Bestimmungen des Wr. KAG, jene für Wahlhebammen nach denen des HebG.

Unter Bezugnahme auf die vorgenannte Kooperationsvereinbarung erging Anfang Februar 2008 von der GED des KAV eine Dienstanweisung an die SEM, in der ebenfalls Grundlagen des Projektes dargestellt wurden und dem damaligen Abteilungsvorstand die Verantwortung für eine erfolgreiche Projektumsetzung übertragen wurde. Unter anderem hätte die Festlegung erforderlicher fachlicher Regelungen bis Mitte Februar 2008 zu erfolgen und wäre der Hebammenpool zahlenmäßig so zu besetzen, dass eine zügige, erfolgreiche Umsetzung des Projektes auf entsprechend hohem Qualitätsniveau gewährleistet ist.

Zur Klarstellung offenbar bestehender Fragen in Bezug auf das Tätigwerden von Anstaltshebammen der SEM als Wahlhebammen erging im April 2008 ein Schreiben der GED des KAV an die Krankenanstalt, in dem festgestellt wurde, dass die Zulässigkeit einer Nebenbeschäftigung am Dienort im Sinn der Kooperationsvereinbarung gegeben sei. Begründet wurde diese Rechtsansicht zum einen unter Bezugnahme auf die GOM (die jede private, insbesondere gewerbliche Arbeit während des Dienstes und innerhalb der Dienstgebäude untersagt) mit dem Argument, dass die Nebenbeschäftigung nicht während der Dienstzeit ausgeübt werde, des Weiteren, dass die GewO 1994 auf die Hebammentätigkeit nicht anzuwenden sei und dass es sich bei der Tätigkeit einer freiberuflichen Hebamme nicht um eine private Tätigkeit, sondern um eine Berufsausübung handle. Zum anderen wurde unter Bezugnahme auf die DO 1994 bzw. die VBO 1995 ausgeführt, dass es sich bei der Wahlhebammentätigkeit um eine der Dienstgeberin zu meldende Nebenbeschäftigung handle, weil aufgrund des Abschlus-

ses einer Leistungsvereinbarung zwischen einer Schwangeren und der Wahlhebamme außerhalb der Dienstzeit und des Dienstortes kein Zusammenhang mit den Dienstpflichten einer Anstaltshebamme gegeben sei. Es wurde jedoch festgehalten, dass die Dienstpflichten unabhängig von der Vereinbarung genau einzuhalten seien und falls eine Schwangere während der Dienstzeit der Wahlhebamme zur Entbindung in die SEM kommt, die Ausübung der Nebenbeschäftigung nicht möglich sei. Ein Gewerbe würde zwar nicht ausgeübt, jedoch liege eine erwerbsmäßige Nebenbeschäftigung vor, weil damit nennenswerte Einkünfte bezweckt werden. Die Einhebung eines Honorars durch eine Wahlhebamme wurde als zulässig erachtet, weil es sich dabei um eine private Forderung und nicht um Gebühren und Honorare im Sinn des Wr. KAG handelt, die durch die Rechtsträgerin bzw. den Rechtsträger einer Krankenanstalt einzuheben sind.

Ende des Jahres 2009 wurde die Letztversion einer umfassenden Beschreibung des Projektes "WAHLHEBAMMEN Selbstbestimmt gebären in der Semmelweis-Frauenklinik der KA Rudolfstiftung", die auch Vorgangsweisen, Richtlinien und Qualitätskriterien sowie Muster von Vordrucken enthält, herausgegeben. Darin wurde festgehalten, dass es sich bei Wahlhebammegeburten (hebammengeleitet oder ärztlich geleitet) um ein zusätzliches, zeitlich unbegrenztes Angebot der SEM handle, weshalb der Begriff Projekt im eigentlichen Sinn inkorrekt sei. In den Qualitätskriterien wurden Zulassungsvoraussetzungen als Wahlhebamme festgelegt. Diese enthalten u.a. die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung, den Nachweis über 100 nach Abschluss der Ausbildung durchgeführte Geburten sowie eine erfolgreiche Einschulung gemäß den geltenden Standards in den geburtshilflichen Bereichen der SEM. Ferner war die Durchführung von mindestens 15 Geburten pro Jahr in der SEM vorgesehen. Die Projektbeschreibung enthält abschließend Argumente für die Notwendigkeit einer Evaluierung, die einerseits datenbasiert aus dem PIA-System und andererseits durch eine Zufriedenheitserhebung bei den betroffenen Frauen erfolgen soll.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die abschließende Evaluierung des im Jahr 2007 gestarteten Wahlhebammenprojektes, welches seit dem Jahr 2009 im Ange-

bot der SEM fix implementiert ist, wird wie vorgesehen nach fünf Jahren Laufzeit, Ende des Jahres 2012 erfolgen.

5.4.2.3 In engem zeitlichen Konnex mit der Neukonzeption des Wahlhebammenprojektes erfolgte im Jahr 2006 aus Anlass der Betreuung einer Schwangeren durch eine in der SEM beschäftigte Hebamme während ihrer Dienstzeit - bei gleichzeitigem Vorliegen einer privaten Vereinbarung - eine vorzeitige Auflösung des Dienstverhältnisses der besagten Bediensteten (s. dazu Tätigkeitsbericht 2009, Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund", Prüfung betreffend Transparenzmängel im öffentlichen Gesundheitswesen der Gemeinde Wien; Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a WStV vom 14. Dezember 2007). Als weitere Konsequenz wurde von der Ärztlichen Direktion der KAR im Juni 2006 eine interne Dienstanweisung erlassen, die einer *"Hebamme, die im Rahmen einer von der Stadt Wien zur Kenntnis genommenen Nebenbeschäftigung freiberuflich und gegen Entgelt Patientinnen betreut,"* untersagt, *"dieselben Personen, wenn sie in ein Spital der Stadt Wien aufgenommen werden, im Rahmen ihres Dienstverhältnisses weiter" zu "betreuen"*.

Als Begründung nahm diese Dienstanweisung Bezug auf jene Bestimmung der GOM, die jede private, insbesondere jede gewerbliche Arbeit während des Dienstes und innerhalb der Dienstgebäude untersagt sowie auf die DO 1994, wonach eine Nebenbeschäftigung ohne unmittelbaren Zusammenhang mit den jeweiligen Dienstplichten der bzw. des Bediensteten auszuüben ist. Somit ist die *"Freiberufliche und/oder entgeltliche Betreuung von Gebärenden an der Dienststelle der Hebammen ... untersagt"*. Dienstrechtliche Konsequenzen bis hin zur Auflösung des Dienstverhältnisses sind bei Nichtbeachtung dieser Dienstanweisung angedroht.

Diese, auch noch am Ende der Einschau in Kraft befindliche Dienstanweisung fußte auf einer Rechtsauskunft der GED des KAV, die zu der im April 2008 dargelegten Rechtsansicht der GED im Widerspruch steht (s. Pkt. 5.4.2.2).

5.4.3 Abwicklung der Wahlhebammengeburt im Betrachtungszeitraum

5.4.3.1 Die vom Generaldirektor des KAV angekündigte jährliche Evaluierung des gegenständlichen Projektes wurde nach Angabe der SEM erstmals im Jahr 2011 begon-

nen. Ergebnisse dazu lagen bei Ende der Einschau des Kontrollamtes allerdings noch nicht vor.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Wie bereits im Pkt. 5.4.2.2 angemerkt, wird die abschließende Evaluierung Ende des Jahres 2012 erfolgen.

5.4.3.2 Zu Beginn des Betrachtungszeitraumes wurden in der SEM die Wahlhebammengeburten auf der Grundlage des im Jahr 1995 begonnenen Projektes durchgeführt. Im Jahr 2007 erfolgten 121 Geburten unter Beiziehung von Wahlhebammen, während von Jänner bis Mitte Mai 2008 lediglich 21 derartige Geburten stattfanden.

Weitere 46 Wahlhebammengeburten wurden erst wieder ab Mai 2010 durchgeführt, wobei das neu gestaltete Projekt als Grundlage diente.

In den Jahren 2007 und 2008 fanden Wahlhebammengeburten ausschließlich mit anstaltsfremden Hebammen statt, während im Jahr 2010 sowohl anstaltsinterne Hebammen der SEM als auch freiberufliche Hebammen tätig waren. Gegen Ende der Einschau bestand der Wahlhebammenpool nur mehr aus einer ausschließlich freiberuflich tätigen Hebamme und zwei Hebammen der SEM.

5.4.3.3 Zwecks Beurteilung der praktischen Abwicklung von Wahlhebammengeburten hat das Kontrollamt in Form einer Stichprobe in 37 Patientinnendokumentationen aus den Jahren 2007, 2008 und 2010 sowie in die Dienstpläne des Jahres 2010 Einsicht genommen. Der Schwerpunkt dieser Stichprobe lag einerseits auf der Vollständigkeit und Form der Dokumentation und andererseits - ab dem Jahr 2010 - auf der Vereinbarkeit der Wahlhebammentätigkeit mit den dienstlichen Obliegenheiten der Hebammen der SEM.

Dabei stellte sich einerseits heraus, dass aus den Patientinnenakten der Jahre 2007 und 2008 nicht in jedem Fall das Vorliegen einer Wahlhebammengeburt eindeutig er-

kennbar war und andererseits die bereits zum damaligen Zeitpunkt vorgesehene "Einverständniserklärung für die Teilnahme am Wahlhebammenmodell an der Semmelweis Frauenklinik" nicht lückenlos vorlag.

Bei den neun im Jahr 2010 eingesehenen Fällen der Stichprobe kam es mit einer Ausnahme zu keinen zeitlichen Überschneidungen von Dienstzeiten und den als Wahlhebamme ausgeübten Nebenbeschäftigungen von Hebammen der SEM. In einem Fall erfolgten die Aufnahme und die weitere Betreuung der Schwangeren hingegen während des regulären Dienstes einer Wahlhebamme. Nach Dienstende ihres Tagdienstes um 20.15 Uhr wurde die Betreuung durch die Wahlhebamme im Rahmen ihrer Nebenbeschäftigung fortgesetzt und endete mit der Geburt am nächstfolgenden Tag um 4.40 Uhr. Wie aus dem Dienstplan ersichtlich war, war die Hebamme an diesem Tag erneut für einen Tagdienst beginnend um 8.00 Uhr eingeteilt, den sie allerdings aufgrund der Konsumation von vier Gutstunden erst um 12.00 Uhr antrat.

5.5 Feststellungen des Kontrollamtes

5.5.1 Neben den berufsrechtlichen Regelungen bestanden in den Krankenanstalten Leitlinien bzw. SOP, die - wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung - die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zum Inhalt haben bzw. bestimmte Tätigkeiten einzelnen Berufsgruppen zuweisen. Seitens der Hebammen bestand eine freiwillig eingegangene Verpflichtung zum interdisziplinären Handeln. Diese berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit war auch den Stellenbeschreibungen zu entnehmen. Darüber hinaus hat der KAV mit der Rahmenleitlinie Medizin und Pflege Grundlagen der Zusammenarbeit verpflichtend vorgegeben.

5.5.2 Dem Kontrollamt wurde lediglich vom AKH eine dezidierte schriftliche Regelung der Aufgaben von Hebammen im Zuge einer Sectio vorgelegt. Von den Hebammen der übrigen Krankenanstalten wurden diese Tätigkeiten im Wesentlichen übereinstimmend in Stichworten mündlich oder schriftlich dargelegt. Daraus ging hervor, dass die Schwerpunkte dieser Aufgaben einerseits bei der Vorbereitung und andererseits im postoperativen Bereich liegen.

5.5.3 Wie dem Pkt. 5.3.1 im Detail zu entnehmen ist, verfügten die geburtshilflichen Einrichtungen des KAV grundsätzlich über anstaltseigene Leitlinien bzw. SOP, die sich z.T. an jenen anderer Einrichtungen orientierten, jedoch anstaltsinterne Spezifika berücksichtigten. Flächendeckend erfolgte eine elektronische Dokumentation in Form des PIA-Systems und auf nationaler Ebene war gemäß ÖSG die Teilnahme am "Geburtenregister Österreich" verpflichtend vorgesehen. Darüber hinaus hatten einzelne Anstalten spezielle qualitätssichernde Projekte durchgeführt.

In allen neonatologischen Einrichtungen lagen - wie im Pkt. 5.3.2 detailliert ausgeführt - ebenfalls Richtlinien und SOP vor. Im Betrachtungszeitraum waren drei dieser Einrichtungen Mitglieder des weltweiten "Vermont Oxford Netzwerks", das eine Vielzahl statistischer Parameter von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von bis zu 1.500 g sammelt und publiziert. Das AKH nahm darüber hinaus auch an weiteren internationalen Vergleichsstudien bzw. Projekten teil.

Bei seiner Einschau stellte das Kontrollamt fest, dass sich zwar alle geprüften Einrichtungen anstaltsinterner Vorgaben und Handlungsanweisungen bedienten, die sich auch in vielerlei Hinsicht ähnelten, jedoch vermisste es entsprechende, für alle Anstalten verbindliche und wesentliche Themenbereiche grundsätzlich regelnde Vorgaben. Es wurde daher empfohlen, in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften diesbezügliche KAV-weit gültige Standards zu erarbeiten.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die Empfehlung des Kontrollamtes, die bereits existierenden anstaltsinternen Leitlinien bzw. SOP, welche die Grundlage der qualitätsgesicherten Behandlung und Betreuung darstellen, zu vereinheitlichen, wird aufgegriffen.

5.5.4 Zur Frage bzgl. standardisierter Fallbesprechungen und Abstimmungsgesprächen ergaben die Erhebungen des Kontrollamtes, dass diese zwar grundsätzlich in regelmäßigen Abständen zwischen den geburtshilflichen und den neonatologischen Be-

reichen stattfanden, allerdings variierten die dazwischen liegenden Zeiträume z.T. beträchtlich. Es wurde daher angeregt, entsprechende Vorgaben in die gemäß Pkt. 5.5.3 zu erarbeitenden Standards einfließen zu lassen.

5.5.5 In der SEM gab es weder im Betrachtungszeitraum noch davor Projekte, in denen der Fokus ausschließlich auf die hebammengeleitete Geburt gerichtet war, sondern - wie im Pkt. 5.4 ausführlich dargelegt - Projekte, welche die Einführung von Wahlhebammen zum Inhalt hatten. Das aktuelle Projekt "WAHLHEBAMMEN Selbstbestimmt gebären in der Semmelweis-Frauenklinik der KA Rudolfstiftung" ermöglichte Schwangeren aus einem Pool eine Hebamme auszuwählen, die im Fall von komplikationslosen Schwangerschaften bzw. Geburtsverläufen eine sogenannte hebammengeleitete Geburt durchführen kann. Geburten, die entsprechend dem HebG unter der Leitung einer Ärztin bzw. eines Arztes zu erfolgen haben, waren ebenfalls in diesem Modell vorgesehen.

Im Betrachtungszeitraum nahmen - mit einer zweijährigen Unterbrechung - 188 Frauen die Leistungen einer Wahlhebamme in der SEM in Anspruch.

Die im Pkt. 5.4.2.2 dargestellten krankenanstaltenrechtlichen Bedenken im Gutachten der damaligen Magistratsabteilung 15 wurden dem Kontrollamt gegenüber auch von der nunmehr zuständigen Magistratsabteilung 40 bestätigt.

Weiters wurde vom Kontrollamt die Rechtsansicht der GED des KAV vom April 2008, dass die in der GOM bestehenden Vorschriften bzgl. privater Tätigkeiten auf die als Wahlhebammen tätigen Bediensteten der SEM nicht anzuwenden seien, - nicht zuletzt auch wegen der gegenteiligen Rechtsmeinung der GED aus dem Jahr 2006 - in Zweifel gezogen. Dies umso mehr, als in den anderen Krankenanstalten des KAV die Beiziehung einer Anstaltshebamme als Wahlhebamme nach wie vor nicht möglich ist, während es sich beim Wahlhebammenprojekt um eine spezielle nicht unumstrittene Regelung für die SEM handelt.

Darüber hinaus erforderte dieses Modell - wie die Einschau zeigte - zumindest in einigen Fällen Änderungen in den Dienstplänen, was von der Organisation und den ande-

ren Hebammen eine erhöhte Flexibilität verlangte, wodurch es auch zu einem administrativen Mehraufwand für die leitenden Bediensteten kam.

Aus der Konstellation des im Pkt. 5.4.3.3 beschriebenen Falles einer Anstaltshebamme, die einer Nebenbeschäftigung als Wahlhebamme an ihrem Dienstort nachging, zeigte sich, dass keine exakte Abgrenzung zwischen den dienstlichen Tätigkeiten und der ausgeübten Nebenbeschäftigung vorlag. Weiters war bei Gesamtbetrachtung der zeitlichen Inanspruchnahme der Hebamme die Schutzfunktion des KA-AZG (s. Pkt. 2.5.5), insbesondere hinsichtlich der Gewährung einer entsprechenden Ruhezeit, nicht wirksam, auch wenn dem Kontrollamt sehr wohl bewusst ist, dass Nebenbeschäftigungen vom o.a. Gesetz nicht umfasst sind. Nichtsdestotrotz dient die Freizeit von Bediensteten vordringlich Erholungszwecken und der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, was bei einer Unterschreitung der vorgesehenen Ruhezeiten jedoch fraglich erscheint.

Insgesamt war vom Kontrollamt dieses Leistungsangebot als nicht ausreichend rechtlich abgesichert zu beurteilen. Eine rechtskonforme Projektdurchführung wäre jedenfalls nur nach einer entsprechenden Änderung des Wr. KAG oder einhelligen Auslegung der bestehenden Rechtslage denkbar. Überdies vertritt das Kontrollamt die Ansicht, dass die Ausübung der Tätigkeit der Wahlhebamme als Nebenbeschäftigung am Dienstort der Bediensteten rechtlich äußerst fragwürdig ist.

Unterlagen, die auf eine Ausweitung des Projektes bzw. Leistungsangebotes - gegebenenfalls auf andere Krankenanstalten des KAV - hindeuten würden, lagen dem Kontrollamt nicht vor.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die Wahlhebammengeburt ist in den Privatspitälern seit vielen Jahren ein fester Bestandteil des Angebotes. Mit dem Wahlhebammenmodell der SEM kann in Pilotprojektform nun auch in einem städtischen Krankenhaus dem Bedarf und Wunsch der Gebärenden nach einer hebammengeleiteten Geburt mit Wahlhe-

bamme im Rahmen eines klinischen Settings entsprochen werden.

Das Betreuungs- und Versorgungskonzept der Wahlhebammen- geburt stellt die Bedürfnisse der Frauen in den Mittelpunkt, wodurch eine hohe Zufriedenheit auch der Gebärenden erreicht werden konnte, die keine Zusatzversicherung haben und denen damit die Möglichkeit in einem Privatspital mit Wahlhebamme entbinden zu können, verwehrt bleibt.

6. Personalbedarfsplanung und Personalausstattung in geburtshilflichen und neonatologischen Bereichen der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Fragen des Prüfersuchens eingegangen:

Frage: Wurde eine Personalbedarfsplanung für Hebammen und für das Personal auf den neonatologischen Abteilungen im KAV implementiert, welche Methode wurde angewandt und was sind die Ergebnisse?

Frage: Wie ist die personelle Ausstattung (ÄrztInnen, Pflege, med.-tech. Dienste, Hebammen) pro Bett und Abteilung?

6.1 Grundsätzliche Aspekte zur Personalbedarfsplanung

Das Kontrollamt hat in Bezug auf die Personalbedarfsermittlung im KAV bereits mehrfach - zuletzt im Tätigkeitsbericht 2009 Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund", Fonds "Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien", Prüfung betreffend Mängel in der stationären und ambulanten Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Wien in den Jahren 2005, 2006 und 2007; Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a WStV vom 24. Jänner 2008 - festgestellt, dass im Betrachtungszeitraum unternehmensweit grundsätzlich nur für die Berufsgruppe der Pflegepersonen moderne Personalbedarfsplanungsinstrumentarien zum Einsatz gelangten.

6.1.1 Ärztliches Personal

Bei den in den prüfungsrelevanten Bereichen tätigen Ärztinnen bzw. Ärzten erfolgte im Betrachtungszeitraum die Personalbedarfsbestimmung unter Zugrundelegung der für

den Nachtdienst vorgesehenen Vorhalteleistung der jeweiligen medizinischen Fachabteilungen. Im Jahr 2008 entwickelte der KAV ein neues Berechnungsmodell zur Ermittlung des Personalbedarfes für Ärztinnen bzw. Ärzte. Dieses baut im Wesentlichen auf die erforderliche Tages- und Nachtpräsenz pro Bereich bzw. Station unter Berücksichtigung von besonderen Faktoren wie etwa der Bettenanzahl, der Anzahl und der Art der Betriebsstellen einer Wochen- bzw. einer Tagesklinik, der Ambulanzfrequenzen und der alternativen Dienstzeitmodelle auf. Anhand dieser Parameter kann die personelle Grundausstattung festgelegt werden. Diese Arbeitsplatzberechnungsmethode war allerdings zum Zeitpunkt der Einschau in den geprüften Bereichen noch nicht implementiert.

6.1.2 Hebammen

6.1.2.1 Hinsichtlich der Ermittlung des Personalbedarfes für in Kreißsälen tätige Hebammen erhob das Kontrollamt anhand von Literaturrecherchen, dass diese mittels Kennzahlen, Minutenwertformeln oder bei kleinen Einheiten anhand einer Arbeitsplatzberechnung erfolgen kann. So wird etwa vom Bund Deutscher Hebammen von einem Richtwert von jährlich 118 Geburten pro Hebamme ausgegangen, wobei die Personalausstattung bei einer vermehrten Betreuung von Risikofällen höher sein soll. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft geht bei der Personalbemessung bzgl. Hebammen von einem durchschnittlichen Zeitaufwand einer Hebamme von 780 Minuten je Geburt aus, wobei ambulante Leistungen im Rahmen der Schwangerenschulung und der Geburtsvorbereitung zusätzlich erfasst werden müssen; ebenso sind leitende Hebammen in diesen Berechnungen nicht berücksichtigt.

6.1.2.2 In Bezug auf den KAV ergab die Einschau, dass dieser bis zum Zeitpunkt der Prüfung keine standardisierten Personalbedarfsberechnungsmethoden für die Ermittlung der erforderlichen Personalausstattung mit Hebammen in Kreißsälen implementiert hatte. Lediglich das AKH hatte erstmals Anfang der 1990er-Jahre anlässlich dessen Übersiedlung in den Neubau für eine "Hebammenpool-Entbindungsabteilung" Personalbedarfsberechnungen vorgenommen und in weiterer Folge ab dem Jahr 2005 solche implementiert.

In allen anderen Krankenanstalten beruhte die Festlegung des Personalbedarfes im Wesentlichen darauf, welche Mindestbesetzungen an Hebammen im Kreißsaal zu bestimmten Zeiten - z.B. im Nachtdienst - als erforderlich erachtet wurden.

6.1.3 Pflegepersonal

6.1.3.1 Die Ermittlung des Personalbedarfes für Pflegepersonal auf geburtshilflichen bzw. präpartalen und neonatologischen Stationen erfolgte mit spezifischen Personalplanungsmethoden, wobei diese auch auf jenen Stationen angewendet wurden, in denen Hebammen eingesetzt waren.

Die prognostische Planstellenberechnung wird im Pflegebereich mit dem EDV-Programm PPR Wien durchgeführt und baut auf einem patientinnenbezogenen bzw. patientenbezogenen und ressourcenbezogenen Pflegeverständnis auf. Die darin enthaltenen Leistungsberechnungen (Pflegeteile) berücksichtigen die individuell erforderlichen Leistungen und den damit verbundenen erforderlichen pflegerischen Aufwand. Daraus ergibt sich ein Minutenwert, mit dem der Personalbedarf berechnet werden kann. Zur Planung wird dieser Wert für das jeweils kommende Jahr unter Berücksichtigung etwaiger vorhersehbarer organisatorischer Veränderungen herangezogen und somit ein prognostischer Personalbedarf errechnet.

Die PPR Wien stellt im KAV das einheitliche Personalbedarfsplanungsinstrument für Pflegepersonal im Stationsbereich dar, in Kinderstationen und Kinderabteilungen kommt KAV-weit die Software Kinder-PPR zum Einsatz. In den Neugeborenenzimmern kommt die Berechnung nach der Methode der Schweizer Wegleitung mit einem Minutenwert pro Bett zum Tragen, sofern damit die Mindestbesetzung nicht unterschritten wird.

6.1.3.2 Die Personalplanungsmethode für Pflegepersonal der Intensiveinheiten in allen neonatologischen Bereichen wird mit dem EDV-Programm TIPPS durchgeführt, welches die tägliche Erfassung pflegerischer Leistungen in Form von Patientinnenkategorisierungen bzw. Patientenkategorisierungen mit zeitlichen Bewertungen ermöglicht. Da im Rahmen einer Evaluierung Probleme bei der Kategorisierung in Kinderintensivstatio-

nen festgestellt wurden, wurde von der GED des KAV eine Arbeitsgruppe für den Kinderbereich gegründet, die ein eigenes TIPPS für Kinder erarbeitete, das aber im Betrachtungszeitraum noch nicht zum Einsatz kam.

Auf den neonatologischen Überwachungsstationen kam - das AKH ausgenommen - die Kinder-PPR als Personalbedarfsberechnungsmethode zum Tragen.

Als wesentlichste Grundlage für die Berechnung des Pflegepersonalbedarfes in den neonatologischen Bereichen des AKH gab die Pflegedienstleitung der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde dem Kontrollamt sowohl für die Intensiv- als auch für die Überwachungsbereiche jeweils festgelegte Kennzahlen als Berechnungsschlüssel bekannt.

6.1.3.3 Schließlich sollte nicht unerwähnt bleiben, dass auch im WKAP 2006 in den Strukturqualitätskriterien für Intensivbereiche - Neonatologie bzgl. der Personalausstattung getrennt nach Überwachungs- und Intensivbehandlungseinheiten Festlegungen getroffen worden waren. Während diese hinsichtlich des ärztlichen Dienstes lediglich Regelungen bzgl. der Verfügbarkeit bzw. Anwesenheit von Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde betrafen, erfolgten für das Pflegepersonal Vorgaben in Form von Personalschlüssel.

6.2 Grundsätzliche Aspekte zur Personalausstattung

Wie das Kontrollamt im Tätigkeitsbericht 2007, Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund", Gebarungsprüfung der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"; Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a WStV vom 30. November 2006 bereits dargestellt hat, obliegt dem Gemeinderat im Sinn des Statuts für den KAV die Festsetzung des sogenannten "Rahmendienstpostenplanes", während die Unternehmung unter Einhaltung bestimmter Richtlinien u.a. für die Aufteilung der genehmigten DP auf die einzelnen Dienststellen, die DP-Transferierungen und die Durchführung von Postenumwandlungen selbst zuständig ist. Da jedoch über den genehmigten "Rahmendienstpostenplan" hinaus keine neuen DP geschaffen werden sollten, waren im Betrachtungszeitraum zusätzlich benötigte DP primär innerhalb der Krankenanstalten selbst zu bedecken.

Die Darstellung der berufsgruppenbezogenen Aufgliederung des Personals auf die einzelnen medizinischen Abteilungen bzw. Stationen erfolgt jährlich in Feinsystemisierungen auf Basis der DP-Pläne des KAV.

Zur Beantwortung der Frage hinsichtlich der personellen Ausstattung der prüfungsrelevanten Bereiche wurde die diesbezügliche Personalausstattung - soweit sie eindeutig dem geburtshilflichen Bereich zuordenbar war - überwiegend auf Basis von Auswertungen des Geschäftsbereiches Personal der GED des KAV für die Jahre 2007 bis 2010 dargestellt. Dazu wurden die jeweils zum 31. Dezember des jeweiligen Betrachtungsjahres systemisierten DP sowie deren tatsächliche Besetzung inkl. Leitungspersonal - ausgewiesen in VZÄ - angeführt.

Bezüglich des ärztlichen Personals war dazu allerdings einschränkend festzuhalten, dass für dieses die DP im Gegensatz zu anderen Bedienstetengruppen im KAV nicht auf Stations-, sondern auf Abteilungsebene systemisiert sind. Infolgedessen war deren Zuordnung zu den einzelnen geburtshilflichen bzw. neonatologischen Bereichen, die Teil einer gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung bzw. einer Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde sind, nicht möglich.

Da auch in der Praxis das ärztliche Personal innerhalb der medizinischen Fachabteilungen in der Regel stationsübergreifend tätig ist, erschien es dem Kontrollamt zielführend, in den nachfolgenden Tabellen die VZÄ dieser Bedienstetengruppe nicht kostenstellenbezogen, sondern insgesamt für den gesamten jeweiligen geburtshilflichen bzw. neonatologischen Bereich auszuweisen.

Hinsichtlich der Hebammen und des Pflegepersonals wurde im geburtshilflichen Bereich in den nachfolgenden Darstellungen zwischen dem Kreißaal, den Wochenbettstationen sowie den Neugeborenenzimmern und den allfällig eingerichteten präpartalen Stationen unterschieden. In Bezug auf das den Ambulanzen zugeordnete Personal beschränkte sich das Kontrollamt in seinen Darstellungen ausschließlich auf die Hebammen, da nur diese Bedienstetengruppe durchgängig zweifelsfrei dem geburtshilflichen Bereich zugeordnet werden konnte.

Im neonatologischen Bereich nahm das Kontrollamt in den nachstehenden Ausführungen bzgl. der Personalausstattung mit Pflegepersonen eine Unterscheidung in einen Intensivbehandlungs- und einen Überwachungsbereich für Neugeborene vor.

Das Personal der MTD und der SHD war in geringem Ausmaß grundsätzlich in allen geburtshilflichen und z.T. auch in neonatologischen Bereichen des KAV tätig. Da in den in die Einschau einbezogenen Einrichtungen in der Regel weder die DP noch die VZÄ dieser Berufsgruppe den jeweiligen prüfungsrelevanten Bereichen zugeordnet waren, war eine Darstellung der diesbezüglichen personellen Ausstattung im Sinn des Prüfersuchens nicht möglich.

In Bezug auf die prüfungsrelevanten Einrichtungen des AKH war festzuhalten, dass diese neben einer überregionalen Versorgungsfunktion auch als Einrichtung der Medizinischen Universität Wien Aufgaben der Lehre und Forschung innehaben. Diesbezüglich war zu berücksichtigen, dass die Bedienstetengruppe der Ärztinnen bzw. Ärzte Dienstnehmerinnen bzw. Dienstnehmer der Medizinischen Universität Wien sind. Die Gestaltung des DP-Planes, aber auch die Personaleinsatzplanung liegen somit außerhalb des Einflussbereiches des KAV bzw. der Stadt Wien, weshalb diese Bedienstetengruppe im AKH im gegenständlichen Bericht keiner Betrachtung unterzogen wurde.

Des Weiteren war festzuhalten, dass im AKH im Betrachtungszeitraum von der Abteilung Personal der Nachweis über die systemisierten DP für das Pflegepersonal nicht so wie in den anderen Krankenanstalten auf Ebene der einzelnen Stationen und Ambulanzen, sondern gesamthaft erfolgte. Wie diese Abteilung dazu ausführte, würden von der Pflegedirektion diesbezüglich die verfügbaren DP jeweils prozentuell dem jeweiligen Bedarf entsprechend zugeordnet und in Wochenstunden erfasst. Da diese Darstellungsform nicht der magistratsweit üblichen Vorgangsweise hinsichtlich der dienststelleninternen Aufteilung von DP in Form sogenannter Feinsystemisierungen entspricht, hat das Kontrollamt in den nachstehenden Tabellen für diese Krankenanstalt von einer Darstellung systemisierter DP des Pflegepersonals Abstand genommen.

6.3 Personalsituation in den geburtshilflichen Bereichen

Ein geburtshilflicher Bereich umfasst grundsätzlich einen Kreißsaal mit vorgelagerten Ambulanzbereichen sowie Wochenbettstationen mit angeschlossenen Neugeborenenzimmern. Darüber hinaus wurden - wie bereits im Pkt. 4.1.1.2 erwähnt - im AKH und in der SEM sogenannte präpartale Stationen, deren Schwerpunkt in der Betreuung von Patientinnen mit erhöhtem Geburts- bzw. Schwangerschaftsrisiko liegt, vorgehalten.

In sämtlichen geburtshilflichen Bereichen der Einrichtungen der WSK des KAV waren Ärztinnen bzw. Ärzte tätig, deren DP abteilungs- und nicht stationsbezogen systemisiert waren.

Hebammen waren im Betrachtungszeitraum in den Kreißsälen aller geburtshilflichen Bereiche des KAV und des Weiteren in unterschiedlichem Ausmaß in geburtshilflichen Ambulanzen und z.T. auch in bettenführenden Stationen tätig. Die geburtshilflichen Ambulanzen wurden allerdings von mehreren Anstalten nicht als eigene Kostenstellen, sondern als Teil der gynäkologisch-geburtshilflichen Ambulanzen geführt. Außerhalb der Ambulanzöffnungszeiten wurde in allen Fällen die ambulante Betreuung von Schwangeren durch die Hebammen des jeweiligen Kreißsaales wahrgenommen.

Während die Betreuung der Patientinnen auf den präpartalen Stationen ebenfalls durch Hebammen erfolgte, war die Personalausstattung in den Wochenbettstationen sowie in den Neugeborenenzimmern nicht einheitlich gestaltet. Mit Ausnahme des WIL, in dem Hebammen auch in der Wochenbettstation tätig waren, oblag in den anderen Anstalten sowohl die Betreuung der Patientinnen als auch deren Neugeborenen grundsätzlich dem Pflegepersonal. Dieses unterstand getrennt nach Wochenbettstation und Neugeborenenzimmer jeweils einer eigenen Stationsleitung. Lediglich in der SEM war das für die Wochenbettstation und das Neugeborenenzimmer zuständige Pflegepersonal gemeinsam tätig und unterstand auch derselben Pflegeleitung.

6.3.1 Klinische Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus

6.3.1.1 Die Klinische Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin umfasste im Betrachtungszeitraum neben dem Kreißsaal und einer Reihe von Spezialambulanzen

insgesamt vier bettenführende Stationen, wovon zwei für Patientinnen mit besonderen Problemen im Rahmen der Schwangerschaft bzw. nach der Geburt vorgehalten wurden. Eine dieser beiden Einrichtungen, nämlich die präpartale Station befand sich unmittelbar neben dem Kreißsaal; die Betreuung der dort versorgten Patientinnen erfolgte durch Hebammen. Den beiden übrigen Wochenbettstationen waren Neugeborenenzimmer angeschlossen, die organisatorisch der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde zugeordnet waren, während das Pflegepersonal der Klinischen Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin unterstellt war.

6.3.1.2 Im Jahr 2005 erstellte das AKH ein "Personalkonzept Hebammen Kreißsaal". Als Grundlage wurden den einzelnen im Kreißsaal erbrachten Leistungsarten Zeiten hinterlegt, wobei z.B. der Zeitaufwand für eine Spontangeburt mit 600 Minuten und jener für eine Sectio mit 180 Minuten definiert wurde. Unter Zugrundelegung der Leistungsdaten für den Zeitraum August 2004 bis Juli 2005 errechnete das AKH - ohne Berücksichtigung von Leitungspersonal - einen Personalbedarf von 15 VZÄ an Hebammen für den Kreißsaal.

Um allerdings *"eine hohe Kundinnenzufriedenheit zu erzielen"*, wurde in der Conclusio dieses Konzeptes eine Personalbedarfsberechnung auf Basis erforderlich erachteter Tages- und Nachtpräsenzen erstellt, wobei im Ergebnis ein Personalbedarf von 18 VZÄ für den Kreißsaal - ohne Berücksichtigung von Leitungspersonal - ausgewiesen wurde. Ein Jahr danach erfolgte eine Evaluierung des angeführten Personalbedarfskonzeptes, die im Wesentlichen das Ergebnis der ursprünglichen Berechnungen bestätigte.

In den Folgejahren wurden sogenannte Bereichsanalysen jeweils auf Grundlage der Leistungsentwicklung der Vorjahre vorgenommen, die zu folgendem Personalbedarf führten:

Bereich	Personalbedarf an Hebammen in VZÄ		
	2007	2008	2009
Kreißsaal	16,70	17,90	19,60
Präpartale Station	7,30	7,20	6,90
Ambulanz	-	2,20	-

Für das Jahr 2010 lagen zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes noch keine diesbezüglichen Berechnungen vor.

Wie der Tabelle im nachfolgenden Punkt entnommen werden kann, spiegelten sich die Ergebnisse der Personalbedarfsberechnung des AKH in der Ausstattung mit DP der Hebammen nicht wider.

6.3.1.3 Die Zahl der im Kreißsaal und in den bettenführenden Stationen der Klinischen Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin vorgehaltenen systemisierten DP der Hebammen sowie die VZÄ der Hebammen und des Pflegepersonals sind nachstehender Tabelle zu entnehmen:

Bereich	Berufsgruppe	2007		2008		2009		2010	
		DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ
Kreißsaal	Hebammen	27,00	18,01	24,00	21,34	24,00	20,49	27,00	21,32
Ambulanzen	Hebammen	-	3,81	3,00	1,85	3,00	0,25	-	-
Präpartale Station	Hebammen	8,00	7,17	8,00	7,25	8,00	7,08	9,00	6,79
Zwei Wochenbettstationen und Station 16E	Pflegepersonal	-	38,04	-	37,69	-	37,80	-	38,02
Neugeborenenzimmer	Pflegepersonal	-	26,21	-	27,27	-	26,81	-	26,35

Bezüglich der für den Kreißsaal und die präpartale Station ausgewiesenen DP war zunächst anzumerken, dass in den angeführten Zahlen jeweils ein solcher einer Stationshebamme enthalten ist, aber kein DP für eine ständige Vertretung vorgehalten wurde. Da der DP der Stationshebamme des Kreißsaales seit September 2005 nicht besetzt war, oblag diese Funktion interimistisch der Stationshebamme der präpartalen Station. Mit Oktober 2010 wurde ein zusätzlicher DP einer Oberhebamme geschaffen, der in der Tabelle nicht ausgewiesen ist (s. dazu Pkt. 11.1.2.3).

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, war vom AKH in den Jahren 2008 und 2009 die Zahl der DP im Kreißsaal zugunsten der sogenannten Schwangerenambulanz reduziert worden, was im Jahr 2010 wieder rückgängig gemacht wurde. Die unmittelbare Einschau des Kontrollamtes im AKH ergab, dass der Zielsetzung, auch die Ambulanz mit He-

bammen zu besetzen, im Verlauf des Betrachtungszeitraumes nicht Rechnung getragen werden konnte, womit auch die Systemisierung von DP in diesem Bereich obsolet wurde.

Im Herbst 2010 wurden anstaltsinterne Postenumwandlungen vorgenommen, wodurch in diesem Jahr die Zahl der für Hebammen systemisierten DP - inkl. der Schaffung des DP für die Oberhebamme - um zwei erhöht wurde.

In allen Jahren lagen die VZÄ im Kreißaal deutlich unter der Zahl der vorgehaltenen DP. Die in der präpartalen Station für Hebammen systemisierten DP waren im Betrachtungszeitraum in niedrigerem Ausmaß unterbesetzt.

Sowohl die drei Wochenbettstationen als auch die zwei Neugeborenenzimmer wurden jeweils von eigenen Stationsschwestern geleitet, denen im Betrachtungszeitraum grundsätzlich auch ständige Stationsschwesternvertretungen zur Verfügung standen.

6.3.2 Geburtshilflicher Bereich der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Abteilung des Sozialmedizinischen Zentrums Ost - Donauespital

6.3.2.1 Im DSP umfasste der geburtshilfliche Bereich den Kreißaal, einen - als eigene Kostenstelle ausgewiesenen - Sectio-OP-Saal, eine Wochenbettstation samt einem Neugeborenenzimmer und einen Teil der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Ambulanz.

6.3.2.2 Nachstehender Tabelle sind die Zahlen der jeweils vorgehaltenen systemisierten DP und der VZÄ von Hebammen und Pflegepersonal zu entnehmen. Weiters ist die Zuordnung der VZÄ der Ärztinnen bzw. Ärzte zum geburtshilflichen Bereich ersichtlich:

Bereich	Berufsgruppe	2007		2008		2009		2010	
		DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ
Kreißaal	Hebammen	19,00	15,27	19,00	15,97	19,00	15,36	19,00	15,45
Sectio-OP-Saal	Hebammen	-	1,46	-	1,54	-	1,45	-	1,39
Ambulanz	Hebammen	1,00	2,36	1,00	2,38	1,00	2,56	1,00	2,88
Wochenbettstation	Hebammen	1,00	1,00	1,00	0,90	1,00	0,88	1,00	1,00
Wochenbettstation	Pflegepersonal	15,00	14,52	15,00	15,46	15,00	15,51	15,00	14,70
Neugeborenenzimmer	Pflegepersonal	16,00	14,80	16,00	16,12	16,00	16,27	16,00	15,73
Geburtshilflicher Bereich	Ärztliches Personal	-	7,26	-	7,30	-	7,49	-	7,85

In den Personalzahlen für den Kreißsaal ist ein systemisierter DP für eine Stationshebamme sowie ein weiterer DP für eine ständige Stationshebammenvertretung enthalten. Im gesamten Betrachtungszeitraum war im Sectio-OP-Saal kein DP für Hebammen und in der Ambulanz lediglich ein solcher systemisiert. Demgegenüber wiesen beide Bereiche - offensichtlich zulasten des Kreißsaales - im Betrachtungszeitraum immer rd. vier VZÄ auf.

In den die Wochenbettstation sowie das Neugeborenenzimmer betreffenden Zahlen ist jeweils auch eine Stationsleitung sowie eine ständige Stationsschwesternvertretung enthalten.

Bezüglich der Zuordnung der VZÄ fällt auf, dass in der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Ambulanz wesentlich mehr Hebammen ausgewiesen wurden, als dort DP systemisiert waren, während in der Wochenbettstation sowie im Neugeborenenzimmer die Systemisierung der DP mit den vorgehaltenen VZÄ im Wesentlichen korrelierte.

6.3.3 Geburtshilflicher Bereich der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Abteilung des Wilhelminenspitals

6.3.3.1 Dem geburtshilflichen Bereich dieser medizinischen Fachabteilung im WIL war neben dem Kreißsaal eine sogenannte Wöchnerinnenstation samt einem Neugeborenenzimmer und ein Teil der Allgemeinen gynäkologischen Ambulanz zugeordnet.

6.3.3.2 Nachstehender Tabelle sind die Zahlen der jeweils vorgehaltenen systemisierten DP und der VZÄ von Hebammen und Pflegepersonal zu entnehmen. Weiters ist die Zuordnung der VZÄ des ärztlichen Personals zum gegenständlichen bettenführenden geburtshilflichen Bereich ersichtlich:

Bereich	Berufsgruppe	2007		2008		2009		2010	
		DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ
Kreißsaal	Hebammen	13,00	13,78	14,00	13,21	14,00	12,79	14,00	10,86
Ambulanz	Hebammen	0,50	1,10	0,50	1,00	0,50	1,08	0,50	2,72
Wochenbettstation	Hebammen	13,00	10,49	14,00	13,49	14,00	14,67	14,00	14,40
Neugeborenenzimmer	Pflegepersonal	14,00	14,51	14,00	13,59	14,00	13,61	14,00	14,02
Geburtshilflicher Bereich	Ärztliches Personal	-	8,90	-	8,77	-	9,07	-	8,68

Bereich	Berufsgruppe	2007		2008		2009		2010	
		DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ
Wochenbettstation	Pflegepersonal	12,00	13,52	12,00	14,22	12,00	13,75	12,00	14,24
Neugeborenenzimmer	Pflegepersonal	13,00	14,86	13,00	14,13	12,00	13,73	12,00	13,31
Geburtshilflicher Bereich	Ärztliches Personal	-	6,14	-	6,73	-	6,71	-	6,86

In den Personalzahlen für den Kreißsaal ist ein systemisierter DP für eine Stationshebamme sowie ein weiterer DP für eine ständige Stationshebammenvertretung enthalten. Weiters geht hervor, dass im gesamten Betrachtungszeitraum in der Ambulanz kein DP für Hebammen systemisiert war.

Unter Hinweis darauf, dass mit den vorhandenen systemisierten DP erforderliche Mindestpräsenzen im Kreißsaal nicht abgedeckt werden könnten, beantragte die KAR Anfang des Jahres 2009 eine Postenvermehrung, die mit August 2009 genehmigt wurde.

In den die Wochenbettstation betreffenden Angaben ist eine Stationsleitung sowie eine ständige Stationsschwesternvertretung enthalten. Demgegenüber verfügte das Neugeborenenzimmer nur bis zum Jahr 2008 über eine Stationsleitung, danach wurde der DP für diese Funktion dem neonatologischen Bereich der KAR zugeordnet, wobei die Posteninhaberin dieser Stelle seither beide Bereiche gemeinsam leitet (s. Pkt. 6.4.4.3). Im gesamten Betrachtungszeitraum war im Neugeborenenzimmer ein DP für eine ständige Stationsschwesternvertretung systemisiert.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, entsprachen im Betrachtungszeitraum die VZÄ im Wesentlichen den jeweils zu besetzenden systemisierten DP bzw. lagen darüber.

6.3.5 Geburtshilflicher Bereich der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung am Standort Semmelweis Frauenklinik der Krankenanstalt Rudolfstiftung

6.3.5.1 Der geburtshilfliche Bereich der SEM umfasste neben dem Kreißsaal und der Geburtshilflichen Ambulanz eine präpartale Station sowie eine Wochenbett- und Neugeborenenstation.

6.3.5.2 Nachstehender Tabelle sind die Zahlen der jeweils vorgehaltenen systemisierten DP und der VZÄ von Hebammen und Pflegepersonal zu entnehmen. Weiters ist die Zuordnung der VZÄ des ärztlichen Personals zum gegenständlichen bettenführenden geburtshilfflichen Bereich ersichtlich:

Bereich	Berufsgruppe	2007		2008		2009		2010	
		DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ
Kreisssaal	Hebammen	19,00	15,70	18,50	16,80	18,50	16,74	18,50	17,52
Ambulanz	Hebammen	3,00	3,63	3,50	3,63	3,50	3,63	3,50	3,63
Präpartale Station	Hebammen	12,00	12,23	12,00	11,70	12,00	12,96	12,00	12,39
Wochenbett- und Neugeborenenstation	Hebammen	1,00	1,38	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Wochenbett- und Neugeborenenstation	Pflegepersonal	23,50	27,56	23,50	27,67	26,50	28,29	26,50	28,93
Geburtshilfflicher Bereich	Ärztliches Personal	-	9,48	-	10,51	-	10,46	-	10,81

In der Gesamtzahl der systemisierten DP für Hebammen ist jeweils einer für eine Stationshebamme im Kreisssaal und ein weiterer für eine derartige Leitungsfunktion in der präpartalen Station inkludiert. Des Weiteren verfügte der Kreisssaal über einen systemisierten DP einer ständigen Stationshebammenvertretung, der gleichzeitig auch für die Vertretung in der präpartalen Station vorgesehen war.

In der Wochenbett- und Neugeborenenstation wurden, dem gemeinsamen Pflegekonzept "family-nursing" entsprechend, systemisierte DP sowohl für das Pflegepersonal als auch für eine Hebamme vorgehalten. Eine Besonderheit dieses Pflegekonzeptes ist, dass das Pflegepersonal und die Hebamme die Betreuung der Mütter und deren Neugeborenen gemeinsam vornehmen und auch unter einer gemeinsamen Pflegeleitung zusammenarbeiten. Die mit Juni 2009 erfolgte Erhöhung der systemisierten DP für das Pflegepersonal von 23,50 auf 26,50 auf der Wochenbett- und Neugeborenenstation wurde von der Anstalt mit Strukturveränderungen begründet.

In der Wochenbett- und Neugeborenenstation waren im Jahr 2007 noch DP für zwei Stationsleitungen systemisiert, während in den Folgejahren nur mehr ein DP für diese

Funktion und im gesamten Betrachtungszeitraum ein weiterer DP für eine ständige Stationsschwesternvertretung systemisiert war.

Schließlich ist aus der Tabelle ersichtlich, dass im gesamten Betrachtungszeitraum die im Kreißaal vorgehaltenen DP für Hebammen nicht zur Gänze besetzt waren, während auf der präpartalen Station - mit Ausnahme des Jahres 2008 - die VZÄ über der Zahl der systemisierten DP lagen. Des Weiteren waren in der Wochenbett- und Neugeborenenstation im gesamten Betrachtungszeitraum deutlich mehr Pflegepersonen beschäftigt als systemisierte DP vorgehalten.

6.3.6 Geburtshilflicher Bereich der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Kaiser-Franz-Josef-Spitals mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital

6.3.6.1 Der geburtshilfliche Bereich der angeführten Abteilung im KFJ verfügte über einen Kreißaal, eine Wochenbettstation mit angeschlossenem Neugeborenenzimmer und eine Schwangerenambulanz sowie eine Ambulanz für Risikoschwangerschaften.

6.3.6.2 Nachstehender Tabelle sind die Zahlen der jeweils vorgehaltenen systemisierten DP und der VZÄ von Hebammen und Pflegepersonal zu entnehmen. Weiters ist die Zuordnung der VZÄ des ärztlichen Personals der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung zum bettenführenden geburtshilflichen Bereich ersichtlich:

Bereich	Berufsgruppe	2007		2008		2009		2010	
		DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ
Kreißaal	Hebammen	14,00	12,42	14,00	12,63	14,00	12,46	14,00	14,42
Ambulanz	Hebammen	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,33
Wochenbettstation	Hebammen	8,00	9,58	9,00	9,71	9,00	9,15	2,00	4,00
Wochenbettstation	Pflegepersonal	-	-	-	-	-	-	7,00	4,44
Neugeborenenzimmer	Pflegepersonal	9,00	10,75	13,00	10,50	13,00	10,96	14,00	12,19
Geburtshilflicher Bereich	Ärztliches Personal	-	4,59	-	6,11	-	3,69	-	4,44

In den im Kreißaal vorgehaltenen systemisierten DP für Hebammen war im gesamten Betrachtungszeitraum ein DP für eine Stationshebamme enthalten. Ein DP für eine ständige Stationshebammenvertretung war nicht vorgesehen.

Im Juli 2007 beantragte die Direktion des KFJ die Schaffung eines zusätzlichen DP für die Hebammen in der Wochenbettstation. Dies wurde damit begründet, dass früher - als diese Station noch mit Pflegepersonal besetzt war - bereits neun DP systemisiert waren, was auch weiterhin für die Sicherstellung der erforderlichen Tag- bzw. Nachtdienstpräsenz notwendig wäre. Im Übrigen hätte die PPR Wien einen Personalbedarf von 10,55 Planstellen ergeben. Ende des Jahres 2007 wurde durch Genehmigung einer Umwandlung eines DP diesem Antrag seitens der GED des KAV stattgegeben.

Im Herbst 2009 ersuchte der Vorstand der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung die Direktion des KFJ aufgrund "*eklatanten Hebammenmangels und den dadurch bedingten Nachbesetzungsproblemen*" um Nachbesetzung vakanter DP an der geburtshilflichen Station mit Pflegepersonal. Im Februar 2010 beantragte die Anstalt daraufhin die Umwandlung aller neun auf dieser Station vorgehaltenen DP für Hebammen in solche für Pflegepersonal. Nachdem - wie dem diesbezüglichen Schriftverkehr entnommen werden konnte - der Geschäftsbereich Personal der GED dem KFJ freigestellt hatte, auf der Wochenbettstation systemisierte DP für Hebammen oder für Pflegepersonal vorzuhalten, wurden beginnend mit April 2010 schrittweise entsprechende Postenumwandlungen vorgenommen. Im Zuge dessen erfolgte auch die Umwandlung des in den Zahlen der Tabelle enthaltenen systemisierten DP für die Stationsleitung von einem Posten einer Stationshebamme auf einen solchen einer Stationsschwester.

Für den in der Schwangerenambulanz systemisierten DP für Hebammen wurde vom Jahr 2007 bis zum Jahr 2009 die Besetzung mit einem VZÄ ausgewiesen, danach reduzierte sich diese auf 0,33 VZÄ.

In den systemisierten DP des Neugeborenenzimmers ist jener der Stationsleitung enthalten, eine ständige Vertretung war dort im Betrachtungszeitraum ebenfalls nicht vorgesehen. Die Erhöhung der systemisierten DP von neun auf 14 begründet sich in einem Antrag des KFJ, der auf die Personalbedarfsberechnung für Kinderzimmer nach der Methode der Schweizer Wegleitung mit einem Minutenwert von 110 pro Pflergetag verweist.

Schließlich ist aus der Tabelle ersichtlich, dass die VZÄ im Kreißaal bis zum Jahr 2010 immer unter der Zahl der systemisierten DP lagen, während die Wochenbettstation laufend eine durchaus ausreichende Besetzung aufwies. Die VZÄ im Neugeborenenzimmer wiederum blieben ab dem Jahr 2008 hinter dem Stand der systemisierten DP zurück.

6.3.7 Geburtshilflicher Bereich der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

6.3.7.1 Der geburtshilfliche Bereich dieser medizinischen Fachabteilung im KHR umfasste einen Kreißaal, eine Wochenbettstation und ein als Kinderzimmer bezeichnetes Neugeborenenzimmer sowie eine gynäkologische Ambulanz, in der die Geburtsanmeldung und Schwangerenvorsorgeambulanz integriert ist.

6.3.7.2 Nachstehender Tabelle sind die Zahlen der jeweils vorgehaltenen systemisierten DP und der VZÄ von Hebammen und Pflegepersonal zu entnehmen. Weiters ist die Zuordnung der VZÄ des ärztlichen Personals zum geburtshilflichen Bereich ersichtlich:

Bereich	Berufsgruppe	2007		2008		2009		2010	
		DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ
Kreißaal	Hebammen	11,00	11,03	11,00	11,46	11,00	11,94	11,00	11,94
Ambulanz	Hebammen	1,00	0,25	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Wochenbettstation	Pflegepersonal	11,00	9,50	11,00	10,00	11,00	9,61	11,00	10,50
Neugeborenenzimmer	Hebammen	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Neugeborenenzimmer	Pflegepersonal	11,00	8,98	11,00	9,12	11,00	10,05	11,00	10,18
Geburtshilflicher Bereich	Ärztliches Personal	-	8,07	-	9,30	-	9,42	-	8,04

Im gesamten Betrachtungszeitraum waren von den elf im Kreißaal systemisierten DP für Hebammen einer für eine Stationshebamme systemisiert, eine ständige Stationshebammenvertretung war nicht vorgesehen. Ein weiterer DP für Hebammen wurde in der gynäkologischen Ambulanz vorgehalten. Wie die Erhebungen des Kontrollamtes ergaben, war in diesem Bereich eine Hebamme im Ausmaß von 20 Wochenstunden tätig, was einem halben DP entsprechen würde. Nur im Jahr 2007 wurde diese Bedienstete in der gegenständlichen Ambulanz mit 0,25 VZÄ ausgewiesen, während sie in den übr-

gen Jahren dem Kreißsaal zugeordnet wurde. Insgesamt betrachtet entsprachen die VZÄ im Wesentlichen den in diesen beiden Bereichen vorgehaltenen systemisierten DP.

In der Wochenbettstation waren im gesamten Betrachtungszeitraum keine DP für Hebammen, sondern nur solche für Pflegepersonal systemisiert.

Zu dem im Neugeborenenzimmer ausgewiesenen DP einer Hebamme, der auch im gesamten Betrachtungszeitraum mit einer solchen Bediensteten besetzt war, war festzuhalten, dass deren Aufgabengebiet sich nicht von jenem des in diesem Bereich tätigen Pflegepersonals unterschied und diese Hebamme auch der dortigen Stationsleitung unterstellt war.

In den systemisierten DP für Pflegepersonal der Wochenbettstation und des Neugeborenenzimmers war im gesamten Betrachtungszeitraum zwar jeweils ein DP für eine Stationsschwester, aber keiner für eine Stationsschwesternvertretung enthalten. Die Zahl der VZÄ lag in allen Jahren unter jener der jeweils systemisierten DP.

6.3.8 Kennzahlen hinsichtlich der personellen Ausstattung in Kreißsälen und Ambulanzen sowie in präpartalen Stationen mit Hebammen

6.3.8.1 Da bzgl. den in Kreißsälen und in Ambulanzen tätigen Hebammen eine Gegenüberstellung der jeweiligen Personalausstattung zu Betten (entsprechend der zweiten Frage des Pktes. 6) nicht zweckmäßig erschien, hat das Kontrollamt die in diesen Bereichen vorgehaltenen systemisierten DP sowie die jährlich ausgewiesenen VZÄ - soweit diese nicht bettenführenden Kostenstellen zugeordnet waren - in Relation zu den jeweiligen Geburtenzahlen gesetzt.

Kranken- anstalten	Anzahl der Geburten bezogen auf								Durchschnittliche Anzahl der Geburten bezogen auf	
	systemi- sierte DP	VZÄ	systemi- sierte DP	VZÄ	systemi- sierte DP	VZÄ	systemi- sierte DP	VZÄ	systemi- sierte DP	VZÄ
	2007		2008		2009		2010		2007 bis 2010	
AKH	102,52	126,86	81,91	95,39	92,96	121,02	88,96	112,66	91,59	113,98
DSP	94,15	98,64	95,65	96,18	96,80	99,95	94,75	96,10	95,34	97,72

Kranken- anstalten	Anzahl der Geburten bezogen auf								Durchschnittliche Anzahl der Geburten bezogen auf	
	systemi- sierte DP	VZÄ	systemi- sierte DP	VZÄ	systemi- sierte DP	VZÄ	systemi- sierte DP	VZÄ	systemi- sierte DP	VZÄ
	2007		2008		2009		2010		2007 bis 2010	
WIL	103,85	94,22	106,34	108,44	104,00	108,72	112,62	120,25	106,69	107,91
KAR	92,56	93,20	94,25	92,63	81,88	86,78	78,24	76,97	86,73	87,40
SEM	104,00	118,37	109,95	118,40	98,27	106,14	104,90	108,27	104,08	112,80
KFJ	93,47	104,47	99,47	109,46	97,93	109,14	113,27	115,19	101,03	109,56
KHR	67,42	71,72	80,58	84,38	74,33	74,71	85,92	86,35	77,06	79,29

Wie der Tabelle entnommen werden kann, unterlagen die Geburtenzahlen bezogen auf die für Hebammen systemisierten DP in den Jahren 2007 bis 2010 in den einzelnen Anstalten z.T. beträchtlichen jährlichen Schwankungen. Im Einzelnen ist ersichtlich, dass sich im Betrachtungszeitraum diese Kennzahl im AKH und in der KAR tendenziell rückläufig entwickelte, während diesbezüglich das KFJ und das WIL deutliche Steigerungen zu verzeichnen hatten. Auch im KHR war von einer niedrigen Ausgangsbasis ausgehend eine beachtliche Zunahme der Geburten je systemisiertem DP festzustellen.

Bezogen auf die VZÄ stieg die Geburtenzahl je Hebamme auch im WIL und im KFJ über den gesamten Betrachtungszeitraum an. Im KHR nahm die Zahl der Geburten je Hebamme - abgesehen von einem temporären Rückgang im Jahr 2009 - ebenfalls zu. Geringe Unterschiede wies diesbezüglich in den Jahren 2007 bis 2010 das DSP bei leicht sinkender Tendenz auf, während im AKH jährlich deutliche Schwankungen der Geburtenzahlen je Hebamme - bei zuletzt sinkender Tendenz - zu verzeichnen waren. Insbesondere in der KAR aber auch in der SEM entwickelte sich die Zahl der Geburten im Betrachtungszeitraum bezogen auf die VZÄ grundsätzlich rückläufig.

Betrachtet man die durchschnittliche Anzahl an Geburten pro Jahr in Relation zu den für Hebammen systemisierten DP, so wiesen drei Krankenanstalten (WIL, SEM, KFJ) mit über 100 Geburten die diesbezüglich höchsten Kennzahlen auf. Der in den Pkten. 6.3.1 bis 6.3.7 aufgezeigte Sachverhalt, dass in den einzelnen Jahren des Betrachtungszeitraumes nahezu immer weniger Hebammen in den Kreißsälen samt Ambulanzen beschäftigt waren als systemisierte DP für diese Bedienstetengruppe vorgehalten wurden, ließ die durchschnittliche Anzahl an Geburten je VZÄ in allen Krankenanstalten höher

ausfallen. Auffällig waren die großen Unterschiede zwischen den Krankenanstalten; so entfielen z.B. im AKH bzw. in der SEM durchschnittlich rd. 114 bzw. rd. 113 Geburten auf eine Hebamme im Jahr, während es im KHR durchschnittlich nur rd. 79 Geburten waren.

6.3.8.2 Wie bereits dargestellt, wurden im Betrachtungszeitraum lediglich im AKH und in der SEM eigene präpartale Stationen vorgehalten, in denen die pflegerische Betreuung ausschließlich von Hebammen wahrgenommen wurde.

Zur Beantwortung der Frage der personellen Ausstattung pro Bett und Abteilung stellte das Kontrollamt die für Hebammen systemisierten DP den systemisierten Betten und die diesbezüglichen VZÄ den tatsächlichen Betten in einer Tabelle gegenüber:

Präpartale Station	2007		2008		2009		2010	
	Systemisierte DP je Bett	VZÄ je Bett	Systemisierte DP je Bett	VZÄ je Bett	Systemisierte DP je Bett	VZÄ je Bett	Systemisierte DP je Bett	VZÄ je Bett
AKH	0,80	0,72	0,80	0,72	0,80	0,73	0,90	0,73
SEM	0,71	0,91	0,71	0,82	0,71	0,91	0,71	0,89

Während in der präpartalen Station des AKH die VZÄ je tatsächlichem Bett in allen Jahren des Betrachtungszeitraumes unter der Anzahl der systemisierten DP je systemisiertem Bett lagen, stellte sich die Situation in der SEM durchgängig umgekehrt dar.

6.3.9 Kennzahlen hinsichtlich der personellen Ausstattung in den Wochenbettstationen samt Neugeborenenzimmern mit Pflegepersonal und Hebammen

Die Pflege der Patientinnen und der Neugeborenen in Wochenbettstationen sowie in Neugeborenenzimmern wird in den einzelnen geburtshilflichen Bereichen des KAV sowohl von Pflegepersonal als auch von Hebammen wahrgenommen. Anzumerken war, dass die für die Neugeborenen bereitgestellten Betten in den Neugeborenenzimmern statistisch jedoch nicht erfasst wurden. Nachstehender Tabelle sind daher die gesamten in Wochenbettstationen und Neugeborenenzimmern vorgehaltenen systemisierten DP für Pflegepersonal inkl. der Hebammen den systemisierten Betten der Wochenbettstationen sowie die VZÄ den tatsächlichen Betten gegenübergestellt:

Kranken- anstalt	2007		2008		2009		2010	
	Systemi- sierte DP je Bett	VZÄ je Bett	Systemi- sierte DP je Bett	VZÄ je Bett	Systemi- sierte DP je Bett	VZÄ je Bett	Systemi- sierte DP je Bett	VZÄ je Bett
AKH	-	1,02	-	1,06	-	1,09	-	1,08
DSP	1,00	0,94	1,00	1,00	1,00	1,01	1,00	1,02
WIL	1,00	0,92	1,04	0,99	1,04	1,04	1,04	1,04
KAR	0,84	1,14	0,84	1,14	0,89	1,13	0,89	1,15
SEM	1,02	1,28	1,02	1,23	1,15	1,28	1,15	1,29
KFJ	0,85	1,02	1,10	1,03	1,10	1,01	1,15	0,82
KHR	0,85	0,80	0,85	0,84	0,85	0,77	0,85	0,81

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, wurden in den Jahren 2007 bis 2010 mindestens 0,84 bis 0,89 systemisierte DP je systemisiertem Bett in den Wochenbettstationen inkl. der Neugeborenenzimmer vorgehalten (KAR, KHR). In den übrigen Anstalten stand ab dem Jahr 2008 zumindest ein systemisierter DP je systemisiertem Bett zur Verfügung. Im Jahr 2010 wiesen die höchste diesbezügliche Kennzahl die SEM und das KFJ mit jeweils 1,15 systemisierten DP je systemisiertem Bett auf.

Die tatsächliche Ausstattung mit Pflegepersonal und Hebammen in den Stationen des geburtshilflichen Bereiches der angeführten Einrichtungen lag in einer Bandbreite von 0,77 bis 1,29 VZÄ je tatsächlichem Bett. Im gesamten Betrachtungszeitraum war die höchste diesbezügliche Kennzahl in der SEM zu verzeichnen, während sie im KHR in allen Jahren am niedrigsten war.

6.3.10 Kennzahlen hinsichtlich der personellen Ausstattung der geburtshilflichen Bereiche mit ärztlichem Personal

Aus nachstehender Tabelle ist die Personalausstattung mit ärztlichem Personal der geburtshilflichen Bereiche je tatsächlichem Bett ersichtlich, soweit die diesbezüglichen VZÄ dem jeweiligen Kreißaal und den bettenführenden Stationen zugeordnet waren:

Ärztliches Personal	2007	2008	2009	2010
	VZÄ je Bett	VZÄ je Bett	VZÄ je Bett	VZÄ je Bett
DSP	0,23	0,22	0,23	0,25
WIL	0,33	0,32	0,33	0,32
KAR	0,24	0,26	0,27	0,28
SEM	0,26	0,28	0,28	0,29
KFJ	0,23	0,31	0,19	0,22
KHR	0,33	0,39	0,35	0,30

Im gesamten Betrachtungszeitraum errechneten sich für das KHR und das WIL im Durchschnitt die höchsten Zahlen an ärztlichem Personal je Bett im geburtshilflichen Bereich, während das DSP und das KFJ diesbezüglich die niedrigsten Kennzahlen auswiesen.

Anzumerken war allerdings, dass es sich bei der Zuteilung der VZÄ zu den geburtshilflichen Bereichen im Wesentlichen um kostenrechnerische Zuordnungen durch die einzelnen medizinischen Fachabteilungen handelt. Der jeweilige tatsächliche Einsatz des ärztlichen Personals in diesen Bereichen unterliegt bedarfsorientiert permanent erheblichen Schwankungen, die flexibel innerhalb der jeweiligen gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung ausgeglichen werden müssen.

6.4 Personalsituation in den neonatologischen Bereichen

Der neonatologische Bereich als Teil der Kinder- und Jugendheilkunde umfasst grundsätzlich einen neonatologischen Intensivbehandlungsbereich und einen Überwachungsbereich für Neugeborene. In einzelnen Anstalten war darüber hinaus das der Wochenbettstation angeschlossene Neugeborenenzimmer aufbauorganisatorisch der jeweiligen Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde und nicht der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung zugeordnet. Ungeachtet dessen erschien es dem Kontrollamt aus Gründen der Vergleichbarkeit zielführend, in seiner weiteren Darstellung das in diesen Zimmern tätige Pflegepersonal einheitlich dem geburtshilflichen Bereich zuzuordnen.

In den Einrichtungen des KAV waren in sämtlichen neonatologischen Bereichen Ärztinnen bzw. Ärzte tätig, die im Rahmen des medizinischen Personals der jeweiligen Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde geführt wurden. Dem ärztlichen Personal dieser Einrichtungen oblag in allen Fällen auch die medizinische Versorgung der Neugeborenen in den Wochenbettstationen samt angeschlossenen Neugeborenenzimmern.

Die pflegerische Betreuung der in den neonatologischen Bereichen aufgenommenen Früh- und Neugeborenen oblag in allen Krankenanstalten des KAV den DGKP mit pädiatrischer Ausbildung, die in den Intensivbehandlungseinheiten über eine zusätzliche pädiatrische Intensivausbildung verfügen müssen.

Vom KAV wurden für die Berechnung des Pflegepersonalbedarfes für Intensivbehandlungseinheiten grundsätzlich das Planungsinstrumentarium TIPPS und für Überwachungseinheiten die Kinder-PPR zugrunde gelegt. Bei der Personalbedarfsberechnung für Intensivbehandlungsbereiche wurde - im Einvernehmen mit der GED des KAV - grundsätzlich von 25 % Fehlzeiten ausgegangen, während für Überwachungseinheiten die im KAV ansonsten üblichen 20 % Fehlzeiten herangezogen wurden.

In den im WKAP 2006 definierten Strukturqualitätskriterien für Intensivbereiche - Neonatologie wurde bzgl. des Pflegepersonals für Intensivbehandlungseinheiten eine Mindestausstattung von 2,50 und für Überwachungseinheiten von 1,50 Pflegepersonen pro Bett festgelegt. Im Fall spezieller Patientinnenkollektive bzw. Patientenkollektive waren entsprechend höhere Personalschlüssel anzusetzen.

6.4.1 Neonatologischer Bereich der Klinischen Abteilung für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus

6.4.1.1 Der neonatologische Bereich der gegenständlichen Klinischen Abteilung umfasst eine direkt an den Kreißsaal angeschlossene Station, die als Intensivbehandlungseinheit geführt wird. Eine weitere derartige Station sowie eine mit Überwachungsbetten ausgestattete Station ist außerhalb des Kernbaues des AKH im Gebäude der sogenannten "Kliniken am Südgarten" angesiedelt. In einer anderen dort untergebrachten, grundsätzlich der Allgemeinpädiatrie zugeordneten Station wurden beginnend mit dem Jahr 2009 zusätzliche Überwachungsbetten betrieben, wobei damit auch eine entsprechende Aufstockung mit Pflegepersonal einherging. Da in dieser im gesamten Betrachtungszeitraum überwiegend Betten geführt wurden, die der Allgemeinpädiatrie zuzuordnen sind, wurde diese Station vom Kontrollamt nicht in seine weiteren Betrachtungen einbezogen.

6.4.1.2 Wie das Kontrollamt im AKH erhob, erfolgte seitens der Klinischen Abteilung für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie die Berechnung des Personalbedarfes für die beiden Stationen des Intensivbehandlungsbereiches seit jeher - im Einvernehmen mit der Pflegedirektion des AKH - auf Basis einer Sollausstattung

von 3,50 DGKP pro Bett. Konnte dieser Schlüssel über einen längeren Zeitraum nicht sichergestellt werden, führte diese Tatsache in weiterer Folge zu entsprechenden Bettenperren. Im Betrachtungszeitraum lag der Personalbedarf gemäß dem o.a. Schlüssel inkl. Stationsleitungen für den gesamten Intensivbehandlungsbereich bei 74 VZÄ.

Für die Überwachungseinheit erfolgte die Berechnung des Personalbedarfes für den gesamten Betrachtungszeitraum ebenfalls anhand eines Schlüssels, der für diesen Bereich mit 1,50 DGKP pro Bett festgelegt war. Da die gegenständliche Station bis Herbst 2010 durchgehend zwölf systemisierte Betten vorhielt, ergab sich inkl. Stationsleitung ein Personalbedarf von 20 VZÄ. Nachdem die Station ab Oktober 2010 vier weitere Überwachungsbetten - die allerdings aus Platzgründen in einer anderen Station aufgestellt und auch dieser zugeordnet waren - mitbetreute, erhöhte sich in diesem Jahr der Personalbedarf auf durchschnittlich 21,50 VZÄ.

6.4.1.3 Aus nachstehender Tabelle ist die Personalausstattung mit Pflegepersonal im bettenführenden Neugeborenen-Intensivbehandlungsbereich sowie im Neugeborenen-Überwachungsbereich des AKH ersichtlich, wobei in den angeführten Personalzahlen grundsätzlich VZÄ für drei Stationsleitungen sowie ebenso viele für ständige Stationschwestervertretungen enthalten sind:

Bereich	Berufsgruppe	2007		2008		2009		2010	
		DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ
Intensiv- behandlung	Pflegepersonal	-	68,23	-	68,74	-	71,46	-	67,53
Überwachung	Pflegepersonal	-	19,31	-	20,60	-	23,17	-	21,10

Die VZÄ in den Intensivbehandlungsbereichen lagen in allen Jahren deutlich unter dem vom AKH ermittelten Personalbedarf, wobei im Jahr 2010 die Abweichung am höchsten war.

Im Überwachungsbereich entsprach die Personalausstattung in den Jahren 2007, 2008 und 2010 im Wesentlichen dem Personalbedarf entsprechend dem Berechnungsschlüssel. Im Jahr 2009 lagen die VZÄ sogar deutlich über dem ermittelten Personalbedarf.

6.4.2 Neonatologischer Bereich der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde des Sozialmedizinischen Zentrums Ost - Donauspital

6.4.2.1 Im gesamten Betrachtungszeitraum verfügte die Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde des DSP über eine neonatologische Intensiveinheit. Mitte des Jahres 2009 wurden vier zusätzliche Überwachungsbetten geschaffen, die allerdings - wie im Pkt. 4.1.3 beschrieben - erst Ende des Jahres 2010 genehmigt wurden.

6.4.2.2 Eine Berechnung des Personalbedarfes für den Pflegebereich dieser neonatologischen Intensiveinheit lag für die Jahre 2008, 2009 und 2010 vor und erfolgte jeweils mit der Personalbedarfsberechnung TIPPS. Im Ergebnis zeigte sich, dass der Personalbedarf kontinuierlich von 2,61 Pflegepersonen je Bett auf 3,12 Pflegepersonen je Bett angestiegen war, wobei in diesen Zahlen die Stationsleitung nicht enthalten ist. Inklusiv der Stationsleitung ergab sich für das Jahr 2007 ein Personalbedarf von rd. 26 Pflegepersonen und im Jahr 2010 von mehr als 35 Pflegepersonen.

6.4.2.3 Nachstehender Tabelle kann die Personalausstattung der neonatologischen Intensiveinheit des DSP (inkl. des Überwachungsbereiches) mit Pflegepersonal sowie mit ärztlichem Personal entnommen werden, wobei in den angeführten Personalzahlen grundsätzlich VZÄ für die Stationsleitung und eine ständige Stationsschwesternvertretung enthalten sind:

Bereich	Berufsgruppe	2007		2008		2009		2010	
		DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ
Intensivbehandlung/ Überwachung	Pflegepersonal	30,00	25,43	30,00	27,10	30,00	27,21	33,00	30,03
Neonatologischer Bereich	Ärztliches Personal	-	4,55	-	4,65	-	4,78	-	5,02

Im Oktober 2010 wurden im Zusammenhang mit der erwähnten Kapazitätserweiterung des neonatologischen Bereiches im DSP um eine Überwachungseinheit drei zusätzliche DP für Pflegepersonal systemisiert.

Wie die Tabelle zeigt, stieg die Personalausstattung sowohl beim ärztlichen Personal als auch beim Pflegepersonal im neonatologischen Bereich des DSP kontinuierlich an. Ungeachtet dessen vergrößerte sich bzgl. des Pflegepersonals im Betrachtungszeit-

raum laufend die Differenz zwischen dem mittels TIPPS errechneten Personalbedarf und den VZÄ.

6.4.3 Neonatologischer Bereich der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde - Kinderklinik Glanzing des Wilhelminenspitals

6.4.3.1 In der gegenständlichen Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde waren eine Neonatologische Intensivstation sowie eine IMC-Nachsorgestation eingerichtet, der die Versorgung von behandlungsbedürftigen Früh- und Neugeborenen des WIL sowie der SEM oblag.

6.4.3.2 Eine Berechnung des Personalbedarfes für den Pflegebereich dieser neonatologischen Intensiveinheit ergab für den gesamten Betrachtungszeitraum auf Basis der Personalbedarfsberechnung TIPPS inkl. der Stationsleitung für das Jahr 2007 rd. 36, in den beiden Folgejahren rd. 38 und im Jahr 2010 wiederum rd. 36 Pflegepersonen.

Im Überwachungsbereich wurden von der Anstalt auf Basis der Kinder-PPR für die Jahre 2007 und 2010 ein Personalbedarf von rd. 24 sowie für die Jahre 2008 und 2009 von rd. 27 Pflegepersonen ausgewiesen.

6.4.3.3 Nachstehender Tabelle kann die Personalausstattung der neonatologischen Intensiveinheit des WIL mit Pflegepersonal sowie mit ärztlichem Personal entnommen werden, wobei in den angeführten Personalzahlen grundsätzlich die VZÄ für die beiden Stationsleitungen und deren ständige Stationsschwesternvertretungen enthalten sind:

Bereich	Berufsgruppe	2007		2008		2009		2010	
		DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ
Intensivbehandlung	Pflegepersonal	33,00	37,22	33,00	36,26	33,00	36,64	35,00	37,56
Überwachung	Pflegepersonal	20,00	15,51	20,00	15,49	21,00	16,16	23,50	16,58
Neonatologischer Bereich	Ärztliches Personal	-	13,07	-	10,87	-	14,27	-	15,46

Wie bereits im Pkt. 4.1.4 ausgeführt, konnten im WIL von den auf der Überwachungseinheit vorgehaltenen 20 Betten nur zwölf tatsächlich als Überwachungsbetten genutzt werden, weshalb die Personalausstattung mit den Überwachungseinheiten der anderen Anstalten nicht vergleichbar ist. Wie einer diesbezüglichen Unterlage aus dem Jahr

1997 hervorgeht, wurde für die zwölf Überwachungsbetten unter Zugrundelegung einer geplanten 85%igen Auslastung und einem Berechnungsschlüssel von 1,50 Pflegepersonen pro Bett insgesamt ein Personalbedarf von 15,30 Pflegepersonen errechnet. Für die übrigen Betten wurde auf Basis eines Durchschnittswertes unter Heranziehung der Kinder-PPR bei der gleichen Auslastung ein Personalbedarf von 4,90 Pflegepersonen ermittelt, womit sich damals ein Bedarf von insgesamt 20 DP errechnete, der auch noch in den Jahren 2007 und 2008 die Grundlage für die vorgehaltenen DP bildete.

Die aus der Tabelle ersichtliche in den Jahren 2009 und 2010 erfolgte Erhöhung der systemisierten DP für Pflegepersonen im neonatologischen Bereich wurde von der Anstalt mit der notwendigen Annäherung an den errechneten Personalbedarf begründet und war abteilungsintern mittels Postenumverteilung aufgrund einer Pavillonsperre möglich.

Zu der Tatsache, dass in der Intensivbehandlung deutlich mehr VZÄ als systemisierte DP ausgewiesen wurden, während sich die diesbezügliche Situation im Überwachungsbereich im Betrachtungszeitraum umgekehrt darstellte, teilte die Anstalt dem Kontrollamt mit, dass infolge eines intern festgelegten Aufteilungsschlüssels Pflegepersonal des letztgenannten Bereiches zu einem gewissen Prozentsatz dem Intensivbehandlungsbereich zugebucht wurde.

6.4.4 Department für Neonatologie der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde der Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik

6.4.4.1 Im Betrachtungszeitraum wurden in der KAR - wie im Pkt. 4.1.5 bereits erwähnt - Frühgeborene und behandlungsbedürftige Neugeborene betreut. Dieser vom Leistungsspektrum als Überwachungseinheit einzuordnende neonatologische Bereich war in eine Neonatologie und in eine sogenannte Neonatologie-Nachsorgestation gegliedert. Letztere wurde dennoch nur als Normalstation betrieben. Aufgrund des dort betreuten Patientinnenkollektivs bzw. Patientenkollektivs wurde diese Station vom Kontrollamt bei der Betrachtung der Personalausstattung mitberücksichtigt.

6.4.4.2 Die Personalbedarfsberechnung erfolgte für beide o.a. Bereiche für alle Jahre auf Basis der Kinder-PPR und ergab für das Jahr 2007 einen Bedarf von rd. 20 Pflegepersonen, der in den Folgejahren - aufgrund einer platzbedingt sehr geringen Bettenauslastung auf der Neonatologie-Nachsorgestation - auf rd. zwölf bzw. rd. 13 Pflegepersonen vermindert wurde.

6.4.4.3 Aus nachstehender Tabelle geht die Personalausstattung der neonatologischen Intensiveinheit der KAR mit Pflegepersonal sowie ärztlichem Personal hervor. Anzumerken war, dass für den gesamten Betrachtungszeitraum nur eine ständige Stationschwesternvertretung in den Personalzahlen enthalten ist. Erst im Jahr 2009 wurde ein DP für eine Stationsleitung - der bislang im Neugeborenenzimmer des geburtshilflichen Bereiches vorgehalten wurde - dem neonatologischen Bereich zugeordnet, wobei seither das Neugeborenenzimmer diesbezüglich mitbetreut wird.

Bereich	Berufsgruppe	2007		2008		2009		2010	
		DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ
Überwachung	Pflegepersonal	19,00	16,27	19,00	15,67	20,00	16,70	20,00	16,74
Neonatologischer Bereich	Ärztliches Personal	-	5,60	-	4,54	-	5,00	-	6,46

Beim Pflegepersonal unterschritten einerseits die VZÄ in allen Jahren merklich die Zahl der systemisierten DP, andererseits überstieg die Personalvorhalteleistung in den Jahren 2008 bis 2010 den auf Basis der Kinder-PPR errechneten Personalbedarf deutlich. Die VZÄ beim ärztlichen Personal zeigten keinen kontinuierlichen Verlauf und erreichten im Jahr 2010 den höchsten Stand innerhalb des Betrachtungszeitraumes.

6.4.5 Neonatologischer Bereich der Internen Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Standort Gottfried von Preyer'schem Kinderspital des Kaiser-Franz-Josef-Spitals

6.4.5.1 Am Standort PRE war in den Jahren 2007 bis 2010 eine Neonatologische- und Kinderintensivstation eingerichtet, die für die neonatologische Intensivbehandlung Früh- bzw. Neugeborener des KFJ, des KHR sowie des St. Josef-Spitals zuständig war, aber auch schwerst kranke Kinder versorgte, die nicht mehr dem Kreis der Früh- bzw. Neugeborenen zuzurechnen sind. Im Hinblick auf die hohe Zahl der von dieser Station in-

tensivmedizinisch betreuten Früh- und Neugeborenen bezog das Kontrollamt diese Einrichtung in seine Betrachtungen mit ein (s. Pkt. 4.1.1.2).

Des Weiteren wurde an diesem Standort eine als Normalpflegestation gewidmete Früh- und Neugeborenenstation vorgehalten, in der neonatologische Patientinnen bzw. Patienten unmittelbar nach ihrer Geburt oder im Anschluss an deren intensivmedizinische Betreuung ohne Beatmung bis zu ihrer Entlassung versorgt wurden, weshalb diese Station ebenfalls in die gegenständlichen Betrachtungen des Kontrollamtes einbezogen wurde (s. Pkte. 4.1.1.2 und 4.3).

6.4.5.2 Für die Intensivbehandlungseinheit konnten dem Kontrollamt von der Anstalt nur für die Jahre 2009 und 2010 die mit TIPPS vorgenommenen Personalbedarfsberechnungszahlen vorgelegt werden. In diesen beiden Jahren wurde der Personalbedarf mit rd. 20 Pflegepersonen beziffert.

Die entsprechend der Kinder-PPR vorgenommenen Personalbedarfsberechnungen für die Überwachungseinheit ergaben für das Jahr 2007 einen Bedarf von 13 VZÄ, der sukzessive bis in das Jahr 2009 auf nahezu 19 VZÄ anstieg und im Jahr 2010 auf rd. 18 VZÄ zurückging.

6.4.5.3 Nachstehender Tabelle kann die Personalausstattung der neonatologischen Intensiveinheit des PRE seit der Integration dieser Anstalt in das KFJ mit Pflegepersonal sowie mit ärztlichem Personal entnommen werden, wobei in den angeführten Personalzahlen in der Regel die VZÄ für die beiden Stationsleitungen und eine ständige Stationsschwesternvertretung auf der Intensivbehandlungseinheit enthalten sind.

Bereich	Berufsgruppe	2008		2009		2010	
		DP	VZÄ	DP	VZÄ	DP	VZÄ
Intensivbehandlung	Pflegepersonal	23,00	22,09	23,00	21,80	23,00	20,31
Überwachung	Pflegepersonal	15,00	15,03	15,00	15,26	15,00	14,79
Neonatologischer Bereich	Ärztliches Personal	-	6,09	-	6,12	-	6,33

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass in allen Jahren in der Intensivbehandlungseinheit die VZÄ des Pflegepersonals unter der Zahl der vorgehaltenen systemisierten DP la-

gen, während sie in der Überwachungseinheit im Wesentlichen entsprachen. Die VZÄ in der Intensivbehandlungseinheit lagen allerdings über dem vom PRE errechneten Personalbedarf, während im Überwachungsbereich die Personalausstattung nicht mit dem Personalbedarf korrelierte.

6.4.6 Kennzahlen hinsichtlich der personellen Ausstattung von Pflegepersonal im neonatologischen Bereich

Zur Beantwortung der Frage der personellen Ausstattung pro Bett betrachtete das Kontrollamt bzgl. des Pflegepersonals die Intensivbehandlungseinheiten und die Überwachungseinheiten getrennt, da - wie bereits erwähnt - gemäß WKAP 2006 jeweils unterschiedliche Personalbedarfsschlüssel zur Anwendung kamen.

6.4.6.1 In der nachstehenden Tabelle sind die gesamten in Intensivbehandlungseinheiten systemisierten DP für Pflegepersonal den dort vorgehaltenen systemisierten Betten und die VZÄ den tatsächlichen Betten gegenübergestellt. Gemäß den im WKAP 2006 festgelegten Strukturqualitätskriterien für Intensivbereiche - Neonatologie umfasst der Personalbedarf in solchen Einheiten mindestens 2,50 Pflegepersonen pro Bett.

Kranken- anstalten	2007		2008		2009		2010	
	Systemi- sierte DP je Bett	VZÄ je Bett	Systemi- sierte DP je Bett	VZÄ je Bett	Systemi- sierte DP je Bett	VZÄ je Bett	Systemi- sierte DP je Bett	VZÄ je Bett
AKH	-	3,34	-	3,50	-	3,76	-	3,59
DSP	3,00	2,68	3,00	2,85	2,44	3,24	2,36	2,73
WIL	2,36	2,66	2,36	2,59	2,36	2,62	2,50	2,68
PRE	-	-	3,83	3,81	3,83	3,69	3,83	3,44

Im AKH hatten in allen Jahren des Betrachtungszeitraumes die VZÄ je Bett deutlich den in den Strukturqualitätskriterien festgeschriebenen Personalschlüssel an Pflegepersonen überschritten. Dies begründet sich damit, dass - wie bereits im Pkt. 6.4.1.2 erwähnt - die Pflegedienstleitung der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde mit der Pflegedirektion des AKH unter Hinweis auf das spezielle im AKH zu betreuende Patientinnenkollektiv bzw. Patientenkollektiv eine Sollausstattung von 3,50 Pflegepersonen pro Bett vereinbart hatte. Die Personalausstattung je tatsächlichem Bett entsprach somit im Wesentlichen diesem vom AKH als erforderlich erachteten Personalbedarf. Die Auslastung der gegenständlichen Intensivbetten lag in allen Jahren deutlich über 90 %.

Im DSP wurden in der Intensivbehandlungseinheit bis zum Jahr 2009 für Pflegepersonen drei DP je systemisiertem Bett vorgehalten, womit dem in den Strukturqualitätskriterien geforderten Personalbedarf mehr als entsprochen wurde. Die in der Tabelle für die Jahre 2009 bzw. 2010 ausgewiesene geringere Zahl an systemisierten DP je Bett ist im Zusammenhang mit den im Laufe des Jahres 2009 für Überwachungszwecke geschaffenen und systemisierten, aber vorübergehend als solche nicht betriebenen, Betten zu sehen (s. Pkt. 4.1.3).

Bezüglich der VZÄ je tatsächlichem Bett zeigt die Tabelle, dass trotz der zusätzlich systemisierten Betten aufgrund von Sperren im gesamten Betrachtungszeitraum der im WKAP 2006 als Mindestbedarf angegebene Personalbedarf an Pflegepersonen überschritten wurde. Auch im DSP lag die Bettenauslastung der neonatologischen Intensivbehandlungseinheit in allen Jahren über rd. 90 %.

Im WIL konnte erst im Jahr 2010 durch Schaffung zweier zusätzlicher systemisierter DP der in den Strukturqualitätskriterien vorgesehene Personalschlüssel je Bett in der neonatologischen Intensivbehandlungseinheit erreicht werden. Von der Anstalt wurden allerdings im Betrachtungszeitraum mehr VZÄ der Intensivbehandlungseinheit zugeordnet als dort DP systemisiert waren, womit auch in dieser Anstalt mit der Zahl der VZÄ je tatsächlichem Bett in allen Jahren der Personalschlüssel lt. WKAP 2006 eingehalten wurde. Die Auslastung der gegenständlichen Betten schwankte zwischen rd. 81 % und rd. 86 %.

Im PRE konnten sowohl mit den vorgehaltenen systemisierten DP als auch mit den VZÄ die Mindestqualitätskriterien des WKAP 2006 bzgl. der Personalschlüssel je Bett deutlich überschritten werden. Diese hohe Personalausstattung je tatsächlichem Bett entsprach im Betrachtungszeitraum etwa jener der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde des AKH, wobei jedoch weder das zu betreuende Patientinnenkollektiv bzw. Patientenkollektiv noch die Bettenauslastung - die im Betrachtungszeitraum in einer Bandbreite von rd. 65 % bis rd. 70 % lag - mit der letztgenannten Einrichtung vergleichbar war.

6.4.6.2 Der nachfolgenden Tabelle sind für jene Anstalten, die im Betrachtungszeitraum über Überwachungseinheiten verfügten, die dem Pkt. 6.4.6.1 analogen Personalkennzahlen zu entnehmen. Gemäß den im WKAP 2006 festgelegten Strukturqualitätskriterien umfasst der Personalbedarf in solchen Einheiten mindestens 1,50 Pflegepersonen pro Bett.

Kranken- anstalt	2007		2008		2009		2010	
	Systemi- sierte DP je Bett	VZÄ je Bett	Systemi- sierte DP je Bett	VZÄ je Bett	Systemi- sierte DP je Bett	VZÄ je Bett	Systemi- sierte DP je Bett	VZÄ je Bett
AKH	-	1,61	-	1,75	-	1,96	-	1,62
WIL	1,00	0,79	1,00	0,78	1,05	0,81	1,18	0,83
KAR	1,73	1,47	1,73	1,41	1,82	1,50	1,82	1,51
PRE	-	-	1,25	1,43	1,25	1,61	1,25	1,46

Im AKH überschritten in allen Jahren des Betrachtungszeitraumes die VZÄ je Bett den in den Strukturqualitätskriterien festgeschriebenen Personalschlüssel für Pflegepersonen, wobei allerdings auch anzumerken war, dass die Auslastung der gegenständlichen Überwachungsbetten zwischen rd. 93 % und rd. 96 % betrug.

Wie bereits im Pkt. 6.4.3.3 ausgeführt, lag der Personalausstattung im WIL eine nicht ausschließliche Nutzung der dort vorgehaltenen Betten für Überwachungszwecke zugrunde. Ein nicht unerheblicher Teil der Betten dieser Station wurde für Zwecke der Nachbetreuung verwendet, womit der in den Strukturqualitätskriterien angeführte Personalschlüssel im WKAP 2006 nicht für die gesamte Station zum Tragen kam. Eine Vergleichbarkeit mit Überwachungseinheiten anderer Anstalten war daher für diese Einrichtung - die im Betrachtungszeitraum eine Auslastung von rd. 78 % bis zu rd. 87 % erreichte - nicht gegeben.

In der KAR war - obwohl nur ein Teil der in die Betrachtung einbezogenen Betten als Überwachungseinheit geführt wurde - eine so hohe Zahl an DP je Bett systemisiert, dass für sämtliche systemisierte Betten der im WKAP 2006 festgelegte Personalschlüssel deutlich überschritten wurde. Die Kennzahl VZÄ je tatsächlichem Bett entsprach in den Jahren 2007 bis 2010 im Wesentlichen dem gegenständlichen Personalschlüssel, wobei jedoch - wie im Pkt. 4.1.5 angeführt - die Auslastung eines Teiles der Betten dieser Überwachungseinheit sehr gering war.

Wenngleich im PRE die vorgehaltenen systemisierten DP die Strukturqualitätskriterien des WKAP 2006 unterschritten, so lagen die VZÄ je tatsächlichem Bett im Wesentlichen im Rahmen der diesbezüglichen Vorgaben. Dieser Umstand war darauf zurückzuführen, dass in allen Jahren Bettensperren zu verzeichnen und die systemisierten DP in hohem Maß besetzt waren. Die Auslastung der gegenständlichen Einrichtung bewegte sich im Betrachtungszeitraum zwischen rd. 83 % und rd. 90 %.

6.4.7 Kennzahlen hinsichtlich der personellen Ausstattung von ärztlichem Personal im neonatologischen Bereich

Aus nachstehender Tabelle ist - mit Ausnahme des AKH - die Personalausstattung mit ärztlichem Personal der neonatologischen Bereiche je tatsächlichem Bett ersichtlich, soweit die diesbezüglichen VZÄ den Überwachungs- bzw. Intensivbereichen zugeordnet waren:

Ärztliches Personal	2007	2008	2009	2010
	VZÄ je Bett	VZÄ je Bett	VZÄ je Bett	VZÄ je Bett
DSP	0,48	0,49	0,57	0,42
WIL	0,39	0,32	0,42	0,46
KAR	0,50	0,41	0,45	0,58
PRE	-	0,37	0,40	0,40

Die Personalzuteilung des ärztlichen Personals unterlag im Betrachtungszeitraum anstaltsweise nur geringen Schwankungen. Auch war zwischen den Anstalten ein relativ einheitlicher Personalschlüssel je Bett feststellbar; geringfügig höhere Kennzahlen wiesen in einzelnen Jahren das DSP und die KAR auf.

6.5 Feststellungen des Kontrollamtes

6.5.1 Wie die Erhebungen des Kontrollamtes zeigten, gelangte bisher im KAV kein unternehmensweit geltendes Instrumentarium bei der Personalbedarfsplanung für Hebammen zum Einsatz. Dies war nach Ansicht des Kontrollamtes einerseits darauf zurückzuführen, dass diesbezüglich bisher die Fachliteratur nur wenige Anhaltspunkte für entsprechende Berechnungsmethoden bot, andererseits stellten sich der Einsatz der Hebammen in den verschiedenen geburtshilflichen Bereichen (wie Kreißaal, Ambulanzen und Stationen) in den einzelnen Anstalten und damit auch der gegenständliche

Personalbedarf sehr unterschiedlich dar. So war nämlich eine einheitliche Abgrenzung zu den Aufgabengebieten des Pflegepersonals im geburtshilflichen Bereich bisher nicht erfolgt.

Im Gegensatz zu den anderen Anstalten waren im AKH bzgl. der Hebammen laufend Personalbedarfsberechnungen erfolgt, wobei der Zeitaufwand für Geburten unter den diesbezüglich verfügbaren Zahlen gemäß der Fachliteratur lag.

Um den Personalbedarf an Hebammen anstaltsübergreifend in vergleichbarer Form berechnen zu können, wäre in einem ersten Schritt - unter Berücksichtigung des HebG - festzulegen, in welchen Bereichen außerhalb des Kreißsaales im KAV Hebammen künftig eingesetzt werden sollen. Danach wäre es notwendig, den durchschnittlichen Zeitaufwand für alle von den Hebammen zu erbringenden Leistungen zu erfassen, wobei unter Zugrundelegung dieser Werte in weiterer Folge standardisierte Personalbedarfsberechnungen erfolgen könnten.

Zu der Frage der Personalbedarfsplanung im neonatologischen Bereich ist bzgl. des ärztlichen Personals festzuhalten, dass für diese bisher die Personalbedarfsbestimmung basierend auf der für den Nachtdienst vorgesehenen Vorhalteleistung der jeweiligen medizinischen Fachabteilung erfolgte. Bedienstete der MTD und der SHD waren grundsätzlich neonatologischen Bereichen nicht zugeordnet, sondern wurden bedarfsorientiert für diese Bereiche tätig.

Demgegenüber erfolgte im Betrachtungszeitraum die Personalbedarfsplanung für Pflegepersonal mit spezifischen Personalplanungsmethoden, die im Pkt. 6.1.3.2 beschrieben und deren Ergebnisse in den Pkten. 6.4.1 bis 6.4.5 dargestellt wurden. Anzumerken war allerdings, dass im KAV weder der Einsatz der angewandten Personalbedarfsplanungsmethoden noch die diesbezüglichen Ergebnisse verbindlich waren.

Im Gegensatz zu den anderen neonatologischen Einrichtungen wurden im AKH primär anstaltsintern festgelegte Kennzahlen als Berechnungsschlüssel für den Pflegebedarf herangezogen. Konnten diese Kennzahlen temporär nicht erreicht werden, erfolgten in

weiterer Folge Bettensperren bis zu jenem Ausmaß, mit dem der Berechnungsschlüssel sichergestellt war.

6.5.2 Mangels einer KAV-weiten Festlegung bzgl. des Personaleinsatzes von Hebammen stellte sich auch die Personalausstattung mit dieser Berufsgruppe in den einzelnen geprüften Einrichtungen sehr unterschiedlich dar. Da in Bezug auf die nicht bettenführenden Kreißsäle und Ambulanzen eine Darstellung der personellen Ausstattung mit Hebammen im Sinn der Fragestellung des Prüfersuchens nicht möglich war, wurde vom Kontrollamt die Anzahl der Geburten den systemisierten DP sowie den VZÄ gegenübergestellt. Die beträchtlichen in der Tabelle im Pkt. 6.3.8.1 ausgewiesenen anstaltsweisen Abweichungen bei den diesbezüglichen Kennzahlen waren insbesondere auf uneinheitliche Entwicklungen der Geburtenzahlen, aber auch auf die unterschiedlichen Strukturen in den einzelnen geburtshilflichen Einrichtungen zurückzuführen.

Die Tatsache, dass im Betrachtungszeitraum das AKH im Durchschnitt umgelegt auf die VZÄ die höchste Zahl an Geburten auswies, war auf die hohe Zahl an unbesetzten DP für Hebammen zurückzuführen. Es fiel allerdings auch auf, dass am Ende des Betrachtungszeitraumes das WIL sowie das KFJ infolge angestiegener Geburtenzahlen eine deutliche Zunahme bei den Geburten je Hebamme zu verzeichnen hatten und im Jahr 2010 über der diesbezüglichen Kennzahl des AKH lagen.

Im stationären Bereich waren im Betrachtungszeitraum Hebammen im AKH und in der SEM in den präpartalen Stationen tätig, wobei die diesbezüglichen Personalkennzahlen im Pkt. 6.3.8.2 angeführt sind. Auf den Wochenbettstationen waren Hebammen im WIL im gesamten Betrachtungszeitraum und im KFJ überwiegend tätig, wobei in den angeschlossenen Neugeborenenzimmern - so wie in den übrigen Anstalten - grundsätzlich Pflegepersonal eingesetzt wurde. Da in allen geburtshilflichen Bereichen auf den Wochenbettstationen mit angeschlossenen Neugeborenenzimmern Pflegepersonal und Hebammen gemeinsam zum Einsatz kamen, hat das Kontrollamt im Pkt. 6.3.9 die gegenständlichen Personalzahlen beider Berufsgruppen jeweils den Betten gegenübergestellt, wobei z.T. erhebliche Unterschiede bei der Personalausstattung zutage traten.

Die im Pkt. 6.3.10 vorgenommene Gegenüberstellung der VZÄ des ärztlichen Personals je Bett ergab zwar ebenfalls Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen, dem Kontrollamt erschien allerdings die Aussagekraft dieser nur auf den geburtshilflichen Bereich bezogenen Kennzahlen gering, da die Ärztinnen bzw. Ärzte grundsätzlich abteilungsübergreifend bedarfsorientiert in den einzelnen gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen tätig werden.

Nicht zuletzt ergaben die Erhebungen des Kontrollamtes, dass für die Intensivbehandlungs- und Überwachungseinheiten des neonatologischen Bereiches im WKAP 2006 als eine Komponente der Strukturqualität für das Pflegepersonal eine Mindestausstattung in Form von Personalschlüsseln festgelegt war. Wie die Prüfung zeigte, wurden bzgl. der Intensivbehandlungseinheiten diese Personalschlüssel in allen derartigen Einrichtungen sowohl hinsichtlich der DP-Ausstattung als auch der VZÄ erreicht bzw. z.T. überschritten.

Bezüglich der Überwachungseinheiten ergab die Prüfung, dass einige Stationen nicht nur die entsprechenden Intensivbetten, sondern z.T. auch pädiatrische Normalpflegebetten führten, für welche die Vorgabe im WKAP 2006 hinsichtlich der Mindestpersonalausstattung nicht zum Tragen kam. Daher war der tatsächliche Personalbedarf auf solchen Stationen nicht mit jenem von Überwachungseinheiten vergleichbar, die ausschließlich entsprechende Intensivbetten vorhielten.

Da das Kontrollamt im Zuge seiner Prüfung den Eindruck gewann, dass mitunter auch pädiatrische Normalpflegebetten für die neonatologische Versorgung genutzt wurden, wurde auf die im Pkt. 4.5.4 getroffenen Empfehlungen, eine korrekte Widmung und einen transparenten Nachweis der gegenständlichen Betten vorzunehmen, verwiesen. Ergänzend wurde empfohlen, dass bei der Erstellung eines neonatologischen Versorgungskonzeptes jedenfalls die in den einzelnen Überwachungseinheiten bereits bestehende Personalausstattung je Bett Berücksichtigung finden soll.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Das Kontrollamt stellt fest, dass einige der Stationen nicht nur die entsprechenden Intensivbetten, sondern z.T. auch pädiatrische Normalpflegebetten führten, wodurch die Vorgaben im WKAP 2006 hinsichtlich der Mindestpersonalausstattung nicht zum Tragen kamen.

Die Bereinigung dieser Situation ist mit der Überarbeitung des RSG 2012 geplant. Sämtliche derzeit als IMC-Betten auf Normalstationen geführten Betten werden künftig gemäß der Nutzung (IMC) gewidmet werden. Selbstverständlich werden alle Überwachungseinheiten nach geltenden Strukturkriterien ausgestattet und können LKF-mäßig abgerechnet werden.

7. Einhaltung der gesetzlichen Arbeitszeit in geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Frage des Prüfersuchens eingegangen:

Frage: Wurde/wird die gesetzliche Arbeitszeit an den zu prüfenden Abteilungen eingehalten? Wie hoch waren/sind die Überschreitungen in den einzelnen Berufsgruppen? Wie viele Nachtzeitstunden sind durchschnittlich angefallen und gab es Fälle, wo die Ruhezeit verweigert wurde?

7.1 Allgemeines

Die Regelungen für die Festsetzung der Arbeitszeit von Bediensteten der Stadt Wien beruhen auf mehreren Grundlagen. So gelangen neben dem KA-AZG sowie den dazugehörigen Vereinbarungen zwischen der Stadt Wien und der Personalvertretung der Wiener Gemeindebediensteten und dem ARG ebenso Bestimmungen der DO 1994 bzw. der VBO 1995 zur Anwendung.

Gemäß DO 1994 bzw. VBO 1995 beträgt für vollzeitbeschäftigte Bedienstete die Normalarbeitszeit 40 Wochenstunden. Weiters haben Bedienstete der Stadt Wien auf An-

ordnung über die Normalarbeitszeit hinaus Dienst zu versehen; geleistete Überstunden sind in Freizeit auszugleichen und/oder nach den besoldungsrechtlichen Vorschriften abzugelten.

7.1.1 Prüfungsrelevante Regelungen gemäß Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz

Das KA-AZG regelt die Arbeitszeit für Angehörige von Gesundheitsberufen in Kranken- und Pflegeanstalten sowie ähnlichen Einrichtungen.

7.1.1.1 Wie bereits im Pkt. 2.5.5 erwähnt, darf die Tagesarbeitszeit grundsätzlich 13 Stunden, die Wochenarbeitszeit innerhalb eines Durchrechnungszeitraumes von bis zu 17 Wochen im Durchschnitt 48 Stunden und in einzelnen Wochen des genannten Zeitraumes 60 Stunden nicht überschreiten. Im Rahmen der Mitwirkungsbefugnis bei der Arbeitszeitgestaltung hat das jeweilige betriebliche Vertretungsorgan das Einvernehmen mit den Vertreterinnen bzw. Vertretern der betroffenen Dienstnehmerinnen bzw. Dienstnehmer, die den Verhandlungen beizuziehen sind, herzustellen. Ferner können bei Dienstnehmerinnen bzw. Dienstnehmern, die während der Arbeitszeit nicht durchgehend in Anspruch genommen werden (wie z.B. Ärztinnen bzw. Ärzte), auch Regelungen in Bezug auf die Leistung sogenannter verlängerter Dienste festgelegt werden.

7.1.1.2 Wie ebenfalls bereits im Pkt. 2.5.5 dargestellt, ist nach Beendigung der Tagesarbeitszeit oder eines verlängerten Dienstes den Bediensteten eine ununterbrochene Ruhezeit von elf Stunden zu gewähren. Bei einer Tagesarbeitszeit zwischen acht und 13 Stunden ist jeweils innerhalb der nächsten zehn Kalendertage eine Ruhezeit um vier Stunden zu verlängern. Weiters ist im Fall von verlängerten Diensten innerhalb der nächsten 17 Kalenderwochen eine Ruhezeit um jenes Ausmaß, um das der verlängerte Dienst 13 Stunden überstiegen hat, mindestens jedoch jeweils um elf Stunden zu verlängern.

7.1.1.3 Gemäß § 8 KA-AZG finden in außergewöhnlichen und unvorhersehbaren Fällen die Bestimmungen zur Arbeitszeit sowie zu den Ruhepausen und Ruhezeiten keine Anwendung, wenn die Betreuung von Patientinnen bzw. Patienten nicht unterbrochen werden kann oder deren sofortige Betreuung unbedingt erforderlich wird und durch andere organisatorische Maßnahmen keine Abhilfe geschaffen werden kann.

Des Weiteren können durch Betriebsvereinbarung oder im Einvernehmen mit der Personalvertretung vorübergehend Ausnahmen bei der Ausformung sogenannter verlängerter Dienste festgelegt werden, wenn die Wahrung von Interessen der Patientinnen bzw. Patienten oder die Aufrechterhaltung des Krankenanstaltenbetriebes dies notwendig macht, die allgemeinen Grundsätze der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Bediensteten eingehalten werden und durch die erforderlichen Maßnahmen sichergestellt wird, dass den Bediensteten keine Nachteile daraus entstehen, wenn diese generell oder im Einzelfall nicht bereit sind, solche Arbeiten zu leisten. Solche Arbeitszeitverlängerungen sind von der Dienstgeberin bzw. vom Dienstgeber ehestens, längstens jedoch vier Tage nach Beginn der Arbeiten dem zuständigen Arbeitsinspektorat schriftlich anzuzeigen, wobei diese Anzeige eine aktuelle Liste der von der Arbeitszeitverlängerung betroffenen Bediensteten und das Ausmaß der vorgesehenen Arbeitszeit zu enthalten hat.

7.1.1.4 Nicht zuletzt hat entsprechend dem § 11 KA-AZG die Dienstgeberin bzw. der Dienstgeber im Rahmen der Aufzeichnungspflicht zur Überwachung der in diesem Bundesgesetz geregelten Angelegenheiten in der Dienststelle Aufzeichnungen über die geleisteten Arbeitsstunden der Bediensteten zu führen, wobei Tätigkeiten im Zusammenhang mit außergewöhnlichen Fällen gesondert aufzuzeichnen sind.

7.1.2 Grundsätzliche Regelungen zur Vollziehung des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes

7.1.2.1 Im Rahmen der im KA-AZG festgelegten Mitwirkungsbefugnis wurde zwischen der Stadt Wien und der Personalvertretung der Wiener Gemeindebediensteten im Jahr 1999 eine magistratsinterne Vereinbarung über die Zulässigkeit von verlängerten Diensten unter bestimmten Kriterien abgeschlossen.

Diesbezüglich besteht u.a. eine Festlegung, dass unter bestimmten Voraussetzungen die Arbeitszeit der Ärztinnen bzw. Ärzte 32 Stunden bzw. bei solchen, die an einem Samstagvormittag oder an einem Vormittag vor einem Feiertag beginnen, 49 Stunden betragen kann. Die Wochenarbeitszeit dieser Bedienstetengruppe darf allerdings innerhalb eines festgelegten Durchrechnungszeitraumes von 26 Wochen im Durchschnitt

60 Stunden und die Arbeitszeit in den einzelnen Wochen des Durchrechnungszeitraumes 72 Stunden nicht überschreiten.

Hinsichtlich der übrigen Bediensteten war u.a. vereinbart worden, dass bei verlängerten Diensten die Arbeitszeit 25 Stunden betragen kann. Die Wochenarbeitszeit darf in diesen Fällen innerhalb eines festgelegten Durchrechnungszeitraumes von 17 Wochen im Durchschnitt 60 Stunden und die Arbeitszeit in den einzelnen Wochen des Durchrechnungszeitraumes 72 Stunden nicht überschreiten.

Diese zum Zeitpunkt der Einschau bis 31. Jänner 2012 geltende Vereinbarung wurde von der GED des KAV im August 1999 allen Einrichtungen der Unternehmung zur Kenntnis gebracht; ein Muster für eine allenfalls auf Anstaltsebene abzuschließende Vereinbarung für Ausnahmen von den Bestimmungen zu den verlängerten Diensten wurde angeschlossen.

7.1.2.2 Des Weiteren wurde im Februar 2009 von der GED des KAV mittels Dienstanweisung eine Richtlinie zum Berichtswesen erlassen, gemäß der beginnend mit 1. Jänner 2009 von den Abteilungen Personal den jeweiligen Leitungen der Teildienststellen (z.B. Krankenanstalten) u.a. monatlich Auswertungen bzgl. Überschreitungen des KA-AZG zur Verfügung zu stellen sind.

7.1.3 Arbeitszeiten der Hebammen, des Pflegepersonals und des ärztlichen Personals

7.1.3.1 Gemäß den Diensterteilungen für die Hebammen und das Pflegepersonal war vom KAV eine maximale Tagesarbeitszeit von 12,50 Stunden und eine Wochenarbeitszeit von höchstens 60 Stunden vorgesehen. Die Dauer der Tagdienste war entsprechend den anstaltsweisen Vorgaben unterschiedlich gestaltet, während die der Nachtdienste grundsätzlich mit 12,50 Stunden festgelegt war.

7.1.3.2 Zu den Dienstzeiten der Ärztinnen bzw. Ärzte des KAV war eingangs festzuhalten, dass bereits im Jahr 2002 im Rahmen einer Vereinbarung zwischen der GED des KAV und der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten im Zusammenhang mit der Ge-

haltsreform der Ärztinnen bzw. Ärzte des KAV eine Neuordnung der Diensterteilungen für diese Berufsgruppe beschlossen wurde. Zielvorstellung war, eine bedarfsgerechte und flexible Diensterteilung zu erwirken, die das bisher existierende starre Diensterteilungsmodell ablösen sollte.

In den prüfungsrelevanten gynäkologisch-geburthilflichen Abteilungen sowie Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde des KAV war bis zum Abschluss der Einschau keine Flexibilisierung der ärztlichen Dienstzeiten erfolgt. Nach wie vor gelangte für die dort tätigen Ärztinnen bzw. Ärzte das Dienstzeitmodell der Tagdienste von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr und der Nachtdienste von 8.00 Uhr bis 9.00 Uhr des Folgetages zur Anwendung.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Gemäß den Bestimmungen des W-PVG ist es erforderlich, bei einer beabsichtigten Abänderung bei der Aufteilung der Arbeitszeit die Zustimmung des jeweils zuständigen örtlichen Personalvertretungsorgans zu erwirken. Obzwar es bisher durchaus gelungen ist, an medizinischen Abteilungen - insbesondere operative Fächer - flexible Arbeitszeiten von Ärztinnen bzw. Ärzten im Einvernehmen mit der Personalvertretung einzuführen, konnte eine flächendeckende Ausweitung im KAV bisher nicht erreicht werden. Diese Thematik ist und wird deshalb ein zentraler Verhandlungspunkt bei den laufend geführten Verhandlungen mit der Hauptgruppe II der Wiener Personalvertretung sein.

7.2 Arbeitszeiterfassung

7.2.1 Vorgangsweise in den Wiener Städtischen Krankenhäusern

In Anbetracht der im KA-AZG enthaltenen Aufzeichnungspflicht über die geleisteten Arbeitsstunden der Bediensteten wurde in den prüfungsrelevanten Einrichtungen der WSK grundsätzlich das sogenannte "EDV-Dienstplanpaket" neben der Dienstplanung (Solldienstplan) auch zur laufenden Dokumentation sämtlicher geleisteter und abzu-

rechnender Arbeitsstunden herangezogen. Auf den monatlichen Übersichtsblättern werden dabei für jede Bedienstete bzw. jeden Bediensteten die tatsächlich geleisteten Dienste dem Solldienstplan tageweise gegenübergestellt. Darüber hinaus ist auch für jeden Arbeitstag eine eigene Spalte für die geleisteten Überstunden zugeordnet.

Zum Monatswechsel sind die Dienstpläne abzuschließen, wobei die jeweiligen Über- und Unterschreitungen der Sollarbeitszeiten der einzelnen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter EDV-unterstützt errechnet und ausgewiesen werden. Dieser sogenannte "abgerechnete Dienstplan" (Istdienstplan) ist im Dienstweg an die Abteilung Personal der jeweiligen Krankenanstalt weiterzuleiten.

Zur Überwachung der Einhaltung der Bestimmungen des KA-AZG eröffnet das "EDV-Dienstplanpaket" Überprüfungsmöglichkeiten sowohl für die Vorgesetzten als auch die Abteilungen Personal. So sind einerseits etwa mitarbeiterinnenbezogene bzw. mitarbeiterbezogene Auswertungen hinsichtlich der tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden darstellbar, andererseits können in zu definierenden Durchrechnungszeiträumen auch allfällige arbeitszeitrechtlich relevante Überschreitungen ausgewiesen werden.

Festzuhalten war allerdings, dass dem "EDV-Dienstplanpaket" Grenzen hinsichtlich der Auswertungsmöglichkeiten in Bezug auf die Bestimmungen des KA-AZG gesetzt sind. Während Überschreitungen der Tagesarbeitszeiten und der Wochenarbeitszeit ausgewiesen werden können, ist weder eine korrekte Darstellung der jeweils geltenden Durchrechnungszeiträume (vermindert um Absenzen wie etwa Urlaube und Krankstände) noch eine diesbezügliche stationsbezogene Auswertemöglichkeit vorgesehen. Darüber hinaus besteht mit dem "EDV-Dienstplanpaket" auch keine Möglichkeit, im Istdienstplan Unterschreitungen von Ruhezeiten auszuweisen.

Wie dazu das Kontrollamt von der GED des KAV in Erfahrung brachte, sei am Ende des Betrachtungszeitraumes ein neues elektronisches Dienstplanprogramm für die Unternehmung beschafft worden, welches das bestehende veraltete "EDV-Dienstplanpaket" schrittweise ablösen soll.

7.2.2 Vorgangsweise im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus

Im AKH kam in den prüfungsrelevanten Bereichen das "EDV-Dienstplanpaket" während des Betrachtungszeitraumes überwiegend nicht zum Einsatz; die Führung sowie Abrechnung der Dienstpläne erfolgte handschriftlich.

Nachdem im Zuge einer - im Pkt. 11.1.3 noch näher beschriebenen - KAV-internen Prüfung einer anonymen Beschwerde festgestellt worden war, dass bei den Abrechnungen der Dienstpläne der Hebammen vor und während des Betrachtungszeitraumes gehäuft Rechenfehler aufgetreten waren, wurde im Jahr 2010 für diese Bediensteten-gruppe auch im AKH das "EDV-Dienstplanpaket" eingeführt. Demgegenüber erfolgte im Pflegebereich während der Einschau des Kontrollamtes weiterhin die Führung der Dienstpläne in handschriftlicher Form, was neben einem erhöhten Fehlerrisiko insbesondere mit einem hohen administrativen Aufwand für das leitende Pflegepersonal verbunden war.

7.3 Prüfung der Einhaltung der Arbeits- und Ruhezeiten

7.3.1 Allgemeines

Um zu erheben, ob die gesetzliche Arbeitszeit im Betrachtungszeitraum bei den prüfungsrelevanten Bedienstetengruppen eingehalten worden war, befragte das Kontrollamt im Zuge seiner unmittelbaren Einschautätigkeit in den Anstalten primär die Abteilungen Personal, darüber hinaus aber auch die einzelnen medizinischen Fachabteilungen und die GED des KAV hinsichtlich vorliegender Aufzeichnungen von Arbeitszeit-überschreitungen. Hiezu war anzumerken, dass dienstplanbezogene Unterlagen grundsätzlich entsprechend den Bestimmungen des KAV nur drei Jahre - und damit lediglich für einen Teil des Betrachtungszeitraumes - aufbewahrt werden müssen.

Hinsichtlich des mit Dienstanweisung der GED im KAV verpflichtend eingeführten monatlichen Berichtswesens, aufgrund dessen die Abteilungen Personal u.a. regelmäßig monatlich die Überschreitungen des KA-AZG für die Direktionen auswerten sollten (s. Pkt. 7.1.2.2), wurde im Wesentlichen darauf verwiesen, dass die einzelnen Direktionsbereiche über diese Informationen ohnehin verfügen würden, weswegen der Dienstan-

weisung - mit Ausnahme den ärztlichen Dienst betreffend - in der Praxis nicht Folge geleistet wurde. Abteilungs- bzw. stationsbezogene monatliche Auswertungen über sämtliche prüfungsrelevante Berufsgruppen konnten daher von den Abteilungen Personal hinsichtlich der aufgetretenen Überschreitungen des KA-AZG nicht zur Verfügung gestellt werden. Aus diesem Grund bemühte sich das Kontrollamt im Weg der Direktionen aber auch der einzelnen betroffenen Abteilungen um entsprechende Auswertungen zu den im Betrachtungszeitraum aufgetretenen Überschreitungen des KA-AZG.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die Direktionen der Krankenanstalten werden nachdrücklich auf die Einhaltung des Erlasses vom 20. Februar 2009, GED-90/2008/P, hingewiesen werden.

7.3.2 Arbeitszeitüberschreitungen bei den Hebammen

7.3.2.1 Wie die Erhebungen des Kontrollamtes ergaben, lagen in zwei Krankenanstalten für die Jahre 2009 und 2010 Meldungen zu Arbeitszeitüberschreitungen von Hebammen unter Zuhilfenahme des im Folgenden im Pkt. 7.3.3 angeführten Musterformulars auf. In den übrigen in die Einschau einbezogenen Krankenanstalten teilten die Stationshebammen dem Kontrollamt gegenüber mit, dass Arbeitszeitüberschreitungen lediglich in außergewöhnlichen und unvorhersehbaren Fällen (§ 8 KA-AZG) vorgekommen wären, weswegen diesbezüglich keine Verpflichtung zu einer Meldung dieser Überschreitungen bestanden hätte. Dazu war vom Kontrollamt anzumerken, dass ungeachtet dessen gem. § 11 KA-AZG über solche Arbeiten gesonderte Aufzeichnungen zu führen sind. Dazu ergaben die Erhebungen allerdings, dass in zwei Krankenanstalten über die Arbeitszeiterfassung im "EDV-Dienstplanprogramm" hinausgehend keine gesonderte Dokumentation der Arbeitszeitüberschreitungen erfolgte.

7.3.2.2 Um trotz dieser z.T. fehlenden Aufzeichnungen bzgl. der Hebammen unternehmensweit zumindest einen Eindruck über die Einhaltung des KA-AZG zu gewinnen, befragte das Kontrollamt zum einen sämtliche Stationshebammen zu dieser Thematik und ermittelte zum anderen in allen prüfungsrelevanten Abteilungen anhand der Dienstpläne

eines Stichprobenmonats, nämlich des Monats August der Jahre 2007 bis 2010, die Einhaltung der gesetzlich festgelegten maximalen Tagesarbeitszeit von 13 Stunden sowie der maximalen Wochenarbeitszeit von 60 Stunden.

Die Befragung der Stationshebammen ergab, dass Überschreitungen der Arbeitszeit in Einzelfällen im gesamten Betrachtungszeitraum in nahezu jedem Monat vorgekommen wären. Als deren häufigste Ursache wurden jene Fälle genannt, in denen im Sinn einer optimalen Patientinnenbetreuung am Ende eines Tag- bzw. Nachtdienstes einer Hebamme über deren Dienstzeit hinausgehend die kontinuierliche Betreuung einer Gebärenden in der Phase kurz vor der Geburt zweckmäßig erschien.

Weiters brachte das Kontrollamt in Erfahrung, dass - insbesondere im AKH - Hebammen, welche zum Nachtdienst eingeteilt waren, teilweise früher als im Dienstplan vorgesehen ihren Dienst antraten, um an Teambesprechungen teilnehmen zu können. Nicht zuletzt wurden in Einzelfällen Überschreitungen der Arbeitszeiten infolge kurzfristig angefallener Absenzen von Hebammen angeführt.

Um zumindest die Größenordnung der in einem Monat vorkommenden Überschreitungen der Arbeitszeit durch Hebammen in Erfahrung zu bringen, wurden vom Kontrollamt - wie bereits erwähnt - die Dienstpläne des Monats August der Jahre 2007 bis 2010 in den einzelnen Einrichtungen eingesehen und diesbezüglich ausgewertet:

Kranken- anstalten	Anzahl der Überschreitungen der							
	Tages- arbeitszeit	Wochen- arbeitszeit	Tages- arbeitszeit	Wochen- arbeitszeit	Tages- arbeitszeit	Wochen- arbeitszeit	Tages- arbeitszeit	Wochen- arbeitszeit
	2007		2008		2009		2010	
AKH	0	2	2	0	0	0	0	2
DSP	1	0	0	0	0	3	0	1
WIL	0	2	0	3	0	1	0	1
KAR	0	1	1	0	1	1	0	0
SEM	1	1	0	2	0	3	0	1
KFJ	1	2	3	2	5	3	1	1
KHR	0	0	1	0	2	0	2	0
Summe	3	8	7	7	8	11	3	6

Im Stichprobenmonat waren unternehmensweit jeweils zwischen drei und acht Überschreitungen der im KA-AZG vorgesehenen maximalen Tagesarbeitszeit und zwischen sechs und elf Überschreitungen der Wochenarbeitszeit durch die Hebammen erfolgt.

Die Einschau in die Dienstpläne ergab weiters, dass es sich in den meisten der insgesamt 21 Fälle von Überschreitungen der Tagesarbeitszeit um solche handelte, die deutlich unter einer Stunde lagen. In höherem Ausmaß wurde die Tagesarbeitszeit im Betrachtungszeitraum lediglich in zwei Fällen überschritten, wobei im ersten Fall die Überschreitung rd. 1,25 Stunden und im zweiten Fall rd. drei Stunden umfasste.

Bezüglich Überschreitungen der Wochenarbeitszeit lagen die meisten der 32 Fälle der Monate August des Betrachtungszeitraumes in einer Bandbreite von rd. 0,50 bis rd. 1,25 Stunden. Über dieses Zeitausmaß hinausgehende längere Überschreitungen erfolgten in sechs Fällen, bei denen die Wochenarbeitszeit um rd. 2,50 Stunden überschritten worden war. Lediglich in einem Fall betrug die Überschreitung der Wochenarbeitszeit mehr als sieben Stunden.

7.3.2.3 Im Anschluss an eine KAV-interne Prüfung anlässlich einer anonymen Beschwerde betreffend den Kreißaal des AKH (s. Pkt. 11.1.3), wurde durch die Abteilung Personal des AKH für den Zeitraum Dezember 2009 bis Juni 2010 u.a. eine Überprüfung der Einhaltung der Arbeitszeiten der Hebammen des Kreißsaales vorgenommen. Im Ergebnis zeigte sich, dass in diesen sieben Monaten in insgesamt 15 Fällen eine Überschreitung der maximal zulässigen Tagesarbeitszeit und in insgesamt vier Fällen eine Überschreitung der maximal zulässigen Wochenarbeitszeit stattfand.

7.3.3 Arbeitszeitüberschreitungen beim Pflegepersonal

Während einer "PflegedirektorInnenkonferenz" im Oktober 2008 wurden die Führungskräfte vom Geschäftsbereich Personal der GED u.a. nachweislich darüber informiert, dass Arbeitszeitüberschreitungen grundsätzlich dem Arbeitsinspektorat zu melden sind. Weiters wurde auch ein entsprechendes Musterformular zur Vornahme dieser Meldungen vorgestellt.

Wie sich bei der Prüfung der Arbeitszeitüberschreitungen im Pflegebereich zeigte, waren danach zu unterschiedlichen Zeitpunkten von den einzelnen in die Einschau einbezogenen Krankenanstalten durchgängig Meldungen über Arbeitszeitüberschreitungen im Sinn des KA-AZG erfolgt.

Die Einschau ergab weiters, dass in zwei der prüfungsrelevanten Anstalten keine Überschreitungen der Arbeitszeit im geburtshilflichen und neonatologischen Bereich zu verzeichnen waren. In den übrigen in die Einschau einbezogenen Anstalten lagen lediglich vereinzelt Meldungen zu Arbeitszeitüberschreitungen auf, aus denen allerdings vielfach der zeitliche Umfang nicht ersichtlich war.

Insgesamt wurden dem Kontrollamt von den Anstalten für das Jahr 2009 bzgl. des Pflegepersonals der prüfungsrelevanten Abteilungen 45 Meldungen von Überschreitungen der Tagesarbeitszeit und elf Meldungen von Überschreitungen der Wochenarbeitszeit vorgelegt. Für das Jahr 2010 konnten 41 Meldungen von Überschreitungen der Tagesarbeitszeit und elf Meldungen von Überschreitungen der Wochenarbeitszeit erhoben werden.

Begründet wurden die Überschreitungen der Arbeitszeit im Pflegebereich im Wesentlichen mit vielen Neuaufnahmen, erhöhtem Personaleinsatz bei aufwendigen Patientinnenbetreuungen sowie erhöhtem Personaleinsatz bei schlechtem Allgemeinzustand eines Kindes.

7.3.4 Arbeitszeitüberschreitungen beim ärztlichen Personal

Nachdem das Kontrollamt im Zuge seiner Einschau in den einzelnen Anstalten in Erfahrung brachte, dass Arbeitszeitüberschreitungen des ärztlichen Personals auch dem Geschäftsbereich Personal der GED des KAV bekannt zu geben sind, ersuchte es im Weg dieser Einrichtung um diesbezügliche Unterlagen.

Aus der übermittelten Auswertung war - bezogen auf die Ärztinnen bzw. Ärzte der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen sowie der Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde - ersichtlich, in wie vielen Fällen in den Jahren 2008, 2009 und 2010 die Wochenarbeitszeit von 72 Stunden überschritten worden war:

Krankenanstalten	Anzahl der Überschreitungen der Wochenarbeitszeit		
	2008	2009	2010
DSP	81	103	76
WIL	77	58	62
KAR inkl. Standort SEM	59	67	50
KFJ inkl. Standort PRE	68	38	36
KHR	10	12	22
Summe	295	278	246

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass sich die Zahl der Überschreitungen der maximalen Wochenarbeitszeit des ärztlichen Personals der prüfungsrelevanten Bereiche jeweils unterschiedlich, insgesamt aber rückläufig entwickelte.

Wie die Erhebungen dazu in den einzelnen Anstalten ergaben, wurden von den Abteilungsvorständen als Gründe für Überschreitungen der Arbeitszeit insbesondere temporärer Personalmangel bzw. ein erhöhtes Aufkommen von Patientinnen bzw. Patienten genannt. Wie eine stichprobenweise vertiefere Analyse der in den Anstalten aufliegenden Überschreitungsmeldungen zeigte, betrugten diese in den meisten Fällen wenige Stunden.

Auswertungen zu Überschreitungen der Tagesarbeitszeit, der maximalen Anzahl der Dienste sowie der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit innerhalb des festgelegten Durchrechnungszeitraumes lagen nur vereinzelt vor, womit eine weitergehende Betrachtung der Überschreitungen der Arbeitszeit den Rahmen der gegenständlichen Einschau gesprengt hätte.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Im derzeit im Einsatz befindlichen "EDV-Dienstplanpaket" sind Auswertungsmöglichkeiten zu Überschreitungen der Tagesarbeitszeit, der maximalen Anzahl der Dienste sowie der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit innerhalb des festgesetzten Durchrechnungszeitraumes standardmäßig eingerichtet. Die GED wird daher die Einrichtungen des KAV auf die verstärkte Nutzung dieser Auswertungsmöglichkeiten hinweisen.

7.3.5 Einhaltung der Ruhezeit

7.3.5.1 Zur Beantwortung der Teilfrage, ob es Fälle gab, in denen die Ruhezeit verweigert wurde, befragte das Kontrollamt die für die Hebammen, das Pflegepersonal sowie das ärztliche Personal verantwortlichen Leiterinnen bzw. Leiter der einzelnen prüfungsrelevanten Teildienststellen der WSK sowie im AKH die einzelnen unmittelbar für die

prüfungsrelevanten Bereiche zuständigen Führungskräfte. Sämtliche dieser Bediensteten gaben an, dass eine Verweigerung der gesetzlich vorgesehenen Ruhezeiten im Betrachtungszeitraum für ihren Verantwortungsbereich auszuschließen wäre. Die in Einzelfällen vorgekommene nicht vollständige Einhaltung von Ruhezeiten wäre immer im Einvernehmen mit der bzw. dem jeweiligen Bediensteten erfolgt.

7.3.5.2 Darüber hinaus ergaben die Erhebungen, dass im Rahmen der im Pkt. 7.3.2.3 bereits erwähnten Prüfung betreffend den Kreißaal des AKH durch die Abteilung Personal des AKH für den Zeitraum Dezember 2009 bis Juni 2010 auch eine Überprüfung der Einhaltung der Ruhezeiten von den Hebammen des Kreißaales vorgenommen wurde. Im Ergebnis zeigte sich, dass in diesen sieben Monaten die wöchentliche Ruhezeit in insgesamt 50 Fällen nicht eingehalten worden war. Dazu verwies die Abteilung für MTDG des AKH, dass infolge der *"angespannten Personalsituation im Kreißaal"* z.T. *"geballt"* Dienste zur Aufrechterhaltung des Betriebes eingeteilt werden mussten. Dieser Umstand wäre den Hebammen im Rahmen einer Dienstbesprechung unter Beisein der örtlichen Personalvertretung auch erläutert worden und habe zu den von der Abteilung Personal festgestellten Unterschreitungen der wöchentlichen Ruhezeit geführt.

7.3.5.3 Da der KAV aufgrund der eingeschränkten Auswertungsmöglichkeiten im "EDV-Dienstplanpaket" für den Betrachtungszeitraum über keinerlei Auswertungen hinsichtlich allfälliger Unterschreitungen der Ruhezeiten verfügte und das Hauptaugenmerk des gegenständlichen Prüfersuchens die Berufsgruppe der Hebammen betraf, verschaffte sich das Kontrollamt anhand eines Stichprobenmonats (August der Jahre 2007 bis 2010) ein Bild darüber, ob die in § 7 KA-AZG vorgesehene tägliche Ruhezeit im Ausmaß von mindestens elf Stunden durch sämtliche Hebammen des KAV eingehalten wurde. Im Ergebnis zeigte sich, dass in einigen Fällen die täglichen Ruhezeiten um eine Viertelstunde unterschritten wurden und es in einem Fall zu einer Unterschreitung um eine halbe Stunde kam.

7.4 Gutstunden gemäß Nachtschwerarbeitsgesetz

Einleitend war festzuhalten, dass der in der Frage zum Pkt. 7 angeführte Begriff *"Nachtzeitstunden"* in keinem Gesetz normiert ist, weshalb das Kontrollamt in weiterer

Folge die Erhebung des durchschnittlichen Anfalles von Zeitguthaben gemäß NSchG als prüfungsrelevant erachtete. Die wesentlichen Bestimmungen des NSchG wurden bereits im Pkt. 2.5.6 dieses Berichtes dargestellt.

7.4.1 Regelungen zur Vollziehung des Nachtschwerarbeitsgesetzes

7.4.1.1 Zu der Handhabung des NSchG wurde vom Geschäftsbereich Personal der GED im September 2003 eine Dienstanweisung erlassen. Gemäß dieser müssen für die Inanspruchnahme von Zeitguthaben lt. NSchG im Ausmaß von zwei Gutstunden je geleistetem Nachtdienst mindestens vier Stunden unmittelbare Betreuungs- und Behandlungsarbeit für Patientinnen bzw. Patienten geleistet werden. Ebenfalls im Detail wurde in der gegenständlichen Dienstanweisung ausgeführt, welche Tätigkeiten unter Betreuungs- und Behandlungsarbeit fallen.

Entsprechend der Dienstanweisung ist im KAV das NSchG u.a. auf die prüfungsrelevanten Bedienstetengruppen Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sowie Hebammen anzuwenden, desgleichen wurden hinsichtlich der betroffenen Einrichtungen u.a. der OP-Bereich (OP-Saal, Aufwachstation und Kreißsaal) sowie die Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und die Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde angeführt.

Die Gewährung von NSchG-Stunden ist auf den Arbeitsablauf jedes einzelnen Nachtdienstes abzustellen, weshalb entsprechende Aufzeichnungen zu führen sind. Ein "*rou-tinemäßiges*" Gewähren von NSchG-Stunden ist demnach nicht zulässig.

Zeitguthaben gemäß NSchG sind spätestens sechs Monate nach ihrem Entstehen zu verbrauchen und dürfen nicht in Geld abgelöst werden, wobei sie auch dann nicht verfallen, wenn aus unvorhersehbaren Gründen deren Verbrauch innerhalb dieses Zeitraumes nicht möglich ist.

7.4.1.2 Aus dem Protokoll zu einer "PflegedirektorInnenkonferenz" vom Oktober 2003 ist u.a. zu entnehmen, dass lt. Aussage des Geschäftsbereiches Personal der GED die Führung von gesonderten Aufzeichnungen über die in der Nacht durchgeführten Tätig-

keiten zur Dokumentation des Anspruches auf Zeitguthaben gemäß NSchG nicht notwendig wäre, da diese ohnehin aus den Standards für die Nachtarbeit oder aus bestehenden Patientinnendokumentationen bzw. Patientendokumentationen ersichtlich wären.

7.4.2 Erwerb von Zeitguthaben gemäß Nachtschwerarbeitsgesetz

7.4.2.1 Wie die Einschau ergab, wurden in allen stationären Bereichen, in welchen Hebammen Nachtdienste leisten - in Analogie zu der für das Pflegepersonal getroffenen Übereinkunft - die Führung gesonderter Aufzeichnungen über den Anspruch auf Zeitguthaben gemäß NSchG als entbehrlich erachtet. Übereinstimmend erklärte das für die gegenständlichen Bereiche verantwortliche Führungspersonal, dass in jedem Nachtdienst Zeitguthaben lt. NSchG anfielen, da davon auszugehen wäre, dass in allen stationären Bereichen die in der Dienstanweisung der GED angeführten Kriterien für den Erwerb solcher Gutstunden zutreffen.

Demgegenüber stellte sich die diesbezügliche Vorgehensweise in den Kreißsälen unterschiedlich dar. Grundsätzlich standen in diesen Bereichen im Sinn der Dienstanweisung der GED für die Geltendmachung von Zeitguthaben gemäß NSchG entsprechende Aufzeichnungen in den Geburten-, Dienst- sowie Rapportbüchern als Arbeitsnachweis zur Verfügung. Bei seiner unmittelbaren Einschau in den einzelnen Krankenanstalten gewann das Kontrollamt anhand der Überprüfungen der Dienstpläne des bereits mehrfach erwähnten Stichprobenmonats den Eindruck, dass in vier der sieben Kreißsäle des KAV die Hebammen für geleistete Nachtdienste - unabhängig vom Ausmaß der patientinnenbezogenen Tätigkeiten - Zeitguthaben gemäß NSchG geltend gemacht hatten. Demgegenüber war aus den eingesehenen Unterlagen in den Kreißsälen des AKH, der SEM und des KHR ersichtlich, dass in diesen Krankenanstalten von den Hebammen entsprechend der Dienstanweisung der GED nicht für alle Nachtdienste Zeitguthaben gemäß NSchG geltend gemacht worden waren.

Da der Anspruch auf Zeitguthaben gemäß NSchG nur z.T. gesondert dokumentiert worden war, war eine Beantwortung der Frage nach dem Anfall von "*Nachtzeitstunden*" lediglich näherungsweise möglich. Unter der theoretischen Annahme, dass im Be-

trachtungszeitraum in jedem Nachtdienst in allen prüfungsrelevanten Einrichtungen die Mindestpräsenz sichergestellt war und regelmäßig patientinnenbezogene Tätigkeiten im Ausmaß von mindestens vier Stunden erfolgten, wären jährlich im Durchschnitt die in der nachfolgenden Tabelle angeführten Zeitguthaben gemäß NSchG angefallen:

Krankenanstalten	In den Jahren 2007 bis 2010 theoretisch jährlich durchschnittlich angefallene Zeitguthaben gemäß NSchG in Stunden		
	Kreißsaal	Station	Gesamt
AKH	2.190,00	730,00	2.920,00
DSP	2.190,00	-	2.190,00
WIL	1.460,00	1.460,00	2.920,00
KAR	1.460,00	-	1.460,00
SEM	2.190,00	1.460,00	3.650,00
KFJ	1.460,00	730,00	2.190,00
KHR	1.460,00	-	1.460,00
Summe	12.410,00	4.380,00	16.790,00

Aufgrund der Wahrnehmungen bei der Einschau in die Dienstpläne der Hebammen der Kreißsäle des AKH, der SEM sowie des KHR kann davon ausgegangen werden, dass im Betrachtungszeitraum von diesen weniger Zeitguthaben geltend gemacht wurden als in der Tabelle ausgewiesen sind.

7.4.2.2 Alle befragten leitenden Pflegepersonen erklärten dem Kontrollamt bei seiner unmittelbaren Einschau unter Hinweis auf das Protokoll zur "PflegedirektorInnenkonferenz" vom Oktober 2003, dass das Pflegepersonal in jedem Nachtdienst Zeitguthaben gemäß NSchG geltend machen würde. Die in der Dienstanweisung der GED angeführten Kriterien für den Erwerb solcher Zeitguthaben würden nämlich in allen Fällen zutreffen.

Mangels entsprechender Auswertungen erhob das Kontrollamt bzgl. des Pflegepersonals - in analoger Form zur Berechnung bei den Hebammen -, wie viele Zeitguthaben gemäß NSchG theoretisch jährlich im Durchschnitt im Betrachtungszeitraum angefallen sein könnten:

Krankenanstalten	In den Jahren 2007 bis 2010 theoretisch jährlich durchschnittlich angefallene Zeitguthaben gemäß NSchG in Stunden		
	Gynäkologisch- geburtshilflicher Bereich	Neonatologischer Bereich	Gesamt
AKH	2.190,00	8.760,00	10.950,00
DSP	2.920,00	3.102,50	6.022,50
WIL	1.460,00	4.380,00	5.840,00
KAR	2.920,00	912,50	3.832,50
SEM	2.920,00	-	2.920,00
KFJ inkl. Standort PRE	730,00	1.460,00	2.190,00
KHR	2.190,00	-	2.190,00
Summe	15.330,00	18.615,00	33.945,00

Zu den Angaben der Tabelle war anzumerken, dass die Zeitguthaben gemäß NSchG in einzelnen der prüfungsrelevanten Bereiche möglicherweise in höherem Ausmaß anfielen, da mitunter bedarfsorientiert über die Mindestpräsenz hinausgehend zusätzlich Pflegepersonal Nachtdienste leistete.

7.5 Feststellungen des Kontrollamtes

7.5.1 Zur Einhaltung der gesetzlichen Arbeitszeit war grundsätzlich festzuhalten, dass die zwischen der Stadt Wien und der Personalvertretung getroffenen Vereinbarungen im Einklang mit dem KA-AZG stehen. Die Erfassung der Arbeitszeiten erfolgte im Betrachtungszeitraum in den prüfungsrelevanten Einrichtungen des KAV mehrheitlich unter Zuhilfenahme des "EDV-Dienstplanpakets". Lediglich im AKH war z.T. bis zum Zeitpunkt der Einschau der Nachweis der Arbeitszeiten handschriftlich erfolgt.

Die Erfassung der Arbeitszeiten ohne EDV-Unterstützung bedeutet nicht nur einen hohen administrativen Aufwand sowohl für das für die Einhaltung der Arbeitszeit verantwortliche als auch für das für die Verrechnung zuständige Personal, sondern bedingt auch ein hohes Fehlerrisiko. Nach Ansicht des Kontrollamtes ist eine Dienstplanerstellung ohne EDV-Unterstützung in Anbetracht der Komplexität der arbeitszeitrechtlichen Bestimmungen keinesfalls mehr zeitgemäß, weshalb diesbezüglich unmittelbarer Handlungsbedarf besteht.

Die vom KAV im Jahr 2009 angekündigte Beschaffung eines neuen Dienstplanprogramms (s. Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund", Fonds "Kuratorium für

Psychosoziale Dienste in Wien", Prüfung betreffend Mängel in der stationären und ambulanten Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Wien in den Jahren 2005, 2006 und 2007; Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a WStV vom 24. Jänner 2008, Äußerung* [vgl. Tätigkeitsbericht 2009]) war zum Zeitpunkt der Einschau zwar bereits erfolgt, die Implementierung in den prüfungsrelevanten Einrichtungen hatte jedoch noch nicht stattgefunden.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die Vergabe und Anschaffung eines neuen elektronischen Dienstplanprogramms ist zwischenzeitlich erfolgt. Diese Software befindet sich derzeit in zwei Einrichtungen des KAV in der Pilotierungsphase, die bis Mitte des Jahres 2012 abgeschlossen sein wird. Im Anschluss daran ist die sukzessive Implementierung dieses EDV-Programms vorgesehen. In diesem Programm sind die Dokumentation der gesetzlichen Ruhezeiten und entsprechende Auswertungsmöglichkeiten als Standard vorgesehen.

Auf Grundlage der bisher im KAV vorgenommenen Dokumentation der Arbeitszeiten war es dem Kontrollamt daher nicht möglich, in umfassender Art und Weise die Teilfragen zur Einhaltung der gesetzlichen Arbeitszeit bzw. zu allfälligen Überschreitungen des KA-AZG zu beantworten.

Die anhand eines Stichprobenmonats der Jahre 2007 bis 2010 resultierenden Ergebnisse hinsichtlich der Überschreitung der Arbeitszeit durch Hebammen sind dem Pkt. 7.3.2.2 zu entnehmen. Hinsichtlich der Ergebnisse der Einschau zu den Arbeitszeitüberschreitungen beim Pflegepersonal wird auf den Pkt. 7.3.3 sowie beim ärztlichen Personal auf den Pkt. 7.3.4 verwiesen.

Wie die Einschau weiters zeigte, wurden bzgl. der Arbeitszeitüberschreitungen von Hebammen z.T. keine über die Dienstpläne hinausgehenden gesonderten Aufzeichnungen geführt. Das Kontrollamt empfahl der GED des KAV, den Anstalten mittels Erlass die Aufzeichnungspflichten gem. § 11 KA-AZG in Erinnerung zu rufen.

Bezüglich der Ruhezeiten ergab die gegenständliche Einschau, dass die Einhaltung der diesbezüglichen Bestimmungen des KA-AZG in Verbindung mit dem ARG mit den zum Zeitpunkt der Prüfung im KAV bestehenden EDV-Instrumentarien nicht nachvollziehbar war, da diesbezüglich keine Auswertemöglichkeiten bestanden. Aufgrund der Auskünfte der vom Kontrollamt befragten verantwortlichen Führungskräfte ist nicht hervorgekommen, dass Bediensteten die Einhaltung der Ruhezeit verweigert worden wäre.

Die anlässlich einer AKH-internen Prüfung zutage getretenen häufigeren Unterschreitungen von Ruhezeiten von Hebammen im Kreißsaal des AKH waren auf die dortige Personalsituation zurückzuführen, wobei lt. Aussage der verantwortlichen interimistischen Stationshebamme die gegenständliche Vorgehensweise im Einvernehmen mit der örtlichen Personalvertretung und den jeweils betroffenen Bediensteten erfolgt wäre. In diesem Zusammenhang wird auf die Pkte. 6.3.1.3 und 8.5.2.2 dieses Berichtes verwiesen, in denen die Personalsituation im Kreißsaal des AKH innerhalb des Betrachtungszeitraumes dargestellt wird.

Bezüglich des Umfanges der im Prüfersuchen als "*Nachtzeitstunden*" angeführten Zeitguthaben gemäß NSchG war eine diesbezügliche Größenordnung nur näherungsweise anzugeben. Die im Betrachtungszeitraum in den gynäkologisch-geburtshilflichen und neonatologischen Bereichen theoretisch jährlich durchschnittlich angefallenen Zeitguthaben von Hebammen und Pflegepersonal können den Tabellen der Pkte. 7.4.2.1 und 7.4.2.2 entnommen werden.

Was den Anfall von Zeitguthaben gemäß NSchG betrifft, zeigte sich, dass im stationären Bereich in den prüfungsrelevanten Einrichtungen Pflegepersonal bzw. auch Hebammen für jeden geleisteten Nachtdienst jeweils zwei Stunden eines solchen Guthabens erwerben konnten.

Bei den in den Kreißsälen tätigen Hebammen wären im Sinn eines Erlasses der GED des KAV nur dann derartige Zeitguthaben zu gewähren, wenn anhand von gesonderten Aufzeichnungen mindestens vier Stunden pro Nachtdienst unmittelbare patientinnenbezogene Betreuungs- und Behandlungsarbeit nachweislich erfolgte. Bei seiner Einschau

gewann das Kontrollamt allerdings den Eindruck, dass in mehreren der geprüften Einrichtungen den angeführten Bediensteten nicht nach diesen Vorgaben, sondern für jeden Nachtdienst Zeitguthaben gemäß NSchG gewährt worden waren. Das Kontrollamt empfahl der GED des KAV, den Anstalten den gegenständlichen Erlass nachdrücklich in Erinnerung zu rufen.

7.5.2 Abschließend war darauf hinzuweisen, dass das im Pkt. 7.1.2.2 erwähnte Berichtswesen bzgl. monatlicher Auswertungen zu Überschreitungen des KA-AZG von den in die Einschau einbezogenen Krankenanstalten entsprechend der Dienstanweisung der GED bisher nur vereinzelt in Bezug auf die Bedienstetengruppe der Ärztinnen bzw. Ärzte umgesetzt worden war, weshalb die GED des KAV die Einhaltung dieser Dienstanweisung sicherstellen sollte.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Wie bereits im Pkt. 7.3.1 erwähnt, werden die Direktionen der Krankenanstalten nachdrücklich auf die Einhaltung des Bezugnehmenden Erlasses hingewiesen werden. Weiters wird die GED durch Erlass die Anstalten auf die Aufzeichnungspflichten gem. § 11 KA-AZG hinweisen.

8. Führungsstruktur, Tätigkeitsbereiche und Personalbesetzung bei Hebammen

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Fragen des Prüfersuchens eingegangen:

Frage: Über welche fachlichen Kompetenzen verfügen die Vorgesetzten der Kreißsaalhebammen? Welche unterschiedlichen hierarchischen Organisationsstrukturen existieren im KAV?

Frage: Wie unterscheiden sich die Aufgabenprofile und Tätigkeitsbereiche der Hebammen an den einzelnen Abteilungen (z.B. Station, Kreißsaal, OP, Nachbetreuung, Beratungen in der Schwangerschaft usw.)?

Frage: Wie sieht die SOLL-Besetzung je Aufgabenbereich und die IST-Besetzung durchschnittlich aus? Welche Besetzung gibt es am Tag / in der Nacht / am Feiertag / in der Urlaubszeit pro Aufgabenbereich?

Frage: Wie lange dauerten durchschnittlich die personellen Unterbesetzungen?

8.1 Führungs- und Organisationsstrukturen bezüglich der Hebammen

Gemäß § 12 Abs. 3 Wr. KAG ist für die Leitung (Organisation, Personalführung) des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patientinnen bzw. Patienten zusammenhängenden Aufgaben eine zur Leitung befähigte Person zu bestellen, die auch im Hinblick auf das Leistungsangebot der Krankenanstalt entsprechend fachlich geeignet ist. Neben Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern, die den MTDG zuzuordnen sind, sind der ärztlichen Leiterin bzw. dem ärztlichen Leiter auch die Hebammen unterstellt.

Wie dazu die Einschau des Kontrollamtes ergab, war zum Zeitpunkt der Prüfung im DSP sowie in der KAR von der ärztlichen Leitung die Dienstaufsicht über die Hebammen den jeweiligen Abteilungsvorständen übertragen worden. In den anderen vier mit geburtshilflichen Bereichen ausgestatteten Krankenanstalten sowie in der SEM oblag diese im gesamten Betrachtungszeitraum der bzw. dem jeweiligen LOAss, die bzw. der direkt der Ärztlichen Direktion unterstellt war.

Während im DSP im gesamten Betrachtungszeitraum die Hebammen dem Abteilungsvorstand unterstellt waren, war in der KAR erst im Sommer 2009 aufgrund eines Schreibens des Generaldirektors des KAV die Dienstaufsicht in Form eines auf drei Jahre befristeten Projektes von der LOAss auf den Abteilungsvorstand der Geburtshilflichen und Gynäkologischen Abteilung übertragen worden (s. dazu Pkt. 11.3).

Einem Schreiben des Geschäftsbereiches Personal der GED vom November 2010 ist zu entnehmen, dass es der jeweiligen ärztlichen Leiterin bzw. dem jeweiligen ärztlichen Leiter der einzelnen Krankenanstalten des KAV obliegt, Festlegungen dahingehend zu treffen, von wem die Dienstaufsicht über die Hebammen wahrzunehmen ist. Somit wurde mit diesem Schreiben den einzelnen Ärztlichen Direktorinnen bzw. Ärztlichen Direktoren der gegenständlichen Einrichtungen des KAV nunmehr die Wahlmöglichkeit eröffnet, ob sie die Dienstaufsicht in Eigenkompetenz wahrnehmen, diese an die jeweilige LOAss bzw. den jeweiligen LOAss delegieren oder ob sie ergänzend zur Fach- auch die Dienstaufsicht dem Abteilungsvorstand der jeweiligen gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung übertragen.

Während in jenen Anstalten, in welchen den LOAss die Dienstaufsicht über die Hebammen oblag, diese unmittelbar der jeweiligen Stationshebamme übergeordnet waren, stellte sich die Situation im AKH anders dar. Aufgrund der dortigen Organisationsstruktur war die vom LOAss geführte Abteilung für MTDG in mehrere Referate untergliedert, die grundsätzlich von Oberassistentinnen geleitet wurden. Eine dieser Oberassistentinnen war daher u.a. für die Berufsgruppe der Hebammen sowie für die im Kreißaal und in der präpartalen Station tätigen Abteilungshelferinnen zuständig und somit die unmittelbare Vorgesetzte der Stationshebamme der präpartalen Station der Klinischen Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin, die im gesamten Betrachtungszeitraum auch den Kreißaal interimistisch zu führen hatte.

Eine weitere Besonderheit stellte die Situation in der KAR dar, da seit dem bereits erwähnten Schreiben des Generaldirektors des KAV jene Hebammen, die in der KAR tätig waren, dem Abteilungsvorstand der Geburtshilflichen und Gynäkologischen Abteilung unterstellt waren, während die Dienstaufsicht über die in der SEM tätigen Hebammen weiterhin der LOAss der KAR oblag.

Die unmittelbaren Vorgesetzten der Hebammen der Kreißsäle waren im Betrachtungszeitraum in allen Anstalten Stationshebammen, wobei aber auch diesbezüglich - wie in den Pkten. 6.3.1 bis 6.3.7 u.a. dargestellt - unterschiedliche hierarchische Strukturen und Vertretungsverhältnisse vorlagen.

8.2 Anforderungsprofile für die Vorgesetzten der Hebammen des Kreißsaales

8.2.1 Stationshebammen

8.2.1.1 Die unmittelbar den Kreißsaalhebammen vorgesetzten Stationshebammen hatten gemäß dem Anforderungsprofil, das in einer Musterstellenbeschreibung der GED abgebildet ist, über

- ein *"in Österreich anerkanntes Hebammendiplom bzw. einen abgeschlossenen Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengang gemäß FH-HEB-AV"*,
 - eine *"Sonderausbildung-Management für Hebammen oder"* einen *"WU-Lehrgang für Krankenhausmanagement oder Universitäts-Lehrgang Health Care Manager"* sowie
 - eine *"mehrjährige Berufserfahrung"*
- zu verfügen.

8.2.1.2 Wie dazu die Einschau des Kontrollamtes ergab, verfügte die im Betrachtungszeitraum interimistisch für den Kreißaal des AKH zuständige Stationshebamme zwar über eine mehrjährige Berufserfahrung, war jedoch seit ihrem Eintritt im AKH im Jahr 1996 als Hebamme auf der präpartalen Station und nicht im Kreißaal tätig. Die Leitung der präpartalen Station war ihr mit 1. August 2001 übertragen worden. Wie bereits erwähnt, oblag ihr im gesamten Betrachtungszeitraum interimistisch zusätzlich auch die Führung des Kreißaales.

Alle übrigen in Kreißälen tätigen Stationshebammen der anderen Krankenanstalten des KAV wiesen mehrere Jahre an Berufserfahrung in einem Kreißaal einer Einrichtung des KAV auf.

Sämtliche im KAV tätige Stationshebammen verfügten über die in den jeweiligen Anforderungsprofilen geforderten Ausbildungen.

8.2.2 Den Stationshebammen übergeordnete Führungskräfte

8.2.2.1 Wie den diesbezüglichen Stellenbeschreibungen zu entnehmen ist, hatten LOAss über

- ein *"Diplom einer Akademie für den gehobenen medizinisch-technischen Dienst gemäß MTD-Gesetz bzw." einen "abgeschlossenen Fachhochschul-Bakkalaureatstudiengang gemäß FHStG"*,
 - eine *"Managementausbildung (Sonderausbildung-Management im gehobenen medizinisch-technischen Dienst und/oder Universitätslehrgang für Krankenhausmanagement)"*,
 - eine *"mehrjährige Berufserfahrung in leitender Funktion"*,
 - *"vertiefte Kenntnisse in den Berufsfeldern der MTD und SHD sowie zugeteilter Berufsgruppen"* und
 - *"allgemeine gesundheitspolitische Kenntnisse im Krankenanstaltenwesen"*
- zu verfügen.

Im Übrigen war darauf hinzuweisen, dass allen LOAss die Dienstaufsicht über eine Vielzahl von Bediensteten unterschiedlichster Berufsgruppen oblag. Grundsätzlich wa-

ren diesen Führungskräften nicht nur Angehörige der verschiedenen MTD (z.B. Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen bzw. Ergotherapeuten), sondern insbesondere auch solche Bedienstete unterstellt, die den SHD (z.B. OP-Gehilfinnen bzw. OP-Gehilfen, Prosekturgehilfinnen bzw. Prosekturgehilfen) zuzurechnen sind.

Alle LOAss der in die Prüfung einbezogenen Krankenanstalten verfügten über die in der Stellenbeschreibung geforderten Ausbildungen bzw. Kenntnisse. Ebenso konnte die im AKH für Hebammen unmittelbar zuständige Oberassistentin die diesbezüglichen fachlichen Qualifikationen nachweisen.

8.2.2.2 Das in Führungsfunktionen tätige ärztliche Leitungspersonal des KAV muss bzgl. fachlicher Kompetenzen grundsätzlich neben einem Doktorat der gesamten Heilkunde eine Anerkennung als Fachärztin bzw. Facharzt oder als Ärztin bzw. Arzt für Allgemeinmedizin vorweisen. Weiters sind neben einem ausgereiften medizinischen Fachwissen auch entsprechende Managementkenntnisse erforderlich.

In jenen Krankenanstalten, in denen ärztliches Leitungspersonal für den Hebammenbereich vorgesehen war, verfügten die jeweiligen Abteilungsvorstände über die vom KAV für die Personalführung geforderten Qualifikationen.

8.3 Aufgabenprofile und Tätigkeitsbereiche der Hebammen

8.3.1 Allgemeines

Voraussetzung für Hebammentätigkeiten im KAV ist ein in Österreich anerkanntes Hebammendiplom bzw. ein abgeschlossener Fachhochschul-Bakkalaureatsstudienlehrgang. Den Hebammen obliegt - wie bereits im Pkt. 2.5.3 ausgeführt - lt. HebG die Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, die Beistandsleistung bei der Geburt sowie die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge. Darüber hinaus ist im HebG geregelt, dass bei Verdacht oder Auftreten von für die Frau oder das Kind regelwidrigen und gefahrdrohenden Zuständen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts, die Hebamme ihren Beruf nicht eigenverantwortlich, sondern nur nach ärztlicher Anordnung und in Zusammenarbeit mit einer Ärztin bzw. einem Arzt ausüben darf.

8.3.2 Musterstellenbeschreibung für Hebammen der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"

Zur KAV-weit einheitlichen Regelung der Aufgabenprofile von Hebammen wurde von der GED des KAV eine standardisierte Stellenbeschreibung mit angeschlossenen Beiblatt, welches eine Beschreibung des Aufgaben- und Verantwortungsbereiches sowie die Definition der eigenverantwortlich durchzuführenden Tätigkeiten und deren Grenzen auflistet, erstellt. Hierin wurden jene Tätigkeiten, die gemäß HebG durchzuführen sind, näher beschrieben und die allgemeinen Berufspflichten entsprechend dem HebG in Erinnerung gebracht.

Diese Musterstellenbeschreibung hatte für alle Krankenanstalten des KAV - mit Ausnahme des AKH, das über eine gesonderte Stellenbeschreibung verfügte - Gültigkeit. Zum allgemeinen Teil der Stellenbeschreibung konnte von den einzelnen Einrichtungen ein bereichsbezogener variabler Teil mit Erläuterungen und Ergänzungen angeschlossen werden. Darüber hinaus oblag es den einzelnen Dienststellen, zusätzlich eine Auflistung besonderer Tätigkeiten, Spezialaufgaben u.dgl. anzufügen.

Über die Stellenbeschreibungen hinaus waren in einigen Anstalten ergänzend detaillierte SOP bzw. Standards oder Leitlinien erstellt worden, in denen für einzelne Bereiche berufsgruppenbezogen bzw. berufsgruppenübergreifend Tätigkeiten beschrieben wurden (s. Pkte. 5.3.1.3 bis 5.3.1.9).

8.3.3 Stellenbeschreibungen der Hebammen in den einzelnen Krankenanstalten

8.3.3.1 Im AKH waren Hebammen im Betrachtungszeitraum im Kreißaal, in der präpartalen Station sowie zeitweise im Ambulanzbereich tätig. Zum Zeitpunkt der Einschau war für alle diese Tätigkeitsbereiche eine, seit dem Jahr 2009 gültige Stellenbeschreibung für diese Berufsgruppe in Verwendung. In dieser war neben den Tätigkeiten, die lt. HebG durchzuführen sind, festgehalten, dass alle im AKH beschäftigten Hebammen - unabhängig von ihrem Tätigkeitsbereich - über die Bereitschaft verfügen mussten bei Bedarf *"in sämtlichen geburtshilflichen Bereichen"* eingesetzt werden zu können.

Zu den allgemeinen Hauptaufgaben der Hebammen zählten neben der Aneignung diverser AKH-interner Kenntnisse über Hygienerichtlinien und Behandlungsstandards u.a.

das *"Erkennen der Anzeichen von Regelwidrigkeiten bei Mutter und Kind"*, die *"umfassende Dokumentation des gesamten Beratungs-, Betreuungs- und Geburtsprozesses"* sowie die *"Aufbereitung und Versendung von organischen Präparaten"*.

Darüber hinaus waren für den Kreißsaal spezielle Aufgaben definiert. So waren darin vorrangig Tätigkeiten wie die Betreuung und Überwachung der Gebärenden bei Lebend-, Tot- und Frühgeburten, die Überwachung des Fetus in der Gebärmutter, die Betreuung von Schwangeren mit indizierten Spätaborten, die Überwachung des Zustandes der Mutter nach der Geburt und des Neugeborenen, die Betreuung von Kindern im Rahmen der operativen Entbindung, die Überwachung und Leitung der Plazentarperiode, die Förderung des Bondings, aber auch die Anleitung und Information zum Stillen festgehalten. Weiters konnte den Personalakten entnommen werden, dass mehrere der im Kreißsaal tätigen Hebammen vom Vorstand der Universitätsklinik für Frauenheilkunde ausdrücklich ermächtigt worden waren, *"eigenverantwortlich und selbständig"* Hebammengeburt durchzuführen.

In der präpartalen Station zählten zu den Hauptaufgaben der dort tätigen Hebammen die Betreuung und Beratung der Risikoschwangeren, der Schwangeren mit indizierten Spätaborten sowie der gesunden Schwangeren, die Überwachung des Fetus in der Gebärmutter sowie die Leitung der Plazentarperiode.

Für die im Ambulanzbereich eingesetzten Hebammen war im Tätigkeitsprofil festgehalten, dass in erster Linie die Anamnese, die Betreuung der normal verlaufenden Schwangerschaften sowie der Risikoschwangerschaften im Rahmen der ambulanten Kontrolle zu übernehmen und Beratungsgespräche durchzuführen hatten.

8.3.3.2 Im Betrachtungszeitraum waren im DSP Hebammen im Kreißsaal, im angeschlossenen Sectio-OP-Saal, in geringem Ausmaß in der Wochenbettstation und in der Ambulanz tätig, wobei hier die vorgegebene Stellenbeschreibung der GED des KAV verwendet wurde, die keine speziellen Ergänzungen aufwies.

8.3.3.3 Im WIL waren im Betrachtungszeitraum Hebammen im Kreißsaal, in der Wochenbettstation sowie im Ambulanzbereich tätig. Ergänzend zum Tätigkeitsprofil der

Musterstellenbeschreibung wurde in dieser Anstalt die individuelle Betreuung der Gebärenden, Schwangeren und Wöchnerinnen sowie das Arbeiten in einem multiprofessionellen und interdisziplinären Team explizit festgehalten. Da die Hebammen dieser Anstalt in Form einer bereichsübergreifenden Arbeitsplatzrotation tätig waren und somit gleichermaßen im Kreißaal, in der Wochenbettstation und mitunter auch im Ambulanzbereich eingesetzt wurden, hatte für alle Hebammen dieselbe Stellenbeschreibung Gültigkeit.

8.3.3.4 In der KAR, wo Hebammen im Betrachtungszeitraum vor allem im Kreißaal tätig waren, war die verpflichtende Stellenbeschreibung der GED des KAV ohne weitere Ergänzungen im Einsatz. Zusätzlich wurde allerdings darauf hingewiesen, dass die Berufsausübung der Hebammen gemäß den vereinbarten "*klinikinternen Richtlinien*" der KAR zu erfolgen habe.

8.3.3.5 Die Tätigkeitsbereiche der Hebammen in der SEM erstreckten sich auf den Kreißaal, die präpartale Station, die Wochenbettstation und den geburtshilflichen Ambulanzbereich. Die Stellenbeschreibungen, die grundlegend auf der von der GED des KAV vorgegebenen aufbauten, beinhalteten den Zusatz, dass in dieser Anstalt die WHO-Richtlinien zum "*stillfreundlichen Krankenhaus*" zu erfüllen sind. Weiters waren spezielle Bedürfnisse und besondere Rücksichtnahme bei Klientinnen mit außergewöhnlichem Betreuungsbedarf zu beachten. Darüber hinaus waren für alle Bereiche die Umsetzung der Stillrichtlinien und des dort praktizierten "family-nursing" verpflichtend und Kenntnisse sowie Anwendung der vorhandenen EDV-Systeme gefordert. Gesonderte, bereichsbezogene Stellenbeschreibungen standen in der SEM nicht in Verwendung, da auch in dieser Anstalt grundsätzlich der Einsatz von Hebammen nach einem Rotationsprinzip in allen geburtshilflichen Bereichen vorgesehen war.

8.3.3.6 Im KFJ waren Hebammen im Betrachtungszeitraum in allen geburtshilflichen Bereichen der Anstalt tätig. Für diese war ohne Unterschied die KAV-weit geltende Stellenbeschreibung im Einsatz, die mit einem Zusatz betreffend die Betreuung von Frauen mit Risikoschwangerschaften versehen war.

8.3.3.7 Im KHR hatten für Kreißsaalhebammen und Ambulanzhebammen jeweils getrennte Stellenbeschreibungen Gültigkeit. Beide basierten auf der Musterstellenbeschreibung, enthielten aber bereichsbezogene Ergänzungen. Im Kreißsaal waren gemäß den vereinbarten internen Richtlinien die Durchführung der Hebammenvisite und der Hebammengeburt, die Pflegeanamnese, die Geburtsvorbereitung sowie die Nachsorge als Aufgaben der Hebammen angeführt. Für den Ambulanzbereich waren die Betreuung und Beratung der Schwangeren und die Beratung von deren Begleitpersonen gemäß den vereinbarten abteilungsinternen Richtlinien sowie die Erhaltung einer hohen Betreuungsqualität und ein reibungsloses Zusammenarbeiten im interdisziplinären Team ergänzend vermerkt.

8.4 Personalbesetzung der geburtshilflichen Bereiche mit Hebammen

8.4.1 Allgemeines

Wie bereits im Pkt. 6.1.2.2 angeführt, waren im KAV im Betrachtungszeitraum keine standardisierten Personalbedarfsberechnungsmethoden für die Ermittlung der erforderlichen Personalausstattung mit Hebammen in Kreißsälen implementiert. Des Weiteren gab es für diese Berufsgruppe über den DP-Plan hinausgehend keine sonstigen KAV-weit einheitlichen Vorgaben für diesen Bereich, womit es den einzelnen Anstalten überlassen blieb, die Ausgestaltung der Tages- und Nachtpräsenz in den geburtshilflichen Bereichen (Kreißsäle sowie präpartale Stationen, Wochenbettstationen und Ambulanzen) mit Hebammen selbst festzulegen.

In den Wochenbettstationen waren im Betrachtungszeitraum sowohl DGKP als auch Hebammen tätig, wobei die Entscheidung, welche Berufsgruppe für die Betreuung der Schwangeren und Wöchnerinnen vorgehalten wird, den einzelnen Anstalten überlassen wurde (s. Pkte. 6.3.1 bis 6.3.7). Da - wie das Kontrollamt in Erfahrung brachte - auf den Wochenbettstationen sowie den präpartalen Stationen kein berufsgruppenspezifischer Unterschied im Betreuungsaufwand bestand, wurde von den Anstalten für diese Bereiche die bereits im Pkt. 6.1.3.1 beschriebene für Pflegepersonal vorgesehene Personalbedarfsberechnungsmethode auch für Hebammen herangezogen.

In den Ambulanzen wurde unabhängig von den dort tätigen Berufsgruppen als Grundlage für die Personalbedarfsberechnungen im Wesentlichen die Zahl der innerhalb der Ambulanzzeiten zu besetzenden Arbeitsplätze herangezogen.

8.4.2 Vorgehensweise bei der Einschau

Einleitend ist zu der Frage der durchschnittlichen Soll- und Istbesetzung je Aufgabenbereich festzuhalten, dass die jeweiligen Rahmenbedingungen für Bedienstetengruppen der Dienststellen des KAV in sogenannten Diensterteilungen festgelegt sind. Diese Diensterteilungen beinhalten auch Vorgaben bzgl. der Anzahl der vorzuhaltenden Tag- und Nachtdienste (Tages- und Nachtpräsenz) sowie deren zeitlichen Rahmen. Hierbei handelt es sich um die zu den jeweiligen Tages- bzw. Nachtzeiten vorgesehene Sollbesetzung. Die in den Diensterteilungen definierten Tages- und Nachtpräsenzen entsprechen lt. Auskunft der vom Kontrollamt befragten Stationshebammen grundsätzlich den jeweils vorzuhaltenden Mindestpräsenzen, die - primär bzgl. der Tagespräsenz - bei ausreichend verfügbarem Personal auch überschritten werden können.

Die Erhebung der jeweils erforderlichen anstaltsbezogenen Mindestpräsenz an Hebammen erfolgte durch das Kontrollamt sowohl unmittelbar in den geburtshilflichen Bereichen als auch in den Abteilungen Personal der einzelnen Anstalten. Wie bereits erwähnt, konnten die jeweils definierten Sollbesetzungen den in den Abteilungen Personal aufliegenden Diensterteilungen entnommen werden und hatten bzgl. der Nachtdienste auch in Urlaubszeiten sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen Gültigkeit. Bei den Tagdiensten hingegen war in einigen Anstalten eine Reduktion der Dienste an diesen Tagen vorgesehen.

Um Unter- bzw. Überschreitungen hinsichtlich der vorzuhaltenden Dienste in den einzelnen geburtshilflichen Bereichen zu erheben, nahm das Kontrollamt in die abgerechneten Dienstpläne für die Hebammen der Kreißsäle sowie der Wochenbettstationen und der präpartalen Stationen Einsicht und stellte die diesbezüglichen Festlegungen den Diensterteilungen der Anstalten gegenüber.

Im Zuge weiterer Erhebungen zeigte sich allerdings, dass die Dienstpläne bzgl. der tatsächlichen Präsenz von Hebammen in den einzelnen geburtshilflichen Bereichen nicht immer uneingeschränkt der Realität entsprachen. Vom Kontrollamt wurden daher vorerst festgestellte Unterschreitungen der Mindestpräsenzen in einem weiteren Prüfungsschritt gemeinsam mit den jeweiligen Stationshebammen durch Einsichtnahme in deren zusätzlich geführte Aufzeichnungen abgeklärt.

Eine lückenlose Überprüfung der Einhaltung der Mindestpräsenzen in allen Anstalten für den gesamten Betrachtungszeitraum wäre allerdings - angesichts von rd. 16.000 zu überprüfenden Tagen - in einem vertretbaren Zeitausmaß nicht zu bewerkstelligen gewesen. Aus diesem Grund wurde vom Kontrollamt eine stichprobenweise Prüfung vorgenommen. Dazu wurde jeweils der Monat August der Jahre 2007 bis 2010 herangezogen, da in diesem Monat erfahrungsgemäß nicht nur eine hohe Zahl an Urlaubstagen konsumiert wird, sondern auch ein gesetzlicher Feiertag enthalten ist.

Eine Überprüfung der Einhaltung von Mindestpräsenzen der in Ambulanzen tätigen Hebammen erschien insofern nicht zielführend, als im Ambulanzbereich ein berufsgruppenübergreifendes Arbeiten die Regel war. Ambulanztätigkeiten wurden bei Personalengpässen im Hebammenbereich vielfach durch den Einsatz von Pflegepersonal oder im administrativen Bereich durch Kanzleipersonal abgedeckt.

8.4.3 Einschauergebnis im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus

Die Überprüfung der Mindestpräsenz im Kreißaal des AKH war u.a. - wie im Pkt. 11.1.3.2 noch näher dargestellt - bereits im Jahr 2009 Gegenstand einer von der GED des KAV durchgeführten Prüfung. Dabei zeigte sich, dass die von der Anstalt definierten Mindestpräsenzen immer wieder unterschritten wurden, da gemäß der Berechnungen der GED mit dem vom AKH ermittelten Personalbedarf für den Kreißaal und die Schwangerenambulanz die Sicherstellung der in den Diensterteilungen vorgesehenen Mindestpräsenzen nicht gewährleistet werden konnte.

Wie die Einschau des Kontrollamtes zeigte, war im AKH für die Jahre 2007 bis 2010 in Bezug auf die Nachtdienste festgelegt, dass mindestens drei Hebammen im Kreißaal und eine Hebamme auf der präpartalen Station in der Zeit von 19.00 Uhr bis 7.30 Uhr Dienst zu versehen hatten.

Die Überprüfung der Dienstpläne des Monats August der Jahre 2007 bis 2010 zeigte, dass im Kreißaal die für den Nachtdienst definierte Mindestpräsenz grundsätzlich eingehalten wurde. Lediglich im August 2010 versah an einem Tag eine Hebamme weni-

ger als vorgesehen den Nachtdienst. Laut Auskunft der interimistisch eingesetzten Stationshebamme hätte es sich diesbezüglich allerdings um einen Dokumentationsfehler gehandelt. Es wäre nämlich eine Hebamme fälschlicherweise nicht für den Dienst in der gegenständlichen Nacht, sondern in der darauffolgenden Nacht eingetragen gewesen.

Ebenso waren in der präpartalen Station in den für die Stichprobe ausgewählten Monaten - mit Ausnahme von zwei Tagen im August 2009 - die vorgesehenen Mindestpräsenzen eingehalten worden. An den beiden o.a. Tagen war lt. Dienstplan keine Hebamme auf der Station anwesend. Wie allerdings aus dem zeitlich entsprechenden Dienstplan des Kreißsaales ersichtlich war, hatte ersatzweise eine Hebamme aus diesem Team die Dienste auf der präpartalen Station übernommen.

Im Tagdienst waren im AKH wochentags für den Kreißsaalbereich fünf Hebammen als Sollbesetzung eingeteilt, wobei drei dieser Bediensteten ihren Dienst von 7.00 Uhr bis 19.30 Uhr und zwei einen sogenannten Kurzdienst von 7.00 Uhr bis 15.00 Uhr zu versehen hatten. An Samstagen, Sonn- und Feiertagen war die diesbezügliche Präsenz um einen Kurzdienst zu reduzieren. Die Mindestpräsenz in der präpartalen Station war im Tagdienst mit zwei Hebammen - jeweils eine in einem Lang- und eine in einem Kurzdienst - festgesetzt, wobei hier der Kurzdienst im Gegensatz zu jenem im Kreißsaal nur von 7.00 Uhr bis 13.00 Uhr als erforderlich erachtet wurde.

In den für die Stichprobe herangezogenen Monaten konnte tagsüber an 57 Tagen die erforderliche Mindestpräsenz im Kreißsaal nicht eingehalten werden, wobei sich im Betrachtungszeitraum die Entwicklung rückläufig darstellte. War im August 2007 noch an 22 Tagen der Kreißsaal unterbesetzt, so belief sich die Zahl solcher Tage im August 2008 auf 19, im August 2009 auf 15 und im August 2010 nur mehr auf einen Tag.

Wie dazu die Oberassistentin, der die Dienstaufsicht über die Hebammen des AKH oblag, dem Kontrollamt gegenüber ausführte, hätte der Leiter der Klinischen Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin in Dienstbesprechungen mehrfach darauf hingewiesen, dass bei Nichterreicherung der Mindestpräsenz der Hebammen verstärkt Ärztinnen bzw. Ärzte beizuziehen sind. Die Notwendigkeit dieser Maßnahme wäre auf die

fehlende Besetzung von DP bei gleichzeitig vermehrten krankheitsbedingten Absenzen einiger Hebammen zurückzuführen.

In der präpartalen Station wurde in den Stichprobenmonaten im Tagdienst die Mindestpräsenz der dort tätigen Hebammen an insgesamt 31 Tagen unterschritten, davon zwölfmal im August 2007, achtmal im August 2008 und elfmal im August 2009. Die für den August 2009 aus dem Dienstplan ersichtlichen Unterschreitungen der Mindestpräsenz konnten durch eine zeitlich befristete Zuteilung einer Hebamme des Kreißsaales in die präpartale Station kompensiert werden. Im August 2010 war in keinem Fall eine Unterschreitung festzustellen.

8.4.4 Einschauergebnis im Sozialmedizinischen Zentrum Ost - Donauespital

Im DSP waren im gesamten Betrachtungszeitraum für den Kreißsaal als Mindestpräsenz drei Nacht- und drei Tagdienste (Lang- bzw. Kurzdienste, je nach Bedarf) vorgesehen, wobei die Zahl der im Tagdienst befindlichen Hebammen an Sonn- und Feiertagen um eine Bedienstete reduziert werden konnte. Die Nachtdienste waren von 18.45 Uhr bis 7.15 Uhr festgesetzt, die langen Tagdienste von 6.45 Uhr bis 19.30 Uhr und die kurzen Tagdienste von 7.00 Uhr bis 13.00 Uhr bzw. 15.00 Uhr.

Hinsichtlich der Nachtdienste ergab die Einschau in die für die Stichprobe herangezogenen Monate 42 Unterschreitungen der in der Diensterteilung festgelegten Mindestpräsenz, davon 13 im August 2007, neun im August 2008, acht im August 2009 und zwölf im August 2010. Wie die weiterführenden Erhebungen des Kontrollamtes ergaben, waren die festgestellten Unterschreitungen nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass die Stationshebamme des Kreißsaales im Nachtdienst von einer Mindestbesetzung von zwei und nicht wie in den Diensterteilungen definiert von drei Hebammen ausgegangen war.

Die Mindestpräsenz im Tagdienst wurde in den Monaten August 2007 bis 2010 lückenlos eingehalten.

8.4.5 Einschauergebnis im Wilhelminenspital

Im WIL war die Mindestpräsenz für den Nachtdienst mit jeweils zwei Hebammen im Kreißsaalbereich und zwei Hebammen auf der Station festgelegt, wobei der Nacht-

dienst im Kreißsaal von 19.30 Uhr bis 7.45 Uhr und auf der Wochenbettstation von 19.30 Uhr bis 8.00 Uhr dauerte.

Da im WIL im gesamten Betrachtungszeitraum in den o.a. Bereichen grundsätzlich ein gemeinsames Arbeiten vorgesehen war, wurde lt. Aussage der LOAss speziell in Bezug auf die Nachtdienste im Sinn eines effizienten Dienstbetriebes keine zwingende Notwendigkeit einer Unterscheidung zwischen Stations- und Kreißsaaldiensten gesehen und von ihr lediglich auf die Gesamtzahl der zu besetzenden Nachtdienste Bedacht genommen. Ungeachtet dessen wurden jedoch die Dienstpläne für die Hebammen weiterhin getrennt nach Wochenbettstation und Kreißsaal geführt.

Die stichprobenweise Prüfung ergab, dass es entsprechend der Dienstpläne im Kreißsaal im August 2008 einmal im Nachtdienst zu einer Unterschreitung gekommen war, die jedoch durch eine Hebamme der Wochenbettstation ausgeglichen werden konnte.

In der Wochenbettstation kam es im Betrachtungszeitraum gemäß den Dienstplänen in den Monaten der stichprobenweisen Einschau zu insgesamt 30 Unterschreitungen der Mindestpräsenz bei den Nachtdiensten, wobei es sich im August 2007 um 14 Tage, im August 2008 und 2009 um jeweils drei Tage und im August 2010 um zehn Tage handelte, wovon an einem lt. Dienstplan auf der Wochenbettstation keine einzige Hebamme Dienst vorsah. Allerdings wurden die in den Dienstplänen ausgewiesenen Unterbesetzungen auf der Wochenbettstation im August der Jahre 2008 bis 2010 mit dem an den jeweiligen Tagen über der Mindestpräsenz vorgehaltenen Personal des Kreißsaales ausgeglichen. Lediglich im August 2007 konnte durch die Hebammen des Kreißsaalteams kein Ausgleich der Unterschreitung der Mindestbesetzung auf der Wochenbettstation sichergestellt werden.

Im Tagdienst waren für den Kreißsaal zwei Langdienste jeweils von 7.30 Uhr bis 19.45 Uhr und auf der Wochenbettstation zwei Langdienste und ein Kurzdienst einzuteilen, wobei hier die Langdienste jeweils von 7.30 Uhr bis 20.00 Uhr und die Kurzdienste von 7.30 Uhr bis 14.00 Uhr vorgesehen waren.

Die Mindestpräsenz bei den Tagdiensten wurde in den für die Stichprobe herangezogenen Monaten sowohl im Kreißsaal als auch auf der Wochenbettstation lückenlos erfüllt.

8.4.6 Einschauergebnis am Standort der Krankenanstalt Rudolfstiftung

In der KAR war die Mindestpräsenz im Kreißsaal in der Nacht von 18.30 Uhr bis 7.00 Uhr mit zwei und am Tag mit drei Hebammen festgesetzt, wobei der zeitliche Rahmen der dort zu erbringenden Langdienste 6.45 Uhr bis 19.00 Uhr umfasste und zusätzlich bedarfsorientiert weitere Hebammen mit entsprechenden Kurzdiensten herangezogen werden konnten.

Die Einhaltung der Mindestpräsenz war in der KAR sowohl in der Nacht als auch am Tag in dem für die Stichprobe herangezogenen Monat August der Jahre 2007 bis 2010 lückenlos gegeben.

8.4.7 Einschauergebnis am Standort Semmelweis Frauenklinik der Krankenanstalt Rudolfstiftung

In der SEM war die Mindestpräsenz im Nachtdienst mit drei Hebammen im Kreißsaal und zwei Hebammen auf der präpartalen Station festgelegt, wobei die Nachtdienste jeweils von 20.00 Uhr bis 8.15 Uhr vorgesehen waren.

Hinsichtlich der Mindestpräsenz im Tagdienst waren in der SEM für den Kreißsaalbereich drei und für die präpartale Station zwei Hebammen vorzusehen, wobei Lang- und Kurzdienste bedarfsorientiert eingesetzt werden konnten. Langdienste waren von 8.00 Uhr bis 20.15 Uhr und Kurzdienste von 8.00 Uhr bis 14.15 Uhr bzw. von 14.00 Uhr bis 20.15 Uhr zu erbringen.

Im gesamten Betrachtungszeitraum wurde in den für die Stichprobe herangezogenen Monaten im Kreißsaalbereich sowie in der präpartalen Station die festgelegte Mindestpräsenz der Tag- und Nachtdienste eingehalten.

8.4.8 Einschauergebnis im Sozialmedizinischen Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital

Im KFJ waren im Kreißsaal in den Jahren 2007 bis 2010 zwei Nachtdienste einzuplanen, in der Wochenbettstation war in den Jahren 2007 bis 2009 die Mindestpräsenz mit

einer Hebamme je Nacht festgesetzt. Dieselbe Mindestpräsenz war auf der Wochenbettstation auch im Jahr 2010 vorgesehen, wo sowohl Pflegepersonen als auch Hebammen tätig waren und die Station von Pflegepersonal geleitet wurde.

Für den Tagdienst waren im KFJ sowohl im Kreißaal als auch auf der Wochenbettstation jeweils mindestens zwei diensthabende Hebammen einzuteilen, wobei diese Dienste von 6.45 Uhr bis 19.00 Uhr zu leisten waren.

Die Stichprobe zeigte, dass im Monat August der Jahre 2007 bis 2010 die Einhaltung der Mindestpräsenz in der Nacht und am Tag sowohl im Kreißaal als auch in der Wochenbettstation lückenlos sichergestellt werden konnte.

8.4.9 Einschauergebnis im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

Die Mindestpräsenz der Kreißaalhebammen im KHR war im gesamten Betrachtungszeitraum mit zwei Nachtdiensten (jeweils von 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr) und drei Tagdiensten - einem Langdienst von 6.45 Uhr bis 19.15 Uhr sowie einem Kurzdienst von 7.00 Uhr bis 12.45 Uhr - festgesetzt.

Bezüglich der Tagdienste waren ein Langdienst von 6.45 Uhr bis 19.15 Uhr und ein kurzer Dienst von 7.00 Uhr bis 12.45 Uhr als Mindestpräsenz vorgesehen, die bei Bedarf mit bis zu zwei weiteren Langdiensten erhöht werden konnte.

Sowohl bezogen auf die Nachtdienste als auch auf die Tagdienste wurde diese Mindestpräsenz im Monat August der Jahre 2007 bis 2010 lückenlos eingehalten.

8.5 Unterbesetzungen von für Hebammen systemisierten Dienstposten

8.5.1 Regelungen bezüglich der Nachbesetzung von Dienstposten

Mit Schreiben der GED des KAV vom 9. August 2006 wurde die vorher den Anstalten vorbehaltene Vorgangsweise bei der Nachbesetzung von frei werdenden DP neu geregelt. So mussten von den Dienststellen des KAV ab 1. September 2006 sämtliche beabsichtigte Nachbesetzungen - mit Ausnahme solcher von Turnusärztinnen bzw. Turnusärzten - dem Geschäftsbereich Personal der GED bekannt gegeben werden.

Diese Meldungen wurden vom genannten Geschäftsbereich der Direktion der jeweiligen Teilunternehmung zur Entscheidung vorgelegt. Falls von dieser eine Nachbesetzung hinterfragt wurde, oblag die endgültige Entscheidung den in den jeweiligen Teilunternehmungsdirektionen eingerichteten Nachbesetzungskommissionen.

Im Mai 2009 wurde die gegenständliche Vorgehensweise im Einvernehmen mit der Hauptgruppe II der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten in mehreren Punkten geändert. So wurde ab diesem Zeitpunkt u.a. für die Berufsgruppe der Hebammen die Meldepflicht der Anstalten bei vakanten DP aufgehoben.

8.5.2 Unbesetzte Dienstposten für Hebammen in den einzelnen Anstalten

8.5.2.1 Zu der Frage über die durchschnittliche Dauer von personellen Unterbesetzungen von für Hebammen systemisierten DP im KAV war festzuhalten, dass eine diesbezügliche berufsgruppenbezogene Auswertung in elektronischer Form im KAV nicht vorgesehen ist. Eine entsprechende Erhebung des Kontrollamtes hätte angesichts dessen, dass sämtliche für Hebammen systemisierte DP bzgl. deren Besetzungssituation über einen Betrachtungszeitraum von vier Jahren einzeln zu überprüfen gewesen wären, naturgemäß den zeitlichen und personellen Rahmen für die Beantwortung des Prüfersuchens gesprengt.

Alternativ wurde daher auf Grundlage des vom Geschäftsbereich Personal der GED des KAV übermittelten Datenmaterials der Umfang der Nichtbesetzung vorhandener Stellen als Saldo von systemisierten und tatsächlich besetzten DP in VZÄ dargestellt. Die jeweiligen Zeitpunkte der Zu- und Absystemisierungen von DP fanden dabei grundsätzlich Berücksichtigung.

8.5.2.2 Nachstehender Tabelle ist zu entnehmen, wie viele für Hebammen systemisierte DP in den Jahren 2007 bis 2010 in den einzelnen Krankenanstalten des KAV im Durchschnitt nicht besetzt waren. Negative Werte bedeuten eine Überbesetzung.

Kranken- anstalten	Nicht besetzte systemisierte DP in VZÄ			
	2007	2008	2009	2010
AKH	6,01	4,56	7,18	7,14
DSP	0,91	0,21	0,75	0,28

Kranken- anstalten	Nicht besetzte systemisierte DP in VZÄ			
	2007	2008	2009	2010
WIL	1,13	0,30	-0,04	0,52
KAR	0,11	-0,28	0,38	-0,28
SEM	2,06	1,87	0,67	0,46
KFJ	0,00	0,66	1,39	*) 0,81
KHR	0,72	0,54	0,06	0,06

*) Unter Berücksichtigung der Postenumwandlungen von Hebammen auf DGKP

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass im AKH die Zahl der nicht besetzten systemisierten DP in allen Jahren deutlich über den diesbezüglichen Werten aller anderen Anstalten lag. Während nämlich in diesen Einrichtungen des KAV im Betrachtungszeitraum im Jahresdurchschnitt meistens weniger als ein für Hebammen systemisierter DP unbesetzt war, waren im AKH in allen Jahren durchschnittlich deutlich mehr als vier bis zu rd. sieben der für diese Bedienstetengruppe vorgehaltenen DP vakant. Damit waren im AKH im Betrachtungszeitraum durchschnittlich zwischen 13 % und 20,5 % der für Hebammen vorgehaltenen DP unbesetzt, während in allen übrigen Einrichtungen des KAV der diesbezügliche Wert immer unter 6 % lag.

8.6 Feststellungen des Kontrollamtes

8.6.1 Zu der Frage der fachlichen Kompetenzen von Vorgesetzten der Kreißaalhebammen ergab die Prüfung, dass sämtliche Stationshebammen die in den Stellenbeschreibungen der GED abgebildeten Anforderungsprofile erfüllten. Bezüglich der im AKH interimistisch seit Jahren auch für den Kreißaal zuständigen Stationshebamme zeigte die Einschau, dass diese seit ihrem Dienstantritt bei der Stadt Wien nicht als Hebamme im Kreißaal tätig gewesen war, was jedoch kein formales Erfordernis für eine solche Führungskraft darstellt.

Die den Stationshebammen übergeordneten LOAss und die im AKH mit dieser Aufgabe betraute Oberassistentin verfügten über die in den Stellenbeschreibungen geforderten Qualifikationen. Diese besaßen keine fachlichen Kompetenzen, die dem Berufsbild der Hebammen zuzuordnen sind. Da diesen Führungskräften allerdings die Dienstaufsicht - nicht jedoch die Fachaufsicht - über mehrere Berufsgruppen obliegt, ist es aus der Sicht des Kontrollamtes weder möglich noch notwendig, dass sie fachliche Kompetenzen in allen ihren Zuständigkeitsbereichen aufweisen.

In jenen Krankenanstalten, in denen im Weg der ärztlichen Leitungen den Vorständen der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen neben der Fachaufsicht auch die Dienstaufsicht über die Hebammen übertragen wurde, verfügten diese über ihre fachlichen Kompetenzen hinaus auch über die entsprechenden vom KAV geforderten Personalführungsqualifikationen.

Das Kontrollamt gewann bzgl. der Führungsstrukturen den Eindruck, dass diese zum einen historisch gewachsen und zum anderen anlassbezogen dann verändert wurden, wenn etwa Kommunikations- oder Akzeptanzprobleme zwischen Führungskräften und den ihnen unterstellten Bediensteten auftraten.

Das Kontrollamt hielt daher eine unternehmensweite Vereinheitlichung der Führungsstrukturen bzgl. der Hebammen für zielführend. Um die Dienstaufsichtspflichten im Hebammenbereich in umfassender Art und Weise wahrnehmen zu können, wäre - angesichts der Fülle von Tätigkeiten, die den Vorständen der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen bereits übertragen sind - zu überlegen, ob in allen Krankenanstalten diese Berufsgruppe den LOAss unterstellt werden sollte.

Des Weiteren schiene es ergänzend zu den im Pkt. 6.5.1 getroffenen Feststellungen und Empfehlungen aber auch notwendig, künftig eine Festlegung dahingehend zu treffen, wie innerhalb des Hebammenbereiches die Führungsstrukturen und Vertretungsverhältnisse auszugestalten sind.

8.6.2 Zu den Tätigkeitsbereichen von Hebammen war festzuhalten, dass diese im Sinn des HebG und infolge ihrer Ausbildung in allen Bereichen der Geburtshilfe eingesetzt werden können. Im Betrachtungszeitraum waren im KAV Hebammen grundsätzlich in Kreißsälen, in OP-Sälen, in präpartalen Stationen und z.T. in Wochenbettstationen sowie in Ambulanzen tätig. In mehreren Anstalten war eine Arbeitsplatzrotation der Hebammen innerhalb des geburtshilflichen Bereiches vorgesehen und im AKH eine diesbezügliche notwendige Bereitschaft der gegenständlichen Bedienstetengruppe sogar explizit gefordert.

Unter Zugrundelegung des HebG hatte die GED des KAV eine für alle geburtshilfflichen Bereiche - mit Ausnahme von jenem des AKH - anzuwendende Musterstellenbeschreibung erstellt. Die darin definierten Aufgabenprofile enthielten die im HebG normierten Tätigkeiten hinsichtlich der Betreuung der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen sowie der Säuglinge und legten die Rolle der Hebammen bei der Geburt fest.

Zum Zeitpunkt der Einschau standen in den WSK Stellenbeschreibungen auf Grundlage der Vorgabe der GED des KAV in Verwendung, wobei diese - aufgrund von unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen - mitunter anstalts- bzw. bereichsspezifisch ergänzt waren. Die im AKH verwendeten Stellenbeschreibungen wiesen in grundlegenden Punkten keine Abweichungen zu der Musterstellenbeschreibung der GED des KAV auf.

8.6.3 Wie sich bei der Einschau des Kontrollamtes bzgl. der Soll- und Istbesetzungen zeigte, lagen in allen Anstalten Diensterteilungen für die Hebammen auf, aus denen die vorgesehenen Mindestpräsenzen - getrennt nach Tag- und Nachtdiensten - entnommen werden konnten, die auch während der Urlaubszeiten Gültigkeit hatten. Eine geringfügige Reduktion der vorzuhaltenden Tagdienste an Wochenenden und Feiertagen war im AKH und im DSP vorgesehen.

Die Prüfung ergab weiters, dass sich die Zahl der für die Tag- und Nachtdienste einzuplanenden Hebammen anstaltsweise unterschiedlich darstellte, wobei dem Kontrollamt diesbezüglich keine KAV-weit geltenden Berechnungen vorgelegt werden konnten.

Eine anstaltsweise Gegenüberstellung der Sollbesetzungen mit den im Rahmen einer Stichprobe für einen Monat der Jahre 2007 bis 2010 ermittelten Istbesetzungen erfolgte in den Pkten. 8.4.3 bis 8.4.9. Insgesamt zeigte sich, dass insbesondere im AKH sowohl im Kreißaal als auch auf der präpartalen Station im gesamten Betrachtungszeitraum bei rückläufiger Tendenz immer wieder Unterbesetzungen gegeben waren. Darüber hinaus wurden vom Kontrollamt in Bezug auf die für die Nacht in den Diensterteilungen festgelegte Mindestpräsenz in den Jahren 2007 bis 2010 im Kreißaal des DSP Unterbesetzungen ermittelt. Des Weiteren war ausschließlich im Jahr 2007 die Wochenbett-

station im WIL tageweise unterbesetzt. In der KAR, in der SEM, im KFJ sowie im KHR stellte das Kontrollamt in den der Stichprobe zugrunde liegenden Monaten keine Unterschreitungen der jeweils vorzuhaltenden Mindestpräsenzen fest.

8.6.4 Um die Frage zur durchschnittlichen personellen Unterbesetzung zu beantworten, hat das Kontrollamt - mangels berufsgruppenbezogener Auswertemöglichkeiten im KAV - das jährliche Ausmaß der Nichtbesetzung vorhandener Stellen erhoben. Dabei zeigte sich, dass in den geprüften Abteilungen der WSK in den Jahren 2007 bis 2010 meistens durchschnittlich weniger als ein systemisierter DP für Hebammen unbesetzt war. Nur in einem Jahr waren in einer Krankenanstalt durchschnittlich zwei systemisierte DP nicht besetzt, allerdings kam es im Betrachtungszeitraum auch in drei Fällen zu geringfügigen Überbesetzungen.

Weiters ergaben die Erhebungen des Kontrollamtes, dass im AKH in den Jahren 2009 und 2010 durchschnittlich rd. sieben der für die Bedienstetengruppe der Hebammen vorgehaltenen systemisierten DP nicht besetzt waren. Allerdings darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die im Pkt. 6.3.1.2 bereits dargestellten Ergebnisse der im Betrachtungszeitraum vom AKH laufend intern vorgenommenen Personalbedarfsberechnungen einen geringeren Bedarf an Hebammen ergaben als DP für diese Bedienstetengruppe systemisiert waren.

In diesem Zusammenhang war darauf hinzuweisen, dass entsprechend der GOM bei einer zu hohen Zahl von systemisierten DP in einem Bereich des KAV es Aufgabe der jeweiligen Dienststellenleiterin bzw. des jeweiligen Dienststellenleiters wäre, im Zusammenwirken mit der GED die überzähligen DP anderen Organisationseinheiten zuzuordnen bzw. diese gegebenenfalls der GED der Unternehmung zur Verfügung zu stellen.

9. Fluktuation, Kündigungen, krankheitsbedingte Absenzen sowie Belastungseinschränkungen bei Hebammen

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Fragen des Prüfersuchens eingegangen:

Frage: Wie hoch ist die personelle Fluktuation bei den Hebammen zwischen den einzelnen Abteilungen im KAV?

Frage: Wie viele Hebammen haben/wurden im Prüfzeitraum gekündigt? Wie viele Niederschriften wurden verfasst, aus welchem Anlass und mit welchen Konsequenzen?

Frage: Gibt es chronische Krankenstände und Belastungseinschränkungen bei Hebammen - wie wird in solchen Fällen für Ersatz gesorgt? Wie werden infektionsgefährdete Hebammen eingesetzt?

9.1 Fluktuation im Hebammenbereich zwischen den einzelnen Krankenanstalten

Mit Dienstanweisung der Direktion der damaligen Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime vom 8. Juni 2004 wurde auf Basis einer Entschließung des Bürgermeisters vom 7. Juli 2003 im Sinn der GOM den Leiterinnen bzw. Leitern der Dienststellen der gegenständlichen Teilunternehmung die Zuständigkeit für Versetzungen und Dienstzuteilungen übertragen.

Wie im Pkt. 8.5.2 bereits ausgeführt wurde, waren während des gesamten Betrachtungszeitraumes immer wieder DP für Hebammen in den verschiedenen Anstalten in unterschiedlichem Ausmaß unbesetzt, wobei diese freien Posten teilweise auch in der magistratsinternen Jobbörse der Stadt Wien veröffentlicht wurden. Im Sinn einer verstärkten Eigenverantwortung zur beruflichen Weiterentwicklung bot der KAV seinen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern Unterstützung bei Versetzungswünschen innerhalb der Unternehmung, indem er diese Plattform nutzte und dort regelmäßig frei gewordene DP in den Krankenanstalten veröffentlichte.

Seitens der Hebammen war jedoch offensichtlich nur geringer Bedarf bzgl. eines Wechsels des Arbeitsplatzes gegeben, da von der Möglichkeit einer Versetzung in eine andere Krankenanstalt nur vereinzelt Gebrauch gemacht wurde. In den Jahren 2007 bis 2010 waren im KAV jährlich rd. 215 Hebammen tätig, von denen im gesamten Betrachtungszeitraum insgesamt zwölf ihren Arbeitsplatz wechselten. Dazu ergaben die Erhebungen, dass eine Versetzung im Jahr 2007, drei im Jahr 2008, sieben im Jahr 2009 und eine weitere im Jahr 2010 erfolgte. Die diesbezügliche durchschnittliche Fluktuationsrate lag somit im Jahr 2007 bei 0,5 %, im Jahr 2008 bei 1,4 %, im Jahr 2009 bei 3,3 % und im Jahr 2010 wiederum bei 0,5 %. Über den gesamten Betrachtungszeitraum ergab dies bezogen auf alle Hebammen eine Fluktuationsrate von durchschnittlich 1,4 % pro Jahr.

Im Einzelnen ließen sich eine Hebamme aus dem AKH bzw. aus dem KHR, zwei aus der KAR und jeweils vier aus dem KFJ bzw. aus der SEM versetzen. Diese traten ihren neuen Arbeitsplatz in einem Fall im AKH, in einem weiteren im WIL, in zwei Fällen im KFJ und in jeweils vier Fällen im KHR bzw. in der KAR an.

9.2 Kündigungen im Hebammenbereich

9.2.1 Allgemeines zur Auflösung von Dienstverhältnissen

Die Anstellung von Hebammen im KAV kann - wie grundsätzlich bei der Stadt Wien vorgesehen - im Dienstverhältnis als Beamtin nach der DO 1994 oder als Vertragsbedienstete nach der VBO 1995 erfolgen, wobei die Bestimmungen über Auflösungen der Dienstverhältnisse dem jeweiligen Anstellungsverhältnis gemäß geregelt sind. Während bei Beamtinnen der öffentlich-rechtliche Grundsatz der lebenslangen Bindung (Fortbestand des Dienstverhältnisses auch während des Ruhestandes) eine vorzeitige Auflösung einschränkt, gelten für Vertragsbedienstete die privatrechtlichen Grundsätze über die Lösbarkeit von Dienstverträgen.

9.2.1.1 Hebammen, die ein Dienstverhältnis als Beamtin haben, können dieses ihrerseits freiwillig durch Austritt (Dienstentsagung) beenden. Seitens der Dienstgeberin kann dieses durch Kündigung während der Probefristzeit oder nach der Definitivstellung durch Entlassung aufgelöst werden, wobei Letztere ausschließlich als Disziplinarstrafe bzw. bei wiederholter Minder- oder Nichtentsprechung ausgesprochen werden kann.

9.2.1.2 Kündigungen von vertragsbediensteten Hebammen sind entweder in Form einer Kündigung durch die Dienstnehmerin oder in Form von vorzeitigem Austritt ohne wichtigen Grund möglich. Im ersten Fall handelt es sich um die Auflösung des bestehenden Dienstverhältnisses mit dem Ablauf einer Kündigungsfrist zu einem bestimmten Kündigungstermin, im zweiten Fall handelt es sich um eine Auflösung des bestehenden Dienstverhältnisses bei Nichteinhaltung der Kündigungsfrist, wobei allerdings der Anspruch auf die Ersatzleistung des laufenden offenen Urlaubs zur Gänze entfällt.

Wurde im Dienstvertrag eine Probefristzeit vereinbart, kann das Dienstverhältnis von jedem Vertragsteil jederzeit innerhalb dieser aufgelöst werden. Wenn sowohl die Stadt

Wien als Dienstgeberin als auch die vertragsbedienstete Hebamme als Dienstnehmerin darin übereinstimmen, dass eine Beendigung des Dienstverhältnisses angestrebt wird, ist es jederzeit möglich eine einvernehmliche Auflösung des Dienstverhältnisses vorzunehmen. Zu einer solchen kommt es auch, wenn ein Ausscheiden infolge eines vorgesehenen Pensionsantrittes erfolgt.

Seitens der Stadt Wien kann das Dienstverhältnis entweder in Form einer Kündigung durch die Dienstgeberin oder auch durch Entlassung - wobei in einem solchen Fall allerdings ein wichtiger Grund vorliegen muss - aufgelöst werden.

Befristet eingegangene Dienstverhältnisse enden - soweit diese nicht verlängert werden - grundsätzlich mit Zeitablauf.

9.2.2 Auflösungen von Dienstverhältnissen bei Hebammen

Hinsichtlich der Fragestellung, wie viele Hebammen im Betrachtungszeitraum gekündigt hatten bzw. gekündigt wurden, übermittelten die einzelnen Krankenanstalten dem Kontrollamt Aufstellungen zu den unterschiedlichen Auflösungen von Dienstverhältnissen mit Hebammen. Abgesehen von den im Pkt. 9.1 beschriebenen Versetzungen von Bediensteten innerhalb des KAV, bei denen der Wechsel in eine andere Krankenanstalt keine Auswirkungen auf das Dienstverhältnis mit der Stadt Wien hatte, endeten einige Dienstverhältnisse mit Versetzung in den Ruhestand infolge eines vorgesehenen Pensionsantrittes oder durch Zeitablauf, die allerdings nicht Gegenstand der nachstehenden Betrachtungen des Kontrollamtes waren.

In keiner Krankenanstalt kam es im Betrachtungszeitraum zu einer Kündigung oder Entlassung einer Hebamme durch die Stadt Wien, allerdings wurde in zwei Fällen das Dienstverhältnis einvernehmlich aufgelöst; in zwei weiteren Fällen erfolgte eine einvernehmliche Auflösung des Dienstverhältnisses im Probemonat.

Ihrerseits beendet hatten das Dienstverhältnis zur Stadt Wien im Jahr 2007 insgesamt sieben, im Jahr 2008 insgesamt elf, im Jahr 2009 insgesamt 16 und im Jahr 2010 insgesamt sechs Hebammen. Nachstehende Tabelle zeigt die diesbezügliche anstaltsbezogene Verteilung der im Betrachtungszeitraum im KAV erfolgten 40 Dienstaustritte:

Krankenanstalten	Dienstentsagung bzw. Kündigung 2007 bis 2010	Vorzeitiger Austritt 2007 bis 2010	Summe
AKH	1	2	3
DSP	1	1	2
WIL	1	0	1
KAR	6	1	7
SEM	13	3	16
KFJ	5	3	8
KHR	2	1	3
Gesamt	29	11	40

Die meisten Austritte und Kündigungen von Beamtinnen und Vertragsbediensteten fanden in der SEM, gefolgt vom KFJ und von der KAR statt. In den anderen Anstalten gab es nur vereinzelt Fälle von diesbezüglichen Dienstaustritten. Die relativ hohe Zahl an Hebammen, die in der SEM das Dienstverhältnis beendeten, wurde insbesondere in den Jahren 2008 und 2009 verzeichnet. Wie dazu das Kontrollamt in Erfahrung brachte, könnte dies mit in diesen Zeitraum fallenden organisatorischen Veränderungen im geburtshilflichen Bereich in Zusammenhang gestanden haben.

9.3 Niederschriften im Hebammenbereich

9.3.1 Allgemeines

Im Allgemeinen werden Niederschriften in Personalangelegenheiten im Bedarfsfall bei Dienstpflichtverletzungen oder gravierenden Vorfällen verfasst und haben in erster Linie den betroffenen Bediensteten gegenüber Ermahnungs- und Belehrungscharakter. Im KAV werden solche Schriftsätze als sogenannte Amtshandlungen gewertet, die insbesondere der Magistratsabteilung 2 formell zur Kenntnis gebracht werden. Sie dienen zu Beweissicherungszwecken, dass eine dienstrechtliche Verfehlung stattgefunden hat, eine Belehrung oder Ermahnung erteilt und gegebenenfalls auch die Auflösung des Dienstverhältnisses angedroht wurde. Dabei ist die schriftliche Festhaltung, die - im Gegensatz zu einem Aktenvermerk - im Beisein und in Kenntnisnahme der bzw. des Betroffenen erfolgt, entscheidend. Die Gestaltung bei vertraglichen Dienstverhältnissen ist keiner bestimmten Form unterworfen, allerdings haben Niederschriften gem. § 14 AVG bestimmte Eckpunkte zu enthalten. So ist die Aufnahme der Niederschrift seitens der Abteilung Personal rechtzeitig anzukündigen, da die bzw. der Bedienstete die Möglichkeit haben muss, eine Person ihres bzw. seines Vertrauens beizuziehen. Jede Nie-

derschrift hat den Ort, die Zeit, den Gegenstand der Amtshandlung, die Namen der Leiterin bzw. des Leiters der Amtshandlung, der gegebenenfalls beigezogenen Vertrauensperson sowie weiterer Anwesender zu enthalten. Der Sachverhaltsdarstellung der Dienststelle wird auch die Darstellung der bzw. des Betroffenen angeschlossen und etwaige Beilagen oder Beweisschriftstücke beigelegt. Abschließend werden - oftmals unter Bezugnahme auf gesetzliche Grundlagen - Ermahnungen oder weitere Vorgehensweisen festgehalten. Üblicherweise wird die Niederschrift von allen Anwesenden unterzeichnet, es besteht allerdings auch die Möglichkeit, dass die bzw. der Betroffene die Unterschrift verweigert, was im Protokoll vermerkt wird. Des Weiteren wird die Niederschrift der bzw. dem Bediensteten ausgehändigt und im Personalakt abgelegt bzw. bei schwerwiegenden Verfehlungen, wenn eine Auflösung des Dienstverhältnisses in Betracht kommt, an die jeweils zuständige Behörde weitergeleitet.

9.3.2 Aufnahme von Niederschriften

Im gesamten Betrachtungszeitraum wurden Niederschriften mit Hebammen nur im AKH aufgenommen. So fand im Jahr 2008 eine solche im Oktober und eine weitere im Dezember sowie im Jahr 2009 die Fortsetzung der im Dezember 2008 unterbrochenen Amtshandlung statt. Des Weiteren wurde eine Niederschrift im September 2010 begonnen, die jedoch ebenso unterbrochen und im Jänner 2011 fortgeführt wurde. Darüber hinaus waren im Betrachtungszeitraum keine weiteren Niederschriften evident, allerdings wurde zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes eine Hebamme des AKH zur Aufnahme einer solchen vorgeladen.

9.3.2.1 Anlassgebend für die im Oktober 2008 durchgeführte Niederschrift war die "*Verletzung von Dienstpflichten*" durch eine Hebamme, die ihren Dienst krankheitsbedingt frühzeitig beendete, ohne dazu die Genehmigung ihrer Vorgesetzten einzuholen. Darüber hinaus hatte sie eine diesbezüglich fehlerhafte Eintragung in der Absenzendokumentation vorgenommen. Die Bedienstete wurde unter Vorhaltung des § 4 Abs. 1 und 4 der VBO 1995 (Allgemeine Pflichten) "*streng ermahnt*", weiters wurde eine entsprechende Korrektur auf der Überstunden- und Absenzendokumentation für den Geburtsbereich vorgenommen.

9.3.2.2 Eine weitere Niederschrift mit einer Hebamme fand im Dezember 2008 aufgrund von *"Ungebührlichem Verhalten"* statt. Im Vorfeld gab es monatelange Unstimmigkeiten zwischen der Bediensteten und ihrer unmittelbaren Vorgesetzten, was letztlich darin mündete, dass die Betroffene sich weigerte, einer Anweisung Folge zu leisten, gemäß der sie einen Dienst nicht im Kreißsaal, sondern in der Schwangerenambulanz verrichten sollte. Diese Niederschrift wurde nach 15 Minuten auf Veranlassung der zugezogenen Personalvertreterin unterbrochen, da sie schriftliche Stellungnahmen in der gegenständlichen Angelegenheit ankündigte.

Im März 2009 wurde die im Dezember 2008 unterbrochene Niederschrift weitergeführt, wobei nun die mittlerweile schriftlich eingebrachten Stellungnahmen einfließen. Aufgrund des *"hervorgekommenen Sachverhaltes"* wurde der Bediensteten *"die Bestimmung des § 18 Abs. 1 und 2 der DO 1994"* (Allgemeine Dienstpflichten) zur Kenntnis gebracht. Nachdem diese keine Verletzung der oben erwähnten Pflichten erkannte, wurden von ihr und ihrer Vertrauensperson die Unterschriften verweigert.

9.3.2.3 Im September 2010 wurde eine Hebamme des AKH zu einer Niederschrift vorgeladen, da sie einer im Dienst befindlichen Ärztin *"den Zutritt zur Fruchtausstoßung einer medizinisch indizierten Schwangerschaftsbeendigung verwehrt"* hatte. Da - wie die anschließenden Analysen des Falles jedoch ergaben - bei dieser Geburt das HebG nicht verletzt und die Dokumentation korrekt durchgeführt wurde, mündete die Fortführung der Niederschrift im Jänner 2011 in einer Sachverhaltsdarstellung, der keine Konsequenz für die betroffene Hebamme folgte.

9.3.2.4 Zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes wurde eine Hebamme des AKH zu einer Niederschrift *"bzgl. Teilnahme an einer Hebammen-Vollversammlung während des Krankenstandes sowie Besuch des Universitätslehrganges"* vorgeladen. Aufgrund der vorgelegten ärztlichen Bestätigungen war kein dienstrechtliches Fehlverhalten dieser Hebamme ableitbar.

9.4 Chronische Krankenstände im Hebammenbereich

9.4.1 Allgemeines

Zu der im Prüfersuchen gestellten Frage betreffend chronischer Krankenstände ist festzuhalten, dass das Wort "chronisch" nur in Verbindung mit einer Erkrankung als Ursa-

che von Krankenständen und nicht mit Krankenständen an sich einen für die Gebärungsprüfung erfassbaren Sinn ergibt.

Die gegenständliche Frage wurde daher als solche in Bezug auf oftmalige lange Krankenstände interpretiert. Anhand von Auswertungen der GED des KAV wurde deshalb erhoben, welche Hebammen in allen Jahren des Betrachtungszeitraumes eine hohe Anzahl an Krankenstandstagen (jährlich durchschnittlich 50 oder mehr Tage) bzw. vermehrte Krankenstände aufwiesen. Darüber hinaus wurden die Stationshebammen zu den im Einzelfall getroffenen Maßnahmen zur personellen Kompensierung der jeweiligen Absenzen befragt.

9.4.2 Krankheitsbedingte Absenzen bei Hebammen

9.4.2.1 Wie weiteren Auswertungen der für das strategische Personalcontrolling zuständigen Gruppe der Magistratsdirektion der Stadt Wien entnommen werden konnte, stiegen die Krankenstandstage der Hebammen im KAV während des Betrachtungszeitraumes kontinuierlich an. Dieser Anstieg war allerdings hauptsächlich durch einige wenige Bedienstete bedingt, die eine gehäufte Zahl von lang andauernden Krankenständen aufwiesen.

Die nachstehende Tabelle zeigt, dass der Gesamtanstieg der Krankenstandstage im Hebammenbereich des KAV nicht alle Anstalten gleichermaßen betraf:

Krankenanstalten	Krankenstandstage der Hebammen				
	2007	2008	2009	2010	Abweichung 2007/2010
AKH	405	576	562	1.676	1.271
DSP	235	321	389	438	203
WIL	514	804	1.006	522	8
KAR und Standort SEM	722	859	1.220	899	177
KFJ	335	426	329	249	-86
KHR	187	203	244	264	77
Gesamt exkl. AKH	1.993	2.613	3.188	2.372	379
Gesamt inkl. AKH	2.398	3.189	3.750	4.048	1.650

Ergänzend berechnete das Kontrollamt, dass im AKH bezogen auf den Betrachtungszeitraum die durchschnittliche Zahl der krankstandsbedingten Absenzen pro He-

bamme bei nahezu 25 Tagen lag. Demgegenüber waren die Hebammen der übrigen Krankenanstalten im Durchschnitt krankheitsbedingt rd. 16 Tage dem Dienst ferngeblieben.

9.4.2.2 Auffällig war der massive Anstieg der Krankenstandstage von Hebammen während des Betrachtungszeitraumes im AKH, wo sich die Zahl dieser Tage im Jahr 2010 gegenüber dem Jahr 2009 verdreifachte. Im Jahr 2010 entsprach der krankheitsbedingte Ausfall bereits einem Ausmaß von durchschnittlich 4,60 Bediensteten.

Wie eine vertiefte Einschau zeigte, kam es bei insgesamt sechs Hebammen des AKH über die Jahre verteilt zu auffallend vielen Krankenstandstagen, nämlich zwischen 216 und 369 Tagen je Bediensteter. Die Gesamtzahl der krankheitsbedingten Absenzen dieser sechs Mitarbeiterinnen im Jahr 2010 ergab in Summe 880 Tage, was rd. der Hälfte der gesamten Krankenstände im Jahr 2010 gleichkam. Drei dieser sechs Hebammen waren im Kreißaal und drei auf der präpartalen Station tätig, wobei mittlerweile zwei dieser sechs Hebammen in den Ruhestand versetzt worden sind.

Zur Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes wurden im Jahr 2010 auf der präpartalen Station des AKH zusätzlich vorübergehend zwei Pflegepersonen eingesetzt. Eine dieser beiden Pflegepersonen war zum Zeitpunkt der Prüfung nach wie vor zur Unterstützung des Hebammenteams auf der Station tätig. Des Weiteren wurde im Herbst 2010 darüber hinaus ein zusätzlicher DP für eine Hebamme auf dieser Station systemisiert.

Im Kreißaal des AKH wurden die stark vermehrten Krankenstände im Jahr 2010 durch zusätzliche Hebammenleistungen im Rahmen von Arbeitskräfteüberlassungen z.T. kompensiert. Des Weiteren wurden schrittweise immer weniger Hebammen in der Schwangerenambulanz eingesetzt, wobei dort zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes keine einzige solche Bedienstete mehr tätig war. Ebenso wurde wegen des akuten Hebammenmangels im Kreißaalbereich immer wieder mit der Magistratsabteilung 70 vereinbart, keine Antenataltransporte in das AKH vorzunehmen. Darüber hinaus wurde von der Direktion des AKH gemeinsam mit dem Leiter der Klinischen Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin festgelegt, dass bei Gefahr im Verzug die

diensthabenden Ärztinnen bzw. Ärzte unterstützend für die Hebammen tätig werden sollten.

9.4.2.3 Im WIL handelte es sich um fünf Hebammen, die über die Jahre verteilt Krankenstände im Gesamtausmaß von bis zu 608 Tagen je Hebamme aufwiesen. Der deutliche Rückgang der krankheitsbedingten Absenzen im Jahr 2010 gegenüber den Jahren 2008 und 2009 war auf die Ruhestandsversetzung von zwei Hebammen zurückzuführen, die in diesem Zeitraum vermehrt Krankenstandstage aufwiesen. Eine Bedienstete hatte infolge ihrer Krankheit ihre Stundenverpflichtung reduziert. Eine weitere Hebamme wurde nicht mehr im Kreißaal eingesetzt, sondern versah ausschließlich auf der Wochenbettstation ihre Dienste. Diese Maßnahmen wurden von der Stationshebamme sowohl im Sinn der Betroffenen als auch des Dienstbetriebes veranlasst.

9.4.2.4 Da das Hebammenpersonal der KAR und der SEM von der Abteilung Personal der KAR gemeinsam geführt wurde, erfolgten auch die Auswertungen der Krankenstandstage in einer gemeinsamen Aufstellung. Es zeigte sich, dass im Betrachtungszeitraum eine Hebamme der KAR in Summe 605 Krankenstandstage zu verzeichnen hatte. Um diesen Personalausfall zu kompensieren, war es lt. Stationshebamme daher im gesamten Betrachtungszeitraum notwendig, dass von den dort tätigen Hebammen entsprechende Mehrleistungen in Form von Überstunden erbracht wurden.

9.4.2.5 Im DSP, im KFJ und im KHR waren keine besonderen Auffälligkeiten bzgl. der Anzahl der Krankenstandstage bzw. der Häufigkeit der Krankenstände von Hebammen zu verzeichnen.

9.5 Belastungseinschränkungen und Infektionsgefährdungen im Hebammenbereich

9.5.1 Feststellen von Belastungseinschränkungen

Wie in den Aufgabenprofilen der Hebammen definiert, ist gemäß deren Stellenbeschreibungen auch die Durchführung von Tätigkeiten erforderlich, die eine hohe physische und psychische Belastbarkeit dieser Mitarbeiterinnen voraussetzen. Wird von einer solchen Bediensteten im Dienstweg eine Meldung über eine vorübergehende, län-

ger andauernde oder permanent vermutete Belastungseinschränkung, die bestimmte Tätigkeiten in ihrem Arbeitsbereich ausschließt, erstattet, so ist die Dienststelle verpflichtet, umgehend die Magistratsabteilung 15 um Ausstellung eines entsprechenden Gutachtens zu ersuchen. Laut GEM obliegen der Magistratsabteilung 15 aufgrund der ihr übertragenen Aufgaben in der hierfür eingerichteten Stelle für "Amtsärztliche und Fachärztliche Begutachtungen" im Auftrag des Magistrats der Stadt Wien sämtliche Begutachtungen und Überprüfungen der Dienstfähigkeit von Bediensteten. Nach Abschluss des Begutachtungsverfahrens wird von der zuständigen Amtsärztin bzw. vom zuständigen Amtsarzt über das Ergebnis ein schriftliches Gutachten erstellt, welches im Wesentlichen ein "Leistungskalkül" der bzw. des begutachteten Bediensteten umfasst, das Auskunft über das Ausmaß der Dienstfähigkeit gibt.

9.5.2 Einschauergebnis

Im Betrachtungszeitraum lagen in keiner Krankenanstalt des KAV Atteste, Befunde oder Gutachten der amtsärztlichen Untersuchungsstelle der Magistratsabteilung 15 hinsichtlich Belastungseinschränkungen oder spezifischen Infektionsgefährdungen von Hebammen auf.

Angemerkt wird allerdings, dass im Personalakt einer im Kreißsaal des AKH tätigen Hebamme ein Bescheid des Bundessozialamtes aus dem Jahr 2002 abgelegt war, gemäß dem bei dieser Bediensteten eine Behinderung von 90 % vorlag. Laut Aussage der vom Kontrollamt befragten interimistisch für diesen Bereich zuständigen Stationshebamme hätte diese Behinderung jedoch bisher keine Auswirkung auf die Einsetzbarkeit der Hebamme in Bezug auf ihre Dienstobliegenheiten gehabt. In einer zuletzt im Mai 2007 erfolgten Beurteilung der Mitarbeiterin war überdies festgehalten worden, dass die Bedienstete ihr Anforderungsprofil zu 100 % motiviert erfüllt habe.

9.6 Feststellungen des Kontrollamtes

9.6.1 Zu der Frage der Fluktuation von Hebammen zwischen den Abteilungen des KAV stellte das Kontrollamt fest, dass sich bezogen auf den gesamten Betrachtungszeitraum durchschnittlich nur 1,4 % aller in der Unternehmung beschäftigten Bediensteten dieser Berufsgruppe versetzen hatten lassen.

9.6.2 In den Jahren 2007 bis 2010 hatten insgesamt 40 Hebammen ihr Dienstverhältnis durch Austritt oder Kündigung beendet. Die diesbezügliche jahres- und anstaltsbezogene Verteilung ist dem Pkt. 9.2.2 zu entnehmen. Seitens der Dienstgeberin war im Betrachtungszeitraum nach den vorgelegten Unterlagen in keinem einzigen Fall eine Angehörige dieser Bedienstetengruppe gekündigt oder entlassen worden, in zwei Fällen lag eine einvernehmliche Auflösung des Dienstverhältnisses vor.

Zur Frage der Niederschriften erschien dem Kontrollamt die Tatsache bemerkenswert, dass vom Jahr 2007 bis zum Zeitpunkt der Einschau nur vom AKH dieses Instrumentarium bzgl. der Hebammen zur Anwendung kam. Von den vier im Pkt. 9.3.2 im Einzelnen dargestellten Fällen resultierte bei einer Hebamme aus einer derartigen Amtshandlung eine Ermahnung, die jedoch keine weiteren Konsequenzen nach sich zog.

9.6.3 In mehreren der geprüften Krankenanstalten waren lang andauernde bzw. vermehrte Krankenstände von Hebammen zu verzeichnen, die z.T. in Ruhestandsversetzungen bzw. in der Auflösung von Dienstverhältnissen im Zusammenhang mit einem nachfolgenden Pensionsantritt mündeten. In Einzelfällen konnten aber auch durch gezielte Personalmaßnahmen - z.B. im WIL, wo etwa mit den Betroffenen einvernehmlich eine Stundenreduzierung bzw. eine Veränderung des Tätigkeitsbereiches vereinbart wurde - Krankenstände reduziert werden.

Ein amtsärztliches oder sonstiges Gutachten, in dem einer Hebamme des KAV eine Belastungseinschränkung oder eine außergewöhnliche Infektionsgefährdung attestiert worden wäre, wurden im Betrachtungszeitraum nicht vorgefunden.

Insgesamt betrachtet zeigte die vom Kontrollamt im Pkt. 9.4.2 vorgenommene Analyse der Entwicklung der krankheitsbedingten Absenzen von Hebammen KAV-weit in den Jahren 2007 bis 2010 einen kontinuierlichen Anstieg der Fehlzeiten bei dieser Berufsgruppe, allerdings stellte sich die Entwicklung anstaltsweise sehr unterschiedlich dar. Bemerkenswert erschien, dass sich im AKH im Jahr 2010 gegenüber den Vorjahren die Zahl der Krankenstandstage verdrei- bzw. vervierfachte, wobei durch ein Bündel von Maßnahmen der Betrieb aufrechterhalten werden konnte. Des Weiteren fiel auf, dass im

Betrachtungszeitraum im Durchschnitt die Krankenstandstage pro Hebamme im AKH deutlich über jenen anderer Krankenanstalten lagen.

Eine hohe Zahl an krankheitsbedingten Absenzen kann sich sowohl negativ auf die Belastungssituation der übrigen im jeweiligen Bereich tätigen Bediensteten aber auch insgesamt auf den Dienstbetrieb - bis hin zu temporären Leistungseinschränkungen - auswirken. Das Kontrollamt empfahl daher der GED des KAV - nicht zuletzt im Sinn der beruflichen Gesundheitsförderung - gemeinsam mit den Anstalten derartigen Entwicklungen nicht nur im Anlassfall, sondern künftig insbesondere auch präventiv verstärkt gegenzusteuern. Dazu zählen nach gründlicher Analyse der Ursachen steigender krankheitsbedingter Absenzen zum einen alle jene Maßnahmen, mit welchen die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen nachweislich gesteigert werden kann, wobei insbesondere älteren Hebammen - im Sinn des laufenden KAV-Projektes "Productive Ageing" - weiterhin ein altersgerechtes und adäquates Arbeiten in ihrem Berufsfeld ermöglicht werden sollte. Zum anderen wird es mitunter zur Sicherstellung der Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes verstärkt notwendig sein, im Einklang mit den dienstrechtlichen Bestimmungen konsequent bei jenen wenigen Bediensteten geeignete Personalmaßnahmen (dazu zählen auch die Versetzung und die Auflösung des Dienstverhältnisses) in die Wege zu leiten, die weiterhin immer wieder infolge laufender krankheitsbedingter Absenzen an ihrem Arbeitsplatz für die Dienstverrichtungen nicht zur Verfügung stehen.

10. Bezüge von Hebammen im Bundesländervergleich

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Frage des Prüfersuchens eingegangen:

Frage: Wie hoch ist Grundgehalt ohne Zulagen einer Hebamme beim Berufseinstieg, nach 10jähriger, 15jähriger bzw. 20jähriger Dienstzeit im KAV absolut und im Vergleich zu Landesspitälern in Niederösterreich und der Steiermark? Wie hoch sind die durchschnittlichen Zulagen bei Berufseinstieg, nach 10, 15 und 20 Jahren jeweils im KAV, in Niederösterreich und der Steiermark?

Zur Beantwortung der Frage, wie sich die Bezüge der im KAV tätigen Hebammen im Vergleich zu den in der NÖ LKH sowie der KAGes Beschäftigten darstellen, hat das

Kontrollamt die Magistratsdirektion - Geschäftsbereich Personal und Revision um Unterstützung bei der Beischaffung von diesbezüglichen Informationen ersucht. Von dieser wurde die Magistratsabteilung 1 mit entsprechenden Erhebungen beauftragt, wobei das Ergebnis dieser Ermittlungen dem Kontrollamt in schriftlicher Form zuzuging.

10.1 Vergleich der Gehälter

Im Einvernehmen mit der GED des KAV wurde von der Magistratsabteilung 1 bezogen auf das Jahr 2010 im Sinn des Prüfersuchens das Dienst Einkommen der Hebammen beim Berufseinstieg sowie nach zehnjähriger, 15-jähriger und 20-jähriger Dienstzeit erhoben und in einer Tabelle dargestellt. Danach wurde diese den beiden anderen oben genannten Krankenanstaltenträgerinnen mit dem Ersuchen übermittelt, die Einkommenssituation in ihrem Zuständigkeitsbereich nach diesen Vorgaben darzustellen.

Die Ergebnisse dieses Vergleiches der Monatsbezüge von Hebammen des KAV, der NÖ LKH und der KAGes sind aus nachstehender Tabelle ersichtlich (Beträge in EUR):

Dienstzeit	Monatsbezüge der Hebammen im Jahr 2010		
	KAV	NÖ LKH	KAGes
Bei Berufseinstieg	1.785,76	2.405,34	1.970,20
Nach zehnjähriger Dienstzeit	2.008,97	2.954,40	2.326,50
Nach 15-jähriger Dienstzeit	2.124,61	3.011,00	2.744,10
Nach 20-jähriger Dienstzeit	2.298,30	3.123,80	2.898,90

Wie die Tabelle zeigt, lagen im Jahr 2010 die Einkommen der in der NÖ LKH beschäftigten Hebammen zwischen rd. 35 % und rd. 47 % über den Gehältern der im KAV Beschäftigten. Die Bezüge der in der KAGes tätigen Hebammen lagen ebenfalls über jenen der gegenständlichen Bediensteten des KAV, wobei sich die diesbezüglichen Gehaltsunterschiede je nach Dienstzeit zwischen rd. 10 % und rd. 29 % bewegten.

10.2 Vergleich der Nebengebühren

Als Grundlage für den Vergleich der Nebengebühren wurden von der Magistratsabteilung 1 im Einvernehmen mit der GED des KAV sechs Nachtdienste sowie zwei Sonn- bzw. Feiertagsdienste herangezogen und die aus diesen Diensten resultierenden Nebengebühren (ohne Mehrdienstleistungen) sowie die pauschaliert an Hebammen aus-

bezahlten Nebengebühren den diesbezüglichen Zulagen der Hebammen der beiden anderen Krankenanstaltenträgerinnen gegenübergestellt.

Nachstehender Tabelle können die auf Basis dieser Berechnungsgrundlagen von der Magistratsabteilung 1 ermittelten Nebengebühren der Hebammen des KAV, der NÖ LKH und der KAGes entnommen werden (Beträge in EUR):

Dienstzeit	Nebengebühren der Hebammen im Jahr 2010		
	KAV	NÖ LKH	KAGes
Bei Berufseinstieg	561,81	433,69	577,08
Nach zehnjähriger Dienstzeit	561,81	477,61	577,08
Nach 15-jähriger Dienstzeit	583,08	482,14	577,08
Nach 20-jähriger Dienstzeit	583,08	491,16	577,08

Die Nebengebühren der Hebammen der NÖ LKH lagen je nach Dienstzeit zwischen rd. 15 % und rd. 23 % unter jenen der im KAV Beschäftigten. Demgegenüber wichen die Nebengebühren, welche an die Hebammen der KAGes ausbezahlt wurden, nur geringfügig von jenen der im KAV beschäftigten Hebammen ab, wobei sie bei Berufseinstieg und nach zehnjähriger Dienstzeit mit rd. 3 % über und nach 15-jähriger bzw. 20-jähriger Dienstzeit mit 1 % unter den an Hebammen des KAV ausbezahlten Nebengebühren lagen.

Nicht unerwähnt soll bleiben, dass mit 1. Jänner 2011 im Zuge einer Änderung der BO 1994 den Hebammen eine ruhegenussfähige Dienstzulage in der Höhe von 235,-- EUR zuerkannt wurde. Des Weiteren wurden mit Beschluss des Stadtsenates vom 22. Februar 2011 die Nebengebühren für die Bediensteten der Stadt Wien neu geregelt, wobei für die in einer Krankenanstalt des KAV tätigen Hebammen "*als zusätzliche Abgeltung für die verantwortungsvolle Tätigkeit*" eine weitere Zulage in der Höhe von 135,-- EUR neu geschaffen wurde.

Bezieht man diese neu geschaffenen Zulagen in den Vergleich der Bezüge mit ein, so zeigt sich, dass seit Jänner 2011 die im KAV beschäftigten Hebammen bei ihrem Berufseinstieg über ein höheres Einkommen verfügen als die bei der KAGes Beschäftigten. Mit zehnjähriger Dienstzeit verfügen die bei diesen beiden Krankenanstaltenträger-

rinnen beschäftigten Hebammen nunmehr annähernd über das gleiche Einkommen und erst nach längerer Dienstzeit liegen die Bezüge der Beschäftigten der KAGes weiterhin über jenen der im KAV tätigen Bediensteten.

10.3 Feststellungen des Kontrollamtes

Die Gehälter sowie die Zulagen, welche die Hebammen gemäß den Erhebungen der Magistratsabteilung 1 im Jahr 2010 bei einer der drei Krankenanstaltenträgerinnen KAV, NÖ LKH oder KAGes im Durchschnitt bezogen, ist den Tabellen in den Pkten. 10.1 und 10.2 zu entnehmen.

Vom Kontrollamt war dazu festzuhalten, dass mit Jänner 2011 durch die Schaffung weiterer Zulagen für die im KAV tätigen Hebammen deren Einkommenssituation in hohem Maße an jene der bei der KAGes beschäftigten Hebammen angeglichen werden konnte. Weiterhin deutlich höhere Einkommen lukrieren jene Hebammen, die bei der NÖ LKH beschäftigt sind.

Nicht unberücksichtigt sollte diesbezüglich allerdings auch bleiben, dass für die Arbeitszufriedenheit von Bediensteten sowie die Attraktivität eines Arbeitsplatzes nach Ansicht des Kontrollamtes das Einkommen einen wichtigen jedoch nicht allein ausschlaggebenden Faktor darstellt. Neben monetären Überlegungen sind diesbezüglich insbesondere Rahmenbedingungen wie die Sicherheit des Arbeitsplatzes, dessen Entfernung vom Wohnort, das Arbeitsklima, die Arbeitszeiten und die Arbeitsbelastung der Bediensteten sowie deren Aufstiegsmöglichkeiten etc. zu nennen, welche die Entscheidung, sich bei einer bestimmten Dienstgeberin bzw. bei einem bestimmten Dienstgeber zu bewerben, maßgeblich beeinflussen können.

Wie die Einschau zeigte, war es den meisten Krankenanstalten des KAV im Betrachtungszeitraum möglich, freiwerdende DP für Hebammen - trotz der oben dargestellten Einkommenssituation - in einer vertretbaren Zeit nachzubeseetzen. Des Weiteren stellte das Kontrollamt im Zuge der gegenständlichen Prüfung fest, dass bei der angeführten Bedienstetengruppe im Betrachtungszeitraum nur eine geringe Fluktuations- bzw. Kündigungsrate vorlag. Diese Faktoren deuten insgesamt darauf hin, dass der KAV als

Unternehmung der Stadt Wien schon bisher für Hebammen über eine hohe Attraktivität als Dienstgeberin verfügte, die durch die zuletzt vorgenommenen Verbesserungen bei deren Einkommenssituation unzweifelhaft noch weiter erhöht werden konnte.

11. Spezielle Probleme in den geburtshilflichen Bereichen der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Fragen des Prüfersuchens eingegangen:

Frage: Welche Problemstellung führte zum Projekt "Evaluierung der Arbeitsbedingungen der Hebammen" und welche Konsequenzen wurden im AKH aus dem Bericht der A AG gezogen?

Frage: Warum wurde der Vorschlag der A AG, die Hebammen des AKH dem Abteilungsvorstand zu unterstellen, nicht aufgegriffen?

Frage: Welche Anstrengungen wurden unternommen, vakante Führungsfunktionen (insbesondere im AKH) zu besetzen und welche Ergebnisse sind zu verzeichnen?

Teil der Frage: Wurde von Bediensteten der geburtshilflichen Abteilungen (insbesondere von Hebammen) schriftlich oder mündlich im Dienstweg auf die Probleme aufmerksam gemacht? Bei welchen Stellen? Gab es Reaktionen oder Konsequenzen?

Jener Teil der Frage, der die Weiterleitung insbesondere der Probleme bei der technischen und infrastrukturellen Ausstattung des KAV im neonatologischen Bereich betrifft, wird im Bericht des Kontrollamtes Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund", Prüfung betreffend die Versorgungssituation von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen in allen geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen im KAV und insbesondere betreffend konkret behaupteter Missstände in den Abteilungen für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin sowie für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie im Wiener Allgemeinen Krankenhaus; Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a WStV vom 6. September 2010; technischer Teil, behandelt werden.

11.1 Probleme im geburtshilflichen Bereich des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus sowie Reaktionen und Konsequenzen

11.1.1 Evaluierung der Arbeitsbedingungen der Hebammen

11.1.1.1 Im AKH langte im Juli 2006 eine Beschwerde eines Angehörigen einer Patientin der Klinischen Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin ein, gemäß der

im Rahmen einer Geburt Unzulänglichkeiten aufgetreten wären. Im Zuge der internen Überprüfung der Dokumentation dieses Falles durch die Direktion des AKH wurde festgestellt, dass von den Hebammen einige diesbezügliche Standards nicht vollständig erfüllt worden waren, worauf die Leitung der Universitätsklinik für Frauenheilkunde bzgl. der Notwendigkeit von Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen kontaktiert wurde.

Um die zugrunde liegenden Schwachstellen und Problemfelder umfassend zu analysieren, entschied der Direktor der TU AKH in seiner Funktion als Ärztlicher Direktor des AKH, eine *"Analyse hinsichtlich Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen für Hebammen"* von einer externen Beratungsfirma durchführen zu lassen.

11.1.1.2 Wie dem Bericht der im Prüfersuchen angeführten Beratungsfirma über die von ihr in der ersten Jahreshälfte 2007 vorgenommene *"Evaluierung der Arbeitsbedingungen der Hebammen im AKH Wien"* zu entnehmen ist, wurden im Zuge dieser Untersuchung u.a. eine Befragung der Hebammen anhand standardisierter Fragebögen vorgenommen sowie deren Arbeit über einen Zeitraum von drei Tagen begleitet.

Insgesamt zeigte sich, dass vorwiegend im Kreißsaal Probleme bestanden hätten, was insbesondere daran gelegen wäre, dass nach Ansicht des dort tätigen Teams dieses ohne funktionierende mittelbare und unmittelbare Leitung tätig wäre. Diese Ansicht war nach Auffassung der Beratungsfirma im Wesentlichen darin begründet, dass der unmittelbar für den Kreißsaal vorgesehene DP einer Stationshebamme seit Längerem unbesetzt war. Des Weiteren bestünde ein Akzeptanzproblem für die dort tätigen Bediensteten bzgl. der interimistischen Führung des Kreißsaales durch die Stationshebamme der präpartalen Station sowie bzgl. der mittelbaren Führung durch den LOAss bzw. die Oberassistentin.

Mit der gegenständlichen Führungsproblematik wären insbesondere ineffizientes Teamwork, die Verfolgung von Eigeninteressen einzelner Hebammen sowie das Entstehen von Untergruppierungen im Team verbunden. Infolge dieser Probleme konnten nach Ansicht der Beratungsfirma die Führungsaufgaben nur eingeschränkt wahrgenommen werden, wodurch Konflikte auf persönlicher Ebene entstanden wären, *"die in*

der hierarchischen Zusammenarbeit sicherheitsrelevant" wären. Des Weiteren hätte die Beratungsfirma bei einem Teil der betroffenen Bediensteten mangelhafte Deutschkenntnisse festgestellt.

11.1.1.3 An Lösungsvorschlägen wurde als erster und wichtigster Schritt die Etablierung einer neuen unmittelbaren Leitung angesehen, wobei es sich hierbei um eine Hebamme mit ausreichender Kreißsaalerfahrung handeln sollte. Des Weiteren wurde von der Firma angeregt, diese künftige Stationshebamme auch mit der Funktion einer Oberhebamme zu betrauen, wobei die gegenständliche Stelle intern und extern ausgeschrieben werden sollte. Im Zuge der Etablierung der neuen Hebammenleitung sollten Schulungen (Teamtrainings) gemeinsam mit Vertreterinnen bzw. Vertretern anderer Berufsgruppen und Stationen, die mit den Hebammen zusammenarbeiten, vorgenommen werden. Aufgrund der Akzeptanzprobleme in der Führungsstruktur regte die Beratungsfirma weiters an, das gesamte Hebammenteam dem Leiter der Klinischen Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin zu unterstellen.

11.1.1.4 Nach Vorliegen der Ergebnisse der Beratungsfirma im Juni 2007 verwies der LOAss in einem Schreiben an den Ärztlichen Direktor des AKH darauf, dass ihm die *"angeführten Akzeptanzprobleme des Kreißsaalteams nicht wirklich neu"* wären, hiebei auf ein Fehlen der mittelbaren und unmittelbaren Führung zu schließen, erschiene aber unzulässig. Insgesamt hätte die Analyse wenig Aufschluss gebracht, eine weitere Einbindung der Firma zur Lösung der bestehenden Probleme wäre daher nicht empfehlenswert. Dem Vorschlag des LOAss, eine Aufwertung des - nicht besetzten - Stationshebammenpostens in einen DP für eine Oberhebamme anzustreben und dann diesen Posten mit dem Ziel einer raschen Besetzung auszuschreiben, stimmte der Ärztliche Direktor des AKH zu.

11.1.1.5 Zu der Frage, warum die Hebammen des AKH - die im Übrigen alle in einem Dienstverhältnis zur Stadt Wien stehen - nicht dem Vorstand der Klinischen Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin unterstellt wurden, war festzuhalten, dass die gegenständliche Bedienstetengruppe gemäß Wr. KAG bis zum Sommer 2007 hierarchisch dem Pflegedienst zugeordnet war. Erst infolge einer Novellierung dieses Ge-

setzes wurde die diesbezügliche Zuständigkeit dem ärztlichen Bereich übertragen. In den Krankenanstalten des KAV obliegt seither die Dienstaufsicht über die Hebammen der jeweiligen Ärztlichen Direktion, die diese Aufgabe einer ihr unterstellten Führungsebene übertragen kann (s. Pkt. 8.1).

Der Leiter der Klinischen Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin ist - so wie der überwiegende Teil der im AKH tätigen Ärztinnen bzw. Ärzte - kein Bediensteter der Stadt Wien, sondern steht in einem Dienstverhältnis zum Bund und ist dienstrechtlich der Medizinischen Universität Wien unterstellt. Aus diesem Grund wurde ihm die Dienstaufsicht über die Hebammen nicht übertragen.

11.1.2 Maßnahmen bezüglich der Leitungsproblematik im Kreißsaal

11.1.2.1 Vom AKH wurde erstmals im September 2006 - also bevor die o.a. Analyse der Situation im Kreißsaal durch eine externe Beratungsfirma erfolgte - der bereits seit September 2005 nicht besetzte DP der Stationshebamme für den Kreißsaal im Weg der magistratsinternen Jobbörse ausgeschrieben. Mangels Bewerberinnen war dieser internen Ausschreibung kein Erfolg beschieden.

Im Oktober 2007 beantragte das AKH in der GED des KAV die Aufwertung dieses DP einer Stationshebamme auf einen solchen einer Oberhebamme (s. Pkt. 11.1.1.4). Darauf reagierte die GED des KAV ablehnend, da ihrer Ansicht nach eine positive Erledigung des Antrages seitens der Magistratsdirektion der Stadt Wien im Hinblick auf die Folgewirkung auf andere Anstalten des KAV nicht in Aussicht gestellt werden konnte. In weiterer Folge urgierte das AKH mehrfach erfolglos in schriftlicher Form in der GED des KAV die von ihr geforderte Postenaufwertung.

Eine neuerliche magistratsinterne Ausschreibung des freien DP einer Stationshebamme erfolgte seitens des AKH im April 2008, wobei diese wiederum mangels geeigneter Bewerbungen keinen Erfolg zeitigte.

11.1.2.2 Nahezu ein Jahr danach erfolgte durch die GED des KAV im Zusammenhang mit einem anonymen Schreiben vom Februar 2009 eine interne Überprüfung des Per-

sonalmanagements im Bereich der Hebammen des AKH, auf die im Pkt. 11.1.3 noch näher eingegangen wird. Im Ergebnis wurde u.a. vereinbart, dass sich das AKH neuerlich mit der GED des KAV bzgl. der o.a. DP-Aufwertung ins Einvernehmen setzen und entsprechend der Entscheidung der GED des KAV über die Bewertung des DP diesen rasch ausschreiben sollte.

Dieser Empfehlung wurde im Mai 2009 seitens des AKH mit einer dritten magistratsinternen Ausschreibung für den DP einer Stationshebamme nachgekommen, worauf eine Bewerberin aus einer anderen Krankenanstalt des KAV ihr Interesse an dem vakanten Posten bekundete, ihre Bewerbung aber nach erfolgreich absolviertem Hearing im November 2009 zurückzog.

11.1.2.3 Dem weiteren dem Kontrollamt vorgelegten Schriftverkehr auf Direktorebene des KAV und des AKH aus dem Jahr 2010 waren die unterschiedlichen Positionen zur Schaffung eines DP einer Oberhebamme - der nunmehr vom AKH zusätzlich zu den bestehenden DP für Stationshebammen gefordert wurde - zu entnehmen. Während die GED des KAV auf die Bewertung von Leitungsfunktionen im Hebammenbereich in den anderen Anstalten des KAV verwies, wurde vom AKH im Hinblick auf eine neue Führungsstruktur der DP einer Oberhebamme als notwendig erachtet.

Im September 2010 erfolgte vom AKH zum nunmehr vierten Mal eine Ausschreibung des freien DP der Stationshebamme in der magistratsinternen Jobbörse, die das Erfordernis eines aufrechten Dienstverhältnisses zur Stadt Wien beinhaltete. Unmittelbar danach wurden durch das AKH in drei Printmedien Inserate geschaltet, um auch auf diesem Weg Hebammen für den vakanten DP anzusprechen.

Mit Wirksamkeit vom Oktober 2010 genehmigte die Magistratsdirektion der Stadt Wien nach einem diesbezüglichen Antrag der GED des KAV die Schaffung des DP einer Oberhebamme für das AKH, worauf im November 2010 dieser Posten sowohl magistratsintern als auch im Weg von zwei Printmedien ausgeschrieben wurde.

Für den zu besetzenden Posten der Stationshebamme langten eine AKH-interne und zwei externe Bewerbungen ein, wobei sich die Bewerberin aus dem AKH - neben drei

externen Interessentinnen - auch für den DP der Oberhebamme bewarb. Im Jänner 2011 ersuchte das AKH nach Prüfung der Bewerbungsunterlagen zu letzterem DP die Magistratsdirektion der Stadt Wien für das weitere Auswahlverfahren auch zwei der drei externen Bewerberinnen zuzulassen. Dies wurde von der Magistratsdirektion der Stadt Wien mit dem Hinweis der Widersprüchlichkeit der Ausschreibung abgelehnt, weil die interne Ausschreibung im Gegensatz zur externen ein aufrechtes Dienstverhältnis zur Stadt Wien forderte. Bei einer einheitlichen Ausschreibung hätten sich u.U. weitere Interessentinnen beworben.

Daraufhin wurde vom Generaldirektor des KAV entschieden, zur Sicherstellung eines mangelfreien Bekanntmachungs- und Auswahlverfahrens die Ausschreibungen ordnungsgemäß zu wiederholen. Bei jener zur Oberhebamme wäre explizit anzuführen, dass diese künftig direkt dem Ärztlichen Direktor unterstellt ist.

11.1.2.4 Zwischenzeitlich wurde vom AKH bzgl. des vakanten DP der Stationshebamme mit der einzigen Bewerberin ein von einer Beratungsfirma extern begleitetes Hearing durchgeführt, welches allerdings diese für die gegenständliche Führungsposition nicht empfahl, womit zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes im AKH im Frühjahr 2011 die Besetzung dieses DP weiterhin offen war.

Während der Einschau des Kontrollamtes erfolgte vom AKH eine neuerliche Ausschreibung sowohl der Funktion der Oberhebamme als auch jener der Stationshebamme, wobei die erstgenannte Funktion sowohl intern als auch im Weg von Inseraten in mehreren Printmedien extern ausgeschrieben wurde. Die Ausschreibung des DP der Stationshebamme erfolgte nicht mehr im Weg der magistratsinternen Jobbörse, sondern nur mehr extern. Während der Einschau waren die Entscheidungen über die Postenbesetzungen noch ausständig.

11.1.3 Prüfung einer anonymen Beschwerde durch die Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"

11.1.3.1 Wie bereits in den Pkten. 7.2.2 und 11.1.2.2 erwähnt, wurde die GED des KAV aufgrund einer anonymen Beschwerde vom Februar 2009 betreffend den Kreißaal des AKH tätig.

Die gegenständliche Beschwerde umfasste im Wesentlichen folgende Vorwürfe:

- Es bestünden Zweifel an der Ernsthaftigkeit der Bemühungen des AKH bzgl. der Nachbesetzung des vakanten DP der Stationshebamme.
- Die Führungskompetenz der interimistisch eingesetzten Stationshebamme würde bzgl. des Kreißsaales infrage gestellt.
- Insgesamt bestünde im AKH bei den Hebammen ein Personalmangel.
- Die Abrechnung der Dienstpläne wäre fehlerhaft und
- von den leitenden Führungskräften würden massive Restriktionen bei der Urlaubsplanung vorgenommen.

11.1.3.2 Zusammenfassend kam die daraufhin eingeleitete KAV-interne Prüfung zu dem Ergebnis, dass durch die Doppelfunktion der interimistisch eingesetzten Stationshebamme ein Führungsvakuum entstanden war, welches die Hebammen z.T. selbst ausfüllten, was allerdings u.a. in Kompetenzstreitigkeiten mündete.

Hinsichtlich der Personalsituation wurde festgestellt, dass entsprechend den vom AKH vorgenommenen Personalbedarfsberechnungen 20 DP für den Kreißsaal und die Schwangerenambulanz vorgesehen waren, während die Prüfung der GED des KAV für die Sicherstellung der vorgegebenen Mindestpräsenzen 21 Bedienstete (umgelegt auf VZÄ) als notwendig erachtete. Da die stichprobenweise Prüfung zeigte, dass Mindestpräsenzen immer wieder unterschritten wurden, erschien der von den Bediensteten gewonnene Eindruck, es bestehe Personalmangel, nachvollziehbar.

Der Vorwurf fehlerhafter Abrechnungen von Dienstplänen wurde bestätigt, während jener bzgl. der zu restriktiven Urlaubsregelungen nicht verifiziert werden konnte.

Gemäß dem KAV-internen Bericht wurden mit dem AKH insgesamt 20 Maßnahmen vereinbart; darunter auch der Vorschlag mit der GED des KAV bzgl. der Aufwertung des DP der Stationshebamme Rücksprache zu halten und entsprechend deren Entscheidung unverzüglich die Ausschreibung in die Wege zu leiten.

11.1.4 Probleme aus der Sicht der Betroffenen sowie diesbezügliche Reaktionen und Konsequenzen

11.1.4.1 Um sich ein umfassendes Bild zu verschaffen, wie sich die in der Begründung zum Prüfersuchen angeführten Probleme im Kreißsaal des AKH sowohl aus dem Blickwinkel der dort tätigen Hebammen als auch aus jenem ihrer Vorgesetzten darstellten, setzte das Kontrollamt mehrere Prüfungsschritte. So wurde zum einen der Kreißsaal im Rahmen der Einschau mehrfach zu unterschiedlichsten Zeiten aufgesucht, um sowohl Eindrücke vom Dienstbetrieb zu erhalten als auch diese Gelegenheiten zu nutzen, möglichst viele Hebammen zu ihren persönlichen Wahrnehmungen hinsichtlich ihrer Arbeitssituation zu befragen. Ebenso wurden die seit Jahren interimistisch mit der Leitung des Kreißsaales betraute Stationshebamme der präpartalen Station sowie die ihr vorgesetzten Bediensteten bis hin zum Ärztlichen Direktor diesbezüglich um Auskunft ersucht. Des Weiteren führte das Kontrollamt Gespräche mit der Personalvertretung des AKH und nahm nicht zuletzt Einsicht in die zu der gegenständlichen Thematik sowohl vom AKH als auch von der GED vorgelegten Unterlagen.

Insgesamt wurde von allen Auskunftspersonen dem Kontrollamt gegenüber der Eindruck vermittelt, dass seit vielen Jahren die Situation im Kreißsaal des AKH als problematisch angesehen würde, was auch in der im Pkt. 11.1.1 dargestellten Analyse durch eine externe Beratungsfirma und in dem im Pkt. 11.1.3 angeführten KAV-internen Bericht zum Ausdruck kommt.

11.1.4.2 Zusammenfassend zeigte sich, dass seit dem Jahr 2006 bis zum Juni 2010 die Hebammen des Kreißsaales ihre Vorgesetzten im Dienstweg mehrfach auf Probleme insbesondere im Zusammenhang mit tageweise aufgetretenem Personalmangel aufmerksam gemacht hatten, des Weiteren wurden im Rahmen von Dienstbesprechungen immer wieder verschiedenste Themen mit der interimistischen Stationsleitung - z.T. unter Beiziehung übergeordneter Stellen - besprochen.

Hiebei kamen - insbesondere in den Jahren 2009 und 2010 - vorrangig folgende Problemstellungen zur Sprache:

- Fehlende Urlaubsregelungen,
- unzureichend definierte Aufteilung der Tätigkeiten zwischen den Hebammen,
- die Notwendigkeit der Verbesserung der Zusammenarbeit sowohl zwischen den Bereichen Geburtshilfe, Neonatologie und Anästhesie als auch zwischen den Berufsgruppen,
- Mängel bei der inhaltlichen Ausgestaltung von Arbeitsanweisungen,
- wahrgenommene Informationsdefizite,
- eine nicht ausreichende Mindestbesetzung und Schwierigkeiten bei der Sicherstellung der Diensträder und damit in Verbindung stehend die Notwendigkeit einer immer wiederkehrenden gleichzeitigen Betreuung von zwei Gebärenden, woraus insbesondere bei Früh- und Totgeburten eine hohe psychische Belastung resultiere sowie
- die fehlende Nachbesetzung des vakanten DP einer Stationshebamme für den Kreißaal.

11.1.4.3 Demgegenüber war aber auch aus einer Reihe von Aktennotizen, die im Betrachtungszeitraum von der interimistisch für den Kreißaal zuständigen Stationshebamme angelegt worden war, ersichtlich, dass es zwischen ihr und einigen Hebammen immer wieder zu Auffassungsunterschieden bzgl. deren dienstlichem Verhalten kam. Insbesondere handelte es sich hierbei um

- Kommunikationsprobleme im Zusammenhang mit der telefonischen Meldung von Krankenständen,
- Probleme bei der dienstlichen Erreichbarkeit einzelner Hebammen mittels E-Mail,
- kurzfristige Wünsche bzgl. Konsumation von NSchG-Stunden,
- mangelnde Kenntnisse bzw. Arbeitsleistung einer neu aufgenommenen Hebamme sowie
- die Nichteinhaltung der Dienstzeit einer weiteren Hebamme.

Die diesbezüglichen Gespräche zwischen der Stationshebamme und den ihr unterstellten Bediensteten mündeten z.T. in verbalen Auseinandersetzungen, wobei sich in einem Fall lt. einer Aktennotiz die Stationshebamme von einer Mitarbeiterin auch bedroht gefühlt hatte.

11.1.4.4 Wie den dem Kontrollamt vorgelegten Unterlagen weiters zu entnehmen ist, wurde im März 2010 der Generaldirektor des KAV vom Direktor der TU AKH über die *"prekäre Hebammenpersonalsituation"* informiert, der ihm diesbezüglich auf die *"Wahrnehmung der Führungsverantwortung vor Ort"* hinwies und ergänzte, dass seitens der GED mit der Etablierung eines zusätzlichen Lehrganges zur Hebammenausbildung eine wichtige präventive Maßnahme zur Vermeidung eines möglicherweise drohenden Mangels an ausgebildeten Hebammen geleistet worden wäre.

11.1.4.5 Am 24. Juni 2010 richteten 19 Hebammen des Kreißsaales ein anwaltliches Schreiben an den Ärztlichen Direktor des AKH mit dem Betreff *"Situation des Kreißsaales und der dortigen Hebammen"*, das auch dem Generaldirektor des KAV zuzuging. Dieses von einem Rechtsanwalt verfasste Schriftstück hatte zum Ziel, dass die *"geschilderten Missstände ohne das Bemühen weiterer Dienststellen der Stadt Wien bzw. sonstiger Dritter"* beseitigt werden sollten.

Der Direktor der TU AKH übermittelte dem Generaldirektor des KAV mit Schreiben vom 2. Juli 2010 eine Stellungnahme zu den diesbezüglichen Vorwürfen. Im Einzelnen führte er u.a. aus, dass

- im Herbst 2009 eine Rekrutierungsoffensive bzgl. Hebammen eingeleitet worden wäre, wobei nunmehr mehr Bewerbungen vorlägen, als DP vakant seien,
- die Umwandlung eines DP einer Stationshebamme in einen solchen einer Oberhebamme beantragt worden sei,
- der Personalbedarf monatlich anhand der tatsächlich erbrachten Leistungen ermittelt würde,
- sämtliche ausgleichenden Personalmaßnahmen, wie z.B. die laufend erfolgten Neuaufnahmen von Hebammen, die Zuteilung von Hebammen aus der präpartalen Station bzw. auch von DGKP infolge häufiger krankheitsbedingter Absenzen von Hebammen der *"Stammmannschaft"* keine Erleichterung gebracht hätten,
- die DP-Forderungen der Hebammen eine Aufstockung der systemisierten DP für diese Berufsgruppe im AKH auf 33 bedeuten würde,
- im Jahr 2005 eine Teamsupervision stattgefunden hätte, bislang aber kein Ansuchen von Hebammen um eine weitere solche Maßnahme vorläge,

- die Vorwürfe gegen die interimistisch mit der Führung des Kreißsaales betraute Stationshebamme der präpartalen Station im Licht ihrer Führungsverantwortung zu sehen seien,
- es zur Aufrechterhaltung des Betriebes teilweise erforderlich gewesen sei, über das übliche Maß zusätzliche Dienste einzuteilen, ebenso sei es z.T. nicht möglich gewesen, geplante *"Nachtgutstunden"* zu gewähren,
- die Hebammen mit Dezember 2009 in das Wiener Arbeitszeitmodell übernommen worden seien, um künftig Abrechnungsfehler auszuschließen,
- die Anliegen der Hebammen im Zusammenwirken mit allen Beteiligten zu evaluieren und wirksame Verbesserungsmaßnahmen zu setzen seien.

Der Generaldirektor des KAV setzte danach den Rechtsanwalt in Kenntnis, dass er den Ärztlichen Direktor des AKH um Stellungnahme und Veranlassungen ersucht habe und davon ausgehe, dass *"die durchaus komplexe Situation zufrieden stellend gelöst"* werde.

11.1.4.6 In weiterer Folge richtete der Rechtsanwalt im Namen von 18 Hebammen am 14. Juli 2010 ein neuerliches Schreiben an den Generaldirektor des KAV sowie an die Magistratsabteilung 2, in dem er im Zusammenhang mit den erhobenen Vorwürfen um Überprüfung von allfälligen disziplinären Verantwortlichkeiten ersuchte. Dieser Schriftsatz wurde von der Magistratsabteilung 2 an die Magistratsdirektion der Stadt Wien mit dem Ersuchen um weitere Veranlassung weitergeleitet, welche ihrerseits die GED des KAV um Übermittlung des Ergebnisses einer Überprüfung bzw. sonst getroffener Veranlassungen ersuchte.

Mit Schreiben vom 22. Juli 2010 berichtete der Generaldirektor des KAV der Magistratsdirektion der Stadt Wien im Wesentlichen, dass er den Ärztlichen Direktor des AKH um Stellungnahme und Bearbeitung ersucht und dieser ihm zugesichert habe, die Anliegen der Hebammen im Zusammenwirken mit allen Beteiligten zu evaluieren und wirksame Verbesserungsmaßnahmen zu setzen.

11.1.4.7 Am 26. August 2010 wandten sich 16 Hebammen im Dienstweg an den Ärztlichen Direktor des AKH, wobei sie im Zusammenhang mit der Besetzung einer Füh-

rungsposition für den Kreißsaal anregen, dass diese aus den *"eigenen Reihen"* ausgewählt werden solle; es wurde diesbezüglich auch eine Hebamme namhaft gemacht. Des Weiteren deponierten sie den Wunsch, dass eine solche Führungsfunktion hierarchisch künftig nicht mehr dem MTDG-Bereich unterstellt sein solle.

Am darauffolgenden Tag fand unter der Leitung des Ärztlichen Direktors im AKH eine Sitzung statt, in der mit dem von den Hebammen beauftragten Rechtsanwalt deren Anliegen sowie Lösungsmöglichkeiten besprochen wurden. Dabei wurde festgehalten, dass der Hebammenbereich durch eine Oberhebamme geführt werden und für den Bereich des Kreißsaales eine eigene Stationshebamme zur Verfügung stehen solle. Die Personalbedarfsplanung werde im Zusammenwirken mit dem Kreißsaalteam fortgeführt, des Weiteren würden Urlaubsregelungen und Dienstpläne so bedienstetenfreundlich wie möglich gestaltet und die Fragen zu den Zeitguthaben lt. NSchG von der Abteilung Personal geprüft werden.

11.1.4.8 Ein Monat später wurde der Rechtsanwalt in einer vom Generaldirektor des KAV anberaumten Besprechung in Kenntnis gesetzt, dass

- durch Aufnahme externer Hebammen der Betrieb im Kreißsaal des AKH gesichert,
- die Struktur geprüft und mit externer Unterstützung eine Personalbedarfsberechnung erstellt sowie
- aus dem Krankenstand zurückkehrende Bedienstete *"mit offenen Armen"* empfangen sowie die Teambildung gefördert werde.

11.1.4.9 Schließlich übermittelten während der Einschau des Kontrollamtes insgesamt 16 Hebammen dem Ärztlichen Direktor des AKH eine Protestnote, in der sie im Wesentlichen die Stagnation notwendiger Veränderungen beklagten. Da sie der Ansicht waren, dass die personelle Besetzung der Kreißsaalleitung sowie der Oberhebamme *"zeitlich nicht wirklich absehbar"* wäre, wurde um zwischenzeitliche Ernennung einer interimistischen Leitung aus den Reihen der Kreißsaalhebammen ersucht. Diese Protestnote erging nachrichtlich u.a. auch an die Stadträtin für Gesundheit und Soziales, den Magistratsdirektor und den Generaldirektor des KAV.

Letztlich wurde keine interimistische Stationsleitung aus den Reihen der Kreißsaalhebammen ernannt, da - wie dem Pkt. 11.1.2.4 zu entnehmen ist - sowohl die Funktion der Stationshebamme als auch jene der Oberhebamme ausgeschrieben wurde.

11.2 Probleme im geburtshilflichen Bereich des Sozialmedizinischen Zentrums Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital sowie Reaktionen und Konsequenzen

Im März 2008 verfassten elf Hebammen des KFJ eine Petition, in der sie ihre Unzufriedenheit über die damals in dieser Anstalt eingeführte mehrmonatige Rotation der Hebammen zwischen Kreißsaal und Wochenbettstation zum Ausdruck brachten.

In weiterer Folge wurde diesbezüglich vom Abteilungsvorstand der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe ein Halbjahresrhythmus festgelegt, wobei dieser Regelung auch von der Personalvertretung zugestimmt wurde.

Mangels Bewerberinnen wurden seit dem Jahr 2010 in der Wochenbettstation des KFJ systemisierte DP für Hebammen mit DGKP besetzt, wodurch eine Rotation der Hebammen zwischen Kreißsaal und Wochenbettstation zum Zeitpunkt der Prüfung des Kontrollamtes nicht mehr erfolgte.

11.3 Probleme im geburtshilflichen Bereich der Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik sowie Reaktionen und Konsequenzen

Im Kreißsaal der KAR waren im Frühjahr 2009 temporär erhöhte krankheitsbedingte Ausfälle und ein damit einhergehender Mangel an Hebammen zu verzeichnen. Wie das Kontrollamt im Rahmen seiner Einschau in der gegenständlichen Anstalt in Erfahrung brachte, war neben diesen erhöhten Krankenständen im Team der Hebammen insbesondere eine Unzufriedenheit mit deren Einkommenssituation, mit der Führung durch die damalige Stationshebamme sowie mit der Wahrnehmung der Dienstaufsicht durch die LOAss festzustellen.

Erwähnenswert erschien im Zusammenhang mit den Problemen in der KAR auch der Umstand, dass die Hebammen im Mai 2009 ein Schreiben an die Volksanwaltschaft

richteten, in dem sie eine ihrer Meinung nach bestehende Diskriminierung in Bezug auf die Einstufung im Gehaltsschema der Stadt Wien thematisierten. Dieser Situation wurde durch die Ärztliche Direktion der Anstalt unter Einbindung der örtlichen Personalvertretung sowie auch der GED des KAV mit einer Reihe von Maßnahmen begegnet.

Die Ärztliche Direktion der KAR konnte im Zusammenwirken mit anderen Krankenanstalten sowie insbesondere mit der SEM kurzfristig Hebammen für die Abdeckung von Diensten in dieser Anstalt gewinnen, des Weiteren wurden mit drei externen Hebammen freie Dienstverträge über einen Zeitraum von drei Monaten abgeschlossen. Darüber hinaus wurde für die Hebammen eine begleitende Supervision bzw. Mediation eingerichtet und schließlich entschied die GED, die Dienstaufsicht über die Hebammen dieser Anstalt dem Abteilungsvorstand der Geburtshilflichen und Gynäkologischen Abteilung der KAR zu übertragen. Nicht zuletzt kam es auch zu einer Neubesetzung der Leitung des Kreißsaales, nachdem die bisherige Stationshebamme gekündigt hatte.

11.4 Feststellungen des Kontrollamtes

11.4.1 Die wesentlichste Problemstellung im Bereich der Hebammen des Kreißsaales des AKH, welche mittelbar auch die im Prüfersuchen angeführte Untersuchung durch eine externe Beratungsfirma auslöste, ist die jedenfalls seit Herbst 2005 bestehende Führungsproblematik in diesem Bereich, die auch bis zum Ende der Einschau nicht gelöst war.

Das Kontrollamt verkannte nicht die im Betrachtungszeitraum immer wiederkehrenden Bemühungen des AKH um eine Aufwertung des Postens der Stationshebamme auf einen solchen einer Oberhebamme, wie dies die externe Firma empfohlen hatte. Allerdings konnte die Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der zuletzt getroffenen Entscheidung des KAV, den DP der Stationshebamme nicht auf einen solchen einer Oberhebamme aufzuwerten, sondern einen eigenen zusätzlichen Posten für eine solche Führungskraft zu schaffen, nicht nachvollzogen werden.

Die Umsetzung sonstiger Empfehlungen der gegenständlichen Beratungsfirma - wie insbesondere die Abhaltung von Teamtrainings - erschien dem Kontrollamt erst nach Etablierung einer neuen Kreißsaalleitung zweckmäßig.

11.4.2 Da der Vorstand der Klinischen Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin in keinem Dienstverhältnis zur Stadt Wien steht, wurde ihm die Dienstaufsicht über die Hebammen nicht übertragen.

11.4.3 Die Bemühungen des AKH bzgl. der Nachbesetzung des vakanten DP der Stationshebamme wurden im Pkt. 11.1.2 ausführlich dargestellt. Während der Einschau des Kontrollamtes waren die Entscheidungen über die Besetzung der Führungspositionen im Bereich der Hebammen des AKH noch ausständig.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die Ausschreibung und das Auswahlverfahren für eine Oberhebamme am AKH konnte zwischenzeitlich abgeschlossen werden. Die Oberhebamme hat am 2. November 2011 den Dienst angetreten.

Wenig nachvollziehbar erschien dem Kontrollamt der Umstand, dass sich offenbar im Hinblick auf die Zielsetzung einer Postenaufwertung über Jahre die Bestrebungen des AKH um eine Besetzung des DP der Stationshebamme im Wesentlichen auf magistratsinterne Ausschreibungen beschränkten. Nach Ansicht des Kontrollamtes wäre es bereits nach der ersten erfolglosen Abwicklung zielführender gewesen, im Einvernehmen mit der GED mittels geeigneter Maßnahmen auch Hebammen, die sich in keinem aufrechten Dienstverhältnis zur Stadt Wien befinden, für diese Führungsfunktion anzusprechen.

11.4.4 Nachweislich wurden immer wieder beginnend ab dem Jahr 2006 von den Hebammen des Kreißsaales des AKH eine Reihe von Problemen behauptet, wobei aber auch aus Aktennotizen der interimistisch eingesetzten Stationshebamme schwerwiegende Differenzen zwischen ihr als Vorgesetzte und den o.a. Hebammen erkennbar waren.

Mit dieser Situation, die innerhalb des AKH nicht lösbar schien, wurden im Sommer 2010 unter Einhaltung des Dienstweges von den Hebammen des Kreißsaales unter

Einbindung eines Rechtsanwaltes die GED des KAV sowie in weiterer Folge auch andere Dienststellen des Magistrats konfrontiert. Seither ließ sich die GED des KAV laufend von der Direktion der TU AKH über getroffene Maßnahmen berichten.

Aus der Sicht des Kontrollamtes wären die wesentlichsten Konsequenzen im Hinblick auf die Situation im Kreißaal des AKH zum einen die umgehende Besetzung einer Leitungsfunktion in diesem Bereich und zum anderen die Unterstützung des Ärztlichen Direktors sowie der GED des KAV bei der Umsetzung aller erforderlichen Personalmaßnahmen. Diese Maßnahmen könnten von Teamtrainings - wie bereits im Jahr 2007 von der externen Beratungsfirma vorgeschlagen - bis hin zu der möglicherweise notwendigen Versetzung einzelner Hebammen innerhalb des KAV reichen.

Probleme mit Hebammen in anderen Anstalten, wie sie im Betrachtungszeitraum etwa im KFJ oder in der KAR zutage traten, konnten von diesen Einrichtungen mit Unterstützung der GED des KAV im Eigenbereich gelöst werden.

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

Der Kontrollamtsdirektor:

Dr. Peter Pollak, MBA

Wien, im Jänner 2012

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS UND ALLGEMEINE HINWEISE

AKH	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus
ARG	Arbeitsruhegesetz
ÄrzteG 1998	Ärztegesetz 1998
AVG	Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz
BO 1994	Besoldungsordnung 1994
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CTG	Kardiotokografie
DGKP	diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DO 1994	Dienstordnung 1994
DP	Dienstposten
DSP	Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
FAMOG	Familienorientierte Geburtshilfe
FH-HEB-AV	Fachhochschul-Hebammenausbildungsverordnung
FHStG.....	Fachhochschul-Studiengesetz
GED	Generaldirektion
GEM	Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien
GewO 1994	Gewerbeordnung 1994
GOM.....	Geschäftsordnung für den Magistrat der Stadt Wien
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HebG	Hebammengesetz
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IMC	Intermediate Care
ISO	Internationale Organisation für Normung
KA-AZG	Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

KAKuG.....	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KAR	Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik
KAV	Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"
KFJ.....	Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital
KHR.....	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LOAss.....	Leitende Oberassistentin bzw. Leitender Oberassistent
MEL	medizinische Einzelleistungen
MTD.....	Medizinisch-technische Dienste
MTDG.....	Medizinische, therapeutische und diagnostische Gesundheitsberufe
NICU.....	Neonatal Intensive Care Unit
NIMCU.....	Neonatal Intermediate Care Unit
NÖ LKH	NÖ Landeskliniken-Holding
NSchG	Nachtschwerarbeitsgesetz
ÖNORM EN.....	Europäische Norm im Status einer Österreichischen Norm
OP	Operation
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PIA.....	Picture Information and Archiving
PICU.....	Paediatric Intermediate Care Unit
PPR	Pflegepersonalregelung
PRE	Gottfried von Preyer'sches Kinderspital
QM.....	Qualitätsmanagement
RSG.....	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SEM.....	Standort Semmelweis Frauenklinik der Krankenanstalt Rudolfstiftung

SHD	Sanitätshilfsdienste
SOP	Standard Operating Procedure
SSW	Schwangerschaftswoche
TILAK	Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH
TIPPS	Tägliches Intensiv Pflege Punkte System
TU AKH	Teilunternehmung Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
VBO 1995	Vertragsbedienstetenordnung 1995
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WGF	Wiener Gesundheitsfonds
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIL	Wilhelminenspital
WKAP	Wiener Krankenanstaltenplan
W-PVG	Wiener Personalvertretungsgesetz
Wr. KAG	Wiener Krankenanstaltengesetz 1987
WSK	Wiener Städtische Krankenhäuser
WStV	Wiener Stadtverfassung
WU	Wirtschaftsuniversität Wien

Magistratsabteilung 1 - Allgemeine Personalangelegenheiten

Magistratsabteilung 2 - Personalservice

Magistratsabteilung 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien

damalige Magistratsabteilung 15 - Gesundheitswesen und Soziales

Magistratsabteilung 24 - Gesundheits- und Sozialplanung

Magistratsabteilung 40 - Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht

Magistratsabteilung 70 - Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien

Allfällige Rundungsdifferenzen bei der Darstellung von Berechnungen wurden nicht ausgeglichen.

Es wurden schützenswerte personenbezogene Daten im Sinn der rechtlichen Verpflichtung anonymisiert sowie auf die Wahrung von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen Bedacht genommen, wodurch die Lesbarkeit des Berichtes beeinträchtigt sein könnte.