

Bericht 6/2010

Personalmanagement in der Intensivpflege der NÖ Landeskliniken

St. Pölten, im November 2010

NÖ Landesrechnungshof
3109 St. Pölten, Tor zum Landhaus
Wiener Straße 54 / Stg.A
Tel: (02742) 9005-12620
Fax: (02742) 9005-15740
E-Mail: post.lrh@noel.gv.at
Homepage: www.lrh-noe.at
DVR: 2107945

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung

Abkürzungsverzeichnis

1	Prüfungsgegenstand	1
2	Rechtliche Grundlagen	1
3	Allgemeines.....	2
4	Intensivbehandlungseinheiten in den Landeskliniken	3
5	Intensivpflege	8
6	Personalmanagement.....	9

ZUSAMMENFASSUNG

Der NÖ Landesrechnungshof hat das Personalmanagement in der Intensivpflege an allen 23 Intensivbehandlungseinheiten der NÖ Landeskliniken im Jahr 2009 überprüft. Schwerpunkte der Querschnittsprüfung waren die Personalbedarfsplanung, die Personaleinsatzplanung, die Personalqualifikation, die Personalfluktuation und die krankheitsbedingten Fehlzeiten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege.

In ihrer Stellungnahme von Ende Juli 2010 zum vorläufigen Überprüfungsergebnis sagte die NÖ Landesregierung zu, die zehn Empfehlungen des Landesrechnungshofs umzusetzen und ein einheitliches Modell zur Intensivpersonalbemessung zu erarbeiten. Dazu bestand für NÖ als Rechtsträger aller Landeskliniken erst ab 1. Jänner 2008 die Möglichkeit.

Für die insgesamt 23 Intensivbehandlungseinheiten samt integrierter Intensivüberwachungseinheiten bestand entsprechend den Strukturqualitätskriterien des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ein Mindestpersonalbedarf von 470,5 Dienstposten.

Das Land NÖ stellte 2009 für diesen Bereich 569,8 Dienstposten zur Verfügung. Einheitliche und an objektiven Kriterien ausgerichtete Methoden zur Ermittlung des erforderlichen Personalbedarfs kamen dabei nicht zur Anwendung und wurden daher vom NÖ Landesrechnungshof empfohlen.

Der NÖ Landesrechnungshof wies weiters darauf hin, dass Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nur dann auf Intensivbehandlungseinheiten eingesetzt werden dürfen, wenn diese die berufsrechtlichen Voraussetzungen für die Ausübung der Intensivpflege erfüllen. Der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds hat außerdem die Einhaltung der vorgegebenen Strukturqualitätskriterien hinsichtlich der eingesetzten Personalkapazitäten auf Intensivbehandlungseinheiten regelmäßig zu kontrollieren.

Im Landesklinikum Wiener Neustadt war durch Ausbildungsmaßnahmen der Nachholbedarf an diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen abzudecken, welche zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege berechtigt sind.

Wegen der Personalverantwortung auf Intensivbehandlungseinheiten haben sich alle pflegerischen Führungskräfte für basales und mittleres Pflegemanagement weiterzubilden.

Personalfluktuation verursacht Kosten sowie Leistungs- und Qualitätsverluste. Die Ursachen für überdurchschnittlich hohe Fluktuations- bzw. Frühfluktuationsraten an den Intensivbehandlungseinheiten sind daher zu analysieren und gegensteuernde Maßnahmen einzuleiten. Die Kennzahl Fluktuationsrate sollte zudem für betriebsinterne Vergleiche und zur Beurteilung der Effektivität des Personalmanagements in jährlichen Intervallen berechnet werden.

Die mit Ende 2009 bestehenden Zeitguthaben der Pflegepersonen auf den Intensivbehandlungseinheiten sind durch geeignete Maßnahmen der Personaleinsatzplanung zu reduzieren.

Der NÖ Landesrechnungshof hob die niedrige durchschnittliche Anzahl an Krankenstandstagen der Pflegepersonen hervor, die mit 10,5 Krankenstandstagen unter dem Vergleichswert von 12,5 Krankenstandstagen pro Erwerbstätigen lag.

Im Bericht verwendete Abkürzungen

Anästh./Int.	Anästhesiologie und Intensivmedizin
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson/-en
DPP1	Dienstpostenplan
GS4	Abteilung Sanitäts- und Krankenanstaltenrecht
GS7	Abteilung Landeskrankenanstalten und Landesheime
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
ICU	„Intensive Care Unit“ (Intensivbehandlungseinheit/-en)
IMCU	„Intermediate Care Unit“ (Intensivüberwachungseinheit/-en)
Innere Med.	Innere Medizin
LAD2-B	Abteilung Personalangelegenheiten B
LK	Landeskrankenanstalt
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LRH	NÖ Landesrechnungshof
Min. LKF	Mindestpersonalbedarf laut LKF-Modell
NÖ KAG	NÖ Krankenanstaltengesetz
NÖ LK-Holding	NÖ Landeskliniken-Holding
NÖGUS	NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
NÖGUS-G 2006	NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz 2006
NZA	Nachtdienstzeitausgleichstunden
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
SAB	Sonderausbildung
TISS-28	Therapeutic Intervention Scoring System-28
URL	Urlaubsstunden
ÜST	Überstunden
VZÄ	Vollzeitäquivalent/-e
ZA	Zeitausgleichstunden

1 Prüfungsgegenstand

Der NÖ Landesrechnungshof (LRH) hat das Personalmanagement in der Intensivpflege der NÖ Landeskliniken geprüft. Geprüft wurde der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege auf allen Intensivbehandlungseinheiten bzw. auf allen Intensivüberwachungseinheiten, welche organisatorisch in Intensivbehandlungseinheiten integriert sind. Andere Gesundheitsberufe sowie Verwaltungs- und Betriebspersonal waren von dieser Prüfung ausgenommen. Der Modus der Bedarfsplanung für Intensivbetten war nicht Gegenstand der Prüfung.

Die Schwerpunkte der Querschnittsprüfung waren im Wesentlichen:

- Personalbedarfsplanung
- Personalqualifikation
- Personalfluktuations
- Personaleinsatzplanung
- krankheitsbedingte Fehlzeiten

Untersucht wurde ausschließlich das Jahr 2009.

2 Rechtliche Grundlagen

Die wesentlichen rechtlichen Grundlagen für das Personalmanagement in der Intensivpflege sind:

- Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl 0813
- NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz 2006 (NÖGUS-G 2006), LGBl 9450
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl I 1997/108
- NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG), LGBl 9440

Die NÖ Landeskliniken-Holding (NÖ LK-Holding) nimmt für das Land NÖ die Aufgaben des Trägers hinsichtlich Errichtung, Führung und Betrieb aller NÖ Landeskrankenanstalten wahr. Sie steht unter der Aufsicht der NÖ Landesregierung.

Aufgrund der Verordnung über die Geschäftsordnung der NÖ Landesregierung ist seit April 2008 Landeshauptmann-Stellvertreter Mag. Wolfgang Sobotka für die Angelegenheiten der Krankenanstalten einschließlich der sanitären Aufsicht und Verwaltung der NÖ Landeskrankenanstalten zuständig. Für Personalangelegenheiten ist Landeshauptmann Dr. Erwin Pröll zuständig.

Beim Amt der NÖ Landesregierung nehmen gemäß der Geschäftseinteilung des Amtes der NÖ Landesregierung die Abteilung Sanitäts- und Krankenanstaltenrecht (GS4) die rechtlichen Angelegenheiten der NÖ Krankenanstalten, die Abteilung Landeskrankenanstalten und Landesheime (GS7) die Verwaltung der NÖ Landeskrankenanstalten sowie die Abteilung Personalangelegenheiten B (LAD2-B) die personal- bzw. dienstrechtlichen Angelegenheiten der Bediensteten in den NÖ Landeskrankenanstalten wahr.

3 Allgemeines

Seit 1. Jänner 2008 befinden sich alle öffentlichen NÖ Krankenanstalten unter der Rechtsträgerschaft des Landes NÖ. Diese 19 Krankenanstalten bestehen aus insgesamt 27 Krankenhausstandorten, welche im Folgenden als „Landeskliniken“ bezeichnet werden.

Die Landeskliniken sind besonders personalintensive Dienstleistungsbetriebe. Für die Landeskliniken wurden im Dienstpostenplan (DPPI) für das Jahr 2009 in Summe 16.781 Dienstposten veranschlagt. Die hohen Personalkosten (rund 62 % vom Gesamtaufwand) erfordern, bedingt durch die Knappheit der finanziellen Ressourcen, die Etablierung effektiver und effizienter Methoden des Personalmanagements.

Unter dem Begriff Personalmanagement sind alle Aufgaben der Personalführung, der Personalbedarfsplanung, der Personaleinsatzplanung, der Personalentwicklung, des Personalcontrollings und der Personaladministration zu subsumieren. Alle diese Teilbereiche stehen in gegenseitiger Wechselwirkung und werden, je nach Ausrichtung (strategisch, operativ, administrativ), von unterschiedlichen Stellen und Ebenen in den einzelnen Landeskliniken, der NÖ LK-Holding bzw. der Abteilung LAD2-B wahrgenommen.

Im DPPI für das Jahr 2009 werden allen Landeskliniken 6.100 Dienstposten für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) zugeordnet. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege stellt somit nicht nur die größte Berufsgruppe innerhalb der Landeskliniken dar, sondern ist unter Berücksichtigung der DGKP der Landespflegeheime mittlerweile die größte Berufsgruppe innerhalb aller Landesbediensteten in NÖ.

Um das Funktionieren einer Landesklinik sicherstellen zu können, wird in den einzelnen Organisationseinheiten eine bestimmte Anzahl an DGKP benötigt. Die bedarfs- und zeitgerechte Bereitstellung dieser qualifizierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ist eine Grundvoraussetzung für das Erreichen der Unternehmensziele bzw. zum Erfüllen des medizinisch-pflegerischen Versorgungsauftrags und muss daher als eine der wesentlichen Aufgaben des Personalmanagements betrachtet werden. Die verantwortlichen Führungskräfte haben im Rahmen des Personalmanagements darauf zu achten, dass die berufs-, arbeits- und dienstrechtlichen Rahmenbedingungen eingehalten werden. Darüber hinaus sind in diesem Zusammenhang die ökonomischen und qualitativen Zielvorgaben des Rechtsträgers als auch die sozialen Bedürfnisse der Bediensteten entsprechend zu berücksichtigen.

Gelingt den verantwortlichen Führungskräften dieser Interessensausgleich nicht zufrieden stellend, besteht unter anderem die Gefahr, dass die Leistungsbereitschaft der Bediensteten sinkt, krankheitsbedingte Fehlzeiten ansteigen bzw. Bedienstete die Organisationseinheit oder die Gesamtorganisation verlassen. Insbesondere auf Intensivbehandlungseinheiten stellt ineffektives und ineffizientes Personalmanagement aufgrund des hohen Personaleinsatzes ein ökonomisches aber auch ein qualitatives Risiko dar.

In der vorliegenden Querschnittsprüfung wird die Umsetzung der in diesem Bereich gültigen rechtlichen Rahmenbedingungen für DGKP evaluiert und durch die Auswer-

tung entsprechender Kennzahlen ein Vergleich zwischen dem Personalmanagement auf den einzelnen Intensivbehandlungseinheiten in den Landeskliniken durchgeführt.

4 Intensivbehandlungseinheiten in den Landeskliniken

In der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) als verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgung festgelegt. Entsprechend seiner Zielsetzung umfasst der ÖSG quantitative und qualitative Planungsaussagen für alle Gesundheitsversorgungsbereiche. Verbindliche Qualitätskriterien stellen in diesem Zusammenhang einen wesentlichen Bestandteil im Rahmen der Leistungsangebotsplanung dar.

In der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird unter anderem normiert, dass die in der jeweiligen Fassung des ÖSG enthaltenen Vorgaben und Richtwerte, insbesondere Strukturqualitätskriterien, verbindlich einzuhalten sind. Weiters wird festgelegt, dass die mit 1. Jänner 1997 eingeführte leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) im stationären Bereich fortgesetzt und weiterentwickelt wird.

Zur Wahrnehmung der Aufgaben, welche sich aufgrund der Vereinbarung für die Länder ergeben, sind von den Ländern Landesgesundheitsfonds in Form öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten. In NÖ wurde zur Besorgung der vorgesehenen Aufgaben der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) errichtet. Das oberste Organ des Landesgesundheitsfonds ist die Gesundheitsplattform. Der Gesundheitsplattform obliegt unter anderem die Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen.

4.1 NÖ Intensivplan

Die im ÖSG 2008 festgelegten Richtlinien für Qualitätskriterien werden nach medizinischen Versorgungsbereichen und Sonderfächern differenziert. Diese Inhalte beziehen sich primär auf Akutkrankenanstalten. Innerhalb der bettenführenden Bereiche von Akutkrankenanstalten unterscheidet der ÖSG 2008 zwischen Normalpflegebereichen und Intensivbereichen. Als Aufgaben der Intensivbereiche führt der ÖSG die Intensivtherapie, die Intensivüberwachung und die Intensivpflege an. Erklärend wird hinzugefügt, dass Intensivtherapie und Intensivüberwachung fließend ineinander übergehen können und dass Intensivpflege sowohl in der Intensivtherapie als auch in der Intensivüberwachung erforderlich ist. Für die Einstufung als Intensivbereich sind laut LKF-Modell unter anderem das Vorliegen einer sanitätsbehördlichen Bewilligung, das Vorliegen einer Mindestpersonalausstattung und die Anerkennung der Einstufung durch die Landesgesundheitsplattform (Intensivplan) erforderlich. Diese Intensiveinstufung soll jährlich bzw. – wenn keine gravierenden Veränderungen in Bezug auf Struktur und Leistungsgeschehen im Intensivbereich der Krankenanstalten des Bundeslandes eingetreten sind – alle zwei Jahre durch die Gesundheitsplattform auf Länderebene erfolgen.

Die durch das LKF-Modell verpflichtende Einstufung der Intensivbereiche in den Landeskliniken wurde durch den NÖGUS vorgenommen. Sowohl für das Jahr 2009 als auch für das Jahr 2010 konnten dem LRH vom NÖGUS durch den ständigen Ausschuss genehmigte Intensivpläne vorgelegt werden.

4.2 Intensivbereiche

Hinsichtlich der Infrastruktur unterscheidet der ÖSG 2008 Intensivbereiche für Erwachsene und pädiatrisch/neonatologische Intensivbereiche (Intensivbereiche für Kinder und Jugendliche bzw. Früh- und Neugeborene). Im Zusammenhang mit dem Leistungsangebot für Erwachsene wird weiters zwischen einer Intensivbehandlungseinheit (Intensive Care Unit, ICU) und einer Intensivüberwachungseinheit (Intermediate Care Unit, IMCU) differenziert. Bei einer IMCU kann es sich sowohl um eine Herzüberwachungsstation als auch um eine intermediäre Überwachungsstation handeln. Der postoperative Aufwachbereich ist nicht dem Intensivbereich zuzurechnen.

4.2.1 Intensivbehandlungseinheiten (ICU)

Auf ICU erfolgt die Wiederherstellung der Vitalfunktionen, die in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und wiederhergestellt bzw. durch besondere intensivtherapeutische Maßnahmen aufrechterhalten werden müssen. Das LKF-Modell sieht für ICU eine dreistufige Kategorisierung auf der Grundlage der Ergebnisse der verpflichtenden Intensivdokumentation vor. Im Rahmen der Intensivdokumentation sind an ICU bestimmte Scoring Systeme bindend anzuwenden. Ein Score beinhaltet immer die Kombination mehrerer Aspekte, die mit Punktezahlen gewichtet und in der Summe zu einem einzigen Wert kombiniert werden. Durch Scores kann der Zustand eines Patienten¹ und die komplexe klinische Situation auf einfache Werte reduziert werden. Der Zweck ist, eine komplexe Situation durch Konzentration auf das Wesentliche überschaubar zu machen und damit vergleichende Betrachtungen unter vielen Patienten erst zu ermöglichen.

Mit Hilfe des Therapeutic Intervention Scoring Systems (TISS-28) wird der geleistete Aufwand für Intensivpatienten auf der Basis von pflegerischen, therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen täglich bewertet und dadurch der Betreuungsaufwand der Patienten durch eine durchschnittliche Punktezahl pro Tag repräsentiert. Das Österreichische Zentrum für Dokumentation und Qualitätssicherung in der Intensivmedizin bezeichnet TISS-28 als den gebräuchlichsten Aufwandsscore, weist jedoch darauf hin, dass bisher nicht verifiziert werden konnte, ob vom Ausmaß des Aufwands auf den Schweregrad der Erkrankung der Intensivpatienten geschlossen werden kann, da der therapeutische Aufwand zu einem großen Teil von der Struktur der ICU beeinflusst wird. Für die Bestimmung des Schweregrads der Erkrankung von Intensivpatienten werden daher im Rahmen der verpflichtenden Intensivdokumentation Schweregrad-Scores angewendet.

¹ Um die Übersichtlichkeit zu erhöhen und die Lesbarkeit zu vereinfachen, werden personenbezogene Bezeichnungen im Bericht grundsätzlich nur in einer Geschlechtsform verwendet und umfassen Männer und Frauen.

Die dreistufige Kategorisierung von ICU erfolgt im LKF-Modell auf der Grundlage des TISS-28. Für die Zuordnung zu einer der drei Kategorien wird ein selektionierter Mittelwert der TISS-28 Punkte herangezogen. Dieser selektionierte Mittelwert wird nur aus jenen dokumentierten Tagen ermittelt, die eine Mindestzahl von 16 TISS-28 Punkten erreichen. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass TISS-28 als Maßstab pflegerischen Aufwands nicht nur mit dem Personalbedarf, sondern auch mit den variablen Kosten (Medikamente, Labor, Radiologiebedarf) positiv korreliert. Die Ermittlung der TISS-28 Punkte erfolgt jeweils rückwirkend für die letzten 24 Stunden anhand von 28 vorgegebenen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen. Die TISS-28 Punkte spiegeln den realen geleisteten Aufwand wider und eignen sich daher für (Personal-)Aufwandsberechnungen. Dies wird im LKF-Modell indirekt dahingehend umgesetzt, dass – durch die selektionierten Mittelwerte der TISS-28 Punkte einer Periode von zwölf aufeinander folgenden Monaten – jede ICU einer Kategorie zugeordnet wird (Kategorie I, Kategorie II oder Kategorie III) und für jede Kategorie ein Mindestpersonalschlüssel für DGKP pro systemisiertem Intensivbehandlungsbett normiert ist.

Die vorgeschriebene Mindestbettenanzahl für eine ICU beträgt grundsätzlich sechs Betten. In Einzelfällen sind jedoch Ausnahmegewilligungen durch die Gesundheitsplattformen auf Länderebene möglich. Hinsichtlich der Qualifikation des Pflegepersonals ist im ÖSG festgelegt, dass zumindest 50 % der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP neben der Berufsberechtigung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege berechtigt sein müssen.

Die Einstufung einer ICU in die Kategorie III ist grundsätzlich nur in Krankenanstalten der Schwerpunkt- oder Zentralversorgung mit mehr als 300 Betten am Standort oder in Krankenanstalten mit ausgewiesenem besonderen Leistungsauftrag möglich. Ein ausgewiesener besonderer Leistungsauftrag ist ein in der Betriebsbewilligung oder im Rahmen der regionalen Strukturplanung festgelegter überregionaler Versorgungsauftrag einer Krankenanstalt mit mindestens einer Fachabteilung aus den Bereichen Neurochirurgie, Herzchirurgie oder Thoraxchirurgie.

4.2.2 Intensivüberwachungseinheiten (IMCU)

IMCU dienen der Überwachung und Behandlung von Frischoperierten sowie für prä- und nichtoperative Schwerkranke, deren Vitalfunktionen gefährdet sind. IMCU sind nicht für die Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen, beispielsweise mit mechanischen Atemhilfen, Hämofiltration etc., strukturiert. Dort sollte jedoch die Möglichkeit bestehen, kurzfristige, auf einige Tage beschränkte, Intensivbehandlungen (insbesondere künstliche Beatmung) durchzuführen. IMCU sind nicht zu einer zusätzlichen Intensivdokumentation verpflichtet. Auch für IMCU wird im LKF-Modell ein Mindestpersonalschlüssel von DGKP pro systemisiertem Intensivüberwachungsbett normiert. Die vorgeschriebene Mindestbettenanzahl für eine IMCU beträgt grundsätzlich vier Betten. In Einzelfällen sind Ausnahmegewilligungen durch die Gesundheitsplattformen auf Länderebene möglich.

4.2.3 Einstufungskriterien

In der folgenden Tabelle werden die durch den ÖSG und das LKF-Modell vorgegebenen Einstufungskriterien für ICU Kategorie I bis III bzw. IMCU zusammenfassend dargestellt.

Einstufungskriterien für ICU und IMCU				
Einstufungskriterien	IMCU	ICU		
		Kategorie I	Kategorie II	Kategorie III
TISS-28 Punkte (Mittelwert)	keine	≥ 22	≥ 27	≥ 32
DGKP pro systemisiertem Bett	≥ 1,5	≥ 2,0	≥ 2,5	≥ 3,0
Qualifikation	DGKP	DGKP	DGKP	DGKP
DGKP mit Berechtigung zur Ausübung der Intensivpflege	keine	≥ 50 %	≥ 50 %	≥ 50 %
Anerkennung durch Landesgesundheitsplattform	ja	ja	ja	ja
Verpflichtung zur Intensivdokumentation	nein	ja	ja	ja
Mindestbettenzahl	4	6	6	6

Neben der bisher dargestellten Kategorisierung von ICU bzw. IMCU unterscheidet der ÖSG noch zwischen den einzelnen medizinischen Fachgebieten der Intensivbereiche. Im Sinne von Strukturqualitätskriterien werden im ÖSG für jedes medizinische Fachgebiet (Anästhesiologie, Innere Medizin, Neurologie/Neurochirurgie etc.) detailliert die Personalausstattung für den ärztlichen Dienst inklusive Verfügbarkeit und die jeweilige erforderliche apparative Ausstattung normiert.

4.3 Intensivbehandlungseinheiten in NÖ im Jahr 2009

Im Jahr 2009 wurden an 14 der insgesamt 27 Landeskliniken ICU betrieben. In Summe verfügten diese 14 Landeskliniken über 23 ICU. Die Anzahl der ICU an diesen Landeskliniken variierte zwischen ein und vier Einheiten. Von den 23 ICU waren neun ICU baulich und organisatorisch keine IMCU angeschlossen. Insgesamt 14 ICU bildeten mit einer IMCU baulich und organisatorisch eine Einheit. Das bedeutet, dass an einer Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin oder einer Abteilung für Innere Medizin in einem räumlich definierten Bereich sowohl ICU- als auch IMCU-Betten betrieben wurden und die Patienten in diesem Bereich unabhängig von ihrer Zuordnung (ICU- oder IMCU-Patient) von einem pflegerischen Team, welches unter einer pflegerischen Leitung steht, betreut wurden. Da in Bezug auf das Personalmanagement in diesen Einheiten keine Trennung in ICU und IMCU vorgenommen werden konnte, wurden die betroffenen IMCU in die Prüfung miteinbezogen.

In der folgenden Tabelle werden die 23 ICU der 14 Landeskliniken mit Fachrichtung und entsprechender Kategorie je ICU sowie die Anzahl der mit Stichtag 1. Oktober 2009 betriebenen ICU- bzw. IMCU-Betten dargestellt. In der Tabelle wird auch die im weiteren Bericht verwendete Abkürzung pro ICU angeführt.

ICU in den Landeskliniken					
Landeskrankenhaus (LK)	Fachrichtung	Kat.	Bettenanzahl		Abk.
	ICU	ICU	ICU	IMCU	
LK Thermenregion Neunkirchen	Anästh./Int.	II	6	4	NK 1
LK Wiener Neustadt	Anästh./Int.	III	10	-	WN 1
	Anästh./Int.	III	7	-	WN 2
	Innere Med.	II	4	4	WN 3
	Innere Med.	II	4	4	WN 4
LK Thermenregion Baden	Anästh./Int.	II	5	2	BN 1
LK Thermenregion Mödling	Anästh./Int.	II	7	2	MD 1
LK Weinviertel Korneuburg	Anästh./Int.	II	4	2	KO 1
LK Weinviertel Hollabrunn	Anästh./Int.	I	4	4	HL 1
LK Weinviertel Mistelbach	Innere Med.	II	8	-	MI 1
	Anästh./Int.	III	8	2	MI 2
LK Waldviertel Zwettl	Anästh./Int.	II	4	2	ZT 1
LK Waldviertel Horn	Anästh./Int.	III	8	2	HO 1
	Innere Med.	I	5	4	HO 2
LK Waldviertel Waidhofen/Thaya	Anästh./Int.	I	4	2	WT 1
LK St. Pölten	Anästh./Int.	III	11	-	SP 1
	Anästh./Int.	III	12	-	SP 2
	Innere Med.	II	12	-	SP 3
LK Krems	Anästh./Int.	II	7	4	KS 1
	Innere Med.	II	6	-	KS 2
LK Donauregion Tulln	Anästh./Int.	II	4	2	TU 1
LK Amstetten	Anästh./Int.	III	8	-	AM 1
	Innere Med.	II	6	-	AM 2
Betten gesamt			154	40	

5 Intensivpflege

Die Voraussetzungen für die Ausübung der Intensivpflege sind gemäß § 17 GuKG eine Berufsberechtigung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und die erfolgreiche Absolvierung einer Sonderausbildung (SAB) für Intensivpflege innerhalb von fünf Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit. Dies ist eine unabdingbare Voraussetzung und stellt einen wesentlichen Beitrag für die Qualitätssicherung in diesem Bereich dar.

Der Gesetzgeber möchte damit zum Ausdruck bringen, dass es sich bei der Intensivpflege um einen speziellen Tätigkeitsbereich handelt, der an die Berufsangehörigen Anforderungen stellt, die über die in der Grundausbildung vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten hinausgehen und daher zusätzlich erlernt werden müssen.

Die SAB für Intensivpflege gliedert sich gemäß § 68 GuKG in eine Basisausbildung und eine darauf aufbauende spezielle Zusatzausbildung. Beide Ausbildungsabschnitte dauern mindestens vier Monate und umfassen mindestens 600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung, sodass bis zur kommissionellen Abschlussprüfung in Summe mindestens acht Monate bzw. mindestens 1.200 Stunden an Ausbildung zu absolvieren sind. Die theoretische Ausbildung erfolgt an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege. Die reinen Kurskosten einer SAB für Intensivpflege liegen pro Teilnehmer je nach Anbieter zwischen € 4.500,00 und € 6.000,00. Eine Übernahme der Kurskosten und die Fortzahlung der Bezüge der Teilnehmer für die Dauer der SAB durch den Arbeitgeber sind üblich.

Das Ziel der SAB ist, den DGKP theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten für die Betreuung Schwerstkranker mit invasiven und nichtinvasiven Methoden zu vermitteln. Weiters erwerben die Teilnehmer einer SAB für Intensivpflege umfangreiche Kenntnisse und Fertigkeiten der Reanimation und Schocktherapie, spezielles Wissen über intensivtherapeutische Medikationen sowie intensivmedizinische Geräteausstattung, wie beispielsweise Beatmungsgeräte oder invasives Monitoring, und deren Aufbereitung.

Um übermäßige Härten für DGKP, die sich bei der Ausübung einer Spezialaufgabe noch vor In-Kraft-Treten des GuKG mit 1. September 1997 in der Berufspraxis Kenntnisse und Fertigkeiten angeeignet haben, zu vermeiden, wurden mit § 108 GuKG Übergangsbestimmungen geschaffen, welche DGKP je nach Dauer der tatsächlichen Tätigkeit im entsprechenden Aufgabenbereich begünstigen.

Für DGKP, welche bereits acht Jahre vor In-Kraft-Treten des GuKG mindestens fünf Jahre vollbeschäftigt oder entsprechend länger bei Teilzeitbeschäftigung im speziellen Tätigkeitsbereich der Intensivpflege ohne Absolvierung einer SAB tätig waren, besteht die Möglichkeit, bei der zuständigen Behörde eine Bestätigung über die absolvierte Berufspraxis zu beantragen. Diese Bestätigung in Form eines Bescheides berechtigt zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege.

Jene DGKP, die in den letzten fünf Jahren vor In-Kraft-Treten des GuKG mindestens drei Jahre vollbeschäftigt oder entsprechend länger bei Teilzeitbeschäftigung im spe-

ziellen Tätigkeitsbereich der Intensivpflege ohne Absolvierung einer SAB tätig waren, dürfen die Spezialaufgabe Intensivpflege seit 1. Jänner 2007 nur nach erfolgreicher Absolvierung einer entsprechenden kommissionellen Prüfung weiter ausüben. Diese kommissionelle Prüfung entspricht dem Abschluss der SAB und berechtigt zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege.

Im ÖSG ist festgelegt, dass hinsichtlich der Qualifikation der DGKP auf ICU zumindest 50 % der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP neben der Berufsberechtigung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege auch zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege berechtigt sein müssen. Der ÖSG setzt die Verfügbarkeit von ausreichend DGKP in allen Bereichen voraus. Die im ÖSG enthaltenen Personalangaben sind als Richtwerte zu interpretieren und Abweichungen von diesen Personalangaben müssen begründet werden. Im ÖSG wird auch dezidiert darauf hingewiesen, dass die Ausübung der Tätigkeiten der Angehörigen sämtlicher ärztlicher und nichtärztlicher Gesundheitsberufe nur im Rahmen der für diese Berufsgruppe geltenden gesetzlichen Bestimmungen erfolgen kann. Vom LRH wurde daher in diesem Zusammenhang sowohl die Einhaltung der durch das GuKG normierten berufsrechtlichen Bestimmungen als auch die Erfüllung der Strukturqualitätskriterien des ÖSG geprüft.

6 Personalmanagement

Die Prüfung des Personalmanagements auf den ICU erfolgte sowohl auf der Grundlage der in diesem Bereich für DGKP gültigen rechtlichen Rahmenbedingungen als auch durch einen Vergleich quantitativ erfassbarer Personalkennzahlen.

Folgende Schwerpunkte bzw. Kennzahlen wurden für die Querschnittsprüfung herangezogen:

- Personalbedarfsplanung
- Personalqualifikation
- Personalfluktuation
- Personaleinsatzplanung
- krankheitsbedingte Fehlzeiten

6.1 Personalbedarfsplanung

Die Personalbedarfsplanung ermittelt die zur Erreichung der jeweiligen Unternehmensziele und Leistungsstandards sowie die zur Erfüllung des Versorgungsauftrags erforderlichen qualitativen und quantitativen Personalkapazitäten. Ausgedrückt und zusammengefasst wird der quantifizierte, betrieblich notwendige Personalbedarf für ein Jahr, differenziert nach einzelnen Berufsgruppen, im DPPI. Dabei sind sowohl der primär notwendige Personalgrundbedarf als auch der aufgrund des Personalausfalls entstehende Personalersatzbedarf zu berücksichtigen.

In der folgenden Tabelle werden für das Jahr 2009 pro ICU der Mindestpersonalbedarf laut LKF-Modell (Min. LKF), die Anzahl der Dienstposten laut DPPI 2009 sowie die

im Jahr 2009 tatsächlich eingesetzten durchschnittlichen Personalkapazitäten an DGKP ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten (Ø VZÄ) dargestellt und zueinander in Beziehung gesetzt.

Kennzahlen der Personalbedarfsplanung (Prozentwerte gerundet)						
ICU	Min. LKF	DPPI	DPPI / Min. LKF	Ø VZÄ	Ø VZÄ / Min. LKF	Ø VZÄ / DPPI
NK 1	21,00	24,00	114,3 %	26,7	127,1 %	111,2 %
WN 1/2 ²	51,00	56,00	109,8 %	56,9	111,6 %	101,6 %
WN 3	16,00	23,00	143,8 %	22,4	140,2 %	97,6 %
WN 4	16,00	19,00	118,8 %	19,3	120,6 %	101,5 %
BN 1	15,50	23,00	148,4 %	27,6	178,2 %	120,1 %
MD 1	20,50	27,00	131,7 %	26,0	126,8 %	96,3 %
KO 1	13,00	15,00	115,4 %	14,4	111,0 %	96,2 %
HL 1	14,00	18,00	128,6 %	18,5	131,8 %	102,5 %
MI 1	20,00	27,50	137,5 %	27,3	136,3 %	99,1 %
MI 2	27,00	32,00	118,5 %	31,7	117,3 %	99,0 %
ZT 1	13,00	22,50	173,1 %	22,3	171,3 %	99,0 %
HO 1	27,00	28,75	106,5 %	28,6	105,9 %	99,4 %
HO 2	16,00	18,30	114,4 %	18,3	114,1 %	99,7 %
WT 1	11,00	17,00	154,5 %	16,7	151,5 %	98,0 %
SP 1	33,00	39,00	118,2 %	37,4	113,3 %	95,9 %
SP 2	36,00	42,00	116,7 %	40,2	111,6 %	95,7 %
SP 3	30,00	33,00	110,0 %	32,3	107,7 %	97,9 %
KS 1	23,50	28,50	121,3 %	28,4	120,9 %	99,7 %
KS 2	15,00	20,25	135,0 %	19,2	128,3 %	95,0 %
TU 1	13,00	17,00	130,8 %	17,5	134,4 %	102,8 %
AM 1	24,00	24,00	100,0 %	24,0	100,0 %	100,0 %
AM 2	15,00	15,00	100,0 %	15,4	102,8 %	102,8 %
Gesamt	470,50	569,80	121,1 %	571,1	121,4 %	100,2 %

² An zwei ICU im LK Wiener Neustadt war aufgrund des starken organisatorischen Zusammenschlusses eine eindeutige Zuweisung der erhobenen Daten auf die jeweilige Einheit nicht möglich. Im weiteren Verlauf des Berichts werden diese beiden Einheiten als eine ICU betrachtet. Die Summe der ICU reduziert sich daher bei bestimmten Berechnungen von 23 auf 22.

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass die Mindestpersonalvorgaben laut LKF-Modell durch die Anzahl der vom Rechtsträger pro ICU im DPPI 2009 veranschlagten Dienstposten an allen ICU gedeckt wurden (DPPI/Min. LKF). Dass die Mindestpersonalvorgaben laut LKF-Modell pro ICU auch tatsächlich eingehalten wurden, ist durch die Gegenüberstellung mit den im Jahr 2009 eingesetzten durchschnittlichen Personalkapazitäten an DGKP (\emptyset VZÄ) erkennbar (\emptyset VZÄ / Min. LKF).

Durchschnittlich stellte der Rechtsträger 121,1 % der Mindestpersonalvorgaben laut LKF-Modell in Form von Dienstposten zur Verfügung. Diese Überdeckung kann nur zum Teil mit einem strukturellen Mehrbedarf aufgrund der mancherorts sehr kleinen ICU begründet werden, da auch zwischen kleinen ICU derselben Kategorie (siehe ZT 1 und TU 1) bedeutende Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der veranschlagten Dienstposten bestanden. Vereinzelt überstieg die Anzahl der Dienstposten laut DPPI die Mindestpersonalvorgaben laut LKF-Modell erheblich (siehe WT 1 mit 154,5 % und ZT 1 mit 173,1 %). Weiters kam es an ICU, deren Anzahl an Dienstposten bereits deutlich über den Mindestpersonalvorgaben laut LKF-Modell lag, noch zusätzlich zu einer Überbesetzung der Dienstposten laut DPPI (siehe BN 1).

Ausgehend von diesen deutlichen Überschreitungen gab es aber auch ICU, deren Anzahl an Dienstposten zu 100 % den Mindestpersonalvorgaben laut LKF-Modell entsprach und zudem der DPPI genau eingehalten wurde (siehe AM 1 und AM 2). Insgesamt müssen daher die erhobenen Daten im Zusammenhang mit der Personalbedarfsplanung und der tatsächlichen Personalbesetzung als äußerst inhomogen bezeichnet werden.

Die Befragung der Stationsleitungen bzw. Bereichsleitungen der 22 ICU hinsichtlich der in Gebrauch befindlichen Methoden zur Personalbedarfsplanung lieferte folgendes Ergebnis:

- An zwei ICU wurden die Mindestpersonalvorgaben laut LKF-Modell entsprechend der Kategorie der ICU als tatsächlicher Personalbedarf definiert.
- An zwei ICU wurden die Mindestpersonalvorgaben laut LKF-Modell entsprechend der Kategorie der ICU inklusive zusätzlicher Dienstposten (Ersatz für DGKP auf SAB) als tatsächlicher Personalbedarf definiert.
- An sechs ICU wurden die Mindestpersonalvorgaben laut LKF-Modell einer höheren ICU-Kategorie als tatsächlicher Personalbedarf festgelegt.
- An drei ICU erfolgte eine Fortschreibung der Dienstposten entsprechend der vom ehemaligen Rechtsträger (Gemeinde) genehmigten Anzahl.
- An sieben ICU wurde der tatsächliche Personalbedarf unabhängig von der Kategorie der ICU nach der Arbeitsplatzmethode ermittelt.
- An zwei ICU konnten von den Verantwortlichen hinsichtlich der angewendeten Methode zur Berechnung des Personalbedarfs keine Angaben gemacht werden.

Die geschilderten unterschiedlichen Personalbedarfsberechnungsmodalitäten und deren unterschiedliche Anwendung in der Praxis erklären die äußerst inhomogene Datenlage.

Gemäß § 22a NÖ KAG sind die Rechtsträger von Krankenanstalten in NÖ verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalbedarfsermittlung ist nach wissenschaftlich anerkannten Methoden von fachlich geeigneten Personen vorzunehmen.

Ergebnis 1

Der Personalbedarf von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auf Intensivbehandlungseinheiten ist abhängig vom tatsächlichen Leistungsanfall einheitlich nach objektiven Kriterien zu ermitteln. Die Personalbedarfsermittlung muss nach wissenschaftlich anerkannten Methoden von fachlich geeigneten Personen vorgenommen werden.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

Vorab wird festgehalten, dass das Land Niederösterreich als Rechtsträger aller Landeskliniken erst ab 1.1.2008 die Möglichkeit hatte, alle Kliniken nach einheitlichen Kriterien zu betreiben. Dies betrifft auch den Betrieb der Intensivpflegeeinheiten in den Kliniken. Weiters ist festzuhalten, dass die vom Landesrechnungshof festgestellte Überbedeckung vor allem jene Kliniken betrifft, in denen mit Wirksamkeit vom 1.1.2009 Umstufungen (= Herabstufungen) von Intensivstationen durchgeführt wurden. So wurde Waidhofen/Thaya von Kategorie III auf I, Zwettl von Kategorie III auf II, Krems von Kategorie III auf II herabgestuft. Diese Herabstufung wurde jedoch mit 1.1.2010 wieder rückgängig gemacht. Baden, Mödling und Wr. Neustadt wurden definitiv ab 1.1.2009 von Kategorie III auf II abgestuft. Da sich die Prüfung auf das Jahr 2009 bezogen hat, kann die mit der Umstufung verbundene personelle Anpassung nicht in einem Jahr umgesetzt werden, sondern bedarf diese eines längeren Zeitraumes. Die NÖ Landeskliniken-Holding wird gemeinsam mit der Abteilung Personalangelegenheiten B und der ARGE der Pflegedirektoren die detaillierte Analyse des Landesrechnungshofes zum Anlass nehmen, ein Projekt zur Erarbeitung eines einheitlichen Modells zur Intensivpersonalbemessung zu erarbeiten, wobei mit einem Endergebnis und der entsprechenden beginnenden Umsetzung noch in diesem Jahr zu rechnen ist.

NÖ Landesrechnungshof:

Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

In den Personalbedarfsberechnungsmodalitäten konnte keine einheitliche Berücksichtigung der durch den Besuch einer SAB für Intensivpflege für die Leistungserbringung auf der ICU ausfallenden Personalkapazitäten festgestellt werden. An zwei ICU kam es zu einem vollständigen personellen Ersatz für DGKP, welche eine SAB absolvieren. An weiteren zwei ICU kam es zu einem teilweisen Ersatz, wobei zur Kompensation auch Überstunden geleistet werden mussten. An 16 ICU wurden die durch den Besuch einer SAB für Intensivpflege ausfallenden Personalkapazitäten ausschließlich mit Überstunden der restlichen DGKP kompensiert. An einer ICU kam es zudem zum Einsatz von so

genannten „Pooldiensten“. Hierbei handelte es sich um DGKP, welche im Wege der Arbeitskräfteüberlassung bei Bedarf tageweise auf der ICU beschäftigt wurden.

Ergebnis 2

Bei der Personalbedarfsermittlung sind die durch den Besuch einer Sonderausbildung für die Leistungserbringung auf der Intensivbehandlungseinheit ausfallenden Personalkapazitäten nach einheitlichen Kriterien zu berücksichtigen.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

In dem zum Ergebnispunkt 1 angekündigten Projekt werden auch die Personalkapazitäten nach einheitlichen Kriterien festgelegt werden.

NÖ Landesrechnungshof:

Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

6.2 Personalqualifikation

Mit Stichtag 31. Dezember 2009 waren an den ICU in den Landeskliniken insgesamt 648 DGKP beschäftigt. Von diesen 648 DGKP hatten 439 DGKP eine SAB für Intensivpflege absolviert bzw. fielen unter die Übergangsbestimmungen des § 108 GuKG und waren somit zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege berechtigt.

Die Vorgaben des ÖSG, dass zumindest 50 % der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP neben der Berufsberechtigung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege auch zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege berechtigt sein müssen, wurde an 20 der 23 ICU erfüllt.

Ausgenommen davon waren drei der vier ICU im LK Wiener Neustadt. Bezogen auf die Anzahl der für die Mindestausstattung dieser ICU erforderlichen DGKP hatten nur ca. ein Drittel der tatsächlich beschäftigten DGKP die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege. Diese Situation ist auf Versäumnisse in der Personalentwicklung unter dem vormaligen Rechtsträger zurückzuführen.

Ergebnis 3

Durch entsprechende Ausbildungsmaßnahmen ist sicherzustellen, dass an den Intensivbehandlungseinheiten im Landesklinikum Wiener Neustadt der Anteil der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, welche zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege berechtigt sind, auf mindestens 50 % der für die Mindestausstattung erforderlichen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen erhöht wird.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

Wie zum Ergebnispunkt 1 schon grundsätzlich dargelegt, resultiert der Nachholbedarf bei den Intensivausbildungen auf der Intensivstation des Standortes Wiener Neustadt auf Versäumnissen des vormaligen Rechtsträgers. Zum Zeitpunkt der Übernahme waren insgesamt 82 Sonderausbildungen offen (Intensiv, Anäs-

thesie, OP, Dialyse..). Unmittelbar nach der Übernahme des Klinikums Wiener Neustadt wurde bereits eine Ausbildungsoffensive gestartet. Nach heutiger Planung wird das Defizit an Sonderausbildungen noch in diesem Jahr ausgeglichen sein, da eine Rückkehr von 8 Absolventen der Sonderausbildung für Intensivpflege und eine voraussichtliche Rückkehr sonderausgebildeten Personals aus der Karenz zu erwarten ist.

NÖ Landesrechnungshof:

Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Die Kontrolle der Einhaltung der durch den ÖSG und das LKF-Modell vorgegebenen Strukturqualitätskriterien obliegt dem NÖGUS. Aus diesem Grund wurden jährlich an allen ICU die pro ICU-Bett eingesetzten quantitativen Personalkapazitäten erhoben und dahingehend überprüft, ob der Mindestpersonalschlüssel pro ICU-Bett in der entsprechenden ICU Kategorie eingehalten wird. Nicht kontrolliert wurde, ob zumindest 50 % der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP neben der Berufsberechtigung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege auch zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege berechtigt waren.

Ergebnis 4

Der NÖ Landesrechnungshof empfiehlt, dass vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds regelmäßig an allen Intensivbehandlungseinheiten kontrolliert wird, ob zumindest 50 % der für die Mindestausstattung erforderlichen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auch zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege berechtigt sind.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

Der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds wird im Sinne der Empfehlung für eine diesbezügliche Kontrolle an allen Intensivbehandlungseinheiten Sorge tragen.

NÖ Landesrechnungshof:

Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Mit Stichtag 31. Dezember 2009 waren an sechs ICU insgesamt 13 DGKP beschäftigt, welche zu diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Ausübung der Intensivpflege aufgrund der Bestimmungen des § 17 GuKG nicht erfüllten, da die Frist bis zur erfolgreichen Absolvierung einer SAB für Intensivpflege innerhalb von fünf Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit verstrichen war.

Ergebnis 5

Auf Intensivbehandlungseinheiten dürfen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nur dann eingesetzt werden, wenn diese die berufsrechtlichen Voraussetzungen für die Ausübung der Intensivpflege erfüllen.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

Die vom Landesrechnungshof getroffene Feststellung, wonach Angehörige des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nur dann eingesetzt werden dürfen, wenn diese die berufsrechtlichen Voraussetzungen für die Ausübung der Intensivpflege erfüllen, bedarf einer differenzierten rechtlichen Beurteilung. So heißt es im Kommentar von Weiss-Faßbinder/Lust „Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG“, (Manz 2010 in Fußnote 2) zu § 20:

„In postoperativen Einheiten und Intensivstationen wird der Personaleinsatz jeweils auf den Betreuungsschwerpunkt abzustimmen sein, wobei davon auszugehen ist, dass in diesen Bereichen grundsätzlich sowohl Operations- als auch Intensivpflegepersonal oder auch allgemeines Pflegepersonal zum Einsatz kommen kann. Zur Frage des Personaleinsatzes an Überwachungsstationen ist davon auszugehen, dass das GuKG bei der Festlegung der Tätigkeitsbereiche lediglich auf die Tätigkeiten an sich abstellt und nicht auf die Organisationseinheit bzw. die Einrichtung, in der diese Tätigkeiten erbracht werden. Ob eine bestimmte Tätigkeit zur Intensivpflege zu zählen ist, hängt somit nicht davon ab, an welcher Organisationseinheit diese erbracht wird. Da nicht sämtliche Tätigkeiten in Überwachungsstationen der Intensivpflege zuzuordnen sind, sollte auch an diesen Stationen sowohl allgemeines Gesundheits- und Krankenpflegepersonal als auch Intensivpflegepersonal eingesetzt werden.“

Darüber hinaus sind gemäß § 108 Abs. 2 und 3 GuKG Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, die Intensivpflege auszuüben, die aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit in der Intensivpflege vor Inkrafttreten des GuKG (Anm.: am 1. September 1997) entweder über eine entsprechende Bestätigung des Landeshauptmannes verfügen oder die kommissionelle Prüfung ohne Sonderausbildung erfolgreich absolviert haben. Während gemäß § 17 Abs. 8 GuKG Personen mit Sonderausbildung in der Intensivpflege berechtigt sind, die Anästhesiepflege auszuüben, ist es für Anästhesiepflegepersonal nicht zulässig, die Intensivpflege ohne entsprechende Sonderausbildung auszuüben. Gemäß § 20 Abs. 2 GuKG darf Anästhesiepflegepersonal die Überwachung und Pflege von Patienten lediglich vor, während oder nach der Narkose übernehmen, nicht aber die postoperative Überwachung im Rahmen einer außerhalb des Operationssaales befindlichen Überwachungseinheit. Zu erwähnen ist noch der Umstand, dass gemäß § 21 Abs. 2 Z 4 GuKG auch Pflegepersonal mit Sonderausbildung im Operationsbereich zur prä- und postoperativen Betreuung der Patienten im Operationsbereich berechtigt ist. Diese rechtlichen Erwägungen werden im zu Ergebnispunkt 1 erwähnten Projekt Berücksichtigung finden.

NÖ Landesrechnungshof:

Zur Feststellung, dass Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auf Intensivbehandlungseinheiten nur dann eingesetzt werden dürfen, wenn diese die berufsrechtlichen Voraussetzungen für die Ausübung der Intensivpflege erfüllen, hält der NÖ Landesrechnungshof fest: Bei den in § 20 GuKG demonstrativ angeführten Tätigkeitsbereichen - wie beispielsweise Über-

wachung und Betreuung schwerstkranker und ateminsuffizienter Patienten mit invasiven und nichtinvasiven Methoden bzw. die Mitwirkung an der Überwachung und Funktionsaufrechterhaltung der apparativen Ausstattung (Monitoring, Beatmung, Katheter und dazugehörige Infusionssysteme) - handelt es sich um Aufgaben, welche von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auf Intensivbehandlungseinheiten regelmäßig wahrzunehmen sind. Auf Intensivbehandlungseinheiten dürfen daher Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nur dann eingesetzt werden, wenn diese die berufsrechtlichen Voraussetzungen für die Ausübung der Intensivpflege erfüllen.

Im Übrigen nimmt der NÖ Landesrechnungshof zur Kenntnis, dass von der NÖ Landeskliniken-Holding im Rahmen eines Projektes auch der Personaleinsatz auf Intensivüberwachungseinheiten und auf postoperativen Einheiten berücksichtigt wird.

Mit Stichtag 31. Dezember 2009 hatten 16 (69,6 %) der 23 verantwortlichen Stationsleitungen der ICU eine Weiterbildung gemäß § 64 GuKG für basales und mittleres Pflegemanagement oder eine gleichwertige Ausbildung für Führungsaufgaben absolviert. Insgesamt sieben Stationsleitungen (30,4 %) hatten bis zu diesem Zeitpunkt keine derartige Ausbildung abgeschlossen. Obwohl der Gesetzgeber auf der Ebene der Stationsleitungen eine Ausbildung in Führungsaufgaben nicht normativ vorgibt, vertritt der LRH die Ansicht, dass für Führungskräfte im Bereich des mittleren Pflegemanagements eine derartige Ausbildung notwendig ist. Insbesondere Bereiche mit großen Führungsspannen und qualitativen Personalvorgaben erfordern von den Stationsleitungen elementare Kenntnisse im Personalmanagement.

Ergebnis 6

Der NÖ Landesrechnungshof empfiehlt, von allen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, welche auf Intensivbehandlungseinheiten Führungsaufgaben wahrnehmen, die Absolvierung einer Weiterbildung gemäß § 64 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, BGBl I 1997/108, für basales und mittleres Pflegemanagement einzufordern.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

Auf die empfohlene Weiterbildung wird in Hinkunft vermehrtes Augenmerk gelegt werden.

NÖ Landesrechnungshof:

Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

6.3 Personalfluktuatation

Vom Unternehmen nicht gewünschte Personalfluktuatation stellt aufgrund der damit verbundenen Kosten und Qualitätsverluste eine große Herausforderung für das Pflege- und Personalmanagement dar. Aus der Sicht des Unternehmens müssen leistungs- und kostenbezogene Auswirkungen der Personalfluktuatation unterschieden werden. Zwischen dem Zeitpunkt der Kündigung und dem eigentlichen Austritt ist mit einem Rückgang der Arbeitsleistung der DGKP zu rechnen. Weiters kommt es zu einer verminderten Leistungsfähigkeit der ICU, wenn die Stelle nicht gleich wieder besetzt werden kann und wenn die neue DGKP während der Einarbeitungszeit in ihrer Leistungserbringung noch eingeschränkt ist. Neben diesen direkten Auswirkungen sind auch die indirekten Auswirkungen der Fluktuatation auf die Leistungsfähigkeit zu beachten. Dabei kommt es sowohl zum Verlust von wertvollem Wissen über innerbetriebliche Prozesse der ICU als auch zum Verlust von Fach- und Sozialkompetenz. Außerdem erhöht sich der Leistungsdruck für die verbleibenden DGKP, da die verminderte Dienstleistungsfähigkeit in der Regel durch ÜST kompensiert werden muss. Dies verschlechtert häufig das Betriebsklima, wodurch die Voraussetzungen für weitere Personalabgänge geschaffen werden. Fluktuatation führt letztlich zu weiterer Fluktuatation.

Neben den bisher angeführten leistungsbezogenen Auswirkungen entstehen auch kostenbezogene Konsequenzen, wie beispielsweise Entlassungskosten, Anwerbungs- und Einstellungskosten für neue DGKP, Einführungs- und Einarbeitungskosten, Überbrückungskosten sowie Weiterbildungskosten. Da ein Mitarbeiter kein ausschließlich nach ökonomischen Gesichtspunkten disponierbarer Produktionsfaktor ist, kann ein großer Teil der Fluktuatationskosten nicht direkt quantifiziert werden. Aus diesem Grund wurde im Rahmen der Prüfung auf eine Berechnung der pro DGKP anfallenden Fluktuatationskosten verzichtet.

Als Kennzahl der Personalfluktuatation wird die Fluktuationsrate herangezogen. Die Fluktuationsrate beschreibt das Verhältnis zwischen den Abgängen und der durchschnittlichen Anzahl an beschäftigten Mitarbeitern in einer bestimmten Periode (zB einem Jahr). Um von den verantwortlichen Führungskräften durch beeinflussbare betriebliche Maßnahmen den negativen Auswirkungen der Personalfluktuatation steuernd entgegenwirken zu können, ist die Kenntnis der Fluktuationsraten der einzelnen ICU erforderlich.

Im Rahmen der Prüfung wurde festgestellt, dass die Kennzahl Fluktuationsrate auf den einzelnen ICU nicht erhoben wird und daher weder als betriebsinterne Vergleichskennzahl noch als Indikator für die Effektivität des Personalmanagements herangezogen werden kann.

Ergebnis 7

Der NÖ Landesrechnungshof empfiehlt, die Kennzahl Fluktuationsrate auf Intensivbehandlungseinheiten für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowohl für den betriebsinternen Vergleich als auch zur Beurteilung der Effektivität des Personalmanagements in jährlichen Intervallen zu erheben.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

Seit dem Jahr 2010 besteht die Möglichkeit eines zentralen Monitorings der Fluktuationsrate, da dieses ein Element der Balanced Scorecard der NÖ Landeskliniken-Holding ist. Somit kann der Empfehlung des Landesrechnungshofes rasch Rechnung getragen werden.

NÖ Landesrechnungshof:

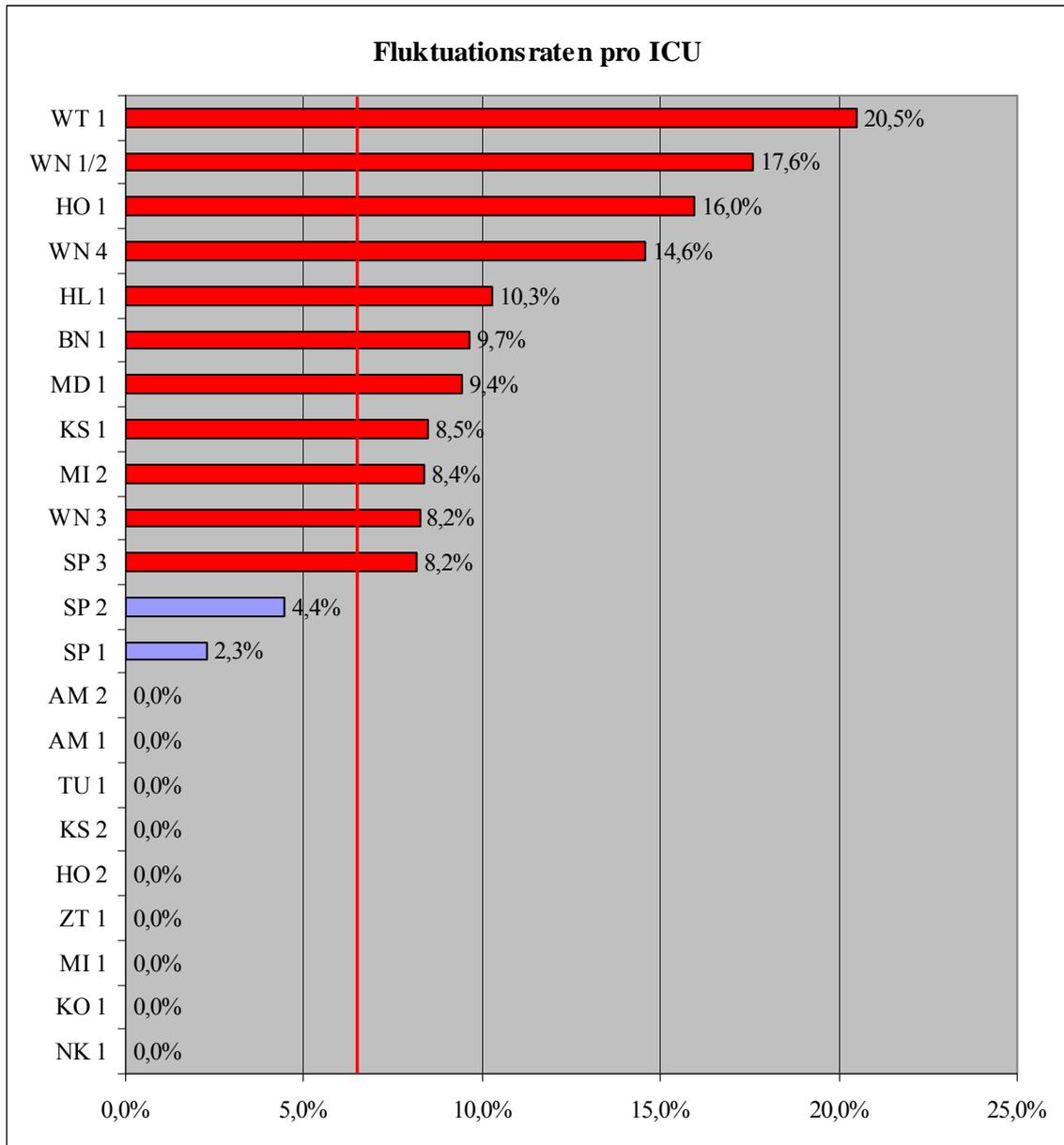
Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Die wesentliche Kennzahl zur Darstellung der Personalfluktuationsrate auf ICU ist die bereits beschriebene Fluktuationsrate. Vom LRH wurde im Rahmen der Prüfung ausschließlich die aus Sicht des Unternehmens unerwünschte „individualinitiierte“ Fluktuationsrate herangezogen. Als „individualinitiiert“ sind alle Abgänge zu betrachten, bei welchen die Initiative für das Ausscheiden aus der ICU vom Dienstnehmer ausgeht. Darunter sind Kündigungen durch den Dienstnehmer und einverständliche Lösungen der Dienstverhältnisse bzw. Versetzungen auf Bestreben des Dienstnehmers zu verstehen. Für die Berechnung der Fluktuationsrate wird die entsprechende Anzahl an individualinitiierten Abgängen der ICU mit dem durchschnittlichen Personalstand eines Jahres in Beziehung gesetzt. Der durchschnittliche Personalstand eines Jahres ergibt sich wiederum aus der Summe der in den Monaten Jänner bis Dezember mit Monatserstem auf der ICU beschäftigten DGKP, unabhängig vom Beschäftigungsausmaß, dividiert durch zwölf.

Als Sonderform der beschriebenen Fluktuationsrate kann die so genannte Frühfluktuationsrate bezeichnet werden. Als Frühfluktuationsrate ist der prozentuelle Anteil jener DGKP des durchschnittlichen Personalstands eines Jahres zu verstehen, welche innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt in das Team einer ICU dieses wieder freiwillig verlassen. Durch diese Kennzahl kann die Personalbindung in der Einstiegsphase gemessen und Rückschlüsse auf die Qualität der Personalbeschaffung und der Personaleinführung gezogen werden.

In Summe waren an den 23 ICU im Laufe des Jahres 2009 durchschnittlich 644,9 DGKP (unabhängig vom Beschäftigungsausmaß) beschäftigt. Im selben Zeitraum ist es zu 44 individualinitiierten Abgängen von DGKP an ICU gekommen. Die individualinitiierte Gesamtluktuationsrate für DGKP von ICU in den Landeskliniken lag daher für das Jahr 2009 bei 6,8 %.

Bezogen auf die einzelnen ICU ergaben die Berechnungen sehr unterschiedliche individualitiierte Fluktuationsraten. Diese Fluktuationsraten pro ICU werden in der folgenden Abbildung dargestellt.



Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass es an neun der 22 ICU im Jahr 2009 keine individualitiierten Abgänge gab und die individualitiierte Fluktuationsrate daher 0 % betrug. Zwei ICU lagen mit ihren Fluktuationsraten von 2,3 % bzw. 4,4 % unter der Gesamtfluktuationsrate aller ICU von 6,8 %. Elf ICU (in der Abbildung rot dargestellt) wiesen höhere Fluktuationsraten als die Gesamtfluktuationsrate aller ICU auf. Die höchste individualitiierte Fluktuationsrate verzeichnete eine ICU mit 20,5 %.

Ergebnis 8

Der NÖ Landesrechnungshof erwartet, dass die Ursachen der individualinitiierten Personalfluktuationsrate von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege an jenen Intensivbehandlungseinheiten, welche eine Fluktuationsrate über der Gesamtfluktuationsrate aller Intensivbehandlungseinheiten aufweisen, analysiert und durch geeignete Maßnahmen reduziert werden.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

Die vom Landrechnungshof aufgezeigten Ursachen der individualinitiierten Personalfluktuationsrate an Intensivbehandlungseinheiten mit überdurchschnittlicher Fluktuationsrate werden im Zuge des erwähnten Projektes einer Analyse unterzogen und es werden aufbauend auf dieselbe geeignete Maßnahmen ergriffen werden.

NÖ Landesrechnungshof:

Die Stellungnahme wird teilweise zur Kenntnis genommen. Der NÖ Landesrechnungshof hat im vorliegenden Bericht keine Ursachen der individualinitiierten Personalfluktuationsrate aufgezeigt, sondern Fluktuationsraten berechnet. Die Ursachen für die Fluktuationsrate sollten im Rahmen des Projekts herausgefunden werden.

Für die Berechnung der Frühfluktuationsraten wurde analog vorgegangen. Die Anzahl der durchschnittlich im Laufe des Jahres 2009 pro ICU beschäftigten DGKP wurde den für das Jahr 2009 ermittelten individualinitiierten Abgängen von DGKP mit einer Beschäftigungsdauer von weniger als zwölf Monaten gegenübergestellt.

Die Datenerhebung ergab, dass es 2009 in Summe zu elf individualinitiierten Abgängen von DGKP mit einer Beschäftigungsdauer von weniger als zwölf Monaten kam. Die Gesamtfrühfluktuationsrate für DGKP von ICU in den Landeskliniken lag daher für das Jahr 2009 bei 1,7 %. An 17 der 22 ICU gab es 2009 keine individualinitiierten Abgänge mit einer Beschäftigungsdauer von weniger als zwölf Monaten. Fünf ICU wiesen Frühfluktuationsraten mit Werten zwischen 2,3 % und 10,5 % auf. An der ICU mit einer Frühfluktuationsrate von 10,5 % kam es 2009 zu sechs individualinitiierten Abgängen mit einer Beschäftigungsdauer von weniger als zwölf Monaten. Bezogen auf alle individualinitiierten Abgänge mit einer Beschäftigungsdauer von weniger als zwölf Monaten stammten daher 54,5 % der Abgänge von einer einzigen ICU.

Ergebnis 9

Die Gründe für die hohe Frühfluktuationsrate an einer Intensivbehandlungseinheit im Landeskrankenhaus Wiener Neustadt sind zu analysieren. Weiters ist durch entsprechende Maßnahmen die Qualität der Personalbeschaffung und der Personaleinführung zu verbessern, um nachhaltig die hohe Frühfluktuationsrate reduzieren zu können.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

Wie zum Ergebnispunkt 3 schon ausgeführt, hatte das Klinikum Wiener Neustadt bei der Übernahme große Defizite bei den Sonderausbildungen. Um die Ausbildungsoffensive zu starten, wurden die Stellen der Mitarbeiter, die zur Sonderausbildung geschickt wurden, kurzfristig und temporär mit anderen Mitarbeitern bedeckt, um Bettensperren zu vermeiden. Um die Frühfluktuation im Klinikum Wiener Neustadt zu reduzieren, wurden bereits Maßnahmen gesetzt. Interessenten für die Intensivabteilungen erhalten nun die Möglichkeit, Schnuppertage zu absolvieren und ein strukturiertes Einarbeitungskonzept wurde umgesetzt. Im Klinikum Waidhofen/Thaya haben sich hauptsächlich langjährige Mitarbeiter (15 Jahre Intensivtätigkeit) verändert. Die genannten Mitarbeiter sind nunmehr in anderen Kliniken auf Sonderbereichen tätig, wodurch es aus Sicht der NÖ Landeskliniken-Holding zu keiner Abwanderung des Know-hows gekommen ist. Lediglich ein Mitarbeiter (ohne Sonderausbildung) hat das Landesklinikum aus privaten Gründen verlassen.

NÖ Landesrechnungshof:

Die im Landesklinikum Wiener Neustadt bereits gesetzten Maßnahmen zur Reduktion der Frühfluktuation werden zur Kenntnis genommen. Die Situation an der Intensivbehandlungseinheit in Waidhofen/Thaya war dem NÖ Landesrechnungshof durch die Datenerhebung bekannt. Die von der Landesregierung dargestellten Personalveränderungen langjähriger Mitarbeiter stehen jedoch in keinem Zusammenhang zu der in Ergebnis 9 thematisierten Frühfluktuationsrate im Landesklinikum Wiener Neustadt.

Über die Stationsleitungen der ICU wurde erhoben, welche Tätigkeitsbereiche von den 44 individualisierten Abgängen nach dem Austritt aus den ICU angestrebt wurden. Das Ziel war, eine Differenzierung der Fluktuation in intra-, inter- und extraorganisationale Fluktuation vorzunehmen.

Die intraorganisationale Fluktuation bezeichnet einen Arbeitsplatzwechsel innerhalb der Organisation. Unter interorganisationaler Fluktuation wird das Überwechseln eines Arbeitnehmers von einer Organisation in eine andere Organisation verstanden. Eine extraorganisationale Fluktuation liegt dann vor, wenn der Arbeitnehmer nach dem Ausscheiden aus einer Organisation am Arbeitsmarkt für andere Organisationen in seiner Profession nicht mehr zur Verfügung steht.

Analysiert wurde daher, ob die Abgänge in der Organisation NÖ LK-Holding geblieben sind (Intraorganisationale Fluktuation), die NÖ LK-Holding verlassen haben um in einer anderen Organisation als DGKP tätig zu werden (Interorganisationale Fluktuation) oder generell auch für andere Organisationen als DGKP nicht mehr zur Verfügung standen (Extraorganisationale Fluktuation). Unter der letzten Variante ist ein Berufswechsel bzw. ein genereller Berufsausstieg ohne neuerliche Erwerbstätigkeit zu verstehen.

Insgesamt 34 Abgänge bzw. 77,3 % wechselten nach ihrem Austritt aus der ICU innerhalb der NÖ LK-Holding abermals in einen Spezialbereich, auf eine Normalstation bzw. in eine Ambulanz, in eine Führungsposition oder in andere Tätigkeitsbereiche (Intraorganisationale Fluktuation). Fünf Abgänge bzw. 11,4 % haben die NÖ LK-Holding verlassen und sind in einer anderen Organisation wieder als DGKP tätig geworden (Interorganisationale Fluktuation). Drei Abgänge bzw. 6,8 % sind nicht wieder in eine andere Organisation als DGKP eingetreten (Extraorganisationale Fluktuation). Bei zwei Abgängen konnten von den Stationsleitungen keine Angaben über deren Tätigkeitsbereich nach dem Austritt aus der ICU gemacht werden.

Tätigkeitsbereiche nach dem Austritt		
Intraorganisationale Fluktuation (innerhalb der NÖ LK-Holding)	34	77,3 %
Spezialbereich (ICU/IMCU, Anästhesie, OP, Dialyse)	15	
Normalstation / Ambulanz	12	
Führungsposition	4	
andere Tätigkeitsbereiche	3	
Interorganisationale Fluktuation (außerhalb der NÖ LK-Holding)	5	11,4 %
Spezialbereich (ICU/IMCU, Anästhesie, OP, Dialyse)	2	
Normalstation / Ambulanz	1	
Langzeitpflege	1	
Hauskrankenpflege	1	
Extraorganisationale Fluktuation (Berufswechsel)	3	6,8 %
anderer Beruf	3	
Keine Angaben möglich	2	4,5 %
keine Angabe	2	
Gesamt	44	100,0 %

Von den 44 Abgängen hatten 16 eine SAB für Intensivpflege absolviert. Insgesamt 23 Abgänge hatten zum Zeitpunkt des Austritts ausschließlich eine Berufsberechtigung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Hinsichtlich der 16 Abgänge, die eine SAB für Intensivpflege absolviert hatten, wurde erhoben, dass sechs Abgänge die SAB für Intensivpflege bereits vor der Beschäftigung auf der ICU und nicht auf Kosten des Landes NÖ absolviert hatten. Ein Abgang hat die SAB für Intensivpflege zwar während der Beschäftigung auf der ICU aber ebenfalls nicht auf Kosten des Landes NÖ absolviert. Neun Abgänge mit einer SAB für Intensivpflege haben diese während ihrer Beschäftigung auf der ICU und auf Kosten des Landes NÖ absolviert. Diese neun Abgänge sind jedoch gänzlich der intraorganisationalen Fluktuation zuzuordnen,

da sie die NÖ LK-Holding nicht verlassen haben, sondern in andere Tätigkeitsbereiche innerhalb der Organisation gewechselt sind.

Vom LRH wird positiv zur Kenntnis genommen, dass 77,3 % der Abgänge innerhalb der NÖ LK-Holding verblieben sind. Keine einzige DGKP, welche auf Kosten des Landes NÖ eine SAB für Intensivpflege absolvierte, hat die Organisation verlassen. Dadurch wurde die Abwanderung qualifizierter DGKP in eine andere Organisation verhindert, was sich vermindern auf die entstehenden Fluktuationskosten auswirkt.

Zwischen den dargestellten Fluktuationsraten der einzelnen ICU und bestimmten, im Rahmen der Prüfung erhobenen Kennzahlen der ICU konnten vom LRH mit Hilfe einer statistischen Berechnungsmethode Zusammenhänge hergestellt werden. Demnach bestehen signifikant positive Zusammenhänge zwischen den Fluktuationsraten und den selektionierten TISS-28 Mittelwerten der ICU sowie den durchschnittlichen Krankenstandstagen der DGKP pro ICU. Das bedeutet, je höher der selektionierte TISS-28 Mittelwert der ICU bzw. je höher die durchschnittliche Anzahl an Krankenstandstagen der DGKP pro ICU ist, desto höher ist auch die Personalfluktuationsrate. Ein stark signifikanter negativer Zusammenhang wurde zwischen den einzelnen Fluktuationsraten und den prozentuellen Anteilen an DGKP pro ICU, welche eine SAB für Intensivpflege absolviert hatten, festgestellt. Das bedeutet, dass es auf ICU mit einem vergleichsweise geringen Anteil an DGKP, welche eine SAB für Intensivpflege absolviert haben, definitiv zu einer höheren Personalfluktuationsrate gekommen ist.

Der stark signifikante negative Zusammenhang zwischen den Fluktuationsraten und dem Anteil an DGKP pro ICU, welche eine SAB für Intensivpflege absolviert haben, spricht eindeutig dafür, über die erforderliche Quote von 50 % hinaus möglichst vielen DGKP einer ICU die Absolvierung einer SAB für Intensivpflege zu ermöglichen.

6.4 Personaleinsatzplanung

Die wesentliche Aufgabe der Personaleinsatzplanung ist die zeitliche Disposition des Arbeitseinsatzes unter Berücksichtigung der verfügbaren Personalkapazitäten und des zu bewältigenden Arbeitsaufwands. In diesem Zusammenhang muss auch angemerkt werden, dass ICU aufgrund der Versorgungsaufträge Vorhaltekapazitäten bereitstellen müssen, was wiederum eine ausschließliche Orientierung des Personaleinsatzes am Leistungsanfall erschwert. Das konkrete Ergebnis der Personaleinsatzplanung für die DGKP einer ICU stellen der Dienstplan und im weitesten Sinne auch der Jahresurlaubsplan dar.

Für die Bewertung der Personaleinsatzplanung wurden vom LRH sowohl Zeitguthaben der DGKP mit Stichtag 31. Dezember 2009 als auch die Anzahl der im Jahr 2009 abgeholten Überstunden herangezogen.

Unter Zeitguthaben sind im Folgenden Zeitausgleichstunden (ZA), Nachtdienstzeitausgleichstunden (NZA) und nicht konsumierte Urlaubsstunden (URL) zu verstehen. Zeit-

guthaben in Form von ZA entstehen durch geleistete Überstunden (ÜST) die nicht finanziell abgegolten wurden und noch nicht durch Freizeit ausgeglichen werden konnten. NZA entstehen entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in Form eines Zeitguthabens von zwei Stunden pro geleistetem Nachtdienst. NZA können nicht finanziell abgegolten werden und müssen innerhalb von sechs Monaten durch Freizeit ausgeglichen werden.

In der abgebildeten Tabelle werden für jede einzelne ICU, auf der Grundlage der mit Stichtag 31. Dezember 2009 eingesetzten Personalkapazitäten die durchschnittlichen Zeitguthaben pro VZÄ dargestellt. Weiters wurde als Richtwert der Gesamtdurchschnitt der Zeitguthaben pro VZÄ für alle ICU berechnet. Da die im Jahr 2009 pro VZÄ finanziell abgegoltenen ÜST einen Einfluss auf die Zeitguthaben haben, werden diese ebenfalls in der Tabelle ausgewiesen.

Kennzahlen zur Personaleinsatzplanung (Durchschnittswerte)					
ICU	Zeitguthaben pro VZÄ mit Stichtag 31.12.2009				abgegoltene ÜST
	ZA	NZA	URL	Summe	pro VZÄ 2009
NK 1	6,0	18,7	119,3	144,0	15,5
WN 1/2	22,1	4,8	86,7	113,6	11,1
WN 3	30,0	4,9	69,0	103,9	54,0
WN 4	27,6	1,9	106,5	136,0	17,1
BN 1	17,1	92,9	84,7	194,7	57,0 ³
MD 1	34,2	32,6	127,8	194,6	19,6
KO 1	17,2	8,9	79,1	105,2	28,2
HL 1	21,1	48,1	149,4	218,6	55,3
MI 1	6,1	4,5	54,0	64,6	10,5
MI 2	8,0	11,0	144,1	163,1	24,4
ZT 1	0,0	8,2	53,8	62,0	6,0
HO 1	0,4	11,5	88,7	100,6	4,2
HO 2	3,7	16,2	72,1	92,0	12,3
WT 1	8,2	11,7	90,4	110,3	11,0
SP 1	0,0	96,7	111,4	208,1	131,2
SP 2	0,0	62,3	120,8	183,1	52,9
SP 3	0,0	57,9	114,9	172,8	84,8
KS 1	4,5	4,8	114,9	124,2	20,4
KS 2	2,9	12,1	128,2	143,2	20,5
TU 1	23,3	16,6	121,0	160,9	20,8
AM 1	40,5	28,2	193,9	262,6	23,3
AM 2	67,0	18,7	158,7	244,4	19,7
Gesamt	15,5	26,1	108,6	150,1	31,8

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass mit Stichtag 31. Dezember 2009 auf den ICU pro VZÄ durchschnittlich 150,1 Stunden an Zeitguthaben vorlagen. An vier ICU lagen die Zeitguthaben über 200 Stunden und den höchsten Wert erreichte eine ICU mit 262,6 Stunden pro VZÄ.

³ ohne Berücksichtigung geleisteter Arbeitsstunden externer Zeitmitarbeiter

Ergebnis 10

Von den verantwortlichen Führungskräften sind im Rahmen der Personaleinsatzplanung geeignete Maßnahmen zu setzen, um den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Reduktion angefallener Zeitguthaben zu ermöglichen.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

Aufbauend auf das mehrfach erwähnte Projektergebnis werden die verantwortlichen Führungskräfte angewiesen werden, durch geeignete Maßnahmen Sorge zu tragen, die angefallenen Zeitguthaben zu reduzieren.

NÖ Landesrechnungshof:

Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Im Zusammenhang mit den im Jahr 2009 pro VZÄ finanziell abgegoltenen ÜST muss angemerkt werden, dass es an der ICU im LK Thermenregion Baden zum Einsatz externer Zeitmitarbeiter gekommen ist und diese in der dargestellten Tabelle nicht berücksichtigt wurden. Bei externen Zeitmitarbeitern handelt es sich um DGKP, welche ihren Beruf im Wege der Arbeitskräfteüberlassung ausüben und deren Arbeitsleistung bei Bedarf stundenweise zugekauft wird. Wegen überdurchschnittlich hoher krankheitsbedingter Fehlzeiten (siehe Punkt 6.5, Krankheitsbedingte Fehlzeiten) wurde im Rahmen der Personaleinsatzplanung an dieser ICU auf externe Zeitmitarbeiter zurückgegriffen. Im Jahr 2009 wurden in Summe 2.667,50 Stunden an externer Arbeitsleistung zugekauft. Dieses Vorgehen zur Abdeckung von Personalengpässen ist für NÖ einzigartig und wurde von den im Rahmen der Prüfung befragten Experten durchaus kontrovers diskutiert.

Der Einsatz externer Zeitmitarbeiter auf ICU im Wege der Arbeitskräfteüberlassung ist aus Sicht des LRH aufgrund der fachlich und technologisch hochkomplexen Arbeitsanforderungen in diesem Bereich auf ein absolutes Minimum zu reduzieren und sollte im Rahmen der Personaleinsatzplanung nur als letzte Konsequenz zur Erfüllung des Versorgungsauftrags in Betracht gezogen werden.

6.5 Krankheitsbedingte Fehlzeiten

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger berechnete für das Jahr 2008, bezogen auf alle Angestellten und Arbeiter, jedoch ohne pragmatisierte Bedienstete, einen Durchschnittswert von 12,5 Krankenstandstagen pro Erwerbstätigem.

Vom LRH wurde, entsprechend den Modalitäten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, von jeder ICU die Summe der Krankenstandstage erhoben. Als Krankenstandstage wurden all jene Tage gewertet, an welchen eine Krankmeldung des Bediensteten bei der Sozialversicherung erfolgt ist. Die Summe der pro Jahr angefallenen Krankenstandstage wurde dem durchschnittlichen Personalstand an DGKP dieses Jahres, unabhängig vom Beschäftigungsausmaß, gegenübergestellt.

Der Gesamtdurchschnitt bezogen auf alle ICU ergab einen durchschnittlichen Wert von 10,7 Krankenstandstagen pro DGKP. Der niedrigste an einer ICU ermittelte Wert lag bei durchschnittlich sechs Tagen pro DGKP. Der höchste Wert wurde mit durchschnittlich 28 Tagen pro DGKP an der ICU im LK Thermenregion Baden erhoben. Von der verantwortlichen Stationsleitung wurde dieser Wert mit dem Vorliegen eines Langzeitkrankenstands begründet.

Im Vergleich zu den vom LRH im Rahmen früherer Prüfungen nach denselben Modalitäten erhobenen Krankenstandstagen pro DGKP muss der Durchschnittswert an Krankenstandstagen pro DGKP bezogen auf alle ICU in den Landeskliniken als niedrig bezeichnet werden.

Die niedrige durchschnittliche Anzahl an Krankenstandstagen pro DGKP auf den ICU in den Landeskliniken wird vom LRH positiv zur Kenntnis genommen.

St. Pölten, im November 2010
Die Landesrechnungshofdirektorin
Dr. Edith Goldeband