

Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates

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

20. Sitzung vom 31. Oktober 2008

Wörtliches Protokoll

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|---|--------------------|
| 1. Eröffnung der Sitzung,
Feststellung der Anwesenden | S. 3 |
| 2. Zeugeneinvernahme von
Frau Mag. Beatrix Kaufmann | S. 3 bis
S. 15 |
| 3. Zeugeneinvernahme von Herrn
Verwaltungsdirektor i.R. OAR
Dipl. KH-Bw. Gustav Schäfer | S. 15 bis
S. 27 |
| 4. Beweisantrag, Diverses | S. 27 |
| 5. Weitere Vorgangsweise | S. 27 |

(Beginn um 9.35 Uhr)

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:** Meine Damen und Herren! Ich darf Sie ganz herzlich zu unserer heutigen Sitzung begrüßen und sie gleichzeitig eröffnen.

Für das Protokoll verlese ich die Anwesenden:

GRin Mag. Waltraut Antonov.

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

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:**

GR Christian Deutsch.

GR Christian **Deutsch:** Ja.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:**

GRin Marianne Klicka.

GRin Marianne **Klicka:** Ja.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:**

GR Ing. Mag. Bernhard Dworak

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

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:**

GR David Lasar.

GR David **Lasar:** Ja.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:**

GRin Dr. Claudia Laschan.

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

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:**

GRin Veronika Matiasek.

GRin Veronika **Matiasek:** Ja.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:**

GRin Anica Matzka-Dojder.

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

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:**

GR Dr. Alois Mayer.

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

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:**

GRin Hedwig Petrides.

GRin Hedwig **Petrides:** Ja.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:**

GRin Dr. Sigrid Pilz.

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

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:**

GRin Mag. Sonja Ramskogler.

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

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:**

GRin Silvia Rubik.

GRin Silvia **Rubik:** Ja.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:**

GR Kurt Wagner.

GR Kurt **Wagner:** Ja.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:** Ich darf gleich zu unserer ersten Zeugin kommen: Frau Mag. Beatrix Kaufmann. Vielen Dank fürs Kommen.

Sie sind als Zeugin geladen. Als solche müssen Sie nicht sämtliche Fragen beantworten, Sie können die Beantwortung solcher Fragen ablehnen, die Ihnen selber Schande oder strafgerichtliche Verfolgung einbringen würden.

Sind Sie von der Amtsverschwiegenheit entbunden?

Mag. **Kaufmann:** Nein, ich bin nicht von der

Amtsverschwiegenheit entbunden. Ich unterliege nicht der Amtsverschwiegenheit. Ich unterliege der Verschwiegenheit nach dem Unterbringungsgesetz. Der Verschwiegenheit, die der PatientInnenanwalt in Vertretung der PatientInnen unterliegt.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:** Wenn ich Sie bitten darf, ein paar Worte zu Ihrer Funktion und Ihrer Person zu sagen und dann den Fragen zu Verfügung zu stehen.

Mag. **Kaufmann:** Gerne.

Mein Name ist Beatrix Kaufmann. Ich bin von der Ausbildung her Juristin und bin seit 1995 beim Verein „Vertretungsnetz“ tätig.

Von 1995 bis 2005 war in Wien als vertretende PatientInnenanwältin tätig. Das heißt, an allen Orten, die wir eben im Rahmen dieser Zeit in Wien an psychiatrischen Abteilungen tätig waren. Das hat sich im Laufe dieser 10 Jahre ein bisschen erweitert, derzeit sind wir an fünf Orten in Wien tätig.

Seit 2005 bin ich als Bereichsleiterin für die Bundesländer Wien, einem Teil von Niederösterreich, nämlich Niederösterreich Ost und das Burgenland zuständig.

Ich würde Ihnen gerne eingangs einerseits eine kurze Erklärung liefern zu: Was macht die PatientInnenanwaltschaft der UBG.

Wir von der PatientInnenanwaltschaft nach Unterbringungsgesetz vertreten PatientInnen ausschließlich an psychiatrischen Abteilungen. Und zwar für die Dauer der Unterbringung sind wir von Gesetzes wegen gesetzliche VertreterInnen für die PatientInnen. Darüber hinaus beraten wir PatientInnen und auf ihren Wunsch vertreten wir sie gegenüber dem Krankenhaus.

Im Unterschied dazu gibt es die von den jeweiligen Bundesländern eingerichteten LandespatientInnenanwältInnen, die Wiener PatientInnen- und Pflegeanwaltschaft. Die hat eine ganz andere Funktion wie wir, einen viel weiteren Wirkungskreis. Sie ist nämlich zuständig für alle Krankenhäuser, für Pflegeheime, für niedergelassenen ÄrztInnen, für Apotheken usw.

Die Wiener PatientInnen- und Pflegeanwaltschaft hat auch eine reine Ombudsmannfunktion bzw. fungiert als Beschwerdestelle.

Wenn Sie erlauben, würde ich Ihnen gerne einen kurzen Abriss geben, wie unsere Arbeit jetzt vor Ort aussieht.

Es ist so, dass wir in Wien insgesamt sieben Betreuungsstellen haben. Mit diesen sieben Betreuungsstellen diese fünf Orte betreuen.

Vom Ablauf her – ich werde versuchen es ein bisschen zu raffen – ist es so, dass wir ziemlich gleichzeitig mit dem Unterbringungsgericht eine Verständigung darüber erhalten, dass eine PatientIn in einer psychiatrischen Abteilung untergebracht wurde. Das Gericht hat dann eine Frist

von maximal vier Tagen, binnen der es direkt vor Ort zu den PatientInnen an die Abteilung kommen muss.

Wir versuchen möglichst unverzüglich, nachdem wir die Verständigung erhalten haben, die PatientIn an der Abteilung aufzusuchen. Das heißt, wir gehen auf die Station, erkundigen uns wo die PatientIn ist und versuchen ein Gespräch mit der PatientIn zu führen. Das ist zu diesem Zeitpunkt oft nicht einfach. Die PatientInnen kommen, vor allem wenn sie untergebracht werden, in großen Lebenskrisen in die Krankenhäuser und sind dann, wenn wir kommen, oft kaum ansprechbar. Entweder auf Grund ihrer momentanen Erkrankung oder auch auf Grund der verabreichten Medikation. Es ist oft sehr schwierig zu diesem Zeitpunkt ein Gespräch zu führen bzw. vor allem ein Gespräch zu führen, wie wir das im Alltag gewohnt sind. Man bemüht sich als PatientInnenanwältIn sehr, irgendwie in Kontakt mit den PatientInnen zu kommen und so viel wie möglich zu erfahren ohne die PatientIn jetzt gleichzeitig durch dieses Gespräch wahnsinnig zu belasten.

Wir nehmen dann Einsicht in die Krankengeschichte und sprechen mit behandelnden ÄrztInnen und Pflegepersonen. Das ist sozusagen die Vorbereitung, die unsererseits nach diesem Gerichtstermin erfolgt.

Es kommt dann eine RichterIn und es findet ein Setting wiederum im Krankenhaus an der Abteilung statt, wo die RichterIn die PatientIn hört, die behandelnde FachärztIn hört, die PatientInnenanwältIn hört, mitunter auch einen externen Sachverständigen bezieht. Da passiert es dann wieder, dass in relativ knapper Zeit, die RichterIn eine Entscheidung darüber treffen muss: Ist die die weitere Unterbringung dieser PatientIn jetzt vorläufig zulässig oder nicht?

Das Unterbringungsverfahren ist im Prinzip ein zweistufiges Verfahren. Das heißt, dass innerhalb von 14 Tagen auf jeden Fall ein zweiter Termin stattfinden muss, wenn die Unterbringung aufrecht bleibt. Bis zu diesem Termin muss dann eine Ärztin, die nicht im Krankenhaus tätig ist - ein unabhängiger Sachverständiger, der vom Gericht bestellt wird - ebenfalls die PatientIn im Krankenhaus aufsuchen, sie umfassend untersuchen, in die Krankengeschichte Einschau halten und die erstellt dann auch eine schriftliche Expertise über das Vorliegen der Unterbringungsvoraussetzungen und gleichzeitig auch eine Prognose wie weit man zu diesem Zeitpunkt abschätzen kann, wie lange diese Unterbringungsvoraussetzungen noch vorliegen werden.

Wenn die Unterbringung von Seiten der ÄrztInnen in diesem Zeitraum zwischen diesem ersten Gerichtstermin und dem zweiten Gerichtstermin aufgehoben wird, dann kann es sein,

dass wir auch keinen weiteren Kontakt zu der PatientIn haben. Ist dies nicht der Fall, so suchen wir von uns aus in diesem Zeitraum die PatientIn ebenfalls noch einmal auf und suchen natürlich wieder das Gespräch mit der PatientIn. Zu diesem Zeitpunkt ist es meistens auch in vielen Fällen, fast in allen Fällen, möglich, mit der PatientIn wirklich ein ausführliches Gespräch zu führen. Wir nehmen wieder Einschau in die Krankengeschichte, sprechen mit dem Personal, mit den ÄrztInnen als Vorbereitung für den zweiten Gerichtstermin, die mündliche Verhandlung.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:** Herzlichen Dank für die Einleitung.

Dann darf ich gleich zu den Fragen kommen. Frau GRin Klicka, bitte.

GRin **Klicka:** Dankeschön, Frau Vorsitzende.

Sehr geehrte Frau Mag. Kaufmann! Recht herzlichen Dank für diesen Überblick, den Sie uns zu Beginn gewährt haben. Nach dem ich nicht Juristin bin, bin ich mit diesen Dingen nicht so vertraut und habe mir Vieles erlesen.

Sie vertreten, führen Gespräche mit den PatientInnen. Was mich jetzt noch interessieren würde: In welcher Form vertreten Sie dann die PatientIn? Ich nehme an, manche PatientInnen sind auch fähig selbst ihre Wünsche zu äußern. Sie haben schon gesagt, bei manchen PatientInnen, ist besonders das erste Gespräch sehr schwierig, weil sie in ihrem Krankheitszustand nicht in der Lage sind sich auch so zu äußern, dass eine Willenskundgebung auch stattfindet.

Wie können Sie dann die PatientIn gegenüber den anderen, die an dem Verfahren beteiligt sind, vertreten?

Mag. **Kaufmann:** Vom Unterbringungsgesetz her ist unsere Rolle so angedacht, dass die PatientIn, die in einer psychiatrischen Abteilung untergebracht wird, von Anfang an dieser Unterbringung eine Person zur Seite gestellt haben sollte, die nicht vom Krankenhaus ist und die ihre Rechte wahrnimmt, auch wenn sie dazu im Moment nicht in der Lage ist. Das heißt, unser Auftrag ist, so weit wir Informationen erhalten, diese zu beurteilen und dann entsprechend dieser Informationen die PatientIn zu vertreten.

Wobei im Unterbringungsgesetz festgehalten ist, dass die Vertretung der PatientInnenanwältIn sich einerseits nach den Wünschen der PatientIn orientieren soll, andererseits aber immer auch eine Orientierung am Wohl der PatientIn erfordert. Das heißt, wir müssen in unserer Vertretungstätigkeit da auch ständig eine Abwägung treffen.

GRin **Klicka:** Danke schön. Meine zweite Frage bezieht sich darauf, dass Sie gesagt haben, Sie sind Juristin. Wie setzt sich die Personengruppe der PatientInnenanwältInnen der VertreterInnen im Vertretungsnetz zusammen?

Sind das alles JuristInnen oder kommen Sie aus einer anderen Profession? Wie viele PatientInnen betreut eine PatientInnenanwältIn gleichzeitig? Ich nehme an, dass das ja nicht immer nur eine Person ist, die man über drei Wochen, vier Wochen, wie auch immer, begleitet.

Im habe im Gesetz auch nachgelesen, dass Sie eine spezielle Ausbildung erhalten. Welche Ausbildung oder wie sieht diese Ausbildung aus, die vom Gesetz her vorgesehen ist? Danke.

Mag. **Kaufmann:** Wir arbeiten in der PatientInnenanwaltschaft im Vertretungsnetz in einem interdisziplinären Team. Das heißt, es besteht aus JuristInnen, PsychologInnen und SoziologInnen. Das sind die wesentlichen Grundberufe. Wir versuchen da auch immer ein bisschen ein Gleichgewicht zwischen diesen Disziplinen zu halten, um alle Blickwinkel in der Teamarbeit und in der Beurteilung einfließen lassen zu können.

Die Ausbildung für die konkrete Tätigkeit als PatientInnenanwältIn erfolgt dann im Verein „Vertretungsnetz“. Es gilt das erste Jahr als Ausbildungsjahr. Wobei man in diesem ersten Jahr nicht nur ausgebildet wird, sondern auch schon tätig wird. In diesem ersten Jahr finden wiederholt Einschulungen statt. Es gibt auch eine Person vor Ort, die neben dem Team als Begleitung fungiert. Es findet regelmäßig Einzelsupervision statt. Es findet auch eine Rotation an einem anderen Ort in Österreich statt, wo die PatientInnenanwaltschaft und das „Vertretungsnetz“ tätig sind.

Ich kann Ihnen jetzt keine Zahlen nennen, wie viele PatientInnen eine PatientInnenanwältIn vertritt, denn das schwankt sehr. Wir haben in Wien im Jahr 2007 rund 3 000 Unterbringungs-meldungen bekommen und wir haben sieben Betreuungsstellen.

GRin **Klicka:** Wie viele Personen sind an den Betreuungsstellen tätig?

Mag. **Kaufmann:** Unsere größte Geschäftsstelle ist das Otto-Wagner-Spital, weil dort auch die meisten Abteilungen in Wien angesiedelt sind. Daneben betreuen wir die Abteilung im Sozialmedizinischen Zentrum Ost, im Allgemeinen Krankenhaus, im Kaiser-Franz-Josef-Spital und am Rosenhügel.

GRin **Klicka:** An dieser Stelle sind mehrere PatientInnenanwältInnen tätig?

Mag. **Kaufmann:** Es sind alle PatientInnenanwältInnen überall vertretungsbefugt. Es gibt eine hauptzuständige PatientInnenanwältin an diesen kleineren Standorten. Im Otto-Wagner-Spital sind natürlich mehrere PatientInnenanwältInnen.

GRin **Klicka:** Und wahrscheinlich nach Regionalisierung zugeteilt?

Mag. **Kaufmann:** Genau, auf Grund der Regionalisierung gestellt.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:** Danke.

GRin Dr. **Pilz:** bitte.

GRin Dr. **Pilz:** Danke. Frau Mag. Kaufmann! Wenn Sie vor Ort zu einer PatientIn kommen und sehen, sie ist untergebracht und da wissen wir, die rechtlichen Rahmenbedingungen sind klar, es besteht erhebliche Fremd- oder Selbstgefährdung. Wie können Sie dann die Situation der PatientIn einschätzen? Sie haben soeben geschildert, dass manche durch die Sedierung oder durch ihre psychische Situation nicht sehr gut auskunftsfähig sind, was man ja nachvollziehen kann. Wie machen Sie sich hinsichtlich der Legitimität der Qualität der Unterbringung Ihr Bild? Wie kommen Sie zu einer persönlichen Einschätzung?

Mag. **Kaufmann:** Das objektive Bild. Wir sind natürlich auf sehr viele Unterlagen angewiesen. Wir sind darauf angewiesen, dass, wenn es zu einer Einweisung durch die Polizei gekommen ist, auch ein Polizeibericht vorliegt.

Wir lesen die Krankengeschichte. In der Krankengeschichte findet sich ein Aufnahmede-kurs, der im Prinzip recht genau die Situation zum Aufnahmezeitpunkt schildert.

Wir schauen uns die Dokumentation der ÄrztInnen und der Pflege an, vom Aufnahmezeitpunkt weg bis zu dem Zeitpunkt, zu dem wir vor Ort sind.

Wir sprechen mit dem Pflegepersonal und mit den ÄrztInnen, wenn da irgendwelche Fragen entstehen. Z.B. wenn uns nicht klar ist, warum jetzt eine Unterbringung erfolgt oder worin wird die Gefährdung gesehen?

Wir sprechen mit der PatientIn und das ist relativ unterschiedlich. Da kann es sein, dass wir überhaupt kein wirkliches Statement oder auch keine Auskünfte, was vorgefallen ist, von der PatientIn erhalten. Wir erhalten einzelne Auskünfte, wir erhalten oft Auskünfte, die abweichen von dem was wir schriftlich lesen. Die Bandbreite ist sehr groß und auch die Wünsche der PatientInnen sind sehr, sehr unterschiedlich. Es gibt viele PatientInnen, die sagen, ja, sie fühlen sich gut betreut und es passt schon, dass sie jetzt hier sind. Es gibt viele PatientInnen, die sagen, sie wollen jetzt sofort gehen. Es gibt eine sehr, sehr große Bandbreite und alle Arten von Schattierungen.

Wir versuchen eben auf Grund der Informationen, die wir zu dem Zeitpunkt haben, die Lage einzuschätzen. Wenn wir jetzt in der Krankengeschichte Hinweise auf eine SachwalterIn, auf Angehörige finden, dann nehmen wir auch da noch Kontakt auf, wenn das zur Klärung der Situation beitragen kann.

GRin Dr. **Pilz:** Meine zweite Frage bezieht sich auf die Qualität der Unterbringung. Beurteilen Sie auch die Situation, in der die PatientIn

dann ist, weil sie angehalten ist?

Mag. **Kaufmann:** Natürlich! Wenn wir uns die Krankengeschichte und den bisherigen Verlauf des Aufenthaltes anschauen, dann legen wir natürlich auch z.B. ein Augenmerk auf Bewegungsbeschränkungen, auf Behandlungen gegen den Willen. Das fällt alles in diese Beurteilung hinein. So weit es möglich ist, versuchen wir dann mit der PatientIn auch darüber zu sprechen. Wenn jetzt Bewegungsbeschränkungen stattgefunden haben, dann versuchen wir bereits zu diesem Zeitpunkt die PatientIn darauf anzusprechen, wie sie die Beschränkung erlebt und wie das für sie ist?

So weit es möglich ist, klären wir sie auch schon zu diesem Zeitpunkt darüber auf, welche Möglichkeiten es gebe von unserem Handlungsrepertoire, das wir haben. Das reicht von Gespräch, Kommunikation auf der Station mit den behandelnden ÄrztInnen, in erster Linie mit dem Pflegepersonal, bis hin zu Antragsstellungen ans Gericht.

GRin Dr. **Pilz:** Zur Situation in Wien: Da es zumindest im Otto-Wagner-Spital keine geschlossene Bereiche in Abteilungen gibt, heißt dann Bewegungsbeschränkung zwingend Netzbett oder Gurtenfixierung? Oder treffen Sie auch PatientInnen an, wo man sagt, sie sind untergebracht und versuchen mit gutem Zureden sie davon zu überzeugen, dass das jetzt so sein soll? Das ist meine erste Frage.

Meine zweite Frage ist: Wie und in welcher räumlichen und physischen Situation finden Sie die bewegungsbeschränkten PatientInnen vor? In welchen Räumlichkeiten sind sie üblicherweise untergebracht? Wie ist das räumliche Umfeld?

Mag. **Kaufmann:** „Weitergehende Beschränkungen“ ist der Gesetzesausdruck. Ich nenne es hier Bewegungsbeschränkungen, weil ich mir denke, das ist dann einfacher im Zusammenhang zu verstehen.

Das reicht vom Einzelraum, das wäre die geringste Beschränkung, die es in Einzelfällen am Otto-Wagner-Spital gibt.

Es gibt auch Steckgitter. Das ist vor allem im geriatrischen Bereich, dass die PatientInnen an den Seiten des Bettes Seitenteile haben, damit sie nicht selbstständig aufstehen können oder auch nicht aus dem Bett rollen.

Es gibt Netzbetten und es gibt Fixierungen. Es gibt wiederum im geriatrischen Bereich teilweise auch Fixierungen am Sessel, im Sitzen, wenn die Patientin sitzt.

GRin Dr. **Pilz:** Die PatientInnen, wenn sie nicht, wie in Einzelfällen, im Einbettzimmer sind, wo sind sie dann üblicherweise?

Mag. **Kaufmann:** Wenn sie nicht weitergehenden Bewegungsbeschränkungen unterwor-

fen sind...

GRin Dr. **Pilz:** Wenn sie Bewegungsbeschränkungen haben, wenn sie im Netzbett sind oder mit Gurten fixiert sind? Lassen wir die Geriatrie ein bisserl zu Seite. Wie schaut das dann konkret aus?

Mag. **Kaufmann:** Es gibt eigentlich an allen Abteilungen Akutzimmer. Die Ausstattung ist einfach sehr unterschiedlich an den Stationen. Es gibt Akutbereiche, vorwiegend werden die genutzt. Wenn jetzt mehr PatientInnen da sind, die akut sind und eine Bewegungsbeschränkung brauchen, dann wird das auf alle anderen Räumlichkeiten auch ausgedehnt.

GRin Dr. **Pilz:** Konkret! Gibt es PatientInnen, die im Kreise von nicht beschränkten PatientInnen im gleichen Zimmer beschränkt sind?

Mag. **Kaufmann:** Doch, das gibt es immer wieder.

GRin Dr. **Pilz:** Das ist z.B. ein Drei- oder Vierbettzimmer und da liegt einer drinnen im Netzbett oder mit Gurten beschränkt? Oder wie kann ich mir das vorstellen?

Mag. **Kaufmann:** Es gibt Abteilungen, die haben mehr Einbettzimmer zur Verfügung - wenn wir von den Akutabteilungen sprechen. Es gibt Einzelne, da kommt das gar nicht mehr vor, weil die eben einfach ausreichend Einbettzimmer haben.

Dann gibt es Abteilungen, die haben eigentlich durchgehend fast Zweibettzimmer. Da ist es so, wenn es möglich ist, je nach PatientInnenbeleg, sie allein im Akutzimmer ist. Wenn aber einfach viele AkutpatientInnen da sind, dann ist man zu Zweit.

Es gibt auch Abteilungen, die haben eigentlich kaum Ein- bis Zweibettzimmer und noch sehr viele Drei-, Vier- manchmal Fünfbettzimmer. Da ist es dann auch möglich, dass die PatientIn in diesem Mehrbettzimmer im Netzbett beschränkt oder fixiert ist.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:** Danke schön.

Herr GR Lasar, bitte.

Mag. **Kaufmann:** Entschuldigung! Ich möchte noch gerne etwas ergänzen. Es ist natürlich so, dass nicht alle untergebrachten PatientInnen Bewegungsbeschränkungen unterworfen sind

Für viele PatientInnen schaut die Unterbringung über weite Strecken natürlich so aus, dass sie Anordnung haben, die Station nicht zu verlassen und das dann eben von der PatientIn akzeptiert wird. Oder, wenn sie geht, sie zurückgeholt wird.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:** Danke.

Herr GR Lasar, bitte.

GR **Lasar:** Dankeschön. Frau Mag. Kaufmann! Danke für Ihre Ausführungen.

Ich habe folgende Frage an Sie: Sind z.B. Beschwerden bezüglich Otto-Wagner-Spital oder

die Probleme, die hier in der Kommission angesprochen wurden sind, an Sie herangetragen worden? Es geht mir hier um die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hat es in diese Richtung Probleme gegeben?

Mag. **Kaufmann:** Die Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Wien begleitet uns seit vielen Jahren. Wir als PatientInnenanwältInnen sind erstmals in Wien am AKH auf einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung tätig geworden. Dort sind wir schon recht lange tätig. Diese Abteilung hat aber in Wien nie einen Versorgungsauftrag nach der Regionalisierung.

Wir haben immer den Eindruck gehabt, dass die Versorgung für Kinder und Jugendliche in Wien eine recht schwierige ist, dass es da nicht ausreichend Orte gibt, wo Kinder und Jugendliche entsprechend versorgt werden. Wir haben natürlich auch wahrgenommen, dass Jugendliche auch dann im Laufe der Jahre im Otto-Wagner-Spital versorgt worden sind. Wir haben das auch immer wieder angesprochen.

Wir haben uns über Jahre auch auf der Abteilung am Rosenhügel immer wieder in Gesprächen bemüht, die Notwendigkeit von Unterbringungen - und dass wir auch PatientInnen übernehmen, die dann unterzubringen sind -, zu thematisieren. Das ist dann im Laufe der Jahre wirklich sehr langsam immer mehr passiert. Der Rosenhügel hat eine Spezialabteilung, wo geistig Behinderte, auch teilweise mit einer Erkrankung, die dann auch psychosomatisch sagt man da in der Fachsprache, wo Krankheitsbilder da sind, die einer psychischen Krankheit entsprechen und dann eben auch die PatientInnen dort beschränkt werden musste. Das waren die ersten PatientInnen, die dort untergebracht wurden. Dann hat sich das am Rosenhügel immer mehr ausgeweitet. Wie Sie sicher wissen, seit rund einem Jahr versorgt die Abteilung am Rosenhügel jetzt auch Kinder und Jugendliche.

GR **Lasar:** Ist es jetzt etwas besser geworden? Sie haben vorhin geschildert, dass es jahrelang Probleme gegeben hat. Ist es in der letzten Zeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Unterbringung besser geworden?

Mag. **Kaufmann:** Ich habe jetzt keine Zahlen bezüglich ...

GR **Lasar:** Nach Ihrem Gefühl oder nach Ihrem Krankenbesuch?

Mag. **Kaufmann:** Jugendliche, die an Erwachsenen-psychiatrischen Abteilungen aufgenommen werden, sind unserem Eindruck nach, weniger geworden.

GR **Lasar:** Danke.

Vorsitzender-StvIn Dr. **Rech:** Herr GR Mag. Dworak, bitte.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Frau Mag. Kaufmann! Sie haben bei der ersten Frage von der Frau

Kollegin Klicka unter anderem geantwortet „so weit wir Infos erhalten“. Haben Sie den Eindruck, dass man Ihnen gerade am Otto-Wagner-Spital Informationen vorenthalten hat? Gibt es das, dass Sie gewisse Informationen, die Sie haben wollten, nicht bekommen hätten?

Mag. **Kaufmann:** Nein! Wir haben unbeschränkten Einblick in die Krankengeschichte. Das ist die Dokumentation, die von Seiten des Personals des Otto-Wagner-Spitals durchgeführt wird. Die Dokumentation ist natürlich unterschiedlich. Sicher haben wir immer wieder in Gesprächen auch versucht, die Dokumentation zu verbessern. Also das sozusagen einfach genauer dokumentiert wird, damit wir uns besser ein Bild machen können. Aber vorenthalten in dem Sinn? Nein!

GR Ing. Mag. **Dworak:** Worauf hat sich „so weit wir Infos erhalten“ bezogen? Auf das Persönliche von PatientInnen oder auf etwas anderes?

Mag. **Kaufmann:** Das hat sich auf die Situationen in denen wir da arbeiten, wie Einweisungen nach § 8 UBG, Unterbringungen in der Psychiatrie, bezogen. Es handelt sich immer um sehr komplexe Situationen, wo jetzt nicht nur der momentane Zustand der PatientIn ausschlaggebend ist, sondern wo es wichtig wäre, sehr viel aus dem Umfeld der PatientIn zu wissen. Diese Informationen sind oft nicht greifbar. Das macht eine Beurteilung im Einzelfall oft schwieriger.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Sie haben jetzt von „Informationen und Dokumentationen“ gesprochen.

Offensichtlich wurde schon festgestellt, dass es unter Umständen zwei verschiedene Dokumentationen gibt. Ist Ihnen so etwas aufgefallen?

Wir haben hier einen Angehörigen gehabt, bei der Dokumentation ist ihm ein Zettel aufgefallen, den er so noch nie gesehen hat in seiner Karriere. Nämlich einen Zettel, der wahrscheinlich seiner Meinung nach intern geführt wird. Ist Ihnen so etwas untergekommen?

Mag. **Kaufmann:** Bis zu den Ereignissen im Dezember 2007 war es so, dass z.B. die Dokumentation und die Meldung von Bewegungsbeschränkungen an den einzelnen Abteilungen und Stationen auch recht unterschiedlich waren. Es waren ein paar verschiedene Formulare in Verwendung.

Es wurde zu unterschiedlichen Zeitpunkten von der behandelnden ÄrztIn dokumentiert. Es war auch nicht klar, wie ist zu dokumentieren, wenn jemand über Mitternacht beschränkt ist? Es gab da unterschiedliche Dokumentationsarten im Otto-Wagner-Spital.

Dann hat ein Prozess mit der Bemühung eingesetzt, die Dokumentation zu vereinheitlichen, auch zu verbessern und noch klarer zu gestalten.

ten. Das ist auf der einen Seite nach unserer Sicht sehr gut gelungen. Man hat sehr klar die ärztliche Dokumentation in Bezug auf Bewegungsbeschränkungen von der pflegerischen Dokumentation getrennt und man hat zwei Formulare entwickelt. Das eine ist ein Formular, in dem die ÄrztIn die Art, die Dauer und die Begründung der Beschränkung wirklich ganz konkret vom zeitlichen Ablauf „von...bis“ dokumentiert. In einem anderen Formular dokumentiert das Pflegepersonal, auch wieder sehr genau, den zeitlichen Ablauf der Pflegehandlungen im Zusammenhang mit Beschränkungen.

Darüber hinaus gibt es ein drittes Formular, das ist die Meldung an uns. Diesbezüglich hat sich aus unserer Sicht leider einiges verschlechtert in diesem Jahr. Nämlich, wir haben bis Anfang 2008 oder eigentlich bis in die ersten Monate 2008 immer alle Bewegungsbeschränkungen gemeldet bekommen. Jetzt bekommen wir von einigen Abteilungen plötzlich nur mehr die allererste Bewegungsbeschränkung gemeldet.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Eine Zwischenfrage, bitte. Bedeutet das, dass Sie damit Informationen vorenthalten bekommen? So war meine erste Frage. Ist das eine der Antworten auf meine erste Frage, Ihrer Meinung nach?

Mag. **Kaufmann**: Unserer Meinung nach wäre es notwendig, dass uns jede Beschränkung gemeldet wird, damit wir die Möglichkeit haben - es ist auch vom Gesetz her so vorgesehen - Bewegungsbeschränkungen nachzugehen, sie zu überprüfen.

Vorsitzender-StvIn Dr. **Rech**: Frau GRIn Mag. Ramskogler, bitte.

GRIn Mag. **Ramskogler**: Dankeschön Frau Vorsitzende.

Sehr geehrte Frau Mag. Kaufmann! Sie handeln im Auftrag des UBG. Es ist so, dass das UBG ja an sich nur dann in Kraft tritt, wenn die PatientIn dementsprechend gehandelt hat und eine Unterbringung angeordnet wird.

Es würde mich Folgendes interessieren: Wir haben in der Statistik gesehen, dass die Unterbringung häufiger geworden ist. Seit eben dieses Gesetz in Kraft getreten ist war es anfangs nicht so häufig und es wurde häufiger, dass Unterbringungen ausgesprochen wurden.

Sehen Sie in Ihrer Tätigkeit einen Zusammenhang, eine Erklärung dafür?

Mag. **Kaufmann**: Das ist ein in den letzten Jahren viel besprochenes und diskutiertes Thema. Warum steigen die Unterbringungszahlen? Es gibt verschiedene Erklärungsmodelle. Es gibt, glaube ich, kein nachgewiesenes gültiges Erklärungsmodell warum das so ist. Es steigen auch die Aufnahmezahlen, es steigen die Unterbringungszahlen mit den Aufnahmezahlen mit.

Man hört immer wieder, dass die psychischen

Erkrankungen in der Bevölkerung zunehmen.

GRIn Mag. **Ramskogler**: Darf ich vielleicht kurz nachfragen? Sie haben eingangs auch erklärt, dass sehr viele PatientInnen, die Sie gesehen oder die Sie vertreten haben, auch sehr froh darüber sind - das hört sich jetzt sehr zynisch an, ist es aber nicht -, wenn sie eine Zeit lang auf einer Psychiatrie stationiert aufgenommen werden können und dürfen, weil sie auf Grund ihres Störungsbildes eigentlich so eine Krankheit hervorbringen, dass sie sich lieber zurückziehen, als wenn sie in der Gesellschaft wären und jetzt gegen eine Unterbringung auch nichts dagegen haben.

Können Sie uns sagen, wie viele PatientInnen in etwa gegen eine Unterbringung etwas haben oder nicht? Haben Sie da Zahlen?

Mag. **Kaufmann**: Nein, da haben wir keine Zahlen?

Ich meine, man muss schon sagen, dass die Unterbringung per se jetzt natürlich eine Zwangsmaßnahme ist. Eine PatientIn, die wirklich die Hilfe im Krankenhaus sucht, wird nicht untergebracht sein. Oft ist es so, dass eben bei psychisch kranken Menschen auch diese Wahrnehmung, dass man krank ist, diese Wahrnehmung, dass man Hilfe braucht, sehr oft im Spannungsfeld dazu steht, dass man eben nicht krank sein will und das man es schon schafft. Da ist es dann oft auch so, dass PatientInnen gegen ihren Willen kommen und dann sagen, „okay, auf irgendeiner Ebene merke ich, es hilft mir auch“.

GRIn Mag. **Ramskogler**: Einer der drei Punkte der Unterbringung ist ja auch die Selbstgefährdung und die Fremdgefährdung.

Mag. **Kaufmann**: Ja.

GRIn Mag. **Ramskogler**: Da möchte ich meine Frage konkretisieren. Wie viele der PatientInnen, die Sie vertreten oder gesehen haben, sind jetzt in Bezug auf Selbst- oder Fremdgefährdung dementsprechend untergebracht? Treffen diese Punkte eigentlich zu 99 % zu? Weil das natürlich auch in der Behandlungsmaßnahme ja dementsprechend mit Beschränkungen einhergeht. Ich möchte darauf hinaus, dass es das Unterbringungsgesetz auf Grund von Selbst- und Fremdgefährdung gibt und dementsprechend auch therapeutische und medizinische Maßnahmen notwendig sind.

Mag. **Kaufmann**: Ja, ja, ich denke mir, die Unterbringungs voraussetzung müssen natürlich bei Unterbringung vorliegen, das wird auch geprüft, das wird gerichtlich überprüft. Wenn dem nicht so ist, dann wird die Unterbringung für unzulässig erklärt. Natürlich ist auch diese Entscheidung oft für die RichterInnen nicht einfach zu treffen.

Es ist ja auch das Österreichische Unterbringungsgesetz so, wenn jemand untergebracht

und nicht einsichts- und urteilsfähig ist, auch eine Behandlung gegen den Willen der PatientIn ermöglicht. Diese Behandlungen können dann im Nachhinein gerichtlich überprüft werden. Aber vorne weg enthält das Unterbringungsgesetz eine Ermächtigung, auch nicht einsichts- und urteilsfähige PatientInnen, wenn sie untergebracht sind, gegen ihren Willen zu behandeln.

GRin Mag. **Ramskogler**: Ganz kurz abschließend: Sehen Sie die PatientInnen durch Ihre PatientInnenanwaltschaft als gut vertreten?

Mag. **Kaufmann**: Ich glaube, dass die Einrichtung der PatientInnenanwaltschaft im Jahr 1991 sehr viel für die PatientInnen in psychiatrischen Einrichtungen bewirkt hat. Natürlich vertreten wir PatientInnen bei der Unterbringung im Rahmen der Unterbringung, auch bei den besonderen Maßnahmen, nach all unseren Kräften.

Vorsitzender-StvIn Dr. **Rech**: Frau GRin Dr. Pilz, bitte.

GRin Dr. **Pilz**: Danke Frau Vorsitzende.

Frau Mag. Kaufmann! Ihre Kollegin Frau Mag. Beermann hat bei einer Veranstaltung zum Thema „Netzbett“ im April dieses Jahres ein paar Standards angeführt, die aus der Sicht Ihrer Einrichtung unabdingbar sind. Unter anderem auch eine ständige Sitzwache bzw. lückenlose Videoüberwachung bei beschränkten PatientInnen. Sie hat davon gesprochen, dass es hier Standards geben muss, die unabdingbar sind.

Wie schaut das in der Praxis im Otto-Wagner-Spital aus? Werden diese Standards, die seitens der PatientInnenanwaltschaft als unabdingbar gewertet werden, eingehalten?

Mag. **Kaufmann**: Eine 1:1-Betreuung von fixierten PatientInnen gibt es leider nicht oder nicht durchgehend, es gibt sie in Einzelfällen. Unser Anliegen wäre, dass es die Möglichkeit dieser 1:1-Betreuung wirklich durchgehend gibt. Weil wir einfach der Meinung sind, wenn eine PatientIn so eng in ihrer körperlichen Bewegungsfreiheit eingeschränkt wird und sie wirklich ans Bett fixiert ist, es einfach unabdingbar ist, dass jemand jederzeit für sie erreichbar ist. Dass sie jederzeit, wenn sie das braucht, einen Kontakt zu einem Menschen herstellen kann.

GRin Dr. **Pilz**: Haben Sie diese Ihre Forderung, die für mich gut nachvollziehbar ist, an die Leitung des Otto-Wagner-Spitals kommuniziert? Was war die Reaktion?

Mag. **Kaufmann**: Wir haben das immer wieder in Besprechungen mit der Ärztlichen Direktion thematisiert. Es ist immer wieder auch der Hinweis darauf gekommen, dass das aus personellen Gründen nicht möglich ist.

GRin Dr. **Pilz**: Im konkreten Fall. Sie sind ja, zumindest seit es bekannt geworden ist, informiert, dass es 2003 und 2005 zwei Brandunfälle gegeben hat. Wann und wie wurde die Patien-

Innenanwaltschaft, also das Vertretungsnetz, über diese beiden Vorfälle in Kenntnis gesetzt?

Mag. **Kaufmann**: Wir sind von den Abteilungen selbst nicht umgehend in Kenntnis gesetzt worden. In einem Fall haben wir von dem Unfall vom Patienten selbst erfahren. Im anderen Fall wurde uns dann schon auf der Abteilung und irgendwann dann einmal offiziell von der Abteilung mitgeteilt, dass diese Vorfälle passiert sind.

GRin Dr. **Pilz**: Beide PatientInnen, sowohl der Herr im April 2003, als auch die Frau im Dezember 2005, waren zum Zeitpunkt der Brandunfälle untergebracht.

Wie ist das? Sie sind ja in dem Sinn verantwortlich oder mitverantwortlich gewesen für die PatientInnen im Sinne der Unterbringung und in der diesbezüglichen Verantwortung.

In einem Fall wurde ja die Patientin ins AKH transferiert und auch der andere Patient war zumindest zeitweise im Wilhelminenspital.

Wie wurde das – jetzt sage ich es ein bisschen dramatisch - in Bezug auf Ihre Schützlinge Ihnen kommuniziert?

Mag. **Kaufmann**: Es wird uns eben leider von den Stationen im Prinzip gar nicht kommuniziert. Sondern, wir sind darauf angewiesen, dass wir uns die Information irgendwie holen. Das machen wir natürlich nach Möglichkeit. Nur, es ist so, wenn, wie in dem einen Fall, wo die PatientIn transferiert wurde – es werden sehr oft untergebrachte PatientInnen transferiert -, die Unterbringung damit aufgehoben ist. Und wenn wir auf der Station ausdrücklich nachfragen „was ist passiert?“, dann besteht die Möglichkeit, dass wir es erfahren. Wir können aber nicht bei jeder Unterbringung routinemäßig dem noch einmal nachgehen.

GRin Dr. **Pilz**: Ich versuche jetzt in die Situation der PatientIn zu steigen. Da weiß ich dann, wenn ich mir dessen bewusst bin, da ist jemand, der schaut auf meine Rechte, während ich hier fixiert bin oder im Netzbett bin. Dann passiert etwas, weil es z.B. keine Sitzwache gegeben hat, weil z.B. eine MitpatientIn mich verletzen konnte und die, die auf mich aufpassen sollten, erfahren nichts und sind nicht mehr zuständig. Wenn ich mir das jetzt so ganz konkret vorstelle.

Mag. **Kaufmann**: Wir sind nicht die, die auf die PatientInnen aufpassen sollten. Sondern, wir sind die Vertretung der PatientInnen.

GRin Dr. **Pilz**: Okay! Das lasse ich mir gerne präzisieren. Also, meine Vertretung, wenn ich eine untergebrachte PatientIn bin, erfährt nicht, dass mir so etwas unfassbar Schlimmes passiert ist?

Mag. **Kaufmann**: Ja, es ist einfach so, dass es da keinen vorgesehenen Meldeweg gibt. Das ist Tatsache.

GRin Dr. **Pilz**: Konkret hat man bei der Da-

me, die zu einem Drittel verbrannt wurde, gesagt, „die Unterbringung ist jetzt eh aus, weil sie ist im AKH“ und hat es Ihnen nicht kommuniziert? War das so oder habe ich das jetzt falsch verstanden?

Mag. **Kaufmann:** Das war so. Wir haben dann sozusagen im Laufe der nächsten Tage durch Kommunikation auf der Station sozusagen dann vom Personal erfahren, was passiert ist. Und dann einige Zeit später offiziell von der Abteilungsleitung.

GRin Dr. **Pilz:** Und im anderen Fall hat der Patient Ihnen das mitgeteilt?

Mag. **Kaufmann:** Genau ja.

GRin Dr. **Pilz:** Es wundert mich, dass Sie so sicher sind, dass mit der Transferierung der Patientin die Unterbringung endet. Ich zitiere da ein Protokoll aus der Besprechung der Ärztekammer, der JuristInnen, Ärztekammer und ein Reihe von ÄrztInnen, die zugegen waren und man besprach das Unterbringungsgesetz. Und hat dazu in der Zusammenfassung der Besprechung vom 25. März 2008 festgehalten, als Thema Unterbringungsgesetz: „Psychiatrische PatientIn, die untergebracht ist, kann/sollte aus dieser nicht wegen einer Verlegung akut entlassen werden. Unterbringung kann, wenn kontinuierliche psychiatrische Betreuung und Struktur gewährleistet ist, auch auf Interna gelten.“ Und in der Folge: „Psychiatrische PatientIn bleibt“, und jetzt ist es fettgedruckt „immer eine psychiatrische PatientIn, wo sie auch behandelt wird und damit in der Verantwortung der Psychiatrie.“ Ich kann jetzt das nicht zusammenbringen mit Ihrer Aussage, dass es erlischt. Es ist auch für mich sozusagen vom Laienstandpunkt, man wird ja nicht psychiatrisch gesund oder weniger suizidgefährdet oder weniger fremdgefährdet dadurch, dass man jetzt halt ins AKH verlegt wird. Wie kann denn das für Sie dann zu Ende sein?

Mag. **Kaufmann:** Also, dieser Rechtsmeinung, die da im Rahmen einer Besprechung der Ärztekammer geäußert wurde, ist für mich neu. Wenn Sie in den bisherigen Kommentaren zum Unterbringungsgesetz nachlesen, dann ist es so, dass die Unterbringung mit der Entlassung aus einer psychiatrischen Abteilung endet. Natürlich haben Sie Recht, dass PatientInnen, die psychisch krank sind, dass sie es dann auch im Falle einer notwendigen somatischen Behandlung auf einer anderen Abteilung bleiben. Das ist sicher ein Problem in der Betreuung psychisch Kranker und zwar vice versa. Also auch an psychiatrischen Abteilungen gibt es PatientInnen, die erhebliche somatische Erkrankungen haben und da muss dann sozusagen, die ÄrztInnen müssen dann abwägen, was überwiegt jetzt im Moment. Ist es jetzt im Moment für die PatientIn wichtiger, auf einer psychiatrischen Abteilung zu

sein und kann ich hier die somatische Betreuung noch leisten? Oder ist das nicht mehr möglich und ich muss transferieren und dann muss sozusagen irgendwie mit einem Konsiliar halt an der entsprechenden somatischen Abteilung versucht werden.

GRin Dr. **Pilz:** Ich kann das alles sehr gut nachvollziehen. Nur die Selbst- oder Fremdgefährdung erlischt ja nicht sozusagen durch das andere Klima einer anderen Abteilung. Also wäre das für mich ja nachvollziehbar. Ich gebe Ihnen nachher das Protokoll, damit Sie sich mit dem Herrn Mag. Penz in Verbindung setzen.

Aber jetzt noch eine Frage zu den konkreten Fällen. Haben Sie dann was unternommen? Sie hören jemand, der in Ihrer Verantwortung hinsichtlich der Unterbringung war, ist während, und damit meine ich jetzt den schlimmeren Fall, die Frau hatte Zugang zu einem Feuerzeug, hat sich schwerstens verletzt. Was hat denn Ihre Einrichtung unternommen, im Sinne der Abstellung von derlei Missständen?

Mag. **Kaufmann:** Also, es gab dann sozusagen auf zwei Ebenen, einerseits mit der Patientin beziehungsweise deren Angehörigen. Da wurde uns dann sehr rasch mitgeteilt, dass ein Anwalt eingeschaltet beziehungsweise die Wiener PatientInnenanwaltschaft eingeschaltet ist und von daher von uns sozusagen kein Auftrag dahingehend bestand. Auf der Ebene des Krankenhauses, auf der Ebene der Abteilung haben wir diesen Vorfall dann natürlich thematisiert. Ein Punkt, der dabei zu Tage getreten ist, war sozusagen die Entflammbarkeit der Wäsche. Dem sind wir dann auch noch recht lange nachgegangen. Es wurde uns zugesagt, dass in einem sehr langen Zeithorizont von in etwa einem Jahr es vielleicht möglich wäre, neu auszuschreiben und eben zu weniger entflammbarer Wäsche zu kommen. Wir haben dann nach neuerlichem Nachfragen die Auskunft bekommen, dass jede Station mit schwer entflammbarer Wäsche ausgestattet wurde. Also jetzt nicht sozusagen das ganze Krankenhaus für alle PatientInnen, sondern dass es eine spezielle schwer entflammbare bis nicht entflammbare Wäsche gibt, die in Fällen, wo die Besorgnis besteht, dass eben Vorfälle in dieser Richtung passieren könnten, verwendet wird.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:** Gut. Ich gebe weiter an Frau GRin Matiasek. Dankeschön.

GRin **Matiasek:** Danke Frau Vorsitzende!

Frau Mag. Kaufmann! Danke für Ihre Ausführungen. Im Zuge dieser Kommission ist ja auch immer wieder der bauliche Zustand dieses Spitals diskutiert worden. Es ist ein altes Spital, fraglos sehr schön durch die vielen Grünflächen, aber der Zustand vieler Stationen, wissen wir alle, ist - sagen wir, lässt einiges zu wünschen

übrig. Meine Frage wäre jetzt. Es ist einerseits natürlich Ihre Aufgabe sozusagen das ob einer Unterbringung zu beobachten, zu begleiten und auf der anderen Seite auch das wie. Wie hoch ist der Stellenwert bei Klagen oder Kritik der PatientInnen, wenn sie bezüglich jetzt auf ihre räumliche Unterbringung, das heißt eben, ein Aufhalten in einem großen Zimmer oder auch, es ist ja zur Diskussion gestanden, die gemeinsame Benützung Männer und Frauen von Waschräumen oder Sanitärräumen, wo man sie nach Zeiten trennen muss. Sind Sie mit einer Kritik der PatientInnen auch mit dieser räumlichen Unterbringung konfrontiert?

Mag. **Kaufmann:** Natürlich kommen immer wieder Äußerungen bis hin zu Beschwerden auch von PatientInnen, dass sie mit der räumliche Situation unglücklich sind. Also, gerade an einer psychiatrischen Abteilung denke ich, wird von einigen PatientInnen das Umfeld dann auch als belastend empfunden. Und in Paarung mit der räumlichen Situation wird das dann eben noch verstärkt, bei manchen PatientInnen und bei manchen Abteilungen, es ist nicht durchgehend, aber gibt solche Klagen, ja.

GRin **Matiasek:** Aber wie gehen Sie damit um? Gehen Sie dann sozusagen zu den verantwortlichen Stellen und versuchen das ändern, nehme ich einmal an...

Mag. **Kaufmann:** Na, wir haben immer wieder versucht.

GRin **Matiasek:** Wie weit lässt sich etwas machen?

Mag. **Kaufmann:** Das sowohl jetzt auf Abteilungsleiterenebene, die sozusagen jetzt für uns natürlich die erste Ansprechperson ist und auch auf Ebene der Ärztlichen Direktion im Krankenhaus ist das immer thematisiert worden. Und die Renovierungsarbeiten, Verbesserungsarbeiten hat es immer wieder gegeben, im verschiedensten Umfang. Ein Schub, würde ich sagen, hat heuer stattgefunden.

GRin **Matiasek:** Danke.

Vorsitzender-StvIn Dr. **Rech:** Herr GR Ing. Mag. Dworak.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Frau Mag. Kaufmann! Sie haben in einem Artikel im Standard vom 18. Dezember 2007 hinsichtlich den Beschränkungen, und Beschränkung gehören dazu zu Ihnen und Sie weisen ja auch darauf hin, dass das für Sie wichtig, diese Beschränkung zu reduzieren im weitesten Sinn. Und Sie äußern sich auch in dem Artikel durchaus kritisch. „Viele Beschränkungen passieren aus Personal-mangel.“ Und wir haben ja schon vieles zum Thema Personal-mangel gehört. Und dann heißt es auch: „Oder würden länger dauern, als eigentlich notwendig wären.“

Haben Sie den Eindruck, dass es im heurigen Jahr, obwohl mehr ÄrztInnen dazugekommen sind, aber kaum PflegerInnen oder wenig Pflegepersonal - ich glaube, 18 ÄrztInnen sind dazugekommen, die allerdings nicht ausgebildete PsychiaterInnen waren -, dass es zu weniger Beschränkungen gekommen ist?

Mag. **Kaufmann:** Ich habe jetzt sozusagen nur eine sehr grobe Überblickszahl für 2008. Und es ist ja so, dass es in Wien im Vergleich zu österreichischen Durchschnittswerten die PatientInnen, die innerhalb einer Unterbringung zumindest einmal einer weitergehenden Bewegungsbeschränkung unterworfen sind, ist in Wien um einiges höher als die Durchschnittszahl für den Rest von Österreich. Und die lag sozusagen im Zeitraum 1. Juli 2007 bis 31. Dezember 2007 in Wien bei 72 % und jetzt 2008 also von 1. Jänner 2008 bis 30. September 2008 liegt sie bei rund 66, 67 %. Also, es ist ein bisschen zurückgegangen.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Sind diese Beschwerden von einer anderen Qualität jetzt also heuer? Ich meine, 72 und 66 ist offensichtlich wirklich zurückgegangen, aber die Frage ist natürlich auch die Qualität der Beschränkungen. Anders stärker geworden oder deutlich einschränkender für die PatientInnen?

Mag. **Kaufmann:** Es ist so, wenn Sie sich versuchen die Situationen vorzustellen, in denen es zu Bewegungsbeschränkungen kommt. Das sind in der Akutpsychiatrie Situationen, in denen alle Beteiligten also PatientIn und beteiligtes Personal im Grunde in einer extremen Spannungssituation sind. Es gilt dann für das Personal da immer abzuwägen zwischen Eingriff in Freiheitsrechte, zwischen Zwang und Sicherheit. Und das sind sozusagen extrem belastende Situationen für die PatientIn und wir sehen auch für das Personal und es sozusagen wirklich das Personal ist in jeder einzelnen Situation gefordert, mit Bewusstsein und großem Einsatz da wirklich heranzugehen und sich zu überlegen, was ist jetzt wirklich der geringst mögliche Eingriff für diesen Menschen, der aber die Sicherheit noch gewährleistet in irgendeiner Form. Und ich denke mir, das ist einfach eine total fordernde Situation und je mehr Personaldichte ich in so einer Situation habe oder je mehr ich sozusagen das Personal nicht ständig in solche Extremsituationen schicken muss, weil ich eben eine höhere Personaldecke habe, desto mehr wird das den PatientInnen zu Gute kommen, weil dann einfach sozusagen diese schwierige Situation im Einzelfall menschenfreundlicher, patientInnenfreundlicher gelöst werden kann.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Sie haben jetzt gerade gesagt zuerst, dass in Niederösterreich, wo Sie ja eben auch Erfahrung haben, weniger Be-

schränkungen oder Fixierungen erfolgen. Wie können Sie das werten? Mit Zahlen oder irgendeine Zahl im Unterschied?

Mag. **Kaufmann:** Es ist auch in Niederösterreich an den einzelnen Abteilungen sehr unterschiedlich. Also, es hat natürlich ein Argument, das da immer ins Treffen geführt wird, ist die offene Psychiatrie und die geschlossenen Abteilungen. Ein Zusammenhang diesbezüglich ist sicher nicht einmal - es gibt keine Untersuchungen -, aber ist sicher nicht von der Hand zu weisen. Ich glaube auch, dass eben wir von der PatientInnenanwaltschaft sind sehr froh und begrüßen das sehr, dass die Psychiatrie offen geführt wird. Also, das war eben vor vielen Jahren eine Grundsatzentscheidung, in Wien alle psychiatrischen Abteilungen offen zu führen und ich glaube, dass das für die Qualität der psychiatrischen Versorgung auch ein wirklich wichtiger Schritt war. Gleichzeitig muss man, glaube ich, aber auch sehen, dass eine offene Psychiatrie mit Sicherheit eine personalintensivere Psychiatrie ist. Und dieser Schritt wurde, glaube ich, nicht durchgehend mitgegangen und das ist, glaube ich, auch eines der Probleme in Wien.

Vorsitzender-StvIn Dr. **Rech:** Frau GRin Mag. Ramskogler.

GRin Mag. **Ramskogler:** Danke, Frau Vorsitzende!

Sehr geehrte Frau Mag. Kaufmann! Sie haben jetzt auch eben davon gesprochen, mehr Personal. Man muss halt festhalten, dass wir in Wien eben schon im obersten Drittel auch liegen mit dem Personal. Also, im durchschnittlichen Österreichischen Vergleich nicht so schlecht. Keine Frage. Man muss auch dazusagen, dass eine 1:1 Personalbetreuung das absolute Optimum wäre und wünschenswert. Aber es ist immer die Frage, ob machbar und tatsächlich auch umsetzbar. Zum Anderen muss man aber auch sagen, dass bei einer offenen Psychiatrie und Sie haben es jetzt erwähnt, dementsprechend Beschränkungsmaßnahmen immer wieder vorkommen, weil dort ja auch sehr viel mit Zwang zu tun ist, aber auch mit – wie Sie schon gesagt haben – akut, also wenn Menschen kommen, die akut psychotisch sind und dementsprechend auch Gewalt an den Tag gelegt und sehr viel Aggression im Raum steht und das Personal abwägen muss, Sicherheit oder Selbstgefährdung, Fremdgefährdung oder die PatientIn zu beschränken mit einer adäquaten Maßnahme. Und trotzdem haben wir aber auch im Vergleich zu anderen Ländern gesehen, wo eben geschlossene Anstalten sind, dass jene PatientInnen ebenfalls auch fixiert sein können, trotz einer geschlossenen Anstalt. Aber da sind wir wieder bei einer Fachdiskussion prinzipiell.

Ich möchte nur soweit gehen in meiner Frage, dass ich auch in Bezug auf das Unterbringungsgesetz noch einmal nachfrage, weil ich das an sich für eine sinnvolle Gesetzeslage halte, dass es ein UBG in Österreich gibt und das ist ja auch nicht unbedingt selbstverständlich in einem Ländervergleich, sowohl als auch mit Ihrem Verein sozusagen eine PatientInnenanwaltschaft, die kostenlos für die PatientInnen ist, ist auch nicht selbstverständlich. Und hier möchte ich darauf hinweisen, dass man sagen sollte, das UBG ist über zehn Jahre alt, das heißt, es ist novellierungsbedürftig. Es ist auch jetzt wieder aufgetaucht, in dem Sie gesagt haben, dass eben zum Beispiel eine Änderung Ihrer PatientInnenanwaltschaft für die PatientInnen ist, wenn jemand in ein Spital kommt. Also, das heißt, das wäre verbesserbar, novellierbar im UBG. Meine Frage geht dahin: Sehen Sie als Expertin in diesem Bereich mit den PatientInnen noch weitere Maßnahmen, wo durch das UBG besser für die PatientInnen, deren Sicherheit aber auch für die MitarbeiterInnen auf einer Psychiatrie novelliert gehört?

Mag. **Kaufmann:** Ich persönlich glaube, dass das Unterbringungsgesetz ein sehr lang gereiftes Gesetz ist, ein Gesetz, um das auch sehr lange gerungen wurde und dass das UBG in seinen Grundsätzen immer noch sehr gut die Rechte psychisch Kranker schützt. Natürlich gibt es Verbesserungsmöglichkeiten. Es ist so dass, also jetzt von Seiten der PatientInnenanwaltschaft immer wieder angedacht wird, es sind im UBG im Prinzip nur die weitergehenden Bewegungsbeschränkungen geregelt. Es gibt aber auch andere Einschränkungen der Persönlichkeitsrechte der PatientInnen in der Psychiatrie, die eben im Alltag passieren, die aber im Unterbringungsgesetz nicht geregelt sind und die Zuständigkeit einer anderen Behörde, wie zum Beispiel des Unabhängigen Verwaltungssenates, wie es ja im Zusammenhang mit der Einweisung besteht, wird diesbezüglich auch verneint. Also, ein Wunsch unsererseits wäre sozusagen auch zu überdenken, ob nicht da andere Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte auch im UBG geregelt werden könnten.

Vorsitzender-StvIn Dr. **Rech:** Frau GRin Dr. Pilz.

GRin Dr. **Pilz:** Dankeschön. Ich habe mir jetzt aufgeschrieben, was Sie gesagt haben, was Sie alles fordern und was nicht geleistet ist im Otto-Wagner Spital. Also, nicht die 1:1 Überwachung durchgängig wegen Personalmangel, nach wie vor das Existieren von bewegungsbeschränkten Menschen in der Unterbringung in Mehrbettzimmern, wo andere Zugang haben, wo auch nicht sozusagen ausgeschlossen werden kann, dass von MitbewohnerInnen oder MitpatientInnen

Gefahr ausgeht, dann haben Sie gesagt, dass es keine Sicherstellung gibt, dass alle Beschränkungen Ihnen mitgeteilt werden, dass sich das sogar verschlechtert hat und Sie haben gesagt, dass es nicht sichergestellt ist, nach wie vor und das ist jetzt eigentlich eine Nachfrage, dass Sie nach so schlimmen Ereignissen wie diese Brandunfälle sozusagen aus Eigenem vom Krankenanstaltenträger informiert werden. Was tun Sie denn, wenn Ihre Arbeit sozusagen in wichtigen Kriterien hier nicht in der Qualitätssicherung sozusagen, die Voraussetzungen für Ihre Arbeit gegeben sind. Was tun Sie denn da als Vertretungsnetz?

Mag. **Kaufmann:** Also, als PatientInnenanwaltschaft haben wir im Wesentlichen den Weg mit Kommunikation unsere Ziele zu erreichen einerseits und im anderen, im Einzelfall eben mit Anträgen im Rahmen des Unterbringungsgesetzes. Also, das heißt, wir thematisieren diese Probleme immer wieder auf allen Ebenen im Krankenhaus. Wir haben in den vergangenen Jahren einzelne Probleme, vor allem die personelle Situation immer wieder beim Wiener PatientInnenanwalt zum Thema gemacht, in der Hoffnung, dass wir sozusagen hier, dass dieser in seiner Funktion vielleicht da erfolgreicher ist auch als wir.

GRin Dr. **Pilz:** Hat das was genützt?

Mag. **Kaufmann:** Im letzten Jahr hat es was genützt.

GRin Dr. **Pilz:** Inwiefern?

Mag. **Kaufmann:** Dass eben jetzt zumindest einmal zusätzliche Posten geschaffen wurden.

GRin Dr. **Pilz:** Waren Sie einmal bei irgendeiner politischen Ebene?

Mag. **Kaufmann:** Nein, auf eine politische Ebene sind wir nicht gegangen.

GRin Dr. **Pilz:** Sagen Sie jetzt noch, ein paar fachliche Fragen, wir haben von unterschiedlichen ExpertInnen vor allem PsychiaterInnen hier gehört, dass es sehr unterschiedliche Zeiten gibt, wo Fixierungen, Unterbringungen in Netzbetten faktisch stattfinden. Also, Primar Fischer hat gesagt, es wird nur so lange fixiert, bis jemand tief eingeschlafen ist, wenn er sediert wird. Dann, also es kann zehn Minuten sein oder auch so ist es im Wagner Jauregg Spital in Oberösterreich. Wie lange ist denn das sozusagen üblicherweise im Otto-Wagner Spital, dass jemand fixiert ist oder im Netzbett untergebracht ist und wie lange ist es im äußersten Fall?

Mag. **Kaufmann:** Also zur Dauer der Fixierungsbeschränkungen habe ich keine Zahlen. Zur Häufigkeit schon. Und zur Häufigkeit ist es so, dass jetzt jene Menschen, die im Rahmen einer Unterbringung zumindest einmal einer Bewegungsbeschränkung unterworfen werden,

im SMZ-Ost in etwa gleich hoch ist wie im Otto-Wagner Spital.

GRin Dr. **Pilz:** Es interessiert mich.

Mag. **Kaufmann:** Die Dauer ist.

GRin Dr. **Pilz:** Sind die Leute, ich meine, das muss Sie - Entschuldigen Sie -, das muss Sie ja vielleicht interessieren, oder ich hoffe es, es interessiert Sie, ob jemand im Netzbett eine Stunde ist, oder einen Tag ist oder was immer.

Mag. **Kaufmann:** Unserer Beobachtung nach ist es so, dass die Dauer der Beschränkungen in Wien jetzt nicht differiert. Also, es wäre nicht so, dass wir die Beobachtung haben, dass PatientInnen im SMZ-Ost wesentlich kürzer fixiert oder beschränkt werden als im Otto-Wagner Spital.

GRin Dr. **Pilz:** Aber handelt es sich im Otto-Wagner Spital jetzt eher um zehn Minuten oder zehn Stunden? Können Sie das irgendwie.

Mag. **Kaufmann:** Das ist wirklich sehr unterschiedlich. Das kann man einfach nicht sagen. Es gibt PatientInnen, die werden 15 Minuten, 30 Minuten, eine Stunde, zwei Stunden und es gibt genauso PatientInnen, die werden 24 Stunden beschränkt.

GRin Dr. **Pilz:** Es gibt PatientInnen, die berichten aus ihrer subjektiven Erfahrung, dass es tagelang war, dass sie fixiert waren. Ist das jetzt sozusagen die subjektive Wahrnehmung oder kann das stimmen?

Mag. **Kaufmann:** Das kann schon stimmen, also dass es Tage mit Unterbrechungen sind, dass es oft die ersten, zwei, drei, vier Tage eines Aufenthaltes sind, wo mit Unterbrechungen immer wieder Fixierungen oder Beschränkungen durchgeführt werden.

GRin Dr. **Pilz:** Welche anderen Einschränkungen der persönlichen Freiheit, von denen Sie meinen, dass sie im UBG geregelt werden sollen, könnten Sie hier erwähnen?

Mag. **Kaufmann:** Na ja, das wäre zum Beispiel der Entzug der Privatkleidung. Also, dass man eben versucht durch Entzug der Privatkleidung die PatientInnen auf der Station zu halten.

GRin Dr. **Pilz:** Handy? Laptop?

Mag. **Kaufmann:** Es ist ebenfalls sozusagen immer wieder mal ein Thema.

GRin Dr. **Pilz:** Ja, darf man das jemanden wegnehmen?

Mag. **Kaufmann:** Ich kann Ihnen da jetzt keine juristische Wertung geben, weil das sozusagen auch sehr von den geltenden Hausordnungen und so weiter abhängt. Im Prinzip ist es so, dass eine Einschränkung des Verkehrs mit der Außenwelt, das ist ja eine Einschränkung der persönlichen Freiheiten im UBG, sehr wohl geregelt ist, nämlich, dass die nur unter Begründung passieren darf und auch zu dokumentieren ist und auch der PatientInnenanwaltschaft zu melden ist.

GRin Dr. **Pilz**: Die Einschränkung?

Mag. **Kaufmann**: Die Einschränkung. Ich meine, der Gesetzgeber ist natürlich noch von der Situation der Festnetztelefonie ausgegangen und nicht der Situation der Handytelefonie. Also das müsste man vielleicht einer Novellierung ebenfalls überdenken.

GRin Dr. **Pilz**: Ich möchte Ihnen jetzt noch ein Dokument zur Kenntnis bringen, das in der sechsten überarbeitenden Fassung vom Stand Juni 2008, also ganz neu, im SMZ Baumgartner Höhe psychiatrisches Zentrum erstellt wurde, ein Papier um UBG, psychiatrische Intensivbettenfixierungssysteme, Gurte, Einsatz der Videoüberwachung. Es ist auch nicht die endgültige Fassung, aber immerhin schon die sechste, also nicht ganz der erste Entwurf. Und da gibt es Indikationen für Maßnahmen gegen den Willen der Betroffenen aus medizinisch-psychiatrischer Sicht. Und ich lese Ihnen da nur einige vor, die für mich interessant sind: „Punkt 4. Sexuelle und körperliche Übergriffe gegen MitpatientInnen. Erheblich verbale und gestisch sexuelle Belästigungen. Aus präventiven Gründen bei der Aufnahme“, oder – und das ist jetzt der neunte von einer Reihe von Punkten – „Erhebliche und andauernde Beleidigungen und Beschimpfungen gegen MitpatientInnen und MitarbeiterInnen.“ Das sind Indikationen für die Maßnahmen gegen den Willen der Betroffenen aus medizinisch-psychiatrischer Sicht. Kennen Sie dieses Papier?

Mag. **Kaufmann**: Nein, dieses Papier wurde uns nicht zur Verfügung gestellt, obwohl wir es urgiert haben.

GRin Dr. **Pilz**: Aha, ich stelle es Ihnen nachher durchaus sehr gerne zur Verfügung. Würden Sie diese Gründe, also zum Beispiel Punkt neun: „Erhebliche und andauernde Beleidigungen und Beschimpfungen“ im Kontext mit Fixierungen und Isolierung, das ist eben im Kontext, diese Maßnahmen sind gemeint. Halten Sie das aus Sicht Ihrer rechtlichen Zuständigkeit, das für eine legitime Art der Reaktion?

Mag. **Kaufmann**: Also, als Begründung für eine weitgehende Beschränkung ist das gemäß dem Gesetz sicher nicht ausreichend.

GRin Dr. **Pilz**: Und wieso, ich meine, das sind also Leute, die das machen, Harald STEFAN, Wolfgang Schrenk in Zusammenarbeit mit anderen. Wieso entsteht dann im Jahr 2008 also nicht lange vom UBG so ein Papier, wo diese Dinge sozusagen als Möglichkeit geboten sind.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech**: Nur wenn Sie es wissen.

GRin Dr. **Pilz**: Und glauben Sie oder haben Sie erfahren, sagen wir einmal so, haben Sie erfahren, dass diese Gründe in der Vergangen-

heit Anlass für Beschränkungsmaßnahmen waren?

Mag. **Kaufmann**: Also, warum das in diesem Papier steht, das kann ich Ihnen nicht beantworten. Wenn sozusagen in unserer Tätigkeit jemand aus solchen Gründen, die Sie jetzt angeführt haben, beschränkt wird, dann ist das für uns ein Grund, die Beschränkung zu hinterfragen beziehungsweise überprüfen zu lassen.

GRin Dr. **Pilz**: Hat es schon Fälle gegeben, wo Sie aus diesen Gründen eine Beschränkung für unzulässig eingeschätzt und damit eine Aufhebung erwirkt oder zumindest angestrebt haben?

Mag. **Kaufmann**: Es hat sicher im Laufe der Jahre Verfahren gegeben, wo sozusagen - also bei uns ist es so, dass wir jetzt die Herangehensweise haben, dass wir sagen, die Voraussetzungen, die aus dem Gesetz für die Beschränkung notwendig, liegen nicht vor. Also eben keine ernste und erhebliche Gefährdung und es ist nicht zur Behandlung und Betreuung unabdingbar oder es ist nicht die verhältnismäßige Maßnahme. Es hätte einen geringeren möglichen Eingriff gegeben. Also, das ist sozusagen unsere Herangehensweise. Und auch die, wie wir sie sozusagen bei Gericht dann in dem Fall thematisieren.

GRin Dr. **Pilz**: Wie? Ich will.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech**: Bitte. Entschuldigung.

GRin Dr. **Pilz**: Es ist die letzte Frage.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech**: Ja. Okay.

GRin Dr. **Pilz**: Ich will diesen Komplex noch fertig machen. Kann es, darf es im Otto-Wagner Spital vorkommen, dass man wegen Beleidigung, Belästigung und Störung, erhebliche Störung von MitpatientInnen fixiert oder ins Netzbett oder sonst wie medizinisch-psychiatrisch beschränkt wird. Darf das ein Grund sein?

Mag. **Kaufmann**: Nein. Es ist rechtlich nicht erlaubt, jemanden wegen dieser Gründe weitergehend zu beschränken.

GRin Dr. **Pilz**: Danke!

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech**: So. Noch eine Frage, der Herr GR Ing. Mag. Dworak bitte.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Frau Mag. Kaufmann! Sie haben uns bei der Pflegedokumentation schon gesagt, dass in ärztliche und Pflegedokumentation ab Jänner heuer getrennt wurde, wenn ich das richtig verstanden habe.

Mag. **Kaufmann**: Im Bezug auf die Dokumentation der Beschränkungen wurde sozusagen ein System entwickelt. Da gibt es ein Formular, in dem dokumentieren die ÄrztInnen und ein Formular, in dem dokumentiert die Pflege.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Im Jahr 2003 in Lainz sind ja immer auch unangenehme Sachen passiert und es hat Eintragungen in der Dokumenta-

tion teilweise ohne Datum und ohne Handzeichen, zum Beispiel bei ärztlichen Diagnosen gegeben und das hätte fatale Folgen haben können.

Mag. **Kaufmann**: Ohne Datum und ohne?

GR Ing. Mag. **Dworak**: Ohne Datum und ohne Handzeichen.

Mag. **Kaufmann**: Aha, Unterschrift. Okay.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Ist Ihnen so etwas aufgefallen im Otto-Wagner Spital?

Mag. **Kaufmann**: Nein!

GR Ing. Mag. **Dworak**: Danke!

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech**: Gut. Dann darf ich mich ganz herzlich bei Ihnen bedanken. Wir sind schon fertig. *(Zwischenruf)* Das war die letzte Runde. *(Zwischenruf)*

Eine Frage! Letzte Frage Frau GRin Dr. Pilz bitte.

GRin Dr. **Pilz**: In den Unterlagen des Otto-Wagner Spitals ist dokumentiert, dass im Jahr 2002, soweit ich mich erinnere, ich kann es Ihnen aber dann raussuchen, ja genau da ist es, das Dokument, nach 2004, 9. Februar 2004, ist dokumentiert in einer Sitzung im Protokoll der Kollegialen Führung, ein Brief der PatientInnen-anwälte, die PatientInnen nach UBG, also Ihre Einrichtung, die PatientInnenanwälte haben sich an die KOFÜ gewandt um das Problem der fehlenden PatientInnenrufanlagen aufzuzeigen. Also, das heißt, damals gab es keine oder nicht ausreichend, um es so zu sagen. Es fehlen welche.

Mag. **Kaufmann**: Nicht durchgehend.

GRin Dr. **Pilz**: Es fehlten welche. Ist jetzt die Ausstattung hinsichtlich PatientInnenrufanlagen, Videoüberwachung und der Möglichkeit der Isolierung in einem Ausmaß, das Sie vertreten können im Otto-Wagner Spital?

Mag. **Kaufmann**: Das letzte habe ich nicht verstanden. Möglichkeit einer Isolierung?

GRin Dr. **Pilz**: Sozusagen jemand in einem Einzelzimmer unterzubringen, wenn er untergebracht ist. Ist die Ausstattung im Otto-Wagner Spital hinsichtlich der Möglichkeit, sich durch PatientInnen.

Mag. **Kaufmann**: Also, Notrufklingeln gibt es.

GRin Dr. **Pilz**: Jeder und immer und hat immer Zugang? Videoüberwachung?

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech**: Bitte nicht nicken. Nicken sehen wir dann nicht im Protokoll. Die Frage war, ob jeder Zugang hat jederzeit zu so einer Klingel. Sie haben genickt.

Mag. **Kaufmann**: Ja.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech**: Danke.

Mag. **Kaufmann**: Also unseres Wissens ja. Videoüberwachung ist im Otto-Wagner Spital nicht an allen Abteilungen. Also Videoüberwachung ist ein weiter Begriff. Also, was meinen

Sie mit einer durchgängigen Videoüberwachung?

GRin Dr. **Pilz**: Von PatientInnen, die sozusagen entweder in einer gefährlichen medizinischen Situation sind oder beschränkt sind, weil eine Möglichkeit der Überwachung war das Monitoring durch Video oder eine 1:1 Sitzwache. Sie haben gesagt, eine 1:1 Sitzwache ist nicht durchgängig gewährleistet wegen Personalmangel wurde Ihnen gesagt. Ist eine Videoüberwachung für PatientInnen, die sozusagen besonders einen Bedarf haben nach Aufsicht aus medizinischer oder psychosozialer Situation, ist das gegeben?

Mag. **Kaufmann**: Derzeit gibt es nicht an allen Stationen Videoüberwachungen.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech**: Gut. Danke. Dann darf ich mich jetzt bei Ihnen bedanken und Sie im Namen der Kommission verabschieden.

Mag. **Kaufmann**: Vielen Dank. Danke für Ihr Interesse.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech**: Ich unterbreche auf zehn Minuten bis 11.00 Uhr und dann setzen wir mit unserem nächsten Zeugen fort.

(Sitzungspause: 10.52 Uhr bis 11.04 Uhr)

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech**: So. Ich setze die Sitzung fort.

Wir kommen jetzt zur Vernehmung des nächsten Zeugen. Es handelt sich dabei um Herrn Direktor Gustav Schäfer. Herzlich Willkommen! Sie werden hier als Zeuge vernommen, das heißt als Zeuge müssen Sie die Wahrheit sagen, eine falsche Zeugenaussage wäre strafbar. Sie können allerdings, wenn Sie sich mit der Beantwortung einer Frage zur Schande oder strafrechtlicher Verfolgung aussetzen würden, diese Beantwortung verweigern. Ich darf auch Sie herzlich bitten, dass Sie zunächst ein paar Worte zu Ihrer Person sagen und sich dann den Fragen zur Verfügung stellen.

VerwDior. i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer**: Gut. Herzlichen Dank. Ein Grüß Gott meinerseits. Ich darf mich bedanken, dass ich Gelegenheit habe, hier bei der Untersuchungskommission unter Umständen vielleicht in einige Dinge etwas Licht hineinzubringen, etwas zur Entkrampfung der Situation und auch im Sinne der psychiatrischen Versorgung der Wiener Bevölkerung etwas beitragen zu können, das ja auch Teil meiner beruflichen Tätigkeit innerhalb der Kollegialen Führung im Otto-Wagner Spital war, nämlich gerade eines Krankenhauses, das auf Grund seiner, wie Sie ja wissen, Vergangenheit und der Aufarbeitung der Vergangenheit sehr sensibel mit PatientInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen umgeht. Ich möchte jetzt nicht sagen vielleicht sensibler als in anderen Krankenhäusern. Ich möch-

te das nicht unterstellen. Aber es war bei uns Thema und wir haben das auch in der Aufarbeitung, in den Euthanasiesymposien und so weiter und der daraus folgenden Dokumentation unter Beweis gestellt.

Zu meiner Person. (*Anm.:* Personalien wurden bekannt gegeben.) Bin gebürtiger Wiener mit dementsprechenden Wurzeln der Restmonarchie. Ich bin in einem Arbeiterbezirk aufgewachsen, in eine evangelisch-katholisch geprägte Arbeiterfamilie und auch in diesem Bezirk, in Ottakring, ins Realgymnasium gegangen, wo ich dann 1965 maturiert habe. Ich bin seit 1969 verheiratet und habe zwei erwachsene Kinder, auf die wir sehr stolz sind, die aber nicht im Bereich der Stadt Wien, sondern in anderen Bereichen tätig sind.

Mein beruflicher Werdegang: Ich bin nach der Matura zum Bundesheer gegangen, war dort einjährig Freiwilliger, womit meine Eltern nicht so zufrieden waren, nämlich aus der vergangenen Geschichte der Zwischenkriegszeit her. 1966 habe ich mich zum Dienst für die Stadt Wien beworben und bin dann 1967, am 2. Jänner eingetreten. Es war damals so. Der Beginn meiner beruflichen Laufbahn hat so begonnen, dass bei dem Begrüßungsgespräch mir gesagt wurde, dass das Rathaus 3 000 Fenster hätte und ich bei jedem rausschauen könnte. Was für mich natürlich den Aspekt geboten hat einer vielfältigen und interessanten Tätigkeit, die ich vielleicht im Dienst der Stadt Wien auf mich zukommt.

Nun, ich war in den ersten beiden Jahren, und zwar ich war eigentlich immer von 1967 an im damaligen Anstaltenamt, in der alten MA 17, zu Beginn, die ersten zwei Jahren in der Verwaltung der Lehrlingsheime der Stadt Wien, die damals auch zum Anstaltenamt gehört haben. Und ab dem Jahr 1969 im Allgemeinen Krankenhaus und habe dort so etwas gemacht, wie man vielleicht heute nennt die Tätigkeit eines Direktionsassistenten so in vorgeschobener Position auf den neuen Kliniken des AKH, habe dort Prozesse von Generalsanierungen und auch von Übersiedlungen von Kliniken miterlebt und habe dort auch die ersten Kontakte zur Psychiatrie gehabt, weil eine der ersten Kliniken, die übersiedelt wurden, die Psychiatrie war. Und aus dieser Zeit stammen auch meine ersten Erfahrungen mit psychiatrischen PatientInnen.

Nun, im Bereich des Allgemeinen Krankenhauses durfte ich dann bis 1982 tätig sein. Und bin dann 1982 Leiter der Abteilung Wirtschaft und stellvertretender Verwaltungsdirektor des Pflegeheimes, des heutigen Geriatriezentrums Liesing geworden.

1990 habe ich mich für die interessante Tätigkeit des Verwaltungsdirektors dort beworben und war es auch von 1990 bis zum Jahr 2000. In

dieser Zeit war es so, dass wir im Krankenanstaltenverbund, der dann 1993 gegründet wurde, ich auch tätig sein durfte im Koordinierungsausschuss des Generaldirektors, wo ich auch die Möglichkeit hatte, den Bereich der Kollegialen Führung eines Geriatriehauses miteinzubringen. Ich durfte dann auch mitarbeiten bei der Erstellung des damaligen Heimgesetzes, das leider nicht zum Tragen gekommen ist, weil es so in Richtung Bundesgesetz und nicht Landesgesetz gegangen ist.

Im Jahr 2000 wurde ich gefragt, ob ich mir vorstellen könnte, mich zu bewerben zur Fusionierung des Otto-Wagner Spitals, es war damals der Gemeinderatsbeschluss im Jahr 2000, der des Zusammenschlusses von bisher fünf unabhängigen Krankenhäusern zu einem großen Krankenhaus. Und ich muss sagen, das war eigentlich eine Herausforderung, wobei manche KollegInnen und manche Freunde gesagt haben, mit dem Alter tust du dir das an. Ich war damals ja doch schon 53, aber wenn man einmal in diesem Bereich. (*Zwischenruf*) Wenn man einmal in diesem Bereich tätig ist, muss ich sagen, in einem komplexen Bereich, wie es ein Krankenhaus ist, dann kann das nur eine Herausforderung sein. Und wenn man auch gewohnt ist, mit Menschen für Menschen zu arbeiten, dann umso mehr. Und es war eine Herausforderung. Wir haben die fünf selbstständigen Krankenhäuser, ich muss sagen im Bereich der Pflege und im Bereich der Medizin waren es ja keine Probleme, weil da ist ja alles weitergegangen. Aber im Bereich des Betriebsbereiches oder des kaufmännischen Bereiches war es natürlich eine Herausforderung, weil fünf selbstständige Abteilungen Wirtschaft, Abteilung Finanz, der Fuhrpark, die Gärtnerei, der Betriebsdienst, das alles zusammenzuführen waren. Und das waren schöne Zeiten auch. Obwohl es mit viel Einsatz einhergegangen ist. Viele Teamgespräche und auch viele interessante Einzelgespräche mit MitarbeiterInnen und es ist uns dann auch zum Beispiel in einem Bereich, nämlich im Bereich der Küche gelungen, die unterschiedlichen Vorstellungen einer Serviceerbringung für die PatientInnen auf einen Nenner zu bringen, mit einem Seminar, wo dann auch ein Leitbild für die Küche herausgekommen ist, das eigentlich jetzt noch nachwirkt.

Nun, einer meiner wesentlichen Tätigkeiten auch in meiner Berufslaufbahn war, dass ich seit dem Jahr 1992 bis zu meinem Ausscheiden aus dem Dienst der Stadt Wien Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Verwalter der Kranken- und Wohlfahrtsanstalten Wiens war und auch Vizepräsident der Bundeskonferenz der Krankenhausmanager Österreichs und wir in dieser Zeit, in diesen 15, 16 Jahre, die ich da ehrenamtlich auch tätig sein durfte, viel in dem Bereich

Krankenhaus, MitarbeiterInnenbetreuung, Zusammenführung im Jahr 1993 mit der Dezentralisierung viel mitarbeiten durften. Und wir haben dann ab dem Jahr 1996 anlässlich unseres 40jährigen Bestehens dann auch gegründet und die gibt es bis heute, die Wiener Fortbildungstage für Krankenhausmanagement, die übrigens die nächste Woche stattfindet. Und ich glaube, Sie alle haben Einladungen bekommen, nämlich zu dem interessanten Thema der Bevölkerungsentwicklung und wie wir dann in Zukunft damit umgehen.

Nun ich bin dann mit 1. März 2007 aus dem Dienst der Stadt Wien ausgeschieden, weil ich im Jänner das 60. Lebensjahr erreicht habe. Ich habe in diesen 41 Jahren, muss ich sagen, war ich gerne tätig, aber es ist auch schön, in Pension zu gehen und eigenständig zu sein und selbstbestimmt zu sein und es ist einiges aus dieser Zeit mir noch der ehrenamtlichen Tätigkeiten beigeblieben. Und ich habe dann mit 1. März zu studieren begonnen und bin auch ehrenamtlicher Mitarbeiter in einem Pensionistenwohnhaus.

Vorsitzender-StvIn Dr. **Rech:** Gut.

VerwDior. i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** So weit zu mir.

Vorsitzender-StvIn Dr. **Rech:** Danke für die Einleitung. Und ich gebe jetzt Frau GRin Dr. Pilz als erste Fragenden das Wort.

GRin Dr. **Pilz:** Danke Frau Vorsitzende!

Herr Direktor, man hat den Eindruck, Sie haben gerne gearbeitet.

VerwDior. i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Ja.

GRin Dr. **Pilz:** Und Sie haben auch noch einen lebendige Erinnerung daran. Das ist gut für unsere Untersuchungskommission und es hat sich ein bisschen für mich eine fast private Frage aufgedrängt. Ich stelle sie nicht, ich stelle sie nur in den Raum. Warum haben Sie eigentlich aufgehört mit 60? Also, Sie hätten ja. (*Zwischenruf*) Jetzt stelle ich sie doch.

VerwDior. i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Na ja, nein, also ich muss sagen, also einmal muss Schluss ein und es gibt genug Junge, die das gefördert haben und die nachgekommen sind und ich muss ganz ehrlich sagen, auch wie ich meinen Nachfolger, der hinter mir sitzt, vorige Woche hier gehört habe, muss ich sagen, ich bin stolz, dass wir solche MitarbeiterInnen haben, die unsere Arbeit weiterführen.

GRin Dr. **Pilz:** Also, Sie haben gerne gearbeitet. Das ist wirklich auch schön das zu hören. Und Sie haben auch noch eine lebendige Erinnerung. Das ist gut für uns. Ich will Sie jetzt sozusagen auf Ihren natürlich klar im Auftrag der Untersuchungskommission auf Ihr letztes berufliches Engagement, im Management des Otto-Wagner Spitals auf die Problemfelder, die Sie da

ja also ich würde zusammenfassen, was ich über Ihre Äußerungen gelesen habe in der Kollegialen Führung, „Arbeit auf der Baustelle“ würde ich das zusammenfassen, wie Sie da hier zitiert werden. Baustelle im doppelten Sinn, hinsichtlich der ständigen Budgetknappheit und hinsichtlich des ständigen Renovierungsbedarfs und hinsichtlich der unzulänglichen Personalsituation. Soll ich Ihnen ein paar Zitate vorlesen. Oder erinnern Sie sich eh selber, dass es so war?

VerwDior. i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Also, ich nehme, Frau Abgeordnete, dass meine Zitate, die da drinnen vorkommen, sicher sehr salbungsvoll und vielleicht auch so waren, so wie halt ein Kaufmann ist, der jammert, wenn es eng wird.

GRin Dr. **Pilz:** Haben Sie Grund zum Jammern gehabt?

VerwDior. i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Bitte?

GRin Dr. **Pilz:** Haben Sie Grund zum Jammern gehabt?

VerwDior. i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Ich habe eigentlich keinen Grund in dem Sinn zu Jammern gehabt, weil die Budgetdecke, die wir hatten, sich eigentlich nicht unterschieden hat von den Budgets anderer Häuser, das heißt also, wir haben uns im Otto-Wagner Spital in nichts unterschieden von anderen Krankenhäusern des Krankenanstaltenverbundes.

GRin Dr. **Pilz:** Bei denen war es auch knapp.

VerwDior. i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Es ist überall knapp. Und ich muss sagen, in Zeiten wie diesen, wo die Abgaben und Steuer, wo die enger werden, ist es eigentlich die Herausforderung für uns und natürlich für die Politik, die uns ja die Ziele auch vorgibt, aus dem Ganzen das Bestmögliche für die Weiterentwicklung zu machen. Und das ist auch die Herausforderung einer Kollegialen Führung.

GRin Dr. **Pilz:** Ich kann der Argumentation, man kann nie genug haben, durchaus was abgewinnen, aber hier stehen ganz konkrete Dinge, die entweder stimmen oder nicht stimmen und weil ich sie da herinnen gelesen habe, glaube ich, dass es stimmt, da steht zum Beispiel und das habe ich eigentlich, 4. Februar 2003, also ein so aus der mittleren Zeit unserer Zuständigkeit als Kommission. Da steht drinnen, Sie beziehen sich auf den Budgetabschluss 2002 und auf die Möglichkeiten fürs kommenden Jahr: „Im schlimmsten Fall müssen Baustellen eingestellt werden. Auch Baumaßnahmen, die von langer Hand geplant sind.“ Oder Sie sprechen, 7. Jänner 2003, dass die Personalkosten so knapp sind, dass Sie in einer schwierigen Situation hinsichtlich angeordneter Überstunden sind, dass Sie knappste Mittel für die Fortbildung haben, dass Sie eine Verminderung von zwei bis drei Prozent rechnen müssen und und

und. Das ist ja nicht etwas, wo man sagt, na genug Geld kann man immer haben. Sondern Sie beklagen Mängel. Und, ich meine Sie sind in Pension, Sie müssen ja jetzt nichts mehr beschönigen. War es ein Mangel oder war es keiner?

VerwDior. i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** (*Zwischenruf*) Wie gesagt. Für einen Kaufmann kann nie genug Geld da sein. Nur, das Geld ist ja nicht reproduzierbar für alle im Gesundheitswesen nicht. Nur, wir haben ja eines gemacht. Wir haben ja und da muss ich sagen, da hat die ARGE auch mitgewirkt bei der Erstellung von Konzepten, wie man bei knapper werdenden Budgets umgeht. Und wir haben da, ich will jetzt nicht sagen, eine Spielwiese gehabt, aber es war ein Instrument, das uns an die Hand gegeben wurde, nämlich das Globalbudget. Und im Globalbudget, nicht im Personalbereich, mit etwa 50 bis 60 Prozent Aufwand, sondern im Fachbereich, im Investitionsbereich konnten wir uns doch etwas rühren. Und wenn es so war, dass wenn zum Beispiel im Baubereich, wenn eine Firma, und das kommt immer wieder leider vor, ihre Tätigkeit wegen eines Ausgleichs oder eines Konkurses nicht erledigen konnte, dann sind natürlich die Gelder nicht irgendwo über geblieben oder in ein Sparbuch gekommen, sondern mit denen haben wir dann in anderen Bereichen gearbeitet. Und das war also nicht nur in unserem Haus so, sondern wir hatten da Hilfe von der Generaldirektion und von der Teilunternehmensdirektion, weil dort die Ausgleiche geschaffen wurden.

GRin Dr. **Pilz:** Ich würde Sie bitten, schon konkret zu antworten.

Sie sagen an einer anderen Stelle z.B. „Viele Geräte sind am Rande der Unbrauchbarkeit und es ist keine Möglichkeit zur Beschaffung Geld zu bekommen.“ Was tun Sie, wenn Geräte am Rande der Unbrauchbarkeit sind und Sie haben kein Geld? Was bedeutet das?

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Da schreiben wir böse Briefe.

GRin Dr. **Pilz:** Aber was nützt das.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Und es ist auch so - na freilich hat das was genützt.

Und es ist auch so, dass diese Briefe von allen Häusern in der Teilunternehmensdirektion gesammelt wurden und dann daraus in Budgetanträge auch, die Sie wahrscheinlich im Gemeinderat ja auch behandelt haben, gemündet sind, und wir haben dann auch unterjährig Budgetzuschüsse bekommen. Dass die natürlich in einem Ausmaß waren, wo wir uns vielleicht mehr gewünscht hätten, das ist schon klar, aber ich muss sagen, und da wäre ich eigentlich fehl am Platz gewesen als Mitglied einer kollegialen Führung, wenn ich nicht genug Wünsche und Ideen

für die Zukunft des Hauses gehabt hätte und auch für die Ausstattung des Hauses. Das ist schon richtig.

GRin Dr. **Pilz:** Wenn es so wäre, dass das alles zum Erfolg geführt hätte, dann hätten Sie nicht im Jänner 2004 festhalten müssen, "bei der Instandhaltung ist die Situation insofern dramatisch, da auf Grund zu geringer Budgetmittel des Vorjahres bereits Substanzverluste eingetreten sind und diese heuer fortschreiten werden." –

Also offensichtlich haben Sie, ich habe Ihnen jetzt ältere Dokumente vorgelesen, jetzt lese ich Ihnen neuere vor. Da steht drinnen, dass Sie nichts gekriegt haben.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Es war aber so, dass die Budgets um Prozentpunkte so wie in allen Häusern erhöht wurden.

GRin Dr. **Pilz:** Was haben Sie mit den Substanzverlusten gemacht? Was haben Sie gemacht bei den Substanzverlusten, für deren Behebung Sie kein Geld bekommen haben?

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Ich meine, das ist jetzt ein Schlagwort "Substanzverluste".

Nochmals: Wir haben innerhalb des Hauses Ausgleich geschaffen, und wenn nicht, dann haben wir Anträge an die Teilunternehmensdirektion gestellt.

GRin Dr. **Pilz:** Und so hat es dann ausgesehen. Also noch ein paar andere Dinge.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Frau Abgeordnete, Sie bringen hier ein Beispiel, das eigentlich –

GRin Dr. **Pilz:** Ein aktuelles.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** - ja das aktuell ist und das durch die Medien auch gegeistert ist. Nur ich muss sagen, wir haben in den Jahren 2000 bis 2007, in denen ich Mitglied der kollegialen Führung war, ja ich kenne teilweise –

GRin Dr. **Pilz:** Nicht Substanzverlust par excellence?

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** - ja ich kenne es teilweise. Nur Sie müssen dann auch oder es wäre auch schön gewesen, wenn auch jene Pavillons, die wir generalsaniert haben, wenn auch die fotografiert worden wären, weil ich muss ganz ehrlich sagen, es ist in den Jahren wirklich auch gegenüber anderen Häusern viel passiert. Wir haben etwa 100 Millionen EUR, das ist also nach dem alten Schillingwert, sind das 1,4 Milliarden Schilling, haben wir Generalsanierungen gemacht.

Wir haben einen Pavillon "Felix" neu gebaut. Wir haben einen Pavillon "Austria" generalsaniert. Wir haben 3, 5, 11 generalsaniert, 9 generalsaniert, wir haben den Pavillon 13, den Pavillon 16, den Pavillon 26, wir haben, was die MitbürgerInnen nicht sehen, wir haben auch viel in

der Straße verbaut. Wir haben, bevor wir Straßensanierungen gemacht haben, haben wir Kanäle saniert, wir haben Wasserleitungen saniert, die teilweise 100 Jahre alt waren und wo das Wasser weg rinnt, weg geronnen ist. Und ich muss ganz ehrlich sagen, als Umweltansprechpartner in der kollegialen Führung war das für mich besonders wichtig, dass nicht das gute Wiener Hochquellenwasser in der Erde versickert und am Baumgartner Friedhof herauskommt.

GRin Dr. **Pilz**: Ein Drittel der Pavillons schaut heute noch so aus.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer**: Das ist ohne weiteres möglich. Es hat ein Programm gegeben, nach dem wir vorgegangen sind.

Und jetzt bringe ich den Vergleich. Also ich habe einen große Rucksack, mit dem ich antrete, und es gibt eine Wand und in dieser Wand da hinten ist ein Raum und ist eine enge Tür. Ich komme jetzt mit dem Rucksack mit meinen Wünschen da nicht ganz durch. Ich muss was aus dem Rucksack herausnehmen. Genauso geht es aber auch mit dem, was an Wünschen da sind und an Geld, das wir haben oder nicht haben. Man kommt eben durch die enge Tür nur in einer gewissen Zeit mit gewissen Mitteln durch. So ist es leider.

Vorsitzender-StvIn Dr. **Rech**: Ich gebe weiter an Herrn Lasar.

GR **Lasar**: Danke, Herr Direktor.

Ich habe jetzt an und für sich schon sehr viel gehört bezüglich Versorgung, aber waren Sie oder hatten Sie in Ihrer Zeit als Verwaltungsdirektor und ab wann im Otto-Wagner-Spital ausreichende Budgetmittel oder mussten z.B. sehr wichtige Anschaffungen verzögert werden, da nicht genügend Mittel vorhanden waren.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer**: Ich muss sagen, wenn es um sehr wichtige Anschaffungen gegangen ist, -

GR **Lasar**: Zum Beispiel Magnetresonanztomograph.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer**: Ja, haben wir aber auf die Reihe gebracht. Also wir haben – und da muss man sagen, da muss man auch einfallsreich sein, wenn man die Investitionsmittel nicht zur Verfügung bekommt, dann muss man halt zu anderen Finanzierungsmöglichkeiten übergehen. Und das ist das, was ich zuerst gesagt habe, auch die Spielweise für uns. Entweder Leasing von Geräten oder auch Abrechnung, die bezogen auf die Leistung mit diesen Firmen stattfindet. Und das Ganze hat nämlich auch den Vorteil, wenn man das nach Leistung abrechnet, dass die Firma, die ja interessiert ist, jetzt, was weiß ich, von einem, ich sage jetzt Hausnummer, 8-Zeiler auf einen 16-Zeiler oder 32-Zeiler-Gerät – wir uns das nicht leisten

können, wenn ich sage, okay ich möchte jetzt einen Porsche haben, kann mir den aber nicht leisten. Aber die Firma hat den so ausgetauscht, dass wir die Leistungen dann wieder erbringen können. Und das ist der Vorteil von dieser Art der Finanzierung, die wir da bei dem Magnetresonanztomographen gewählt haben.

GR **Lasar**: Das war im Jahr 2002, was ich mich erinnern kann.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer**: Es war später.

GR **Lasar**: Ich verstehe schon, einen besitzen und in Wahrheit haben Sie ihn erst geliefert gekriegt 2004. Also zwei Jahre haben sie ihn zwar -

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer**: Mag sein. Es ist auch so, dass natürlich auch bauliche Vorbereitungen für so was waren. Es mussten Decken verstärkt werden, also da gibt es eine ganze Menge Vorleistungen, die auch erbracht werden müssen.

GR **Lasar**: Kommt so etwas an und für sich öfters vor, dass Sie ihn physisch vielleicht besitzen, aber noch nicht einmal geliefert bekommen haben, wie z.B. auch diesen Magnetresonanztomographen.

Das war im Jahr 2002, nicht, sollten Sie ihn an und für sich offiziell haben, weil ja -

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer**: Ich kann mich jetzt so im Detail nicht mehr erinnern. Ich weiß nur, dass sich alle angestrengt haben, dass wir so ein Gerät bekommen, weil es eine Verbesserung überhaupt der neurologischen PatientInnen ist.

GR **Lasar**: Zwei Jahre später war das.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer**: Aber man muss eines sagen. Wie wir als kollegiale Führung das Otto-Wagner-Spital übernommen haben, war das Röntgen total heruntergefahren. Wir haben Geräte vorgefunden, die eigentlich schon aus der Zeit heraus waren und haben da wirklich einiges auf die Füße gestellt. Wir haben das natürlich auch nicht als kollegiale Führung allein, sondern mit den MitarbeiterInnen vor Ort auch geschafft. Wir haben dort einen sehr engagierten Primar bekommen. Wir haben dort sehr engagierte MitarbeiterInnen in dem Bereich, also da ist einiges weitergegangen. Und ich muss sagen, wenn man sich die Röntgenleistungen und die Steigerung – ich habe sie jetzt nicht im Kopf, das wäre eigentlich zu viel, weil die Festplatte doch schon hier etwas voll ist, aber wir haben z.B. wenn ich jetzt bei der Befundschreibung denke, wir haben eineinhalb Schreibkräfte dort gehabt, wie wir begonnen haben und jetzt sind, glaube ich, drei oder fünf Schreibkräfte dort, nur, dass die Befundschreibung, nämlich dass der PatientIn oder der niedergelassene Arzt schneller zu seinen Befunden kommt, das ge-

macht. Also da haben wir doch, ich will nicht sagen von 1 auf 100 in 9 Sekunden, aber vielleicht in 14 Sekunden es geschafft.

Vorsitzender-Stv. Dr. **Rech:** Herr Mag. Dworak, bitte.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Herr Schäfer, meine Frage betrifft, glaube ich, den Pavillon 16. Der wurde im Jahr 2002, wenn mich nicht alles täuscht, als Musterpavillon für zukünftige Renovierungen des Otto-Wagner-Spitals, jetzt sage ich, erstmalig hergerichtet und man hat, so war es, eigentlich das realisieren können, wie man es in Zukunft in der Psychiatrie mit den Menschen umgehen kann und ziemlich viel investiert in diesen Pavillon.

Warum ist es nicht dazu gekommen, dass man, nachdem man gesehen hat, dass das eine tolle Sache ist, dass man nicht weiter an diesem Programm gebaut hat. War es nur das Geld oder hat es andere Beweggründe gegeben, dass man dort nicht weitergearbeitet hat.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Es waren – danke, Herr Abgeordneter, für Ihre Frage – es war so, dass es ein Programm gegeben hat, das mit Zielvereinbarungen mit der Generaldirektion und der Teilunternehmensdirektion abgestimmt war. Und es war so, dass in diesem Investitionsprogramm jetzt nicht allein im Bereich der Psychiatrie das so fortgesetzt werden konnte, sondern auch andere Pavillons dann general saniert werden mussten, obwohl ich jetzt sage, der Pavillon 13, der ja das internistische Zentrum des Hauses ist und zum Großteil für die Psychiatrie arbeitet. Also es ist dann in dem Bereich schon fortgesetzt worden. Es ist der Pavillon 26 für die alkoholkranken Männer general saniert worden, also es ist schon was weitergegangen.

Nur was natürlich jetzt auch auf der Investitionsschiene uns zum Stocken gebracht hat, war dann die Entscheidung, dass man gesagt hat, in der Zukunft soll, wenn wir die Psychiatriereform so fortsetzen wie sie in den achtziger Jahren angedacht wurde, dann sollen wir Regionalabteilungen in die Region hinaus entlassen. Das hat zu dem Denken dann geführt, dass wir gesagt haben, okay wenn die Regionalabteilungen dann absiedeln vom Otto-Wagner-Spital, diese Pavillons leer werden, das kostet ein Geld, leerstehende Pavillons, dass die Stadt Wien sich überlegt hat, diese Pavillons einer anderen Nutzung zuzuführen. Das hat also die rechtliche östliche Seite des Otto-Wagner-Spitals dann anderen Nutzungen zuzuführen und dass sich dann alles an Leistungen im westlichen Bereich konzentriert hat. Daher ist es sicher auch so, dass die Zukunft des Hauses in der westlichen Seite liegt und die östliche Seite, weil es wäre, ich sage einmal, kaufmännisch ein verlorener Aufwand, dort noch zusanieren.

Was man wohl machen kann, ist, dass man hergeht und sagt, ja okay, man macht für die verbleibende Zeit so mittlere Herrichtungen, wo man keine Fassaden und keine Dächer herrichtet, aber wohl die Innenausstattung verbessert.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Das heißt für mich, dass man schon kurz nach dem Jahre 2002 das Otto-Wagner-Spital im Bereich der Psychiatrie, denn das ist meistens der Teil, der auf der rechten Seite ist, abgeschrieben hat.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Eigentlich zu der Zeit noch nicht.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Wann ist das erfolgt?

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Ich glaube, die Entscheidungen dürften 2005 oder so gewesen sein, 2005/2006, glaube ich, mit dem Flächenwidmungsplan mit der Änderung, ich weiß es jetzt nicht so im Detail genau. Aber wir haben wohl auch noch angedacht einige Pavillons weiter herzurichten und es wäre da einiges auf Schiene gewesen. Wir wollten den Pavillon 18 noch herrichten, den Pavillon 21, also es wäre da wohl noch einiges auf Schiene gewesen. Aber, wie gesagt, die Zielplanung ist dann ab dem Jahr 2006 eben in eine andere Richtung gegangen.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Und die Problematik, die wir ja immer wieder haben auch mit den Sanitärräumen usw., ist das eigentlich auf das gleiche zurückzuführen, dass man hier oft Männer und Frauen gemischt mit Nassräumen usw. all diese Problematik, die ja im täglichen Ablauf in so einer Situation schwierig ist, ist das auch auf das zurückzuführen schlussendlich.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Ja, sicher, sicher. Und es ist auch so, dass, wenn Sie sich dann die neuen Pavillons anschauen, wenn man von den großen Sälen dann abgegangen ist und wirklich kleine Einheiten geschaffen hat, was man aus diesen Pavillons dann machen kann.

Aber, wie gesagt, man muss da sehr viel Geld in die Hand nehmen. Und wenn wir jetzt da z.B. bei der Absiedlung, nämlich aus der Psychiatriereform jetzt heraus, denken, es kommen ja – eine Abteilung kommt in dem Bereich 12/13/14, d.h. wahrscheinlich in den Bereich des Krankenhauses Hietzing. Es muss ein Teil, ein Bereich muss kommen in den Bereich des 3. Bezirks.

Ich kann mich noch erinnern, dass ich da sogar, weil mir, für mich persönlich, es kann einem persönlich nie zu schnell gehen, auch Kontakt aufgenommen habe, weil bei uns in der ARGE auch Ordenskrankenhäuser sind mit einem Ordenskrankenhaus in diesem Bezirk, und ich einmal angefragt habe, ob die Möglichkeit besteht, dass man eine Regionalabteilung dort installieren kann. Und das ist leider an den – ich sage einmal – an den Räumlichkeiten dort auch gescheitert, weil sie die nicht gehabt haben.

Und wenn man jetzt umrechnet, was für so eine Regionalabteilung notwendig wäre, die mit etwa 70 PatientInnen und mit etwa, ich sage einmal, dazugehörenden 2.900 m², die man dafür braucht, für Tagesklinik, Ambulanzen usw., wenn man da jetzt umrechnet etwa 5.000 EUR, dafür kommen wir auf Summen von etwa 14,5 - 15 Millionen, die notwendig sind, um solche Regionalabteilungen zu installieren. Also das ist ein Prozess, der sicher noch etwas dauert, der natürlich vielleicht schneller gehen kann jetzt mit dem Krankenhaus Hietzing mit einer Regionalabteilung, der unter Umständen schneller gehen könnte auch mit dem zukünftigen Krankenhaus Nord, wo auch eine Abteilung hinkommen soll.

Vorsitzender-Stv. Dr. **Rech:** Frau Rubik, bitte.

GRin **Rubik:** Ja, danke Frau Vorsitzende.

Herr Oberamtsrat, das ist mir eine ganz wichtige Frage, und zwar nachdem es ja 65 Pavillons gibt im Otto-Wagner-Spital, nachdem das ganze ja unter Denkmalschutz steht, ist es ja eine besondere Herausforderung, Sanierungsarbeiten dort durchzuführen, was ja auch im Wesentlichen passiert ist; nur bei 65 Pavillon ist immer wieder klar, wenn man an einem Ende fertig ist, mehr oder weniger am anderen Ende sich wieder eine Baustelle eröffnet.

Wir kriegen dann das durch Bilder präsentiert, wo aber meine Frage jetzt an Sie ist, wo man es nicht sieht, sind die Umweltmaßnahmen, die getroffen wurden in Ihrer Amtszeit. Und ich hätte gerne von Ihnen gewusst, was da alles umgesetzt wurde, bitte.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Wir sind ja bekanntlich ein grünes Krankenhaus, jetzt von der Parklandschaft her und so, aber das ist ein Kapital, mit dem wir sehr sorgsam umgehen müssen. Und wir haben auch ein Team im Bereich der Gärtnerei geschaffen, das sich mit der Baumpflege besonders beschäftigt, weil die Bäume bei den Pavillons einen Vorteil haben, nämlich sie brauchen keine hochwertige Klimatisierung, sondern die Bäume, die spenden Schatten im Sommer und das ist ein Raumklima, das dann geschaffen wird, und wir sehen es, die Schwierigkeiten, die wir haben, wenn diese Bäume ihr Lebensalter, nämlich ihr physiologisches erreicht haben und leider gefällt werden müssen, dann die Schwierigkeiten mit der Sonneneinstrahlung in diesen Pavillons und was die PatientInnen und auch die MitarbeiterInnen damit machen. Das ist einmal das eine, was wir gemacht haben.

Das zweite: Wir haben, ja das muss so 2003 gewesen sein, gesagt, wir haben das gute Wiener Hochquellenwasser, warum bieten wir dieses Hochquellenwasser nicht statt Mineralwasser an. Und wir haben damals Studien von Hygienier-

kern angefangen über Untersuchungen des Wiener Wassers, das in einer Blinduntersuchung sogar Tafelwässern gleichgekommen ist, gesagt, warum stellen wir das nicht um. Und es ist uns eigentlich mit Hilfe der MitarbeiterInnen, vor allem aber auch der Ärzteschaft, die ja vor Jahren eingefordert hat, für alle PatientInnen ohne ärztliche Verschreibung, dass das Mineralwasser ausgeschenkt wird, und da bin ich mir dann manchmal sogar rechts überholt vorgekommen, nämlich weil die Wünsche dann schneller realisiert werden hätten sollen, als wir dann nachziehen hätten können. Und es ist uns da eines gelungen – wir haben das Haus innerhalb von drei Monaten von Mineralwasser, wo es gewünscht wurde und medizinisch indiziert war, wird es gegeben, aber wir haben das Haus umgestellt auf Wiener Hochquellenwasser und haben einen Effekt dabei gehabt. Wir haben einen LKW, und das ist verbunden natürlich mit den Emissionen, die so eine LKW-Fahrerei in einem Gelände mit 25 km Straßen ergibt, ja enorm, einmal das eingespart. Das heißt, die Emissionen sind reduziert worden und es ist uns auch eines gelungen damit, dass wir diesen Logistikanteil von 9 MitarbeiterInnen reduziert haben. und da haben wir dann gesagt, okay, es gibt genug andere Dinge im Haus, die wir patientInnenorientiert machen sollten oder auch mitarbeiterInnenorientiert, und es war vor Jahren einmal auch der Wunsch, einen Shuttlebus im Haus einzuführen, und wir haben diese Personalressource dieser neun, ich sage jetzt, Mann-Arbeitstage, bitte, gender, mich nicht zu steiniger, diese Neun-Mann-Arbeitstag dafür einsetzen können.

Das nächste war mit meinem Umweltteam, das sehr engagiert ist, haben wir auch eines erreicht, es sind in diesem sogenannten schwarzen Tonnen, die Sie vielleicht kennen, wo spitalsspezifischer Müll hineinkommt, dann in der Müllverbrennung verbrannt wird, das ist von diesen MitarbeiterInnen analysiert worden, ob das jetzt in der richtigen Menge mit dem richtigen, was hinein gehört, befüllt wird, und dann haben wir eines gemacht, sie haben dann über das ein Protokoll geführt und fotografiert und weil ja diese schwarzen Gebinde mit dem Ursprungsklebern der Station versehen waren, sind die hergegangen und haben auf den Stationen bei Teambesprechungen mit den MitarbeiterInnen diese Problematik besprochen. Und Sie werden es nicht glauben, innerhalb eines halben Jahres haben wir den Einsatz der schwarzen Tonnen in Geld umgerechnet, um 35.000 EUR senken können.

Also wenn man jetzt schaut, was alles im Umweltbereich möglich ist und was man dann nämlich damit finanzieren kann, wir waren stolz darauf, dass wir im Bereich der Küche, wie ich in

Pension gegangen bin, einen Anteil von 33 %, und der ist jetzt sicher schon höher, an Biolenismitteln im Versorgungsbereich haben.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:** Ist die Frage damit beantwortet?

GRin **Rubik:** Die Frage ist damit beantwortet, ich habe aber trotzdem noch eine Frage.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:** Gerne.

GRin **Rubik:** Und zwar nachdem wir jetzt gehört haben, was alles umweltmäßig passiert ist, nachdem man weiß, dass das Otto-Wagner-Spital-Gelände eine wunderschöne Parkanlage ist und nachdem sehr viel Engagement dafür aufgewendet wurde, dass man das Gelände öffnet in dem Sinn mit Veranstaltungen, dass es den Christkindlmarkt gibt, dass es Ausstellungen gibt, dass es das Jugendstiltheater gibt, wo wir alle sehr, und ich auch den Herrn Miedler das letzte Mal schon gefragt habe, sehr stolz sind, dass diese Projekte alle passieren und damit die Öffentlichkeit noch mehr eingebunden ist in das ganze Geschehen, muss ich sagen, hat mich das letzte Mal ein bisschen geschreckt die Aussage von der Frau Abg. Pilz, wie sie gesagt hat, das ist eine Tourismusveranstaltung oder Tourismuswerbung, was ich da mache. Wie geht es Ihnen dabei, wenn Sie solche Äußerungen hören, die eigentlich sehr mitgewirkt haben, dass solche Aktivitäten im Otto-Wagner-Spital stattfinden.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Ich muss sagen, vordergründig würde es so ausschauen, wie wenn das Tourismusattraktionen wären. Sind es aber nicht, und zwar aus folgendem Grund.

Die Psychiatrie, und ich habe das schon im Allgemeinen Krankenhaus damals erlebt mit der Psychiatrischen Klinik ist ein hoch sensibler Bereich, dem man sich besonders widmen soll und den man eigentlich, und das hat mir eigentlich bei der Psychiatriereform im Jahr, also in den achtziger Jahren, ja wirklich so gefallen, dass die Wiener Psychiatriereform eigentlich eine Reform war, nicht so wie unter Basaglia in Triest, wo man ganz einfach die PatientInnen entlassen hat und mit denen weder in der Vorsorge noch in der Nachsorge was gemacht hat. Das war in Wien Gott sei Dank nicht der Fall und da muss ich sagen, einen großen Dank meinem väterlichen Freund Stacher und auch dem Stefan Rudas, was hier in der Psychiatriereform in Wien geschehen ist.

Und jetzt kommt auch noch eines dazu: Diese Entstigmatisierung hört jetzt allein nicht bei diesen Tätigkeiten der Regionalisierung und des Psychosozialen Dienstes auf, ich sage jetzt, nein, das muss eigentlich auch weitergehen und das muss auch in Bereiche gehen, wo wir ein Angebot haben. Das eine Angebot ist, wir haben

ein Krankenhaus, das man geöffnet hat. Wir machen Veranstaltungen, wir machen PatientInnenveranstaltungen, da kommt die Polizeimusik, da wird getanzt mit den PatientInnen, da kommen andere PatientInnen hin, da werden Gäste von draußen eingeladen. Wir haben Veranstaltungen auf Pavillons, wo wir Vernissagen machen – ich denke jetzt nur an die Otto-Wagner-Galerie oder an den Skulpturenpfad, den wir auch einmal gemacht haben im westlichen Bereich. Also diese Aktivitäten sehe ich eigentlich alle unter dem Aspekt der Entstigmatisierung unserer PatientInnen.

Und eines ist wesentlich, ich habe das immer wieder meiner Frau gesagt, wenn ich mit öffentlichen Verkehrsmitteln und im Autobus gefahren bin, und wenn mich auch PatientInnen anreden und sagen, Herr Direktor, ich möchte gerne Grammelknödel haben, und man konnte dann in der Küche, oder Zwetschkenknödel haben, man konnte in der Küche sagen, jetzt ist ein regionales oder saisonales Gemüse oder Obst, setzt das um. Das war das schöne auch aus dieser Tätigkeit, dass man direkt PatientInnenwünsche so umsetzen hat können. Und dann auch den Dank von den Leuten, die mich dann abgefangen haben, gesagt haben, danke schön, dass Sie das gemacht haben, das hat mir gut geschmeckt, und PatientInnen, die gerne zu uns von draußen, die draußen betreut waren, zu uns gekommen sind.

Und, wie gesagt, im Autobus ist es so, und ich habe das eigentlich schade gefunden, dass im, ich glaube, das war im März des heurigen Jahres, ein Artikel im "Kurier" war, wo gestanden ist, und groß ein Gitterbett, wo gestanden ist, vom Gitterbett in den Autobus. Und ich muss ganz ehrlich sagen, in dem Autobus sind eigentlich weniger auffällige PatientInnen von uns gewesen als ich in den öffentlichen Verkehrsmitteln auffällige PatientInnen gesehen habe, wo einer anderer sagen könnte, na die gehören auf die Psychiatrie. Also da muss man noch sehr viel machen.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:** Ich gebe jetzt weiter an die Frau Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov:** Herr Oberamtsrat, ich bin natürlich ganz begeistert über alle Umweltmaßnahmen, die Sie da durchgeführt haben im Otto-Wagner-Spital, die wir aus grüner Sicht natürlich sehr begrüßen und auch befürworten.

Ich frage mich aber schon, wenn ich jetzt Ihren Ausführungen da zugehört habe, wo Sie auch gesagt haben, wo Sie auch ausdrücklich lobend erwähnt haben, wie schnell Ihnen geglückt ist die Umstellung auf Hochquellenwasser und was Sie nicht alles an Verbesserungen erreicht haben. Wieso ist es Ihnen dann über Jahre hindurch nicht gelungen, genug Geld dafür zu

bekommen, um auch alle Pavillons in einen entsprechenden Zustand zu bringen. Und wenn Sie bei der Umsetzung der PatientInnenwünsche, was die Grammelknödel betrifft, so stolz sind, wieso ist es Ihnen dann nicht gelungen, auch die baulichen Zustände so zu verändern, dass die PatientInnen damit zufrieden sein können. Das frage ich mich schon.

Und wenn ich auf Ihr Bild zurückgreifen darf, wo Sie gesagt haben, die Tür ist zu klein, Sie kommen mit dem Rucksack nicht durch und Sie müssen aus dem Rucksack etwas herausnehmen, sind Sie auf die Idee gekommen, anzufragen, ob nicht die Tür erweitert werden kann. Konkret gefragt, haben Sie sich bei der politischen Ebene darum bemüht, mehr Budget zu bekommen, weil wenn es immer nur um Umschichtungen geht, dann bedeutet ja das, wenn Sie da mehr haben, fehlt es an der anderen Stelle. Und wenn ich höre, dass die PatientInnen zwar Hochquellenwasser haben, aber dafür keine Notrufanlagen, da frage ich mich, wer bitte hat die Prioritäten gesetzt und wer ist dafür verantwortlich, was umgesetzt wurde und was nicht.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Frau Abgeordnete, eines, wenn es darum gegangen ist, weil ich beantworte jetzt Ihre letzte Frage, ob wir uns an die Politiker gewandt haben, es gibt einen Stufenplan der Vorgehensweise. Und ich meine, auch wenn man noch so engagiert ist, und auch in einem anderen Bereich Geschäftsführer hätte sein können, dann muss man sich an gewisse Spielregeln halten, die wir haben. Und diese Spielregeln heißen einmal halt auch Amtsweg. So leid es mir tut. Das ist das, was wir noch aus der Kameralistik und aus alten Zeiten halt haben.

Und dieser Amtsweg führt aber dazu, dass es verschiedene Stufen gibt, die die Wünsche, die man hat, dann kanalisieren. Und die dann in einer höheren Ebene, sprich auf der Teilunternehmen 1-Ebene, auf der Generaldirektions-Ebene, mit den Politikern abgestimmt werden. Weil es ist ja nicht nur so, dass es nur das Otto-Wagner-Spital gibt, es gibt eine Menge anderer Krankenhäuser und es gibt auch Krankenhäuser aus dem Ordensbereich und im privaten Bereich, die auch mit Mitteln der Stadt Wien arbeiten. Und da muss ich sagen, da muss man, und da sehe ich die Politik gefordert, und ich sehe es auch ein, dass da gerecht verteilt werden muss. Und ich meine, wünschen kann ich mir vieles. Das ist schon richtig.

Wenn ich auf Ihre vorige Frage, Frau Abgeordnete, auch eingehen kann, nämlich der Umsetzung vom Wasser. Es ist, glaube ich, ein ungeschriebenes Gesetz, dass man sagt, Umsetzungsschritte, die man rasch machen kann, die soll man rasch machen. Und das sind solche

Umsetzungsschritte, die man eigentlich mit geringen Mitteln, und das sind geringe Mittel, da geht es um das Engagement, da geht es darum, dass das Wasser aus der Wasserleitung rinnt, also das sind Umsetzungsschritte, die man leicht machen kann. Und das war auch der Grund, warum wir solche Umsetzungsschritte gemacht haben.

Der andere Bereich natürlich, das ist etwas langfristiger und das ist eine langfristige Planung, und da kann man nicht ganz einfach sagen, okay, warum haben Sie das nicht vorgezogen oder das. Also ich muss sagen, bei den alten Bauhütten im Mittelalter hat es die Magister operis oder Magister principalis gegeben, die angeschafft haben. Nur in dieser Rolle allein habe ich mich nicht gesehen. Ich musste auch oder wir mussten auch auf unsere MitarbeiterInnen und auf die PatientInnen Rücksicht nehmen, weil diese Prozesse der Übersiedlung innerhalb eines Jahres von einem Pavillon in den anderen bei Bautätigkeiten usw., das ist auch nur beschränkt machbar mit den Möglichkeiten der MitarbeiterInnen.

GRin Mag. **Antonov:** Da möchte ich noch einmal ein bisschen nachfragen. Sowohl Sie als auch Ihr Nachfolger haben immer wieder betont, dass es sich bei den Protokollen der kollegialen Führung um interne Protokolle handelt und um eine interne Sprache und man darf das nicht so ernst nehmen, wenn da z.B. drinnen steht, "Aumayr moniert, dass die Instandhaltung so unterdotiert ist, dass mit den Mitteln das Jahr nicht zu Ende geführt werden kann. Schäfer übernimmt die Klärung dieses Punktes und wird sie direkt mit Aumayr weiter besprechen." –

Die Instandhaltung ist so unterdotiert, dass sie nicht zu Ende geführt werden kann. Und dann sagen Sie, das ist eine interne Sprache, das ist so ganz üblich und heute haben Sie auch gesagt, na ja das wird auf der politische Ebene entschieden und ja, das stimmt, man kann nicht immer mit allem zufrieden sein und deswegen möchte ich Sie jetzt fragen, sind Sie aus Ihrer Sicht nicht mit den Grammelknödeln für die PatientInnen im Otto-Wagner-Spital zufrieden, sondern sind Sie auch mit der Dotierung für das Otto-Wagner-Spital zufrieden. Und es ist nicht so, dass es in manchen Bereichen Überversorgung gibt und in anderen Unterversorgung.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Frau Abgeordnete, da muss ich insofern widersprechen als wir die Kette in einem ganzen Gefüge sind, auch das Otto-Wagner-Spital, und wir können uns da nicht ausklammern, wie dann die Verteilung, die gerechte Verteilung sein soll.

Nur ich muss ganz ehrlich sagen, wenn Sie jetzt auch diese von mir vorhin zitierten Grammelknödel angesprochen haben, es hat auch da

einen Qualitätssprung gegeben. Und der Qualitätssprung ist zwar nicht von heute auf morgen gekommen, weil das engagierte MitarbeiterInnen im Küchenbereich sind und weil wir auch die Generalsanierung der Küche gemacht haben und damit auch die Arbeitsplätze der KüchenmitarbeiterInnen dementsprechend gestaltet haben, dass sie gerne für die PatientInnen arbeiten.

Und wenn man, was ich vorige Woche gehört habe, bei der Zeugenaussage des Kollegen Miedler gibt es ja jetzt schon zwei Kessel, d.h. das entspricht also zwei Hauben und das sind Dinge, mit denen kann man punkten und das ist auch was, wo ich sage, das ist patientInnenbezogen und das findet sich dann in den PatientInnenfragebögen und in den Freitexten der PatientInnenfragebögen, die wir immer sehr genau angeschaut haben und geschaut haben, was man da rasch umsetzen kann.

Also ich sage nochmals: Dort, wo es möglich ist, rasch umzusetzen, soll man rasch umsetzen, alles andere muss gezielt und geplant vorgegangen werden, weil sonst ist das ein Durcheinander.

GRin Mag. **Antonov:** Und ist Ihnen tatsächlich die Umsetzung von zwei Haubenküche wichtiger erschienen als die Einrichtung von Notrufanlagen für alle PatientInnen?

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Frau Abgeordnete, diese Frage kann ich so nicht gelten lassen, weil in unserem Bewusstsein der Versorgung von PatientInnen der gesetzliche Auftrag, und wir haben teilweise mehr als den gesetzlichen Auftrag erfüllt, bei Brandmeldeanlagen usw. Ich muss ganz ehrlich sagen, da ist uns der PatientIn immer wichtig gewesen.

Und wenn Sie jetzt die zwei Hauben ansprechen, sage ich ja, ich stehe dafür, und zwar allein aus dem Grund, weil LangzeitpatientInnen die Möglichkeit haben sollen, ein Zwei-Hauben-Essen auch in einem Krankenhaus zu kriegen.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech:** Herr Mag. Dworak, bitte.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Herr Schäfer, es hat diese wirklichen zwei bedauerlichen Brandunfälle 2003 und 2005 gegeben. Es ist genau in Ihrer Zeit gewesen. Was haben Sie persönlich unmittelbar danach unternommen, was in Ihrer Macht gestanden ist?

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Wenn ich mich so zurückerinnere, das sind jetzt doch schon einige Jahre her, wird es sicher so gewesen sein, dass wir überprüfen haben lassen, was ist das für eine Wäsche, ist das Brandschutzwäsche, was kann man in dieser Richtung machen, was kann man umsetzen. Das ganze hat sich sicher im Bereich der Abteilung "Wirtschaft" bei mir abgespielt und das ganze natürlich auch mit

der Firma, die die Wäscheversorgung in unserem Krankenhaus betreut.

Und ich kann mich nur auch so dunkel erinnern, dass ich damals gehört habe, dass es bei der Leibwäsche, also das, was die PatientIn direkt am Körper hat, dass es da noch keine Möglichkeiten gibt, also die Wirtschaft bietet so was nicht an. Und bei der Flächenwäsche war es so, dass es wohl Brandschutzwäsche gegeben hat, aber man hat dann überprüft, in welchem Ausmaß und wo man das einsetzt. Weil eines muss ich sagen, ich würde niemanden empfehlen, freiwillig in einer Brandschutzwäsche zu liegen, weil wenn man sich anschaut, was die Kollegen von der Feuerwehr in dem Gewand mitmachen und das ist nur kurzfristig, aber die PatientInnen sind in so einer Brandschutzwäsche, liegen oft sehr lange. Also da muss man sicher auch abwägen, welche Wäsche man, und das muss vor Ort dann das Pflegepersonal abwägen, welche Wäsche gebe ich welcher PatientIn. Ich würde das jetzt nicht so unkommentiert zulassen, zu sagen, okay, Brandschutzwäsche flächendeckend. Ich glaube, es sollte so sein, dass prozess- und lösungsorientiert geschaut wird, wo ist diese Wäsche notwendig und wo setze ich sie ein.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Aber es war nichts anderes, außer der Brandschutzwäsche Ihr Bereich. Nicht die, jetzt sage ich, die Notrufeinrichtungseinführung verstärkt, das Überwachen – das war alles nicht Ihr Bereich.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Nein, nein, das ist ja so, dass nach dem Wiener Durchführungsgesetz des Krankenanstaltengesetzes, das Wiener KAG, auch vorsieht, und da muss ich sagen, Gott sei Dank und ich bin ein Befürworter und auch ich sage, man sollte es auch ausbauen, der kollegialen Führung in einem Krankenhaus. Das ist ein Kollegialorgan, wo sich die Verantwortung, die Tätigkeit, die Sachkompetenzen aufteilen, weil einer alleine kann das nicht machen. Wenn man im Bundes-KAG nachschaut, da ist das so, dass dem Verwaltungsdirektor die administrativen, technischen usw. Angelegenheiten zustehen. Nur bei einem Krankenhaus, und Gott sei Dank sieht das Wiener KAG das vor, dass ab 800 Betten ein technischer Direktor da ist. Also ich begrüße das sehr, dass es das gibt. Und da sind die Verantwortungen geregelt und das fällt in den technischen Bereich.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Aber Sie haben nicht etwas Besonderes unternommen jetzt. Es war leider ein Routinefall. Stimmt das oder ist das falsch?

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Ich muss ganz ehrlich sagen, bei so was kann man nicht zur Routine übergehen. Das macht einem

sehr betroffen und da überlegt man schon, was kann man noch alles tun und was kann man alles machen und welche Möglichkeiten gibt es. Und das ist in der kollegialen Führung auch so, was ich mich noch erinnern kann, besprochen worden. Und man schaut dann immer wieder, und ich sage einmal, das gehört auch zu der Fehlerkultur, zu der wir uns bekannt haben, Fehler können vorkommen, sollen aber nicht zur Routine werden und aus Fehlern, das ist jetzt trivial, dass ich sage, aus Fehlern lernt man. Und es ist auch so, dieses Fehlermanagement, das in den Jahren dann später auch gekommen ist, sieht ja das vor. Und ich muss ganz ehrlich sagen, ich bin froh, dass es das gibt, dass man mit Fehlern ordentlich umgeht, dass man keine Fehler vertuscht, die dann vielleicht andere machen können, sondern dass man das in einen Pool eingibt, wo andere auch die Möglichkeiten haben, zu schauen, was für Fehler können passieren, dass die in anderen Bereichen nicht vorkommen.

Also in diese Richtung war eigentlich immer auch die Tätigkeit der kollegialen Führung bei uns.

Vorsitzender-StvIn Dr. **Rech:** Gut. Herr Wagner, bitte.

GR **Wagner:** Herr Verwaltungsdirektor, Herr OAR Schäfer, ich habe zu Beginn eine sehr persönliche Frage an Sie.

Wie ich Ihrem Lebenslauf entnehme und Sie auch schon zu Beginn das einleitend sagten, waren Sie 1990 bis 2000 Verwaltungsdirektor des Pflegeheimes Liesing und dann sieben Jahre der Verwaltungsdirektor im Otto-Wagner-Spital. Was war denn die spannendere Funktion von beiden, was hat Ihnen mehr Spaß gemacht oder haben Sie beides natürlich mit gleichem Engagement betrieben, was war die interessantere Herausforderung.

Und dann habe ich gleich eine zusätzliche Frage: Welche Berührungspunkte hatten Sie dann in Ihrer Funktion als Verwaltungsdirektor im Otto-Wagner-Spital bei Ihrer praktischen Arbeit zu den psychiatrischen Abteilungen. Welchen Stellenwert hat die Psychiatrie am Otto-Wagner-Spital im Verhältnis zum Sozialmedizinischen Zentrum. Können Sie da uns ein bisschen was aus Ihrer persönlichen Sicht schildern?

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Herr Abgeordneter, danke für die schon sehr persönliche Frage, die ich aber trotzdem gerne beantworte.

Ich möchte jetzt nicht werten. Es war so, das heutige Geriatriezentrum, damalige Pflegeheim Liesing, war ein Haus, das einen sehr hohen regionalen Stellenwert hatte. Es war ein Haus, wie ich es übernommen habe mit 509 PatientInnen, an das kann ich mich noch erinnern, und

wie ich gegangen bin, mit 400 PatientInnen. Und ich habe dort MitarbeiterInnen gehabt, auf die ich sehr sehr stolz war. Das hat teilweise auch dazu geführt, dass Leute vom Urlaub gekommen sind und gesagt haben, du ich freue mich, dass ich jetzt wieder anfangen, und dass es MitarbeiterInnen gegeben hat, die ich mit 38,5 Grad Fieber nach Hause schicken musste, weil sie gesagt haben, sie wollen nicht, dass andere MitarbeiterInnen ihre Arbeit mitmachen. Das war so die Situation in Liesing.

Und was auch sehr schön war, war, dass man auch eingebettet war im Bezirk, man hat mit verschiedenen Bezirkspolitikern auch oder dort auch zugearbeitet, sage ich einmal, man hat auch mit der Polizei, man hat mit der Volkshochschule, in deren Vorstand ich ja seit etwa 20 Jahren sein darf, auch zusammengearbeitet, weil man Veranstaltungen für die PatientInnen bekommen hat und wir haben damals im Jahr ungefähr 100 Veranstaltungen für die PatientInnen organisiert.

Vorsitzender-StvIn Dr. **Rech:** Können wir das ein bisschen rascher machen, bitte, weil es nicht unmittelbar das Beweisthema ist. Bitte.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Ja, okay, gut. – Ich schränke mich ein.

Im Otto-Wagner-Spital waren natürlich ganz andere Dimensionen. Es war die Weitläufigkeit des Hauses. Es waren die unterschiedlichsten, sage ich einmal jetzt, Interessen auch und die unterschiedlichsten Unternehmungskulturen, die sich in den letzten zig Jahren gebildet haben, dann zusammenzuführen.

Und auf Ihre Frage, wie der Stellenwert auch der Psychiatrie war, nachdem ja von den, ich glaube, 1.100 PatientInnen etwa, um die 500 PatientInnen im psychiatrischen Bereich waren, war das immer auch eine Herausforderung. Auch der Umgang, auch bei Veranstaltungen mit PatientInnen, aber auch, dass man, so wie ich zuerst gesagt habe, von PatientInnen auf der Straße angesprochen wird und das gehört eben dazu. Das hat mich dann wieder so ein bisschen an Liesing erinnert, wo man mit PatientInnen und mit Angehörigen unmittelbar reden konnte und unmittelbar was umsetzen konnte.

GR **Wagner:** Eine kurze Frage noch. Sie haben ja in Ihrer beruflichen Tätigkeit im Otto-Wagner-Spital bestimmt sehr viele Kontakte zu den MitarbeiterInnen gehabt. Wie können Sie eigentlich so das Stimmungsbild ein bisschen darstellen. Waren die MitarbeiterInnen zufrieden, haben sich die generell beschwert oder ist die allgemeine Stimmung dort eine gute oder eher eine schlechte gewesen.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Also zu meiner Zeit war so, und ich betrachte das immer auch unter dem Aspekt, dass ich sage, ja wir

spielen in einem großen Orchester und einer muss der Dirigent sein. Es war so, dass wir eine sehr starke Transparenz hatten als kollegiale Führung. Sei es, dass die Pflegedirektorin am nächsten Tag ihre Stationsschwesternsitzung oder ihre Oberschwesternsitzung machte, bei mir war es so, ich habe am nächsten Tag, also am Montag war immer kollegiale Führung und am nächsten Tag habe ich meine Ressortleiter-sitzung gehabt und das habe ich dann immer ein bisschen erweitert, wo es mir wichtig erschien, MitarbeiterInnen hinzuzunehmen. Und das ist schon, muss ich sagen, wieder auch zurückgekommen, dass die MitarbeiterInnen gesehen haben, da ist Transparenz, da nimmt man sie ernst. Und ich muss sagen, das Kapital, das wir haben an Personal, das kann man nicht genug hoch schätzen.

Und also ich habe so das Gefühl gehabt, dass die Leute, die MitarbeiterInnen gerne gearbeitet haben.

Vorsitzender-StvIn Dr. **Rech:** Frau Dr. Pilz, bitte.

GRin Dr. **Pilz:** Danke, Frau Vorsitzende.

Herr Direktor, Sie haben gesagt feuerdämmende Wäsche wurde angeschafft, aber nicht flächendeckend, sondern für die verschiedenen Abteilungen ein gewisses Sortiment. Haben Sie Maßnahmen unternommen z.B. durch die ausreichende Zurverfügungstellung von Einzelzimmern auf allen Abteilungen, die Möglichkeit einer individuellen Unterbringung von besonders gefährdeten PatientInnen, fixierten oder im Netzbett befindlichen PatientInnen, damit sichergestellt ist, und das war ja auch einer der Gründe für diese Katastrophen, dass MitpatientInnen entweder ein Feuerzeug gegeben haben oder selber auch Feuer gelegt haben. Haben Sie Vorkehrungen getroffen, die die Sicherheit der PatientInnen durch räumliche oder technische Geräte garantieren – Videoüberwachung usw. oder haben Sie es bei einem allgemeinen Appell zur Verbesserung von Fehlerkultur belassen.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Wir haben es da sicher nicht dabei belassen nur.

GRin Dr. **Pilz:** Eine konkrete Antwort, bitte. Haben Sie diese Maßnahmen gesetzt.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Wenn Sie jetzt von Maßnahmen sprechen, es gibt ein ganzes Bündel von Maßnahmen. Ich kann also jetzt nicht einen Teil davon herausziehen, aber es war –

GRin Dr. **Pilz:** Es gibt konkrete Dinge, die da zu tun sind, damit man – und da ist ja in der Literatur mittlerweile hinreichend dargestellt – wenn man entweder eine Sicherheit durch eine 1:1-Überwachung oder durch das Verhindern von Zutritt von fremden Menschen zu jemandem, der fixiert oder im Netzbett ist. Haben Sie technisch,

verwalterisch Vorkehrungen getroffen, damit diese Sicherheitsstandards erreicht werden?

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Ich sage jetzt einmal, als Mitglied der kollegialen Führung und als kollegiale Führung haben wir alles daran gesetzt, um Missstände, wenn sie da sind, zu beseitigen.

GRin Dr. **Pilz:** Darf ich noch einmal meine Frage stellen: Haben Sie den Ausbau von der Möglichkeit der 1:1-Überwachung oder der Separierung von gefährdeten PatientInnen, haben Sie das umgesetzt oder haben Sie das nicht umgesetzt?

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Frau Abgeordnete, die Unterbringung bzw. jetzt, ob die PatientIn in einem Einzelzimmer untergebracht ist, ich muss sagen, das entzieht sich jetzt, auch nachträglich betrachtet, meiner Kenntnis. Ich kann nicht sagen, was wir da im Detail gemacht haben, aber wir haben sicher alles gemacht, um die PatientInnen, wenn es auch Vorfälle gegeben hat, in Zukunft besser zu betreuen. Das wurde gemacht. Und wir haben nicht den Kopf in den Sand gesteckt und gesagt, okay da kann man nichts machen, da haben wir kein Geld usw.

GRin Dr. **Pilz:** Der erste Brandunfall ist im Jahr 2003 passiert. Hier haben schon Zeuginnen ausgesagt, die aus anderen Pavillons und Abteilungen hier vorgeladen waren, dass sie nicht Kenntnis hatten von diesem Unfall. Und zwei Jahre später, gut zwei Jahre später, knapp zwei Jahre später, ist ein wesentlich schlimmerer Brandunfall passiert mit der Frau, die zu einem Drittel verbrannt ist. Welche Maßnahmen zwischen Brandunfall 1 und Brandunfall 2 wurden gesetzt, damit das verhindert wird?

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer:** Frau Abgeordnete, das kann ich im Detail jetzt nicht sagen. Aber eines weiß ich sicher, ich kann mir nicht vorstellen, dass MitarbeiterInnen des Hauses davon nichts mitbekommen haben, weil unmittelbar an solche Geschehnisse Mitglieder der kollegialen Führung, sprich die Pflegedirektorin und der ärztliche Direktor vor Ort gegangen sind und auch geschaut haben, was ist zu machen und wie sind auch die MitarbeiterInnen zu betreuen. Weil eines ist klar bitte, wir haben, und das ist in diesem hoch sensiblen Bereich so, wo Menschen für Menschen arbeiten, dass man dann auch, wir haben das leider auch bei Suizidfällen so gehabt, dass man auch die MitarbeiterInnen betreuen muss, und das ist geschehen. Und die Sitzungen, die in der Pflegedirektion stattgefunden haben, da ist das sicher auch thematisiert worden. Also darum kann ich mir nicht vorstellen, wenn in anderen Bereichen das jetzt niemand weiß.

GRin Dr. **Pilz**: Also es haben, nur um das zu konkretisieren, PrimärärztInnen und Pflegepersonal aus anderen Abteilungen davon nur das gewusst, was eventuell in den Medien gestanden ist, aber es gab keine, und das ist auch nicht irgendwo dokumentiert in der kollegialen Führung, in den Protokollen, dass es eine Fehlervermeidungsmaßnahme oder Aufklärung gegeben hätte.

Im Gegenteil, im Februar 2004, da war ja schon der eine Brandunfall passiert, lese ich im Protokoll: "Die derzeit angebotenen Brandschutzschulungen werden nicht optimal angenommen." –

Haben Sie zuwenig Nachdruck hineingesetzt, dass das Personal hier in der nötigen Weise aufgeklärt und geschult wird.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer**: Da kann ich Ihnen konkret eines sagen, wir haben das mit dem nötigen Nachdruck gemacht. Und ich will das nicht aus der Unterlage herausziehen, nämlich in unserer Zeitschrift "Sowas", wo sogar die Mitglieder der kollegialen Führung ausgebildet sind bei Brandschutzschulungen oder wo der Brandschutzbeauftragte des Krankenhauses darauf hinweist, wie wichtig diese Schulungen sind und dass sogar Mitglieder der kollegialen Führung da mittun. –

GRin Dr. **Pilz**: Sie wurden aber nicht angenommen.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer**: Also ich glaube, mehr als dass man mit Vorbildwirkung, und das war immer eines meiner Dinge, mit – ich sage jetzt den alten Spruch von Josef II. "mit Tüchtigkeit und Vorbild" und das ist nämlich auch wichtig für eine kollegiale Führung mit Vorbild und das haben wir gemacht.

GRin Dr. **Pilz**: Ich glaube sofort, dass Sie selber eine Brandschutzschulung gemacht haben. Aber hier steht, dass die MitarbeiterInnen sie nicht annehmen. Was haben Sie unternommen?

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer**: Also was unternommen wurde, ist konkret, dass in Zukunft, wo wir gesehen haben und gehört haben vom Brandschutzbeauftragten, dass das zu wenig von den MitarbeiterInnen angenommen wird, dass Listen geführt werden, die jetzt genau – und das habe ich gehört – auch in Zukunft genau von der Abteilung Personal durchgesehen werden und die MitarbeiterInnen aufmerksam gemacht werden, dann an diesen Schulungen teilzunehmen. Und ich kann mir eines vorstellen, dass man das in einen Bildungspass auch dann hineinschreibt und dann sagt „Aha du hast das nicht gemacht“, das könnte vielleicht auch wo ein Leistungspunkt oder irgendwas, ich weiß es nicht, sein.

Aber es ist auf jeden Fall, und ich glaube eines, wenn MitarbeiterInnen des Hauses und die kollegiale Führung zu unterschiedlichen Terminen bei der Brandschutzschulung teilnehmen, wenn das keine Vorbildwirkung hat, dann weiß ich nicht.

GRin Dr. **Pilz**: Offensichtlich nicht.

Vorsitzender-StvIn Dr. **Rech**: Gut. – Wir sind mit der Befragung zu Ende. Herzlichen Dank für Ihr Kommen und ich darf Sie im Namen der Kommission verabschieden.

VerwDior i.R. Dipl. KH-Bw. **Schäfer**: Danke schön. Ich danke.

Ich meine, ich sage das jetzt nicht voll Ironie, für die angenehmen Fragen, und da bitte ich Sie vielleicht mir zu verzeihen, wenn vielleicht manchmal die Emotionen so hoch gegangen sind, aber wenn Sie 42 Jahre in dem Bereich arbeiten, dann werden Sie mir das hoffentlich zugestehen. – Danke.

Vorsitzender-StvIn Dr. **Rech**: Danke schön. –

Wir kommen zum nächsten Punkt unserer Tagesordnung.

Wir haben über einen Beweisantrag zu beschließen (*Anm.: PRT/00753-2008/0394*), und zwar handelt es sich um den Beweisantrag von Deutsch, Klicka, Korosec betreffend Beischaufung von Daten und Dokumenten, Ergebnisvergleich zwischen psychiatrischem Zentrum Otto-Wagner-Spital und den gesamten psychiatrischen Abteilungen und anderes.

Der Beweisantrag ist allen bekannt. Ich darf ihn zur Abstimmung bringen.

Wer ist für diesen Antrag. – Der Antrag ist einstimmig angenommen.

Nächster Punkt – Gebührennoten, ebenfalls allgemein bekannt, von Dr. Ian Needham.

Auch diese Note bringe ich zur Abstimmung im Hinblick auf ihren Betrag.

Sind alle damit einverstanden mit dieser Note. – Hat jemand Einwände. – Keine Einwände, angenommen.

Damit sind wir heute auch schon am Ende der Sitzung.

Ich darf nur bitten, nachher noch da zu bleiben, damit wir Termine besprechen.

Vielen Dank.

Nächste Sitzung ist am Donnerstag, 6. November 2008 und diesmal nicht in der Früh, sondern um 12.00 Uhr, bitte.

(*Ende: 12.12 Uhr*)