

Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates

Gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien

18. Sitzung vom 3. Oktober 2008

Wörtliches Protokoll

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|--|--------------------|
| 1. Eröffnung der Sitzung,
Feststellung der Anwesenden | S. 3 |
| 2. Zeugeneinvernahme von Herrn
Direktor SR Dipl.-Ing. Josef
Aumayr | S. 3 bis
S. 22 |
| 3. Vortrag und Befragung von
Herrn Dr. MNSc RN Ian
Needham | S. 22 bis
S. 34 |
| 4. Beweisantrag, Diverses | S. 34 bis
S. 35 |
| 5. Weitere Vorgangsweise | S. 35 |

(Beginn um 9.31 Uhr)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Meine Damen und Herren!

Ich begrüße Sie heute zur 18. Sitzung der Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates betreffend „Gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“.

Insbesondere begrüße ich die Mitglieder der Kommission:

GRin Mag. Waltraut Antonov.

GRin Mag. Waltraut **Antonov**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Christian Deutsch.

GR Christian **Deutsch**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Marianne Klicka.

GRin Marianne **Klicka**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Ingrid Korosec.

GRin Ingrid **Korosec**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR David Lasar.

GR David **Lasar**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Dr. Claudia Laschan.

GRin Dr. Claudia **Laschan**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Veronika Matiasek.

GRin Veronika **Matiasek**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Siegi Lindenmayr.

GR Siegi **Lindenmayr**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Dr. Alois Mayer.

GR Dr. Alois **Mayer**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Dipl.-Ing. Dr. Ernst Pfleger.

GR Dipl.-Ing. Dr. Ernst **Pfleger**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Dr. Sigrid Pilz.

GRin Dr. Sigrid **Pilz**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Karin Praniess-Kastner.

GRin Karin **Praniess-Kastner**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Hedwig Petrides.

GRin Hedwig **Petrides**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Kurt Wagner.

GR Kurt **Wagner**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Obwohl einige Herrschaften heute nicht da sind, darf ich doch die Beschlussfähigkeit feststellen.

Wir haben heute die Befragung des Herrn Direktor SR Dipl.-Ing. Josef Aumayr, der als Zeuge vernommen wird, auf der Tagesordnung. Er wird uns für Fragen zur Verfügung stehen.

Nach dem ersten Tagesordnungspunkt werden wir eine kurze Pause machen.

Dann wird uns Herr Dr. MNSc. RN Ian Needham als Sachverständiger, wie ich hoffe, ein kurzes Referat über „Deeskalationsmanagement und Pflege psychiatrischer Patienten und Patientinnen“ halten.

Herr Senatsrat! Ich darf Sie sehr herzlich begrüßen. Sie werden hier als Zeuge vernommen. Ich darf Sie darauf hinweisen, dass Sie als Zeuge unter Wahrheitspflicht stehen, jedoch die Möglichkeit haben, sich bei bestimmten Fragen, deren Beantwortung für Sie persönlich Nachteile bringen würden, der Aussage entschlagen können. Sie sind von der Amtsverschwiegenheit entbunden, diese Bestätigung haben wir schon eingeholt.

Ich darf Sie bitten, sich mit Ihren persönlichen Daten und beruflichen Werdegang vorzustellen

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Guten Morgen!

Ich darf mich kurz präsentieren:

Ich bin in Oberösterreich geboren und dort zur Schule gegangen. 1971 bin ich zu Studienzwecken nach Wien gegangen, das heißt, 37 Jahre gelernter Wiener. Ich bin verheiratet, habe zwei prächtige erwachsene Söhne.

Der Zweck meines Studiums in Wien war das Absolvieren des Studiums der Technischen Physik an der TU Wien. Ich habe mich dort im Bereich der Röntgenphysik spezialisiert und am Atominstitut der Österreichischen Universitäten nicht nur meine Arbeiten gemacht, sondern war 4 Jahre dort angestellt.

Ich hatte dort erstmals Berührungspunkte zur Medizin, da unser Institut bereits einige Kooperationsprojekte mit dem AKH hatte, da wir an unserem Institut für Strahlenphysik, wo ich tätig war eine sehr profunde Strahlenschutz Ausbildung hatten und daher mit Abteilungen der Strahlentherapie immer in engem Kontakt waren. Ich habe das damals noch nicht - aber ich habe das bei meinen KollegInnen erlebt - so wirklich als meine berufliche Zukunft gesehen. Aber, ich habe immerhin gesehen, dass ein Physiker am Krankenhaus durchaus am richtigen Platz ist.

Den Einstieg in die Stadt Wien habe ich gemacht, indem ich 1979 zur MA 68 - Feuerwehr und Katastrophenschutz gegangen bin.

Ich habe dort die Grundausbildungen durchgeführt und habe damit auch eine solide Brandschutz Ausbildung.

Es war dann so, dass in der MA 17, dem damaligen Anstaltenamt - der Vorgängerorganisation des Krankenanstaltenverbundes - begonnen wurde, technische Abteilungen aufzubauen. Vor mir war ein Techniker in der gesamten MA 17 tätig, Herr Dipl.-Ing. Frosch. Ich habe gehört,

dass dort etwas Neues im Entstehen ist, habe mich beworben und bin 1980 in die damalige MA 17 übergewechselt

Wie gesagt, wir waren zwei Techniker, einsam und allein und haben begonnen zentrale Organisation für Technik aufzubauen. Natürlich haben Techniker für das Krankenhaus damals schon gearbeitet, aber der Magistrat war nach dem sogenannten Fachabteilungsprinzip durchorganisiert. Nicht so, wie es heute ist, sondern eher in operativen Einheiten. Es waren die Bauabteilungen in Hochbau und Haustechnik und die noch in einzelne Gewerke untergliedert und sogar in verschiedenen Geschäftsgruppen unterteilt und haben für die MA 17 oder im Auftrag der MA 17 gearbeitet.

Es ist allerdings so gewesen, dass zwei technische Fachbereiche nicht ausreichend davon abgedeckt waren, das waren der Bereich Sicherheitstechnik und der Bereich Medizintechnik.

In der Sicherheitstechnik hat sich einfach mit der Technisierung der Arbeitswelt vieles auch in der Vorschriftenlage geändert, sodass es notwendig war, hier auch Personenressourcen in der organisatorischen Bewältigung dieser gesetzlichen Materien einzusetzen. Ich habe daher damals einige Ausbildungen zum Sicherheitstechniker absolviert.

In meiner beruflichen Karriere der vielleicht erste größere Schwerpunkt war die Neuorganisation der Medizintechnik, man kann sagen die Betriebsführung. Das war damals in der Hand der Physikalisch-technischen Prüfanstalt für Radiologie und Elektromedizin, so hat das damals geheißen. Da haben zentral zwei Personen für alle Krankenanstalten der Stadt Wien die technischen Prüfungen für Medizintechnikgeräte durchgeführt. Vielleicht ein erstes Beispiel für etwas, was ich heute öfters sagen werde, nämlich die rasante Entwicklung der Technik im Spitalswesen. Wir haben damals für die gesamte MA 17 wenige tausend Medizintechnikgeräte für alle Wiener Krankenanstalten zu beservicen gehabt. Wie gesagt, damals zwei Leute zentral, heute haben wir in etwa einen Stand von 40 000 medizinisch-technischen Geräten zu betreuen.

Es war damals die Notwendigkeit und das war auch etwas, was sich dann in meiner Laufbahn immer wieder fortgesetzt hat, es waren organisatorische Voraussetzungen zu schaffen, um diese Aufgaben zu bewältigen. Wir haben die sogenannten medizinisch-technischen Servicezentren in den Schwerpunktkrankenhäusern, die dann auch die kleineren Krankenhäuser mit betreut hatten, gegründet. Dies waren technische Einheiten von Ingenieuren und Werkmeistern, die die Betreuung der Medizintechnik vor Ort geleitet haben. Das war Mitte der 80er Jahre abgeschlossen und war die Keimzelle – neben

den Werkstätten, die es traditionell natürlich schon immer in den Spitälern gab – der selbstständigen technischen Betriebsführung in den Krankenanstalten.

Auf Grund dieser Beschäftigung in der Medizintechnik, bin ich auch immer mehr in Planungsbereiche einbezogen worden. Ich war Mitautor der Ersten Österreichischen Großgerätestudie für den KRAZAF. Es war damals die Zeit, als die Großgeräte – das heißt Computertomographie und später Magnetresonanz – überhaupt erst in die Spitälern Eingang gefunden haben. Die technische Entwicklung der Krankenanstalten hat mich seit Mitte der 80er Jahre immer wieder als berufliche Herausforderung begleitet.

Mit der Intention der Gründung des Wiener Krankenanstaltenverbundes wurden auch Aspekte herein gebracht, die wir schon einige Jahre lang vorbereitet hatten, nämlich im Prinzip die Dezentralisierung der operativen Einheiten, aber auch Zusammenfassung der Einheiten, die zusammen gehören. Das heißt für den technischen Bereich – Sie haben ganz am Anfang gehört „Fachabteilungsprinzip des Magistrats“ – Herinholen der Techniker in den Wiener Krankenanstaltenverbund und Zusammenfassen zu einer gemeinsamen Einheit, wo die gesamte technische Betriebsführung in einer Einheit ist und sie dann in den Häusern als dezentrale Gruppen in einer selbstständigen Art und Weise arbeiten lassen.

Mittlerweile war auch meine eigene Karriere so weit fortgeschritten, dass ich Ende der 80er Jahre der Leitende Techniker für den Wiener Krankenanstaltenverbund - damals noch MA 17 – war. Mit Gründung des Wiener Krankenanstaltenverbundes wurde diese Stelle aufgewertet als „Direktion Technik und Bauten“, unter diesem Gesichtspunkt der Zusammenfassung aller Fachabteilungen des Magistrats, die für den Wiener Krankenanstaltenverbund Leistungen erbracht haben. Bautechnik, Haustechnik, Medizintechnik war bereits bei uns.

Der Posten für die Sicherheitstechnikbereiche wurde international ausgeschrieben. Ich habe mich beworben und bin nach einem Hearing und Bewertung durch externe Stellen als Sieger hervorgegangen. Ich habe mich sehr gefreut und habe 1993 diesen Job als Direktor „Technik und Bauten“, wie vorgesehen, für 5 Jahre befristet wahrgenommen und wurde dann noch zwei weitere Jahre verlängert.

In dieser Zeit, wie gesagt, hatte ich kurzfristig alle Techniker des Wiener Krankenanstaltenverbundes direkt unter meiner Dienstaufsicht, aber mit dem Auftrag der Dezentralisierung. Das heißt, wir haben damals sehr rasch die Technischen Direktionen gegründet, die auch im Wiener Landeskrankenanstaltengesetz für Häuser

mit mehr als 800 Betten verankert waren und haben die Einheiten, die sich aus dieser Dezentralisierung vorerst ergeben haben, in diese operativen Einheiten aufgeteilt und in die Häuser gegeben. Das war das Ende dieses ersten Dezentralisierungsprozesses. Diese Umorganisation war damit in etwa Ende der 90er Jahre abgeschlossen.

Das war für mich dann der Anlass, dass ich mich bei der Ausschreibung des Direktors „Technik und Bauten“ beworben habe, um selbst in eine dieser dezentralen Einheiten zu gehen. Meine Organisation, die damals als Rest der Technikorganisation im KAV verblieben ist, gibt es nicht mehr in dieser Form. Das war vorherzusehen und daher bin ich seit 2000 als Technischer Direktor im Otto-Wagner-Spital. Da kommen wir sicher noch ein paar Mal darauf zurück, was wir da gemacht haben.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke vielmals.

Ich darf die Fragerunde eröffnen und Herrn GR Deutsch das Wort erteilen.

GR **Deutsch**: Herr Vorsitzender! Herr Direktor Aumayr!

In einer Anfragebeantwortung von Frau Stadträtin Wehsely am 17. Juni 2008 wurde uns mitgeteilt, dass alleine im Bereich der TU 1, also in den Krankenhäusern der Stadt ohne dem AKH, in den Jahren 2000 bis 2007 Finanzmittel in der Höhe von mehr als 44 Millionen EUR direkt in den Psychiatrischen Abteilungen investiert wurden und zahlreiche weitere Investitionen, die auch den eigentlichen psychiatrischen Abteilungen zugute kommen in dieser Summe noch gar nicht angeführt sind wie z.B. Investitionen für Labors etc. Diese umfassende Anfragebeantwortung beinhaltet auch viele Informationen über die Ausstattung der Zimmer, der sanitären Einrichtungen, Ausstattungen mit der Möglichkeit zur Tagesgestaltung, welche Räume es mit der Möglichkeit der Videoüberwachung gibt und enthält auch eine sehr detaillierte Auflistung all jener Räume, in denen Videoüberwachungsanlagen installiert sind.

Weiters und das ist der zweite Teil der Einleitung, haben wir jene Unterlagen bekommen, die mittels Amtshilfeersuchen auf Grund beschlossener Beweisanträge übermittelt wurde, wo die Bau- und Investitionsprojekte des Otto-Wagner-Spitals in den Jahren 2000 bis 2007 ebenfalls sehr detailliert angeführt sind. Welche Pavillons generalsaniert wurden, wo überall Lichtrufanlagen installiert wurden, wie und wo ein funkbasiertes Notrufsystem bzw. bauliche Verbesserungen durchgeführt wurden. Und im Speziellen auch darauf hingewiesen wurde, dass in den Jahren 2000 bis 2006 im Otto-Wagner-Spital die komplette elektrische Versorgung erneuert wur-

de und ab dem Jahr 2005 ein sehr wesentlicher Schwerpunkt auf Brandschutz und Sicherheit auch gelegt wurde.

Ich komme daher zu meiner Frage, die sich natürlich jetzt auf diese übermittelten Unterlagen gründet. Wie beurteilen Sie als Technischer Direktor den heutigen baulichen Zustand bzw. die Ausstattung des Otto-Wagner-Spitals mit den erforderlichen medizinisch-technischen Geräten?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Ihre Darstellungen haben gezeigt, dass wir in den letzten Jahren sehr viel investiert haben. Das war auch notwendig und wir sind heute an einem mittleren Punkt dieser Aktion. Es wird und muss natürlich weitergehen, aber es ist sehr viel geschehen. Wir haben in den letzten 10 Jahren, die Sie hier erwähnt haben oder nicht ganz 10 Jahren, so viel investiert, wie in den ganzen 100 Jahren davor nicht. Das muss man einmal ganz klar sagen.

Es war ein Aufbruch zu Beginn des neuen Jahrtausends und zwar exakt im Jahr 2000 aus einem ganz bestimmten Grund. Ich bin wenige Monate vor dieser organisatorischen Änderung hinausgekommen. Es waren damals fünf von einander unabhängige Einheiten, die am Standort oder mit dem Standort zusammenhängend hier gearbeitet haben. Hervorstechend Pulmologisches Zentrum, Psychiatrisches Krankenhaus, aber auch die Pflegeeinrichtungen, die dort oben waren und das Maria-Theresien-Schlössl, das dann später heraufgesiedelt ist.

Unter diesem Namen 5 Plus, 5 Plus deswegen, weil es ist nicht eine Zusammenlegung von 5 Einheiten war, sondern es soll damit mehr passieren und ist auch mehr passiert. Das heißt, eine Qualitätssteigerung dieser Einheiten, die ja dann in der Zusammenarbeit viel effizienter arbeiten konnten. Diese 5 Einheiten haben das Otto-Wagner-Spital begründet. Das war jetzt nicht nur eine Zusammenlegung auf dem Papier, sondern hat auch dazu geführt, dass der Wiener Krankenanstaltenverbund sich dazu bekannt hat, dass dieser Standort auch technisch erneuert wird und dass dafür auch ein Masterplan ausgearbeitet wurde.

Wir haben schon Anfang der 90er Jahre – damals war ich noch in der Generaldirektion – gemeinsam mit der Frau Dr. Herbek – damals auch noch in einer anderen Funktion - das Instrumentarium der Zielplanung eingeführt. Das heißt, für jene Häuser, die starken strukturellen Veränderungen oder einer notwendigen technischen Aufholbedarf bedürfen, eine mehrjährige Planung mit Planungshorizonten von 5 bis 10 Jahren durchzuführen und damit auch dem Wiener Krankenanstaltenverbund eine mehrjährige Finanzplanung zu ermöglichen. Das ist für den Standort Baumgartner Höhe damals geschehen.

Die Zielplanungen - zwar formal noch getrennt zwischen Pulmologischen Zentrum und Psychiatrischen Zentrum Baumgartner Höhe – wurden auch umgesetzt und das war dieser erste Innovationsschub, der beispielsweise mit dem Neubau des Chirurgischen Pavillons in der Orthopädie, aber auch mit den von Ihnen erwähnten Sanierungen im Bereich der Psychiatrie dann durchgeführt worden ist.

Wie gesagt, eine Investitionsoffensive, die es seit 100 Jahren für diesen Standort nicht mehr gegeben hat. Das Ergebnis heute ist, dass wir sagen können – das gilt sowohl für den gesamten Standort, als auch für die Psychiatrie im Speziellen -: Wir haben in etwa ein Drittel der Flächen, die wir medizinisch nutzen, auf einem absoluten „state of the art“-Zustand. Wir haben ein Drittel, wo wir wesentliche funktionelle und auch komfortmäßige Verbesserungen durchgeführt haben. Allerdings nicht im Sinne einer Generalsanierung, das heißt, wo auch in kurzen Zeithorizonten wieder nächste Initiativen geschehen. Wir haben ein Drittel in etwa, wo wir ganz konkrete Pläne haben, etwas zu tun.

Der alte Zielplan ist damit abgearbeitet, das muss man auch klar sagen. Sie wissen, dass es mittlerweile eine Vorgabe für das Otto-Wagner-Spital gibt. Dass wir uns getrickert durch große Veränderungen in der Spitalslandschaft in Wien, im Wesentlichen durch drei Punkte - durch den Neubau des Krankenhauses Nord, durch das Fortschreiten der Geriatriereform und durch die weitere Abwanderung von Regionalpsychiatrischen Abteilungen in die Bezirke - es bei uns natürlich zu starken Veränderungen kommt. Und dass wir uns für die kommenden Jahre, wieder im Sinne einer 10- bis 15-jährigen Prognose, auf den westlichen Teil des Areals Baumgartner Höhe konzentrieren müssen.

Ich sage ganz offen: Nach dem anfänglichen Kribbeln in der Magengrube nach der Verkündung dieser Tatsachen, haben wir uns im Otto-Wagner-Spital natürlich vertieft Gedanken gemacht, was bedeutet das für die Lebens- oder Überlebensfähigkeit dieses Standortes? Wir haben, aus meiner Sicht, einen außerordentlich interessanten und guten Zukunftsplan mit der TU 1, mit Frau Dr. Herbek, abgestimmt, den wir in den nächsten Jahren abarbeiten werden. Wo die Vision ein absolut modernes, zukunftsfähiges Krankenhaus ist.

Aber ich glaube, wir sollten jetzt weniger in die Zukunft schauen. Ihr Thema ist die Vergangenheit. Aber ich glaube, es ist trotzdem wichtig, dass Sie die Botschaft von uns aus dem Haus hören. Wir haben nicht das Gefühl, wir sind eine aussterbende Spezies, sondern wir sind mitten drin und sehr motiviert für die Zukunft hier – ich sage es noch einmal – nicht ein Allerweltsspital,

sondern ein Spital mit einer ganz besonderen Fokussierung, mit ganz besonderen Inhalten und auch im Sinne der technischen infrastrukturellen Bedingungen, als auch des Komforts und auch vieler Eigenheiten, die der Standort seit 100 Jahren hat, für die Zukunft hier vorzubereiten.

Der Stand heute ist einer, der sich absolut sehen lassen kann. Das heißt, wir können medizinisch durchaus auf einem Top-Label arbeiten. Obwohl wir in der Unterbringung, wie ich vorhin gesagt habe, noch bei einigen Dingen einen deutlichen Nachholbedarf haben. Zu diesem Nachholbedarf ist vielleicht generell etwas zu sagen:

Ein Spital ist keine Institution, die man hinstellt und damit jahrelang arbeitet. Wenn Sie mich jetzt fragen würden, welches Spital in Wien ist die größte Baustelle? - Vielleicht überlegen Sie sich das kurz für eine Sekunde. Ich bin nicht überzeugt, dass wir alle zum gleichen Schluss kommen. Das ist nämlich ein Phänomen, das im Prinzip für die ganze Welt gilt. Für Österreich kann ich es sehr gut beurteilen. Die größten Baustellen sind immer die Universitätsspitäler. Warum? Weil sich dort die medizinischen Anforderungen im Sinne von neuen Methoden so rasch ändern, dass sie im Prinzip ununterbrochen adaptieren müssen. Das gilt natürlich in abgeschwächter Form für jedes Krankenhaus. Es ändern sich die medizinischen Methoden aus der Medizin. Es ändern sich die technischen Möglichkeiten, mit denen wir unterstützen können. Es ändern sich die Ansprüche der Gesellschaft, das heißt, die Ansprüche der PatientInnen und ihrer Angehörigen. Hier ist ein ununterbrochener Anpassungsprozess im Gange. Wie gesagt, in Wien ist die größte Baustelle das Allgemeine Krankenhaus. Nicht weil es schlecht ist, nicht weil es schlecht gebaut ist, sondern weil das einfach vom Inhalt so ist. Das gleiche gilt für Innsbruck, Graz usw.

GR Deutsch: Vielen Dank für die umfassende Beantwortung meiner ersten Frage.

Sie sind ja, was die Größe des Areals betrifft, nahezu für einen Bezirk in der Größe wie den 8. Bezirk zuständig. Eine Fläche von 153 000 m², 19 km Verkehrsnetz und 65 Pavillons, nur um die Größenordnung auch festzuhalten.

Wir wissen aus zahlreichen Befragungen in dieser Untersuchungskommission, dass die Bausubstanz des Otto-Wagner-Spitals, die noch aus der Monarchie herrührt, kein Widerspruch zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen pflegerischen Betreuung ist. Das sind ja zwei verschiedene Dinge. Aber gleichzeitig der Denkmalschutz bei allen Auflagen immer entsprechend auch zu beachten ist. Insbesondere wenn es Auflagen des Bundesdenkmalamtes gibt.

Daher meine konkrete Frage: Gab es beispielsweise Verbesserungsmaßnahmen oder Verbesserungsvorschläge, die dann an den Einsprüchen des Bundesdenkmalamtes gescheitert sind? Oder können Wünsche, was die Umsetzung von baulichen Maßnahmen betrifft, im Konsens mit dem Bundesdenkmalamt bewerkstelligt werden? Sehen Sie hier ein Spannungsfeld zwischen baulichen Maßnahmen zur Verbesserung der Substanz und auf der anderen Seite Anforderungen des Bundesdenkmalamtes?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Ich sehe hier ein positives Spannungsfeld. Ich muss dazu sagen, wir haben - allerdings in einer sehr sportlich ambitionierten Weise - auf beiden Seiten einen außerordentlich positiven, aber auch sehr intensiven ständigen Austausch mit den MitarbeiterInnen des Bundesdenkmalamtes. Selbstverständlich setzen diese mit in ihrer Einschätzung der Denkmalpflege auch gewisse Grenzen an die Veränderungen. Aber das Ergebnis ist ganz eindeutig: Die funktionellen Verbesserungen, die notwendig sind, werden vom Bundesdenkmalamt mitgetragen. Im Wesentlichen sind die Vorbehalte des Bundesdenkmalamtes auf die äußere Erscheinung gerichtet. Das heißt, die Darstellung der Fassaden, die Herstellung der Außenanlagen, die Wirkung als Gesamtdenkmal ist dem Bundesdenkmalamt ein besonderes Anliegen. Sie haben ja auch in der Einstufung des Bundesdenkmalamtes, die Anlage Baumgartner Höhe in der nächsten Kategorie nach Schönbrunn, also sehr hoch eingestuft. Das heißt, wir konnten die funktionellen Notwendigkeiten, die wir haben, alle unterbringen.

Die Beschränkungen waren dort, wo wir vielleicht einmal einen Zubau machen wollten. Die Zubauten sind im Wesentlichen auf zwei Dinge eingeschränkt. Es gibt ganz wenig Neubauareale, das ist im Wesentlichen dort, wo auch der bisher einzige Neubau der Orthopädischen chirurgischen Abteilung stattgefunden hat. Das ist auch die Option für die Zukunft, genau dort anzuschließen. Das ist bereits mit dem Bundesdenkmalamt akkordiert. Das ist so ein kurzer Blick auf die Zukunft, wo wir ganz konkrete Pläne dafür haben.

Die zweiten Möglichkeiten, die sie uns eingeräumt haben, sind die sogenannten Nischenverbauten im geringen Ausmaß und da immer auch auf die Symmetrie der gesamten Anlage reflektierend. Das heißt, wenn wir es auf der einen Seite machen, müssen wir es auch auf der anderen Seite machen. Das schafft uns durchaus die Möglichkeit, dass wir den Platz pro Stationsebene insbesondere für Aufenthaltsräume mit einer hervorragenden Qualität, die dadurch entstehen - Sie müssen sich vorstellen, vielleicht haben Sie es auch schon gesehen, wir haben die mit Glas-

zubauten realisiert. Wenn man dort sitzt, sitzt man mehr oder weniger mitten in den Baumwipfeln. Das ist wirklich etwas, was sehr gut angenommen wird und was hier noch einmal eine Steigerung der architektonischen Qualität der Pavillons ist. Das ist absolut in Akkordanz mit dem Bundesdenkmalamt. Eine Verhüttelung oder ein weiteres Verbauen zwischen den Pavillons, auch wenn es dem Bedarf des Krankenhauses entsprechen würde, lässt das Bundesdenkmalamt nicht zu. Wir kommen damit ganz gut zurecht.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau GRin Dr. Pilsz, bitte.

GRin Dr. **Pilsz**: Herr Direktor!

So, wie Sie das jetzt berichten scheint es, als wären die Ausbaupläne durchaus in dem Rahmen, den Sie sich gewünscht haben und man würde sich in einem modernen, gut ausgestatteten Spital befinden.

Ich habe die Protokolle der Sitzungen der Kollegialen Führung gelesen und da sind besonders Sie und immer ganz drängend Sie zitiert. Teilweise haben Sie auch das Protokoll selber geführt, also sind Sie auch dafür zuständig gewesen, was da steht. Sie haben darauf hingewiesen, dass Ihnen das Geld ausgeht, dass dringendste Instandhaltungsarbeiten nicht gemacht werden können, dass Maschinen am Ende ihrer Lebensdauer sind und kein Ersatz in Sicht ist, dass EDV-Ausgaben nicht getätigt werden können und und und. Das nicht etwa reduziert auf irgendein Jahr, sondern quer durch. Beginnend von Beginn unserer Untersuchungsperiode bis herauf.

Ich möchte jetzt ein konkretes Ereignis heraus nehmen. Im Protokoll vom 4. Oktober 2004 wird berichtet über einen Besuch der Frau Stadträtin Mag. Brauner im Haus, wo Sie ganz konkret ehrlich darüber berichten, wie das Haus aussieht und der Frau Stadträtin offensichtlich nicht nur die schöne Seite vorführen, sondern auch davon reden z.B. und ich zitiere: „Durch den Besuch von Pavillon Severin und Pavillon X wurde eindrucksvoll die äußerst gute Patientenversorgung in einer baulich leider schlechten Situation veranschaulicht.“ Wer den Pavillon X damals gekannt hat wundert sich nicht, dass Sie das damals moniert haben. Wer ihn heute kennt weiß, da hat sich gar nichts geändert.

Wie können Sie hoffnungsvoll sagen, es hat sich etwas geändert? Wenn sowohl MitarbeiterInnen, die hervorragende Arbeit unter unfassbaren räumlichen Bedingungen leisten und vor allem PatientInnen leidend unter denselben, das aushalten müssen. Und die Stadträtin hat offensichtlich nach dem Besuch 2004 nichts gemacht. 2008 schaut es nicht anders aus.

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Frau Dr. Pilsz! Sie

haben einige Sachen hervorragend genau auf den Punkt gebracht, bei einigen muss ich Ihnen schlicht und einfach widersprechen.

Es wurde nicht nichts gemacht, weder von der politischen Seite noch vom Krankenhaus. Wir haben uns wirklich für die Zukunft ganz konkrete Gedanken gemacht und beispielsweise ist für den Pavillon Severin, weil Sie den auch genannt haben, ein ganz konkretes Projekt seit wenigen Tagen eingereicht. Es ist für den Pavillon X ein Teilsanierungsprojekt vorgesehen, das wir in den nächsten Monaten abwickeln werden. So weit nur zu den aktuellen Dingen.

Allerdings muss ich auch darauf hinweisen, dass ich nicht falsch verstanden werden möchte, dass bei uns alles auf dem besten Stand ist. Ich habe vorhin ganz präzise gesagt, ein Drittel ist so wie Neubau-Standard, auf den wir besonders stolz sind. Obwohl uns auch da jedes Spital, das sie eröffnen und am Tag der Eröffnung fällt ihnen ein, was schon wieder verbessert werden kann, weil tatsächlich die Innovationsraten an räumliche Bedürfnisse, technische Ausstattung mittlerweile so hoch ist im Krankenhaus.

Ich wiederhole noch einmal: Ein Drittel ist funktionell so hingebacht, wie wir es durchaus vertreten können. Bei einem Drittel haben wir ganz konkrete Vorschläge. Das ist bei den von Ihnen erwähnten Bereichen der Fall gewesen. Wie gesagt, der Pavillon Severin ist eines der nächsten Projekte, die wir angehen wollen.

Pavillon X, sage ich ganz offen, ist auch für uns eine Situation, die uns bedrückt. Hier kann man nicht in Dimensionen von Versäumnissen sprechen, sondern von widerstreitenden Anforderungen. Der Pavillon X war ein Pavillon, der zur Sanierung angestanden ist, wie ich vor mittlerweile fast 10 Jahren ins Otto-Wagner-Spital hinauf gekommen bin. Ich habe natürlich selbst an diesen Planungen mitgearbeitet. Dann kam die neue Zielplanung und wir haben uns überlegen müssen, dass der Pavillon X nicht an diesem Standort – weil er ist östlich der Mittellinie – endgültig verbleiben wird. Es ist aber von der Region – nach den damaligen Vorstellungen – ein Pavillon, der für eine längere Zeit nach den damaligen Vorstellungen im Otto-Wagner-Spital verbleiben sollte. Somit wurde eine Überarbeitung dieser Pläne notwendig. Tatsächlich ist der Pavillon X dadurch ein paar Mal hinausgeschoben worden in der Sanierung. Das ist wirklich der Punkt, wo wir auch in der inneren Betrachtung in unserem Haus sehen, dass ist das Schlusslicht, einer muss leider der Letzte sein. Wir tun die Letzten immer leid. Es ist meine Rolle – weil Sie gesagt haben, ich bin da öfters zu zitieren in Forderungen – seit mehr als 20 Jahren, sowohl in der Generaldirektion als Hauptverantwortlicher für die Zielplanungen aller Krankenanstalten, bis

auf die politische Ebene Investitionen zu fordern. Ich habe das auch gemacht. Ich bin bekannt dafür, dass ich hier sehr harträchtig bin. Ich habe diese Rolle, die meine Funktion im Otto-Wagner-Spital ist, natürlich genau so aufgeführt, in dem ich nichts zugeschüttet oder verniedlicht habe, weder zu unseren Kunden, sprich: zu den Abteilungen, noch zu unseren Vorgesetzten und der politischen Ebene. Wir haben immer das gefordert, was wir an Ideen gehabt haben. Das heißt aber nicht, dass wir in den Möglichkeiten, die wir zur Verfügung haben, insuffiziente oder wie Sie es genannt haben, unfassbare Zustände für die Medizin vorgefunden habe. Für unfassbare Zustände können Sie mich jederzeit ansprechen, die werde ich ab dem Moment, wo sie mir bekannt sind, auch sofort verändern.

GRin Dr. **Pilz**: Ich spreche Ihnen Ihre Bemühung gar nicht ab, Sie können auch nicht Geld drucken.

Ich habe Sie konkret gefragt: Was hat die Frau Stadträtin Mag. Brauner im Jahr 2004 gemacht, nachdem Sie ihr die Schlusslichter vorgeführt haben? Sie haben jetzt geantwortet: Jetzt denkt man über eine Renovierung nach. Wir sind eine Stadträtin weiter und der Pavillon X ist nicht nur in einem unfassbaren Zustand, sondern im Verfall. Ich habe der Frau Direktorin Dr. Kalousek Bilder gezeigt. Ihnen muss ich sie nicht zeigen, Sie werden den Balkon selber kennen. Da spannt man ein Band, weil da schon das Geländer wegbricht. Das ist unfassbar, noch dazu auf einer Psychiatrie. Das muss ich Ihnen nicht erklären.

Der Punkt ist und das habe ich Sie gefragt: Was hat Frau Stadträtin Mag. Brauner im Anschluss an die Besichtigung dieser baulichen Schandflecke, in denen PatientInnen und MitarbeiterInnen ihr Leben verbringen müssen, konkret zugesagt? Was wurde gemacht?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Wir haben, wie Sie den Investitionslisten entnehmen konnten, nicht nur in den Anfangsjahren dieser letzten 10 Jahre, wo die Neubeginne durchgeführt wurden, sondern auch in den Folgejahren durchaus kräftig investiert.

Es ist der Pavillon XVI als psychiatrischer Pavillon komplett generalsaniert. Es ist der Pavillon XXV, das Institut für alkoholranke Männer, generalsaniert worden. Es ist der Pavillon IV – wir haben es mittlere Errichtung genannt - saniert worden. Wir haben insbesondere in infrastrukturelle Maßnahmen - die Sie bereits auch alle bekommen haben – massiv investiert. Das war auch im Verantwortungsbereich von der Frau Stadträtin Mag. Brauner.

Wobei ich Ihnen schon sagen muss, wie die Budgetplanung erfolgt. Im Prinzip erfolgt natürlich eine Verdichtung, je weiter es in der Hierar-

chie der Wiener Stadtverwaltung nach oben geht, in immer größere Konglomerate. Die Frau Stadträtin ist sicher letztendlich dafür da, dass sie mit dem Generaldirektor die Gesamtlinie festlegt. Die Details haben wir immer in den sogenannten Zielvereinbarungsgesprächen mit der Teilunternehmensdirektion 1 festgelegt. Wir haben, wie Sie den Listen entnehmen können, viele kleine und viele große Sanierungen auch in dem erwähnten Zeitraum durchgeführt. Wenn Sie beim Pavillon X bleiben, stimme ich Ihnen durchaus zu, jetzt am Ende der Debatte, sehe ich, dass man manches anders machen könnte, aber das sind nicht Dimensionen von Schuld oder Versäumnis, sondern von einander widerstreitenden Zeitschienen, die hier hereingekommen sind. Insbesondere mit dieser Ankündigung der Konzentration im Westen, wo wir wirklich gerade davor waren, den Pavillon X abzusiedeln und general zu sanieren,

Wir können es nicht verantworten und das haben alle mitgetragen, nicht nur wir im Haus, dass wir zirka 8 Millionen EUR für eine Generalsanierung eines Pavillons ausgeben, den wir dann in einer Grundstücksabtretung in wenigen Jahren hergeben müssen.

GRin Dr. **Pilz**: Ich fasse zusammen: Die Frau Stadträtin Mag. Brauner kannte und hat augenscheinlich die Situation dort wahrscheinlich auch von Ihren entsprechenden Informationen, was da alles zu tun wäre, gesehen. In der Folge ist nichts passiert und jetzt, im Jahr 2008, fängt man an Projekte zu entwickeln? Ist das die Kurzfassung? Oder ist irgendetwas in den vergangenen vier Jahren passiert, was die Situation für die Bediensteten und die PatientInnen im Pavillon X irgendwie verbessert hätte?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Das ist eine nicht richtige Interpretation. Ich verweise noch einmal auf die Abläufe. Die Frau Stadträtin hat uns im Sinne der Empathie durchaus spüren lassen, dass sie auch der gleichen Meinung ist wie wir, dass man hier etwas tun muss. Der Wiener Krankenanstaltenverbund hat die Möglichkeiten das umzusetzen, wir sind unterstützt worden. Natürlich haben wir mehr Vorschläge gemacht. Noch einmal: Das ist meine Rolle. Ich habe noch in keinem einzigen Jahr meiner Karriere weniger Ideen gehabt, als ich nachher Geld hatte. Das ist auch mein professioneller Ehrgeiz.

GRin Dr. **Pilz**: Herr Direktor! Nur damit wir das klar sehen: Sie hat Empathie gezeigt, faktisch ist nichts passiert?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Die Zuständigkeit für die Einteilung des Budgets liegt innerhalb des Krankenanstaltenverbundes und dort wurden die Entscheidungen so getroffen, wie sie getroffen wurden. Wo ein Teil der Vorschläge, die wir gemacht haben akzeptiert worden sind. Das ist

eine Situation, die wir immer vorfinden. Ich sage es noch einmal: Unsere Rolle ist ein Optimum an Verbesserungsmöglichkeiten vorzuschlagen. Auch wir haben Beschränkungen, wir können nicht beliebig in einem Jahr umbauen, weil es ja auch mit Absiedlung, Stationssperren und ähnlichem verbunden, die betriebliche Verkräftung von baulichen Veränderungen ist auch etwas, was limitiert, nicht nur das Geld. Aber an der Grenze waren wir eh` nie, das braucht man nur theoriehalber erwähnen. Wir haben einen Großteil der Vorschläge, die wir für die dringenden Verbesserungen gemacht haben, auch durchsetzen können.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau GRin Matiasek, bitte.

GRin **Matiasek**: Herr Direktor! Ich muss mich der Kritik dieses baulichen Zustandes, vor allem in der Psychiatrie, anschließen.

Sie haben von diesem Fortschritt ein Drittel/ein Drittel/ein Drittel gesprochen. Bezieht sich das auf das gesamte Spital?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Sowohl als auch. Das ist zufällig oder nicht zufällig.

GRin **Matiasek**: Auch im Rahmen der Psychiatrie?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Sowohl Psychiatrie als auch gesamtes Haus.

GRin **Matiasek**: Wenn man die Geschichte der Sanierung oder des großen Sanierungsschrittes verfolgt, kann man sich aber nicht ganz des Eindrucks erwehren, dass doch immer die „irgendwann – einmal – Absiedlung“ bestimmter Bereiche bzw. die Neueinteilung doch im Hinterkopf war. Sie haben das jetzt auch mit dem Pavillon X bestätigt. Dass man, obwohl man wusste, dass die PatientInnen dort noch über einen langen Zeitraum sein werden, doch die Schwerpunkte so gesetzt hat, dass die Teile, die bestehen bleiben, eine gewisse Bevorzugung bei Sanierung und Renovierung erfahren haben. Ist das so richtig zu verstehen?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Natürlich - es gilt ja auch das Gesetz der ökonomischen Effizienz – werden wir in Bereiche, die wir nur mehr für kurze Zeit nützen, nicht den gleichen Sanierungsaufwand hineinstecken, wie in Bereiche, wo wir endgültige Situationen – endgültig im Sinne von zumindest zweistelligen Jahreszahlen – erzielen können. Das gilt jetzt für alle Bereiche im Westen.

Diese Festlegung ist allerdings noch nicht so alt. Wir hatten für den Pavillon X – um bei dem Beispiel bleiben zu können – ein fixes und fertiges Sanierungsprogramm. Wie gesagt, in der Größenordnung, so wie bei allen anderen - wie beispielsweise beim Pavillon XVI - von mehreren Millionen EUR. Dieses Programm wurde nicht weiter verfolgt, weil es im Sinne der ökonomi-

schen Effizienz nicht mehr zu vertreten war. Das Unangenehme war, dass ich diese Dinge – die brauchen eine Vorbereitungszeit, auch in der Vorbereitungszeit für eine Generalsanierung stecken Sie nicht mehr so viel Detailsanierung hinein und gerade bevor man das Projekt neu durchstarten wollte, kam die Neuorientierung. Das hat wirklich den Pavillon X, und das ist wirklich der Punkt, wo man sagen muss - darum habe ich gesagt das Schlusslicht des Krankenhauses –: leider, wo wir jetzt doch einen großen, den größten Aufholbedarf haben. Darum haben wir auch jetzt, wo diese Dinge klar auf dem Tisch liegen, beschlossen, dass wir die zwei Stationen auf Pavillon X im Sinne einer mittleren Herrichtung – das ist die abgestufte Generalsanierung – jetzt so rasch wie möglich, auch wenn es nur mehr für wenige Jahre ist, durchziehen und die werden in den nächsten Monaten bis Mitte nächsten Jahres durchgeführt werden.

GRin **Matiassek:** Sie haben da eher eine ganz-oder-gar-nicht-Lösung verfolgt?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr:** Wir hatten für den Pavillon X diese Philosophie der Generalsanierung gewählt. Man muss sich ja auch vorstellen, wenn man – Sie haben ganz am Anfang gehört, 65 Gebäude bewirtschaften muss – in Zukunft sind es weniger, aber am Anfang hatten wir die Aufgabe 65 Gebäude auch in einer mittelfristigen und langfristigen Bewirtschaftung uns strategisch zu überlegen - war die Grundsatzentscheidung, dass wir eher – das ist nicht immer eine schwarz-weiß Philosophie – in Generalsanierungen investieren, weil wir damit einen großen Sprung vorwärts durchführen und die anderen Abteilungen so weit nachziehen, als sie funktionell oder sicherheitstechnisch einen dringenden Bedarf haben. Das erlaubt uns - und das war unsere Überlegung, zu der man auch heute noch stehen kann, weil sie einfach richtig ist -, dass wir Zug um Zug die Gebäude an den modernen Standard heranzuführen. Würden wir nach dem Gießkannenprinzip alle Pavillons immer ein bisschen nachgeführt haben, würden wir nie einen Pavillon haben, der wirklich zeitgemäß ist.

Das Problem beim Pavillon X ist, dass wir dort gebremst haben, weil wir die Generalsanierung vor Augen hatten und dann diese Generalsanierung nicht gekommen ist, weil eine Konzeptänderung gekommen ist. Jetzt gehen wir, retrospektiv betrachtet, würde ich auf den Fall sagen zu spät in diese mittlere Herrichtung.

Noch einmal: Das sind keine Kategorien von Schuld oder Versäumnis, sondern Konzeptänderung. Konzeptänderung heißt, man muss auch seine Planung darauf abstellen und ändern.

GRin **Matiassek:** Darf ich noch abschließend fragen, nach welchen Kriterien sind denn die Sanierungen gegangen? Hat man da eine

Gleichgewichtung gemacht bei der Ausstattung der Krankenzimmer usw. für die PatientInnen und die technischen Standards? Oder hat man in eine Richtung Schwerpunkte gesetzt?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr:** Bei einer Generalsanierung wird alles auf den modernen Stand gebracht, da brauchen wir nicht gewichten. Ich bleibe bei dem Wort „mittlere Herrichtungen“. Da wird nach dem Prinzip gearbeitet, dass wir die funktionellen Verbesserungen, das heißt, dort wo wir durch räumliche Situationen, räumliche Veränderung, die medizinische Arbeit unterstützen müssen, an erste Stelle gestellt. Und an die zweite Stelle der Komfort für die PatientInnen und die infrastrukturellen Maßnahmen im technischen Sinne so weit wie möglich adaptiert. Das ist genau der Punkt, wo man Kosten spart.

Also beispielsweise werden wir jetzt beim Pavillon X, bei dieser mittleren Herrichtung, sicher keine Sanierung der Fassaden und Dächer durchführen. Weil das ist etwas, was eine Substanzverbesserung für 15 Jahre oder noch längere Zeitscheiben bringt. Da werden wir nicht investieren, sondern genau in den Verbesserungsbereich der räumlichen Situation. Das heißt, Schaffung des zentralen Stützpunkts mit daneben liegenden Akutziimmern – das war hier schon öfters ein Thema - Verkleinerung der Zimmer, Verbesserung der sanitären Bereiche und genau das in den Vordergrund stellen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Frau GRin Korosec, bitte.

GRin **Korosec:** Herr Direktor! Ich komme auch zu den knappen Mitteln bei Instandhaltungen. Ich habe auch die Protokolle der Kollegialen Führung gelesen, wo immer wieder Hilferufe von Ihnen zu hören waren.

Ich verweise z.B. auf den 19. Jänner 2004, wo Sie sagen: „Ohne Budgetumschichtungen ist der technische Betrieb nicht gesichert.“ Am 13. Jänner 2004 sprachen Sie bereits von Substanzverlusten, die eingetreten wären.

Jetzt möchte ich Sie fragen, was Sie unter diesem Begriff verstehen und wo sind die konkret aufgetreten? Wie wurde das gelöst? Ergaben sich daraus auch Sicherheitsrisiken für PatientInnen und für MitarbeiterInnen?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr:** Gleich den letzten Punkt vorweg. Für die Sicherheitsrisiken bin ich zuständig und das werde ich verhindern, so lange ich diese Funktion habe. Ich habe auch die Funktion des technischen Sicherheitsbeauftragten und ich bin auch Kraft meiner Funktion dafür zuständig. Wenn so etwas auftritt, dann handle ich. Es wurde beispielsweise diese Terrassensituation am Pavillon X erwähnt, die zu keinem Zeitpunkt einsturzgefährdend war, aber trotzdem einen fortschreitenden Verfall signalisiert, dann wird von mir sofort gehandelt. Da brauche ich

auch im Prinzip nicht auf budgetäre Mittel Rücksicht nehmen, weil wir die Möglichkeit der Umschichtungen haben.

Übrigens, beim Pavillon X - erlauben Sie mir nur kurz den Exkurs auf die Frau Dr. Pilz zu dieser „Terrassengeschichte“ – möchte ich Ihnen eine kurze Anekdote erzählen, weil sie die Einstellung meiner MitarbeiterInnen zeigt.

Es hat sich dort bei der Terrasse der Winkel zwischen dem Geländer und dem Gemäuer verschoben, so dass man gesehen hat, da tut sich was und es ist das Geländer locker geworden.

Meine MitarbeiterInnen sind mit einem externen Statiker dort sofort hin, haben sich das angeschaut und sind zu mir gekommen und haben gesagt: „Wir sind auf einen Baufehler draufgekommen.“ Da habe ich gesagt: „Ich weiß noch nicht, was es ist, aber ich finde das ganz bemerkenswert, dass man nach 100 Jahren auf einen Baufehler draufkommt, wo man heute Gebäude schon nach 10 Jahren abreißt. Mit den Gebäuden aus den 70er Jahren weiß man gar nicht, was man tun soll.“

Tatsache war, dass sie mir dann technisch hervorragend erklärt haben, dass vor 100 Jahren der Mörtel mit der Hand abgemischt wurde, es hat der Zementanteil nicht überall die gleichmäßige Verteilung gehabt und daher ist bei dieser Kantenlast nach 100 Jahren der Abstand zwischen den einzelnen Ziegeln in einem Teiler erst millimeterweise, dann etwas stärker, doch etwas kleiner geworden und jetzt müssen wir das entsprechend sanieren. Sie sehen, meine MitarbeiterInnen sind so kritisch, dass sie von Baufehlern sprechen, wenn nach 100 Jahren in diesem Haus etwas passiert. Das ist nur eine Nachbetrachtung. Wir nehmen uns wirklich um dieses Gebäude sehr an.

Noch einmal: Meine Rolle ist es, in aller Deutlichkeit und da rede ich nicht lange herum, zu sagen, wenn ein Bedarf besteht. Sonst wäre ich Fehl am Platz.

Wenn Sie hier über interne Protokolle reden, dann muss ich ja auch klar sagen, interne Protokolle sind dazu da, um intern etwas in Bewegung zu bringen und nicht um uns hier in der Öffentlichkeit madig zu machen. Um intern etwas in Bewegung zu bringen, spreche ich Klartext. Wenn ich sage, ich brauche Geld und ich habe kein Geld, dann sage ich das und ich mache auch Vorschläge. Die Vorschläge z.B. sind Budgetumschichtungen und genau das wurde damals gemacht. Ich weiß gar nicht, auf welches konkrete Protokoll Sie sich beziehen, aber Sie werden wahrscheinlich mehrere dieser Art finden, wo Sie mich so zitieren können.

Wir haben auch gehandelt. Ich hatte - und das ist für mich wirklich eine höchst erfreuliche Tatsache, weil es auch meine persönliche Ar-

beitszufriedenheit betrifft – hervorragende Kollegialität innerhalb der Kollegialen Führung. Wenn ich gesagt habe, ich habe ein Problem, wurde mir auch zugehört und nicht nur der MedizinerIn oder der PflegerIn oder vielleicht der VerwalterIn. Jeder hat eine andere primäre Rolle. Aber, wenn ich gesagt habe, ich habe ein Problem, dann haben wir in der Kollegialen Führung das auch so gelöst, dass ich das Geld bekommen habe.

Daher noch einmal: Sicherheitstechnische Probleme, wenn sie aufgetreten sind - es kann natürlich passieren, dass so etwas auftritt -, wurden sofort und zwar von mir in einer direkten Anordnung die Behebung der Mängel angeordnet und in einem sekundären budgetären Nachvollzug innerhalb der Kollegialen Führung auch budgetär saniert. Das ist unser Spielraum und den haben wir auch immer ausgenützt.

GRin **Korosec**: Diese Antwort ist sehr allgemein. Jetzt frage ich Sie konkret zu den Brandmeldeanlagen. Da geht aus einem Protokoll am 12. Jänner 2004 hervor: „dass auf Grund der zuletzt gehäuft aufgetretenen Brände“ usw. „eine Übersicht gemacht werden muss, um einen Umsetzungsplan zu erarbeiten.“

Ich meine, Brandmeldeanlagen, die fehlen oder die nicht korrekt angebracht werden, das ist sicher ein Sicherheitsrisiko. Ich glaube, da sind wir uns sicher einig.

Was wurde dann konkret gemacht und wie rasch wurde es gemacht? Das hätte ich gerne gewusst. Wann sind die Brandmeldeanlagen wirklich so verbessert worden, dass man sagen konnte, hier gibt es kein Sicherheitsrisiko?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Die Antwort muss mehrschichtig ausfallen, weil ich einigen Interpretationen widersprechen muss.

Eine nichtvorhandene Brandmeldeanlage ist kein Sicherheitsrisiko, es ist auch keine behördliche Auflage. Wir sind in den technischen Sicherheitsvorkehrungen, freiwillig, natürlich durchaus in Analogie auch zu anderen Krankenhausbetreibern, einem allgemeinen Sicherheitsbedürfnis und einer Interpretation wie eine moderne Krankenhauslandschaft ausschauen soll, in diese Richtung gegangen, dass wir jetzt in den nächsten Wochen und Monaten - zu 99,9 % schon heute - einen Vollschutz im Otto-Wagner-Spital haben. Das heißt, alle Räume des Krankenhauses mit Brandmeldeanlagen ausgestattet zu haben. Das war eine Entscheidung, die wir für uns getroffen haben, die kein Nachholbedarf aus behördlicher Sicht ist, sondern unsere Einschätzung widerspiegelt.

Warum ist das nicht früher passiert? Da muss ich nur sagen, Sie finden noch viele Spitäler, die früher gebaut wurden, die das noch nicht haben, weil sich der Sicherheitslevel einfach, genauso wie der medizintechnische Level, ständig in die

Höhe spielt und man immer mehr, auch technische Möglichkeiten wahrnimmt, die hier Unfälle verhindern sollen. Man muss aber eines klarstellen und da darf ich Ihnen ein bisschen auch aus meiner Zeit bei der Feuerwehr berichten, was wir damals dort gelernt haben.

Es gibt bei einer Brandentstehung die sogenannte Brandverlaufskurve. Das heißt, wenn - ausgenommen die Situationen, wo mit Brandbeschleunigern gearbeitet wird, das heißt, bei Brandstiftung, wenn Sie natürlich einen Kanister Benzin ausschütten, dann schaut diese Brandkurve ein bisschen anders aus - ein Brand entsteht, z.B. wie es häufig durch Zigarettenrest ist oder auch bei uns, wenn jemand ein Feuerzeug wo hinhält - das ist leider nicht verhinderbar, weil auf Grund des Zustandes unserer PatientInnen diese manchmal zu diesen Handlungen neigen - und so ein Brand entsteht, dann entwickelt er sich am Anfang relativ langsam. Und jetzt in absoluten Zahlen gesprochen: Nach wenigen Minuten, nach ca. 3 Minuten, gibt es offene Flammen, gibt es eine Rauchentwicklung, die auch bis zur Decke geht und dann wird im Sinne einer exponentiellen Brandverlaufskurve die Brandausbreitung immer schneller. Was bedeutet das jetzt für den Brandschutz? Man muss in diesen 3 Minuten durch entsprechende Frühwarnung abdecken können.

Jetzt kommen wir zu dem technischen Systemen. Die Brandmeldeanlagen und die empfindlichsten sind die Rauchmeldeanlagen, alle anderen, die auf Infrarotbasis oder anderen physikalischen Parametern basieren, brauchen noch länger bis sie detektieren. Der Rauch ist das Erste, das technisch gemessen werden kann. Wir wissen von den Rauchmeldern, dass die zwischen 1 und 3 Minuten brauchen, bis sie ansprechen. Deswegen so eine unterschiedliche Frist, weil es z.B. ganz eminent davon abhängt, wie der Rauch direkt zu dem Rauchmelder kommen kann.

Wir finden hier sicher auch welche, Sie sehen sie direkt über uns. Wenn Sie sich jetzt vorstellen, es ist vielleicht das Fenster offen oder es gibt hier eine Lüftung, einen Querszug, dann zieht es den Rauch vielleicht so hin, dann dauert es eine Minuten länger bis er hinauf kommt. Diese ca. 3 Minuten, wo diese Brandmeldeanlagen sicher ansprechen werden, sind im Allgemeinen, und das muss man wirklich zur Kenntnis nehmen und das ist die Erklärung, warum viele Spitäler nicht panikartig bei Erfindung der Brandmeldeanlage diese überall eingebaut haben, länger als die Aufmerksamkeit des Personals auf den Abteilungen.

Wenn Sie sich internationale - und ich habe mich damit befasst, weil, wie gesagt, ich war ja auch beruflich eine Zeit lang in dieser Sache

tätig und das bleibt dann, nach dem ich es auch im Krankenanstaltenverbund immer wieder als Thema bei mir gehabt habe - Brandstatistiken anschauen, dann sind die Brandunfälle mit Personenschaden - damit meine ich jetzt nicht, wenn jemand sich oder jemand direkt anzündet, dann habe ich in sekundenschnelle einen Personenschaden, weil durch die Wäsche sofort auf der Haut etwas passieren kann - durch einen unentdeckten Brand in Akutkrankenhäusern auf der ganzen Welt extrem gering. Während sie in privaten Pflegeeinrichtungen oder Beherbergungsbetrieben wesentlich tragischer ausfallen.

Denken Sie nur an Wien. Ich war damals leider beim Brand im Hotel Augarten dabei, ich habe das an Ort und Stelle gesehen, wo wirklich der rote Teppich vom Papierkorb in der Portierloge bis unters Dach und vor jedes Zimmer im Hotel ging. Da wurde damals auch legistisch nachgezogen und es wurden hier von den politisch Verantwortlichen die Konsequenzen gezogen: Das ist heute verboten. Ein Beherbergungsbetrieb muss anders arbeiten. So lernt man auch aus diesen Dingen. Aber, was ist dort passiert? Dort war niemand da, der eine Beobachtung durchgeführt hat.

Das heißt jetzt wieder für unsere Krankenhaussituation, dass alle Brände bei uns zuerst durch das Personal entdeckt werden und sekundär durch die Brandmeldeanlage. Trotzdem haben wir uns entschlossen, dass durch eine Brandmeldeanlage - weil es auch Räume gibt, wo man oft minutenlang oder in der Nacht vielleicht sogar eine Stunde oder mehrere Stunden nicht hinein geht - auch diese Räume observiert werden. Das war der Grund, dass wir die Brandmeldeanlagen jetzt überall einbauen. Wie gesagt, im Prinzip schon überall eingebaut haben.

Aber nicht der Zwang für uns da war, weil wir einfach die Erfahrung hatten, dass wir den Sicherheitslevel mit viel Geld um ein kleines Stückchen erhöhen können, aber nicht in der Spanne sind, wo wir direkt rasch handeln mussten. Sie kennen es auch aus den Beispielen, die hier diskutiert worden sind, dass die Erkennung durch das Personal früher da war, als die technischen Anlagen, weil es die teilweise noch gar nicht gegeben hat. Wir wissen aus den Protokollen, dass das innerhalb dieser 3-Minuten-Frist war. Das heißt, es ist anzunehmen, dass auch die Brandmeldeanlage uns noch gar kein Signal geliefert hätte.

GRin **Korosec**: Herr Direktor! Ich fasse zusammen: Sie haben im Jänner 2004 beschlossen den Umsetzungsplan zu erarbeiten und dann umzusetzen und es hat 5 Jahre gedauert, bis Sie die Brandschutzanlagen jetzt endgültig haben?

Ohne jetzt weiter darauf einzugehen, ob es unbedingt notwendig ist oder nicht. Sie haben damals beschlossen, dass Sie es wollen. Es hat 5 Jahre gedauert.

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Wenn Sie das für 65 Gebäude umsetzen, ist das eine tadellose Zeit.

GRin **Korosec**: Also eine tadellose Zeit, gut.

Dann komme ich zur letzten Frage, ist wahrscheinlich auch kein Sicherheitsrisiko, zu den Patientenrufanlagen. Die Patientenrufanlagen, die ja auch nicht überall vorhanden waren, sind die jetzt überall vorhanden? Seit wann sind sie überall vorhanden? Weil im Jänner 2004 wurde das urgiert. Da gibt es ein Protokoll vom März, wo man eben sagt: „Patientenrufanlagen werden umgesetzt.“

Erste Frage: Patientenrufanlagen, die fehlen, ist das ein Sicherheitsrisiko ja oder nein? Die gefehlt haben, sind die jetzt alle installiert bzw. in welchem Zeitrahmen?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Die Interpretation von Sicherheit bei Patientenrufanlagen ist eine etwas andere wie Brandmeldeanlagen. Bei Brandmeldeanlagen ist es, auch aus der Sicht des Objektschutzes und der allgemeinen technischen Sicherheit, ein Argument, wo auch ich als Techniker hier nicht nur Impulse setze, sondern mich auch dafür verantwortlich erkläre zu fordern, in welchem Tempo und auch in welchem Ausmaß diese Einrichtungen bei uns nachgezogen werden. Wir hatten, außer bei den Generalsanierungen, keine behördliche Auflage dafür.

Bei den Lichtrufanlagen ist das eine medizinische Sicherheit. Das ist ein Instrument, wo die PatientIn sich melden kann und der pflegeärztlichen Seite signalisiert, dass sie Unterstützung braucht. Das heißt, dort geht die Initiative von Medizin und Pflege aus. Wenn diese Anforderung an mich kommt, dann muss ich schauen, wie viel Geld ich habe oder werde das Geld dafür fordern und das auch umsetzen. Nur von der Logik her einmal diesen Unterschied.

Da wird daher das Tempo nicht vom Techniker vorgegeben, sondern vom Bedarf, der auf der Station ist. Hier hat sich in den letzten Jahren doch stark die Einschätzung, auch auf den Stationen, geändert, wo man vor einigen Jahren noch gesagt hat: Prinzipiell halten wir unsere PatientInnen alle für mobil, dass sie uns mitteilen können, wenn sie ein Problem haben. Zum Unterschied von einer somatischen Abteilung, wo sie entweder postoperativ oder im Zuge eines internistischen Geschehens eher ans Bett gefesselt sind.

Man muss wirklich sagen, dass dieser Bedarf an Lichtrufanlagen in den letzten Jahren von der Seite der Station erst vermehrt geäußert wurde. Daher kann ich auch nicht sagen: Warum haben

wir vor mehreren Jahren das nicht alles nachgezogen? Weil der Druck an uns nicht so stark war.

Jetzt mittlerweile vertreten wir auch die Ansicht: Es ist heute der Standard, den wir haben wollen und den wir daher auch jetzt im Haus haben, so, dass wir diese Lichtrufanlagen grundsätzlich den PatientInnen überall anbieten.

GRin **Korosec**: Eine Verständnisfrage: Sind sie jetzt bereits überall installiert?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Sie sind jetzt überall. Dort, wo sie noch nicht fest installiert sind, haben wir zur Jahreswende 2007/2008 eine technische Erneuerung hereingenommen, nämlich die funkgesteuerten Anlagen, die auch mobil verwendet werden können. Also dort, wo jetzt noch keine Druckknopfmelder oder Glocke fix installiert sind, können diese Funkmelder jederzeit angefordert werden bzw. sind in ausreichender Zahl vorhanden.

GRin **Korosec**: Ich halte auch hier fest: Der Druck war bereits ab 2004, wir haben jetzt 2008. Also auch keine rasche Umsetzung.

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Dort, wo es auf Grund des Stationsbetriebes gefordert wurde, haben wir es installiert. Es ist nicht aus Geldgründen dilatiert worden.

GRin **Korosec**: Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr GR Dr. Mayer, bitte.

GR Dr. **Mayer**: Herr Senatsrat! Jetzt ist ja schon einiges beantwortet worden. Besonders in Erinnerung geblieben ist mir natürlich die Frage der Kollegin Dr. Pilz mit ihren internen Protokollen, wo Sie richtigerweise gesagt haben, welchen Zweck die gedient hätten.

Ich möchte das insofern verstärken, dass ich sage, es wäre mir suspekt - egal wo in der Stadt Wien – wenn ein technischer Direktor oder ein ärztlicher Direktor oder ein Verwaltungsdirektor keine Wünsche hätte und die auch nicht sehr deutlich artikulieren würde. Denn da würde ich erst zum Nachdenken anfangen und darüber nachdenken: Was tut der denn eigentlich, wenn er sich die ganze Zeit nicht meldet, um irgendetwas umsetzen zu wollen? Was natürlich nicht heißt, dass alles umgesetzt werden kann.

Ich möchte aber in Erinnerung rufen, weil Sie die knappen Mitteln angesprochen haben, ich glaube, es war die Frau Kollegin Korosec, wenn ich das richtig in Erinnerung habe, es waren in Summe 100 Millionen EUR – das bitte in ATS umzurechnen – und 44 Millionen EUR allein im psychiatrischen Bereich. Dass es noch immer zu wenig ist, ist mir schon klar. Die Wünsche und die Möglichkeiten wären unendlich, nur das Geld ist nicht unendlich. Wobei ich Punkte Pavillon X und Dinge, die noch speziell in der Hotelqualität zu verändern sind, nichts schönreden möchte.

Da komme ich zu meiner ersten Frage. Wenn

Sie da Veränderungen vornehmen, gehen die beim laufenden Betrieb? Haben Sie die Möglichkeit hier Pavillons oder Stationen umsiedeln, um effizient zu arbeiten? Welche Erschwernisse gibt es auf Grund der historischen Struktur der Häuser?

Die Größenordnung des Hauses brauche ich nicht in Erinnerung zu rufen, aber ich werde es vielleicht doch machen, obwohl es schon gesagt wurde. 19 km Straßen alleine, das ist nicht ganz ein Halbmarathon, ich glaube, fast keiner von uns schafft ihn. Einmal nur kurz darüber nachdenken, wie groß das Haus ist und welche Bedürfnisse es dort gibt. Ich glaube, dass da wirklich gute Arbeit geleistet wurde, aber noch lange kein Ende gefunden wurde.

Bitte die Frage: Können Sie bei Renovierungsarbeiten, Sanierungsarbeiten umsiedeln oder müssen Sie bei laufendem Betrieb arbeiten?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: ... laufender Betrieb darf ich auch ein bisserl ausweiten. Vor Kurzem fanden die Österreichischen Meisterschaften des Orientierungslaufes bei uns im Haus statt. Da hatten wir einen Nachmittag einen laufenden Betrieb. Ich erwähne das deswegen, weil es einer Linie entspricht, die wir im ganzen Krankenhaus mit schon hundertjähriger Tradition und auch großen Ehrgeiz verfolgen.

Erstens wollen wir ein bisserl die Stadt auch in das Krankenhaus hereinziehen und das durchaus auch aus einem therapeutischen, aber auch gesellschaftlichen Aspekt. Uns ist sehr wichtig, dass die Psychiatrie nicht nur für die einzelne PatientIn, sondern auch für die Organisation nicht mehr das Stigma der Randerscheinung, die man am liebsten zudecken soll, trägt. Daher ist es uns ganz wichtig, dass auch solche Veranstaltungen stattfinden. Sie wissen auch, dass wir im Jugendstiltheater immer wieder Veranstaltungen haben - ich glaube, das sollte man auch erwähnen -, wo wir in ununterbrochener Tradition seit über 100 Jahren bei jeder Aufführung Kartenkontingente für PatientInnen auch vorrätig halten. Wo auch regelmäßig PatientInnen teilnehmen, das ist nicht nur eine theoretische Sache zwischen Wenigen pro Vorstellung, bis zu 20 PatientInnen pro Vorstellung, passiert das regelmäßig. Auch Generalproben für die Wiener Festwochen machen wir zu einem Patientenevent, wo wir dann 80 PatientInnen dort sitzen haben. Sie sehen, dass wir das für sehr wichtig halten. Dies nur, weil Sie mir das Stichwort geliefert haben.

Umbauen im laufenden Betrieb. Das ist für einen Techniker eigentlich das, was er nicht möchte und natürlich möchten es auch die PatientInnen nicht. Das heißt, unsere Philosophie ist die: Wenn wir eine Baustelle haben, die sich auf

ein Zimmer beschränkt, das wir so abkapseln können, dann ist natürlich der Aufwand für die Station die gewohnten Abläufe zu verlassen, größer als das Risiko, dass man ihnen damit zumutet. Da wird im laufenden Betrieb umgebaut.

Wenn wir aber doch eine größere Zimmerflucht oder die ganze Station, diese typischen Beispiele der Stationssanierungen im psychiatrischen Bereich umsetzen, dann suchen wir Ausweichquartiere für die Zeit des Umbaus, weil natürlich auch Baustellen gesundheitlich belastend sind. Nicht nur vom Lärm, sondern auch vom Staub und wir daher sowohl aus der Sicht des Bautechnikers, der auch seine Ruhe auf der Baustelle haben will, aber natürlich auch mit Rücksichtnahme auf die PatientIn, wir die Situation durch Ausweichquartiere verbessern wollen.

Die Möglichkeit der Ausweichquartiere haben wir im Otto-Wagner-Spital, weil wir einerseits durch Veränderungen in der inneren Spitalslandschaft, andererseits auch von durchgeführten Absiedelungen psychiatrischer Abteilungen vor Jahren, im Haus Ressourcen frei haben. Das heißt, es gibt jetzt schon einen freien Pavillon bzw. frei Geschosse, die wir so adaptieren, dass wir sie für eine Ausweidlösung zur Verfügung haben und das führen wir auch durch.

Die Erschwernisse, die wir beim Umbau der alten Gebäude haben, nehmen wir durchaus gerne in Kauf, weil wir wissen, was dann heraus kommen kann. Nämlich, eine Raumqualität, die ich heute in einem eher modernen Zweckbau nicht erreichen kann.

Ich möchte Ihnen hier noch etwas erzählen, was vielleicht nicht alle wissen. Es wird in der Öffentlichkeit wenig darüber geredet. Es gibt wissenschaftliche Studien, insbesondere im anglikanischen Raum ist man hier sehr bemüht, auch das Umfeld, das räumliche Umfeld, aber auch das äußere Umfeld außerhalb der Pavillons in Bezug zur, jetzt verwende ich einen Begriff der aus der Ganzheitsmedizin kommt, die, wie Sie wissen, auch bei uns oben situiert ist die GAMED, nämlich der Saluto-Genese, das heißt, die wirkliche Gesundwerdung der PatientIn. Die ÄrztIn, jetzt stellvertretend für die therapeutischen Maßnahmen im Krankenhaus, gibt den Anstoß für die PatientIn, dass sie dort, wo sie sich nicht mehr selbst heilen kann, wieder herauskommt. Sei es chirurgisch, medikamentös oder andere Formen der Behandlung, aber dann muss sich die PatientIn selbst heilen. Das ist ein durchaus bekannter Prozess, auch wenn man es in der arbeitsteiligen heutigen Welt vielleicht gerne anders sehen will und zur Reparatur ins Spital geht, nur, es funktioniert nicht. Das heißt, die Heilung der PatientIn, die Rekonvaleszenzzeit, das ist der eigentliche Prozess der Ge-

sundwerdung und der wird auf wissenschaftlichen Niveau untersucht und unterstützt durch die Umwelt.

Das ist eigentlich eine banale Weisheit, die wir alle wissen. Warum fahren wir im Sommer auf Sommerfrische? Oder, jeder von uns freut sich, wenn er im Grünen ist. Das ist genau der Effekt, wir brauchen das.

Es wurde - eine Studie hat hier sehr viele weitere wissenschaftliche Arbeiten getrickert – im Jahre 1984 eine Studie in Amerika mit dem Titel „Blick in die Natur reduziert Medikamentenkosten“ publiziert. Es wurde hier an zwei PatientInnenkollektiven mit wissenschaftlichen Anspruch in einer kontrollierten Studie verglichen, wie hoch die Medikamentenkosten in einem Zimmer sind, wo der Blick ins Grüne geht und in einem Zimmer, wo der Blick auf eine graue Mauer geht. Die berechneten Werte waren 20 % weniger Medikamentenkosten in dem Zimmer, wo der Blick ins Grüne geht. Gleichzeitig wurde eine verringerte Anzahl von Vorfällen in der PatientInnendokumentation registriert, eine verringerte Anzahl von Komplikationen.

Es gibt eine Vielzahl von Studien, die Studie 1984 wurde im „Science“ veröffentlicht, also auch nicht irgendein Revolverblatt, sondern ein internationaler Anspruch auch auf die statistische Qualität der Studie. Ich möchte das auch beurteilen, ich bin seit den 90er Jahren Mitglied der Ethikkommission in Wien. Auch wird nicht immer nur über Ethik geredet, sondern auch über den statistischen Anspruch auf Gültigkeit der Aussage einer Studie. Das sind Studien, die das Wert sind.

Es wurde jetzt 2004 eine Metastudie zu diesem Thema durchgeführt, wo 600 Studien miteinander verglichen wurden, ob es Relevanz zu diesen Themen gibt. Es wurde das bestätigt, dass das Umfeld, in dem eine PatientIn ihre Gesundwerdung hat, einen messbaren Einfluss auf die Zeiten der Gesundwerdung, aber auch auf die Kosten, die dem Krankenhaus dadurch anfallen, hat. Das ist auf der wissenschaftlichen Ebene bewiesen.

Das sage ich Ihnen deswegen in der Ausführlichkeit, weil es uns so wichtig ist, dass unser Spital nicht als „der Rest der Welt“ beschrieben wird, sondern dass eine Anlage ist, die mit den vorgesehenen Sanierungen - wir hören nicht auf, wir sind mitten drin, ich habe nie gesagt, dass wir Hundertprozent Neubaustandard haben - erreichen wir ein Spital, das sich wirklich mit allen anderen messen kann. Wir haben Vorteile, die wir uns an vielen Standorten nicht leisten können. Weil es einfach in einem Ballungsraum wie Wien gar nicht die Grundflächen gibt, dass man das noch einmal so bauen kann, wie das hier glücklicherweise schon steht. Wenn es geht,

werden diese Aspekte berücksichtigt.

Sie haben gehört, das Krankenhaus Wien Nord wird als Wohlfühlkrankenhaus in der Planung bezeichnet. Das symbolisiert die Einstellung des Krankenanstaltenverbundes, dass diesen Aspekten auch in Zukunft gefolgt wird. Dieser Titel ist übrigens bei uns entstanden, weil wir das Pilotkrankenhaus für ökologisches Bauen waren. Wir haben hier national und international auch Beachten gekriegt. Wir haben vor 3 Jahren in Stockholm bei der „King Med Europe“ den Award for Best Practices für unsere Ausstellung „Ökologisches Bauen“ bekommen. Da sehen Sie, was so rundherum alles passiert. Wohlfühlen im Krankenhaus haben wir einfach als, wenn es auch ein bisserl pathetisch klingt, als Gegenpol zum Sick-Building-Syndrom genommen, das ist zwar ein Anglikanismus, heißt aber, man fühlt sich schlecht in einem Gebäude.

In unseren Gebäuden, wenn sie saniert sind, können Sie sich wohlfühlen, werden Sie schneller gesund gegenüber mechanistisch und technizistisch gebauten Gebäuden. Das ist mir wirklich wichtig, auch wenn ich schon sehe, dass manche von Ihnen ein bisserl ungeduldig werden, wenn ich zu lange rede. Aber, diese Botschaft muss ich bei Ihnen anbringen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut!

Frau GRin Dr. Pilz, bitte.

Entschuldigung! Herr GR Dr. Mayer, bitte.

GR Dr. **Mayer**: Entschuldigung, Frau Kollegin Dr. Pilz, ich darf vielleicht ein bisserl scherzhaft beginnen.

Herr Senatsrat! Sie haben hoffentlich der Frau Direktorin Dr. Kalousek die Latte jetzt nicht zu hoch gelegt, weil die nächste Anfrage der Kollegin Dr. Pilz wird sein, was Sie mit den 20 % Einsparungen am Medikamentensektor gemacht haben. (*Zwischenruf*) Ich habe mir gedacht, es könnte diese Frage kommen.

Herr Direktor! In der alten Bausubstanz die Nasszellen, die Intimsphäre ist immer wieder ein Thema. Was macht das so schwierig oder so teuer oder unmöglich – technisch ist wahrscheinlich Ihrer Ansicht nach alles möglich – die Nasszellen an die Zimmer heranzubringen bzw. genügend für die PatientInnen – Frauen und Männer getrennt – vorzusehen.

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Wir sind uns alle einige, dass wir das gerne alles hätten und wir tun jedes Jahr etwas, dass wir in diese Richtung kommen. Gar keine Frage!

Das Problem, dass das nicht nur vom Geld abhängig ist oder vom Willen etwas zu entscheiden ist Folgendes:

Anfang der 80er Jahre hatten wir eine Situation, dass es rechts und links von Stiegenhäusern große Säle gab. Das heißt, eine ganz andere Struktur der PatientInnenunterbringung wie

heute, die von großen und hohen Räumen mit entsprechend weiten Fensterachsen gekennzeichnet war. Das umzubauen geht hervorragend, wie wir am Pavillon XVI gezeigt haben und auch einfach für die Psychiatrie, aber auch an vielen anderen, wie die Neurologischen Pavillons, aber das geht nur mit einer wirklichen Entkernung - so haben wir das auch damals im Architektenwettbewerb genannt - des Inneren, um hier neue Achsen im Gebäude zu errichten. Das ist leider punktuell teilweise möglich, aber in vielen Bereichen nicht möglich, weil wir hier in die Grenzen der Umstrukturierungsmöglichkeiten stoßen. Das heißt, dort wo es geht, haben wir zuerst die zentralen Sanitäranlagen vergrößert, verbessert, sodass wir wenigstens diese Trennung der Vorräume und so weiter erreichen konnten. Dort, wo es gegangen ist, haben wir dann punktuell Sanitäranlagen den Räumen zugeordnet, das sind beispielsweise so Sanierungen, wo wir eben an einen Leitungsstrang nachziehen und hier in einer vertikalen Achse hier entsprechend das verbessern. Aber leider sind da wirklich die Grenzen gesetzt von diesen Möglichkeiten der sozusagen beliebigen Verkleinerung der Räume, wenn ich die Situation von dem großen Saal hernehme, dann kann ich eben nur eine gewisse Anzahl von Unterteilungen machen. Erst wenn ich beginne, das Gebäude wirklich zu entkernen und eine neue innere Struktur aufstelle, kann ich es mir dann eigentlich wünschen, wie eben die Struktur ist. Und das limitiert uns in der Geschwindigkeit. Daher noch einmal kurz zusammengefasst: Bei jeder Generalsanierung wird selbstverständlich ein moderner Standard, das heißt, zugeordnete Sanitäreinheiten zu den Zimmern geschaffen und in den Pavillons, wo wir das nicht tun können, schauen wir, dass wir Zug um Zug hier Verbesserungen schaffen, die teilweise von dem noch deutlich entfernt sind, wie wir uns das heute bei einem Neubau oder generalsanierten Pavillon vorstellen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Gut. Frau GRin Dr. Pilz bitte.

GRin Dr. **Pilz:** Herr Direktor! Es ist Ihnen schon klar, dass das Konzept des Wohlfühlspitals ein bisschen zynisch für jene klingen muss, die sich in gemischt geschlechtlichen Badezimmern streiten müssen, wann sie dran kommen und die dann keine Rückzugsmöglichkeit haben und in abgewohnten Zimmern und Aufenthaltsräumen zurecht kommen müssen. Dass es nebenan im Pavillon XY dann wunderbar ist, imponiert nicht, wenn man dort weder hin kann, noch wenn Aussicht besteht, dass im eigenen Bereich sich irgendwas tut. Wie sich ja jetzt bewiesen hat, dass man schlicht nach dem Motto: Wenn wir umziehen, machen wir gleich gar nichts. Al-

so, für mich ist das der Ausdruck einer Planlosigkeit, wenn man zuerst ein Vorhaben. (*Zwischenruf*) Nicht Ihrer. Politischer Planlosigkeit. Zuerst setzt man eine Renovierung aufs Programm, dann weiß, man zieht um, dann macht man gleich gar nichts. Das zynisch gegenüber den PatientInnen.

Ich bin jetzt konkret. (*Zwischenruf*) Sie sind ja zuständig für die technischen Einrichtungen des Hauses. Ich nehme an, dazu gehört es auch, die MitarbeiterInnen hinsichtlich des Brandschutzes zu schulen. Offensichtlich ist man, und ich frage mich, ob Sie dem jetzt in Ihrem Verantwortungsbereich selbst nicht nachgekommen sind, jedenfalls nicht in dem Maße, wie es sein soll. Ich zitiere aus einem Protokoll vom 23. Februar 2004. Schulungskonzept zur Vermittlung der Grundlagen des Brandschutzes. Um dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz und der Arbeitsstättenverordnung gerecht zu werden, ist eine jährliche Information der MitarbeiterInnen vorgesehen. Dieses Ziel, es muss „diesem Ziel“ heißen, aber bitte, dieses Ziel wollen wir uns zumindest im heurigen Jahr nähern. Ich frage Sie jetzt und bitte Sie um eine kurze und sehr präzise Antwort und keine Exkurse, was steckt da dahinter? Man hat in den Jahren zuvor die Schulung des Brandschutzes offensichtlich verabsäumt und wer hat das zu verantworten und was ist dann erfolgt?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr:** Die Brandschutzschulungen sind vielfältig. Was hier in diesem Protokoll angesprochen wurde, sind die praktischen Löschübungen, die unser Brandschutzbeauftragter, das ist ein wesentlicher Teil seines Aufgabengebietes, jährlich veranstaltet, wobei wir für die Größe unseres Hauses das in zwei Blöcken pro Jahr zu je 25 Schulungsangeboten, das heißt zirka 50 Schulungen, oft sind es auch ein bisschen mehr, für das Haus anbieten. Daneben, das möchte ich auch gleich sagen, gibt es ja eine, und das ist in diesem Protokoll nicht gemeint, eine vielfältige weitere Schulungsmöglichkeit bei jeder technischen Änderung, zum Beispiel Installationen einer Brandmeldeanlage wird das Personal natürlich dort eingeschult, nicht nur auf die Technik der Anlage, sondern auch wieder in den Grundsätzen des Brandschutzes, also das ist funktionsstellenbezogen. Es wird bei jedem Brandereignis, unser Brandschutzbeauftragte muss ja bei jedem Brandereignis täglich, wenn es passiert, auf die Station hingehen, erheben, was dort passiert ist. Auch das ist Teil der Einschulung, weil natürlich darüber gesprochen wird, ob hier das Verhalten entsprechend unserer Brandschutzordnung richtig war. Was in diesem Protokoll angesprochen worden ist, ist, dass in diesem Schulungsblock, der zweimal 25 Schulungen, die wir anbieten,

eine Teilnahmequote erreicht werden soll, die wir für ausreichend halten, sage ich jetzt einmal. Damals, 2004 glaube ich, haben Sie das zitiert, das ist an und für sich ein ständiges Thema bei uns im Haus, weil da geht es um die Motivation der MitarbeiterInnen auch dorthin zu gehen. Und Motivation kann man nicht einmal durch Erlass sicherstellen, sondern muss immer wieder die Leute animieren und auch davon überzeugen, dass das notwendig ist. Heute haben wir eine ganz klare Festlegung, damit es auch jeder durchrechnen kann. Jede MitarbeiterIn muss einmal in drei Jahren einen so einen Kurs besuchen. Und Stand heute ist, dass wir - in den letzten Septemberwochen ist wieder dieser Block bei uns gelaufen - hatten wir 450 MitarbeiterInnen, die bei diesen 25 Schulungen teilgenommen haben. Das ist in etwa die Quote, wo wir das auch erreichen. Mittlerweile führen wir das auch mit einer Teilnehmerliste, die evident gehalten wird in der Personalabteilung, sodass wir auch Einzelnen, die es vielleicht nicht für so wichtig erachten, auch nachgehen können. Und das war damals gemeint, ein Aufruf an alle Linien der Kollegialen Führungen und das haben wir mehrfach gemacht. Auch heuer wieder. Das war nur ein Punkt herausgegriffen aus einer sozusagen einer wiederholten Aktion. In allen Linien der Kollegialen Führungen wird wieder daran erinnert, dass das notwendig ist, dass wir die MitarbeiterInnen dazu animieren. Wir gehen auch auf die Betriebszeiten ein. Also, es werden beispielsweise viele Brandschutzschulungen, wenn es eine Station wünscht, auch um 18.00 Uhr am Abend durchgeführt, sodass wir den Problemen, die der Schichtdienst macht, auch entsprechend ausweichen können. Aber es noch einmal: Es ist, denken Sie an sich selbst vielleicht einige oder andere, was haben Sie, wann haben Sie den letzten Erste-Hilfe-Kurs gemacht oder ähnliches, wenn Sie Autofahrer sind? Dass man nach 30 Jahren noch alles weiß, wenn man es einmal gemacht hat, ist auch nicht mehr so richtig. Und es ist die Motivation nicht, sage ich jetzt einmal, mit dem Dienstantritt ins Krankenhaus leider mitgegeben worden. Wir müssen dranbleiben. Wir müssen die Leute eben erinnern, müssen auch hier natürlich alle Mitglieder in der Kollegialen Führung in den eigenen Bereichen immer wieder daran erinnern, mittlerweile haben wir sogar festgelegt, dass unabhängig von den Schulungen, die der Brandschutzbeauftragte durchführt, mit einem Brandschutzmanual, das wir neu geschrieben haben, das Thema Brandschutz einmal im Jahr in einer der Leitungsbesprechungen auf jeder Funktionseinheit selbst thematisiert werden muss. Weil mittlerweile müssen es eigentlich eh schon alle so viel wissen, dass sie auch selber drüber reden kön-

nen. Und es genügt auch, wenn sie das Manual wieder einmal die Überschriften vorlesen und sagen, ist das bei uns alles in Ordnung? Also, das war ein Aufruf, sich am Riemen zu reißen und unsere Angebote wahrzunehmen.

GRin Dr. **Pilz**: Man hätte zu dem Zeitpunkt schon aus Schaden, den andere erlitten haben, klug werden müssen, denn der erste Brandunfall von dem hier immer wieder die Rede war, war bereits im Jahr 2003. Im Februar 2004 haben offensichtlich nur sehr behäbig, nach dem Protokoll zu schließen, sich der Frage Brandschutz genähert und im Jahr 2005 anlässlich im April des zweiten, noch schrecklicheren Brandunfalls, war das Thema Brandschutz schon wieder offensichtlich unerledigt Thema. „Die Kollegiale Führung“, und ich zitiere aus dem Protokoll, „weist auf die gültige Brandschutzordnung und deren regelmäßige Auffrischung ins Bewusstsein der MitarbeiterInnen hin.“ Offensichtlich ist es, ich meine, wenn jemand einen Erste-Hilfe-Kurs macht, gut und immer besser, wenn es immer mehr Menschen sind. Aber hier geht es um Verantwortung für PatientInnen. Wir sprechen von Fixierten, Sedierte und so weiter. Sie wissen das, ich muss Ihnen das nicht sagen. Offensichtlich ist es beliebig und offensichtlich hat es zwischen dem Jahr 2003 und 2005 keine zielführenden und verpflichtenden Maßnahmen gegeben, die bewirkt hätten, dass der zweite schreckliche Unfall nicht passiert ist. Ich frage Sie, wo ist da Ihre Verantwortung und was hätten Sie unternehmen müssen, dass dieser Brand verhindert worden wäre. Der zweite.

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Sie haben hier etwas falsch interpretiert. Jede MitarbeiterIn, der neu im Otto-Wagner-Spital eintritt, bekommt eine Basisunterweisung im Brandschutz. So beginnt es. Es geht jetzt darum, um die regelmäßige Wiederholung dieser Information, weil wir mit der Halbwertszeit einfach des Vergessens rechnen. Das ist eine Tatsache, die wir ernst nehmen, darum – wie gesagt – jetzt auch die kontrollierte und auch überprüfte Regelung dieses 3-Jahresrythmus den wir uns vorstellen.

GRin Dr. **Pilz**: Die gibt es aber jetzt diese Regelung?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Die gibt es jetzt, weil wir der Meinung sind, dass wir auch hier sozusagen den Level der Sicherheit auch im organisatorischen Brandschutz auch immer wieder höher schrauben. Aber die Verpflichtung zur regelmäßigen Schulung ohne Nennung von konkreten Terminen gab es ja schon immer. Und das ist ja auch Teil unserer Brandschutzordnung und Teil unserer organisatorischen Festlegungen. Darum ist das auch ein Hauptaufgabengebiet unseres Brandschutzbeauftragten.

GRin Dr. **Pilz**: Das haben die MitarbeiterInnen aber sozusagen gemacht oder auch nicht und man hat es nicht taxativ durchgeschaut, wer es gemacht beziehungsweise verordnet, wenn es nicht gemacht wurde. War das so in der Vergangenheit?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Es wurde früher tatsächlich nicht auf der Personenebene nachgeprüft, ob hier jemand sich sozusagen geschickt oder wie auch immer man das bezeichnen soll, sich dem entzogen hat. Theoretisch konnte man auch das Pech haben, dass man dreimal hintereinander so eine Nachtdienstsituation hat, dass man an den Schulungen nicht teilnehmen kann. Ist sehr unwahrscheinlich auf Grund der Anzahl der Schulungen, die wir anbieten. Aber theoretisch gibt es solche Möglichkeiten. Jetzt haben wir, im ganzen KAV übrigens, die Meinung vertreten, wir müssen auch hier schärfer werden auch in der Kontrolle. Sie wissen, dass in vielen Bereichen heute in den Managementsystemen immer mehr an messbaren Erfolgen festgehalten wird und nicht nur verbalen Erfolgen. Sie sehen es bei uns auch im Krankenhaus wieder an einem Nebenaspekt. Wir haben am Montag dieser Woche als erstes Österreichisches Großkrankenhaus unser Umweltschutzsystem zertifiziert nach EMAs. Das ist, glaube ich, eine große Leistung. Was heißt das? Warum erwähne ich das beim Brandschutz? Hat ja mit Umweltschutz nicht primär etwas zu tun. Das heißt, dass wir einfach das Managementsystem „Umgang mit umweltrelevanten Auflagen und Bescheiden“ und das kann man jetzt übertragen auch auf den Brandschutz auf eine prüfbare und damit zertifizierbare Ebene zu stellen. Und genau das ist der Punkt jetzt auch im Brandschutz gewesen, dass wir gesagt haben, es genügt nicht unser dauerndes Motivieren, Empfehlungen an die MitarbeiterInnen, Aufträge an die Abteilungsleitungen, dafür zu sorgen, dass die MitarbeiterInnen hingehen, sondern jetzt gehen wir den nächsten Schritt im Sinn eines messbaren Erfolges. Weil früher haben wir auch gezählt, da haben wir auch hin und wieder einmal 400 Leute bei so einem Schulungsblock gehabt. Was im Prinzip von der Quote ausreichen würde. Aber wer sagt uns, ob nicht immer die gleichen 400 sind. *(Zwischenruf)* Und teilweise ist es auch so. Und jetzt haben wir uns eben entschlossen, ab heuer wird das wirklich quasi in der Personalakte mitgeführt und es wird ein Rückstandsausweis damit auch geführt.

GRin Dr. **Pilz**: Herr Direktor! Ich bin froh, dass man Konsequenzen zieht. Es fällt mir nur auf, dass viele Konsequenzen zufällig heuer gezogen werden. Sowohl was Brandschutz, was auch Ausstattung betrifft. Ich will das Ihnen nicht persönlich anlasten. Aber es ist offenkundig

wenn hier debattiert wird und wenn hier Öffentlichkeit ist, nimmt man Dinge ernster als man sie dann nimmt, wenn keiner hinschaut.

Eine abschließende Frage zum Budget, weil der Kollege Deutsch ja eindrucksvolle Zahlen präsentiert hat, welches Geld hingeflossen ist in das Otto-Wagner-Spital. Als Grüne haben wir uns immer dezidiert dagegen ausgesprochen, aber Faktum war es, dass die Sanierung der Kirche am Steinhof aus dem Budget der Gesundheit, des Krankenanstaltenverbundes herausgenommen wurde. Dafür können Sie auch nix. Aber ich frage Sie jetzt, welcher Anteil dieses Sanierungsbudgets bezieht sich auf diese Denkmalschutzaufgabe, für die die PatientInnen ungefähr so viel haben wie jede BürgerIn. Schön wenn die Kirche schön, bin ich auch dafür. Aber dass man das Gesundheitsbudget verwendet, ist fragwürdig. Wie viel Prozent dieses Budgets ist in die Sanierung der Otto-Wagner Kirche gegangen? Und was hätten Sie damit tun wollen, wenn man es Ihnen sonst gegeben hätte?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Vielen Dank für die zwei Fragen, weil das ist, glaube ich, notwendig, dass man hier antwortet. Erstens einmal, warum Sie heuer so viele Dinge sehen, die sich verändern, ist, weil wir ununterbrochen so viel verändern. Und Sie haben nur heuer hingeschaut. *(Zwischenruf)*

Zweitens einmal. Bei der Kirche. Der Krankenanstaltenverbund hat die Sanierung der Kirche abgelehnt aus budgetären Gründen, weil wir das nicht vom Budget des - sozusagen für die Erhaltung der Krankenanstalten abziehen wollen, das war eine ganz klare Entscheidung. Auch wenn es denen wehgetan hat, die für die Kirche waren. Ich gehöre auch dazu. Aber da muss man einfach sozusagen „Schuster bleib bei deinen Leisten“ sagen. Unser Hauptauftrag ist, sich um die PatientInnen zu kümmern. Trotzdem haben wir darauf hingewiesen, dass hier ein architektonisches Juwel im Haus besteht und es wurde direkt der Herr Bürgermeister Häupl hier angeschrieben, dass wir darauf hinweisen, insbesondere ein Mitarbeiter unseres Hauses, um es ganz konkret zu sagen, unser Kirchenkurator, den wir scherzhaft so nennen, hat sich sehr engagiert, seit vielen, vielen Jahren. Und er hat nach vielen, vielen Jahren Erfolg gehabt, dass der Herr Bürgermeister damals, ich war noch in der Generaldirektion der Baudirektion und dem Direktor Techniken und Bauten in der Generaldirektion, das war ich, den Auftrag gegeben hat: Dann macht's mir einen Vorschlag, wie man so etwas in der Stadt Wien machen kann, ohne dass der Krankenanstaltenverbund zu sehr belastet ist. Aber auch einen Vorschlag, der mir die ökonomische, weil damals ist fast vom doppelten Sanierungsaufwand gesprochen worden auf

Grund eines Architektengutachtens wie es letztendlich gekostet hat. Wir haben dann gemeinsam mit der Baudirektion und mit dem Bundesdenkmalamt einen wirklich gut durchdachten, nämlich gut durchdachten, weil man im Nachhinein gesehen hat, bei so einer schwer prognostizierbaren Baustelle, das hat alles nachher gehalten, was wir vorgerechnet haben, einen gut durchdachten Sanierungsvorschlag zu machen und einen Vorschlag und damit komme ich jetzt auf die Beantwortung Ihrer Frage, einer Drittelfinanzierung, nämlich ein Drittel zahlt der Wiener Altstadterhaltungsfonds, ein Drittel ist ein außerbudgetärer Zuschuss der Finanzverwaltung der Stadt Wien und ein Drittel wird aus Instandhaltungsgeldern nicht des Otto-Wagner-Spitals sondern des Krankenanstaltenverbundes aufgetrieben. Nachdem die Kirche in etwa 11 Millionen gekostet hat, ganze 3,7 Millionen Euro hat der Krankenanstaltenverbund hier aufgetrieben, um hier dieses architektonische Juwel wieder in Stand zu setzen und auch wenn mein Herz sehr nahe bei den PatientInnenanforderungen ist, weil das mein Hauptgeschäft ist, muss ich doch sagen, wer jemals in der Kirche war und auch viele PatientInnen gehen dort hin, haben wir gerade auch wieder in den ersten Veranstaltungen nach der Eröffnung gesehen, dann wäre es sehr schade gewesen, wenn das für die Stadt nicht wieder zur Verfügung stehen würde.

GRin Dr. **Pilz**: Da drüber sind wir uns ja einig, dass es gut ist, dass die Kirche saniert ist. Aber es ist eine zweckentfremdete Widmung, denn das Geld, das Sie haben, sollte in die Substanz, in die Verbesserung der Substanz und Sie sprechen hier auch wenn es interne Protokolle sind, gehe ich ja davon aus, dass es nicht gelogen ist, was Sie hier schreiben, wenn Sie davon sprechen, Geräte sind am Rande der Unbrauchbarkeit, Sie haben kein Geld für neue Möbel, Sie müssen sozusagen aus dem Depot, mehr oder minder aus dem Gerümpel, sage ich alltagsprachlich, jetzt die Dinge wieder so instand setzen, damit Sie überhaupt Ihr Haus betreiben können. Seitenweise gibt es solche Berichte. Ich gehe davon aus, dass es richtig ist und dass die Schönheit der Protokolle das Ungeschminkte ist. Natürlich sind es interne Protokolle, aber die Wahrheit ist auch den GemeinderätInnen zumutbar. Ich frage Sie jetzt, haben Sie sich nicht dagegen gewehrt, dass diese Mittel aus dem, die ganz klar politisch zweckgewidmet sind für die PatientInnenbetreuung, dass Ihnen die Politik das weggenommen hat, um eine andere Aufgabe, die fraglos auch wichtig ist, aus den Mitteln, die für die Gesundheit sind, zu bedecken.

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Beim Otto-Wagner-Spital wurde nichts weggenommen. Da muss ich Sie über die Budgetierungsformalitäten

ein bisschen informieren. Diese Großbauvorhaben werden von der Generaldirektion in Form von Direktzuteilungen ausgesprochen, das heißt, da kann ich mir das nicht aussuchen, ob ich das Geld für ein Großprojekt, das hat ja genauso für die Orthopädie gegolten, jetzt für eine Stationsanierung oder einen anderen Neubau verwendet, sondern Investitionsentscheidungen sind immer noch Konzernentscheidungen. Dazu gibt es eine bestimmte auch Genehmigungskette, um so etwas einzuholen. Das heißt, die jährliche Baurate für die Sanierung der Kirche wurden uns mit expliziter Widmung, dieses Geld nur für dieses Projekt zu verwenden, in das Budget gestellt und wir hatten in beide Richtungen keine Möglichkeit, dass hier etwas anderes zu verwenden. Es wurde uns aber auch von etwas anderen nicht weggenommen. Wenn Sie sich die Verlaufskurven der Instandhaltungsgelder anschauen, dann sind die am gleichen Niveau wie in den Jahren davor und danach. Und dazu wurden eben andere Projekte auch finanziert. Natürlich können Sie die theoretische Feststellung treffen, diese 3,7 Millionen Euro verteilt auf fünf Jahre, weil das war die Bauzeit der Kirche, ist ein Geld, das dem KAV verteilt auf alle Häuser nicht zur Verfügung gestanden ist. Ja. Das war die Entscheidung. Und ich glaube, sie war gut. Weil die Finanzverwaltung hat auch immer wieder gesagt: „Das Geld haben wir nicht.“ Die müssen halt für alle schauen. Wenn die Stadt Wien, und es ist Eigentum der Stadt Wien, die Entscheidung trifft so etwas zu sanieren, muss die Stadt Wien zahlen. Das ist die einfache Rechnung. Und keiner im Bereich der Stadt Wien hat aufgebuhelt und hat gesagt, ich habe das in meinem Portfolio und werde das zur Verfügung stellen. Es ist einfach eine Summe, die relativ groß ist, die keiner so leichtfertig ausgeben kann. Beispielsweise übersteigt es bei weitem die Möglichkeiten des Wiener Altstadterhaltungsfonds. Was die erste logische Folge gewesen wäre. Dann hätte man halt den Fonds aufstocken müssen. Aber da dreht man sich im Kreis. Irgendeine Lösung muss im Rahmen der Stadt Wien gefunden werden. Diese Lösung war diejenige, die wir damals vorgeschlagen haben, auch um die Widerstände, die es ja gab, zu überwinden. Ich sage es noch einmal, ich kam mit dem Auftrag in die Sitzung, der KAV will nichts zahlen, die Finanzverwaltung ist dabei gesessen, hat gesagt: „Wir haben auch kein Geld.“ Der Altstadterhaltungsfonds hat gesagt: „Das ist mehr als wir im Jahresbudget haben.“ Da hätten wir wieder heimgehen können und sagen, dann lassen wir es halt verfallen, die Kirche. Das haben wir nicht gemacht. Sondern wir haben einen Vorschlag gemacht: Reißen wir uns alle zusam-

men und schauen wir, dass es geht. Und dieser Vorschlag wurde genauso angenommen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke, Herr GR Lasar bitte.

GR **Lasar**: Danke, Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Direktor!

Ich möchte nur eines vorweg sagen. Sie wissen ja, Sie haben einige Male das Krankenhaus Nord angesprochen. Ich will nur eines kurz dazu sagen. Ich weiß nicht, ob Sie wissen, dass es ja überhaupt 2013 einmal eröffnet wird. Also, das ist in eine Bauphase und Sie sprechen, was alles dorthin kommt. Es ist zwar recht schön und gut. Aber wir haben hier ein relativ großes Zeitfenster von mindestens fünf Jahren, sage ich jetzt einmal. Aber nur das einmal angemerkt.

Meine Frage. Sie sind doch Mitglied der Kollegialen Führung und meine Frage dazu: Wurde in dieser Kollegialen Führung auch angesprochen die Mobilität der MitarbeiterInnen? Das heißt, wie wir ja bereits wissen von Herrn Dr. Meisemann, der uns ja berichtet hat, dass es hier ein Fahrzeug gibt, das sehr desolat ist und wie wir ja auch wissen, dass das Otto-Wagner-Spital eine Größe hat vom 7. oder 8. Bezirk und die Wege 18 Kilometer lang sind. Wie sieht es hier aus? Und haben Sie etwas unternommen, dass die MitarbeiterInnen hier jetzt vielleicht mehr Autos bekommen oder dass sie welche haben?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Für den meisten Ablauf, der auf den Stationen stattfindet, ist ein Verlassen der Pavillons nicht notwendig. Man muss das jetzt wirklich differenzieren, weil Sie die Frage sehr allgemein gestellt haben.

Für zwischenbetrieblichen Transport oder innerbetriebliche Transporte zwischen den Pavillons gibt es den Fuhrpark, gibt es einfach die Transporte, die wir entsprechend organisiert haben.

GR **Lasar**: Die ÄrztInnen habe ich gemeint.

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Ja. Ich habe es nur so allgemein begonnen, weil Sie es so allgemein formuliert haben. Es gibt in ganz wenigen Bereichen, zum Beispiel beim Notfallmanagement die Notwendigkeit, dass sich ÄrztInnen, InternistInnen und AnästhesistInnen bei einem Notruf, einem medizinischen Notruf rasch an den Ort des Geschehens bringen. Und hier gibt es für die Bereiche der Anästhesie die Regelung, dass die sofort abgeholt werden von einem Auto der Security. Sie haben wahrscheinlich schon gehört, in anderen Diskussionen, dass wir ein Securityteam, ein privat aufgestelltes hier angemietet haben, die ständig, 24 Stunden bei uns im Haus sind. Zu verschiedenen Unterstützungsleistungen, im Wesentlichen im Bereich der Sicherheit, aber die fahren mit einem Auto und die haben wir auch dazu verpflichtet, dass

sie den Transport der AnästhesistInnen, das heißt, die holen sie dort ab, wo sie gerade ist. Das wird im Allgemeinen in der Nähe der OPs sein, weil er dort seinen Dienst hat. Diese Regelung konnten wir durchführen ab dem Moment, wo wir einen zweiten Anästhesienachtdienst hatten, dass wir wirklich 24 Stunden zwei AnästhesistInnen haben, weil einer muss in der Nähe der Intensivstation oder an den Operationssäle oder dort, wo eben jetzt gerade sein Haupteinsatzbereich ist, bleiben. Aber der zweite kann sich auf den Weg machen und der wird zur PatientInnen gebracht.

Des Weiteren haben wir für die InternistInnen die Regelung, dass wir im Westteil die internistische Notfallversorgung, die parallel - das heißt, zwei ÄrztInnen fahren zum Notfall. Die AnästhesistInnen und die InternistInnen. Im Westlichen Teil des Hauses wird das eine ÄrztInnen der Pulmologischen Abteilungen sein. Damit verringert sich hier auch schon die Fläche, die sie da mitlaufen, fahren wie auch immer muss. Im Westen wird im Allgemeinen zu Fuß gehen leichter möglich sein, weil dort die Pavillons sehr dicht stehen. Und im östlichen Bereich, im Wesentlichen im psychiatrischen Zentrum, leisten diese Tätigkeit die InternistInnen des internen Zentrums. Das heißt, der internen Abteilung von Pavillon XIII. Der steht in etwa inmitten der psychiatrischen Pavillons. Diese ÄrztInnen, auch das haben Sie hier schon ein paar Mal diskutiert, haben ein Auto zur Verfügung, das Auto, obwohl es alt ist und die nächste Frage vorweg zu nehmen, fährt immer noch. Und wird in den nächsten Wochen oder Monaten, der Herr Verwaltungsdirektor hat es schon bestellt, auch erneuert und bekommt ein nigelneues Auto. Das Auto steht unter einem Flugdach und wird von den InternistInnen verwendet.

GR **Lasar**: Wie viele Autos stehen jetzt derzeit zur Verfügung für die ÄrztInnen und für die NotfallmitarbeiterInnen?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Also, für das Notfallsteam nur dieses eine Auto und das abrufbare Auto der Security, das jederzeit, es hat Priorität eins, jederzeit zur Verfügung steht. Wir brauchen auch nicht mehr, weil die anderen ärztlichen Konsiliarbesuche können durchaus zumutbar zu Fuß von Pavillon zu Pavillon durchgeführt werden.

GR **Lasar**: Also, das heißt jetzt im Winter, wenn Schneefall ist und es ist nur ein Auto vorhanden, müssen die anderen ÄrztInnen, die vielleicht irgendwie in einem anderen Pavillon gehen müssen, der weit entfernt ist, weiter zu Fuß gehen?

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Im Sinne des Notfallmanagements haben wir keinen dokumen-

tierten Vorfall, wo zwei Vorfälle zur gleichen Zeit stattfinden.

GR **Lasar**: Ich spreche nicht von Vorfällen. Ich sage nur, wenn jetzt eine ÄrztIn weitergehen muss, vielleicht sieben, acht Kilometer, dass in irgendeinem anderen Pavillon, wenn dieses eine Fahrzeug jetzt genutzt ist, muss er weiter diesen weiten Weg zu Fuß gehen in Zukunft.

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Wenn er sieben, acht Kilometer geht, ist er bei der U-Bahn-Station Ottakring, dann fährt er heim wahrscheinlich. Also, die Situation ...

GR **Lasar**: Das Krankenhaus hat ja bitte 18 Kilometer.

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Ja. Das ist.

GR **Lasar**: Fußweg.

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Ich darf es Ihnen erklären. Das ist die gesamte Wegstrecke und es geht ja in Serpentinaen, das heißt, wir haben zumindest vier Höhenlagen an Straßen übereinander mit vielen Querverbindungen. Das heißt, die wirkliche Erstreckung des gesamten Geländes ist zwei Kilometer, wenn er von Ost nach West geht, wenn er nur im psychiatrischen Bereich bleibt, hat er die längste Strecke ein Kilometer und die wahrscheinlichste Strecke ist zwischen 200 und 300 Meter. Also, es ist zumutbar, das möchte ich auf jeden Fall sagen. Die Wege sind geräumt im Winter. Das heißt, er kann halt vielleicht nicht den Abschneider durch die Wiesen benützen, aber er kann die Straßen benützen. Es ist zumutbar. Es ist für das Notfallmanagement ein Problem, wenn man die zu Fuß am Weg schicken, darum gibt es dieses Auto. Bevor es das Auto gegeben hat, sind die Internisten mit dem eigenen Fahrzeug gefahren. Nur gab es dann halt einmal einen Punkt, wo sie gesagt haben, das wollen wir nicht mehr. Erstens können wir auch nicht garantieren, dass jeder einen Führerschein hat oder sein Auto hat. Und letzten Endes haben wir akzeptiert, dass das eine sozusagen Zurverfügungstellungspflicht des Dienstgebers ist und darum haben wir das auch so gemacht. Nur, die haben auch Equipment mitzunehmen. Das heißt, die haben quasi eine Notfalltasche vereinfacht gesagt, oder Notfallscoffer. Und das ist doch vielleicht ein bisschen schwierig immer wieder den zu schultern und entsprechend zu tragen. Da ist es einfacher, der ist fix im Auto. Sie nehmen den Schlüssel oder haben den eh, wenn sie Dienst haben, eingesteckt, wenn der Pager anschlägt, laufen sie hinaus, schnappen den aus dem Auto und gehen hinauf. Also, das ist die Begründung. Die gilt aber nur für diesen Notfalldienst und die Konsiliarbesuche, die es gibt unter den Abteilungen. Also, auch wieder vom Pavillon XIII vielleicht, weil es um internistische Konsiliardienste meistens geht, sind zu Fuß und wie gesagt, die

Mittel werden das, ich habe mir das noch nicht ausgerechnet, aber aus Kenntnis meiner Anlage würde ich sagen, das sind so 200 bis 500 Meter, je nachdem wie es ist, weil wirklich der Pavillon XIII relativ zentral steht.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut. Danke. Frau GRin Korosec.

GRin **Korosec**: Herr Direktor! Sie haben sehr ausführlich über das Juwel Jugendstilkirche gesprochen und über die Drittellösung der Finanzierung. Da kommt natürlich die Frage sofort, ich weiß aus einer Sitzung im Juli 2007, wo Budgetmittel genehmigt wurden für die Fassade des Direktionsgebäudes, weil ja jetzt 100 Jahre Feier ansteht. Und da kommt einem natürlich schon sofort der Gedanke, ich meine, ist die Fassade des Direktionsgebäudes so wichtig, wenn es auf der anderen Seite auffällige Pavillons gibt, wo eben die Sicherheit und die Intimsphäre und Hygiene der PatientInnen, ich brauche das jetzt nicht anführen, wir haben ja darüber jetzt zwei Stunden gesprochen, doch gefährdet ist. Also, ich meine, wie sehen Sie die Relation, einerseits Fassade Direktionsgebäude ist offensichtlich wichtig, muss gemacht werden, Renovierung von Pavillons ist nicht so wichtig.

Dir. SR Dipl.-Ing. **Aumayr**: Genau die gleiche Diskussion hatten wir auch in unserem Haus und auch mit der Generaldirektion. Also, da gehen wir von der gleichen Ausgangssituation aus. Es hat sich nur was Interessantes ereignet. Wir führen einmal im Jahr schon seit vielen, vielen Jahren, eigentlich seit Beginn des Otto-Wagner-Spitals eine sogenannte „state of the hospital“-Veranstaltung durch, meistens im Juni. Da ist das ganze Haus eingeladen. Üblicherweise kommen so 150 bis 200 MitarbeiterInnen aus dem Haus, viele Führungskräfte und sie hören von der Kollegialen Führung und den Stabstellen, was gibt es Neues sozusagen im Sinne der Entwicklung und so weiter und wir haben in diesen Strukturen auch unsere MitarbeiterInnen abgefragt. (*Zwischenruf*) Was ist Ihnen wichtig in unserem Haus, weil wir nicht sozusagen von unserer Verantwortung her aus das sehen wollen, da müssen wir eh das tun, was wir tun müssen, sondern es ist uns auch wichtig zu erfahren und zwar in einer strukturierten Art und Weise, das heißt, auch einer statistisch ansprechenden Art und Weise, was ist Ihnen wichtig. Und zu unserer Überraschung kam schon sehr früh, ich kann jetzt die Jahreszahl nicht mehr nennen, aber ich würde so sagen, das war sicher so 2002, 2003 als eine der Antworten, was sich die MitarbeiterInnen des Hauses wünschen: „Einen ordentlichen Eingang, damit wir uns nicht genießen müssen, wenn man in unser Spital hineingehen.“ Das war für uns eine interessante Feststellung, dass diese Signalwirkung für die Mitarbei-

terInnen und in Wirklichkeit die PatientInnen und Angehörigen haben wir nicht gefragt, aber ich denke, auch da wird das vielleicht eine Rolle gespielt haben, dass einfach die Signalwirkung, wenn ich wo hineingehe und es schaut abgewohnt aus, mich dazu verführt den Schluss zu ziehen, dass der Rest dahinter genauso ausschaut. (*Zwischenruf*) Ich muss Ihnen aber sagen, ganz im Gegenteil zu dieser Mitteilung, die wir aus dem Haus direkt bekommen haben, meine Aussage war: „Ihr werdet“ – zu den MitarbeiterInnen im Haus bei diesen Veranstaltungen, ich habe das mehrfach gesagt – „Ihr werdet beim Zustand des Direktionsgebäudes und der Portierhäusern rechts und links vom Eingang sehen, ob es uns besser geht finanziell oder nicht, weil das werden wir sicherlich lange Zeit zurückreihen gegenüber den Anforderungen, die die Stationen haben.“ Weil wir wirklich versuchen, so weit wie möglich patientInnennahe zu investieren, trotz der PatientInnennähe muss man auch akzeptieren, dass infrastrukturelle Leistungen dazu gehören. Wir investieren auch in Fernwärmeleitungen, auch wenn es kalt wird, ist auch das patientInnennahe. Nur soweit, weil manche Gelder, die wir ausgeben, von den PatientInnen nicht gesehen werden, aber sehr gespürt werden. Da war dieser Wunsch der MitarbeiterInnen, der wirklich explizit an uns herangetragen ist: „Bitte, wir genießen uns für unseren Eingang.“ Der bautechnische Aspekt war der, dass das halt auch eine gewisse gestaltete Fassade hat, dass Fassadenteile bereits zum Herunterfallen begonnen hatten, wir schon oft wochenlang im Jahr auch gewisse Gebiete absperren musste, damit hier keine Gefährdung von Menschen mitunter passieren, die darunter gehen, passieren kann. Wir haben auch, wie man so schön sagt, in Wien mit der Feuerwehr abgestangelt, das heißt, lose Fassadenteile heruntergeschlagen, das heißt nichts zu tun, war auch schon ein bisschen problematisch. Und die Sanierung wird immer teurer, je mehr Formelemente sie verlieren auf eine Fassade, desto teurer wird die Generalinstandsetzung. Trotzdem, wir hätten es von unserem Budget auch im Haus nicht durchgeführt. Und dann kam die 100-Jahr-Feier. Zur 100-Jahr-Feier, das ist halt auch eine emotionelle Sache und ich stehe dazu, dass wir nicht ein anonymer technokratische Betrieb sind, sondern wir arbeiten mit 2 700 MitarbeiterInnen, die haben auch Ansprüche. Und ja, man kann es so formulieren quasi als Geburtstagsgeschenk hat der KAV uns die Fassade saniert. Das war eine Zusatzfinanzierung, die wir anlässlich der 100-Jahr-Feier bekommen haben. Vom Haus hätten wir es nicht tun wollen, wegnehmen von anderen Sanierungen.

GRin **Korosec**: Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut. Ich hoffe, es gibt keine Wortmeldung, weil wir sind jetzt in der Zeit schon sehr fortgeschritten.

Herr Direktor, dann darf ich mich im Namen der Kommission für Ihre Aussagen bedanken und darf Sie verabschieden und Ihnen ein schönes Wochenende wünschen.

Wir machen jetzt eine kurze Pause bis zum nächsten Punkt, weil da wird noch eine Präsentation vorbereitet und ich würde sagen, dass wir um 11.45 Uhr uns wieder hier einfinden. Danke.

(Sitzungspause: 11.26 Uhr bis 11.45 Uhr)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: So, dann setzen wir unsere Sitzung fort und ich darf sehr herzlich Herrn Dr. MNSc RN Ian Needham hier bei uns begrüßen. Er wird uns als Sachverständiger über das Deeskalationsmanagement zur Pflege von psychiatrischen PatientInnen einen Vortrag halten, eine Präsentation ist vorbereitet und ich darf Sie, sehr geehrter Herr Doktor, bitten, sich vorerst einmal kurz vorzustellen und dann mit Ihrer Präsentation zu beginnen.

Dr. MNSc RN **Needham**: Jawohl. Vielen Dank. Herr Vorsitzender, geschätzte Damen und Herren!

Mein Name ist wie gesagt Needham. Ich komme aus Großbritannien, lebe aber schon länger in der Schweiz, wie ich in England gelebt habe. Ich bin Psychiatriepfleger und promovierter Pflegewissenschaftler. Ich arbeite derzeit im Psychiatriezentrum Reinau, das ist eine kleine Klinik mit einer großen forensischen Psychiatrie und mit einer Rehabilitationsabteilung für langzeitpsychisch Kranke. Ich habe im Rahmen meiner Dissertation mich eingehend mit dieser Geschichte von Gewalt, Zwang und Zwangsmaßnahmen beschäftigt und bedanke mich für die Einladung nach Wien und ich hoffe, dass Sie sehr von meinen Kenntnissen profitieren können.

Den Vortrag habe ich so aufgebaut, dass ich Ihren Fragen intensiv nachgegangen bin. Ich habe diese Fragen versucht, thematisch zu gliedern in diese Einheiten und ich werde versuchen so im Rahmen einer dreiviertel Stunde Ihren Fragen nachzugehen, damit Sie auch die Möglichkeit haben, anschließend Fragen an mich zu stellen.

Zuerst zu einer allgemeinen Frage: Welche therapeutische Rolle in der Pflege, also wir sehen unsere Aufgaben darin, dass wir Individuen und Gruppen im Rahmen des Problemlösungs- und Beziehungsprozesses bei Bewältigung von Alltagsaufgaben unterstützten. Wir versuchen, psychische Krankheiten durch Maßnahmen im Bereich sehr konkreten Alltagslebens zu beeinflussen, wir unterstützten psychisch Kranke im Alltag. Also sehen Sie bereits, dass nicht die

Diagnosen wichtig sind, sondern die Alltagsbewältigung durch PatientInnen und auch deren Angehörigen. Ich übermache selbstverständlich diese Anlagen dieser Untersuchungskommission, damit Sie natürlich auch im Detail diese Ausführungen nachlesen können.

Es kam eine allgemeine Frage Bezugspflege. Bezugspflege, das ist ein System, wo nach PatientInnen einen bestimmte Pflegeperson zugeteilt werden und diese Person kümmert sich ganz besonders die ihr anvertrauten PatientInnen.

Diese Frage ist interessant: Welche Umstände wirken sich positiv auf die Kooperation von PatientInnen aus? Eugen Bleuler hat sinngemäß gesagt, was dem normalen Menschen gut tun, ist auch für psychisch Kranke gut. Also, das heißt es gibt natürlich die Ansprüche, die wir haben, sollten auch psychisch Kranke im psychiatrischen Krankenhaus vorfinden. Hier ist eine sehr interessante Studie aus Norwegen. Hier sehen Sie zwei Isolierungszimmer. Also, Sie sehen auf der linken Seite das gewöhnliche Isolierungszimmer im Krankenhaus, also relativ karg. Auf der rechten Seite sehen Sie ein Isolierungszimmer, das im Sinne eines Wohnzimmers eingerichtet wurde. Die haben aggressiven PatientInnen diese Zimmer zufällig zugeteilt. Und was haben sie rausgefunden? Sie haben rausgefunden, dass die Symptome gleich bleiben, egal, ob in diesem kargen Isoliererraum oder in der Stuben drinnen. Also, die Symptome bleiben gleich. Aber was sie festgestellt haben, dass es in diesem Wohnzimmer, dass es zu viel weniger Sachbeschädigungen kommt. Also das heißt, das Milieu hat ganz eindeutig einen Einfluss, also die Infrastruktur auf das Wohlbefinden von PatientInnen und auch auf das Verhalten aggressiver PatientInnen.

Nehmen geführte Einrichtungen in der Psychiatrie zu, war eine Frage. Das ist halt schwer zu sagen. Also, es gibt, mindestens in der Schweiz gibt es viele Umstrukturierungen, Fusionen von Stationen von Häusern. Ich finde persönlich, offene Einrichtungen sind grundsätzlich wünschenswert, man sollte so viel wie möglich offenen Einrichtungen haben. Und dann gibt es natürlich Varianten, dass Stationen teils offen, teils geschlossen geführt werden je nach PatientInnenbestand, je nachdem den Zuständen der PatientInnen. Es gibt auch diese Variante einen geschlossenen Bereich auf einer offenen Station. Das bedeutet, dass der große Harst von PatientInnen nicht darunter leiden müssen, wenn die Station wegen einer oder zwei Personen geschlossen werden müsste. Man muss hier natürlich anfügen, in manchen Einrichtungen muss es geschlossenen Stationen geben. Also, wir kommen teilweise nicht umhin, eine Station

geschlossen zu halten, etwa in der forensischen Psychiatrie.

Rein offen geführte Psychiatrie ist das die Ausnahme oder die Regel? Also, ich war vor vielen Jahren in Rankweil in der Klinik Valduna und die wurde auch offen geführt. Also, da habe ich gerade nach der Psychiatrie in Wien und in der Schweiz haben wir natürlich das sehr bewundert, dass ganze Kliniken offen geführt werden konnten. Bei uns in der Schweiz die psychiatrischen Unikliniken und die Langkrankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag, ich spreche hier nicht von privaten Einrichtungen, die verfügen in aller Regel über geschlossene Stationen.

Jetzt etwas zur Epidemiologie von Aggression und Gewalt. Also, hier ein paar Zeitungsausschnitte. Winterthur, eine relativ biedere Stadt in der Schweiz, also hier hat das sogenannte „happy slapping“ Einzug gehalten. Das kommt aus England. Da werden Leute wahllos auf der Straße verprügelt. Andere nehmen das mit dem Handy, mit dem Mobiltelefon auf und stellen das ins Internet. Oder Streit in der Disko, aus einer Lokalzeitung. Samstag, Sonntag kommen selbstverständlich sehr viele Leute ins Krankenhaus, die sehr alkoholisiert sind oder auf Drogenrausch und das ist natürlich auch ein Grund, warum es zu Aggression kommen kann im psychiatrischen Krankenhaus und das psychiatrische Krankenhaus ist gewissermaßen das Mittel der Wahl für solche Personen. Also, entweder das psychiatrische Krankenhaus oder die Notfallsstationen in den allgemeinen Krankenhäusern. Hier ein besonders grausamer Fall in Frankreich. Da hat ein sehr gefährlicher Patient zwei Nachtschwestern erschlagen. Und ich glaube, er hat den Kopf der einen Pflegeperson abgetrennt und auf den Fernseher gestellt. Also, das ist natürlich eine Riesenausnahme, dass Gewalt in diesem Ausmaß kommt, aber es kann vorkommen.

Es gibt viele internationale Organisationen, die sich mit diesem Problem beschäftigen. Workplace Violence, die International Labor Organisation oder ICN International Councilor Nurses oder WHO hat sehr gute Materialien herausgegeben. In Großbritannien gibt es diese Politik der zero tolerance, also Null Toleranz gegenüber aggressiven PatientInnen. Meines Erachtens kann man das nicht im psychiatrischen Krankenhaus umsetzen. Also, es gibt immer eine Basisschwelle an Aggressivität in psychiatrischen Krankenhäusern.

Internationale Erkenntnisse, Daten etc. Also, acht bis zehn Prozent von hospitalisierten PatientInnen sind aggressiv oder gewalttätig. Das sind Daten aus Deutschland. In der Schweiz haben wir Pflegende im Psychiatriebereich befragt, also inwiefern waren Sie einer aggressiven

Handlung ausgesetzt im Verlauf der Berufsausübung und da waren 72 Prozent. Die Inzidenz von PatientInnenübergriffen beträgt 1,9 bis 2,5 alle Aufnahmen in psychiatrischen Kliniken wiederum in Deutschland, von Dirk Richter ermittelt. Auch im Pflegeheim kommt das Problem vor und eine Untersuchung aus Zürich aus der psychiatrischen Universitätsklinik. Also gehe ich davon aus, dass zehn Prozent aller hospitalisierten PatientInnen auf Akutaufnahmestationen mindestens einmal aggressiv sind.

Hier haben wir so eine Übersicht über die Aggressionsrate international. Es gibt natürlich erhebliche Differenzen zwischen den verschiedenen Ländern. Das mag natürlich an der untersuchten Population liegen. All diese Daten wurden mit demselben Messinstrument gemessen, hier sehen wir eine Häufung in den Niederlanden. Die Schweiz ist im Mittelfeld und im Schnitt gibt es rund 1,2 Aggressionsereignisse pro Bett pro Jahr. Wir können also nochmals weitergehen in diesem internationalen Vergleich und wir sehen auch diesen Unterschied in den verschiedenen Ländern. In der Schweiz haben wir unterschieden zwischen Stadt und Land und Sie sehen die Aggressionsraten auch wiederum bezogen auf Aggressionsereignisse je Bett und je Jahr sich hier unterscheiden, nämlich im ländlichen Bereich 8,2 und im städtischen Bereich sind in großen Ballungszentrum Basel, Zürich, Lausanne, Genf etc. sind die Inzidenzraten 14. Eine in Österreich, in der Stadt Wien durchgeführte Untersuchung kommt auf eine Zahl von 7,6 Aggressionsereignissen pro Bett pro Jahr und das ist die städtische Psychiatrie hier in Wien.

Die gewaltfreie Psychiatrie. Sicherlich eine ethische Utopie. Mit Sicherheit ist es das. Das hilft uns aber nicht, dann alles daran zu setzen, dass wir dieser Utopie näher kommen. Also, wir versuchen mit allen Kräften die Aggressionsraten zu senken. Wir versuchen Aggressivität vorherzusagen und gewissermaßen zu entschärfen. Warum ist das eine ethische Utopie? Ich erwähnte es bereits, weil das psychiatrisch Krankenhaus, das es gerade der Ort, an dem natürlich aggressive PatientInnen eingeliefert werden und Aggressivität, das kann oder ist ganz häufig eine Nebenwirkung von schweren Erkrankungen wie zum Beispiel Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie, also Leute, die psychotisch sind und Wahnideen haben, die können mit uns sehr aggressiv werden. Man muss natürlich auch sagen, dass die Psychiatrie an sich ist auch eine Art von der Staatsgewalt und wir haben in der Psychiatrie diesen Auftrag der Gesellschaft entgegenzukommen und diese Probleme für die Gesellschaft, mitunter für die Gesellschaft zu lösen.

Zum Zwang allgemein gibt es internationale Empfehlungen von Gewalt, wie werden Aggressionen und Gewalt in der Psychiatrie international aufgearbeitet.

Ich wechsele jetzt ganz kurz zu einem anderen Beiblatt. Also, mein Kollege Chris Abderhalden und ich, wir haben Anfang diesen Jahres versucht, gewissermaßen „state of the art“-Kenntnisse aufzuarbeiten mit Blick auf die Handhabung von Aggressionen und wir haben so einige Evidenzbasierte Richtlinien herausgearbeitet. Ich gehe das jetzt ganz kurz durch, das kriegen Sie auch als Anlage. Das können Sie nachlesen. Aber die wesentlichen Elemente wie mit diesem Problem international umgegangen wird. Sie haben die folgenden, es gibt eine Definition und dann es gibt bestimmte Risikomerkmale von aggressivem Verhalten. In diesem Modell die Merkmale von den PatientInnen sind wichtig, aber die Interaktionsmerkmale und die Umgebungsmerkmale wie zum Beispiel auf der Opferstation lange Wartezeiten oder überfüllte Stationen, laute, hektische Umgebung. Das kann alles einen entscheidenden Einfluss haben auf das Vorkommen von Gewalt. Und dann ganz wichtig also, man muss das Personal insgesamt anhalten und beibringen, was sind die Vorboten von drohenden aggressiven Verhalten zum Beispiel gespannte oder ärgerlicher Gesichtsausdruck und dann, es gibt die Möglichkeit, das Aggressionsrisiko systematisch einzuschätzen. Bislang ging das alles etwas impressionistisch zu, aber es gibt mittlerweile dieses Instrument Bröset-Violence-Checklist. Ich komme im Vortrag nachher auf dieses Instrument zurück. Mit diesem Instrument kann man Aggression kurzfristig vorhersagen. Und dann hat man die Möglichkeit einzugreifen. Man kann mit den Leuten sprechen, spazieren gehen und so weiter und in der Hoffnung, dass diese Gefahr vorübergeht. Und wir haben auch sehr gute Evidenz, dass diese Vorhersage, dass das Instrument sehr wirkt.

Was haben wir weiter? Deeskalation. Ich komme noch darauf zurück, auf Deeskalationstechniken und Trainingskurse in Aggressionsmanagement. Was können wir hierzu sagen? Die Datenlage von der wissenschaftlichen Seite her ist etwas dürftig. Aber wir fanden nur eine randomisierte kontrollierte Studie und diese Studie sagt aus, dass es durch ein Training in Aggressionsmanagement zur Verminderung von schweren Aggressionsereignissen kommen kann. Relativ gut bewiesen, dass Trainingskurse zum besseren Wissen des Personals beitragen und zu einem erhöhten Selbstsicherheitsgefühl vom Pflegepersonal.

Habe ich den falschen Knopf gedrückt wieder einmal? Ja. Und ein weiteres Element sind na-

türlich die Zwangsmaßnahmen. Das steht auch im Zentrum dieser Untersuchung. Und hier sind die Empfehlungen. Also, es gibt diese drei ethischen Prinzipien. Das ist das Prinzip der Erforderlichkeit, das Prinzip der Verhältnismäßigkeit und Zumutbarkeit. Ich komme noch auf diese Prinzipien etwas später zurück.

Die Aufzeichnung von aggressiven Ereignissen, das ist wichtig, dass man gewissermaßen den Überblick hat, also wie viele Ereignisse kommen auf meiner Station vor. Wenn man diese Daten analysiert, treten möglicherweise ein Muster vor aus diesen Daten, sei dass es Spitzenzeiten gibt von Aggressionseignissen. In der Schweiz wissen wir zum Beispiel, dass Mittags ungefähr um 12.00 Uhr und am Abend um 8.00 Uhr, dass es zwei Aggressionsspitzen gibt, wo diese Aggressionseignisse gehäuft vorkommen. Das ist darauf zurückzuführen, dass die Leute also beim Mittagessen, wo viele Leute zusammenkommen. Die Leute sind alle beisammen auf der Station und je mehr Interaktion es gibt auf den Stationen, desto mehr Potential gibt es für Aggressionseignisse. Warum diese Spitze 8.00 Uhr abends? Unsere Interpretation geht dahin, dass dann Übergaberapporte von den Pflegediensten, dass die Leute möglicherweise so etwas wie einen inneren Tagesrückblick sich selber erstatten und hier werden auch um 8.00 Uhr ungefähr die Nachtmedikamente ausgeteilt. Ist auch ein relativ heikler Zeitpunkt, wenn die Medikamente ausgeteilt werden.

Jawohl und dann haben wir noch als letzten Punkt in dieser Übersicht die Stellungnahme. Also, in der Schweiz haben wir eine Stellungnahme über Aggression in der Pflege vom Berufsverband und das heißt, das muss nicht unbedingt nur vom Pflegeberufverband sein, sondern es muss einfach gewissermaßen eine offizielle Politik geben. Also, Richtlinien. Die Krankenhausleitung muss geschlossen hinter diesem Konzept stehen.

Okay, dann nehme ich den Faden wieder auf. Wir kommen zu diesen Fixierungen. Welche Formen der mechanischen Fixierungen? Also, in der Schweiz kennt man die Gurten und hier gibt es natürlich verschiedene Varianten. Also, ist jemand fixiert, dann geht in das aller Regel einher mit einer Sedierung. Das ist also ziemlich Standard. Sie sehen diese verschiedenen Möglichkeiten ein Punkt - ein Gurt um den Bauch, drei Punkte - Bauch, Bein und Arm, bis zu sieben Punkten, also bei sehr ernsten Fällen. In England gibt es das mechanische Festhalten. Also, die PatientInnen werden festgehalten, bis sie nicht mehr aggressiv sind. Das erforderlich natürlich viel Kraft von den Personen, die die Leute festhalten. Aber man ist immer anwesend bis dieser Aggressionsanfall vorbei geht. Man

kann mit der PatientIn kommunizieren und hält die Interaktion aufrecht. Ein Sonderfall in der Gerontopsychiatrie, das ist so etwas wie eine versteckte Fixierung. Also Leute, die nicht mehr die Kraft haben auf einen tiefen Polstersessel aufzustehen, werden in den Sessel hineingetan. Die haben keine Chance mehr rauszukommen.

Unterschiedliche Maßnahmen zur mechanischen Fixierung. Also hier gibt es natürlich keine allgemein gültige Aussage. Es kommt immer auf den Einzelfall und auf die Indikation darauf an. Also wie viel Einsicht hat der oder die Betroffene? Gibt es ein gutes Arbeitsbündnis zu diesem Menschen? In welchem Krankheitsstadium befindet sich die betroffene Person? Wie ist das wechselseitige Vertrauen, Gefährlichkeit, Suizidgefahr, Selbstverletzungsgefahr?

Jetzt zu dieser leidigen Geschichte von den Netzbetten. Und ich las im Protokoll, dass bereits Prof. Steinert Stellung genommen hat zu diesen Netzbetten. Meine Idee geht in eine ähnliche Richtung. Also es gibt, das hat Tilman Steinert gesagt, keine Evidenz dafür oder dagegen. Man weiß nicht, ob die Leute Netzbetten bevorzugen vor den Gurten oder von anderen Formen der Fixierungen. Es gibt auch die medikamentöse Fixierungen selbstverständlich. Aber Faktum ist, dass es weit und breit verpönt ist. Es tobte eine heftige Diskussion vor ungefähr 1,5 Jahren oder 2 Jahren im British Journal of Psychiatry, wo man sehr dezidiert Stellung gegen diese Netzbetten genommen hatte. Es kann sein, dass diese Betten bei sehr enggestellten Indikationen angebracht sind, das in ganz speziellen, wahrscheinlichen Fällen. Also, wenn ich Pflegedienstleiter wäre am Otto-Wagner-Spital, dann würde ich sehr stark - das ist nur meine persönliche Meinung jetzt - aber ich würde mir sehr stark die Frage stellen, will ich für ganz wenige Indikationen diese Behandlungsform aufrecht erhalten mit Blick auf die Anfeindungen, die kommen gegen dieses Mittel. Also, mit einfachen Worten: Will ich mir das antun, also diese Behandlungsmethode aufrecht zu erhalten? Aber das ist nur meine persönliche Meinung. Zum Wohl der PatientInnen. Also, man muss festhalten, unter Zwangsmaßnahmen ist das immer ein relatives Wohl und wir sind bestrebt also die mildest mögliche Zwangsmaßnahme anzuwenden.

Formen anderer räumlicher Beschränkungen. Ja. Es gibt Isolierzimmer, offen oder geschlossen, freiwillig, unfreiwillig. In der Schweiz haben in unserer Untersuchung eine Reihe von PatientInnen gehabt, die auch freiwillig in ein Isolierzimmer gehen, weil sie merken, es ist zu umtriebig auf der Station, ich ziehe mich etwas zurück im Sinne von Reizentziehung. Also bei einer Reizüberflutung. Gummizelle, das ist natürlich ein volkstümlicher Begriff. Aber es gibt Isolier-

zimmer mit weichen Gegenständen. Also es gibt nur eine Matratze auf dem Boden ohne Bettgestell. Es gibt weiche Möbel zur Vermeidung von Verletzungen. Also, in manchen Ländern, also in den skandinavischen Ländern, sie zählen die geschlossene Station oder geschlossenen Bereich bereits als eine Zwangsmaßnahme. In der Schweiz ist das überhaupt nicht der Fall. Soviel ich weiß in Deutschland und Österreich gilt das nicht als ausgesprochene Zwangsmaßnahme.

Gibt es eine erkennbare Richtung, in die sich die Psychiatrie hinsichtlich Fixierung entwickelt? Hier gibt es natürlich also viele verschiedene lokale Einstellungen über Zwangsmaßnahmen. Das ist besser dargestellt auf dieser Übersicht. Also, diese kulturellen Vorlieben. Ich bin Mitglied dieser European Violence in Psychiatry Research Group, wir haben da Leute an Bord von vielen verschiedenen Ländern und zum Beispiel die Kollegen aus Großbritannien finden die Gurten seien barbarisch. In Skandinavien ein Isolierzimmer, das ist so etwas wie Einzelhaft. Und diese kulturellen Unterschiede, die schlagen auch nieder im Sprachgebrauch. Also, zum Beispiel Fixiergurt auf Niederländisch heißt „Swedenband“, der Schwedengurt. Also wahrscheinlich schreiben sie den Wikingern also besonders barbarisches Verhalten zu und haben den Sprachgebrauch hier angepasst. Auch innerhalb von Ländern aus Deutschland gibt es Vorlieben. Also, ich glaube nördlich und südlich der Benrather Linie wird es anders gehandhabt, ob die Leute fixiert oder isoliert werden. Man darf hier nicht vergessen also die Zwangsmedikation, also manche betrachten das als die allerschwerste Form der chemischen Fixierung, weil dermaßen in die Innereien des Metabolismus und des Körpers eingegriffen wird. Also, hier sehen Sie, es gibt viele länderspezifische Unterschiede.

Hier ist die manuelle Fixierung auf der linken Seite, wie in England praktiziert und auf der anderen Seite die Isolierung, also das ist die Fünf-Punkte-Fixierung. Und hier haben wir das Netzbett.

Welche Arten von mechanischen Fixierungen gibt es? Also, das habe ich bereits ziemlich ausgeführt. Die geschlossene Station, Isolierung, Fixierungen, Medikamente. In der Schweiz kennen wir das Netzbett nicht.

Qualitätskriterien von Zwangsmaßnahmen in Einrichtungen. Also in diesem Lehrbuch, dieses rote, gibt es einige Ausführungen, gibt es ein ganzes Kapitel über Zwangsmaßnahmen. Und hier schlagen wir Reflektionsfragen zu den durchgeführten Maßnahmen. Man soll nach jeder Zwangsmaßnahme innehalten und sich die folgenden Fragen stellen: Wurden die Zwangsmaßnahmen ärztlich angeordnet, richterlich genehmigt. Also, in der Schweiz erfolgt eine

Zwangsmaßnahme nur auf Anordnung des Arztes hin. In bestimmten Ländern, in Deutschland wird das richterlich angeordnet. Also, man muss eine höhere Stelle anrufen, damit man Zwangsmaßnahmen überhaupt führen darf. Oder ist mit PatientInnen über die beabsichtigte Zwangsmaßnahme vorab gesprochen worden? Also, dies ist ein erster Katalog von Fragen und wir ermuntern die Pflegekräfte dazu, also nach den Zwangsmaßnahmen soll man wirklich innehalten, gucken, ob man gewissermaßen ethisch gehandelt hat. Oder wir beschreiben in unserem Lehrbuch den Prozess zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen, Indikation, Entscheidungsbefugnis, Dauer und so weiter. Oder es gibt von diesen mechanischen Akkreditierungsinstitutionen, von den nordamerikanischen Krankenhäusern gibt es diesen internationalen, diesen amerikanischen Standard Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Die Ziele zum Beispiel: Die Organisation verpflichtet sich Zwangsmaßnahmen möglichst zu vermeiden, zu reduzieren und auszumerzen oder vermeidet Notfälle, die Zwangsmaßnahmen zur Folge haben könnten. Und das ist alles selbstverständlich verfügbares Material.

Welche Standards müssen bei der Überwachung eingehalten werden? Prof. Steinert hat hier dazu Stellung genommen. Hier ist ein Standard von der psychiatrischen Klinik Schlössli im Kanton Zürich in der Schweiz und hier sind Regeln aufgestellt worden über die Überwachung. Das könnte natürlich lokales Colorit haben. In der Regel müsste es auf jeden Fall eine Überwachung geben, aber was das genau bedeutet, muss man im Einzelfall klären. Bei uns in der forensischen Psychiatrie im Hause, also alle Leute, die unter Fixierung sind, die werden überwacht, also entweder persönlich oder durch Videokamera. Jawohl. Das stellt natürlich große Anforderungen an die Logistik von den Häusern. Das ist eine logistische Herausforderung, wenn man zwei oder drei Leute unter Zwangsmaßnahmen hat. Aber es besteht ein Konsens, dass diese Leute, die können überwacht werden auf jeden Fall.

Hinsichtlich der Häufigkeit und Dauer räumlicher Beschränkungen beziehungsweise Fixierung zur Reduzierung gibt es Studien. Es gibt ein sehr schönes und sehr gutes Benchmark-Projekt von Prof. Steinert und Renate Bernhardsgrütter. Und ich glaube, die Kliniken aus der Schweiz und Kliniken aus dem Bundesland Baden-Württemberg sind dieser Studie angeschlossen und die haben eine eigene Website. Da könnte man hier nachgucken oder in einer unserer Studien. Das war nur auf zwei Stationen. Wir haben ein Deeskalationstraining eingeführt für die Pflegenden und ÄrztInnen, weil das ist ja ein Team und eine Risikovorhersage und hier sehen Sie,

dass die, es gab diese Baseline-Messung und diese Phase, wo man die systematische Risikoeinschätzung eingeführt hatte und den Trainingskurs und hier sehen Sie einen Rückgang von den Zwangsmaßnahmen und von Aggressionsereignissen. Also, ich glaube, mit diesen zwei Maßnahmen, Deeskalationstraining und diese systematische Vorhersage kann man schon einiges bewirken. Also systematisch die Zwangsmaßnahmen runterkriegen.

Nachhaltige konservative Verringerung von Zwangsmaßnahmen. Ein umfassendes Konzept. Wie gesagt, die Krankenhausleitung muss dahinter stehen. Es muss eine Policy geben, Richtlinien, Sensibilisierung, Risikovorhersage, Deeskalation und ganz wichtig eine Nachbesprechung mit den Betroffenen, dass man mit ihnen diskutiert. Also, wie haben sie das erlebt? Und gibt es eine Möglichkeit, dass wir gemeinsam in Zukunft Zwangsmaßnahmen vermeiden können?

Erfahrungsschatz des Personals, ... von Richtlinien. Also, ich glaube, hier ist eine Synthese erforderlich. Also, es gibt international anerkannte Richtlinien, aber das zeigt ja diese Diskussion über die verschiedenen Kulturen, die lokale Gegebenheiten Kulturrechtslage muss selbstverständlich einfließen in diese Reglementierung. Und ich glaube, man muss Evidenz aus Studien berücksichtigen, aber auch die lokale Erfahrung der MitarbeiterInnen berücksichtigen. Also hier ist kreative Synthesearbeit angesagt.

Mechanische Reduzierung. Also, Fixierungen, Aggression und Gewalt, das sind nicht nur gefährliche Momente für die PatientInnen, sondern für das Personal ebenso. Und hier sollte man selbstverständlich genügend Ressourcen, sollte ein Sicherheitskonzept für PatientInnen und Personal gleichermaßen haben. Wir haben eine Untersuchung gemacht, was sind die Folge für Pflegenden, also was kann passieren, wenn man Opfer wird von Aggressivität und Gewalt. Es gibt die somatischen Geschichten, wie Knochenbrüche, Schnittwunden, chronische Schmerzen und zum Teil sind die nicht-somatischen Folgen aus diesen Aggressionser eignissen ebenso schwerwiegend, zum Teil schwerwiegender als die körperlichen Folgen. Also, Körperverspannung, posttraumatische Stresstörung, kognitive, die Leute zweifeln selbst an der eigenen Berufskompetenz. Wie konnte es so weit kommen, dass meine PatientIn aggressiv wurde. Oder es gibt Wut. Also, Wut gegenüber sich selber, mit der Organisation, warum lässt diese Organisation zu, dass solche gefährliche Menschen in die Klinik kommen oder Wut gegenüber dem PatientIn natürlich oder diese Stigmatisierung. Es gibt einen Mythos, ein Mythos geistert herum in der Krankenpflege, der besagt, also wenn du eine gute Beziehung hast

zu deiner PatientIn, werden die niemals aggressiv. Aber das stimmt natürlich nicht. Es gibt allerlei sehr schwere Störungen, wo PatientInnen aus heiterem Himmel aggressiv werden. Wir können das nicht nachempfinden.

Netzbett. - Ich habe schon Stellung dazu genommen zu diesem Thema. Zwangsmaßnahmen und Ethik, also hier diese drei Prinzipien: Erforderlichkeit, Verhältnismäßigkeit und Zumutbarkeit. Also Zumutbarkeit – die Zwangsmaßnahme darf weder mit einer erheblichen Gesundheits- noch mit Lebensgefahr verbunden sein zum Beispiel.

Und hier gibt es auch eine Abhandlung in diesem Pflegebuch und wir sind den gängigen ethischen Prinzipien nachgegangen, also keinen Schaden zufügen, Gutes tun, und im ersten Teil sehen Sie, es ist der Einsatz der mildesten erforderlichen Maßnahmen gefordert.

Weiter geht es mit diesen anderen ethischen Grundprinzipien – Gerechtigkeit, Wahrhaftigkeit und Autonomie. Das können Sie in einem späten Stadium nachlesen.

Jetzt zu dieser Thematik der Deeskalation. Das ist ein Bild aus dem Lehrbuch von Walter Morgenthaler, ein Schweizer Psychiater, das stammt ungefähr aus dem Jahr 1933 und hier sehen Sie – die PatientInnen hatten seinerzeit offenbar noch einen Schlipf an – hier sehen Sie, das ist ein altes Problem und das begleitet uns natürlich durch die ganze Entwicklung von der Psychiatrie bis hin in die moderne Psychiatrie hinein. Wie wird dieser Trainingskurs Deeskalation beurteilt. In der Schweiz ist das sehr gut akzeptiert. Es gibt Vorteile, das Personal fühlt sich sicherer. Ich habe gezeigt, dass es zur Reduktion von Zwang kommt, das konnten wir eindeutig nachweisen und teilweise Aggression. Wir haben gesehen, dass wir schwere Aggressionsereignisse reduzieren konnten dank diesem Training, aber die milden Aggressionsereignisse, die Fluchereien, die Schimpfereien, die gehen nicht zurück und wir haben das dahingehend interpretiert, dass es im Leben ja ohnedies, wie eine Basis an Aggressivität gibt und das kriegt man nicht runter und die Frage ist, will man es überhaupt runter kriegen.

Ich meine, im Verlauf meiner Berufskarriere als Psychiatriepfleger habe ich Momente gehabt, wo ich geradezu froh war, dass PatientInnen aggressiv geworden sind, also Leute, die sehr unterwürfig waren und plötzlich haben sie gesagt, ja und jetzt setze ich mich durch und wurden aggressiv, also nicht allzu aggressiv, aber aggressiv gegenüber anderen Personen. Das ist auch die gesunde Seite der Aggressivität. Das ist nicht nur eine negative Erscheinung.

Das habe ich bereits gesagt; also wir sagen sehr deutlich, dass wir zurückfahren können mit

Zwangsmaßnahmen an Aggressivität. Ist das ein Teil der Grundausbildung: Bislang war es das nicht, aber es wird immer mehr Teil der Grundausbildung, in Wien ist das der Fall, in Stuttgart, in St. Gallen, in Winterthur, wahrscheinlich an X anderen Orten. In der Schweiz begrüßen selbstverständlich die StudentInnen das Angebot dieses Trainings und nach meiner Auffassung müsste das ein Pflichtstoff sein. Alles andere ist fahrlässig, also junge Leute in die Umgebung zu schicken, die aggressiv ist und nicht ausgerüstet, das ist natürlich fast eine Kamikazetaktik in der Ausbildung oder Harakiri.

Was machen wir, wenn die Leute sehr aggressiv sind. Also hier diese Trainingskurse, ein kurzer Überblick, also was geschieht, und soweit ich informiert bin, gibt es Trainings in der Stadt Wien, die auf diesem Kurs basiert. Eine Woche Intensivtraining, es geht um Haltung, Vorgehensweisen, Kommunikation, das ganze Stationsteam, das ist wichtig, dass nicht nur die Pflegekräfte kommen, sondern die ÄrztInnen, die TherapeutInnen usw., damit man gewissermaßen eine einheitliche Auffassung vertritt gegenüber den Betroffenen.

Die Prinzipien, keinen Schaden zuzufügen. Man geht davon aus, das sind Akteure in sozialer Interaktion, man verlässt dieses Paradigma von Opfer und Täter und man geht davon aus, dass es so wie in einem Interaktionsspiel wohl läuft. Also die Kranken möglichst schonen im Umgang mit der Aggressivität und dieser reflektierte Umgang, der spiegelt sich an den bereits dargestellten Reflektionsfragen.

Es ist kein Selbstverteidigungskurs, wie, glaube ich, anfangs in einem Boulevardblatt der Stadt Wien dargestellt wurde, sondern das sind sehr überlegte Mittel und die sanften möglichen Griffe, um aggressive PatientInnen unter Kontrolle zu bringen.

Hier der Trainingskurs im Überblick, das können Sie dann nachlesen, und man geht davon aus, also ähnlich wie bei der Herz-Lungen-Reanimation, ungefähr ähnlich ist es ja, bei der Herz-Lungen-Reanimation muss man diese Techniken immer wieder trainieren. Wir gehen davon aus, dass man etwa jährlich zum Auffrischkurs hingehen soll, um die Techniken wieder assure zu machen. Verändert Training die Einstellung zur Aggression? Also höchstwahrscheinlich nicht. Wir haben vier Schweizer Studien, die da hindeuten, dass die Einstellung, die Attitüde nicht verändert wird. Man muss einschränkend sagen, das ist ein sehr schwieriges Gebiet, Attitüde zu messen, vor allem dieser Langzeiteinstellungen. Also Sie als PolitikerInnen wissen, dass sie nicht jeden Tag Ihre politische Gesinnung verändern, also das sind lang anhaltende Merkmale der Persönlichkeit. Und

ich meine die Frage ist, wohin soll sich die Attitüde verändern. Was soll man sein, soll man toleranter sein, soll man strenger sein. Man geht allgemein davon aus, dass die Änderung der Attitüde, der Einstellung, das beeinflusst das Handeln. Ich vertrete einen anderen Ansatz. Also wenn Sie bei den Menschen etwas verändern wollen, gibt es drei Möglichkeiten: Sie können Wissen verändern. Das ist kein Problem. Sie können alle was lernen und dann können Sie Verhalten ändern. Sie können den Leuten in dem Deeskalationskurs beibringen, wie sie schonender mit den Leuten umgehen können und erst am Schluss, wenn überhaupt, können Sie die Einstellung ändern. Deshalb bin ich manchmal auf weiter Flur mit dieser Ansicht, aber ich finde besser als eine Einstellungsänderung ist ein Veränderung des Umgangs, also wir versuchen möglichst ethisch korrekt, menschlich korrekt mit den Leuten umzugehen, unabhängig davon, was in der grauen Massen vorgeht. Und das kann man sicher lernen.

Die Risikoeinschätzung, das hatte ich kurz erwähnt, das half zur Senkung von Aggressionsereignissen. Sechs Verhaltensweisen ergänzt, das ist auch ein Schweizer Produkt von meinem Kollegen und von mir, also das ist so wie die Schmerzskala, man kann diese subjektive Einschätzung vornehmen aus dem Bauch heraus, aus der klinischen Erfahrung heraus und das ist in Ergänzung zu dieser Skala.

Je nach Punktezahl, die ein Individuum erzielt, gibt es Wahrscheinlichkeiten, dass diese Person aggressiv werden könnte. Also bei 10 bis 12 Punkten wird einer von vier oder einer von fünf PatientInnen von diesem Risiko gegen Personen gewalttätig.

Wir haben einige Publikationen veröffentlicht, die letzte Publikation, das ist vom British Journal of Psychiatry und Sie sehen in den Schlussfolgerungen, dass die systematische Risikoeinschätzung, das führte zu einer Reduktion von schweren Aggressionsereignissen um 41 % und Zwangsmaßnahmen konnten mit Hilfe von dieser Einschätzung um 27 % reduziert werden und das ist eine multizentrische Untersuchung auf 24 akuten psychiatrischen Stationen in der Schweiz. Also hier haben wir die gute Evidenz dieses Instruments.

Jetzt zum personellen, wie viele Personen und ÄrztInnen werden benötigt, um sehr aggressive Leute unter Kontrolle zu bringen. Im Regelfall sind das drei Personen.

Wir hatten 2000 in der Schweiz eine Umfrage gemacht auf den akuten psychiatrischen Stationen und gefragt, wie viele Personen werden aufgebeten, wenn es darum geht, eine besonders aggressive Person unter Kontrolle zu bringen und die Spitzenmeldung 20 Personen. Jetzt gu-

cken Sie das Bild an, das sind 20 Personen auf diesem Bild. Und stellen Sie sich vor, Sie wären aggressiv und es kommt so eine Masse von Leuten auf Sie zu, wie würden Sie reagieren. Also es gibt zwei Möglichkeiten grundsätzlich: Fright or fight oder Sie flüchten oder Sie kriegen Angst oder erst recht, aber Sie haben keine Chance gegen diese Leute. Und man weiß auch aus Untersuchungen, dass das auch traumatisch, sehr traumatisierend sein kann für diese Leute. Deshalb mit diesem Deeskalationstraining ist es möglich, im Regelfall mit drei Personen die Situationen in den Griff zu bekommen.

Was noch dazu kommt, da kommen 20 Leute auf den Plan, dann ist das ein total chaotisches Vorgehen, da weiß niemand, wo er beginnen soll, und in diesem Deeskalationskurs sind die Rollen dieser drei Personen eindeutig zugeteilt. Die Person, die die Aktion leitet, kommuniziert immer mit der PatientIn. Die anderen Leute halten die PatientIn fest, muss man die PatientIn auf den Boden runterkriegen, dann geht die kommunizierende Person auch auf den Boden mit und kommuniziert und versucht, diese Person zu beruhigen.

Aber welche beeinflusst die personelle Zusammensetzung – also da geht es um Deeskalationsmaßnahmen. Ich kenne keine Studien, aber wir wissen, mehr eine Anekdote, dieser Deeskalationskurs, also wenn die Leute, wenn das interdisziplinär besucht wird und in der Schweiz hatten wir Schwierigkeiten mit den ChefärztInnen, die sagten, ich kann unmöglich meine AssistenzärztInnen in einer Woche in den Kurs schicken und dann kann es zu Schwierigkeiten kommen, weil ein Teil der Leute ist ausgebildet in diesen Techniken, die Leute, die nicht ausgebildet sind, die haben keine Ahnung, was vor sich geht und die können die Situation nur noch schlimmer machen. Die Leute sagen uns, wenn man gemeinsam in diesen Kurs geht, das ist ganz häufig, so wie eine Organisationsentwicklung, die impliziten Annahmen, die Haltung kommen zum Vorschein, man diskutiert, wie sehe ich das, wie siehst du das und dann kommt man sich näher in dieser Auffassung.

Unité de doctrine, das ist natürlich sehr sehr wichtig, dass man interdisziplinäres gemeinsames Verständnis hat bei Aggressionsmanagement.

Personalmangel, wie wirkt er sich auf die Abteilungsdisziplin aus. Also ich kenne keine, ist auch nicht mein Fachgebiet, aber mangelnde Ressourcen sind sicher der Arbeitszufriedenheit abträglich. Man muss gucken, dass die Einrichtung stimmt, dass man vernünftige Richtlinien hat, dass man personelle Ressourcen hat.

Wir wissen nur anekdotisch, dass es Pflegende gibt, die aussteigen aus der Akutpsychiat-

rie, weil sie es satt haben, ewig mit diesen Aggressionsproblemen konfrontiert zu sein. Man müsste natürlich hierzu eine empirische Studie machen.

Burnout-Raten in der Psychiatriepflege. – Ich las vor einigen Jahren eine Untersuchung und hier wird festgehalten, dass die Burnout-Raten in der Psychiatriepflege, die sind oft tiefer als in anderen pflegerischen Bereichen. Und ich meine, wir beschäftigen uns jetzt heute mit schwerwiegenden Problemen, mit Mängeln, mit einem schweren Thema, aber ich meine, dieses Thema darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass das im allgemeinen, also der Beruf der Psychiatrieschwester, der Psychiatriepfleger, das ist ein total interessanter Beruf. Man ist am Puls des menschlichen Lebens, man kann sehr viel ausrichten bei den Leuten.

Mindeststandards für die personelle Besetzung. Also ich habe Kontakt aufgenommen mit dem Leiter der Pflegedienste in der Schweiz und die richten sich aus nach dieser Psych-PV, das ist dieses in Deutschland entwickelte Instrument, also eine Richtlinie für die personellen Zahlen. Und ich bin überzeugt, es gibt SpezialistInnen in Wien, die das sehr gut ausrechnen können, wie viele Personen notwendig sind. Das ist natürlich immer eine Richtlinie. Und das Wesen von aggressivem Verhalten ist so, dass es irgendwie chaotisch auftritt, man kann nicht vorhersagen, an welchem Tag man mehr Personal haben müsste, um mit diesen Menschen umzugehen.

Folgen für Personal und PatientInnen. Das hatte ich bereits erwähnt.

Zum Schluss noch, und ich glaube, ich bin einigermaßen in der Zeit, Herr Vorsitzender, noch ein paar andere Bemerkungen.

Also es kam die Frage nach Suizidversuchen. Hier bin ich auch nicht ein großer Experte, aber es gibt garantiert sehr gute Richtlinien, wie man mit Suizidgefahr umgehen kann. Es gibt Screeninginstrumente, global assessment of functioning – hier wird Suizidalität erfasst. Ringel, ein Wiener, ein großartiger Psychiater, hat das suizidale Syndrom erschlossen. Und dann gibt es bestimmte Hinzeichen, die darauf hinweisen können, die Suizidvorhersage ist problematisch. Das hat man einfach nicht im Griff, dass man bei der einzelnen PatientIn sagen kann, ob er oder sie sich suizidieren wird. Es ist ein sehr heikles Gebiet.

Eine Frage, die sich möglicherweise stellt, ist, was passiert, wenn ich als Krankenpfleger Opfer bin von einem schweren Übergriff, und das kommt immer wieder vor, kann man eine Strafanzeige geltend machen beim Richter. Und hier in der Klinik in Lausanne gehen sie diesen Weg, dass sie Hilfe anbieten, also wenn Leute Opfer geworden sind von PatientInnengewalt, dass sie

sich an dieser Stelle melden können und man steht ihnen bei, um die rechtlichen Möglichkeiten auszukundschaften. Es gab vor einigen Jahren einen problematischen Gerichtsentscheid aus Kanada, da hat ein Krankenpfleger geklagt, weil er Opfer wurde von einem sehr gewalttätigen PatientIn in der Psychiatrie und diese Klage wurde abgewiesen mit der Begründung, wenn man in der Psychiatrie arbeitet, muss man mit solchen Sachen rechnen. Also das heißt de facto, bei diesem Urteil ist es so, dass Menschen auf der Straße mehr Rechte haben als die Personen, die in der geschlossenen Psychiatrie arbeiten.

Internationale Entwicklungen. – Das wird von vielen Organisationen und Berufsquellen sehr ernst genommen. Man zeichnet Aggressionsergebnisse auf, analysiert diese Daten, versucht im Sinne des Qualitätsmanagements dahin zu kommen, wo können wir uns verbessern. Trainingskurse werden jetzt zunehmend in Deutschland, Österreich und der Schweiz angeboten und internationale Erforschung schreitet voran.

Im Wiener Krankenanstaltenverbund kann man vielleicht – ich beobachte aus der Ferne folgende Entwicklungen – also die haben bereits die Trainingskurse eingeführt, mit Auffrischungen. Es ist eine Gruppe dran Prävalenz- und Inzidenzforschung zu machen, also wie groß ist das Problem, also nicht nur in der Psychiatrie, sondern überhaupt sind in der Stadt Wien. Die betreiben zum Teil Anstandsforschung und es fanden an diesem Juwel, wie der Herr Direktor das vorhin sagte, nicht in der Kirche selber, aber am Theater am Steinhof fanden internationale Kongresse zu diesem Thema statt.

Und mit diesem Juwel, also ist jetzt frisch renoviert, sieht noch besser aus als hier auf dem Bild, schließe ich meinen Vortrag und erwarte gerne Ihre Frage.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Herr Doktor, ich danke Ihnen sehr herzlich für diesen Vortrag.

Ich darf gleich wieder beginnen und darf Frau Mag. Antonov um ihre Frage bitten.

GRin Mag. **Antonov:** Danke, Herr Vorsitzender. Danke, Herr Prof. Needham für Ihren sehr interessanten und ausführlichen Vortrag.

Ich möchte in meiner ersten Frage auf die Personalfrage ein bisschen näher eingehen, weil der Personalmangel eines der Hauptthemen auch dieser Untersuchungskommission ist. Wo uns immer wieder auf Einwände, dass es Personalmangel gebe, Standards und Statistiken vorgehalten werden, wo dann steht, also ich weiß nicht, X-, Y-Personen sind da, da sind wir im internationalen Vergleich an der obersten Stelle und alles ist sehr gut und toll und schön.

Wir haben auch schon in der Kommission gehört, dass natürlich es nicht nur davon, dass

der Personalstand ja nicht nur daran zu messen ist, wie viel Personal da ist, sondern dass es auch davon abhängt, was das Personal zu tun hat. Und auf einer Ihrer Folien ging es um einen Standard, ich glaube, es war ein amerikanischer, da war auch noch eine Voraussetzung für die Bemessung des Personalbestandes die Beschaffenheit der Umgebung.

Mich würde interessieren, sehen Sie das auch so, dass man sich beim Personalbestand auf Richtlinien zurückziehen kann oder muss man sich auch genau anschauen, wie die Umgebung beschaffen ist, wo man ja weiß, im Otto-Wagner-Spital gibt es Stationen, wo die räumlichen Voraussetzungen ungünstig sind, um das jetzt einmal euphorisch auszudrücken. Kann man sich da auf Richtlinien zurückziehen oder muss man da anders handeln aus Ihrer Sicht. Gibt es da in der Schweiz vergleichbare Anstalten oder gibt es da psychiatrische Krankenhäuser, wo die baulichen Voraussetzungen vergleichbar sind und wie geht man dort mit solchen Situationen um.

Dr. MNSc RN **Needham:** Jawohl, Sie sagen das richtig, die Psych-PV gibt ja gewisse Richtlinien vor. Und wahrscheinlich, ich kenne sie nicht im Einzelnen, aber man kann nicht nur die Zahlen angucken, sondern das ganze im Paket sehen. Und die qualitative Ausstattung ist wahrscheinlich ebenso wichtig wie die quantitative Ausstattung. D.h. haben die Personen Kurse besucht, es gibt natürlich Naturtalente, Leute, die automatisch PatientInnen beruhigen können.

Zu dieser Frage von der Umgebung. Also ich hatte die Möglichkeit, ein paar Mal einen Augenschein im Otto-Wagner-Spital zu machen und hier sieht man, dass es zum Teil noch 6er-Säle gibt und man könnte sich natürlich schon überlegen, ob diese Ausstattung für eine Weltmetropole wie Wien, ob das hinreichend ist. Ja und das hat zwei Seiten, also früher als ich begonnen habe in der Psychiatrie zu arbeiten, hatten wir so 20er-Wachsäle und es war natürlich viel einfacher mit viel weniger Personal, 20 Leute zu überwachen. Später, als der Neubau entstand in der psychiatrischen Klinik mit diesen verwinkelten Gängen, eine schöne Anlage, Einzelzimmer usw. hat man viel mehr Arbeit, um die Leute zu überblicken. Also es gibt diese zwei Seiten.

Und die letzte Frage, es ging um vergleichbare Institutionen in der Schweiz. Ja, ich habe natürlich nicht den Überblick über die ganze Schweiz, aber ich meine, das Burghölzli in Zürich ist auch wahrscheinlich ganz ähnlich wie das Otto-Wagner-Spital von der Bausubstanz her. Wie der Fortschritt ist bei den Innenrenovierungen, kann ich nicht sagen.

Ich war letztes Jahr in Liebenburg in Deutschland und ich sah eine wunderschöne Station,

also das ist eine heiße Adresse, wenn Sie Renovierungen vorhaben.

GRin Mag. **Antonov:** Und darf ich vielleicht noch nachfragen, welche Mindeststandard in der Schweiz bezüglich personeller Besetzung mit psychiatrischen Pflegekräften zur Zeit gültig sind?

Dr. MNSc RN **Needham:** Ja, hier wiederum der Pflegedienst, der Chef von der Pflegedienstleitervereinigung Psychiatrie hat gesagt, die streben die Zahl nach der Psych-PV an, aber ich kann es aus dem Kopf nicht sagen, wie viel Personen genau auf wie viele PatientInnen kommen. Und die streben natürlich die 100 % an.

Ich sprach letzte Woche mit einem Kollegen aus Augsburg in Deutschland und der hat gesagt, die sind mittlerweile bei 80 % Erfüllung von der Psych-PV und da geht es zum Teil drunter und drüber.

GRin Mag. **Antonov:** Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Frau GRin Korosec, bitte.

GRin **Korosec:** Herr Professor, recht herzlichen Dank für Ihren wirklich äußerst interessanten und für uns sicher wichtigen Vortrag.

Die Fragen der Wiener ÖVP sind ausreichend beantwortet worden und ich danke herzlich.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Frau GRin Klicka, bitte.

GRin **Klicka:** Danke vielmals. –

Sehr geehrter Herr Professor! Ich möchte noch einmal auf das Thema Fixierungen zurückkommen. Sie haben uns in Ihrem Vortrag das sehr deutlich aufgelistet und das Thema Fixierungen oder Netzbett oder Isolierzimmer noch einmal im Hinblick auf die Ethik auch betrachtet. Wir haben von PatientInnen teilweise auch übermittelt bekommen, aus den Erfahrungen auch von den Medizinern, die mit den PatientInnen Kontakt haben, dass PatientInnen sagen, ihnen ist eine Unterbringung in einem Netzbett lieber als eine Fixierung, weil sie sich da nicht mehr bewegen können oder auch nicht einmal mehr kratzen können, weil sie dann wirklich starr im Bett untergebracht sind.

Sie haben bei der Ethik auch eben von der Erforderlichkeit, von der Verhältnismäßigkeit gesprochen und da hätte ich gerne von Ihnen noch einmal gehört, auch wenn es jetzt in der Schweiz keine Netzbetten gibt und Sie wenig Erfahrung damit haben, wie Sie aus Ihrer Erfahrung dazu stehen zu einer derartigen Fixierung. Eine Sieben-Punkt-Fixierung kennen wir in Österreich überhaupt nicht. Wir haben eine Zwei-Punkt-Fixierung oder bis zu einer Fünf-Punkte-Fixierung eigentlich. Das ist das Höchstmaß, das wir in Österreich kennen oder auch in Wien.

Dr. MNSc RN **Needham:** Danke, für diese Frage.

Die Sieben-Punkt-Fixierung, das kommt nur in sehr wenigen Ausnahmefällen vor, wo es sich um sehr gefährliche PatientInnen handelt. Der Regelfall ist Drei- oder Fünf-Punkt-Fixierung. Und es gibt natürlich – je mehr Fixierungspunkte, desto schwerer der Eingriff, das versteht sich von selbst. Aber wenn Sie z.B. eine Person haben, die aggressiv ist, aber nicht suizidal, dann reicht das mit drei Punkten. Also d.h., auch Gurt und dann das linke Bein und den rechten Arm diagonal fixiert man, und hier hat der Mensch eine gewisse Bewegungsfreiheit und kann sich kratzen. Das muss unmöglich sein, wenn man voll und gänzlich fixiert ist und es surrt eine Fliege um den Kopf oder es juckt einem, dann kann man nichts machen. Das muss grausam sein.

Es gibt übrigens auch viele qualitative Berichte von PatientInnen, die sagen, in Isolierzimmern das ist ein Wahnsinn, also jedes Nebengeräusch stört einem und man hat keine Ablenkung, keine Unterhaltung, so das ist eine totale Qual. Also ich könnte mir persönlich vorstellen, sollte ich aggressiv sein, das wäre für mich nicht ausgeschlossen, dass ich mich lieber in ein Netzbett begeben würde als in eine mechanische Fixierung. Aber das ist nur so meine persönliche Vermutung.

Vielleicht könnte man darüber sprechen, welche Erfordernisse wären wichtig, wenn man die Behandlungen, also überhaupt die Behandlung mit den Netzbetten, es gibt vielleicht PatientInnen, wie Sie sagten, die lieber in ein Netzbett gehen als in die Fixierung hinein. Vielleicht müsste man aushandeln mit den Leuten, vielleicht müsste man sogar mit den Angehörigen sprechen und sagen, das schaut jetzt ganz schlimm aus, aber es hat die und die Vorteile.

Ich möchte auf eine interessante Studie aus Schweden aufmerksam machen. In der Altenpflege ist es immer schwierig, bei sehr dementen PatientInnen, wenn sie das Essen nicht einnehmen. Und jetzt gibt es die Möglichkeit, dass man eine Infusion legen kann oder eine Magensonde. Und ein schwedisches Forscherteam um Astrid Nordberg ist auf die Idee gekommen, warum geben wir denn Leuten nicht die Nahrung mit der Schoppenflasche ein. Also ausgehend von der Einsicht, wenn der Mensch zur Welt kommt, was macht er als erstes, er schreit und saugt, und welcher Reflex geht denn kurz vor dem Sterben zu Ende oder welcher ist noch vorhanden kurz vor dem Tod, das ist der Saugreflex. Und die haben sehr gut argumentieren müssen gegenüber der Ethikkommission und sie haben sehr viel Zeit aufgewendet gegenüber den Angehörigen zu erklären, jetzt versuchen wir, das Essen mit der Schoppenflasche einzugeben, weil, ich

meine, das sieht wahrscheinlich katastrophal aus und Leute können sagen, das ist eine Verkindlichung des alten Menschen; man nimmt ihn nicht mehr ernst.

Also es gibt viele Parallelen. Ich meine, man könnte dem Netzbett die Einspritzung von schweren Medikamenten gegenüberstellen, also das scheint nicht so ein Problem zu sein auf Grund dieser Fragen, oder? In anderen Ländern ist es ein schwerwiegendes Problem, aber je medizinischer eine Handlung ausschaut, also desto sauberer schaut es aus. Aber jetzt bei dieser Schoppenflasche, das allernatürlichste wird, das wird verworfen, weil das zu entfernt von der Medizin ist, oder? Verstehen Sie diesen Vergleich.

Und hier muss man klug sein und überlegen, unter welchen Bedingungen müsste man, also welche Bedingungen und welche Erforderlichkeiten würde die Behandlung mit dem Netzbett rechtfertigen.

Ist Ihre Frage beantwortet.

GRin **Klicka:** Ja, danke vielmals. Sie haben selbst ja angedeutet, dass die Einzelzimmer, die geschlossenen Räume auch bei den PatientInnen Angst hervorrufen können, also zusätzlich gewisse Symptomatik eventuell verstärkt. Und wie Sie auch in Ihrem Bericht gezeigt haben, die mechanische Fixierung durch Personen, denke ich, auch zu einem Vertrauensverlust führen kann. Denn wenn das dieselben Personen sind, die vielleicht am nächsten Tag dann für meine Pflege und Betreuung verantwortlich sind, ist das vielleicht aus der Sicht des Kranken, ich kann mich immer nur versuchen, in so ein Krankheitsbild hineinzusetzen, auch schwierig dann das als vertrauensbildend zu sehen diese Maßnahmen.

Noch einmal zurückkommend auch auf die Gewaltanwendung hinsichtlich von MitarbeiterInnen. Sie haben auch darüber gesprochen, dass es zur Traumatisierung bei MitarbeiterInnen, die eben Gewalt erlitten haben, kommen kann. Einerseits werden am Otto-Wagner-Spital eben sehr vielen dieser Deeskalationskurse abgehalten, die MitarbeiterInnen werden ersucht, immer wieder an diesen Kursen auch teilzunehmen. Es werden Teams gebildet, die untereinander dann auch Erfahrung sammeln und sich austauschen. Mit welchen Maßnahmen könnte man nach einem Vorkommnis den MitarbeiterInnen noch helfen, dass sie in dem Beruf verbleiben können, weil manche wollen wahrscheinlich auch in dem Beruf verbleiben, haben jedoch langfristig an Schäden zu leiden, vor allem auch an psychischen.

Dr. MNSc RN **Needham:** Jawohl, also die Datenlage ist recht schwierig mit Blick auf genau diese Fragestellung, wie soll man sich verhalten

in einem Krankenhaus, wo Gewalt vorkommt und das Personal Opfer wurde von Gewalt. Es gibt Häuser, die als Standard ein Angebot haben, die haben ein Büro, wie ich sagte in Lausanne, die haben eine Meldestelle, wo man sich hinmelden kann. Man weiß aber aus Untersuchungen, dass viele Leute, die Opfer wurden von Aggression, die melden sich einfach gar nicht. Es gibt Leute, die darüber sprechen können und die sprechen KollegInnen an oder vielleicht nur den LebenspartnerIn sprechen sie an, aber keine Profis im Krankenhaus. Es gibt Leute, die das Problem verdrängen und ich meine, Verdrängung – das kommt natürlich aus dieser Stadt mit dem Sigmund Freud – Verdrängung gilt nicht als sehr günstige Coping-Strategie, aber offenbar tut es diesen Leuten auch gut, wenn sie das erstmals verdrängen können, dann später darauf kommen.

Sie merken also, die Varianten, wie man mit diesen Belastungen umgeht, das ist eine sehr sehr breite Varianz, aber es scheint so irgendwie im Konsens zu sein, dass ein Institut auf jeden Fall ein Angebot haben sollte. Also man kann sich, man muss sich aber nicht melden, wenn jemand Opfer wurde von Gewalt. Also ganz wichtig ist, dass man Interesse zeigt als Vorgesetzter, als Stationsleiter, dass man hinget und fragt, wie geht es dir nach diesem Vorfall. Und ich meine, es gibt zum Teil schreckliche Meldungen, aber aus der Tortur von Personen, die gesagt haben, ja man hat sich nie gekümmert um meine psychische Befindlichkeit, man hat mich gefragt, hat der Arzt diese Schnittwunde am Kopf wieder gut zugenäht, aber niemals gefragt, wie geht es dir psychisch nach diesem Vorfall. Also es braucht ein Interesse, man darf nicht allzu invasiv sein bei diesem Angebot, aber wirklich Interesse zeigen und ein Angebot zur Verfügung stellen.

GRin **Klicka:** Danke vielmals. Ich denke, dass auch ganz wichtig ist, diesen Bereich zu entstigmatisieren. Denn ich komme auch aus einem Sozialberuf, vielfach suchen die Menschen, die Pflegenden, auch die Ursache bei sich selbst und aus einem gewissen Schuldgefühl heraus, melden sie sich auch nicht oder zeigen das nicht so deutlich an. Und da ist es ganz wichtig, denke ich, dass der gesamte Bereich entstigmatisiert wird, d.h., dass weder diejenigen, die dort als kranke Menschen behandelt werden noch jene, die dort arbeiten, und das ist leider auch noch immer so in dem Berufsbild, du arbeitest auf der Psychiatrie, dann eben diesen Vorwurf oder „na, weißt du dir nichts besseres“ eben gefallen lassen müssen und aus einer gewissen Scham heraus dann vielleicht auch gewisse Maßnahmen nicht so deutlich ergreifen.

Dr. MNSc RN **Needham**: Absolut und auch berufsintern wird auch stigmatisiert; also das ist eine, die wir schlagen wollten und sofort haftet ein Makel an.

GRin **Klicka**: Danke vielmals. –

Dr. MNSc RN **Needham**: Bitte.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov**: Ich möchte noch einmal kurz auf das Netzbett zurückkommen, weil hier ja manchmal so der Eindruck erweckt wird, als wäre das Netzbett das geringere Übel, wenn man die Fixierungen betrachtet. Jetzt kann man das aber so gar nicht sagen, weil es auch vorkommt, dass ein Netzbett nicht eine andere Art der Fixierung ersetzt, sondern im schlimmsten Fall noch ergänzt; also dass man mit Gurten fixiert wird und zusätzlich noch im Netzbett liegt.

Sie haben im Vortrag gesagt, dass das Netzbett eigentlich weit und breit verpönt ist und Sie haben gesagt, es wurde eindeutig dagegen Stellungnahme bezogen, das war auch im Rahmen Ihres Vortrages. Sie haben aber da eigentlich nicht ausgeführt, mit welcher Begründung oder aus welchen Gründen. Da würde mich interessieren, ob Sie das noch ein bisschen ausführen könnten, welche Gründe jetzt dagegen sprechen, weil der wesentliche Punkt aus meiner Sicht scheint mir bei den Fixierungsmaßnahmen zu sein, die personelle Ausstattung, weil man ja meines Erachtens das geringste Mittel der Fixierung nur dann wählen kann, wenn man genügend Personal zur Verfügung hat, um die Sicherheit für PatientInnen und Personal und auch für die MitpatientInnen zu gewährleisten.

Und in diesem Zusammenhang möchte ich auch die Mehrheitsfraktion darauf hinweisen, das war auch ein sehr interessanter Punkt auf Ihren Folien, Sie werden das sicher auch genau nachlesen, da haben Sie nämlich auch angeführt, dass die personelle Besetzung ein politisches Bekenntnis erfordert und das scheint mir einfach der springende Punkt zu sein. Es muss ausreichend Personal vorhanden sein, um für die PatientInnen das Beste erreichen zu können.

Aber meine Frage noch einmal – die Gründe, die gegen das Netzbett so massiv sprechen, bitte.

Dr. MNSc RN **Needham**: Also ich habe, als dieser Disput tobte vor ungefähr zwei Jahren, in der Fachzeitschrift oder ich habe es etwas verfolgt, nicht sehr im Detail, aber so wie ich das interpretiere, ist das vor allem, das sind ästhetische Gründe. Es schaut aus, als ob der Mensch eingesperrt würde, wie ein Kalb oder wie ein Hund in diesem Netzbett, also ich kann mich ganz schwach erinnern an Beiträge von einem Psychiater, glaube ich, aus Indien und der hat gesagt, nicht einmal in Indien, wo so und so viele

Menschen verhungern, haben wir solche Netzbetten, die Menschen wie im Mittelalter auf einem Marktplatz ausstellen. Also ich glaube, das sind vor allem diese ästhetischen Gründe, die dagegen sprechen. Ich meine, sachliche Argumente habe ich keine gelesen. Es sind die ästhetischen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut. Herr GR Wagner, bitte.

GR **Wagner**: Herr Professor, ich habe Ihrem Vortrag entnommen, dass Sie das Otto-Wagner-Spital zumindest kennen. Und mich würde interessieren, ob Sie sich einen persönlichen Eindruck selber machen konnten über die psychiatrische Betreuung in Wien und im Speziellen im Otto-Wagner-Spital und wie Sie die einschätzen Ihrer Meinung nach im internationalen Vergleich. Wo stehen wir, sind wir da fortschrittlich, gibt es da verbesserungswürdige Situationen?

Und dann noch zu einer Zusatzfrage. Kennen Sie eigentlich die Inhalte des Deeskalationskurses, wie er in Wien und auch im Otto-Wagner-Spital durchgeführt wird und meine Frage dazu: Sind diese Kurse international vergleichbar, an Erfahrungen sind sie gut oder sind sie im Mittelfeld, was ist da Ihre Meinung dazu?

Dr. MNSc RN **Needham**: Ich konnte natürlich einige Male einen Augenschein vornehmen am Otto-Wagner-Spital. Das erste Mal war ich 1988 am alten Steinhof zu einem Symposium und ich meine, im Detail kann ich die Pflege nicht beurteilen und ich konnte einfach feststellen, dass die Bausubstanz relativ alt wirkt. Ich konnte auf den Stationen feststellen, dass man bemüht ist aus diesem alten Material so eine einigermaßen wohnliche Umgebung zu machen. Ich kann einzig so ein Urteil fällen über den Stand vom Aggressionsmanagement am Otto-Wagner-Spital. Es ist Faktum, dass die sehr engagiert dieses Projekt vorantreiben. Die haben auch mit diesem Kurs von Nico Oud trainiert und im internationalen Vergleich steht dieser Kurs ganz okay. Ein Schwachpunkt an diesem Kurs ist, dass man vielleicht mehr Stunden in Deeskalation haben könnte, aber ansonsten ist dieser Kurs, wie er in der Präsentation vorgestellt wurde, okay. Ich stelle einfach fest, dass dieses Forscherteam am Otto-Wagner-Spital, die haben viele interessante Daten angeguckt und sie haben Schulungen durchgeführt. Es gibt auch Trainer in der Stadt Wien in den einzelnen – kann auch sein Richtungen, die auch sich international vernetzt haben, die sich treffen, also das nächste Treffen wird in zwei Wochen sein, in Bern in der Schweiz, wo Leute aus Deutschland, der Schweiz und Österreich, also Trainer im Aggressionsmanagement, die treffen sich, um die neuen Tendenzen zu diskutieren, die überlegen, wo haben wir Defizite, sollten wir nicht mehr gucken,

wie können wir PatientInnen schonender in Gurten setzen oder transportieren. Also hier kann ich schon ein sehr gutes Urteil abgeben.

Im Gegensatz zu Meldungen, glaube ich, die waren in der "Kronen-Zeitung" im Februar, dass man gewissermaßen nichts macht als ein paar Stunden im Turnsaal Übungen zu machen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut. Da keine Fragen mehr sind, darf ich mich bei Ihnen, sehr geehrter Herr Doktor, für Ihre sehr interessanten Ausführungen bedanken, insbesondere auch für die Bereitschaft, dass Sie uns Ihren Vortrag noch schriftlich zur Verfügung stellen, dass wir das den Kommissionsmitgliedern dann zuleiten können.

Ich darf mich noch einmal bedanken und darf Sie damit auch namens der Kommission verabschieden.

Dr. MNSc RN **Needham**: Danke schön.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Wir haben noch einen Tagesordnungspunkt, und zwar einen Beweisantrag, einen gemeinsamen von den Grünen und der ÖVP, und zwar zur Protokollnummer 382. (Anm.: PRT/00753-2008/0382)

Wünscht dazu jemand das Wort. – Herr GR Deutsch, bitte.

GR **Deutsch**: Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Zum vorliegenden Beweisantrag möchte ich nur für das Protokoll, aber auch für die interessierten Zuhörer festhalten, dass die Begründung dieses Beweisantrages natürlich nicht ein Teil des Beschlusses ist, wenn es um die Anforderung von Unterlagen geht. Dieser Begründung könnten wir natürlich nicht zustimmen, weil weder alle ZeugInnen von einem jahrzehntelangen massiven Personalmangel berichtet haben und schon gar nicht interne Studien oder Arbeitskreisberichte seit Jahren auf Missstände hingewiesen haben. Ich möchte es nur der Vollständigkeit halber festhalten, dass diese Argumentation nicht ein Teil des Beschlusses ist. Ich sehe aber ansonsten keinen Widerspruch im Verlangen, die Unterlagen hier beizuschaffen und werden daher den Antrag unterstützen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut. Dann bringe ich den Antrag zur Abstimmung.

Wer ist gegen diesen Antrag. – Damit darf ich feststellen, dass dieser Antrag einstimmig angenommen wurde.

Ich darf vielleicht noch ergänzen. Ich habe Ihnen, ich glaube, das war im Juni, eine CD-Rom vom Herrn Privatdozent Dr. Buxbaum zur Verfügung gestellt und da habe ich leider verabsäumt, Ihnen – er hat noch schriftliche Unterlagen auch dazu geliefert, die darf ich Ihnen nachreichen und darf also für jede Fraktion ein solches Konvolut dann noch überreichen.

Damit sind wir am Ende – ja bitte, Frau GRin Klicka.

GRin **Klicka**: Danke, Herr Vorsitzender!

Der Herr Dr. Buxbaum hat am 17. September mit mir über Internet Kontakt aufgenommen in einem Schreiben, in dem er eben feststellt, auf Grund dessen, dass er einen längeren Auslandsaufenthalt hatte, er zu diesem Zeitpunkt erst das Protokoll der Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates von der 12. Sitzung am 17. Juli durchgesehen hat und dabei eben gelesen hat, dass uns offensichtlich nur die CD-Rom zur Verfügung gestellt wurde, aber seine beiliegenden Briefe nicht zur Verfügung gestellt wurden. Er hat mir mit diesem Schreiben auch diese Briefe, die Sie jetzt in Händen haben, übermittelt, die ich mir auch durchgelesen habe. Und ich möchte da noch einmal feststellen, nachdem ich ja auch die gelesen haben die Bücher, die anderen Schriften alle, dass er eben seit 1984 eine Studie durchgeführt hat, die die unzureichende Präzision der psychiatrisch-psychologischen Diagnoseerstellung und Begutachtung erwiesen hätte. Sein Bestreben ist es, diese Diagnoseerstellung in die Lehre aufnehmen zu lassen. Er hat auch da uns einen Briefverkehr mit dem Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellt, in dem er eben auch ersucht, dass die veränderte Diagnoseerstellung, die er auf diese Studie, die eine hohe Beweiskraft haben soll, ich bin keine Medizinerin, ich kann das nicht beurteilen, vorgelegt hat, eben einfließen lassen möchte in die Weiterbildung, Ausbildung und Lehre. Und es wurde ihm vom Ministerium eben mitgeteilt, dass es für eine Aufnahme von Themen in die Lehre eben bestimmter Bedingungen bedarf und die wurden ihm auch übermittelt, das Unterrichtsministerium ist nicht zuständig, zuständig ist die MedUni Wien und eben auch im Universitätsgesetz 2002 ist der Mechanismus sowohl auch für die Habilitation als auch für die Aufnahme von Themen in die Ausbildung geregelt. Diese Schreiben sind ihm alle zugegangen.

Warum ich das jetzt ein bisschen ausführlicher gesagt habe, ist der letzte Punkt seines Schreibens an mich: "Nachdem ich bereits mit Ihnen Kontakt aufgenommen habe, sende ich Ihnen in der Anlage die Kopie der Nachricht an Herrn Dr. Baumgartner sowie die Kopie der vier Schreiben und ersuche um entsprechende Schritte." –

Ich werde ihm antworten, dass es nicht Aufgabe der Kommission ist, für ihn Themen in die Lehre einzubringen an der Universität, sondern dass es bestehende Gesetze gibt und das er demnach vorgehen soll und eben diese Diagnoseerstellung auch für die Thematik unserer Un-

tersuchungskommission keine Beweismittel liefern kann.

Ist das in Ihrem Sinne? – Gut, dann danke ich.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke, ja. Ich bin auch der Meinung, dass wir ja hier nicht über eine Psychiatriereform oder Verbesserungen der Lehre und Wissenschaft hier sind, sondern wir haben einen konkreten Auftrag und daher haben diese Anträge des Herrn Dr. Buxbaum eigentlich mit unserer Aufgabe nicht viel zu tun.

Gut. Dann danke ich für die Wortmeldung.

Unsere nächste Sitzung findet statt am 23. Oktober 2008 wieder um 9.30 Uhr hier und ich darf für heute die Sitzung schließen.

Ich danke für Ihr Interesse.

(Ende: 13.12 Uhr)