

Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates

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

21. Sitzung vom 6. November 2008

Wörtliches Protokoll

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|--|-------------------|
| 1. Eröffnung der Sitzung,
Feststellung der Anwesenden | S. 3 |
| 2. Zeugeneinvernahme von
Herrn DGKP Werner Binder | S. 3 bis
S. 19 |
| 3. Weitere Vorgangsweise | S. 19 |

(Beginn um 12.03 Uhr)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich darf die heutige 21. Sitzung der Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates betreffend „Gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“ eröffnen und Sie herzlich begrüßen.

Zur Feststellung der Beschlussfähigkeit darf ich die Mitglieder der Kommission begrüßen:

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**:

GR Ing. Mag. Bernhard Dworak

GR Ing. Mag. Bernhard **Dworak**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR David Lasar.

GR David **Lasar**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Barbara Novak.

GRin Barbara **Novak**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Anica Matzka-Dojder.

GRin Anica **Matzka-Dojder**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Dr. Alois Mayer.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Gabriele Mörk.

GRin Gabriele **Mörk**: 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 Mag. Sonja Ramskogler.

GRin Mag. Sonja **Ramskogler**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Silvia Rubik.

GRin Silvia **Rubik**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Kurt Wagner.

GR Kurt **Wagner**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich darf damit auch die Beschlussfähigkeit feststellen.

Zum ersten Punkt der Tagesordnung haben wir die Vernehmung des Herrn DGKP Werner Binder zum Thema „Darstellung der Arbeitssituation des Pflegepersonals im Otto-Wagner-Spital“.

Wir werden heute keine Pause machen, denn

der zweite Tagesordnungspunkt entfällt. Herr Bereichsleiter Dr. Hannes Schmidl wurde auf Grund einer längeren Erkrankung entschuldigt und kann daher nicht kommen. Wir müssen uns überlegen, ob die Ladung nochmals erfolgen soll, wenn er gesund ist.

Herr Binder! Ich darf Sie daran erinnern, dass Sie als Zeuge vernommen und unter Wahrheitspflicht stehen. Eine falsche Aussage könnte strafrechtliche Folgen nach sich ziehen. Sie haben das Recht, die Beantwortung von Fragen zu verweigern, wenn deren Beantwortung für Sie persönlich mit Nachteilen verbunden wäre.

Ich darf Sie zunächst bitten, sich, auch hinsichtlich Ihres beruflichen Werdeganges, kurz vorzustellen.

DGKP **Binder**: Mein Name ist Werner Binder. (Anm.: Personalien wurden bekannt gegeben.)

Am 16. Februar 1977 bin ich als Lernpfleger in den Dienst der Stadt Wien getreten, sprich: um das Diplom zur Psychiatrischen Krankenpflege zu machen. Ich habe 1980 diplomiert und bin dann als diplomierter Pfleger auf Pavillon X/2 auf die Akutstation gegangen und habe dort gearbeitet.

1982 bin ich in den Vertrauenspersonenausschuss gewählt worden, das ist der heutige Dienststellenausschuss der Personalvertretung.

1983 bin ich auf Pavillon X/3 ganzjähriger Vertreter geworden.

1985 wurde ich Stationspfleger im neueröffneten damaligen Pflegeheim Sanatoriumstraße und habe dort bis zu meiner Dienstfreistellung im Jahre 1990 gearbeitet. Dann bin ich interimistisch mit einem Kollegen immer ein Jahr freigestellt gewesen, um eingeschult zu werden und dem vorherigen Vorsitzenden des Dienststellenausschusses nachzufolgen.

1994 bin ich zum Vorsitzenden des Dienststellenausschusses gewählt worden und bin das bis heute.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Darf ich Sie bitten, den Fragen der Kommissionsmitglieder zur Verfügung zu stehen.

Frau GRin Praniess-Kastner, bitte.

GRin **Praniess-Kastner**: Grüß Gott! Vielen Dank, dass Sie unserer Einladung gefolgt sind.

Als Personalvertreter, so wie Sie sich auch vorgestellt haben, haben Sie ja unmittelbar mit der Personalsituation zu tun und haben auch einen Überblick.

Daher stelle ich gleich meine Frage: Wie stellt sich für Sie die Entwicklung der Personalsituation im Untersuchungszeitraum der Untersuchungskommission dar?

DGKP **Binder**: Helfen Sie mir! Seit wann ist das?

GRin **Praniess-Kastner**: Ab 2002.

DGKP **Binder**: Im psychiatrischen Bereich

oder generell im Otto-Wagner-Spital?

GRin **Praniess-Kastner:** Generell im Otto-Wagner-Spital.

DGKP **Binder:** Wir haben drei Personalberechnungsgrundlagen, da wir einen psychiatrischen Bereich, einen Pflegeheimbereich und eine Interne Station, eine allgemeine Krankenpflege haben. Es werden daher auch drei Personalberechnungsgrundlagen angewandt, das sind die Psych-PV, die PPR und das Wiener Modell für die Pflegeheime. Die laufen einfach über ein Computerprogramm und es wird zu bestimmten Stichtagen die Pflegebedürftigkeit der PatientInnen erhoben und es erscheint auf Knopfdruck eine Anzahl an MitarbeiterInnen, die die Systemisierung darstellen.

Es kommt natürlich immer wieder in bestimmten Bereichen, zu bestimmten Zeiten vor – vor allem wenn Krankenstände vorherrschen, in Urlaubszeiten -, dass es zu Personalengpässen entsprechend der Controllingdaten kommt, die dargestellt werden und dann verschiedene Methoden angewandt werden, um diese Personalengpässe zu minimieren bzw. aufzuheben. Das sind innerbetriebliche Personalausgleiche innerhalb einer Abteilung oder, wenn dort auch ein Engpass herrscht, dann innerhalb eines kompletten Bereiches, sprich: allgemeiner oder psychiatrischer Bereich oder Pflegeheime allgemein. Es kommt hie und da vor, dass das auch nicht ausreichend ist. Dann muss man sich drüber wurschteln, auf gut Deutsch gesagt.

GRin **Praniess-Kastner:** Vielen Dank! Sie sagen, es kommt hie und da vor, dass es zu Personalengpässen kommt.

Uns liegt ein Schreiben des Dienststellenausschusses vom 9. September 2003 an die Kronen-Zeitung vor, wo in Replik auf die Ihrer Ansicht nach skandalisierten Berichterstattungen eingegangen wird. In einem Auszug daraus ist zu lesen: „Grundsätzlich werden in solchen Zeitungsartikeln sämtliche Bedienstete, die ohnehin Tag und Nacht, 365 Tage im Jahr, unter teils bis an die Grenzen der eigenen Belastbarkeit gehenden Bedingungen, für die ihnen anvertrauten PatientInnen tätig sind, pauschal in Misskredit gebracht und somit vollkommen demotiviert.“

Es gibt weiters einen Hilferuf eines Briefes der Mittelbauvertretung, wo drinnen steht: „Es kommt immer wieder vor, dass Pflegekräften die geleisteten Überstunden nicht ausbezahlt werden und seitens der Kollegialen Führung darauf gedrängt wird, Zeitausgleich zu nehmen.“

In einem weiteren Brief der Mittelbauvertretung an den Herrn Generaldirektor Marhold im Jahre 2007, geht es wieder um die Überstunden. Ich zitiere: „Diese Überstunden übersteigen bei weitem das vorgesehene Kontingent, werden großteils nicht ausbezahlt und der dadurch anfal-

lende Freizeitanspruch kann wiederum nicht konsumiert werden. Bei dieser chronischen Überforderung der KollegInnen kommt es nicht zuletzt auch zu einer Gefährdung der PatientInnen.“

Wie wurde von Ihrer Seite auf diese Hilferufe reagiert? Wie wurde von Seiten der Generaldirektion darauf reagiert?

DGKP **Binder:** Ich nehme einmal die Überstunden heraus, weil das ein gutes Symbol ist. Die Bediensteten sind auf Anordnung gezwungen Überstunden leisten zu müssen. Das steht sowohl im Dienstrecht als auch in der Vertragsbedienstetenordnung.

Es gibt einen Erlass der Magistratsdirektion der sinngemäß lautet, dass den Bediensteten nicht das Recht gegeben ist, sich auszusuchen, in welcher Form sie die Überstunden konsumieren oder bezahlt haben möchten. Sondern, es gibt drei Methoden: Entweder die Hochrechnung in Freizeit - mit einem Zuschlag von 50 % pro geleisteter Überstunde - Freizeit zu nehmen. Ein Bereich ist 100 % in Freizeit zu nehmen und sich 50 % Zuschlag ausbezahlen zu lassen. Das müssen wir nicht im Haus administrieren. Der dritte Bereich ist, die Überstunden ausbezahlen.

Es gibt eine Vereinbarung – ich bleibe jetzt bei der Pflege -, dass die Bediensteten das Recht haben, sich mindestens 35 Gutstunden, also schon hochgerechnet - das entspricht in etwa einem Äquivalent von tatsächlich 22 grob geleisteten echten Überstunden - in Form von Zeitausgleich am Dienstplan gutschreiben zu können. Darüber hinaus müssten sie und ich sage bewusst „müssten sie“, weil das war die Vorgabe der Dienstgeberseite, ausbezahlt werden.

Bei den jährlich stattfindenden Budgetverhandlungen oder Budgetvereinbarungsgesprächen – früher haben sie Budgetvorgabegespräche geheißen – werden unter anderem auch die bezahlbaren Kontingente der Überstunden festgelegt. Natürlich haben wir in Entsprechung der tatsächlichen Überstunden, die zu Buche stehen, vor allem auch im ärztlichen Bereich, nicht annähernd jene finanziellen Mittel erhalten, um diese Überstunden auch tatsächlich zu bezahlen.

Da bin ich als Personalvertreter in Folge in einem Spannungsverhältnis. Bedienstete, die Überstunden über die Normalarbeitszeit hinaus leisten, das fordert körperliche und psychische Kraft. Ich denke, dass der Bedienstete selber besser weiß und entscheiden kann: brauche ich dadurch Freizeit, um mich zu regenerieren? Oder fühle ich mich so fit, dass mir was weiß ich Hausnummer 5 Überstunden nichts ausmachen? Oder, ich brauche Geld und möchte sie mir bezahlen lassen. Daher diese Vorgangsweise, die

wir im Haus getroffen haben und die auch durchgeführt wird.

Wenn vermehrt Überstunden anfallen und das richtet sich natürlich nach den PatientInnen, die sind ja die primären Menschen, die das fordern, nämlich die Leistungen an ihnen und wir haben nicht die nötigen finanziellen Mittel, dann steigen die Gutstunden, die auf den Dienstplänen stehen.

Ausgenommen davon sind jetzt, speziell in der Pflege, die sogenannten NG-Stunden, Nachschichtschwerarbeitsgutstunden, wo jemand pro Nachtdienst, der mindestens zwischen 22:00 und 6:00 Uhr an der PatientIn stattfindet, zwei Gutstunden bekommt, die nicht bezahlt werden dürfen. Klarerweise, weil sie ja der Regeneration dienen und nur in Freizeit gewährt werden können. Der Dienstgeber hat sogar die Verpflichtung darauf zu schauen, dass sie binnen drei Monate gewährt werden, denn sie dürfen nicht älter als drei Monate werden. Mit Rücksprache des Bediensteten kann diese Frist auf 6 Monate erstreckt werden und dann sind sie verbindlich zu gewähren.

Als Personalvertreter bin ich natürlich primär an den Willen des von mir vertretenen Personals gebunden. Wenn sich niemand beklagt, dass er viele NG-Stunden hat und sich keine Freizeit nehmen kann, dann gehe ich einmal davon aus, dass er sich gerne etwas aufhebt, um en bloc sich vielleicht einmal eine Woche in Gutstunden nehmen zu können. Es ist auch in der flexiblen Diensteinteilung in der Pflege vorgesehen, dass man sich bei der Diensteinteilung fünf freie Tage einteilen lassen kann, das heißt, in der anderen Zeit des Monats komprimierter arbeitet. Natürlich alles im Rahmen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes, das die wöchentliche Arbeit in der Pflege von Montag bis Sonntag auf 60 Stunden limitiert.

Ich sage so: Wenn ich keine Beschwerde bekomme, dass ich keine Gutstunden bekomme, dann denke ich, ist es mir auch egal, ob jemand 35 Gutstunden auf seinem Gutstundenkonto hat oder 50 Gutstunden. Weil ich ja nicht weiß, was die KollegIn vorhat, in welcher Form sie diese konsumieren möchte.

Wenn ich natürlich höre, dass jemand gezwungen wird, sich unter 35 Gutstunden ausbezahlen zu lassen, dann mische ich mich schon ein und verweise auf die Vereinbarung. An und für sich kommt das nur selten vor und beruht dann meistens auf Irrtümern, sagen wir das einmal so.

GRin **Praniess-Kastner**: Danke schön.

Ich kann das nur unterstützen, dass Sie letztendlich natürlich dem Willen des Personals Rechnung tragen, ob die Überstunden ausbezahlt oder in Freizeit konsumiert werden.

Es geht uns in der Untersuchungskommission aber um die Personalsituation.

Ich habe Sie eingangs gefragt, ob Sie zufrieden sind und das ausreichend sehen? Und auch, wie Sie die Situation im Zeitraum der Untersuchungskommission, beurteilen. Sie haben gesagt, im Großen und Ganzen, zufrieden.

Nach all jenen Zitaten, die ich Ihnen vorgelesen habe und auch was ich jetzt von Ihnen gehört habe, können Sie wirklich guten Gewissens sagen, Sie sind zufrieden, es gibt ausreichend Personal?

DGKP **Binder**: So habe ich das nicht gesagt. Wir haben eine vorgegebene Personalbedarfsrechnung, da kann ich nicht im Hintergrund sagen, ich berechne diese Leistungen.

In dieser Psych-PV sind Leistungen hinter PatientInneneinstufungen, die an ihnen erbracht werden müssen, die in irgendwelche Zeitrahmen fallen. Und vorne auf der Maske haben Sie – in den Hintergrund kann ich leider nicht schauen –: Eine PatientIn der Stufe sowieso und fünf PatientInnen der Stufe sowieso, ergibt so und so viel Personal.

Was ich schon sehe und ich möchte nicht sagen, es ist rundherum alles Bestens und in Ordnung und wir haben genug Personal. Wir haben entsprechend der Psych-PV-Berechnung, was das Ergebnis ist, genügend systemisierte Posten. Diese Posten müssen aber durch Menschen, durch Personal gefüllt werden.

Wir haben in der Psychiatrischen Abteilung – da müsste ich jetzt etwas weiter zurückgehen – im Vergleich zu anderen Häusern, eine relativ überalterte Pflegemannschaft. Ich weiß das deshalb so genau – jetzt aber nicht verglichen mit Psychiatrien –, weil es vor einigen Jahren über das Boltzmann-Institut einen Arbeitskreis mit fünf in Österreich befindlichen Krankenhäusern und Pflegeheimen gegeben hat – ich glaube, dass war eine EU-Förderung – wo ein Fragebogen erarbeitet wurde, der spezialisiert für Krankenhauspersonal erstellt wurde, da es anscheinend so einen Fragebogen nicht gibt, wo man auf gesundheitliches Befinden, auf Arbeitszufriedenheit, befragt wird. Da hat sich, im Vergleich zu den anderen teilnehmenden Krankenhäusern, eine ziemlich starke Überalterung in der Pflege ergeben.

Das kommt sicher auch daher, dass – wenn ich kurz in meine Anfangszeit zurückgehen darf – wir damals im Psychiatrischen Krankenhaus 2 800 PatientInnen stationär hatten und durch die Psychiatriereform 1979 – dankenswerter Weise, muss ich schon sagen – die Sektorisierung und die massive Reduktion der Betten, sprich: der belegbaren Betten, das Personal ja stabil in der Anzahl gleich geblieben ist. Das heißt, die Qualität der Versorgungsleistung ist

durch eine Reduktion der Betten passiert. Das war allerdings erst möglich, nachdem man es geschafft hat, für die PatientInnen, die sich dort befunden haben, auch nachfolgende Einrichtungen zu schaffen. Unter anderem den PSD und die Übergangspflege, die sehr gute Dienste, vor allem im geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Bereich leisten und geleistet haben. Das hat dazu geführt, dass wir massiv Betten reduzieren konnten.

Zu Beginn der 90er Jahre, als die Unternehmungswendung des Wiener Krankenanstaltenverbundes war, zur Zeit des Generaldirektors Nägler, hat es dazu geführt, dass dieser der Meinung war, jetzt hätte das Psychiatrische Krankenhaus doch viel mehr Personal als es eigentlich benötigen würde und hat so angetreten, dass er gemeint hat, 360 Pflegepersonen sind zu viel. Das haben wir natürlich, logischerweise, anders geht es nicht und sachlich auch nicht, massiv bestritten.

Jedoch muss man schon dazu sagen, dass es damals zu einer Personalreduzierung gekommen ist, die hauptsächlich PflegehelferInnen betroffen hat, die in andere Pflegeheime wie das Geriatriezentrum Am Wienerwald, Klosterneuburg und Pflegeheim Baumgarten, auch gegen ihren Willen, versetzt wurden. Wir konnten als Personalvertretung dann noch erreichen, dass den KollegInnen bestimmte Zulagen eine bestimmte Zeit lang erhalten blieben, wie z.B. die Gefahrenzulage oder auch auf Wunsch der KollegInnen Mehrstundenpauschalen, die damals noch obligat waren, auch erhalten blieben.

Von diesem Status aus wurde dann die Psych-PV eingeführt und eine Abteilung ins SMZ-Ost ausgegliedert. Mit diesem neuen Personalstand sind wir auch ins Jahr 2000 gegangen. In der Zwischenzeit hat sich die Psychiatrie natürlich weiterentwickelt, wie jede andere Fachrichtung auch, ich würde jetzt nicht besonders die Psychiatrie erwähnen.

Es wurden bestimmte Dokumentationsformen - ich höre vom Personal immer wieder, „wir dokumentieren uns schön langsam zu Tode und haben keine Zeit mehr für PatientInnen“ - eingeführt. Es wurden Pflegevisiten eingeführt. Das ist alles in Ordnung, das ist auch gut so. Aber, es führt dazu, dass an der tatsächlichen Tätigkeit die Menschen ein Defizit spüren. Weil, wenn ich eine Psychiatrische Krankenschwester oder Pfleger bin, dann möchte ich mit den PatientInnen auch reden, sie auch behandeln und entsprechend betreut wissen. Wenn ich aber jetzt Wäschezetteln auszufüllen habe, weil die Firma XY - ich nenne sie jetzt bewusst nicht - vielleicht die Wäsche nicht in dem Umfang liefert wie sie bestellt wurde und - das ist nur ein Detailbereich, aber das fällt mir jetzt so schnell ein - es

wird dann die Chargenmannschaft mit Rechnen und Zählen belastet und was weiß ich, was es noch alles gibt, was mehr wird, dann muss man irgendwann einmal fragen: Passt die Berechnungsgrundlage der Psych-PV, der PPR, des Wiener Modells in seinen Stammdaten überhaupt noch? Oder haben diese Mehrleistungen, die zu erbringen sind, dort auch Einzug zu nehmen und sich dort auch wieder zu finden?

Ich bin jetzt als Person überfordert, Ihnen über diese Hintergrundberechnungen da inhaltschwere Auskünfte zu erteilen. Da gibt es Menschen, die sich damit befassen, die da wesentlich besser sind als ich. Ich kann nur die Maske lesen, ich kann sie nicht einmal befüllen, weil ich ja nicht die PatientInnen kenne, in welcher Eigenschaft oder in welchen Gesundheits- oder Krankheitszustand sie sich befinden und wo in dieser Einteilung sie einzutragen sind. Ich kenne nur die Ergebnisse und die Ergebnisse stimmen mit den Berechnungsgrundlagen, die derzeit verwendet werden, überein.

Meine Oberin - weil es die Pflege betrifft - sagt zu Recht: Herr Binder, ich habe laut Berechnungsgrundlage, die mir zur Verfügung steht, ausreichend Personal. Wenn ich mit ihr in die Tiefe diskutiere - und ich rede lieber als zu schreiben, darum gibt es von mir auch nicht sehr viele Briefe an die Kollegiale Führung, man kann ja reden im Haus - dann stellen wir fest, wir haben älteres Personal. Die Pensionseintrittszeiten werden bis 65 Jahre hinauf gesetzt.

Den psychiatrischen Teil betreffend, wie soll ich einmal sagen, wenn jemand auf einer Akutstation nicht mehr so kann, nicht mehr im Nachtdienst arbeiten kann oder Sonn- und Feiertagsdienste machen kann, kann er natürlich ein Sabbatical nehmen oder kann die Arbeitszeit reduzieren, so ferne man sich das leisten kann.

Aber, wir haben wenige Bereiche - da spreche ich jetzt wirklich fürs ganze Haus -, wir haben wenige Ambulanzen, wo man sagen kann: „Gut, da muss ich körperlich nicht so arbeiten, da sitze ich, schreibe ich und teile ein oder sonst irgendetwas, kümmere mich um die PatientInnen.“ Wir haben wenige Stätten, wo wir ältere Pflegepersonen, die körperlich nicht mehr in der Lage sind diese Radldienste, Turnusschichten und Wechseldienste zu leisten, unterbringen können. Versetzen will sich, logischerweise, ein alter Baum, der seit 30 Jahren in einem Bereich arbeitet, selten lassen.

Was noch dazu kommt: Durch dieses steigende Lebensalter haben wir immer mehr behinderte Bedienstete, die nach dem Bundessozialamt oft bis zu 80 % behindert beschrieben werden und die zählen nach der Systemisierung als Vollwertkräfte. Es gibt eine doch über sechs Jahre andauernde Forderung der Gewerkschaft

– was jetzt vielleicht nicht hier her gehört, aber die fordert so etwas -, dass im Ausmaß des Grades der Behinderung der Bediensteten Personal aufgenommen werden kann. Das würde bedeuten, wenn jemand eine 50%ige Behinderung hat – ich muss jetzt schon die Behinderten vorweg auch in Schutz nehmen – sollte ihm der Dienstgeber natürlich einen Arbeitsplatz geben, wo er mit seiner 50%igen Behinderung eine 100%ige Leistung erbringen kann, für sich mit seiner Behinderung.

Ich sage Ihnen jetzt ein klassisches Beispiel, das haben wir im Haus gehabt haben. Ein Bediensteter, ein Sekretär, der querschnittsgelähmt war und im Rollstuhl gesessen ist, hat natürlich eine 100%ige Leistung erbracht, nur über die Stiegen hat er nicht fahren können. Geht halt nicht immer so, kommt auf die Art und den Grad der Behinderung an. Dies wäre sicher eine Verbesserung, die auch mit der Oberin absolut in Einklang steht - ich glaube, nicht nur mit unserer Oberin - dass es vielleicht die Möglichkeit gäbe, einen Teil des Grades der Behinderung durch Personalaufstockungen wettmachen zu können.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau GRin Matzka-Dojder, bitte.

GRin **Matzka-Dojder**: Danke, Herr Vorsitzender.

Herr Kollege Binder! Sie haben uns jetzt schon Einiges über Ihre Aufgaben, Ihre schwierigen Analysen in Ihrem Bereich als Personalvertreter gesagt. Ich kann es sehr gut nachvollziehen. Ich bin eine Kollegin, ich war jahrelang auch Personalvertreterin und später auch im Personalmanagement. Da kann ich beide Vorstellungen gut nachvollziehen.

Sie haben gesagt, es gibt drei verschiedene Personalbedarfsbemessungen im Otto-Wagner-Spital. Es gibt Psych-PV für den psychiatrischen Bereich, PPR für den akuten Bereich, das Wiener Modell für den Langzeitbereich.

Meine erste Frage bezieht sich darauf: Sehen Sie hier in der Nachvollziehung des Personalbedarfs Unterschiede in diesen drei Personalbedarfsberechnungsmethoden?

DGKP **Binder**: Natürlich! Alle drei Personalbedarfsberechnungsmethoden beruhen auf Hintergrundberechnungen, die natürlich im Langzeitbereich andere sind, als in einem Akutbereich. Ich nehme an, das ist jedem klar. Oder was meinen Sie?

GRin **Matzka-Dojder**: Sie haben gesagt, es entstehen schon hie und da Personalengpässe auf Grund vieler angeführter Sachen. Es sind in erster Linie Absenzen durch Krankheitsausfälle, aber auch Konsumierung von angesagten Gutstunden, von Sonderurlaube, Fortbildungen. Alles ist in diesen Absenzen zu berechnen.

Eine Frage habe ich im Vergleich zu diesen

Modellen: Berechnung dieser Absenzen innerhalb der Modelle?

DGKP **Binder**: Ich verstehe. Die sind gleich. Wir haben zwischen 20 und 25 %, ich nagle mich jetzt nicht fest, Personal zusätzlich in dieser Berechnung drinnen, um die Fehlzeiten abzudecken.

Sie müssen sich ja vorstellen, jeder Bedienstete hat im Schnitt sechs Wochen Jahresurlaub. Jetzt nehmen wir eine normale Station mit 14 Basispersonal, das sind sechs Wochen Urlaub mal 14. Das heißt, es fehlt Ihnen über ca. eineinhalb Jahre sowieso eine Person, wenn man es so statistisch rechnet. Das muss natürlich in der Systemisierung von vornherein dazu gerechnet werden und das wird es auch.

Als klassisches, jetzt vor kurzem gefordertes oder genehmigtes Beispiel, kann ich, das ist einfacher zu rechnen, dass anhand der 18 zusätzlichen Pflegeposten für die Leistung eines dritten Nachtdienstes auf einer Station, von durchschnittlich drei Stationen pro psychiatrische Abteilung. 12,5 Stunden dauert ein Nachtdienst, wir haben sechs psychiatrische Abteilungen, jede bekommt um einen Nachtdienst mehr, aber nicht auf jeder Station, das muss man dazu sagen, also brauche ich einmal sechs plus sechs und noch einmal sechs Fehlzeiten. Sprich: wir brauchen 18 Personen, um einen Nachtdienst zusätzlich von insgesamt früher sechs, heute sieben auf einer Abteilung, besetzen zu können, weil die MitarbeiterInnen eine 40-Stunden-Woche haben und die Woche länger als 40 Stunden dauert, um diesen Fixbereich rund um besetzen zu können.

Um jetzt wieder zu Ihrer Frage zu kommen: Die Absenzen werden in allen drei Modellen gleich berechnet in Prozenten. Also, da gibt es keine Unterschiede, meines Wissens.

GRin **Matzka-Dojder**: Sie haben gerade diese 18 Posten angesprochen. Ich weiß, dass eine fast zweijährige Arbeitsplatzanalyse stattgefunden hat, um diese Psych-PV Personalbedarfsberechnung zu analysieren.

Waren Sie da auch als Personalvertreter eingebunden? Sie sind Sie mit dieser Evaluierung, so wie sie stattgefunden hat, letztendlich zufrieden? Ich weiß, ein Personalvertreter ist nie zufrieden und das kann ich auch wirklich verstehen, das ist auch Ihre Aufgabe. Diese 18 Posten sind ja eben entstanden auf Grund dieser Evaluierung der Psych-PV. Ist man da, Ihrer Meinung nach, einigen dieser Punkte nachgekommen, die Sie uns erzählt haben? Sie haben auch gesagt, dass diese Personalengpässe temporärer Natur sind, weil auch diese Intension der Beziehungsarbeit in der psychiatrischen Pflege eine stündliche oder unterschiedliche ist.

DGKP **Binder**: Natürlich war das ein sehr gu-

ter Schritt, vor allem in der Nacht, das muss ich sagen. Sie müssen ja bedenken, wir haben in der Psychiatrie PatientInnen, die ja nicht unbedingt krankheitseinsichtig sind bzw. verstehen, warum sie sich behandeln lassen sollen und müssen. Für die Aufnahmen rund um die Uhr und im Nachdienst selbst, sind Pflegepersonen anwesend und noch eine Ärztin, wenn sie gerufen wird, keine Frage.

Das hat schon zu Sicherheitsproblemen geführt. Wir haben Verletzungsstatistiken am Personal, die, sage ich jetzt einmal, nicht so gering sind. Jede Verletzung ist eine zu viel. Diese Statistik selbst besagt nur die tatsächliche Verletzung durch eine PatientIn an einer Person, das betrifft nicht immer das Pflegepersonal, aber doch häufig, natürlich auf Grund der hohen Anzahl an Pflegepersonen.

Jetzt hilft in einer Aufnahmesituation im Nachtdienst, ein dritter Nachtdienst sehr. Das ist eine Steigerung um 33 %. Da kann ich nicht sagen, das ist nicht in Ordnung, das ist sogar sehr in Ordnung. Aber, das muss ich dazu sagen, in Verbindung mit dem Securitydienst, den wir seit heuer haben, ist das noch besser. Weil, und das kommt vor, dass da drei Frauen Dienst haben, auch diese mit einem stattlichen Mann kaum fertig werden und daher Hilfe benötigen, auch noch immer, aber jetzt unterstützt durch die Security, schneller, ziemlich konstruktiv und dem Sicherheitsgefühl der KollegInnen entsprechend reagiert. Wie die Statistik zeigt – ich habe mir noch gestern die bis dato aktuellen, wirklich aber nur die Verletzungen angeschaut, nicht die Bedrohungen, nicht die Beschimpfungen, da gibt es auch eigene Blätter – sind mit Stand Anfang Oktober 25. Wir hatten voriges Jahr schon knapp an die 40 im Oktober. Also, sie sind merklich zurückgegangen. Man kann das natürlich jetzt auf Grund eines noch nicht vollen Jahres auch nicht auf die letzten Jahre beziehen, weil auch da ist die Verletzungsstatistik hoch, tief, also es ist eine ziemliche Kurve.

Ja, es war gut, dass wir 18 Pflegepersonen bekommen haben. Das entspricht ja auch einer Forderung der Personalvertretung schon über einige Jahre.

GRin **Matzka-Dojder:** Dann habe ich noch eine letzte und dritte Frage und die bezieht sich auf Personalentwicklungsschritte und Instrumente, die im Otto-Wagner-Spital eingesetzt werden. Weil Sie zwei Sachen gesagt haben, wo ich mir denke, dass man hier mit gezielten Personalentwicklungsfragen diesen von Ihnen genannten zusätzlichen Belastungen durch Implementierung Schritte des Pflegeprozesses, durch Verbesserung in Bewältigung dieser Aggressionen.

Sind Sie der Meinung, dass man durch gezielte Fortbildungen und Schulungen des Perso-

nals, aber auch Analysen, warum es zu gewissen Zeiten Absenzen gibt, Abhilfe schaffen kann?

DGKP **Binder:** Wir haben schon das Deeskalationsmanagement-Training. Es ist unheimlich wichtig permanent in Fortbildung und Weiterbildung zu stehen, um die schwierigsten Bereiche abzudecken. Eine der schwierigen Bereiche ist eben der Umgang mit aggressiven PatientInnen. Da ist schon viel passiert, ist viel gemacht worden und läuft auch viel.

Nur, wie soll ich sagen, ich habe immer ein Problem, einen Bereich herauszuklauben, um zu sagen, das allein würde genügen. Es ist eine Summe, die zusammen spielen muss. Die Summe ist einfach das Sicherheitsgefühl für beide Seiten, auch für PatientInnen, sicherzustellen. Weil, es ist auch für eine PatientIn, die im Nebenbett liegt, nicht ganz angenehm oder sehr unangenehm, wenn im anderen Bett oder in einem anderen Zimmer eine PatientIn tobt. Die Summe ist eine räumliche, eine bauliche, eine personelle Ausstattung, ist eine permanente Schulung - Deeskalation ist ein gutes Beispiel – ist, den Menschen ein Sicherheitsgefühl zu geben, das ist die Security. In diesem Zusammenspiel muss man sich weiter entwickeln.

Ich bin der Letzte, der jetzt sagt: Das passt alles, bleiben wir da stehen und tun wir nichts mehr. Aber, es ist ein gutes Fundament.

Wie soll ich sagen? Ich habe zwei Meinungen. Ich kann nicht bei jeder von 2 600 MitarbeiterIn stehen. Aber, ich habe zwei Philosophien, wenn es wo kracht, dann krieg ich eine Rückmeldung. Ich krieg ja keine Rückmeldung von einem Bereich, wo alles gut funktioniert, wo alle zufrieden sind. Die kommen ja nicht zu mir und sagen: „Werner oder Herr Binder, es ist alles in Ordnung.“ Sondern zu mir kommen primär Leute, logischerweise, die ein Problem haben.

Wobei ich schon vorweg einmal dazu sagen muss: Unsere Tätigkeit in der Personalvertretung ist das Abhalten von ca. 80 bis 90 Einzelpersonalangelegenheiten, die ich hier sicher nicht diskutieren werde. Die Weiterentwicklung eines Standortes, eines Hauses, Personalentwicklungen etc. macht bei weitem nicht das Gros unserer Arbeit aus. Wir müssen uns im Einzelfall so ziemlich um alles kümmern, was das Personalvertretungsgesetz hergibt und das stattet uns mit sehr umfangreichen Dingen aus, um die wir uns zu kümmern haben. Aber dieser andere Bereich, ist natürlich auch von Interesse.

Wenn jetzt niemand kommt, kann es für mich in Ordnung sein oder ich kann jetzt philosophieren und das tu ich auch hie und da und sage, da ist ein Druckkochtopfdeckel drauf, der innen einen bestimmten Druck entwickelt hat und der noch nicht aufgegangen ist. Das heißt, ich frage

schon von meiner Seite aus immer automatisch hie und da nach: Wie geht's? Wie steht's? Und frage auch so seitlich, wenn jemand zu mir kommt, mit einem Einzelpersonalproblem für sich selbst: Na, wie geht es euch auf der Station? Und und und. So halte ich meine Ohren offen und meinen Geist munter.

GRin **Matzka-Dojder**: Danke.

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

GRin Dr. **Pilz**: Herr Binder! Sie haben schon ein paar wichtige Fragen angesprochen und auch von ersten, für uns durchaus verspäteten Versuchen, die Personalsituation seitens der politischen Führung und der Krankenanstalten-Direktion zu verbessern. Eine dritte MitarbeiterIn im Nachtdienst, ist so eine Verbesserung. Sie haben auch davon gesprochen, dass das tatsächlich zu einer Entlastung führt. Das kann man nachvollziehen.

DGKP **Binder**: Ja.

GRin Dr. **Pilz**: Da gibt es jetzt offensichtlich aber schon intern ein großes – ich sage es jetzt oberösterreichisches - Gries um die Menschen. Ich zitiere aus einem Protokoll der Zentrumsitzung vom 3. März 2008 in der Pflegedirektion. Da wird angeführt, dass es hinsichtlich des dritten Nachtdienstes große Begehrlichkeit des Mittelbaus gibt. Da merkt der Protokollführer an: „Wir, die Pflege, bestanden in dieser Besprechung“ - und zwar mit Dr. Schütz am 4. März 2008 - „Wir bestanden in dieser Besprechung darauf, dass wir die Mitarbeitervermehrung per Brief mit den gestiegenen Anforderungen an die Pflege im Aggressionsfall begründeten. Die Nachtdienste sollten jetzt nicht durch vermehrte 1:1-Anordnungen aufgebraucht werden. Dies würde am Sinn unserer Forderung, Wiedererlangung der Stufe sichere Pflege im Nachtdienst, vorbeiführen.“

Ich habe jetzt zwei Fragen in dem Zusammenhang. Musste man etwas tun, damit die sichere Pflege wiedererlangt wird? Weil wenn da steht und das ist ein Protokoll vom 3. März 2008, ganz neu, also von diesem Jahr, dass man vorher keine sichere Pflege im Sinne der Pflegedirektion gewährleisten konnte.

Was halten Sie von dem und das ist jetzt fachlich durch dieses Konsensdokument der Psychiatrischen Gesellschaft mittlerweile außer Streit, dass, wenn jemand fixiert, tief sediert oder im Netzbett ist, eine 1:1-Überwachung „state of the art“ ist. Wie geht es Ihnen von der Pflege dann damit, dass Sie sozusagen plötzlich Anordnungen kriegen, die Sie in der Sache vielleicht auch sehr unterstützen, für die Ihnen aber Personal fehlt? Das ist aus dieser Äußerung festzustellen. Was machen Sie mit dem Dilemma, hinsichtlich 1:1-Anordnungen? Hatte man,

wenn man die sichere Pflege wieder erlangen muss im Nachtdienst, eine unsichere Situation?

DGKP **Binder**: Ich weiß jetzt nicht, von wem der Ausdruck „sichere Pflege erlangen“ kommt. Sichere Pflege ist einmal das Mindeste, was ich haben muss, darunter wird es logischerweise gefährlich.

Wir haben die Personalpräsenzen durch die flexible Diensterteilung und das bezieht sich jetzt auf die sichere Pflege, in Beantwortung Ihrer Frage, Minimal- und Maximalpräsenzen als Vorgabe unter denen sich das Personal den Dienstplan zwei Monate im Vorhinein einteilen kann. Da gibt es eine untere Grenze, die nicht unterschritten werden darf, das ist die sogenannte Minimalpräsenz. Das heißt aber noch lange nicht, dass die Minimalpräsenz, wenn sie um zwei, drei Stunden unterschritten wird, gleichzeitig eine unsichere Pflege ist.

GRin Dr. **Pilz**: Ich behaupte das ja nicht, ich zitiere aus einem Dokument. Da waren anwesend: Jaksch Adolf, Kriz Walter – der hat das Protokoll geschrieben – Wasl Michaela, STEFAN Ilse, STEFAN Harald, Zentrumsprecher, Yeh Maria, Standfest Christine, Osterc Werner, als Gast war der Herr Oberstleutnant Günther Aigner – da ist es um die Anzeigeproblematik gegangen -. Das sind Leute, die sozusagen etwas zu sagen haben.

DGKP **Binder**: Oberpfleger, Oberschwester, eine Stationsschwester.

GRin Dr. **Pilz**: Genau! In diesem Dokument steht: „Die Anordnung 1:1 zu überwachen“ Das ist klar, da ist jemand für etwas anderes blockiert: „Dies würde im Sinne unserer Forderung Wiedererlangung der Stufe sichere Pflege im Nachtdienst vorbeiführen.“

Das kann ich nicht anders lesen, selbst bei bestem Willen, wenn man etwas Wiedererlangen muss, dann hat man es vorher nicht gehabt. Dazu hätte ich bitte gerne eine Auskunft.

DGKP **Binder**: Für mich hört sich das so an, wie wenn die sichere Pflege sich auf den Nachtdienst bezogen hätte, so wie Sie das verlesen haben.

Wir haben 18 Pflegepersonen für den Nachtdienst und nur für den Nachtdienst bekommen. Auf das lege ich schon Wert, es sind dort wirklich drei Menschen im Nachtdienst. Wenn hohe Ausfälle sind oder Grippewellen oder sonst etwas, dann ist der Nachtdienst eine starre Größe - das ist das, was den Tag, der bei uns mit einem Zweischichtbetrieb zweigeteilt ist - die nur auf Kosten des Tagdienstes gehen kann. Wenn ein Nachtdienst ausfällt, ist er unbedingt nachzubersetzen und wenn ich nicht genug Leute habe, muss ich Überstunden anordnen, mir Personal holen, etc.

Ich kann mir nicht vorstellen, was ist „siche-

re/unsichere Pflege“? Bei einer unsicheren Pflege muss ich sofort handeln. Ich war bei dieser Diskussion nicht dabei, ich kenne auch das Protokoll nicht. Ich hätte das sicher hinterfragt, was dort gemeint ist. Ich werde das auch, wenn ich wieder im Haus bin, bei der Oberin hinterfragen und fragen was „sichere und unsichere Pflege“ ist.

Es war notwendig den dritten Nachtdienst zu bekommen. Wenn wir ihn ein Jahr früher gekriegt hätten, hätten wir ihn auch.

GRin Dr. **Pilz**: Das wäre auch meine Frage gewesen. Wenn es notwendig war, dann war Not. Wie ist es denn gewesen mit zwei MitarbeiterInnen im Nachtdienst?

DGKP **Binder**: Zwei MitarbeiterInnen im Nachtdienst hat vermutlich, da habe ich keine statistischen Unterlagen, dazu geführt, dass öfters von wo anders Hilfe angefordert wurde, die jetzt vielleicht nicht mehr in diesem Umfang angefordert wird. Wobei ich schon dazu sagen muss, die Security, die die Leute äußerst schätzen und die wir als Personal nie mehr missen möchten, dazu auch einen nicht unwesentlichen Beitrag an Sicherheitsgefühl gibt. Was ich weiß und höre, sind die recht gute, blendend ausgebildete Menschen, die das leisten können. Mehr kann ich Ihnen zu der Meinung, die dort vertreten wurde, leider nicht sagen.

GRin Dr. **Pilz**: Die 1:1-Anordnungen, ich will noch einmal auf dieses Dilemma zurückkommen.

Wenn jetzt eine 1:1-Überwachung angeordnet wurde, aus guten Gründen, die wir hier schon sehr oft besprochen haben, dass man z.B. Brandunfälle, wie sie passiert sind, für die Zukunft vermeiden kann, weil einfach jemand daneben sitzt und schaut, ob jemand mit einem Feuerzeug etwas anstellt oder ob jemand herum gehen möchte und Leute in Netzbetten verletzen, also 1:1-Anordnungen machen Sinn. Wie geht das für die übrigen Aufgaben der Pflege in der jetzigen Personalsituation zustande? Stellen Sie sich vor, Sie haben auf einer Station zwei Menschen, die eine 1:1-Betreuung brauchen. Was heißt das für die Durchführung der Diensthabenden?

DGKP **Binder**: Wenn sich eine Station, und das passiert manchmal, auf dem unteren Level befindet und zwei Pflegepersonen Basis im Dienst hat, dann geht es nicht, weil dann 18 andere PatientInnen bei voller Belegung keine pflegerische Betreuung hätten.

GRin Dr. **Pilz**: Das ist nachvollziehbar. Was tun Sie dann, wenn es angeordnet ist?

DGKP **Binder**: Ich habe noch nicht gehört, dass zwei 1:1-Überwachungen angeordnet wurden. Aber, dann muss sofort Personal angefordert werden, sofern es zur Verfügung steht. Weil

jedes Personal, das angefordert wird, muss eine andere Station hergeben. Da ist die Frage der Ausstattung dieser Station. Schauen Sie! Bei voller Systemisierung, wenn alle da sind, was ja fast nie der Fall ist, logischerweise, dann haben wir vier Pflegepersonen, Basis 4 Komma X, Basis im Dienst plus einen Stationspfleger, -schwester Vertretung. Das ist die Maximaltagausstattung. Die sind nicht da. Also die Durchschnittswerte, die ich von den Stationen höre, sind so um die 3, 2,8, also wenn man jetzt wirkliche Durchschnitte rechnet. Man kann Menschen nicht teilen. Aber Stunden. Um die drei, also wenn zwei 1:1 Betreuungen sind, ist eine völlige Person mit verbliebenen 18 PatientInnen, nehme ich an auch nicht sehr glücklich, wenn ich die überfordere. Also, wenn 1:1 Betreuungen vermehrt angeordnet werden oder würden, dann würde der Personalbedarf nicht mehr ausreichend sein, das ist eine Frage der Häufigkeit der Anordnung. Die Anordnung trifft ja die ÄrztIn.

GRin Dr. **Pilz**: Die Anordnung trifft die ÄrztIn. Es kommt ja relativ, so wenn man jetzt die Statistik anschaut, wie viel Beschränkungsmaßnahmen es gegeben hat, die dann auch in körpernahe Beschränkungen münden, ist es ja eine häufige Situation, dass Menschen durch Gurten oder Netzbett beschränkt werden. Also, das kann einem schon passieren, dass im Nachtdienst oder ist das völlig unwahrscheinlich, dass im Nachtdienst zwei PatientInnen beschränkt sind? Ist das denkbar auf einer Station?

DGKP **Binder**: Wir haben im Haus meines Wissens und das ist auch nach wie vor im Ausbau Videoüberwachungen. Mit denen bin ich beschäftigt, weil ja die Zustimmung der Personalvertretung einzuholen ist. Es werden auch mehr und ich habe auch im Prinzip nichts gegen eine Videoüberwachung. 1:1 Betreuung, wenn ein Monitor steht und jemand hat den Monitor im Auge, ist das auch eine 1:1 Überwachung. Und ich kann kurz tauschen und etwas anderes tun.

GRin Dr. **Pilz**: Meine Frage war, ob das sozusagen eine Alltagssituation ist, die vorkommt, dass ein bis zwei PatientInnen in der Nacht durch Überwachung.

DGKP **Binder**: Das ist meines Wissens, meines Wissens, ich arbeite aber nicht auf der Station, daher ist mein Wissen ein relatives. Da hätte ich mich kundig machen müssen oder Aufzeichnungen einsehen, wobei Aufzeichnungen einsehen von Seiten der Personalvertretung, die PatientInnen betreffen ja nicht üblich sind und das tue ich ja auch nicht. Wie soll ich zu Daten über PatientInnen kommen?

GRin Dr. **Pilz**: Na, es geht ja um die Anforderung, die es an die Pflege gibt. Wenn Sie sagen, die Psych-PV legt fest, durch die Tätigkeiten, die notwendig sind für die Betreuung der PatientIn-

nen ist es ja klar, das macht sozusagen einen klaren Arbeitsauftrag an die Pflege. Wenn jetzt 1:1 Überwachungen „state of the art“ sind, hat das Implikationen für die MitarbeiterInnen aus der Pflege. Sei es, dass jemand hinter einem Monitor ständig sitzen muss, um auch tatsächlich überwachen zu können. Oder sei es, dass er oder sie präsent sein muss am Bett der PatientIn. Wie werden Sie seitens der Personalvertretung, hier ist von Begehrlichkeit des Mittelbaus die Rede, ich lese „große Begehrlichkeit des Mittelbaus“ hinsichtlich der 1:1 Anordnungen. Wie reagieren Sie denn auf diese additive Arbeit, die da jetzt auf Sie zukommt, weil man Qualitätsstandards endlich auf das „state of the art“-Niveau hebt.

DGKP **Binder:** Wenn 1:1 Überwachungen angeordnet werden, ist eine Pflegeperson in irgendeiner Form gebunden an eine PatientIn, dann ist die Personalberechnung neu zu gestalten, hat das einzufließen und es ist vermehrt Personal aufzunehmen. Weil sonst kann ich nicht eine 1:1 Überwachung haben.

GRin Dr. **Pilz:** Ich verstehe.

DGKP **Binder:** Ich meine, ich kann jetzt aber nicht aus dem Bauch sagen, wie hoch der Bedarf ist und auch überhaupt nichts sagen.

GRin Dr. **Pilz:** Aber Sie würden zusätzliches Personal brauchen um das -

DGKP **Binder:** Das kommt auf die Anzahl und die Häufigkeit der 1:1 Überwachungen an. Wenn ich einmal 1:1, die habe ich auch schon einmal gehabt, wie ich im 82er Jahr gearbeitet habe, haben, wir die PatientIn halt vor den Sozialraum geschoben, um ihn immer im Auge zu haben. Das ist ja kein Problem. Es kommt auf die Baulichkeiten an natürlich. Ja. Es kommt auf die Häufigkeit der Anordnung an und wie oft und ob es dann, es wird ja relativ schnell personalrelevant. Jede 1:1 Anordnung Überwachung ist das personalintensivste was es gibt. Es ist auch personalintensiv, wenn ich eine PatientIn hätte, sage ich von der psychiatrischen Abteilung ins Röntgen begleiten muss, weil ich den nicht alleine schicken kann, ist eine Person gebunden. Ob das jetzt eine Pflegeperson, ein Pflegehelfer oder eine Abteilungshelferin, kommt auf den Zustand der PatientIn an. Und wenn ich nur eine Begleitung brauche, aber Begleitung gestellt werden muss, fehlt eine Person auf der Station und das ist dann neu zu überlegen und zu überdenken. Dieses Problem, was Sie da anscheinend stehen haben, ist noch nicht in dieser Form an mich herangetragen worden. Bis heute.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Frau GRin Praniess-Kastner bitte. (*Zwischenruf*) Herr GR Ing. Mag. Dworak.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Danke. Herr Binder, Sie hatten uns schon zuerst von dem Thema

Gewaltvorfälle erzählt und auch das neue Zusammenfunktionieren mit dem Security- oder Wachtdienst. Zuerst einmal meine Frage betreffend überhaupt dem internen Umgang mit den gewalttätigen PatientInnenübergriffen. Sie haben ja einerseits sicherlich auch gewisse, Vorschriften und wie bewerten Sie als Personalvertretung die Situation „PatientInnenübergriff“ überhaupt. Wie sehen Sie das? Wie beurteilen Sie das?

DGKP **Binder:** Grundsätzlich aus meiner beruflichen Sicht ist jedem psychiatrischen Krankenpfleger, -schwester bewusst, dass so etwas passieren kann. Sie weiß ja, mit welchen Menschen sie es zu tun hat. Das heißt, es ist berechenbar und bewusst. Es ist nur immer eine Frage und es wird ja im Vorfeld ist ja die Möglichkeit, es werden ja bitte alle geschult und werden weiter geschult, darauf zu schauen, dass es gar nicht zu solchen Situationen kommt, nämlich prophylaktisch zu arbeiten und Held ist natürlich keiner und die sogenannten Ausreißer, ich bezeichne es einmal so, wo wirklich Menschen zu schaden kommen, also Personal zu schaden kommt, sind ja im Verhältnis zu den Aggressionshandlungen oder verbalen Aggressionen ja doch relativ und Gott sei Dank gering. Aber jede ist zu viel, jede Verletzung.

Ich sehe das ganz normal in der Arbeit, Verletzungen können passieren, wo es wirklich problematisch wird und auch für die Personalvertretung schon geworden ist, sind schwere Verletzungen am Personal. Und da schaue ich mir die Dinge schon genauer an. Natürlich habe ich die Hürde, keine PatientInnendaten einzusehen, primär, tue ich auch nicht, obwohl ich vielleicht auch könnte, aber ich muss mich primär einmal ums Personal kümmern. Da schon zu schauen, ob irgendetwas nicht in Ordnung war. Das passiert ja. Es würde jede Verletzung gemeldet und es ist ja eigentlich die Aufgabe des Dienstgebers, auch die Ursachen und was kann ich dagegen tun, zu durchleuchten. Natürlich kann ich nicht bei jeder Verletzung sagen, ja das wäre zu verhindern gewesen. Es gibt Verletzungen, die einfach durch die Häufigkeit der Tätigkeit mit solchen PatientInnen auftreten. Es soll nicht zu viel werden. Und es soll nicht zu schwer werden. Um die schweren Verletzungen mache ich mir schon Sorgen, weil wir haben jetzt in den letzten zwei Jahren vier schwerverletzte Bedienstete gehabt und die Jahre zuvor glaube ich, in die letzten noch 10, 15 was ich mich erinnern kann, eine einzige. Das war ein Nasenbeinbruch. Sonstige Verletzungen, Kratz-, Biss-, Schlagwunden oder blaue Flecken und so, die gemeldet werden, die gibt es immer wieder. Wobei ich hoffe, dass die Meldedisziplin des Personals eine bessere geworden ist. Ich stelle das, ich hoffe es, sagen wir einmal so. Weil ich kann

noch erinnern, wir haben früher nicht jeden Kratzer gemeldet, weil das, dieser Aufwand, in die Personalstelle geht, dort das Formular auszufüllen und wegen dem Kratzer mache ich keinen Tamtam. Ich bin ein psychiatrischer Krankenpfleger. Das ist jetzt, hoffe ich, schon besser geworden, glaube es auch, dass es besser geworden ist, wird auch rundherum auch von der Kollegialen Führung und meiner Seite als Personalvertreter immer wieder aufgewiesen, das zu tun. Ich hab da keinen besonderen Umgang mit den Verletzungen, außer dass die, die schwerwiegend sind und verhinderbar vielleicht wären, dann zu irgendwelchen Konsequenzen führen, wie Verbesserung der Überwachungssysteme oder sonstigen Dingen, die halt auch alle ein Geld kosten, wie es jetzt zum Beispiel am 23er passiert, wo die drei Personen schwer verletzt wurden, wo das Überwachungssystem und Alarmsystem neu überarbeitet installiert wird und die Möglichkeiten ausgeschöpft sind, nicht zur Gänze aber doch ausgeschöpft sind.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Die Frau Dr. Leth hat hier in der 12. Sitzung erzählt, dass sie am 17. Juli 2007 sehr schwer verletzt worden ist und dann etliche Wochen im Krankenstand war. Wissen Sie, ob damals unmittelbar danach sich eine Konsequenz aus dieser Verletzung ergeben hat? Können Sie sich noch erinnern daran.

DGKP **Binder**: Eine Konsequenz jetzt im Sinne von baulichen oder?

GR Ing. Mag. **Dworak**: Veränderungen. Einfach im System Veränderung, im Nachtdienst Veränderung, im Tagdienst Veränderung?

DGKP **Binder**: Nein. Also, da hat es jetzt keine dienstlichen oder personellen Konsequenzen oder Überwachungskonsequenzen gegeben. Der Vierer ist relativ gut mit Überwachungsgeräten ausgestattet. Meines Wissens hat diese Verletzung außerhalb des Pavillons stattgefunden. Weil die Patientin ihr Auto demoliert hat und die Frau Dr. Leth das gesehen hat und natürlich verhindern wollte und da ist dieser Vorfall eben passiert. Ja.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Also, in dem konkreten Fall.

DGKP **Binder**: Ich meine, ja, ich werte das nicht. Es war beim Staatsanwalt.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Okay.

DGKP **Binder**: Der Staatsanwalt hat es anders gesehen.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Gibt es da Beratungsmöglichkeiten oder Unterstützungsangeboten von Seiten der Personalvertretung bzw. von Seiten der Stadt Wien Ihres Wissens nach?

DGKP **Binder**: Also, von Seiten der Personalvertretung ist natürlich jede KollegIn in meinem Büro dazu befugt, macht es auch. Die Frau Dr. Leth war auch bei mir. Für mich ist es somit

eine Einzelpersonalangelegenheit, hat mich auch am Laufenden gehalten. Ich habe sie auch beraten. Wir waren auch laufend in Kontakt. Und sind auch noch immer in Kontakt. Aber nicht in der Angelegenheit, weil die Frau Dr. Leth ist jetzt Mittelbauvertreterin der ÄrztInnen geworden und es gibt da eine psychologische Beratungsstelle, glaube ich, in der Schnirchgasse. Fragen Sie mich jetzt nicht welche Stellen es alle gibt, wo man sich hinwenden kann. Ich muss sagen, ich hätte mir ein bisschen Kümmern seitens des Dienstgebers schon erwartet. Aber das ist meine persönliche Meinung.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Vom wem jetzt?

DGKP **Binder**: Vom Dienstgeber. Krankenanstaltenverbund. Generaldirektion. Auch in der Angelegenheit der verletzten KollegInnen vom Pavillon 23.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Also, Ihrer Meinung nach müsste eigentlich

DGKP **Binder**: Persönliche Kümmernis. Das wirkt auch -

GR Ing. Mag. **Dworak**: mehr sich dafür einsetzen, dass in so einem Fall auch die PatientInnen besser informiert und unterstützt werden.

DGKP **Binder**: PatientInnen und Personal!

GR Ing. Mag. **Dworak**: MitarbeiterInnen genauso eben, PatientInnen.

DGKP **Binder**: PatientInnen werden unterstützt durch die Kollegenschaft, durch die Bediensteten, die sie betreuen. PsychologInnen, ÄrztInnen. Ich meine, die PatientInnen sind umorgt.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Aber haben ja auch erzählt eben zuerst von den Security oder Wachtdienst. Seit wann ist der jetzt im Einsatz.

DGKP **Binder**: Seit heuer. Jänner glaube ich.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Wissen Sie das nicht?

DGKP **Binder**: Also, von dem ich spreche, wir haben ja eigentlich drei Security-Leute der selben Firma im Haus. Einer davon ist auf Pavillon 23/2, weil dort die Justiz, die Justizwachebeamten ab 16.00 Uhr glaube ich und am Samstag, Sonn- und Feiertagen abgezogen wurden. Und in der Nacht.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Ist das der forensische Pavillon?

DGKP **Binder**: Das ist der forensische Pavillon. Und da gibt es einen Securitymann in dieser Zeit, wo die Justiz keine Wachebeamten dort hat und zwei, die für das Haus, wirklich für das ganze Haus zuständig sind, nur hauptsächlich werden sie in der psychiatrischen Abteilung genützt. Und die gibt es seit heuer, glaube ich, im Jänner oder fragen Sie mich nicht ganz genau, aber seit heuer gibt es sie.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Wie funktioniert die Zusammenarbeit hier mit dem Personal?

DGKP **Binder**: Was ich von dem Personal höre ausgezeichnet. Sie möchten sie nicht misen, habe ich ja schon vorhin auch gesagt. Also, sie fühlen sich sicher. Diese Leute sind gut ausgebildet und sind natürlich unbewaffnet und durch die Uniform und so stellen sie doch allein durch ihr Auftreten, dass sie da sind, lösen sie wahrscheinlich gewisse Reflexe aus, dass es nicht zu einer Eskalation kommt. Allein durch ihre Anwesenheit.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Wir haben auch die Information gehört, wenn jemand gerufen wird, es oft nicht so funktioniert, wie es sein könnte. Sehen Sie da einen Verbesserungsbedarf?

DGKP **Binder**: Speziell muss ich nachfragen.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Zur Unterstützung wie in dem Fall.

DGKP **Binder**: Vom Personal? Na ja, es kann natürlich schon vorkommen, dass, wenn die zwei Security-Leute auf einem Pavillon eingesetzt sind und im selben Augenblick auf einer anderen Station Hilfe gebraucht wird, dass die natürlich nicht sofort zur Verfügung stehen. Wie gesagt, das kann, wenn etwas gut funktioniert, nie zu wenig sein. Aber es kommt halt trotzdem auch hie und da sogenannten -Engpässen. Wie die Fußball-EM in Wien war, haben wir eine doppelte Mannschaft für diesen Monat gehabt. Na ja, die KollegInnen war schon sehr zufrieden, weil da ist nie vorgekommen - ich meine, an drei Stellen gleichzeitig wird es vielleicht im Jahr einmal passieren, aber nicht üblich, man kann nicht wirklich jedes Wenn und Aber abdecken. Das wäre nicht sinnvoll. Es war schon gut. Aber es hilft nichts, sie sind nicht so billig, was ich gehört habe. Das ist eine Fremdleistung.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau GRIn Mag. Ramskogler.

GRIn Mag. **Ramskogler**: Dankeschön, Herr Vorsitzender!

Ja, sehr geehrter Herr Binder! Als Personalvertreter sind Sie ja in erster Linie fürs Personal und deren Zufriedenheit, aber auch für deren Sicherstellung zuständig. Und zum einen möchte ich jetzt auf Grund auch dieser Vorfragen ja nach wie vor feststellen und möchte Sie dann nach Ihrer freien Meinung fragen. Auf einer Psychiatrie, und insbesondere akutpsychotische und – psychiatrische PatientInnen sind ja schon eine eigene Klientel auf Grund ihres Krankheitsbildes, und ob Sie das auch so sehen und auch natürlich ist diese Spezialausbildung, die die MitarbeiterInnen ja haben, erscheint ja auch sehr sinnvoll deshalb, aber können Sie uns ein bisschen sagen, warum das sinnvoll ist, dass man eine Spezialausbildung hat, wie man auf einer Psychiatrie arbeitet?

DGKP **Binder**: Bei psychiatrischen PatientInnen ist ein Organ gestört, das eigentlich unsere

Schaltstelle ist im Körper, nämlich das Gehirn. Und ich vergleiche das immer wenn ich Gallensteine habe und ich habe Schmerzen und Gallenkoliken, dann weiß ich, ich gehe zum Doktor, der sagt mir: „Sie haben Gallensteine. Sie gehören operiert.“ Und ich gehe operier. Wenn ich aber ein Organ betroffen habe, das für mich nicht bewusst macht, dass ich krank bin, dann gehe ich auch nicht behandeln, daher ist allein die Geisteskrankheit ja etwas Außergewöhnliches und dadurch werden ja auch die PatientInnen stigmatisiert. Ein Mensch, der Gallensteine oder Krebs hat, wird bedauert. Ein Mensch, der geisteskrank ist, wird auch bedauert. Keiner von uns will geisteskrank werden. Keiner will Gallensteine. Aber wenn ich es mir aussuchen kann, will ich lieber Gallensteine.

So ist es einfach. Und die Psychiater und Pflegepersonen werden und therapeutisches Personal wird in ihrer Ausbildung auf diese Zustände ausgebildet. Das stellt für mich jetzt keine Besonderheit dar. Besonderheit stellt es dar für die Umgebung. Es sind ja nicht umsonst Anstalten gebaut worden, um psychisch Kranke unterzubringen. Die Mauer lasse ich jetzt einmal weg. Das Wilhelminenspital hat auch eine Mauer rund herum und die ist weniger durchlässig wie unsere. Wir haben mehr Eingänge in der Psychiatrie.

GRIn Mag. **Ramskogler**: Danke für die Antwort. Ich denke, es ist so wichtig klarzustellen und auch hier für unser Auditorium, dass es hier schon um eine besondere Form geht einer Pflege für psychiatrische PatientInnen.

Wenn ich nun weiterfragen darf im Bezug auf die MitarbeiterInnenzufriedenheit. Es gibt demnächst, wir haben es auch bei der letzten Sitzung beantragt, es gibt vom KAV jetzt eine Erhebung der MitarbeiterInnenzufriedenheit. Wir werden uns auch das nächste Mal oder das übernächste Mal damit beschäftigen. Wissen Sie von der? Sind Sie von dieser MitarbeiterInnenzufriedenheitserhebung einbezogen worden? Warden Sie gefragt?

DGKP **Binder**: Bin ich informiert. Ich muss da schon was dazu sagen. Ich hielte es für klüger, es hat ja schon in der Vergangenheit immer wieder bestimmte Befragungen gegeben. Es gibt auch in Primariaten regelmäßig wiederkehrende MitarbeiterInnenzufriedenheitsbefragungen und in manchen Primariaten, ich erwähne da das Primariat, wo der Oberpfleger Ostdeutsch das macht, dass man dann einen schönen Überblick kriegt und dann sieht, wo gibt es Einbrüche, Verbesserungen und da braucht man aber eine Kontinuität. Es reicht nicht, einmal abzufragen und zwei Jahre später einen anderen Fragebogen auszuschicken. Es gibt Fragebögen. Ich tendiere eher dazu, die Fragebögen zu nehmen, die schon einmal verwendet wurden, mit in etwa

dem selben Frageninhalt, vielleicht kann man sie am Rande verbessern. Weil dann habe ich schon ein Ergebnis und kann das neue Ergebnis vergleichen. Immer wieder neue Fragebögen aufzulegen, diese einmal abzufragen und dann gibt es ein Ergebnis, das manchmal vielleicht in manchen Punkten dann nicht gut rüber kommt, in manchen gut rüber kommt, halte ich nur dann für sinnvoll, wenn diese auch dann in Zukunft regelmäßig verwendet werden. Es ist natürlich immer ein finanzielles Problem, keine Frage. Man sollte auch das nicht so sehr verteuern, weil dann wird es irgendwann eingestellt, wenn es zu viel Geld kostet. Also, ich denke mir, das würde ich mir wünschen. Aber ich weiß von diesem Vorhaben.

GRin Mag. **Ramskogler:** Waren Sie auch daran beteiligt, zum Beispiel mit irgendwelchen Fragen? Also ein Vorschlag, was da in dem Fragebogen drinnen steht?

DGKP **Binder:** Was ich weiß, ist es derzeit in Ausarbeitung und als Grundlage wird ein Fragebogen genommen, der, ich glaube, aus dem Drogeninstitut kommt und umgearbeitet wird. Das ist die Mitteilung, die ich bekommen habe.

GRin Mag. **Ramskogler:** Aha, aber mitgearbeitet von der Personalvertretung?

DGKP **Binder:** Noch nicht, nein. Wir haben auch keine Ressourcen jetzt in Spezialdingen mitzuarbeiten und bei den Sitzungen dabei zu sein. Ich kann mich nur erinnern, wie das war mit dem Boltzmann-Institut. Es waren ja doch einige Sitzungen in ganz Österreich. Ist freundlicherweise ein Mitglied des Dienststellenausschusses dorthin mitgefahren, der dann natürlich in seiner Freizeit noch viel Zeit geopfert hat und das nimmt schon sehr viel Zeit in Anspruch und die Personalvertretung, dankenswerterweise freigestellte Dienstposten, aber die reichen nicht dazu aus, alle Stäbe, die in einem Haus durch Spezialeinheiten -

GRin Mag. **Ramskogler:** Aber würden Sie es für sinnvoller erachten?

DGKP **Binder:** Ja, ich schaue mir den sicher an. Und die habe ich auch immer gekriegt vorher die Fragebögen, um meine Meinung zu hören. Das hat bisher auch immer gut funktioniert. Aber weil Sie mich gefragt haben: mitarbeiten bei der Erstellung. Ich lese ihn mir durch und wenn ich Vorschläge habe werde ich sie bringen.

GRin Mag. **Ramskogler:** Geben Sie ein Kommentar ab?

DGKP **Binder:** Natürlich.

GRin Mag. **Ramskogler:** Ja. Okay. Gut. Danke sehr.

DGKP **Binder:** Bitte.

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

GRin Dr. **Pilz:** Herr Binder! Als Personalvertreter sind Sie ja auch für die ÄrztInnenschaft zuständig,

DGKP **Binder:** Natürlich.

GRin Dr. **Pilz:** Weil Sie ja Personalvertreter für das gesamte Personal sind. Es sind im Zusammenhang mit Todesfällen im Otto-Wagner-Spital zwei ärztliche MitarbeiterInnen befasst oder betroffen von gerichtsanhängigen Verfahren. Wenn es hier zu einer Verurteilung kommt, was hat denn das für Konsequenzen im Haus für die Betroffenen? Meine Frage also: Gab es schon einmal Verurteilungen von MitarbeiterInnen, sei es Pflege oder ärztliches Personal? Und was bedeutet das für die Situation des Betroffenen im Haus?

DGKP **Binder:** Also, Verurteilungen gab es und wird es auch in Zukunft geben, aus welchen Gründen auch immer. Wo 30 000 Menschen beschäftigt sind, es können auch privatrechtliche Verurteilungen sein. Das Dienstrecht hat da ganz klare Vorgaben. Eine Bedienstete, die verurteilt wird rechtskräftig mit einem bestimmten Strafausmaß hat eine Selbstanzeige oder hat das dem Dienstgeber zu melden bzw. die Gerichte tun das ja ohnehin auch selbst, wenn jemand im öffentlichen Dienst steht. Und danach wird bei BeamtInnen ein Disziplinarverfahren eingeleitet, das nach der Disziplinarordnung abläuft und bei schweren Vergehen, ich bin kein Jurist, bitte tun Sie mich jetzt nicht wörtlich nehmen, ich lasse mich auch gern korrigieren, bei Strafausmaß über einem Jahr ist die Entlassung für BeamtInnen vorgesehen und ich nehme an, eine Vertragsbedienstete wird auch entlassen. Nur für die ist halt das Arbeits- und Sozialgericht dann zuständig.

GRin Dr. **Pilz:** Wir haben mit dem Vertreter der Staatsanwaltschaft, Dr. Jarosch diskutiert. Es gibt ja jetzt ein neues Gesetz, das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz, wo für strafrechtlich relevante Vorkommnisse in Organisationen die Möglichkeit geschaffen wurde, dass sozusagen Verantwortliche in den Hierarchieebenen zur Verantwortung gezogen werden. Das ist in Folge von Kaprun, weil da überhaupt niemand Schuld war schlussendlich in Kaprun und das sehr schwer nachvollziehbar war. Und die Frage, ob das jetzt wohl auf die Spitäler der Gemeinde Wien anzuwenden ist, dieses Verbandsverantwortlichkeitsgesetz ist nach wie vor nicht ausjudiziert. Warum ich darauf zu reden komme, ist folgender Grund: Solange es dieses Gesetz sozusagen nicht gegeben hat bzw. sollte es nicht zur Anwendung kommen, kann doch in einem Fall, wo etwas passiert, dass jemand stirbt und es strafrechtlich relevante Implikationen hat, kann es ja immer nur den Einzelnen treffen, also die Pflegeperson, die Ärztin, die dann sozusagen

entweder verurteilt oder freigesprochen wird. Meine Frage: Wenn es Systemfehler gibt, also wenn zum Beispiel zu wenig Personal da ist, um eine 1:1 Überwachung sicherzustellen oder wenn zum Beispiel PatientInnen, die fixiert sind, ganz weit weg vom Stützpunkt untergebracht sind, inmitten anderer PatientInnen, die sozusagen jederzeit auch was Böses mit ihnen können und und und. Also, wenn es sozusagen so ist, dass man sagt: „Tut uns leid, wir haben weder Personal noch die räumliche Ressourcen noch die Videoüberwachung“ und und und, wenn also Rahmenbedingungen das Arbeiten erschweren, ist es dann für Sie, wenn da Einzelne vor dem Richter stehen, was bedeutet das für die Personalvertretung? Kann man da seiner Vertretungsaufgabe nachkommen?

DGKP **Binder:** Also, vor Gericht kann ich nicht einer Vertretungsfrage nachkommen. (*Zwischenruf*) Ich nehme an, die Menschen nehmen sich einen Anwalt. Also, was bei der Staatsanwaltschaft ist oder angezeigt ist bei der Staatsanwaltschaft ist einmal von mir unbeeinflussbar und von der Personalvertretung, auch von der Kollegiale Führung unbeeinflussbar. Das nimmt seinen rechtlichen Lauf. Sonst muss ich passen. Ich bin kein Jurist. Also, ich würde mich eines, wenn ich mit solchen Fällen behaftet wäre, eines Juristen bedienen.

GRin Dr. **Pilz:** Der Punkt ist, dass mir ÄrztInnen gesagt haben, unter der herrschenden Personalnot - und dass Sie die als solche sehen, ist ja dem Brief zu entnehmen, den Sie zusammen ÄrztInnenvertreterInnen an den Dr. Marhold geschickt haben, den Sie auch unterschrieben haben. Wo ganz eindeutig drinnensteht, dass also die Personalnot sehr groß ist und das haben Sie an den Generaldirektor Marhold im vergangenen Dezember geschickt. Die Personalsituation des psychiatrischen Zentrums ist seit Monaten aufs Äußerste angespannt, lange Krankenstände, längerfristig unbesetzte ÄrztInnenstellen und allgemeiner FachärztInnenmangel und so weiter und so weiter. Einen Teil hat ja meine Kollegin Praniess-Kastner schon vorgelesen. Also, da gibt es einen Mangel und wenn es einen Mangel gibt, dann kann man möglicherweise seine Arbeit nicht so gut erfüllen wie man das gerne möchte. Die ÄrztInnen haben auch schon selber wiederholt gegenüber den Vorgesetzten von Einlassungsfahrlässigkeit gesprochen. Das muss doch auch etwas sein, was Sie als Personalvertretung beschäftigt, wenn ÄrztInnen sagen: „Wir wollen gut arbeiten, wir können aber nicht, weil wir uns am Rande der Einlassungsfahrlässigkeit bewegen, und das wiederholt nach oben melden.“ Was heißt das für die Personalvertretung?

DGKP **Binder:** Zum Einen muss ich einmal korrigieren. Der Brief ist nicht von mir unterschrieben an den Herrn Dr. Marhold gegangen. Hierbei handelt es sich um einen Entwurfsbrief der Mittelbauvertretung damals, den wir mit der Frau Dir. Kalousek.

GRin Dr. **Pilz:** Das ist ein anderer Brief!

DGKP **Binder:** Das ist ein anderer Brief?

GRin Dr. **Pilz:** Das ist ein anderer Brief. Tut mir leid. Das ist ein anderer Brief.

DGKP **Binder:** Darf ich den sehen? Ich bringe meine Briefe schon durcheinander.

GRin Dr. **Pilz:** Sehr geehrter Herr. Der Herr Dr. Marhold hat das auch bestätigt, dass er den gekriegt hat, weil wir schon im Ausschuss darüber geredet haben, unterschrieben von Dr. Romana Ortner, Werner Binder, Dr. Pichlmann. (*Zwischenruf*) Vom 13. Dezember 2007. Das ist nicht jener, der im Entwurf 2008 noch einmal eine ähnliche Problematik. Ich lese es Ihnen vor: „Sehr geehrter Herr Dr. Marhold! Aus aktuellem Anlass sind mehrere KollegInnen an den Mittelbau herantreten. Die Personalsituation des psychiatrischen Zentrums ist seit Monaten aufs Äußerste angespannt durch lange Krankenstände, längerfristig unbesetzte ÄrztInnenstellen und allgemeinen FachärztInnenmangel. Zusätzlich ist zu bemerken, dass eine Angleichung der Zahl der ÄrztInnenstellen an die immer mehr steigenden Anforderungen nicht stattgefunden hat. Verschärfte Situationen durch abteilungsübergreifende OberärztInnen diensträder, eine OberärztIn für zwei Primariate. Weiters sind derzeit die wenigstens Diensträder mit den vereinbarten sieben ÄrztInnen besetzt, oftmals ist es besonders FachärztInnen nicht möglich, nach dem Nachtdienst aus dem Dienst zu gehen. Die verbleibenden ärztlichen KollegInnen arbeiten mit vermehrten Nachtdiensten und Überstunden, um diesen Mangel zu kompensieren. Diese Überstunden übersteigen bei weitem das vorgesehene Kontingent, werden großteils nicht ausbezahlt und der dadurch anfallende Freizeitanspruch kann wiederum nicht konsumiert werden. Der Unmut der KollegInnen steigt und hängt sicherlich nicht mit mangelndem Arbeitseifer oder Arbeitseinsatz zusammen. Es ist nur verständlich, dass im Rahmen der Mehrbelastung eine Überlastung eingetreten ist. Bei dieser chronischen Überforderung der KollegInnen kommt es nicht zuletzt auch zu einer Gefährdung der PatientInnen. Im Konsens mit der Personalvertretung und der Hauptgruppe 2 ersuchen wir höflich um eine umgehende Lösung der oben beschriebenen Problematik. Mit freundlichen Grüßen. Dr. Ortner, Werner Binder, Dr. Pichlmann.“

Und darauf haben Sie ja auch eine Antwort gekriegt am 18. Dezember 2007. Also, dass es diesen Brief gegeben hat, ist durch die Antwort

klar. Da wird eine Vermehrung der ÄrztInnenposten vom Dr. Marhold im Bereich der Orthopädie und Anästhesie in Aussicht gestellt. Der Antrag hinsichtlich Otto-Wagner-Spital wird erst geprüft. Wir wissen, es sind dann TurnusärztInnenstellen geschaffen worden. Nicht FachärztInnen, die die Ausbildung fertig absolviert haben.

DGKP **Binder:** FachärztInnenstellen sind das.

GRin Dr. **Pilz:** FachärztInnenstellen. So. Aber meine Frage an Sie war jetzt, unter dieser Situation kann es zur Einlassungsfahrlässigkeit kommen. Was machen Sie als Personalvertretung, wenn dann Einzelne, wie Sie es mir sagen, draufzahlen und für den Personalmangel und für die Situation den Kopf hinhalten müssen und sich dann konfrontiert mit einem persönlichen Vorwurf vor dem Richter finden?

DGKP **Binder:** Als Personalvertreter kann ich nur im Rahmen der Möglichkeiten agieren, nämlich den Bediensteten empfehlen, einen Anwalt sich zu nehmen bzw. ihm einen über die Gewerkschaft, sofern er Mitglied ist, zur Verfügung zu stellen. Die Möglichkeit besteht. Zum Zweiten ist auf diesem Brief ja doch reagiert worden. Wir haben die geforderten ÄrztInnendienstposten, FachärztInnenposten wohl gemerkt, bekommen. Nur leider gibt es anscheinend nicht die nötigen FachärztInnen der Psychiatrie, um diese Dienstposten zu befüllen. Und diese Dienstposten wurden halt vorläufig mit TurnusärztInnen besetzt, wo keine FachärztIn zu finden war und ist. Aber an und für sich hat die Dienstgeberseite, nicht nur wahrscheinlich auf dieses Schreiben, welches sie auch sonst auch noch kriegt, weiß ich ja nicht, reagiert und uns die FachärztInnenposten, die gefordert wurden, zur Verfügung gestellt. Die Menschen haben wir halt noch nicht dazu. Das kann ich auch nicht ändern.

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

GR **Lasar:** Danke Herr Vorsitzender!

Eine Frage hätte ich an Sie: Ist für Sie die derzeitige Personalsituation - (*Zwischenruf*) Soll ich es wiederholen? (*Zwischenruf*)

DGKP **Binder:** Nein, ich verstehe. Bis jetzt habe es ich es verstanden.

GR **Lasar:** Nein. Ist für Sie die derzeitige Personalsituation im Otto-Wagner-Spital zufriedenstellend oder nicht?

DGKP **Binder:** Global ist es nie zufriedenstellend für einen Personalvertreter, weil ich jetzt schon weiß, dass irgendwann wieder ein Personalengpass kommen wird, der von außen vermutlich gesteuert ist und wenn eine Grippe- oder eine sonstige Erkrankungswelle kommt, dann wird es eng. Aber da wird es nicht nur im Otto-Wagner-Spital eng, dann wird es in jedem anderen Krankenhaus und in jedem anderen

Betrieb eng. Wie soll ich sagen? Ich meine, ich bin ein Realist. Natürlich kann man sagen, es muss jeder für jedes Spital, jeder Rechtsträger so eine große Vorhalteleistung haben, dass die schlimmste Grippeepidemie, die alle 50 Jahre kommt, personell gesichert ist. Ich denke mir, das wird sich keine öffentliche Hand leisten und keine SteuerzahlerIn goutieren. Aber ich sage jetzt einmal so, durch die Dienstposten, die wir für den psychiatrischen Bereich bekommen haben, können wir jetzt besser arbeiten als vorher. Wir haben natürlich außer dem psychiatrischen Bereich auch noch andere Bereiche im Haus, zwei Lungenabteilungen, eine interne Abteilung, eine orthopädische Abteilung, eine Chirurgie, eine Lungenchirurgie.

GR **Lasar:** Entschuldigung. Nur von der Psychiatrie.

DGKP **Binder:** Ach so. Na ja, also für die Psychiatrie schauen wir uns das jetzt einmal an und warten auf das was passiert. Wir haben jetzt einmal zumindest Personal bekommen. Ganz glücklich, und das habe ich auch schon im Laufe des heutigen Tages erwähnt, bin ich noch nicht mit der Psych-PV als Gesamtes. Ich bin der Meinung, da gehört ein bisschen einmal in den Hintergrund geschaut, ob da etwas herauskommt. Aber an und für sich geht es, solange niemand kommt und uns Personal wegnehmen möchte, bin ich zufrieden. Wir schweben, wir verhandeln ja immer unter dem Damoklesschwert des sogenannten gedeckelten Dienstpostenplanes bei der Stadt Wien und da ist jedem Personalvertreter in jedem Haus bewusst, dass er entweder Posten umsystemisieren muss aus anderen Berufsgruppen, wenn er wo anders Bedarf hat bzw. dass ein anderes Haus Federn lassen muss, wenn ein anderes Haus irgendwelche Dienstposten bekommen soll. In Summe darf es meines Wissens nicht mehr werden. Das ist unser Handicap.

GR **Lasar:** Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Frau GRin Praniess-Kastner bitte.

GRin **Praniess-Kastner:** Herr Binder! Ich nehme an, Sie haben die Protokolle der Untersuchungskommission gelesen und eine schon oft diskutierte Aussage von der Frau Pflegedirektorin Angela Schütz, die folgendermaßen gelaute hat: „Wer in einem Heuhaufen sitzt, sollte nicht zündeln, weil er dann in Rauch aufgeht.“, wurde hier oftmals thematisiert

Eine Frage an Sie oder drei Fragen bezüglich dieser Aussagen. Waren Sie persönlich dabei, als diese Aussage getätigt wurde? Was sagen Sie prinzipiell zu dieser Aussage? Und wie hat sich diese Aussage auf die Personalsituation im Otto-Wagner-Spital ausgewirkt und auf das Kommunikationsklima innerhalb des Personals?

DGKP **Binder**: Ich war nicht dabei. Ich kenne meine Oberin schon über Jahre, Jahrzehnte. Also sie hat oft Beispiele zur Hand, die manchmal sogar äußert treffend sind, auch bei Zielvereinbarungsgesprächen. Ich selbst hätte diese Aussage in dieser Form mit diesem Inhalt nicht getätigt. Und sie ist dort und da auch nicht besonders gut angekommen. Aber dass sich jemand durch diese Aussage bedroht gefühlt hätte, ist mir nicht zu Ohren gekommen.

GRin **Praniess-Kastner**: Und wie hat sich diese Aussage aufs Kommunikationsklima innerhalb des Personals ausgewirkt?

DGKP **Binder**: Zu mir? Kommunikation mit der Personalvertretung? Also, ich stelle nicht fest.

GRin **Praniess-Kastner**: Innerhalb des Personals. Und was Ihnen sozusagen zur Kenntnis gebracht wurde.

DGKP **Binder**: Na, das was ich gesagt habe. Bei manchen ist es nicht gut angekommen. Aber die kommunizieren nach wie vor. Es muss ja kommuniziert werden in der psychiatrischen Abteilung. Wenn nicht kommuniziert wird, ist es aus. Das geht nicht. Das sind Teams, die müssen zusammenarbeiten. Wenn in einem OP nicht kommuniziert wird, dann wird es haarig für die PatientIn. Es muss kommuniziert werden. Es wird auch kommuniziert. Ich messe dem nicht so große Bedeutung zu, diesem Sager. Er ist halt ein Sager. Gut. Ich habe keinen Sager auf Lager.

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

GR **Wagner**: Herr Kollege, wenn ich es so sagen darf, auch als Gewerkschafter. Ich habe an Sie eine konkrete Frage, die mir eigentlich eingefallen ist, als ich Sie in Ihrem Einleitungsstatement gehört haben. Sie haben uns ja mitgeteilt, dass Sie durchaus eine sehr schwierige Personalsituation auch haben, weil Sie und jetzt muss ich sagen, Gott sei Dank, dass die Leute zu ihren Häusern stehen, durchaus sehr viele ältere ArbeitnehmerInnen in Ihrem Unternehmen haben. Und je älter man wird und wenn man in so einem schweren Beruf arbeitet, weiß man, dass man natürlich dann auch krank werden kann und Sie haben im Vorfeld auch gemeint, Sie haben schon einige, die 50 Prozent und mehr Invaliditätsgrad haben vom Bundessozialamt haben. Jetzt meine Frage dazu: Hat sich diese Situation, hier würde die Untersuchungskommission nicht helfen, hier würde nur der Status Quo interessieren, hat sich der verschlechtert? Weil früher hat es ja die Möglichkeit gegeben, in die vorzeitige Alterspension in Folge geminderter Erwerbsfähigkeit zu gehen. Was ja gerade für, glaube ich, Ihre Berufsgruppe in diesem Zusammenhang durchaus etwas Treffendes

war. Das gibt es jetzt gesetzlich nicht mehr. Und glaube Sie, haben Sie aus dem Grund hier auch gewisse Personalerschwernisse in diesen Bereichen? Weil wie Sie das richtig angeführt haben, müssen jetzt die Leute im Prinzip länger arbeiten gehen. Auch wenn sie im Prinzip bereits krank sind und auch dementsprechende Grade einer Krankheit aufweisen.

DGKP **Binder**: Da muss man einmal unterscheiden bezüglich der Pensionierung. Das, was Sie da angesprochen haben, in den Ruhestand zu treten auf Grund verminderter Erwerbsfähigkeit betrifft einmal nur den Teil der Vertragsbediensteten. Wir haben auch Beamte der Stadt Wien, die mit einer Übergangsregelung entsprechend ihrem Geburtsjahrgang ausgestattet sind, nämlich die zwischen 1. Jänner 1950 und 31. Dezember 1954 Geborenen, ich weiß das deshalb so genau, weil ich ein 54er bin, aber leider am Ende oder Gott sei Dank noch nicht so alt bin. Ich muss bis fast 65 gehen. Im ASVG wird das Pensionseintrittsalter, ich glaube, bis ins Jahr 2032 auf für Frauen auf 65 entsprechend angehoben. Das ist ein Thema bei uns im Haus, das ist grundsätzlich ein Thema in jenen Bereichen, die schwer belastet sind, und das ist die Pflege. Es können sich wenige Leute vorstellen bis 65 im akuten Bereich weiterzuarbeiten. Und wie ich schon auch eingangs erwähnt habe, gibt es nicht sehr viele nichtbelastende Plätze, ich glaube auch grundsätzlich, in einem Krankenhaus nicht. Wird schwierig werden. Und gleichzeitig muss man schon dazu sagen, dass gerade bei den BeamtInnen, wenn man krankheitshalber in den Ruhestand tritt, doch eine nicht unwesentliche Anzahl an Abschlüssen in Kauf zu nehmen hat, wenn man nach dem 31. Dezember 1954 geboren ist. Also, diese Sorge herrscht beim Personal schon vor. Und zu diesem erhöhten Lebensalter, da habe ich damals noch was vergessen zu sagen. Dadurch dass bei uns ja laufend die Betten reduziert wurden, wurde ja auch relativ wenig Personal aufgenommen zusätzlich. Weil ja dadurch das Verhältnis Pflegepersonal zu Betten ja eben sich verbessert hat. Das heißt, wir haben jetzt einen ziemlich hohen MitarbeiterInnenanteil der über 50jährigen in der Pflege und schon natürlich auch Junge. Wir bilden ja nach wie vor an einer Schule, einer psychiatrischen Krankenpflegeschule Personal aus. Aber das ist einfach eine Tatsache und das sind jetzt eben diese Menschen, die zwischen 50 und 65 sind und da haben wir nach wie vor viele, weil wird ja erst in 15 Jahren dann schlagend, dass die Jungen nachkommen und der sogenannte mittelalterliche Bereich zwischen 30 und 45 oder 30 und 50 aufgefüllt wird. Wir haben doch relativ viele ältere MitarbeiterInnen. Schätze ich übrigens auch

sehr. Die bringen die Erfahrung mit. Und der Körper spielt halt nicht immer mit.

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

GRin Dr. **Pilz**: Danke. Ich möchte noch einmal auf die Belastungssituation des Personals, des Pflegepersonals durch erhöhte Anforderungen oder eine Reihe von Anforderungen durch die Überwachung zurückkommen und Ihnen zur Kenntnis bringen, dass es innerhalb des Hauses schon sehr ausführlich auch von der Pflege diskutiert wurde, was es heißt und es wundert mich jetzt, dass es für Sie so gar keine Relevanz hat, wie das mit der 1:1 Betreuung ist, denn es gibt ein Protokoll vom 1. Juli, wieder eine Leitersitzung. Da ist unter Punkt 14 angeführt: Fixierungen durch Segufix-Gurte, Oberschwester J. macht darauf aufmerksam, dass die Gebrauchsanweisung vorgibt, die PatientIn während der Fixierung ständig zu beobachten und fordert daher für fixierte PatientInnen eine Sitzwache. In diesem Zusammenhang wird auch wieder auf die Brandgefährlichkeit der im Hause verwendeten Bettwäsche hingewiesen und anstatt schon oft und seit längerem schwer entflammare Bettwäsche gefordert wurde. Weiterer Anlassfall Brand. Also, es hat offensichtlich auch im Jahr 2007 gebrannt. Und das war, dieses Protokoll ist vom 30. Jänner und am 4. Oktober schreibt Ihr Kollege Harald STEFAN an die Frau Dir. Kalousek und an einen weiten Verteilerkreis: „Wir werden, sehr geehrte Frau Dir. Kalousek, wir werden genau beobachten, ob diese scheinweise noch ein bisschen mehr weitergeht. Die MitarbeiterInnen an der Basis sind bereits jetzt mit den UBG-PatientInnen aus Wien hart an die Grenze des Erträglichen gestoßen. Es ist natürlich für uns im Management immer leicht, Entscheidung zu treffen, wo die MitarbeiterInnen dann in den Nachtdiensten den wahren Aufwand bewältigen müssen. Es könnte aber passieren, dass auf Grund der Überforderung der MitarbeiterInnen die Qualität nicht mehr im gewohnten Maße erbracht werden kann, da die MitarbeiterInnen einfach nicht noch mehr in noch mehr Zimmern mit den UBG-PatientInnen arbeiten können (körpernahe Fixierungen mit Gurte, welche ein engmaschiges Observieren erfordern, sind mit zwei Pflegenden im Nachtdienst und einer ÄrztIn jetzt schon kaum mehr möglich und hier bewegen wir uns in einem sehr gefährlichen Bereich). Auf diese Tatsache möchte ich aufmerksam machen, da das Management dann die Folgen doppelt tragen muss.“

Also, dass es Observierung von fixierten PatientInnen braucht, ist bei der Pflege unbestritten. Meine Frage also: Wenn jetzt das im Personal schon so klar ausgesprochen ist, müssen Sie dann nicht darauf bestehen, dass Sie jetzt schon

mehr Personal bekommen, das jetzt schon sicherstellt, dass jede, die fixiert ist, 1:1 betreut wird, damit nicht Sie eines Tages auch unter dem Pflegepersonal jemanden haben, der dann vorm Gericht steht, weil es zu schweren Verletzungen gekommen ist?

DGKP **Binder**: Wie eine PatientIn, die fixiert ist, betreut werden muss, ist nicht Aufgabe der Personalvertretung, sondern der jeweiligen Linienvorgesetzten, die die PatientInnen behandeln. Soll es oder sollte es zu Personalengpässen kommen und wie ich auch, Sie haben mich so etwas ähnliches schon einmal gefragt, gesagt habe, wenn es vermehrt zur 1:1 Überwachungen kommt, dann werde ich das erfahren und dann wird das in Personen oder im Personal Auswirkungen haben müssen, dass wir ein Plus bekommen in Entsprechung des Ausmaßes der 1:1 Überwachung.

Ich kenne diesen Brief des Herrn STEFAN nicht. (*Zwischenruf*) Ja.

GRin Dr. **Pilz**: Ein E-Mail des Herrn Kollegen STEFAN.

DGKP **Binder**: Kann daher nichts dazu sagen. Er ist auch mir nicht zugegangen. Aber ich habe ihn jetzt zur Kenntnis genommen.

GRin Dr. **Pilz**: Sagen Sie, Herr Binder, kommen zu Ihnen MitarbeiterInnen, die sich unter Druck fühlen von Vorgesetzten, von der Arbeitssituation oder durch PatientInnen?

DGKP **Binder**: Durch PatientInnen eher nicht. Durch Vorgesetzte natürlich häufiger. Also, wir kennen ja die Mobbing-Geschichten, oder die Bossing-Geschichten. Das passiert immer wieder. Das ist im Einzelfall für mich als Einzelpersonalangelegenheit, wo natürlich auch Gespräche mit Vorgesetzten stattfinden zu erledigen. Ja. Dass sich jemand ja unter Druck gesetzt fühlt, kommt immer wieder vor, ist aber auch nix Neues in meiner Tätigkeit. Das habe ich schon immer gehabt. Überall dort, wo es Vorgesetzte gibt, kann sich ein Untergebener unter Druck gesetzt fühlen. Zum Teil ist es verifizierbar und zum Teil, es gibt verschiedene Zugänge und verschiedene Ursachen. Und manchmal stimmt die Chemie nicht. Ich meine, was weiß ich, müsste ich in meinem Kopf kramen, welche Einzelfälle ich da zuhause versucht habe zu lösen, gelöst habe oder wo es mir nicht möglich war, da Hilfestellung zu geben und wo es halt dann zu einer Versetzung zu einer Internen geführt hat. Meistens wird die MitarbeiterIn versetzt und nicht die Vorgesetzte. Aber das ist überall so.

GRin Dr. **Pilz**: Herr Binder! Die Rechtsituation hinsichtlich der Sicherheitsmaßnahmen, die ja eine Security-MitarbeiterIn leisten kann, haben Sie ja gesagt, er kommt unbewaffnet. Offensichtlich gibt es in der Psychiatrie im Krankenanstaltenverbund keine Klarheit, was zu tun ist oder

was getan werden darf, denn am 23. April 2008, also dieses Jahr, hat sich die Direktorin des Pflegedienstes aus dem SMZ-Süd Kaiser-Franz-Josef Spital an die Rechtsabteilung, die Frau Dr. Aulehla gewendet, mit folgendem Fall: „Auf der Aufnahmestation im SMZ-Süd kam es vorige Woche zu einer sehr massiven Auseinandersetzung mit einem ambulanten Patient, wo bei einem diplomierten Pfleger das Nasenbein gebrochen wurde. Der Patient konnte nur durch den Einsatz eines Pfeffersprays durch den Security-Dienst abgewehrt werden. Auf Grund der Tatsache der Gewaltzunahme in den letzten Jahren fragt nun die Personalvertretung und die 7. Aufnahmestation, ob es erlaubt wäre, einen Pfefferspray für Ausnahmefälle verstärkt auf der Station zu lagern und diesen im Notfall auch anzuwenden. Da ich nicht weiß, ob dies rechtlich erlaubt ist, würde ich Sie um Ihre Fachexpertise bitten.“

Sind solche Fragen im Otto-Wagner-Spital auch Fragen? Und wie wird das gehandhabt? Gibt es Pfeffersprays oder wie immer?

DGKP **Binder:** Also, das ist eine juristische Frage. Wenn solch eine Frage an mich herantritt, dann werde ich sie an das Rechtsbüro der Gewerkschaft weiterleiten bzw. der Dienstgeber an das Rechtsbüro der Generaldirektion. Juridische Fragen kann ich nicht beantworten. Die werden von mir weitergeleitet.

GRin Dr. **Pilz:** Ich habe Sie jetzt nicht nach Ihrer juristischen Einschätzung gefragt, sondern nach der Praxis im Otto-Wagner-Spital.

DGKP **Binder:** Werden weitergeleitet.

GRin Dr. **Pilz:** Nein. Ob im - *(Zwischenruf)* Das ist auch Krankenanstaltenverbund. Ob - *(Zwischenruf)* Darf ich meine Frage formulieren? Gibt es im Otto-Wagner-Spital Pfeffersprays, die irgendwie versperrt auf Stationen aufbewahrt werden.

DGKP **Binder:** Nicht dass ich wüsste.

GRin Dr. **Pilz:** Und es werden auch keine im Notfall sozusagen.

DGKP **Binder:** Wenn ich keine weiß, nehme ich auch an, dass sie nicht verwendet werden. Ich weiß von keinem Pfefferspray oder sonstigen Mitteln zur Abwehr von PatientInnen. Das hat die Wega mit, wenn sie einmal gerufen wird. Die haben ihre Methoden. Aber nicht das Personal, das dort arbeitet und auch nicht die Securitys. Das war eine Bedingung und ich finde das auch in Ordnung, dass die nur körperlich anwesend sind ohne irgendwelche Hilfsmittel. Wir betreuen PatientInnen und nicht Verbrecher.

GRin Dr. **Pilz:** Also, nur damit das klar ist, was ich hier verlese, ist eine Anfrage von einer Pflegedirektion und nicht meine persönliche Überlegungen oder so. *(Zwischenruf)*

DGKP **Binder:** Ich bin Vorsitzender vom Otto-Wagner-Spital und nicht vom Kaiser-Franz-Josef-Spital. *(Zwischenruf)*

GRin Dr. **Pilz:** Nein, das ist dort der Fall gewesen. *(Zwischenruf)* Es geht um die Psychiatrie und es geht um den Einsatz eines Pfeffersprays. Und man muss sich nicht empören, wenn man sich die Dinge anschaut, die der Fall sind. *(Zwischenruf)*

DGKP **Binder:** Bitte. Nein. *(Zwischenruf)*

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** So es gibt keine weiteren Fragen mehr. Daher bedanke ich mich bei Ihnen für die Aussagen und ich darf Sie damit auch verabschieden. Ich danke Ihnen.

DGKP **Binder:** Ich danke Ihnen fürs Zuhören. Wiedersehen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Auf Wiedersehen.

So. Wie schon bereits angekündigt, entfällt unser zweiter Tagesordnungspunkt und so bleibt mir eigentlich jetzt nur mehr über, Sie für die nächste Sitzung am Mittwoch bitte, den 12. November um 9.30 Uhr wieder einzuladen. Ich danke und darf damit die Sitzung beenden.

(Ende: 13.41 Uhr)