

Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates

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

23. Sitzung vom 20. November 2008

Wörtliches Protokoll

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1. Eröffnung der Sitzung,
Feststellung der Anwesenden | S. 3 |
| 2. Zeugeneinvernahme von
Herrn Dr. Roland Grassl | S. 3 bis
S. 18 |
| 3. Zeugeneinvernahme von Frau
Direktorin Dr. Susanne Herbek | S. 18 bis
S. 36 |
| 4. Weitere Vorgangsweise | S. 36 |

(Beginn um 9.32 Uhr)

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

Ich darf Sie zur heutigen 23. Sitzung der Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates betreffend „Gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“ begrüßen.

Insbesondere begrüße ich zur Feststellung der Beschlussfähigkeit die anwesenden Mitglieder der Kommission:

GRin Claudia Smolik.

GRin Claudia **Smolik**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Christian Deutsch.

GR Christian **Deutsch**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Hedwig Petrides.

GRin Hedwig **Petrides**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Ingrid Korosec.

GRin Ingrid **Korosec**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR David Lasar.

GR David **Lasar**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Dr. Claudia Laschan.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Anica Matzka-Dojder.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Dr. Alois Mayer.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Gabriele Mörk.

GRin Gabriele **Mörk**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Dr. Sigrid Pilz.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Ing. Mag. Bernhard Dworak.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Mag. Sonja Ramskogler.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Silvia Rubik.

GRin Silvia **Rubik**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Karlheinz Hora.

GR Karlheinz **Hora**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Damit darf ich auch die Beschlussfähigkeit der heutigen Kommission feststellen.

Wir haben heute zwei Tagesordnungspunkte. Zuerst die Zeugenaussage des Herrn Dr. Roland Grassl. Er ist TurnusärztInnenvertreter in der

5. Psychiatrischen Abteilung im Otto-Wagner-Spital.

Er wird uns als Zeuge zum Gegenstand „Darstellung der Arbeitssituation am Otto-Wagner-Spital für ÄrztInnen in Ausbildung“ Auskunft geben.

Herr Dr. Grassl! Ich darf Sie begrüßen und darauf hinweisen, dass Sie als Zeuge vernommen werden und daher unter Wahrheitspflicht stehen. Eine falsche Aussage hätte strafrechtliche Konsequenzen. Sie haben jedoch die Möglichkeit, die Beantwortung von Fragen zu verweigern, deren Beantwortung für Sie mit Nachteilen verbunden wäre.

Ich darf Sie bitten – wie es Tradition ist – Ihren beruflichen Werdegang kurz darzustellen und dann für die Fragen der Kommissionsmitglieder zur Verfügung zu stehen.

Herr Dr. Grassl, bitte.

Dr. **Grassl**: Guten Tag! Ich freue mich, dass ich hier geladen wurde, um über die Situation der TurnusärztInnen in FachärztInnenausbildung zu berichten.

Vielleicht eine kleine Korrektur: Ich bin nicht TurnusärztInnenvertreter für das gesamte Otto-Wagner-Spital, den gibt es in dem Sinn nicht. Ich bin vom Psychiatrischen Zentrum als Vertreter der TurnusärztInnen in Ausbildung zu FachärztInnen für Psychiatrie gewählt worden. Ich habe mich immer so verstanden, dass ich die TurnusärztInnen, die im April und März gekommen sind, auch vertrete. Weil TurnusärztInnen prinzipiell jetzt rechtlich, zumindest vertraglich, gleich gestellt sind im Krankenanstaltenverbund.

Zum persönlichen: Ich habe in Wien Humanmedizin studiert und bin seit Dezember 2005 im Krankenanstaltenverbund als Turnusarzt tätig.

Einige Monate habe ich auf Internen Abteilungen sowohl im Otto-Wagner-Spital als auch im SMZ-Süd gearbeitet und wurde dann mit Juli 2006 ins 5. Primariat von Prim. Dr. Wrobel übernommen. Ich habe dort ein halbes Jahr in der sogenannten Sonderregelung als Turnusarzt gearbeitet und bekam mit Jänner 2007 eine FachärztInnenstelle, die ich bis inklusive September 2008 besetzt habe.

Mit Oktober 2008 habe ich mein Fach gewechselt und bin nunmehr in der Ausbildung zur FachärztIn für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das war an sich mein ursprünglicher Wunsch, an dem ich sehr lange gearbeitet habe und jetzt hat sich die Möglichkeit ergeben, dass ich diese Ausbildung absolviere.

Wichtig ist auch noch zuzusagen, was auch für alle FachärztInnen in Ausbildung gilt, mittlerweile ist es nahezu unmöglich eine FachärztInnenstelle in Psychiatrie zu bekommen, wenn man nicht eine begleitende Psychotherapeutische Ausbildung absolviert. Was ich für sehr wichtig und gut

halte, weil ich denke mir, das ist unser Handwerkszeug. Neben den Psychopharmaka gibt es das Handwerkszeug der Beziehung und die muss gelernt sein, die professionelle Beziehung und die Therapie und dementsprechend ist es natürlich ganz essentiell für FachärztInnen für Psychiatrie, dass sie auch psychotherapeutisch ausgebildet werden.

Im Moment ist es noch so - das ist auch wichtig, um die Situation der ÄrztInnen in Ausbildung zu verstehen -, dass diese Ausbildung zu 100 % von der privaten Kasse finanziert werden muss. Wir reden da über einen ungefähren Betrag zwischen 30 000 und 70 000 EUR, der anfällt. Es ist auch relativ einzigartig in der Medizin, dass so große Summen für die verpflichtende Ausbildung notwendig sind.

Was mich persönlich betrifft: Ich habe mit Oktober 2007 die AssistentInnenvertretung übernommen und habe sie knapp ein Jahr geführt. Dementsprechend kann ich Ihnen auch nur als AssistentInnenvertreter über diese Zeit Auskunft geben. Ich war seit Juli 2006 im Haus und das ist der Zeitrahmen, über den Sie mich befragen können.

Seit April 2008 bin ich auch noch stellvertretender Vertreter der Psychiatric Trainees in der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie.

Ja, das war einmal das Wichtigste. Vielleicht doch noch hinzugefügt: Ich habe auch versucht, ein bisschen den Kontakt zu der Universität zu halten. Ich habe ein postgraduales Studium an der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie bei Frau Prof. Dr. Springer-Kremser

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr Dr. Grassl! Darf ich Ihnen eine Frage stellen? Wir haben bis jetzt noch nicht Ihre Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht. Wem haben Sie die gegeben?

Dr. **Grassl**: Die habe ich vor zwei Wochen im Personalbüro abgegeben.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Die liegt also vor? Uns liegt Sie momentan nicht vor. Sie sind von der Verschwiegenheit entbunden?

Dr. **Grassl**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut!

Dann dürfen wir doch zu den Fragen kommen. Herr GR Lasar, bitte.

GR **Lasar**: Danke schön, Herr Vorsitzender.

Herr Dr. Grassl! Danke für Ihr heutiges Kommen.

Ich habe eine Frage an Sie: Haben Sie aus Ihrer Sicht genügend FachärztInnen für Ihre zu erbringenden Leistungen im Otto-Wagner-Spital?

Dr. **Grassl**: Ich denke, da ist es einmal ganz wichtig, dass es das Otto-Wagner-Spital in dieser Hinsicht nicht gibt. Die Bedingungen sind

sehr unterschiedlich an den Abteilungen, gerade was die FachärztInnen betrifft. Ich kann Ihnen keine genauen Zahlen nennen, wie viele FachärztInnen wo sind. Ich denke, das haben Sie zum Teil zur Genüge hier gehört.

Es ist sehr unterschiedlich. Wir haben Abteilungen, wo die Soll-Zahl einfach erfüllt ist und da würde ich sagen, dass einfach prinzipiell für die praktische Ausbildung vor Ort an der Abteilung genug FachärztInnen vorhanden sind.

Es gibt Primariate, da gibt es neun FachärztInnenstellen, die zur Verfügung stehen und drei Stellen sind besetzt. Da kann ich ganz klar sagen, dass das wahrscheinlich nicht ausreichen wird, um genügend Supervision zu bieten. Mir ist es ganz wichtig: Rechtlich ist das überhaupt kein - also strafrechtlich werden Sie von mir hier nichts hören. Weil rechtlich ist das okay. Rechtlich reicht eine FachärztIn in der Abteilung, um den Betrieb aufrechtzuerhalten. Aber, es ist wahrscheinlich nachvollziehbar, dass es schwierig ist, wenn drei FachärztInnen insgesamt vorhanden sind, davon ist eine im Dienst, das heißt, sie geht aus dem Dienst, das heißt, sie ist eigentlich nicht da oder oft nicht da. Und dadurch ist das Verhältnis zwischen TurnusärztInnen oder ÄrztInnen ins Ausbildung und FachärztInnen sehr eng. Ich rede jetzt von einer Abteilung. Es ist an anderen Abteilungen noch ähnlich schwierig, aber es gibt auch Abteilungen, wo das Verhältnis passt.

GR **Lasar**: Eine Zusatzfrage. Da Sie sich als Kinder- und Jugendpsychiater ausbilden lassen, können Sie mir hier sagen, wie viele ÄrztInnen mit Ihnen gemeinsam im Otto-Wagner-Spital in Ausbildung sind?

Dr. **Grassl**: Kinder- und Jugendpsychiatrie?

GR **Lasar**: Ja.

Dr. **Grassl**: Die gibt es im Otto-Wagner-Spital nicht.

Ich wechsle das Haus, es gibt keine Kinder- und Jugendpsychiatrie im Otto-Wagner-Spital. Es gibt von der Gemeinde Wien den Rosenhügel mit Prim. Dr. Gössl und es gibt die Universitätsklinik. Es ist im neu zu bauenden SMZ-Nord eine Kinder- und Jugendpsychiatrie geplant, um die ÖBIG-Vorgaben zu erfüllen.

GR **Lasar**: Dankeschön.

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

GRin **Korosec**: Danke, Herr Vorsitzender.

Herr Dr. Grassl! Wir haben in der Untersuchungskommission immer wieder gehört, dass es vorkommt, dass auch Kinder und Jugendliche im Otto-Wagner-Spital betreut werden. Jetzt sagen Sie, es gibt gar keine FachärztIn für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Dr. **Grassl**: Das ist so. Wobei zu sagen ist, dass das klar geregelt war, noch zu Dr. Bergers

Zeiten und auch mit Prof. Dr. FRIEDRICH; dass die Kinder und Jugendlichen jedenfalls von einer Kinder- und JugendpsychiaterIn begutachtet werden müssen. Das fand auswärts statt und dann wurden, in Absprache mit der Kapazität und nach Möglichkeit, die Jugendlichen den Pavillons zugeteilt.

GRin **Korosec**: Wie sehen Sie diese Situation als Fachmann, dass vom Otto-Wagner-Spital nach wie vor Kinder und Jugendliche aufgenommen werden?

Dr. **Grassl**: Das ist kein wünschenswerter Zustand.

GRin **Korosec**: Herr Dr. Grassl! Anfang des Jahres ist durch die Medien ein Fall gegangen, dass ein Turnusarzt, der 10 Tage im Dienst war, den ersten Nachtdienst hatte, 80 Personen zu betreuen hatte und es war ein Todesfall. Ist Ihnen dieser Fall bekannt?

Dr. **Grassl**: Er ist mir genau in dem Ausmaß bekannt, Sie ihn jetzt geschildert haben.

GRin **Korosec**: Sind Ihnen die Hintergründe dieses Falls auch bekannt?

Dr. **Grassl**: Nein.

GRin **Korosec**: Kommt es vor, dass TurnusärztInnen auf Grund der angespannten Personalsituation – Sie haben geschildert, dass es da sehr unterschiedlich ist – im Otto-Wagner-Spital auf Stationen kommen, wo sie überfordert sind?

Dr. **Grassl**: Ja. Wenn ich vielleicht kurz ausholen darf?

GRin **Korosec**: Bitte.

Dr. **Grassl**: Es geht letztlich vor allem - so wie ich es wahrgenommen habe und wie ich meine Tätigkeit auch angelegt habe – um die Zeit vor 2008. Da war es auch noch so, dass zwei Primariate von einer OberärztIn mit betreut wurden. Das heißt, eine OberärztIn, eine FachärztIn, hat ein Einzugsgebiet von 300 000 bis 400 000 Menschen betreut. Sprich: 120 Betten, davon ein guter Teil Akutbetten, ein Teil Subakutbetten. Damals gab es eigentlich diese TurnusärztInnen, die es jetzt gibt, noch nicht. Damals waren vor allem KollegInnen in Ausbildung im Haus, die jedenfalls das Fach machen wollten.

Das hat sich geändert. Sie müssen davon ausgehen, die TurnusärztInnen, die jetzt zusätzlich gekommen sind, wollen nicht alle Psychiatrie machen. Die haben irgendwann einmal bei der Anmeldung angekreuzt, sie könnten sich auch vorstellen, ein Jahr Psychiatrie zu machen und haben sich dazu verpflichtet. Sie haben aber jetzt nicht den Wunsch, die Fachausbildung zu machen. Das ändert natürlich auch etwas im Zugang und den Voraussetzungen der KollegInnen.

Es war so, dass letztlich ein junger Kollege, auch wenn er sehr frisch im Dienst war, sprich:

Es war üblich, wenn es möglich war, dass man zwei, drei Wochen keine Dienste macht, wenn man frisch beginnt und dann in die Dienste übernommen wird. 10 Tage an der unteren Grenze, das kommt vor. Dann war es so, dass der Kollege eine „halbe“ OberärztIn hatte, weil er zwei Abteilungen betreuen musste. Was man auch nicht unterschätzen darf, dass es auch räumliche Distanzen gab, die zu überwinden waren. Es kam schon immer wieder einmal vor, dass zwei Akutsituationen gleichzeitig waren. Das heißt dann – ich versuche es ein bisschen plastischer zu erklären -: Vor dem einen Pavillon steht die WEGA mit einer PatientIn und Rettung und NotärztIn und bei dem anderen Pavillon ist z.B. gerade ein Suizidversuch. Dann ist es natürlich klar, dass die OberärztIn auch Prioritäten setzen muss und sie wird versuchen, da möglichst optimal zu handeln. Ich lege wirklich auch Wert darauf, dass sowohl in der FachärztInnenreihe, als auch unter meinen KollegInnen in Ausbildung, hier ganz große Anstrengungen unternommen wurden, um möglichst ihr Bestes zu geben und die PatientInnen gut zu betreuen.

Wenn es Sie auch noch interessiert: Ich habe einen - weil eben die Situation so schwierig war - einen standardisierten Burnout Inventory im Dezember an die AssistentInnen verteilt und habe den mit einer ExpertIn für Burnout gemeinsam ausgewertet.

Da kam heraus, was bezeichnend ist. Ich erzähle es kurz: Da gab es drei Akte: Zynismus, Emotionale Erschöpfung und Engagement. Es war so, dass alle KollegInnen in Ausbildung beim Zynismus unterdurchschnittlich gescort haben, beim Engagement überdurchschnittlich gescort haben und bei der Emotionalen Erschöpfung überdurchschnittlich gescort haben.

Das beschreibt uns und ich denke, dass die KollegInnen am Limit sind. Sie tun was sie können und machen es auch noch gut.

GRin **Korosec**: Besonders im Nachtdienst ist das erschwert?

Dr. **Grassl**: Diese Teilung „eine OberärztIn/zwei Abteilungen“ im Nachtdienst, das heißt meist ab 13 Uhr. Es gibt ein einziges Primariat, das ist das 5. Primariat, wo eine FachärztIn bis 16 Uhr anwesend ist und da gibt es länger eine fachärztliche Präsenz.

GRin **Korosec**: Ist die die neue Konzeption, die es seit Mai 2008 gibt, eine große Erleichterung?

Dr. **Grassl**: Ich kann es nur von mir persönlich beantworten, weil auch mein ehemaliges Primariat dazu gehört. Es war eine deutliche Verbesserung spürbar, also gar keine Frage. Weil einfach die oberärztliche Präsenz an der Abteilung gegeben ist. Weil in zwei Abteilungen gleichzeitig Notfälle auftreten können, es treten

auch in einer Abteilung gleichzeitig Notfälle auf. Und wenn dann zwei ÄrztInnen anwesend sind, ist das natürlich eine massive Erleichterung und Qualitätssteigerung.

GRin **Korosec**: Herr Dr. Grassl! Wo sehen Sie noch einen Verbesserungsbedarf?

Dr. **Grassl**: Einerseits, dass diese Teilung, die Versorgung eines Primariat mit eigener OberärztIn, noch nicht abgeschlossen ist. Ich denke, das ist im Moment gar nicht so leicht. Es gibt für das Otto-Wagner-Spital keine FachärztInnen. Da ist es mir schon auch wichtig, dass klar sein muss, dass es das Otto-Wagner-Spital auch hier nicht gibt. Ich kann wieder sagen, es gibt Primariate im Haus, die haben eine Warteliste. Da warten die Leute darauf, dass sie einen Job kriegen. Es gibt Primariate, die partout niemand kriegen.

Es ist auch so, dass interessanterweise in Wien-Umgebung sehr viele, sehr viele WienerInnen arbeiten, die bei gleichem bzw. niedrigerem Gehalt, jeden Tag nach Niederösterreich fahren, um dort ihre fachärztliche Tätigkeit zu versehen.

Das heißt, der Personalstand ist noch verbesserungswürdig. Ich habe mir in meinen Aufzeichnungen aufgeschrieben: Die Ausstattung der Station mit einer OberärztIn, einer FachärztIn, einer Assistentin und eventuell einer TurnusärztIn, halte ich für eine ausreichende Versorgung. Es war an keiner Station vor 2008 der Fall, dass von jedem Ausbildungsgrad jemand arbeitet.

GRin **Korosec**: Danke, Herr Dr. Grassl, das war sehr aufschlussreich.

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

GRin Dr. **Laschan**: Herr Dr. Grassl! Ich würde Sie bitten, ein bisschen auszuführen, wie der Alltag aussieht. Wobei man da wahrscheinlich differenzieren muss, nehme ich an, zwischen den TurnusärztInnen, die nicht in Ausbildung zur FachärztIn für Psychiatrie sind, sondern im Rahmen ihrer Ausbildung zur Ärztin für Allgemein Medizin im Otto-Wagner-Spital arbeiten.

Ich würde Sie bitten, für die eine und für die andere Gruppe darzustellen, wie der Tagesablauf aussieht. Meines Wissens ist die Kernarbeit von 8 Uhr bis 13 Uhr. Wie ist die Morgenrunde in der Früh mit Infusionen und Blutabnahmen, Visite, Morgenbesprechung, Aufnahmen eingeteilt? Wie spielt sich der konkrete Stationsalltag ab?

Wie viele Nachtdienste sind durchschnittlich zu absolvieren? Wobei dazu gesagt werden muss, Nachtdienst bedeutet von 8 Uhr Früh bis 9 Uhr am nächsten Tag.

Dr. **Grassl**: 9 Uhr Früh, 25 Stunden.

GRin Dr. **Laschan**: Das ist ja vor einiger Zeit geändert worden. Da war es so, dass man bis 13 Uhr bleiben musste und jetzt geht man nach

dem Dienst, nach der Übergabe, im Regelfall nach Hause.

Welche Aufgaben sind für die TurnusärztInnen im Nachtdienst zu erledigen? Wie viele Aufnahmen sind durchschnittlich pro Nacht und welche Routinetätigkeiten sind da zu erledigen? Es sind ja sicher nicht nur Notfälle, sondern auch Routinetätigkeiten zu erledigen.

Mich würde auch interessieren, wer die ÄrztInnenbriefe diktiert usw.?

Dr. **Grassl**: Ich könnte Ihnen natürlich genau über meine Arbeitssituation und die der TurnusärztInnen an meiner Abteilung Auskunft geben. Ich werde versuchen, es möglichst allgemein zu halten.

Es gibt natürlich Unterschiede im Haus in den Primariaten. Ganz grob sieht es so aus – was auch zu Ihrer Frage der Unterscheidung TurnusärztInnen/AssistentInnen wichtig ist – de facto gibt es von der Arbeit sehr wenige Unterschiede. Warum? Es gibt im Regelfall zwei Diensträder: ein OberärztInnendienststrad, ein SekundärärztInnendienststrad.

Im Nachtdienst muss die TurnusärztIn die gleiche Arbeit machen wie die AssistentIn. Das ist unter anderem auch das Schwierige, weil das sicher für einige KollegInnen, das weiß ich, eine Überforderung war. Das wird es natürlich immer geben, aber, das war eine besondere Situation. Weil Psychiatrie eine emotional sehr belastende Arbeit ist, wo man Supervision usw. braucht und möglicherweise eine Vorbildung mitbringt.

Es war im Otto-Wagner-Spital auch üblich, dass man eine Interne Ausbildung haben musste, bevor man die FachärztInnenausbildung im Otto-Wagner-Spital beginnen konnte. Was sehr sinnvoll war, weil unsere PatientInnen oft somatisch sehr, sehr krank sind, z.B. chronische PatientInnen, das führe ich jetzt nicht mehr aus. Auch das war in dieser Notsituation, wo plötzlich recht schnell TurnusärztInnen gebraucht wurden, nicht unbedingt einzuhalten. Dann gab es KollegInnen, die noch nahezu keine Vorerfahrung hatten und das war dann auch schwierig.

Es gibt ein SekundärärztInnen- und ein OberärztInnendienststrad. ÄrztInnenbriefe werden sowohl oberärztlich, fachärztlich, als auch von den AssistentInnen und TurnusärztInnen diktiert und natürlich bei den ÄrztInnen in Ausbildung unter Supervision.

Ansonsten ist der Dienst bis 13 Uhr. Es wird versucht, das möglichst strukturiert einzuhalten, es ist natürlich nicht immer möglich. Ich weiß auch von Abteilungen, dass es durchaus noch öfters vorkommt, dass KollegInnen nicht um 9 Uhr heimgehen können. Das kommt an Primariaten immer wieder vor, da die Personalsituation so angespannt ist und da ist es nahezu unmöglich.

Routinetätigkeiten sind zum Teil ein bisschen unterschiedlich bei somatischer Medizin, was z.B. das Flaschenanhängen betrifft oder die Morgenrunde mit Injektionen. Das fällt natürlich in der Psychiatrie geringer aus. Das ist nicht so aufwendig, wie z.B. auf einer Internen Abteilung.

Die Visite ist ein ganz zentraler Punkt, wo versucht wird, dass die AssistentInnen oder die FachärztInnen in Ausbildung mit gehen. Weil die Visite auch der Hauptgesprächstermin für die PatientInnen ist. Abgesehen davon, wenn es die Möglichkeit der Psychotherapie an der Station gibt, was jedoch nicht überall in ausreichendem Ausmaß möglich ist. Das ärztliche Gespräch findet vor allem in der Visite statt und dann sind noch einige Termine am Tag möglich. Den wirklichen Eindruck versucht man sich während der Visite zu verschaffen und dementsprechend lange dauert die Visite. Weil man hier versucht, den Status Quo der PatientIn zu erheben und mit ihr zu diskutieren und zu besprechen wie weit der gehen soll.

Es kommen währenddessen auch laufend Aufnahmen. Auch da gibt es durchaus größere Unterschiede von der Dichte der Aufnahmen. So weit ich weiß, sind im 3. Primariat mit dem größten Einzugsgebiet mehr Aufnahmen, als in einem kleineren Primariat, wie z.B. die 5. Psychiatrische Abteilung, die von der Personenanzahl ein kleineres Einzugsgebiet hat.

Ich sage es Ihnen konkret bei mir, im Schnitt waren es am Vormittag ein bis zwei Aufnahmen. Eine Aufnahme in der Psychiatrie, das ist schon etwas Spezifisches und dauert sehr lange. Warum? Weil ich eine vollkommene internistische, neurologische Aufnahme mache. Ich untersuche die PatientIn internistisch und neurologisch und dann mache ich eine ausführliche Exploration. Sie haben die üblichen Aufnahmeverfahren, wie auf jeder Internen Abteilung und dann kommt aber eigentlich der Kernpunkt, um durch eine möglichst gute Exploration heraus zu finden, was eigentlich der psychiatrische Aufnahmegrund ist. Eine Aufnahme, wenn man sie ordentlich macht, dauert auf jeden Fall ein bis eineinhalb Stunden. Das heißt, wenn Sie am Vormittag zwei Aufnahmen haben, ist der Tag gelaufen. Dann waren Sie auch ganz sicher nicht bei der Visite dabei.

Wenn es drei ÄrztInnen – z.B. OberärztIn, TurnusärztIn und ÄrztIn in Ausbildung - auf der Station gibt, dann ist es üblicherweise so, dass man sich da abwechselt. Dann sagt der eine: „Gut, du machst die Aufnahme und ich gehe heute zur Visite und morgen machen wir es umgekehrt.“

Wenn allerdings – und das war durchaus üblich – insgesamt zwei ÄrztInnen an der Station sind, dann wird es schwierig. Weil dann haben Sie das Problem, dass einer die Visite macht

und dann muss der andere die Aufnahme machen und kann bei der Visite nicht dabei sein.

Plus, der eine hat vielleicht Nachdienst gehabt und dann sind Sie alleine auf der Station.

Also, die Frage ist, inwieweit sich eine AssistentIn ausbilden kann, wenn sie z.B. Ambulanzen usw. wochenlang alleine führen muss, was vorkam.

Ich weiß z.B. von einer Kollegin, die hat Ambulanz und Tagesklinik monatelang allein geführt. Sie war natürlich über eine FachärztIn supervidiert, die in einem ganz anderen Pavillon 500 m entfernt gesessen ist. Das ist natürlich schwierig und als AssistentInnenvertreter wünsche ich mir natürlich nicht, dass es so ist.

Wie gesagt, es hat sich jetzt sicher, zumindest was die Dienste und die Personalpräsenz betrifft, gegenüber den Zuständen, die davor waren, verbessert.

Was in der Psychiatrie ganz Speziell ist, ist, dass in den Abend- und Nachstunden, wenn weniger Präsenz ist, weniger Therapieprogramme sind usw. die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass PatientInnen exzerpieren. Das heißt, sie haben oftmals Notsituationen im Nachdienst, sie haben Menschen, die sich selbst verletzen, Menschen, die einen Selbstmordversuch unternehmen, sie haben Menschen, die Aggressionsdurchbrüche haben. Das müssen sie als diensthabende Ärztin mit Unterstützung möglichst gut „handlen“.

GRin Dr. **Laschan:** Wie viele Nachdienste haben Sie durchschnittlich im Monat?

Dr. **Grassl:** An meiner Abteilung war es so, dass man zwischen vier und sechs Nachtdienste hatte.

GRin Dr. **Laschan:** Ich habe eine zweite Frage, die sich aus der ersten Frage ergibt.

Ich selbst bin Hämatonkologin, eine Fachärztin auf diesem Gebiet. Ich habe auch eine Zeitlang Turnus in einem niederösterreichischen Krankenhaus gemacht. Dort habe ich die 20 Aufnahmen, die wir im Dienst hatten, als die stärkste Herausforderung gefunden. Nämlich quer durch die grüne Wiese, weil das am Land ein bisschen anders ist, als in der Stadt. Ich habe aber, sage ich im Rückblick, dort sicherlich das Meiste gelernt. Ich würde es aber nicht mehr wollen, denn es war für mich das Stressigste und Anstrengendste, jeden 2. Tag Nachtdienst, also 13, 14 Dienste im Monate.

Aber dann, auf anderen Abteilungen, habe ich es als angenehm empfunden, nur 5 Nachtdienste zu haben. In meiner eigenen Abteilung, wo ich jetzt bin, wo eine Morgenrunde fast zwei Stunden dauert, wo bei jeder PatientIn eine Blutabnahme ist - das ist in der Hämatologie so, wie der Name schon sagt - und auch irrsinnig viele Infusionen anzuhängen sind, Chemotherapien

anzuhängen sind, da würde ich das jetzt aus der Sicht der TurnusärztInnen und der in Ausbildung befindlichen ÄrztInnen eigentlich als das Unangenehmste empfinden. Weil da kommt man eigentlich nicht in die Morgenbesprechung, was schlecht ist. Auch kommt man oft, auf Grund der fünf bis sechs Aufnahmen am Tag in der Onkologie, nicht zur Visite, was auch schlecht ist. Da würde ich das als das Unangenehmste empfinden.

Daraus meine Frage: Was würden Sie als in Ausbildung zum Facharzt befindlicher oder aus der Sicht der wirklichen TurnusärztInnen, als das Unangenehmste und Belastendste in Ihrem Fach empfinden?

Dr. **Grassl**: Wie Sie gesagt haben, auf einer Internen Abteilung, so wie Sie es gut beschrieben haben, gibt es wesentlich mehr Aufnahmen, die Routinetätigkeit ist sicher mehr, was die medizinischen Leistungen betrifft. Es allerdings so, dass die psychische Belastung für die jungen KollegInnen extrem ist, weil sie mit all ihren seelischen und psychischen Grenzen konfrontiert werden. Sie werden tagtäglich mit Patientinnen konfrontiert, die ihnen zeigen, in welche Zustände man als Mensch - jeder von uns - kommen kann. Und das ohne professionelle Begleitung bzw. Ausbildung ist zum Teil extrem schwierig. Sie haben Am Steinhof keine PatientInnen, die ein bisschen reaktiv depressiv sind und denen es nicht so gut geht. Sondern, Sie haben im Otto-Wagner-Spital PatientInnen, die schwer krank sind. Die sogar von OberärztInnen das Äußerste an Professionalität verlangen, um nicht auf dem Rücken der PatientInnen zu agieren. Ich denke, dass das für die jungen KollegInnen sehr, sehr schwierig ist.

GRin Dr. **Laschan**: Herzlichen Dank.

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

GRin Dr. **Pilz**: Danke, Herr Vorsitzender.

Herr Dr. Grassl! Ich hoffe, der Krankenanstaltenverbund passt gut auf Sie auf. Sie sind eine rare Ressource, weil Sie Kinder- und Jugendpsychiater werden und Sie im Fachbereich bleiben. Sie haben selber soeben gesagt, da gibt es wenige. Wenige, die sich für die Psychiatrie ausbilden und bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenes Fach, da müsste man auch ganz besonders darauf achten, Nachwuchs zu haben.

Sie haben jetzt die Arbeitssituation und die Belastungssituation der jungen KollegInnen beschrieben. Ich kann mir das sehr gut vorstellen was es heißt, wenn man vielleicht frisch von der Universität kommt und 10 Tage oder von mir aus ein Monat im Dienst ist und dann in diese herausfordernde Arbeit kommt. Sie haben gesagt, jetzt ist es besser geworden, weil man die Dienstposten vermehrt hat.

Ich habe ein aktuelles Schreiben von einer Reihe von ÄrztInnen aus der Psychiatrie des Otto-Wagner-Spitals. Da wird mit November gesagt, dass im 3. und 6. Primariat immer noch gemeinsam nur eine OberärztIn bzw. eine FachärztIn versorgt.

Sie haben auch gesagt, dass das 3. Primariat die meisten Aufnahmen hat. Was heißt das für diese jungen TurnusärztInnen, wenn die dort arbeiten? Wie kommen die zurande und wie muss man sich das vorstellen?

Dr. **Grassl**: Zu Ihrer ersten Feststellung, dass ich rar bin. Das ist kein wienspezifisches Problem. International gibt es durchaus Probleme, die FachärztInnenstellen für Psychiatrie zu besetzen. Ich denke, dass das eher gesellschaftliche Gründe hat. Unter anderem aber auch und das wollte ich schon ein bisschen anklingen lassen, jeder von uns will auch ein gutes Entgelt für gute Arbeit haben. Es ist so, dass die PsychiaterInnen weniger verdienen als alle anderen. Warum ist das so? Weil es keine einzige Privatversicherung in Österreich gibt, die psychiatrische Krankheiten versichert. Das heißt, es gibt keine Klassegelder.

Ich kann damit gut leben. Ich bin auch mit Leib und Seele Gemeindedoktor. Ich stehe voll und ganz hinter dem Solidaritätsprinzip der Finanzierung. Ich finde, dass jeder die beste Versorgung in Wien haben soll. Deswegen arbeite ich auch sehr gerne im Krankenanstaltenverbund. Ich finde, diese Versorgung macht nur die Gemeinde. Es gibt stationär sonst keine psychiatrische Versorgung in Wien, in keinem klerikalen Haus, nirgends. Das heißt, es bleibt am Staat „hängen“. Das muss Ihnen klar sein. Das ist auch mit ein Grund, warum sich wenige der KollegInnen in diese nicht sehr prestigeträchtige Sparte der Medizin begeben. Sie wissen wahrscheinlich, in der EU haben 2008 die psychiatrischen Erkrankungen bei Arbeitsunfähigkeit, die kardiovaskulären Erkrankungen überholt. Da steckt ein irrsinniges volkswirtschaftliches Potential drinnen, abgesehen von den PatientInnen, die darunter leiden. Das zu dem Schwierigen in der Psychiatrie.

Das 3. und 6. Primariat sind eine eigene Geschichte, da haben Sie Recht. Da gibt es das im Moment noch nicht, es ist aber am Entstehen. Es wird so sein, dass ich - da möchte ich zu den FachärztInnen im Otto-Wagner-Spital. Es wird so sein, es ist konkret schon in Planung, dass AssistentInnen im letzten Ausbildungsjahr OberärztInnendienst versehen. Das ist a) rechtlich vollkommen korrekt und auch üblich, es ist nichts Unübliches und b) kann ich von Seiten der AssistentInnen sagen, dass es zum Teil von uns gewünscht ist, wenngleich auch nur an der eigenen Abteilung. Die AssistentInnen sind jederzeit bereit diese Leistungen zu erbringen. Aber, es ist

natürlich schwierig, weil wir diese ganz spezielle und delikate Situation mit Unterbringung haben, es hier um sehr grundlegende Rechte von PatientInnen geht und das darf einfach nur eine FachärztIn. Das heißt, da zeigen sich im Moment sehr wohl Schwierigkeiten. Weil, wie ist das dann? Eine FachärztIn in einer anderen Abteilung füllt das Zeugnis aus und unterschreibt es. Ist sie dann für die PatientIn verantwortlich? Ich weiß es nicht. Vom Gefühl her würde ich sagen, natürlich hat sie eine Mitverantwortung, denn sie hat die PatientIn gesehen, sie hat sie begutachtet, sie hat das Zeugnis ausgefüllt, sie ist aber von einer anderen Abteilung. Da wird sehr intensiv an einer Lösung gearbeitet.

GRin Dr. **Pilz**: Ich möchte da gleich anknüpfen. Es gibt etliche Schreiben von ÄrztInnen von allen Hierarchieebenen aus dem Otto-Wagner-Spital, wo davor gewarnt wird, dass man durch die Mangelbesetzung in eine drohende Einlassungsfahrlässigkeit kommt. Was bedeutet das für die TurnusärztInnen? Sie haben diese Burnout-Bewertungskriterien „Emotionale Belastung, hohes Engagement, noch nicht in Zynismus gekippt“ bemessen. Es gibt KollegInnen aus dem Otto-Wagner-Spital, die vor dem Richter stehen. Wie geht es den TurnusärztInnen, wenn sie unter dieser Mangelsituation arbeiten müssen und Sorge haben müssen, Einlassungsfahrlässigkeit zu begehen?

Dr. **Grassl**: Ich denke, dass eine ist, das kann ich auch sagen, dass es viele AssistentInnen gibt, die unter der Situation, unter der Arbeitslast, die es gibt, sicherlich leiden.

Was immer man tun kann, ist – ich denke, deswegen kriegen Sie diese Schreiben – sich gegen diese Einlassungsfahrlässigkeit, wenn die irgendwo im Raume steht, aktiv zu wehren. Wir versuchen das auch immer in den Treffen zu besprechen. Das Allerwichtigste ist, dass man vorsieht - den KollegInnen die Möglichkeit in die Hand gibt, dass sie auch einfach nein sagen können, weil das dann an die nächste Ebene wandert. Dann gibt es ein Problem und das muss man dann lösen.

Ich denke, was die Einlassungsfahrlässigkeit betrifft, hatte ich das Gefühl, dass das insoweit besprochen war, dass wir gesagt haben, wir schauen drauf, dass die KollegInnen wissen, was sie nicht machen dürfen und was wirklich gefährlich ist.

GRin Dr. **Pilz**: Sie haben ein konkretes Beispiel genannt, dass eine Ambulanz Wochen oder Monate lang allein von einer Turnusärztin oder Fachärztin in Ausbildung geführt wurde. Nach dem Motto „Wenn du etwas brauchst, kannst du ja wen holen“. Können Sie uns schildern, was das heißt?

Dr. **Grassl**: Das ist eine sehr frequentierte

Ambulanz. Das heißt, sehr, sehr viel Arbeit, die die Kollegin sicher nach ihren Möglichkeiten sehr gut gemacht hat. Das heißt, dass sie jemand als Backup hat, den sie fragen kann, wenn sie nicht mehr weiter weiß. Das heißt aber eben auch, dass sie sehr viele Dinge alleine entscheiden muss. Logischerweise ruft man nicht wegen jeder Medikamenteneinstellung gleich die OberärztIn an. Aber im Prinzip gibt es einen Rahmen, denn sie sich selber stecken muss, wo sie verantworten kann und das ist auch okay. Rechtlich ist das vollkommen klar, das ist okay. Es ist die Frage, weil es eine Ausbildung ist, wie viel sie an dieser Station gelernt hat. Weil, wer soll es ihr beibringen? Sie war alleine dort.

GRin Dr. **Pilz**: Sie musste sich das selber beibringen, weil niemand da war, der ihr zur Seite steht?

Dr. **Grassl**: Man lernt auch in Diensten. Bis Ende 2007 hat man sehr viel Zeit allein tätig verbracht.

GRin Dr. **Pilz**: Sie haben gesagt, dass Sie verpflichtend eine Psychotherapie-Ausbildung absolvieren müssen, wenn Sie PsychiaterIn werden möchten. Das ist absolut nachvollziehbar. Sie haben 370 000 EUR gesagt. Habe ich das richtig verstanden?

Dr. **Grassl**: Nein, zwischen 30 000 und 70 000 EUR.

GRin Dr. **Pilz**: Darum habe ich nachgefragt. Aber auch 30 000 bis 70 000 EUR – im alten Geld 1 Million ATS – sind ziemlich viel.

1. Kann das von Ihnen verlangt werden, dass Sie das selber bezahlen?

2. Haben Sie überhaupt Zeit psychotherapeutisch, unter der Arbeitslast unter der Sie stehen, zu arbeiten?

Dr. **Grassl**: Zur ersten Frage: Es ist nicht verpflichtend. In der alten Ausbildungsordnung steht es nicht verpflichtend drinnen, so weit ich das noch weiß. Es gibt die neue Ausbildungsordnung, die hoffentlich bald umgesetzt wird. Ich bilde mir ein, dass die ersten KollegInnen nach der neuen Ausbildungsordnung angestellt wurden. Da ist die Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie dabei, ein Mindestmaß an psychotherapeutischer – ich nenne es gerne psychiatrisch-therapeutische – Ausbildung anbieten, weil es eben nicht klassische Psychotherapie ist. Die kann man im Spital als ÄrztIn nicht anwenden.

Damit komme ich zum zweiten Punkt, den Sie gemeint haben. Psychotherapie im Krankenhaus im Otto-Wagner-Spital ist unmöglich während der Arbeitszeit, keine Chance. Sie können froh sein, wenn Sie ein Gespräch, kurze Interventionen am Tag unterbringen. Eine PatientIn regelmäßig zu betreuen ist unmöglich.

GRin Dr. **Pilz**: Wäre das notwendig?

Dr. **Grassl**: Ich habe jetzt nicht die Zahlen, wie viele Psychotherapieplätze es an den einzelnen Abteilungen gibt. Ich kann von meiner Abteilung, dass wir einen sehr, sehr engagierten Psychologen, den Dr. Bartuska, haben, der sehr, sehr darauf geschaut hat, dass wir wirklich viele PsychotherapeutInnen in Ausbildung und Supervision haben, die die Psychotherapie bei uns machen. Das läuft sehr gut. Da gibt es nicht die Notwendigkeit. Aber, das eine ist die Notwendigkeit, das andere wäre wünschenswert, dass man FachärztInnen produziert, die im Rahmen des Spitals auch schon Psychotherapie gehabt haben.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr GR Ing. Mag. Dworak, bitte.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Herr Dr. Grassl! Sie haben zu Beginn gesagt, dass die TurnusärztInnen ja nicht alle in der Psychiatrie bleiben. Wie viele ungefähr sind es die bleiben?

Dr. **Grassl**: Das ist an sich im Moment so. Prinzipiell war es so, dass es, mit Ausnahmen, keine TurnusärztInnen in Ausbildung zur Allgemein Medizin im Psychiatrischen Zentrum gab. Weil, die brauchen im Turnus nur zwei Monate Psychiatrie absolvieren. Das heißt, das ist eine sehr kurze Zeit. Was ich auch persönlich sehr schwierig finde. Weil, wenn man jemand zwei Monate auf die Psychiatrie schickt, dann ist er vor allem schockiert, als zweites überfordert und dann geht er wieder. Das ist wirklich sehr kurz bemessen und nicht sehr sinnvoll.

Ich denke, von den ÄrztInnen, die das Sonderjahr früher absolviert haben, weil da haben ... von den TurnusärztInnen, die das Sonderjahr begonnen haben, bleibt ein großer Prozentsatz, weil das früher der klassische Einstieg in eine Fachausbildungsstelle war. Das ist im Moment anders, weil in einem Schub diese, ich weiß es nicht genau, 12, 13, 14 ÄrztInnen gebraucht wurden und da war es nicht möglich, in vollem Ausmaß darauf Rücksicht zu nehmen.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Sie haben auch gesagt, dass das Image ein Problem darstellt. Gibt es im Krankenanstaltenverbund Verhandlungen, dass diese ÄrztInnen in Zukunft besser bezahlt werden?

Dr. **Grassl**: Dazu kann ich nichts sagen, das weiß ich nicht, mir ist nichts bekannt.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Okay! Es ist Ihnen nicht bekannt.

Ich möchte zu einer anderen Problematik kommen, nämlich zu PatientInnengewalt gegenüber TurnusärztInnen. Wir haben das heute einerseits schon ein bisschen gestreift. Wie sehen sie die Situation generell? Sie haben auch gesagt, wenn natürlich jemand ganz jung kommt, dann ist es wirklich ein großes Problem. Der wirklich traurige Fall war ja so eine Situation.

Aber generell, glauben Sie, dass die TurnusärztInnen mit der Ausbildung wirklich in der Lage sind, dieser Gewalt zu begegnen, so wie sich die heutige Ausbildung darstellt?

Dr. **Grassl**: Es ist sicher ein zentraler Punkt. Aber, mir ist es wichtig, dass ich die Ausbildung noch einmal kurz umschreibe. Was ist diese Ausbildung überhaupt?

Praktische Ausbildung an der Station ist eine Routinearbeit. Die ist im Otto-Wagner-Spital sicher sehr, sehr gut, weil sie einfach wahnsinnig viele PatientInnen sehen, sie einen hohen Durchlauf mit allen massiv akuten Zuständen haben. Sie lernen im Otto-Wagner-Spital sehr gut praktische Arbeit.

Dann gibt es die Theorieausbildung. Die besteht aus zwei Kernpunkten im Otto-Wagner-Spital. Das eine ist der Ausbildungsverbund – der wurde vom damaligen Direktor Dr. DAVID und letztlich von Prim. Dr. Friedl initiiert – und der ist sehr gut gelaufen. Das waren fünf bis sechs Vormittage pro Halbjahr. Das heißt, sie kamen insgesamt auf 50, 60 Stunden Theorieausbildung im Jahr. Das war strukturiert, wurde immer wiederholt, damit alle KollegInnen im Laufe ihrer Ausbildung alles hatten, wenn sie einmal nicht hin konnten. Weil wenn man ..., konnte man einfach nicht teilnehmen. Das ist gut gelaufen, war eine ...

Es gibt viele andere Länder, wo wesentlich mehr Theorie vermittelt wird, wie z.B. in der Schweiz, in den Niederlanden. In den Niederlanden sind die AssistentInnen jede Woche einen Tag weg. Es gibt ein breites Spektrum, aber das war eine Basis, auf der man wirklich aufbauen konnte. Das ist jetzt ein bisschen ins Trudeln geraten. Prim. Dr. Friedl ist in Pension gegangen, die Übergabe hat nicht so Recht geklappt. Faktum ist, dass in diesem Semester die AssistentInnen insgesamt 10 Stunden Theorieausbildung haben.

Auch da bin ich als AssistentInnenvertreter dahinter gewesen, dass das wieder besser wird. Ich hoffe, dass das bald wieder funktionieren wird. Es war im letzten Semester schon weniger. Ich glaube, da ist das Bewusstsein da, dass wieder gesteigert werden muss.

Dann gibt es den zweiten Punkt, der mir fast noch viel wichtiger ist, das ist die Supervision. Es gibt eine Ausbildung Supervision, die an sich verpflichtend ist. Wo die jungen KollegInnen genau lernen, mit schwierigen PatientInnen, schwierigen Situationen, schwer gestörten Menschen umzugehen. Sie richtig und gut zu behandeln und zwar dadurch, dass sie lernen, was löst diese PatientIn in mir aus? Warum ist das so? Was tut dieser PatientIn gut, wie ich mit ihre umgehe, damit sie nicht wieder in die gleiche Spirale, die sie von draußen kennt, hinein kommt

und immer wieder neu traumatisiert wird oder was auch immer? Das macht Supervision. Das ist ein Fall Supervision, sie sprechen mit PatientInnen, die AssistentInnen sitzen herum, Prim. Dr. Gross macht das im Moment bei uns und auch sehr gut.

Sie würden nie eine ChirurgIn mit unsterilisierten Messern auf ihre PatientInnen loslassen und die Ausbildung Supervision ist ungefähr ähnlich. Faktum ist, wir haben Primariate, wo 0 % anwesend waren. Ich kann nicht beurteilen, was die Gründe sind, aber Faktum ist, ich kann Ihnen die Statistik zeigen. Im letzten Semester gab es ein Primariat wo 0 % anwesend waren, drei Primariate waren unter 20 %. Es ist sehr schade. Es ist ein Problem, weil es ganz essentiell ist für die Ausbildung. Das sind die zwei Hauptpunkte.

Ich denke, wenn das wirklich besucht wird und möglich wird von den AssistentInnen zu besuchen, dann wäre das eine ausreichende Ausbildung. Die TurnusärztInnen könne dort prinzipiell überhaupt nicht mehr hingehen, weil wenn die Frage ist: "Wer kann weg von der Abteilung?", dann geht natürlich die Ärztin hin. Oder nicht natürlich, aber es ist so. Ich habe immer versucht TurnusärztInnen mit einzuladen, aber im Zweifelsfall ist es dann so, dass die ÄrztInnen in Fachausbildung gehen.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Müssen die das in der Freizeit machen?

Dr. **Grassl**: Nein, in der Arbeitszeit.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Was machen die? Sind die auf Grund der Struktur auf den Stationen? Was machen die während der Zeit? Sie sagen, während der Supervision war niemand da, auf gut deutsch.

Dr. **Grassl**: Das eine ist die Arbeitsbelastung, die hier schon reichlich diskutiert wurde. Das andere ist sicher auch ein fehlendes Verständnis. Ich denke, es muss natürlich vermittelt werden, dass das wichtig ist. Weil wenn man fragt: „Wofür brauche ich das eigentlich?“, abgesehen davon, dass es an sich verpflichtend ist. Ich halte jetzt nicht viel von verpflichtender Supervision. Wenn die dort hingehen und sagen: „Ich will eigentlich gar nicht.“, dann wird es nicht so viel bringen. De facto, denke ich, ist allen, gerade den ÄrztInnen in FachärztInnenausbildung klar, dass das gerade in der Psychiatrie eigentlich ein ganz essentielles Tool ist.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Offensichtlich gibt es hier Mängel. Sind diese von Ihrer Seite weiter berichtet worden? Werden die verfolgt? Gibt es irgendein System, wo man versucht, diesen Fehler oder diese Problematik darzustellen und zu verbessern?

Dr. **Grassl**: Es hat sich vor einigen Tagen endlich die Möglichkeit ergeben, das mit der

Frau Direktorin Dr. Kalousek ausführlich zu besprechen. Die Direktorin ist jetzt seit kurzem davon informiert. Aber, es gibt auch schon einen Abschlussbericht, von der Vorgängerin von Prim. Dr. Gross, der Frau Dr. Scheinost-Reimann, die supervidiert hat. Sie hat einen Abschlussbericht an Prim. Dr. Friedl geschrieben. Wir haben uns ausgemacht, weil sie die Supervision beendet hat, dass sie einen Abschlussbericht schreibt. Ich habe den erst im Rahmen der Untersuchungskommission noch einmal angefordert, weil ich ihn nie bekommen habe, denn er ging an Prim. Dr. Friedl.

Da steht z.B.: „In der über Jahre laufenden Gruppe widerspiegelten sich auch Entwicklungen, die die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus betreffen. Waren es in den ersten Jahren die PatientInnen, die im Zentrum unserer supervisorischen Arbeit standen, so verlagerte sich der Fokus im Laufe des letzten Jahres zunehmend zu den Belastungen der in Ausbildung stehenden, die sich in Burnout-Zuständen mit all den in der Literatur beschriebenen Bedingungen und Manifestationen äußern.“

Das war ein Problem, das sicher schon länger bekannt war. Auch die Teilnehmerzahl war natürlich bekannt. Wir haben, über den Daumen, 25 AssistentInnen, es gab Zeiten, wo sogar 10 AssistentInnen da waren. Das waren schon gute Zeiten. Leider sind es jetzt weniger.

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

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

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

Herr Dr. Grassl! Sie haben uns jetzt viele Situationen geschildert. Vor allem Situationen aus den anderen Bereichen. Ein Thema worüber Sie geredet haben, ist diese Personalsituation auf den Ambulanzen an den Abteilungen. Beziehen sich Ihrer Kenntnisse auf einen vergleichbaren Personalausstattungsschlüssel? Oder sind es ausschließlich Erlebnisberichte Ihrer KollegInnen, den TurnusärztInnen und den ÄrztInnen die in Ausbildung stehen?

Dr. **Grassl**: Das sind natürlich keine Erlebnisberichte. Wenn Sie neun FachärztInnenstellen an einer Abteilung haben und drei sind mit FachärztInnen besetzt, dann ist das so. Es ist heute ein bisschen schwieriger geworden, das nachzuvollziehen, weil für die AssistentInnenvertretung und die Mittelbauvertretung, die ÄrztInnenstandslisten nicht mehr zugänglich sind. Wir können Sie nur noch über die Personalvertretung der Gewerkschaft anfordern. Der Personalvertreter muss sie bei der Direktion anfordern und so können wir in die ÄrztInnenstandslisten Einsicht nehmen. Dadurch ist der Überblick ein bisschen schwieriger geworden. Früher war das

öffentlich zugänglich, was auch ganz praktisch war, weil man schauen konnte „aha, an welcher Abteilung ist die KollegIn jetzt?“. Das ist schwieriger geworden.

Insofern von der Arbeitsbelastung her, ist diese Personalliste ein standardisiertes Inventar und ist kein persönlicher Bericht von uns und ist ein validiertes Instrument. Da fährt sprichwörtlich die Eisenbahn drüber.

GRin **Matzka-Dojder**: Eine Verständnisfrage. Das heißt, Sie kennen diese Kennzahlen nicht, so wie das sein sollte?

Dr. **Grassl**: Ich denke, es ist als AssistentInnenvertreter auch nicht meine Aufgabe, dass ich mich mit Planungsdetails des Krankenanstaltenverbundes beschäftige.

GRin **Matzka-Dojder**: Sie haben hier gesagt, es sind zu wenige, deswegen frage ich Sie. Wenn Sie jetzt Vertreter sind, dann würde ich mich schon auch mit dem Bedarf und der Ausstattung befassen wollen.

Dr. **Grassl**: Ich denke, wie ich Ihnen gesagt habe, was die Ausstattung an ÄrztInnen betrifft, das hat auch der Mittelbau schon relativ klar gelegt, wie das ist.

Ich berichte Ihnen aus den verschiedensten Treffen mit den KollegInnen aus den Supervisionen, aus der Zeit, als wir in die ÄrztInnenstandslisten Einschau hatten, wo wir gesehen hatten, dass einfach viele Stellen nicht besetzt sind.

GRin **Matzka-Dojder**: Das halte ich auch für Erlebnisberichte, ich weiß nicht, wie ich sie anders benennen soll, was Ihre KollegInnen aus ihrem unmittelbaren Umfeld berichten.

Dann habe ich eine Frage betreffend Ihre eigene Abteilung. Sie sind auf welcher Abteilung?

Dr. **Grassl**: 5. Psychiatrische Abteilung Prim. Dr. Wrobel.

GRin **Matzka-Dojder**: Ah ja!

Meine Frage ist eine ganz konkrete. Sie sind ab jetzt ein Facharzt in der Ausbildung. Wie funktioniert auf dieser Abteilung die Kommunikation, die Kommunikation im fachlichen Bereich? Sie haben gesagt, auf Grund Ihrer Arbeit gehört eine Anamnese bei einer Neuaufnahme auch zu Ihren Aufgaben, die sie auch bewältigen können. Wenn Sie in der Zeit nicht an der Visite teilnehmen können, gibt es hier im ärztlichen Bereich Fallbesprechungen?

Dr. **Grassl**: Ganz prinzipiell: Die Ausbildungssituation an meiner Abteilung war sehr zufriedenstellend. Ich erkläre Ihnen auch warum. Erstens war es für mich sehr wichtig und sehr hilfreich, dass meine Primaria auch bei der Entscheidung, dass ich die AssistentInnenvertretung übernehme, hinter mir steht. Das heißt, es war ihr wirklich ein Anliegen, dass die MitarbeiterInnenzufriedenheit an ihrer Abteilung vorhanden ist. Das hat sich auch ganz klar in den Zahlen

gezeigt. Weil sowohl die Ausbildungsvormittage, als auch die Supervisionen waren mit Abstand an meisten von meinem Primariat besucht. Jetzt kann man natürlich sagen, das war, weil ich AssistentInnenvertreter war. Ich habe es aber nie so empfunden. Es war einfach ein Anliegen von Prim. Dr. Wrobel und sie hat das gefördert.

GRin **Matzka-Dojder**: Das heißt, neben dieser fachlichen Unterstützung, die Sie von Seite Ihrer ersten Vorgesetzten bekommen, bekommen Sie auch die Unterstützung innerhalb Ihrer gewählten Funktion als Vertreter in der Ausbildung und im Turnus?

Dr. **Grassl**: Nein, keine konkrete Unterstützung, sondern es geht darum, dass es um Halungen geht.

GRin **Matzka-Dojder**: Um Freiraum?

Dr. **Grassl**: Genau!

GRin **Matzka-Dojder**: Wie funktioniert die Kommunikation mit den anderen Berufsgruppen wie Pflegepersonen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, PhysiotherapeutInnen?

Dr. **Grassl**: Da kann ich jetzt ganz konkret wieder von meinem Primariat sprechen. Da war es ganz hervorragend. Es geht auch nicht anders. Im Dienst ist man so aufeinander angewiesen, dass es ganz klar ist, dass da ein großes Vertrauen da sein muss, damit die Arbeit funktioniert. Ich denke, dass es in großen Teilen des Otto-Wagner-Spitals gut gelaufen ist. So weit ich mich erinnern kann, ist mir nichts zu Ohren gekommen, was wirklich drastisch gewesen wäre und es in die Richtung Probleme gegeben hätte.

GRin **Matzka-Dojder**: Sie haben auf die letzte Frage auch gesagt, wie wichtig Supervision ist und dass es auch zu Ihrer Ausbildung gehört. Ich frage Sie: Gibt es auch supervisorische Unterstützung in Krisensituationen? Gibt es diese nicht nur für ÄrztInnen, die in Ausbildung stehen? Gibt es diese grundsätzlich, weil Psychiatrie eine Beziehungsarbeit ist? Weil man da auch sehr schnell an die Grenzen des Leistbaren kommt, auch wenn man eine gute FachärztIn oder PsychiaterIn ist. Wir kennen das aus der Literatur, aus den anderen Berichten. Gibt es so etwas auf Ihrer Abteilung?

Dr. **Grassl**: Das eine ist, dass die Leidensfähigkeit der MitarbeiterInnen in der Psychiatrie recht hoch ist. Das heißt, das was dort wirklich -

GRin **Matzka-Dojder**: Woraus schließen Sie das?

Dr. **Grassl**: Ich könnte es Ihnen an konkreten Beispielen sagen. Wenn sich Leute am Klo strangulieren, dann wäre das für Leute, die nicht in diesem Bereich tätig sind, ein absolutes Trauma. Ich sage nicht, dass es das für die psychiatrischen MitarbeiterInnen nicht ist, aber die Schwelle ist schon einmal höher.

Ich kann es Ihnen ganz konkret an einem

Beispiel sagen. Ich habe in meinem Dienst einen Suizid mit Reanimation gehabt, die Umstände waren recht dramatisch. Da gab es dann ganz klar das Angebot einer Supervision außerhalb.

GRin **Matzka-Dojder:** Haben Sie da genug Unterstützung bekommen?

Dr. **Grassl:** Ja. Es war auch ein Anlassfall für unsere Abteilung, leider nur für unsere Abteilung, ich glaube nicht, dass es in allen Abteilungen so ist, ich bin mir nicht sicher, ich glaube, dass es nicht in allen Abteilungen aufliegt. Der Oberpfleger STEFAN – der schon da war – hat das auch zum Anlass genommen, einen strukturierten Leitfaden für solche Situationen zu entwickeln, der natürlich sehr hilfreich ist.

GRin **Matzka-Dojder:** Das ist ein Standard, der auf Ihrer Abteilung existent ist?

Dr. **Grassl:** Ja.

GRin **Matzka-Dojder:** Wissen Sie, dass es auf den anderen Stationen so etwas nicht gibt oder glauben Sie das?

Dr. **Grassl:** Ich kann es nicht mit Sicherheit sagen.

GRin **Matzka-Dojder:** Dann habe ich noch eine Frage betreffend Fortbildungsangebote. Gibt es für Sie ausreichend Fortbildungsangebote? Eine noch konkretere Frage: Haben Sie an diesem Deeskalationsmanagement interdisziplinär schon teilgenommen?

Dr. **Grassl:** Ja, ich habe an dem Deeskalationsmanagement teilgenommen. Ich habe auch eingeführt, da die ärztlichen MitarbeiterInnen eigentlich sehr wenig daran teilgenommen haben, ist eigentlich ein Schwachpunkt -

GRin **Matzka-Dojder:** Ist das auf Grund des fehlenden Angebotes oder auf Grund des fehlenden Interesses?

Dr. **Grassl:** Das kann ich Ihnen nicht sagen. Ich möchte auch noch kurz aussprechen, wenn das möglich ist.

Ich habe das dementsprechend an die Ärztekammer gemeldet, dass eine Fortbildung für ÄrztInnen einmal stattfindet. Ich denke, es wird hoffentlich dann mehr angenommen werden. Ich glaube, es ist schon ein relativ hoher Prozentsatz des ärztlichen Personals durch diesen Kurs gegangen.

Das kann ich Ihnen sagen, es ist natürlich so, wenn eine Ärztin eine Woche lang von ihrer Station weg ist, dann ist das schon ein zeitliches Problem.

Was die Fortbildungen betrifft, da hat sich ein bisschen etwas geändert. Das war früher ganz klar, es war die eigene Angelegenheit der PrimärärztIn oder des Primariat. Es gab viele Fortbildungen in den Primariaten. Ich habe seit September versucht, eine wöchentliche Fortbildung für das ganze Otto-Wagner-Spital, so wie es in vielen anderen Spitälern üblich ist, einzuführen.

Die wird auch sehr gut angenommen. Das ist ein Deal: eine halbe Stunde Arbeitszeit, halbe Stunde Freizeit, ich denke, das kommt hin. Da muss ich mich recht herzlich bei der Frau Dr. Türk bedanken, die mich diesbezüglich sehr unterstützt hat und mir geholfen hat.

Es war im Haus wirklich sehr schwer. Ich habe ein halbes Jahr gebraucht, bis ich einen Saal bekommen habe, wo ich das machen kann. Das ist ein Saal, wo mir noch vor einem halben Jahr Primarii und Professoren unter der Hand gesagt haben: „Na ja, haben Sie keinen schöneren Raum im Otto-Wagner-Spital gefunden?“ Bei diesem riesigen Spital war das eine große Schwierigkeit. Dieser Saal ist als Galerie gewidmet, wo ein sehr kunstbegeisterter Pfleger ausstellt. Es geht schon, denke ich, auch um Prioritäten im Spital.

Jetzt gibt es diesen Raum. Es gibt noch keinen Beamer, es gibt keinen Laptop. Das muss man sich von irgendwo ausborgen, geht aber auch irgendwie. Wie gesagt, jetzt ist es wöchentlich so und das reicht wirklich über das gesamte Spektrum, dass das Otto-Wagner-Spital und nicht nur die Psychiatrie anbietet. Was ich so wichtig finde ist, eine PsychiaterIn muss auch wissen, wann sie Alarm schreien muss bei einer Niereninsuffizienz oder irgendetwas, das kann sie sich aussuchen. Der Sinn sollte sein, dass dort einfach die Möglichkeit zum Austausch besteht. Weil dieses Pavillonsystem zu Vereinzelung führt. Da ist ein bisschen die Tendenz gegeben, dass man ein bisschen spaltet. Die InternistInnen sind die Bösen und gut und so. Jetzt lernen sich die alle besser kennen und das ist natürlich organisationsökonomisch wunderbar. Weil dann z.B. auch klar wird, welche Zuweisungen sind überhaupt zu gebrauchen. Wie soll das ausschauen? Ich hoffe, dass solche Dinge durch diese wöchentlichen Fortbildungen möglich werden.

GRin **Matzka-Dojder:** War das eine Idee, die Sie eingebracht haben und man hat auf diese Idee reagiert?

Dr. **Grassl:** Diese Idee ist nicht von mir. In allen größeren KAV-Spitälern gibt es das schon länger.

GRin **Matzka-Dojder:** Eine allerletzte Frage betreffend die PatientInnenanwältInnen, die im Otto-Wagner-Spital tätig sind. Wie funktionieren Zusammenarbeit und Kommunikation aus Ihrer Sicht?

Dr. **Grassl:** Ich kann nur sagen, dass ich immer im besten Einvernehmen mit den PatientInnenanwältInnen war und auch von den KollegInnen gehört habe, dass das so ist. Da gibt es eine sehr, sehr gute Zusammenarbeit.

GRin **Matzka-Dojder:** Vielen Dank, Herr Dr. Grassl.

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

GRin Dr. **Pilz:** Sie haben eine Reihe Belastungssituationen dargestellt. Überforderungsreaktionen hinsichtlich Burnouts oder auch das Angebot „Nein“ sagen zu können, wenn es zu viel wird. Haben Sie von diesen Dingen, die Sie offensichtlich aus eigener Erfahrung oder aus Berichten von KollegInnen wissen, Ihren Vorgesetzten weiter geleitet? Haben Sie der Frau Direktorin oder sonst jemand in der Hierarchie des Krankenanstaltenverbundes von diesen Dingen z.B. vom wochenlang allein sein in der Ambulanz und und und berichtet? Haben Sie Reaktionen bekommen?

Dr. **Grassl:** Mein Anliegen war der Abschlussbericht von der Supervision. Ich kann Ihnen genau das Datum sagen: Im Februar 2008 wurde der Bericht verfasst und Prim. Dr. Friedl abgeschickt. In dem das, was ich Ihnen vorgelesen habe, auch ganz klar drinnen steht. Z.B. was die Arbeitssituation dieser Kollegin, die in der Ambulanz alleine tätig war, betroffen hat. Das war unmittelbar nach Einstellung der neuen KollegInnen, so dass ich für mich persönlich ihr angeboten habe, wenn sie sich an ihren Primar wenden will, dann bin ich jederzeit bei einem Gespräch dabei. Ich wollte das natürlich nicht über ihren Kopf hinweg machen. Die Möglichkeit hat es immer gegeben.

Mein ein Standpunkt war, dass ich schauen wollte, wie es aussieht, wenn jetzt 14 neue KollegInnen kommen. Wie gesagt, ich kann es nur von meiner Abteilung sagen. Es hat die Arbeitsbelastung doch deutlich verbessert und reduziert, aber auch die Arbeitsqualität verbessert. Das ist sicher an den meisten Abteilungen so gewesen.

GRin Dr. **Pilz:** Den Schlussbericht zur Supervision haben Sie nicht bekommen. Hat man Ihnen gesagt warum nicht?

Dr. **Grassl:** Ich denke, offensichtlich war es so, dass sich die Frau Dr. Scheinost-Reimann entschieden hat, das an Prim. Dr. Friedl zu schreiben. Ob sie damit gerechnet hat, dass das eh publik wird, da Prim. Dr. Friedl mit der Ausbildung beauftragt war. Auch da muss man sagen, dass ist eine schwierige Situation. weil Prim. Dr. Friedl beim in-Pension-gehen war. Vielleicht ist es dabei auch dazu gekommen, dass das Schreiben unterging. Keine Ahnung! An mich wurde es dezidiert nicht geschickt. Aber, Frau Dr. Scheinost-Reimann hat sich bereit erklärt, mir sofort ein E-Mail zu schicken, wie ich sie darum gebeten habe.

GRin Dr. **Pilz:** Sie kriegen mittlerweile die ÄrztInnenstandslisten nicht mehr? Hat man begründet warum nicht?

Dr. **Grassl:** Wie gesagt, wir kriegen sie. Aber

uns wurde gesagt, dass das eine Serviceleistung ist und die Liste müssen wir über die PersonalvertreterInnen anfordern.

GRin Dr. **Pilz:** Wie lange dauert das?

Dr. **Grassl:** Keine Ahnung! Wahrscheinlich ein, zwei Tage oder so.

GRin Dr. **Pilz:** Das heißt, früher ist diese Liste ausgegangen oder wie war das? Oder war sie im Internet?

Dr. **Grassl:** Genau! Im Internet zugänglich.

GRin Dr. **Pilz:** Das hat für Sie die Sache leichter gemacht, weil Sie wussten, wer wann wo ist?

Dr. **Grassl:** Ja.

GRin Dr. **Pilz:** Wissen Sie, warum man das jetzt so nicht mehr macht?

Dr. **Grassl:** Wie gesagt, ich kann Ihnen die Begründung sagen. Die Begründung war, dass der Arbeitsaufwand ein vermehrter ist und dass diese Liste nur mehr gezielt auf Anfragen erbracht wird.

GRin Dr. **Pilz:** Sie haben gesagt, dass es in den Primariaten Wartezeiten gibt, wenn ärztliche MitarbeiterInnen ins Team aufgenommen werden wollen. Es gibt andere Primariate, da will offensichtlich niemand hin. Hat man sich das hausintern angeschaut? Wird das auf Ihrer Ebene besprochen? Oder wird das auf einer anderen Ebene, die Ihnen zugänglich ist, besprochen? Gibt es darüber Diskussionen?

Dr. **Grassl:** Auf unserer Ebene gibt es darüber ganz sicher Diskussionen.

GRin Dr. **Pilz:** Und?

Dr. **Grassl:** Ob auf höherer Ebene, weiß ich nicht.

GRin Dr. **Pilz:** Dann bleiben wir auf Ihrer Ebene. Was wird da diskutiert?

Dr. **Grassl:** Wie überall! Es geht erstens einmal um Arbeitsbelastung und qualitative Ausbildung. Man wird sich natürlich ein Primariat aussuchen, wo möglichst beide Bereiche halbwegs erfüllt sind.

GRin Dr. **Pilz:** Da geht es offensichtlich auch um Qualität und vielleicht auch um Rückmeldung an Vorgesetzte? Oder ums Arbeitsklima in Abteilungen? Oder um Strukturen in Abteilungen? Wenn das so ist, dass es Abteilungen gibt, wo keiner hin will, da müssten ja die Alarmglocken in der Ärztlichen Direktion schrillen. Vielleicht müsste sich jemand bei Ihnen interessieren, warum dort niemand hin will. Passiert so etwas?

Dr. **Grassl:** Weiß ich nicht.

GRin Dr. **Pilz:** Sie sind nie gefragt worden, warum sich KollegInnen für manche Abteilungen nicht melden?

Dr. **Grassl:** Nein, ich kann mich nicht erinnern.

GRin Dr. **Pilz:** Sie haben auch gesagt, dass KollegInnen um 9 Uhr in der Früh nicht aus dem

Nachtdienst gehen können, obwohl sie jetzt nach den neuen Arbeitszeitregelungen nach dem Nachtdienst heimgehen können oder sollten.

Uns wurde immer von allen Führungskräften, die hier schon ausgesagt haben, mitgeteilt, dass die Arbeitszeiten eingehalten werden. Wenn jemand um 9 Uhr nicht heimgehen kann, warum kann er das nicht? Kommt das systematisch vor und welche Konsequenzen hat das?

Dr. **Grassl**: Ich denke, dass ein Spitalsbetrieb immer für Notsituationen gerüstet sein muss. Es gibt einfach immer Fälle, wo es eine Dienstzeit-überschreitung geben muss, weil sonst der Betrieb zusammenbrechen würde. Z.B. bei Erkrankungen von KollegInnen, das ist vollkommen klar. Es kann auch vorkommen, dass eine Tag-präsenz so eng ist, dass eben eine KollegIn bleiben muss. Das sollte aber nicht die Regel sein.

GRin Dr. **Pilz**: Wie viel solche Überstunden kommen denn da so üblicherweise zusammen?

Dr. **Grassl**: Das kann ich Ihnen nicht sagen.

GRin Dr. **Pilz**: Kommt das selten oder häufig vor, fragen wir einmal so.

Dr. **Grassl**: Kann ich Ihnen wieder nur genauer aussagen, in meinem Primariat hat es das sehr sehr selten gegeben.

GRin Dr. **Pilz**: Sagen Sie, die TurnusärztInnen, die kommen und eigentlich gar nicht vorhaben, FachärztInnen für Psychiatrie zu werden und dann nach zwei Monaten geschockt wieder weggehen, so haben Sie es gesagt.

Dr. **Grassl**: Das wäre so. Es gab eben nur ausnahmsweise solche KollegInnen, aber das war nicht üblich im Haus und das war auch gut so.

GRin Dr. **Pilz**: Meine Frage zielt darauf hin, es hat, nicht bezogen auf die Psychiatrie, sondern auf die allgemeine Situation im Krankenanstaltenverbund, im Jahr 2005 einige Aufregung gegeben, an der wir nicht ganz unschuldig waren, weil die Ausbildungsqualität so schlecht war, dass die TurnusärztInnen sagen, wir sind hier eigentlich mehr oder minder die Arbeitssklaven. Ich zitiere aus Presseunterlagen der Österreichischen Ärztekammer. Man hat dann ein Projekt begonnen zur Verbesserung der Ausbildungssituation. Hat sich im Otto-Wagner-Spital davon irgendetwas niedergeschlagen?

Dr. **Grassl**: Das ist eben das Problem. Wir hatten bis 2008 nahezu keine TurnusärztInnen im Otto-Wagner-Spital, damit hat das auch nicht gegriffen. Es gab auch ganz klar die Inhalte, dass das Otto-Wagner-Spital eine Sonderanstalt ist und damit auch quasi diese Regelungen für die allgemeinen Spitäler, wo es sehr viele TurnusärztInnen gibt, eben nicht greift.

GRin Dr. **Pilz**: Das hat durchaus was mit dieser Untersuchungskommission zu tun, dass es jetzt TurnusärztInnen gibt im Otto-Wagner-Spital.

Mein letzte Frage für diese Runde bezieht sich auf Ihre Kompetenz als Kinder- und Jugendpsychiater. Wir haben hier schon des Öfteren besprochen, dass es nach wie vor und auch in der Vergangenheit regelmäßig Kinder und Jugendliche im Otto-Wagner-Spital gibt, die nach Vorstellung bei Kinder- und Jugendpsychiatern aber dann untergebracht im Otto-Wagner-Spital sind. Wie beurteilen Sie denn das fachlich diese Unterbringung von Minderjährigen in der Erwachsenenpsychiatrie?

Dr. **Grassl**: Das eine ist, dass ich quasi ein Monat in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater bin, d.h. das ist eine sachliche Kompetenz enden wollend, aber ich denke, das ist eine ganz grundsätzliche Frage, ob man Kinder und Jugendliche auf einer Erwachsenenpsychiatrie haben will. Ich kann Ihnen nur sagen, was mir dazu einfällt, ist, dass ich, ich kann mich erinnern, der Prim. David für sich auch immer darauf bestanden hat, dass keine Jugendlichen an der Forensik aufgenommen werden.

Im Moment habe ich auch das Gefühl, was wäre denn eine andere mögliche Lösung im Moment – ich sehe keine. Das wird sich jetzt bessern, denke ich, mit mehr Betten. Es sind mehr Betten geplant, es gibt auch mehr Betten de facto, und da hoffen wir eben, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrien einfach in der Lage sind, ihre akut kranken PatientInnen auch in vollem Umfang, denn sie haben sie ja ohnedies schon betreut, aber halt in vollem Umfang betreuen zu können.

GRin Dr. **Pilz**: Wenn Sie sagen, TurnusärztInnen frisch von der Uni sind schockiert, wenn sie erleben, wie schwer krank Menschen in der Psychiatrie sind. Was heißt denn das dann vielleicht für einen 14-, 15-jährigen?

Dr. **Grassl**: Also ich denke, über die interpsychischen Vorgänge von Personen, die ich nicht kenne, auszusagen, ist schwierig.

GRin Dr. **Pilz**: Nun ich stelle mir jetzt vor, ein junges Mädchen, ich stelle mir Kinder vor, Jugendliche, die ich gut kenne, von mir aus meine eigenen Kinder, und die werden in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht. Das ist ja wohl keine Erfahrung, die jemanden, der vielleicht wegen Depressionen oder Suizidalität auf einer Langzeitstation untergebracht ist, mit Netzbetten und fixierten PatientInnen - ist das was, was man Minderjährigen so ohne weiteres zumuten kann?

Dr. **Grassl**: Also ich denke, dass das kein idealer Zustand ist, ist unbestritten. Und ich glaube, niemand wünscht sich, dass Jugendliche auf einer Erwachsenenpsychiatrie aufgenommen sind, einfach eben wegen dem - es gibt ein eigenes Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und das hat ja einen Grund. Es gibt einfach ganz unterschiedliche Bedürfnisse der PatientInnen.

Ich denke aber, so wie ich es erlebt habe, ich habe es nur wenige Male erlebt, das Personal geht natürlich mit der entsprechenden Sensibilität an diese Jugendlichen heran. Das ist allen klar, dass das eine Ausnahmesituation ist und dass einfach möglichst geschaut wird, also nur als Beispiel, ich meine, jemand, der untergebracht ist, ein untergebrachter Jugendlicher, der ins Otto-Wagner-Spital kommt, der ist so massiv eingeschränkt, dass er meist in einem Überwachungszimmer sein muss und dort eine sehr intensive Betreuung erhält und da kann man sich natürlich dann in der Not aber trotzdem noch besser um diese PatientInnen kümmern.

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

GRin **Korosec**: Herr Dr. Grassl, Sie haben vorhin gesagt, es sind ja 19 ÄrztInnen von 43 ÄrztInnen in der Zeit von 2006 bis 2008 aus dem Otto-Wagner-Spital ausgeschieden und Sie haben erwähnt und haben gesagt, die nehmen sogar die Fahrt nach Niederösterreich in Kauf, obwohl sie dort weniger verdienen. Können Sie uns die Gründe anführen, die Sie annehmen, warum diese ÄrztInnen das Haus verlassen haben.

Dr. **Grassl**: Ich möchte die Interpretation, warum diese KollegInnen sehr lange Wegstrecken und niedrigere Bezahlung zum Teil in Kauf nehmen, möchte ich Ihnen überlassen. Also ich denke, es gibt nicht so viele Gründe.

GRin **Korosec**: Aber finden Sie das doch etwas außergewöhnlich, dass 19 ÄrztInnen –

Dr. **Grassl**: Ich finde es sehr schade für den Krankenanstaltenverbund, weil natürlich das Otto-Wagner-Spital ja ein Kompetenzzentrum ist. Das heißt, eigentlich sollten sich hier die besten aus Wien bündeln und das ist natürlich ein Verlust für die Wiener Psychiatrie, wenn dann sehr gute KollegInnen wo anders arbeiten. Ganz klar.

GRin **Korosec**: Die Frau Dr. Leth, die Mittelbauvertreterin, hat hier in der Untersuchungskommission gemeint, nachdem es jetzt, ich glaube, 14 TurnusärztInnen gibt, dass die PatientInnenversorgung dadurch eigentlich leidet, und zwar deshalb, weil natürlich die FachärztInnen und OberärztInnen sich mit den TurnusärztInnen beschäftigen müssen, weil das ist ja Sinn des TurnusärztIn, dass er betreut wird von den FachärztInnen und wenn sie das tun, dann bleiben die PatientInnen auf der Strecke. Das war ihre Aussagen.

Sehen Sie das auch so?

Dr. **Grassl**: Also ich denke, wenn man seinen Job als FachärztIn und Ausbilder ernst nimmt, dann ist das einfach natürlich zeitintensiv, gar keine Frage, dann geht da Zeit drauf, wo man einfach – Sie müssen sich denken, das sind ja KollegInnen, denen muss man einfach einmal

auch jedes Medikament und die Wirkungsweise einmal näherbringen, wie, wo, was, wann – also da fangt es bei ganz banalen Dingen an.

Aber welche rechtlichen Rahmenbedingungen sind ganz ganz wichtig, also in der Psychiatrie geht es sehr viel um rechtliche Rahmenbedingungen, die man einfach im Studium marginal nur vermittelt kriegt, weil es eben doch trotzdem ein Randgebiet ist, und das ist sicher Zeit konsumierend. Gar keine Frage.

Ich hoffe nicht, dass die PatientInnenbetreuung darunter gelitten hat. Das hoffe ich schon.

GRin **Korosec**: Na gut, aber was bedeutet das. Das heißt, dass diese ÄrztInnen jetzt viel mehr Überstunden machen müssen, weil an sich sind es weniger ÄrztInnen, es sind ja noch nicht 43 ÄrztInnen, es sind weniger ÄrztInnen. Ein Teil, 14 davon sind TurnusärztInnen, die, nachdem vorher im Otto-Wagner-Spital keine TurnusärztInnen waren, ist diese Arbeit weggefallen. Jetzt ist diese Arbeit für die ÄrztInnen da und die PatientInnen müssen betreut werden. Das heißt, die Konsequenz kann ja dann nur sein, wenn sowohl die TurnusärztInnen gut ausgebildet werden und die PatientInnen gut betreut werden, kann das ja nur zur Folge haben, dass dann die FachärztInnen enorme Überstunden leisten müssen.

Dr. **Grassl**: Also das ist das, was ich auch persönlich, auch im Gespräch mit der Dr. Leth auch ausführlich versichere, dass sich die Belastung ein bisschen verschoben hat. Zuerst waren es die AssistentInnen, jetzt sind durchaus die FachärztInnen sehr gefordert, Lösungen zu finden für Personalsituation usw. Also ich würde sagen, aus AssistentInnensicht ist es jetzt eben so, dass, wenn, also es ist ja geplant, dass FachärztInnenstellen oder AssistentInnenstellen eben werden, diese TurnusärztInnenstellen nur vorübergehend im Haus sind, dann würde ich sagen, dass die Personalsituation auf Ausbildungsseite einmal sicher gebessert ist. Aber, wie gesagt, es gibt eben noch diese große spürbare Lücke im FachärztInnenbereich.

GRin **Korosec**: Und sind Sie der Meinung, dass die TurnusärztInnen fachlich gut betreut werden, ausreichend?

Dr. **Grassl**: Ich habe Ihnen schon vorher gesagt, dass im Zweifelsfall die AssistentInnen zu den Ausbildungen gehen.

GRin **Korosec**: Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau Dr. Pilz hat noch eine Frage.

GRin Dr. **Pilz**: Ich schließe auch da an. Sie haben gesagt, die Supervision zu beanspruchen, ist ungefähr so, für einen Psychiater ungefähr so, wie für einen Chirurgen ein steriles Messer zu benutzen, nämlich unverzichtbar. Gleichzeitig

haben Sie gesagt, dass von manchen Abteilungen 0 % in der Ausbildung Supervision -

Dr. **Grassl**: Eine Abteilung.

GRin Dr. **Pilz**: - in einer Abteilung 0 % und in anderen also unter 20 %. Das heißt, diese dem sterilchirurgischen Besteck vergleichbare Kompetenz oder Handlungsfähigkeit wird im Otto-Wagner-Spital auf der Psychiatrie weder beansprucht noch vom Krankenanstaltenträger gefordert.

Dr. **Grassl**: Offensichtlich habe ich Ihnen da ein sehr verlockendes Bild geliefert mit den Chirurgen.

GRin Dr. **Pilz**: Ja, das beeindruckt mich.

Dr. **Grassl**: Ich denke mir - ich wollte damit die Wichtigkeit der Supervision herausstreichen, denn Konsequenzen sind andere. Also ich denke, sagen wir so, sowohl für die PatientIn als auch die TherapeutIn, PsychiaterIn ein wichtiges Werkzeug ist, um für den PatientIn was zu tun und um den TherapeutIn zu schützen.

GRin Dr. **Pilz**: Ich kann dem total folgen. Was mich in dem Zusammenhang interessiert, ist, dass es offensichtlich den vorgesetzten Ebenen keinerlei Handlungsnotwendigkeit aufgedrängt hat, dass da offensichtlich man zwar zur Supervision gehen sollte, aber dass es fast niemand macht. Da wurde nichts veranlasst.

Dr. **Grassl**: Ich denke, dass es eben schwierig ist, wenn man eine AssistenzärztIn hat, die die Station leiten soll oder führen soll an diesem Tag, dass die dann noch in die Supervision geht in der Arbeitszeit, das stelle ich mir durchaus schwierig vor. Ich muss aber dazu sagen, dass wir eben darauf geachtet haben, dass die Termine dieser Ausbildung, nicht Fortbildung, Ausbildungen großräumig vorher bekannt waren, es war möglich zu planen. Ich denke schon, dass es natürlich auch die Einstellung von Führungskräften zu Ausbildung und zur Supervision widerspiegelt.

GRin Dr. **Pilz**: Also das ist eine Mischung aus mangelnder Problembewusstheit der Führungspersonen und den schieren Arbeitsdruck, der halt das dringendste vorangereiht hat, dass man halt das macht, bevor niemand da ist auf der Station, geht man nicht in die Supervision und dadurch kommen solche Zahlen zustande.

Dr. **Grassl**: Ich denke, es gibt noch andere Gründe. Es gibt sicher auch den Grund, dass eine AssistenzärztIn das nicht machen will. Das ist kein Grundprinzip, aber wie gesagt, es ist halt der Punkt. Sie sind am Anfang der Ausbildung, da geht es auch schon um role models, glaube ich.

GRin Dr. **Pilz**: Sie haben gesagt, dass unter anderem deshalb wenige ÄrztInnen sich für eine Facharztausbildung Psychiatrie entscheiden, weil das Fach im Vergleich zu anderen Diszipli-

nen in der Wertigkeit an der Skala weiter unten ist. Man kann keine Klassegelder lukrieren. Wir haben seitens der Grünen immer wieder auch genau auf diesen Zusammenhang hingewiesen rund um die Debatte, um die Sondergebühren und dass die Bezahlung auch nicht berühmt ist.

Was müsste sich denn Ihrer Einschätzung nach verändern, damit es mehr ambitionierte ÄrztInnen gibt, die da sich bewerben.

Dr. **Grassl**: Also ich denke, es kann kein Grund sein in die Psychiatrie zu gehen, dass es dann besser bezahlt wird. Also das ist mir schon klar. Ich denke mir, gerade auch, das muss man schon auch klar sagen, der Wiener Krankenanstaltenverbund ist diesbezüglich ein sehr guter Arbeitgeber und da gibt es einfach sehr gute Sozialleistungen und das ist einfach alles okay.

Ich glaube auch nicht, dass das wahrscheinlich das Problem lösen würde prinzipiell wenn man einfach mehr bezahlen muss. Ich denke, wenn man ein Fach beginnt und man das Gefühl hat, dass man eine fundierte Ausbildung kriegt, wo die Arbeitsbelastung in einem Rahmen ist, der eben gut tolerierbar ist jetzt über die Ausbildungszeit und wo man das Gefühl hat, im unmittelbaren Umfeld geschätzt zu werden als MitarbeiterIn, dann denke ich, ist das ein zentraler Punkt. Ich kann Ihnen dazu sagen, dass viele AssistentInnen die ärztliche Direktorin im Haus nach drei Jahren kennengelernt haben, wenn überhaupt. Ich kenne KollegInnen, die haben nach drei Jahren nicht gewusst, wer die Direktorin Kalousek ist, das ist die Schuld von der AssistentIn sicher auch, aber nicht nur, denke ich.

Es gab kein strukturiertes Kennenlernen, keine Meetings zwischen AssistentInnen und Direktion. Die haben wir eben jetzt eingeführt und ist eben auch auf sehr positives Echo gestoßen, weil die AssistentInnen das Gefühl haben, da gibt es trotzdem noch einen Ansprechpartner. Natürlich der Dienstweg ist ganz klar, die alltäglichen Dinge laufen auch über den Dienstweg logischerweise. Aber ich denke, dass so was auch halt ganz wichtig ist, um sich in einem Haus in der Ausbildung angenommen zu fühlen.

GRin Dr. **Pilz**: Man kommt grußlos und geht unbedankt.

Dr. **Grassl**: Das ist ein bisschen ein polemischer Ausdruck.

GRin Dr. **Pilz**: Sagen Sie, Sie haben gesagt, dass es hinsichtlich der Supervision wenig Inanspruchnahme gibt. Wie schaut es denn mit der anderen Fehlerkultur aus, wenn Sie sagen, jemand ist wochen- oder monatelang allein in der Ambulanz. Gibt es irgendeine strukturierte Form mit Fehlern umzugehen, gibt es da Hilfe, gibt es da Standards.

Dr. **Grassl**: Also soweit ich - ich kann wieder nur von meiner Abteilung berichten, es ist so,

dass ganz klar, wenn Fehler passieren, dann ist einfach die nächste die OberärztIn die Ansprechperson, mit dem wird gesprochen, dann wird es mit der AbteilungsleiterIn, mit der Abteilungsleitung gesprochen, also ich denke, da gibt es ganz klare Strukturen, wie das zu passieren hat.

GRin Dr. **Pilz**: Gibt es systematische Fehleraufarbeitung, weil, dass man sozusagen persönlich mit dem Vorgesetzten besprechen kann, ist gut, aber manche Fehler sind möglicherweise systemisch oder das Wissen darüber wäre für andere auch hilfreich. Gibt es da irgendeine Art von Metareflexion.

Dr. **Grassl**: Ich denke, dass es, was jetzt die AusbildungsassistentInnen betrifft, diese Struktur ganz klar gibt, dass man mit den Vorgesetzten das bespricht und quasi daraus die Lehren zieht. Es gibt dann noch besondere Vorkommnisse, die werden direkt gemeldet an die Direktion. Ich glaube, auch an die Generaldirektion, und da wird dann abteilungsübergreifend vorgegangen. Das ist ganz klar geregelt, was auch besondere Vorfälle sind, die werden dann auch dementsprechend behandelt.

GRin Dr. **Pilz**: Der Herr Dr. Zeyringer hat hier zu Beginn seiner Aussage gesagt, er hat Sorge, dass seine Ladung vor die Untersuchungskommission möglicherweise zu beruflichen Nachteilen führen könnte. Haben Sie diese Sorge auch und wurden Sie im Vorfeld dieser Befragung unter Druck gesetzt?

Dr. **Grassl**: Also zum letzteren Nein, in keiner Art und Weise wurde ich unter Druck gesetzt, und ich denke auch, ich sehe meine Aussage hier nicht als etwas, was irgendjemanden gefährdet, sondern mein Anliegen ist eben, ich habe Ihnen gesagt, ich bin mit Herz und Leidenschaft Gemeindevorstand und dementsprechend werde ich einfach auch hoffentlich immer gute Arbeit leisten. Ich denke, das ist hoffentlich Qualifikation genug, um keine irgendwie gearteten Probleme zu kriegen. Also ich bin überzeugt davon.

GRin Dr. **Pilz**: Danke schön.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut, dann danke ich Ihnen vielmals, Herr Doktor, für Ihre Aussage.

Und ich darf jetzt vorschlagen, dass wir 15 Minuten Pause machen und dann zum nächsten Tagesordnungspunkt übergehen.

(Sitzungspause: 10.59 Uhr bis 11.17 Uhr)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Wir dürfen jetzt fortsetzen und ich darf sehr herzlich Frau Direktorin Dr. Susanne Herbek begrüßen, die Leiterin der Teilunternehmung 1. Und Sie, Frau Doktor, werden als Zeugin vernommen, und

zwar über den Gegenstand, "wie wurde von Seiten der TU 1 im Krankenanstaltenverbund auf die Missstände und bekannt gewordenen Vorwürfe im Otto-Wagner-Spital reagiert und welche Maßnahmen wurden bisher zur Behebung dieser Zustände getroffen" vernommen.

Ich darf Sie auch hier als Zeugin darauf hinweisen, dass Sie unter Wahrheitspflicht stehen, jedoch Fragen nicht beantworten müssen, die für Sie mit persönlichen Nachteilen verbunden wären, wenn Sie sie wahrheitsgemäß beantworten sollten.

Ich darf auch Sie bitten, dass Sie sich kurz vorstellen, und zwar hinsichtlich Ihres beruflichen Werdeganges und dann für die Anfragen der Kommissionsmitglieder zur Verfügung stehen.

Frau Direktor bitte sehr.

Dir. Dr. **Herkbek**: Vielen herzlichen Dank.

Ich stelle mich gerne kurz vor mit meinem beruflichen Werdegang, der nach dem Medizinstudium hier in Wien sich im Rahmen des Turnus zur Allgemeinmedizin im Krankenhaus Hietzing fortgesetzt hat. Ich habe während meines Studiums und auch vor dem Turnus ein halbes Jahr als Ärztin im Pflegedienst gearbeitet, was mir sehr geholfen hat während meiner Zeit als Turnusärztin, einfach um mehr Verständnis zu haben für Abläufe, die nicht in der eigenen Berufsgruppe ausschließlich stattfinden.

Ich habe meinen Turnus zum Arzt für Allgemeinmedizin im Krankenhaus Hietzing absolviert und noch während meines Turnus den heute durchaus schon sehr verbreiteten Lehrgang, Universitätslehrgang für Krankenhausmanagement auf der Wirtschaftsuniversität Wien begonnen und absolviert. Habe im Zusammenhang mit der Absolvierung dieses Lehrganges Ende der achtziger, Anfang der neunziger Jahre, das war sehr früh für einen ÄrztIn sich diesem Thema zuzuwenden, in der Entwicklung des Krankenhausmanagements in Wien und in Österreich damals den damaligen Chefarzt Dr. Ludwig Kaspar kennengelernt, der mir in seinem damaligen chefärztlichen Dezernat des sogenannten Anstaltenamtes, MA 17, eine Tätigkeit angeboten hat. Ich habe diese dann etwa ein halbes Jahr später nach Absolvierung meines Turnus auch angenommen und bin daher seit dem August 1990 im Managementbereich in der Stadt Wien tätig, im Krankenanstaltenwesen. Habe bis zum Jahr 1998 im zunächst chefärztlichen Dezernat und dann in der Abteilung "Medizin" des Wiener Krankenanstaltenverbundes, wie es seit 1993 hieß, gearbeitet.

In dieser Zeit hatte ich bei zwei Problemstellungen Gelegenheit Führungserfahrung zu sammeln in größerem Maßstab, und zwar in der ärztlichen Leitung im Orthopädischen Krankenhaus Gersthof und in der Folge in einem Pflege-

heim der Stadt Wien in Klosterneuburg, wo ich fast zwei Jahre lang die interimistische ärztliche Leitung inne hatte.

Ich habe im Jahr 1998 die Stadt Wien kurzfristig verlassen, habe bei einer Unternehmensberatung für Gesundheitsprojekte gearbeitet und habe im Jahr 1999 im Rahmen der Gesundheitsplanung der Stadt Wien, also nicht im Krankenanstaltenverbund, aber bei der Stadt Wien eine erneute Tätigkeit bei der Stadt aufgenommen und war dort sechs Jahre lang im Bereich der Gesundheits- und Krankenanstaltenplanung, zum Teil auch Sozialplanung und Gesundheitsförderung tätig.

Im Jahr 2004 sind die Positionen für die Führungspositionen im Krankenanstaltenverbund neu ausgeschrieben worden. Ich habe mich damals für die Direktion der Teilunternehmung 1, Krankenanstalten der Stadt Wien, beworben, wurde im Rahmen von Hearings für diese Position auch letztlich angenommen und übe diese Funktion seit dem 1. März 2005 bis heute aus.

Das wäre soweit mein beruflicher Werdegang.

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

Frau GRin Korosec, bitte.

GRin **Korosec**: Danke, Herr Vorsitzender.

Frau Dr. Herbek, Sie haben ja Vormittag mitverfolgt die Aussage vom Dr. Grassl, der ja doch sehr kritische Anmerkungen gemacht hat und ich würde Sie bitten, das jetzt aus Ihrer Sicht zu kommentieren.

Dir. Dr. **Herbek**: Herzlichen Dank für die Gelegenheit.

Ich habe heute den Herrn Dr. Grassl kennengelernt. Wir haben vor dieser Sitzung einige Worte gewechselt und er hat mir auch nach der Besprechung versichert, dass er – wie er es auch Ihnen gesagt hat – sehr gerne bei der Stadt Wien arbeitet und es ihm sicher nicht darum geht, Missstände, die keine sind, aufzuzeigen.

Da ich bislang nicht die Gelegenheit hatte, seine Gedanken kennenzulernen, habe ich natürlich hier sehr aufmerksam zugehört und möchte durchaus das eine oder andere kommentieren.

Die Fragestellungen, die er gebracht hat in Bezug auf die Ausbildungsmöglichkeiten, möchte ich insofern erläutern, als dass wir im Rahmen unserer Reorganisation des ärztlichen Dienstes sechs zusätzliche Ausbildungsstellen bei der Ärztekammer beantragt haben. Wir haben gerade kürzlich das Aviso der Wiener Ärztekammer bekommen, dass diese demnächst anerkannt werden und wir schon uns auch dann anschauen können, KollegInnen für diese Ausbildungen zu gewinnen.

Das sage ich deswegen hier, weil es sonst nicht, weil wenn die Ärztekammer nicht der Meinung wäre, wir könnten Qualität und Quantität der Ausbildung ausreichend gewährleisten, wir diese aus Anerkennungsaussicht gar nicht bekommen würden. Es gibt durchaus strenge Richtlinien der Ärztekammer, die darauf achten, dass in ausreichendem Maße FachärztInnen zur Ausbildung von jungen KollegInnen zur Verfügung stehen. Wenn diese nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind, dann wird eine Ausbildungsstelle nicht als solche anerkannt.

Ich bitte auch zu verstehen, dass es nicht immer leicht ist, das Thema "Dienstposten und beschäftigte Personen auf diesen Dienstposten" ganz klar zu trennen in den Wahrnehmungen, denn es ist das ein Punkt, wenn es Dienstposten für ÄrztInnen gibt, und ob sie mit welcher Hierarchie der ÄrztInnen diese Dienstposten letztlich besetzt sind. Das muss man auch hier fein differenzieren.

Die Psychotherapie, das war auch ein Punkt, die der Kollege angesprochen hat, ist im Rahmen der neuen Ausbildungsordnung ein Bestandteil der psychiatrischen Ausbildung und wird von den Trägern und auch vom Wiener Krankenanstaltenverbund, und auch da sind wir ganz vorne mit dabei, das zu gewährleisten, in einer nunmehr fünfjährigen, statt vierjährigen Ausbildung mitgeleistet. Das heißt, es wurde kürzlich eine Novelle der Ärzteausbildungsordnung verbessert, wo eben ein 5. Ausbildungsjahr im Hauptfach "Psychiatrie" sicherstellen soll, dass auch im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses Psychotherapie gelehrt und gelernt werden kann.

Der Kollege hat zum Thema Gehalt einige Worte verloren. Da darf ich daran erinnern, dass es im Jahr 2002 eine Gehaltsreform für die ÄrztInnen gab und dass diese von der Gewerkschaft, von der Ärztekammer gemeinsam mit der Stadt Wien ausdiskutiert worden ist, dass damit einige Fragestellungen verbunden waren, die für die ÄrztInnen darauf hinausgelaufen sind, sich offener zu zeigen zum Thema der flexibleren Dienstgestaltung, aber eben auch einen deutlichen Gehaltssprung gemacht haben.

Ich bedauere sehr, dass der Kollege Grassl jetzt, wo er das Otto-Wagner-Spital nämlich in den nächsten Tagen verlassen wird in Richtung Rudolfstiftung, hier die Gelegenheit wahrgenommen hat, einige Anmerkungen zu machen, die er leider vorher in der Form offensichtlich nicht gemacht hat. Und ich denke, es ist einiges gesagt worden, dem man durchaus nachgehen kann. Aber er hat auch hier die Gelegenheit in der Vergangenheit nicht genutzt, die immer wieder angeboten, die immer wieder eröffnet worden ist sowohl von den Führungskräften im Haus

als auch von mir und Herrn Generaldirektor Marhold persönlich in einigen Veranstaltungen uns auch mitzuteilen, wenn der Schuh wo drückt. Es ist sicher nicht immer leicht für uns, Probleme des einzelnen MitarbeiterIn, allein zu meinem Verantwortungsbereich gehören 20.000, knapp 20.000 MitarbeiterInnen, immer das Ohr so nahe an den KollegInnen zu haben, dass wir alles mitkriegen. Und es ist im Rahmen der Führungsebenen in einem solchen großen Betrieb sicher auch eine der primären Aufgabe der jeweils Vorgesetzten, hier eben das Ohr an ihren MitarbeiterInnen sehr wohl zu haben und auch auszufiltern das, was in ihrer eigenen Gestaltungsfähigkeit liegt mit den KollegInnen zu besprechen, aber auch dort, wo es diese übersteigt, sich mit ihren Vorgesetzten und so in der Kaskade der Spitalsstruktur auch weiter zu bewegen.

Die Belastung des Personals, die angesprochen worden ist, ist etwas, das wir sehr sehr ernst nehmen. Das Thema Burn out, Supervision – nur einige Schlagworte, die hier genannt worden sind, sind Themen, mit denen sich der Krankenanstaltenverbund nicht jetzt speziell aus Anlass der gegenwärtigen Diskussion rund um die Psychiatrie, sondern schon sehr viel vorher beschäftigt hat. Es gibt ausgeprägte Angebote zum Thema Burn-out-Prävention. Das möchte ich unterstreichen. Denn die Burn-out-Prävention ist sicher das, was uns am meisten am Herzen liegt, denn das Burn out, wenn es auftritt, muss natürlich entsprechend behandelt werden, aber ich denke, der Dienstgeber kann sehr viel leisten zum Thema Burn-out-Prävention. Es gibt entsprechende Unterstützungen, es gibt Materialien. Wir haben im Rahmen unserer Servicestelle, psychologischen Servicestelle, hier breite Angebote sowohl in den Häusern als auch für Einzelpersonen, wenn sie hier Unterstützung und Hilfe brauchen und gleiches gilt auch für die Supervision.

Hier vielleicht noch eine letzte Anmerkung: Es sollte auch unterschieden werden zwischen der fachlichen Supervision, von der der Kollege hauptsächlich gesprochen hat im Rahmen der fachärztlichen Ausbildung, und der Supervision, die der Wiener Krankenanstaltenverbund seit mehr als 10 Jahren, wenn ich mich recht erinnere, strukturiert anbietet für alle Berufsgruppen, sowohl in Form von Gruppenbegleitung, aber auch im Sinne von Einzelsupervision, das sehr unbürokratisch angefordert werden kann und wo jedem, der Hilfe braucht, der sie haben möchte, auch diese Hilfe zukommt.

GRin **Korosec**: Danke. Frau Dr. Herbek, Sie haben ja auch gehört, dass der Herr Dr. Grassl gemeint hat, dass eine TurnusärztIn wochenlang in einer Ambulanz allein gelassen wurde. Was

sagen Sie dazu bzw. auch zu der Aussage von ihm, dass es natürlich vorkommt, dass eine TurnusärztIn allein gelassen ist, weil wenn da zwei Fälle auftreten, es gibt nur zwei ÄrztInnen und die können sich dann nicht teilen, also das muss ja alarmierend auch für Sie sein, wenn Sie so etwas hören. Ich nehme an, nachdem der Herr Dr. Grassl gesagt hat, er gibt das ja weiter an seinen Vorgesetzten, dass dann der Vorgesetzte weitergeht zur Frau Dr. Kalousek und das auch zu Ihnen kommt. Also ich nehme nicht an, wenn Sie heute gemeint haben, Sie haben das vom Herrn Dr. Grassl nicht persönlich gehört, das glaube ich schon, weil ja doch in der Regel der Dienstweg eingehalten wird. Aber diese Probleme, die heute hier aufgezeigt wurden, muss ich schon annehmen, dass das auch zu Ihnen gekommen ist. Und warum wurde da nichts unternommen bzw. erst jetzt heuer im Mai, glaube ich, im Mai, wo man sich dann entschlossen hat, nachdem so viele ÄrztInnen fehlen, weil 19 ÄrztInnen ja weggegangen sind, dass man sich dann entschlossen hat, eben TurnusärztInnen aufzunehmen und in irgendeiner Form hat das sicher auch mit der Untersuchungskommission zu tun.

Dir. Dr. **Herbek**: Hier möchte ich ein bisschen weiter ausholen zum Thema ÄrztInnen, ÄrztInnenbesetzung, ÄrztInnenendienstposten. Das hängt mit Ihrer Frage unmittelbar zusammen.

Das Thema der ÄrztInnenendienstposten im Otto-Wagner-Spital wird schon sehr lange diskutiert und vielleicht auch noch als Gesamtinformation – es wird in der ÄrztInnenendienstpostenzuteilung nicht a priori unterschieden, ob dieser ÄrztInnenendienstposten für eine TurnusärztIn in der Ausbildung zur ÄrztIn für Allgemeinmedizin, für eine ÄrztIn in Ausbildung zum jeweiligen Fach oder für eine FachärztIn oder eine OberärztIn zur Verfügung steht. Wir haben hier ÄrztInnenendienstposten und es obliegt der vor Ort Personalplanung, sei es der Direktion oder auch der PrimärärztIn, hier den richtigen und zielführenden Mix an AusbildungsärztInnen und FachärztInnen für die Aufgabenerfüllung der Abteilung herzustellen.

Die ÄrztInnenendienstpostenplanung für das Otto-Wagner-Spital, für die Psychiatrie, ist schon seit langem ein Diskussionspunkt gewesen, der nicht im Zusammenhang mit der Untersuchungskommission als Etablierung zu sehen ist. Die Diskussion ging ab dem Zeitpunkt wirklich auch strukturiert weiter, wie klar war, dass die Psychiatriereform weiter vorangetrieben wird, dass wir in absehbarer Zeit psychiatrische Abteilungen an anderen Standorten, wie ich immer sage, autark stellen werden. Das heißt, es wäre gar nicht möglich, in der Zukunft die bis vor etwa einem Jahr gehandhabten abteilungsübergrei-

fenden FachärztInnendienste weiterzuführen, wenn es eine Veränderung des Standortes gibt.

Ich habe noch in Erinnerung aus der Zeit, wie das Donauspital in Betriebe gegangen ist, da wurde relativ spät mit der Rekrutierung von FachärztInnen begonnen und das ist etwas, wo ich persönlich sensibilisiert aus meiner beruflichen Vergangenheit war und darauf persönlich sehr achten wollte. Wir haben daher im Herbst des vergangenen Jahres bereits mehrfache Gespräche zur Verbesserung der ÄrztInnendienstposten geführt und es kam noch, bevor es jetzt die Untersuchungskommission in dieser Form gab, zu einer Antragstellung des Otto-Wagner-Spitals für zusätzliche ÄrztInnendienstposten, die dann Zug um Zug in zwei Tranchen auch zuteilt worden sind.

Jetzt kann man darüber diskutieren, ob man zusätzliche ÄrztInnendienstposten reserviert und vielleicht dann erst freigibt, wenn eine physische FachärztInnensperson auch wirklich da ist. Wir haben uns da zu entschieden, die Dienstposten alle zuzuteilen, und sie jedenfalls in einem ersten Schritt mit ärztlichem Personal auch zu besetzen.

Die TurnusärztInnen, und da bitte ich eben auch zu unterscheiden in der Diktion, TurnusärztInnen in Ausbildung zur FachärztIn und TurnusärztInnen in Ausbildung zur Allgemeinmedizin. Es gibt seit mehr als 20 Jahren, auch mir wurde das seinerzeit als junger Ärztin angeboten, die Möglichkeit, ein psychiatrisches Jahr vor Beginn des eigentlichen Turnus zur ÄrztIn für Allgemeinmedizin zu machen. Hier ist man in der Regel dann dazu bereit, wenn man sich auch grundsätzlich dafür interessiert. Also das muss man nicht, man kann sich für die Pflege interessieren, man kann sich - damals war das auch für die Pathologie möglich - für die Psychiatrie, aber man muss dieses Jahrangebot nicht in Anspruch nehmen. Das heißt, ich muss davon ausgehen, dass Kollegen, die sich dafür auch anmelden, zumindest einen Funken Interesse für das Fach Psychiatrie mitbringen. Und sie haben dann natürlich in dem Jahr, wenn sie - da kommen sie ein bisschen früher in die TurnusärztInnenschiene hinein - und sie haben natürlich die Gelegenheit zu sagen, es ist mir zu viel, ich kann die Belastungen, die habe ich so nicht erwartet, z.B. auch zu sagen, ich möchte das nicht und ich möchte mich verändern. Das ist durchaus möglich, mir ist aber ein solcher Fall nicht bekannt.

Es ist mir auch nicht bekannt, dass TurnusärztInnen, und hier wurde vom Kollegen Grassl nicht unterschieden, geht es um TurnusärztInnen in Ausbildung zur FachärztIn oder TurnusärztInnen zur Allgemeinmedizin. Ich möchte einmal annehmen, dass es sich um KollegInnen in Ausbildung gehandelt hat. Es ist durchaus nicht au-

Bergewöhnlich, dass ÄrztInnen, die in ihrem Ausbildungsverhältnis stehen, die auch schon einiges gelernt haben, durchaus Ambulanzdienste unter Supervision versehen. Es ist die Aufgabe des Abteilungsvorstandes, hier natürlich auch dafür zu sorgen, dass die KollegIn gerüstet in eine solche Aufgabe geht, dass sie nicht allein gelassen wird, weder von ihm oder ihr selbst in seiner Führungs- und auch Lehrfunktion, noch von den FachärztInnen, die darüber hinaus im Dienst sind.

Mir ist auch keine diesbezügliche Klage weder vom Herrn Kollegen Grassl, aber auch nicht von den anderen KollegInnen zu Ohren gekommen, auch nicht im Dienstweg.

GRin **Korosec**: Frau Dr. Herbek, der Herr Dr. Grassl hat ja auch noch von den Wartelisten gesprochen, dass es Abteilungen gibt, wo man keine ÄrztInnen findet und andere Abteilungen, wo sofort ÄrztInnen zur Verfügung stehen. Wie würden Sie denn das beurteilen? Also da muss ja doch einiges nicht funktionieren, so wie es sollte, weil sonst ist das ja nicht anzunehmen. Das einmal zum Ersten.

Und zum Zweiten. Sie haben gesagt, Sie haben zusätzlich ÄrztInnen bekommen. Soweit mir bekannt ist, sind ja nicht einmal noch die 19 aufgefüllt, die weggegangen sind. Es geht ja einmal darum, dass die einmal aufgefüllt werden. Sie reden jetzt von zusätzlichen ÄrztInnen. Das hätte ich auch gerne aufgeklärt.

Dir. Dr. **Herbek**: Ich denke, dass es hier auch ein bisschen um Missverständnisse geht. Es gibt eine Personalfluktuationsrate im Otto-Wagner-Spital in der Ärzteschaft, wie es sie in jedem anderen Krankenhaus auch gibt. Es wurde und wird nicht differenziert in dieser Diskussion in Bezug auf die Gründe und ich kann Ihnen sagen, dass einige von den KollegInnen, die im vergangenen Jahr das Haus verlassen haben, auch in ihren wohl verdienten Ruhestand getreten sind. Und es gibt natürlich auch KollegInnen, die sich nach Absolvierung ihrer FachärztInnenausbildung anderweitig orientiert haben. Das ist auch völlig legitim und das gibt es auch in allen anderen Fachbereichen.

Wir hatten bislang keine großen Probleme, die mir bekannt wären, in Bezug auf die Rekrutierung von konkreten KollegInnen für Ausbildungsstellen. Es mag sein, dass es im Einzelfall Warteschleifen gibt, weil zu dem Zeitpunkt, wo eine KollegIn an einer Ausbildung interessiert ist, gerade keine frei ist. Wie ich zuerst schon gesagt habe, wird sich die Ausbildungszeit auch noch um ein Jahr auf fünf Jahre verlängern. Das heißt, die Bewegungsmöglichkeit, die Neubesetzungsmöglichkeit von FachärztInnenausbildungsstellen hat ein gewisses Limit und, soweit ich jetzt gerade rezente Informationen in Bezug

auf das Fertigwerden von KollegInnen von der Ausbildung zur FachärztIn kenne, sind das Positionen an jeder Fachabteilung, quer durch alle Regionalabteilungen. Und ich denke, es wird uns auch Schritt für Schritt gelingen, die vorhandenen Nachtdienststräder, und um die geht es ja häufig in der Diskussion, auch mit FachärztInnen im Laufe der nächsten Monate zu füllen.

Die 19, die Sie zitieren, kann ich in der Form nicht nachvollziehen. Wir haben uns sehr genau angeschaut, wie viele ÄrztInnendienstposten wir insgesamt haben, welcher Anteil FachärztInnen sind. In absoluten Zahlen hat sich sowohl die Zahl der ÄrztInnendienstposten erhöht, aber auch die Anzahl der FachärztInnen noch nicht in dem Ausmaß, wie wir es uns alle wünschen. Aber glauben Sie mir, wir sind hier auf einen sehr guten und konstruktiven Weg gemeinsam mit den AbteilungsleiterInnen, mit der ärztlichen Direktion, um hier Schritt für Schritt KollegInnen zu gewinnen.

GRin **Korosec**: Frau Dr. Herbek, habe ich Sie richtig verstanden, Sie meinen, dass die Fluktuation im Otto-Wagner-Spital eigentlich eine ganz normale sei.

Dir. Dr. **Herbek**: Ja.

GRin **Korosec**: Dann möchte ich Sie doch noch einmal zur Personalsituation fragen. Wir haben ja in der Untersuchungskommission schon eine Reihe von ÄrztInnen gehabt, Dr. Zeyringer, Dr. Leth, Dr. Meisermann, die alle übereinstimmend gesagt haben, die Personalsituation ist unzumutbar. Sie haben Angst, Übernahmegefährlichkeit zu begehen und weitere ÄrztInnen, das wissen Sie ja auch, haben sich anonym gemeldet bei den Medien, dadurch ist ja überhaupt diese Untersuchungskommission zustande gekommen, und die Fachgruppenobfrau der Psychiater, die Bettina Fink, hat im "Kurier" am 19. Februar 2008 gemeint: "Letztlich bleiben den KollegInnen zwei Möglichkeiten – entweder man geht oder man hofft, dass nichts passiert. Reagiert werde von den verantwortlichen Stellen erst dann, wenn etwas passiert." –

Wie erklären Sie sich diese Aussage?

Dir. Dr. **Herbek**: Ich möchte auf den Punkt verweisen, den ich zuvor schon gesagt habe, die Diskussion zur Schaffung von ÄrztInnendienstposten ist eine, die vor dem Februar 2008 bereits gelaufen ist und wo wir im Februar, also vor dieser gerade zitierten Ausgabe bereits die erste Tranche von ÄrztInnendienstposten zugeteilt hatten.

Ich kenne die Kollegin Fink nicht persönlich und kann über ihre Beweggründe hier nicht weiter Auskunft geben.

Ich möchte auch hier noch einmal die Gelegenheit nutzen, das Thema, wie es auch im Rahmen des Eingangsstatements gesagt wor-

den ist, das Thema Missstände in Personal, und Sie haben es jetzt auch wieder angesprochen, möchte ich doch noch einmal betonen: Es ist bereits in den ersten Sitzungen der Untersuchungskommission gesagt worden von Leuten außerhalb des Krankenanstaltenverbundes, denen man hier nicht Befangenheit und Interesse diesbezüglich vorwerfen kann, dass der Wiener Krankenanstaltenverbund und das Otto-Wagner-Spital sich in der Personalbesetzung im oberen Mittelfeld bewegen und dass von Missständen in der Form keine Rede sein kann. Ich weiß auch nicht, ob sich ÄrztInnen anonym an Medien oder an Oppositionsparteien gewandt haben, da sie anonym offensichtlich waren, kann ich dazu keine weitere Aussage tätigen.

Mir sind die Protokolle durchaus bekannt aus den Untersuchungskommissionen und die Punkte, die hier von den KollegInnen gebracht worden sind, waren und wurden alle auch im Rahmen des Arbeitsgeschehens mit den KollegInnen diskutiert im Rahmen der Tätigkeit der ärztlichen Direktorin und auch teilweise durch und mit meiner Person, insbesondere was die interne Abteilung betrifft, Kollegen Meisermann, den Sie hier angesprochen haben.

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

GRin Mag. **Ramskogler**: Danke schön, Herr Vorsitzender.

Ich möchte einmal soviel festhalten vielleicht, dass hier zum Teil immer wieder in der Untersuchungskommission der subjektive Eindruck entsteht, dass es eine psychiatrische Versorgung oder einen Prozess der psychiatrischen Versorgung in Wien erst gibt, seit es die Untersuchungskommission gibt. Dem möchte ich ganz stark widersprechen, weil ich denke mir, dass die psychiatrische Versorgung nicht nur schon seit Sigmund Freud hier in Wien begonnen hat zu existieren und die Idee einer Versorgung von psychiatrisch erkrankten Menschen seither besteht.

Und daher auch meine Frage dahingehend, Frau Direktorin, Sie sind jetzt seit 2005 Direktorin der TU 1 und auch nicht ab dem Zeitpunkt gab es erst die Psychiatrie in Wien, sondern schon viel länger davor, aber ab diesem Zeitpunkt möchte ich Sie befragen, seit 2005 als TU 1-Direktorin: Was hat sich seit her verändert in dem psychiatrischen Prozess einer Versorgung für Wien, egal, ob das jetzt Dezentralisierung ist oder dementsprechende Maßnahmen zur Entstigmatisierung von Psychiatrie, aber es geht mir darum, hier festzuhalten, dass nicht die Untersuchungskommission einen Prozess in Gang gebracht hat, sondern schon viel vorher in der psychiatrischen Versorgung in Wien was geschehen ist.

Dir. Dr. **Herbek**: Danke schön. Es sind einige Stichworte jetzt gefallen, die ich aufgreifen möchte. Das Thema Entstigmatisierung ist eines und ich denke mir, die Aufmerksamkeit, die die Psychiatrie durchaus auch durch die Untersuchungskommission gewinnt, kann der Psychiatrie nur dienlich sein. Denn wenn man über die Psychiatrie so wie über die Herzchirurgie diskutiert, dann hat sie den richtigen Platz, nämlich als eines von vielen medizinischen Fächern im Fächerkanon der medizinischen Versorgung insgesamt, und so gehört sie – unter Führungszeichen – auch platziert.

Es ist eine Historie, und die ist nicht nur in Wien so, dass die Psychiatrie, ähnlich wie früher die Tuberkulose, eine Krankheit war, vor - in den letzten Jahrhunderten, muss man fast sagen, die man gerne an den Stadtrand aus verschiedenen Gründen gelagert hat, und vor 100 Jahren wurde unter diesem Gesichtspunkt auch das Otto-Wagner-Spital und das Pulmologische Zentrum errichtet. Durchaus in einem wohlwollenden Sinn, im Sinne dessen, dass man auch für psychiatrische PatientInnen ein schönes und schön gelegenes grünes Ambiente mit dem damaligen Verständnis von Komfort auch bieten wollte.

Die Entstigmatisierung des Faches Psychiatrie ist, glaube ich, uns allen hier in der Untersuchungskommission und auch uns im Krankenanstaltenverbund eines der wesentlichsten Anliegen, und die Diskussion, die jetzt entstanden ist, wird dazu, denke ich, auch konstruktiv beitragen. Es wird sehr viel gelernt, denke ich mir, auch in der Bevölkerung über das Thema Psychiatrie und trägt dazu vielleicht bei, hier sich offener zu verhalten. Es ist schlicht nicht einfach, das Fach Psychiatrie mit den eher mechanistisch orientierten, vielleicht chirurgischen Fächern zu vergleichen. Das ist leicht erfassbar, auch leichter in Bezug auf – unter Führungszeichen – Reparaturmedizin zu sehen. In der Psychiatrie ist das nicht so einfach, daher gibt es auch spezielle Ausbildungen eben für ÄrztInnen und Fachpersonal, Pflegepersonal, um für diese Probleme gerüstet zu sein. Und die Ausbildung zum Thema Psychiatrie gibt es auch nicht erst seit es meine Tätigkeit oder auch seit es die Untersuchungskommission gibt. Es ist auch bekannt, dass die psychiatrische Krankenpflegeausbildung einen Aufschwung auch weiterhin erlebt und erleben wird. Die psychiatrischen Krankenpflegepersonen werden nicht nur in der Psychiatrie im engeren Sinne, sondern auch zunehmend in anderen Bereichen benötigt, wie in der Geriatrie, weil auch die Demenzerkrankungen zunehmen und dort mit psychiatrischen Fragestellungen gearbeitet werden muss.

Einer der weiteren wesentlichen Diskussionspunkte, die jetzt auch in meine Zeit als Direk-

torin fallen, ist, dass es nicht zuletzt durch die große Lokomotive des Krankenhauses Nord, aber auch unabhängig davon wiederum gelungen ist, die Psychiatriereform auch strukturell aufzugreifen. Strukturell aufzugreifen damit meine ich, dass wir einerseits in das Krankenhaus Nord die zuständige Regionalabteilung, das ist heute die vierte Abteilung des Otto-Wagner-Spitals, verlagern wollen, aber auch gleichzeitig drei weitere Regionalabteilungen näher in die Region bringen wollen, für die sie zuständig sind.

Das ist die fünfte psychiatrische Abteilung in den 3. Bezirk, in die Nähe der Krankenanstalt Rudolfstiftung, oder auch die sechste psychiatrische Abteilung, die für den 12., 13. und 23. Bezirk zuständig ist, in das Krankenhaus Hietzing, aber auch die auch hier heute schon genannte dritte psychiatrische Abteilung in das Wilhelminenspital.

Das sind die nächsten großen Schritte, die anstehen, und ich bin gerne bereit, wenn Sie möchten, dass ich auch hier noch weitere Details erzähle. Es hat die Frau Staudinger in der letzten Untersuchungskommission auf mich verwiesen, hier auch als Auskunftsperson zur Verfügung zu stehen und das tue ich auch bei Bedarf gerne.

GRin Mag. **Ramskogler**: Ich möchte Ihnen da gerne Recht geben, wenn Sie sagen, dass ein Faktum der Untersuchungskommission jener ist, zur Entstigmatisierung insofern beizutragen, dass die Psychiatrie dadurch ein Thema ist und dass man dadurch darüber spricht, da möchte ich Ihnen absolut zusagen und Recht geben. Doch wo ich meine Bedenken habe, ist zum Teil eben wie auch Teile der KollegInnen in dieser Kommission natürlich eine Skandalisierung hier betreiben oder betrieben haben zu einem großen Teil, und da möchte ich schon meinen, dass das auch einen Schaden hat an der Psychiatrie, an dem Fach der Psychiatrie, nicht nur an den MitarbeiterInnen, sondern auch an den PatientInnen als auch an den Angehörigen. Und da wollte ich Ihre Sichtweise dazu sehen und ob Sie auch eine Veränderung bemerkt haben dahingehend in Ihrer Tätigkeit.

Dir. Dr. **Herbek**: Ja, ich habe eine Veränderung bemerkt, und zwar in mehrere Richtungen.

Einerseits war es uns von Anfang an wichtig, wie die Diskussion entstanden ist und das haben wir auch sehr schnell gemacht, sowohl schriftlich als auch mündlich auch von meiner Position her, den MitarbeiterInnen im Otto-Wagner-Spital mitzuteilen, dass wir hinter ihnen und ihrer Arbeit stehen. Hinter ihrer qualitativen Arbeit, hinter ihrer nicht immer sehr leichten Arbeit, und dass wir für ihre Anliegen auch ein offenes Ohr haben. Es hat natürlich, und das ist auch schon mehrfach gesagt worden hier in der Kommission, Irritationen gegeben, Kränkungen gegeben und

gibt es nach wie vor, wenn mit großem Engagement im Otto-Wagner-Spital gearbeitet wird und das nicht immer in der Form, die ihr zukommt, wertgeschätzt wird. Wir bemühen uns, und das ist, glaube ich, ein Anliegen aller Führungskräfte im Otto-Wagner-Spital, den MitarbeiterInnen diese Wertschätzung auch durchaus weiter zu vermitteln, und zwar quer durch alle Berufsgruppen.

Was die PatientInnen betrifft, erleben wir zwei Phänomene. Das eine durchaus auch eine erhöhte Aufmerksamkeit und Sensibilisierung, um sich mitzuteilen, aber auch sich mitzuteilen, wenn es Beschwerden gibt, aber auch sich mitzuteilen, wenn es Lob und Anerkennung gibt. Also darüber zu sprechen, dass man selbst und oder ein Angehöriger auf der Psychiatrie – das unter Anführungszeichen – war, hat auch schon dazu geführt, dass auch anerkannt worden ist, und so wie wir in anderen somatischen Bereichen auch Lob und Anerkennung für die Freundlichkeit und Kompetenz von MitarbeiterInnen bekommen, ist das auch in der Psychiatrie stärker sichtbar geworden. Das Artikulieren sowohl in die eine als auch in die andere Richtung hat ein Stück weiter zugenommen. Und wir freuen uns natürlich über jedes Lob und geben das, wenn es zum Beispiel bei mir hereinschneit in meine Post, umgehend an die KollegInnen weiter. Und Anfragen, Beschwerden werden kompetent und konsequent verfolgt, erledigt, das Gespräch gesucht, weil ich denke, nur dadurch kann man Fragen, die hier auftauchen, die in einer Krisensituation oft auftauchen und vielleicht einige Tage, Wochen später auch vielleicht reflektierter betrachtet werden können, am besten aufarbeiten.

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

GRin Dr. **Pilz**: Danke. Ich muss mit einer tatsächlichen Berichtigung beginnen.

In dieser Untersuchungskommission wurde von keinem der Mitglieder behauptet, dass die psychiatrische Versorgung erst mit Beginn dieser Untersuchungskommission begonnen hätte. Das lässt sich in den Protokollen nachlesen, dass dem nicht so ist. Sigmund Freund ist auch hier anderen bekannt. – So das war jetzt zur Kollegin Ramskogler.

Dann zu Ihnen, Frau Direktorin. Sie haben davon gesprochen, dass leider die, die Kritik üben, sich nicht an Sie wenden, offensichtlich ist das Kommunikationsproblem ein gravierendes, wenn der Herr Dr. Grassl sagt, er hat in seiner doch längeren Zeit im Haus auch keinen Zugang zur Frau Direktorin Kalousek gehabt. Das entspricht leider den Berichten von extremen Hierarchien innerhalb des Krankenanstaltenverbundes, wo es offensichtlich für gerade die, die vor

Ort arbeiten, oft schwer ist, sich zu artikulieren und insofern wundert es mich nicht, dass Sie hier sich verwundert zeigen, dass von den Missständen, von denen der Herr Dr. Grassl heute berichtet hat, dass Sie da behaupten, dass Sie davon nichts gewusst haben, das ist Teil des Problems.

Ich will Ihnen aber jetzt ein Schreiben vorlesen, das ist gar nicht anonym, sondern von ÄrztInnen aus dem Otto-Wagner-Spital unterzeichnet und es ist auch gar nicht alt, weil ja viele der Argumente jetzt dahingehend sind, vor zufällig 2008, also vor Einsetzen dieser Untersuchungskommission war alles schlechter, jetzt ist es besser. Das Schreiben, das mir hier vorliegt, hat in der Endversion 31. Oktober 2008, es ist noch kein Monat alt, geht an die Frau Direktorin Kalousek, also die Endversion, die hier vorliegt, und an die Primarii im Otto-Wagner-Spital und hinten steht:

"Wir ersuchen, diesen Vorschlag über den Dienstweg, also über Kalousek, Herbek und Marhold weiterzuleiten." – Also es sollte schon bei Ihnen sein oder hinkommen und da stehen folgende Dinge brandneu, aktuell:

"Bislang werden" – und es geht um die Dienstposteneinteilung – "bislang werden die Primariate 3 und 6 immer noch gemeinsam von nur einem Oberarzt bzw. Facharzt versorgt, aktuell sind im November 2008" – also jetzt – "in diesen beiden Primariaten ca. 14 offene Dienste nicht besetzt." –

Dann wird weiter hier ausgeführt von im Übrigen 7 ÄrztInnen des Hauses - das habe ich jetzt noch nicht nachgefragt -, die namentlich alle unterzeichnet haben, von Anonymität keine Rede: "Es haben in den letzten 2,5 Jahren 20 Fachärzte das Haus verlassen, geschätzte 12 Facharztposten sind derzeit nicht bzw. mit Turnusärzten besetzt".

Und ich lese gar nicht alles vor, nur die wichtigsten Dinge: "Die bisherige Kompensation dieses Personalmangels mit allen Folgen (Nichtbesetzbarkeit von Dienstlisten, mangelnde Tagespräsenz, Doppelversorgung von Primariaten, Defizite in der Ausbildungsqualität, vermehrte Erschöpfung der Dienstmannschaften, Burn out, Krankenstände etc. und die Folgen liegen ausschließlich bei den Fach- und OberärztInnen des psychiatrischen Zentrums auf der Basis ständiger Mehrleistungen, die zum Teil dem Arbeitszeitgesetz zuwiderlaufen bzw. nach unserer Einsicht einer Übernahmefahrlässigkeit unter den gegebenen personellen und räumlichen lokalen Besonderheiten des Otto-Wagner-Spital entsprechend, die Aufrechterhaltung des Versorgungsauftrages des psychiatrischen Zentrums zu gewährleisten haben." –

Und dann steht weiter: "Wir haben wiederholt auch schriftlich darauf hingewiesen, dass wir nicht mehr in der Lage sind, solche Mehrleistungen zu erbringen." –

Dann gehen sie die verschiedenen Primariate durch, wie es da schrecklich aussieht.

"Für die dritte Abteilung besteht das Dienstrad mit dem absolut größten Mangelzustand. Im Dienstrad Primariat 6 ist eine Doppelversorgung im Nachtdienst, wie seit Monaten für die Abteilungen 3 und 6 von uns geleistet wurden, auf Grund der gegebenen Einlassungsfähigkeit, auf Grund der dauerhaften Mehrbelastung sowie auf Grund der dadurch entstehenden kritischen Einbußen im Bereich der Basisversorgung nicht möglich." –

Ich lese vieles nicht vor. Aber man versucht sozusagen mit diesem Schreiben ein paar Auswege zu zeigen, z.B. den, dass man endlich von Ihnen fordert und von der Frau Direktorin Kaloušek, dass die PrimarärztInnen in das Dienstrad aufgenommen werden, weil sie ja über Fachkompetenz verfügen und nicht im Dienstrad sind. Sie zeigen hier in einigen Punkten auf, wie es jetzt aussieht im Otto-Wagner-Spital und nennen als worst case Szenario die Schließung von Abteilungen und Verteilung des Personals und der PatientInnen auf die restlichen Abteilungen.

Das, Frau Direktorin, ist nicht etwa der Bericht aus einer fernen Vergangenheit und jetzt ist alles besser, es geht um den November 2008. Wie können Sie hierher sich setzen und behaupten, wir hätten kein Personalproblem?

Dir. Dr. **Herbek**: Ich kenne das Schreiben, ich kenne auch die Fragestellungen.

Um vielleicht auch hier den Rahmen noch einmal abzustecken. Es gibt von den sechs Regionalabteilungen und zwei überregional tätigen Abteilungen zwei Abteilungen, nämlich die 3. und die 6. Abteilung, die Sie gerade genannt haben, die noch nicht imstande sind, einen FachärztInnendienst autark, wie ich es nenne, zu führen. Es geht hier insgesamt um die Besetzung von nicht unbesetzten, aber nicht durch FachärztInnen besetzte Posten durch FachärztInnen. Das Thema wurde hier schon mehrfach angesprochen, dass es nicht nur in Wien, sondern auch außerhalb von Wien in den umliegenden Bundesländern, aber auch außerhalb von Österreich das Problem der Rekrutierung fertiger FachärztInnen gibt. Es handelt sich gegenwärtig im Otto-Wagner-Spital – und das ist eine Information von der vergangenen Woche – wir haben hier eine Sitzung der RegionalprimarärztInnen gemeinsam mit mir gehabt, vor ziemlich genau 10 Tagen, wo wir die Situation gemeinsam analysiert haben und es handelte sich um konkret sechs Dienstposten und sechs ÄrztInnen, die im Laufe der nächsten Monate mit ihrem Fach fertig

werden, und wenn wir die Möglichkeit, und das haben wir besprochen, wie auch heute der Herr Kollege Grassl schon positiv apostrophiert hat, nämlich der sogenannten facharztgleichen Dienste unter bestimmten Bedingungen, die wir auch besprochen haben, einführen. Das ist etwas, was in somatischen Fächern auch der Fall ist, dann sind wir gegenwärtig mit diesen KollegInnen auch für die zwei betroffenen Abteilungen gut gerüstet. Und wir werden im Laufe der nächsten Monate und wir arbeiten daran, dass das uns auch gelingt, diese KollegInnen alle, wenn sie dann FachärztInnen sind, behalten können und der erste dieser Posten wird mit Dezember schon besetzt, dann auch schrittweise diese kompletten FachärztInnenradln, wie man sie nennt, besetzen können.

Die KollegInnen, die hier in Frage kommen, haben allesamt die Facharztprüfung bereits absolviert. Das heißt, sie haben ihre theoretische Ausbildung abgeschlossen mit Erfolg und können unter Supervision, auch die muss geregelt sein, die muss auch geklärt sein, die muss auch im Einzelfall definiert sein, und muss auch klar sein, dass eine KollegIn entsprechend bereit ist, auch von ihrer PrimarärztIn unterstützt wird, diese facharztgleichen Dienste zu machen.

Es ist durchaus üblich, auch in anderen Fächern eine derartige Lösung zu machen. Wir haben den KollegInnen, auch PrimarärztInnen einfach hier Rückendeckung gegeben sowohl von der rechtlichen als auch von der dienstlichen Seite, dass dies eine Möglichkeit ist, die auch schon mittelbar mitgetragen wird, um sich in den Zeiten, wo wir noch nicht mit fertigen FachärztInnen arbeiten können, gut durch das Betreuungsangebot zu bewegen.

Ich möchte auch ergänzen, dass von einer Schließung von Abteilungen nicht die Rede sein kann. Das Thema Einlassungs- oder Übernahmefähigkeit – Ausdrücke, die ich mir von Juristen habe sagen lassen, in der Form entweder veraltet oder gar nicht vorhanden sind, jedenfalls kein Thema im Wiener Krankenanstaltenverbund sind, dass von Schließungen von Abteilungen keine Rede sein kann.

Ich darf hier verweisen auf andere Bundesländer. Es musste tatsächlich im Krankenhaus Neunkirchen die psychiatrische Abteilung geschlossen werden und gemeinsam mit Baden und Mödling zusammengelegt werden und es besteht dort in der Nacht beispielsweise gar keine psychiatrische Versorgung vor Ort.

Wie das große Krankenhaus Gugging aufgelöst worden ist, haben Niederösterreich und Wien für das Burgenland einen Großteil der psychiatrischen Versorgung mit übernommen. Das sollte ein Modell auf Zeit sein. Aber wir haben im Otto-Wagner-Spital hier die Versorgung von

nordburgenländischen PatientInnen nach dem Unterbringungsgesetz übernommen. Der notwendige Personalbedarf wurde im Vorfeld besprochen, wurde evaluiert und ist in den zusätzlichen Dienstposten, die schrittweise eben auch dazu gekommen sind, sei es in der Pflege, sei es in der Medizin auch enthalten.

GRin Dr. **Pilz**: Seit wir die Debatte über die Psychiatrie und die stationäre Psychiatrie insbesondere führen, sagen alle Führungsebenen, begonnen bei der Frau StR Wehsely, Generaldirektor Marhold, Ihre Ebene und auch Frau Direktor Kalousek, dass es kein Personalproblem gibt. Das hat es schon geheißt, bevor man die zusätzlichen TurnusärztInnenposten geschaffen hat. In der Folge wurde uns immer wieder versichert, dass es kein Problem gibt und jetzt gibt es einen Brief aktuell, den Sie kennen, wo davon die Rede ist, dass man nicht mehr weiß, wie man zurecht kommt, und zwar in ganz relevanten Bereichen, und Sie kündigen wieder für die Zukunft in absehbarer Zeit eine Verbesserung an.

Wie passt denn das zusammen. Wenn es in der Vergangenheit kein Problem gegeben hat, wieso sind dann solche Briefe notwendig. Wieso meinen Sie, hier sagen zu können, das ist kein Problem, wenn hier steht, dass es absoluten größten Mangelzustand gibt, wenn hier steht, dass Erschöpfung, Burn out, Krankenstände und Ausbildungsqualität leidet. Wie können Sie diese Dinge einfach so ignorieren und zu sagen, wir haben kein Problem. Das müssen Sie mir erklären.

Dir. Dr. **Herbek**: Ich ignoriere die Fragestellungen nicht. Wir setzen uns damit auseinander, und ich habe gerade die letzte Besprechung genau zu diesem Thema, genau aus Anlass dieses Briefes gerade beschrieben und erwähnt. Es geht eben, und habe versucht, den Rahmen abzustecken, um den wir objektiv sprechen, nämlich um die fehlende Besetzung von Nachtdiensten durch FachärztInnen in zwei Primariaten, die ja auch heute nicht, gar nicht funktioniert, sondern wo das alte Modell, zu dem keiner mehr zurück möchte, nämlich abteilungsübergreifende Dienste zu machen, durch die vorhandenen FachärztInnen noch auf Zeit – Rufzeichen – aufrecht ist. Es ist für alle klar, dass die früher übliche abteilungsübergreifende Nachtdienstleistung nicht das Modell der Zukunft sein soll, sein darf, dazu bekennen wir uns alle, und wir haben sowohl die Dienstposten dafür bereits zur Verfügung gestellt bzw. sind die Wege, wie man diese Dienstposten mit den entsprechenden qualifizierten FachärztInnen schrittweise besetzen kann, gemeinsam mit dem Haus besprochen und auch gewarnt. Ich habe das gerade dargestellt.

GRin Dr. **Pilz**: Also Sie nehmen zur Kenntnis, dass Ihre Mann- und Frauschaft davon spricht, dass sie jetzt am Rande der Erschöpfung sind, von burn out und Defiziten in der Ausbildungsqualität betroffen, weil sie so unterbesetzt sind. Sie haben jetzt gerade gesagt, dass Einlassungsfahrlässigkeit, Übernahmefahrlässigkeit Begriffe sind, die Sie weder rechtlich noch im Krankenanstaltenverbund hier eingeführt haben wollen. Wie würden Sie denn dann eine Situation bezeichnen, wo man unter den hier aktuell genannten Umständen den Eindruck hat, man kann seiner Versorgungsverpflichtung nicht in ausreichendem Maße nachkommen, weil man nicht zugleich an verschiedenen Orten und für 120 PatientInnen verantwortlich da sein kann. Wie würden Sie denn das dann beschreiben, wenn Sie nicht akzeptieren, dass Ihre eigenen MitarbeiterInnen sagen „Ich glaube, ich begehe Einlassungsfahrlässigkeit“, was gestehen Sie ihnen denn zu in dieser Situation.

Dir. Dr. **Herbek**: Ich gestehe jedem die subjektive Wahrnehmung zu, die jeder für sich selbst verantworten kann und muss und soll. Ich denke, dass die Themen, die gerade angesprochen worden sind, burn out, Ausbildungsthemen, sind von uns auch entsprechend wahrgenommen und behandelt worden. Ich hatte bereits Gelegenheit, das hier entsprechend auszuführen.

Die Burn-out-Frage ist eine, die mir wirklich am Herzen liegt, und ich weiß selber, wie das sein kann, dass es einem schlecht gehen kann, dass man sich überfordert fühlt, und es gibt Instrumentarien, wie man die KollegInnen, wenn es denn wirklich im Einzelfall so ist, auch gut unterstützen kann.

GRin Dr. **Pilz**: Zur Einlassungsfahrlässigkeit bitte ich Sie, Ihre rechtliche Definition von der Übernahme von Aufgaben, denen man sich aus unterschiedlichen Gründen nicht gewachsen fühlt, wie Sie denn das bezeichnen würden.

Dir. Dr. **Herbek**: Also ich bin keine Juristin und daher bitte ich auch von einer Rechtsdiskussion in diesem Fall abzusehen. Die Themen der verantwortungsvollen Übernahme von Aufgaben ist eine, wo sich jede KollegIn auf ihrer Ebene auseinandersetzen muss und selbstverständlich auch ihre Führungskraft. Und es ist mir nicht bekannt und das ist auch hier schon in dieser Untersuchungskommission mehrfach von den KollegInnen gesagt worden, die schon eine Aussage getätigt haben, es gibt diese Übernahme-/Einlassungsfahrlässigkeit in dem Verständnis, wie die KollegInnen sie anwenden wollen, in der Form nicht. Es hat zu keinem Zeitpunkt ein Versorgungsdefizit für die PatientInnen gegeben und das kann ich auch mit gutem Gewissen hier in dieser Runde sagen.

GRin Dr. **Pilz**: Also wenn jemand sagt, ich habe Angst Einlassungsfahrlässigkeit zu begehen und das im Dienstweg zu Ihnen kommt, dann sagen Sie, das ist eine subjektive Befindlichkeit, die hat mit den objektiven Fakten in Ihrer Institution nichts zu tun. Ist das dann die Antwort.

Dir. Dr. **Herbek**: Ich schließe nicht aus, dass es für eine einzelne Person, die ihm scheinbar gestellten Aufgaben und seinen eigenen Fähigkeiten auseinanderklaffen. Diese Beurteilung ist eine sehr persönliche, die kann nur jeder für sich treffen. Es ist aber zweifelsohne die Aufgabe jeder verantwortungsfreundlichen Führungskraft und in erster Linie im konkreten Fall der unmittelbaren Vorgesetzten dafür zu sorgen, dass sich die KollegIn nicht allein gelassen fühlt. Es ist ihre Aufgabe sicherzustellen, dass sie mit dem Wissen, der Erfahrung, die sie hat, jene Aufgaben erfüllen kann, die ihr gestellt werden bzw. umgekehrt.

GRin Dr. **Pilz**: Die schreiben Ihnen aber gerade, dass sie zu wenig Leute haben, dass sie ihre Sache ordentlich erfüllen können. Das kann Ihnen ja als Vorgesetzte, darf Ihnen ja gar nicht als subjektive Befindlichkeit einzelner einer Bewertung genügen. Sie sind ja als Vorgesetzte dafür verantwortlich, dass Ihre MitarbeiterInnen unter Strukturen arbeiten, in denen sie ihre Arbeit verantwortungsvoll erledigen können. Hier steht im November 2008, dass die Mangelsituation so groß ist, dass sie das nicht mehr können. Und offensichtlich hat man weder in die Vergangenheit zurück bis aktuell, noch für die absehbare Zukunft hier eine Lösung.

Dir. Dr. **Herbek**: Ich darf Ihnen versichern, dass die strukturellen Rahmenbedingungen für ein sicheres Arbeiten im Otto-Wagner-Spital gewährleistet waren und auch weiterhin gewährleistet sind, dass wir jedoch den medizinischen Entwicklungen Rechnung tragen, den Veränderungen in der PatientInnenversorgung, den Veränderungen in der PatientInnenzusammensetzung und diese Rahmenbedingungen auch geschaffen haben. Ich bin bereits darauf eingegangen, dass die Detaillierung, sprich die Besetzung der vollständigen Nachtdiensträder mit FachärztInnen noch nicht gelungen ist, und ich habe versucht, Ihnen auch den Weg, den wir hier gemeinsam gehen, bereits zu skizzieren.

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

GR **Lasar**: Danke, Herr Vorsitzender! Danke Frau Dr. Herbek. Ich habe zwei Fragen an Sie:

Haben Sie aus ihrer Sicht genügend FachärztInnen und Personal um die Leistungen im Otto-Wagner-Spital zu erbringen? Meine zweite Frage ist: Wie viele Überstunden leisten in etwa im Monat ihre ÄrztInnen und werden diese Überstunden ausbezahlt oder in Freizeit konsumiert?

Dir. Dr. **Herbek**: Zum Thema : FachärztInnen. Die Diskussion ist eine, die ich hier teilweise schon dargelegt habe. Für die abteilungsübergreifenden Dienste wie sie bis vor gut einem Jahr üblich waren, hatten wir genügend FachärztInnen. Wir haben nicht genügend FachärztInnen und das ist kein Geheimnis, da machen wir auch kein Hehl daraus und ist auch hier schon mehrfach gesagt worden, um an jeder Abteilung und an allen Abteilungen schon 100 %ig im Eigenbereich die FachärztInnenräder abzudecken. Ich habe auch versucht zu skizzieren, dass wir auf einem guten Weg sind und dass es uns in den nächsten Monaten gelingen wird, alle FachärztInnen mit FachärztInnen auch tatsächlich zu besetzen.

Überstunden. Das Thema Überstunden ist gerade im Rahmen der Ärzteschaft ein wichtiges Thema im Zusammenhang auch mit dem Krankenanstaltenarbeitszeitgesetz. Es gibt Rahmenbedingungen, unter denen ÄrztInnen arbeiten, in denen sie auch eine limitierte Anzahl von Nachtdiensten leisten können. Wir haben aktuelle Zahlen im Bezug auf die Arbeitszeitüberschreitungen von allen Häusern. Das ist ein laufender Prozess, nicht ein Spezifikum des Otto-Wagner-Spitals und schon gar nicht der Psychiatrie. Und die letzte Auswertung, die mir bekannt ist aus dem Otto-Wagner-Spital hat eine Arbeitszeitüberschreitung gebracht, aber nicht auf der Psychiatrie und daher muss ich davon ausgehen, wir sind ja hier unter Kontrolle. Das Arbeitsinspektorat achtet hier auch auf die Beachtung des Krankenanstaltenarbeitszeitgesetzes, dass wir hier nicht in Überschreitungen kommen. Es hat auch der Kollege Grassl hier für seine Abteilung berichtet, dass auch Überstunden nur im geringen Ausmaß in seiner Abteilung konsumiert wurden. Wenn allerdings Überstunden geleistet werden, sei es von FachärztInnen, aber auch von anderen ÄrztInnen und von anderen Personal werden die selbstverständlich abgegolten. Es konnte hier bereits, glaube ich, der Personalvertreter Binder ausführlich darüber referieren und das gilt für ÄrztInnen genauso wie für das Pflegepersonal, in welcher Form Überstunden konsumiert werden wollen. Gewollt werden oder auch konsumiert werden können und dass es sich hier individuelle Vereinbarungen diesbezüglich gibt. Aber es ist von uns nicht gewünscht und wir stellen auch die Rahmenbedingungen dafür sicher, dass hier quasi kostenlose Überstunden geleistet werden. Das ist nicht der Fall. Wenn sie geleistet werden, werden sie auch bezahlt.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke schön. Herr Mag. Dworak, bitte.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Frau Direktor Herbek! Wir haben vom Herrn Werner Binder, den Sie jetzt gerade angesprochen haben, gehört zum

Thema Überalterung im Pflegebereich. Und ich darf Ihnen kurz nur skizzieren, was er seinerzeit zu dem Thema: ältere Pflegepersonen und dann auch über behinderte Bedienstete gesprochen hat. Er sagt hier, es gäbe viele ältere Pflegepersonen, die körperlich nicht mehr in der Lage sind Raddienste, Turnusschichten und Wechseldienste zu leisten und die nicht mehr uneingeschränkt einsetzbar seien. Weiters sagt er, dass es immer mehr behinderte Bedienstete, die nach dem Bundessozialamt oft bis zu 80 % behindert wären und die zählen nach der Systemisierung als Vollwertkräfte. Kennen Sie dieses Problem? Das ist meine erste Frage bzw. ist das im Otto-Wagner-Spital bekannt und Zweitens: Wurden diese Probleme mit der kollegialen Führung mit der Generaldirektion und auch mit der politischen Ebene jemals thematisiert?

Dir. Dr. **Herbek**: Das Thema altersgerechte Arbeitszeit - und das gilt auch für alle Berufsgruppen - ist eines, das immer wieder thematisiert wurde und wird. Sei es in Pilotprojekten, in Projekten, aber auch im Sinne - und das ist gerade im Otto-Wagner-Spital von Interesse -, im Rahmen der Gesundheitsförderung und im Rahmen der Diskussionen rund um eben altersgerechte und damit auch entsprechend den Bedürfnissen der MitarbeiterInnen entsprechende Arbeitszeiten. Das ist ein Teil dieser Gesamtdiskussion. So wie die Bevölkerung in Wien eine älter werdende war und auch eine Zeit lang noch sein wird - dann dreht sich die Demografie auch wieder ein bisschen um - ist es auch mit den MitarbeiterInnen im Krankenanstaltenverbund so. Wenn ich mich so statistisch ausdrücken darf, die Kohorte von MitarbeiterInnen jenseits der 40 ist eine größer werdende, das ist auch bekannt. Dass es gerade in körperlich anstrengenden Berufen wie dem Pflegedienst, aber auch durchaus dem ärztlichen Dienst KollegInnen gibt, die sagen, sie möchten weniger und keine Nachtdienste mehr machen, das Problem ist bekannt. Wir möchten, und das ist ein Thema, das oft gerne auf das Thema Alter zugeschnitten wird oder zugespitzt wird, die Flexibilisierung von Diensten sowohl für die Pflege als auch für die Ärzte weiter vorantreiben. Es haben vielleicht ältere Leute, ältere KollegInnen aus körperlichen Gründen heraus oder körperlichen Behinderungen sogar, das Bedürfnis keine Nachtdienste mehr machen zu wollen oder weniger Nachtdienste machen zu wollen. Es gibt aber auch KollegInnen, die junge Familien haben, die aus ganz anderen Gründen vielleicht weniger Nachtdienste machen möchten, weil sie vielleicht mehr Zeit bei kleinen Kindern sein möchten. Und es ist unser Ziel, und das gilt auch für die ÄrztInnen, hier sehr stark zu individualisieren und im Zusammenhang mit der Flexibilisierung der Ärzte-

nachdienste den Kollegen - und das wird ein langsamer und auch ungewohnter Prozess sein - Angebote zu machen, wie sie ihre Arbeitszeit und Diensterteilungen besser koordinieren können. Das bedeutet auch, und das ist dann eine Berechnung, die man für jede Abteilung sehr speziell machen muss, was bedeutet das an Bereitstellung von Ressourcen. Was bedeutet das an Bereitstellung von Dienstposten, weil ich dann vielleicht, wenn ein Kollege nur mehr 20 Stunden arbeiten möchte, mir die physischen 20 Arbeitsstunden an anderer Stelle vielleicht fehlen. Aber das ist ein Weg, den wir gerne - und da habe ich auch immer bei der Personalvertretung ein offenes Ohr gefunden - miteinander gehen möchten.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Ich habe Sie auch noch gefragt zum Thema: behinderte Mitarbeiter. Wissen Sie, wo diese behinderten Mitarbeiter eingesetzt werden und wenn Herr Binder sagt, dass sie oft bis zu 80 % behindert beschrieben werden, wie schaut das aus ihrer Meinung nach.

Dir. Dr. **Herbek**: Ich beantworte wahrheitsgemäß, dass ich jetzt keine konkrete Information vorliegen habe, in welchem Bereich welche MitarbeiterInnen welcher Berufsgruppe zu wie viel Prozent mit einer Behinderung arbeiten. Es ist aber so, dass wir gerade z.B. in der Pflege hier sehr darauf achten, dass KollegInnen dort eingesetzt sind, wo sie ihre Arbeitsleistung noch erbringen können und wo sie sie auch erbringen wollen.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Gerade die 1:1 Überwachung - Sie haben ja heuer diesen Wachdienst eingesetzt -, ist der in ihren Augen mehr jetzt zur Betreuung oder ist er zur Hilfe, wie funktioniert denn hier die Kommunikation. Wir haben auch gehört, dass offensichtlich die Kommunikation zwischen dem Wachdienst und den MitarbeiterInnen etwas schwierig ist. Wie schaut das ihrer Meinung nach aus?

Dir. Dr. **Herbek**: Die Überwachung im Sinne einer betreuten medizinischen Überwachung sei es 1:1, was bei Anordnung auch gewährleistet wird oder im Rahmen einer Überwachungsstation ist zu unterscheiden vom Security, wie man es heute vielleicht neudeutsch sagt und der Wachdienst, der nicht nur im Otto-Wagner-Spital, sondern auch in allen anderen Krankenhäusern heute ein selbstverständliches Thema ist.

Im Otto-Wagner-Spital wurde früher als in anderen Häusern ein Security - ein Wachdienst - eingeführt und zwar zunächst auf der forensischen Abteilung, da wir dort - das war auch ziemlich zu Beginn meiner Tätigkeit als Direktorin, das Problem hatten, dass seitens der Justiz, Justizbeamte abgezogen wurden und wir außerhalb deren Kerndienstzeiten selbst für die Bewa-

chung und Unterstützung der PatientInnen und der Unterstützung für das Personal sorgen mussten. Wir haben damals bereits einen privaten Wachdienst hier eingesetzt. Es hat sich nach einer Zeit herausgestellt, dass der Wachdienst für die Anforderungen in diesem Zusammenhang nicht ausreichend war. Dass wir speziell geschulte Securitypersonal im engeren Sinn mit Personenschutzkenntnissen gebraucht haben. Gerade auf der forensischen Abteilung. Dieser Wechsel fand auch statt schon im vergangenen Sommer vor einem Jahr und die Zufriedenheit mit dieser Firma, mit diesem Personenschutzwachdienst ist eine sehr hohe. Es ist auch – meines Wissens – jede Abteilung, die in der Zwischenzeit und das ist jetzt flächendeckend so, mit dem Securitydiensten zu tun hat, die hoch zufrieden ist. Allein die physische Präsenz eines herbeigerufenen Securitymitarbeiters hilft oft den Kollegen von der Pflege und auch der Medizin eine Situation besser zu beherrschen und einen Zugang zu den PatientInnen zu finden.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Sie haben aber irgendwie gesagt, im Vorjahr war das schon. Mir ist bekannt, dass dieser Wachdienst erst heuer eingesetzt worden ist und ursprünglich war sogar die Stadträtin dagegen, dass man diesen Wachdienst eingesetzt hat, ist mein Wissensstand richtig hier oder ist das falsch?

Dir. Dr. **Herbek:** Es gibt verschiedene Zeitpunkte, die man vielleicht auseinander dröseln sollte. Gerade im Otto-Wagner-Spital, wie ich gerade geschildert habe, auf der Forensik gibt es bereits seit mehr als drei Jahren einen entsprechenden Wachdienst. Da wurde die Firma im Sommer vor einem Jahr gewechselt und es ist im Jänner – und somit sind wir bei 2008 – und damit sind wir nicht so weit auseinander, kamen zusätzliche Wachdienste hinzu. Wir haben auch im Bezug auf die EURO eine entsprechende Sensibilisierung rechtzeitig schon wahrgenommen und haben den Securitydienst nicht nur im Rahmen der Psychiatrie, sondern auch in anderen Häusern eingeführt und im Rückblick und wir werden davon auch nicht mehr weggehen. Es hat sich auch in allen anderen Krankenhäusern auch ohne Psychiatrie sehr gut bewährt.

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

GRin **Mörk:** Ja, vielen Dank, Herr Vorsitzender! Frau Direktorin! Ich möchte jetzt auf einen anderen Bereich zu sprechen kommen, nämlich die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ich darf Sie fragen, Sie sind ja seit März 2005 Direktorin der TU1. Was hat sich in diesem Bereich seither getan Kinder- und Jugendpsychiatrie und gibt es da Planungsschritte auch für die Zukunft?

Dir. Dr. **Herbek:** Die Kinder- und Jugendpsy-

chiarie ist auch ein Thema, das mir persönlich auch aus meinem persönlichen Engagement her ein sehr wichtiges ist. Und ich bedanke mich sehr herzlich für die Gelegenheit hier auch die Entwicklungsschritte der letzten Jahre hier ein bisschen darzustellen.

Es wurde hier schon mehrfach angesprochen. Die unbefriedigende Situation, dass es in der Vergangenheit notwendig war unter bestimmten Bedingungen, die auch schon ausgeführt worden sind, auch Jugendliche im Rahmen der Erwachsenenpsychiatrie punktuell betreuen zu müssen.

Ich darf hier auch korrigierend einwerfen, dass es sich hier, wenn es denn der Fall war – was kein befriedigender Zustand war – nicht um kleine Mädchen, sondern häufig um große relativ Erwachsene, aber noch nicht 18jährige Burschen gehandelt hat. Es waren auch, und das soll auch hier nicht ausgeblendet werden, jüngere Menschen durchaus 13, 14, 15 Jahre, die aber in ihrer körperlichen Entwicklung nicht einem durchschnittlichen 13jährigen entsprochen haben, sondern weit darüber hinaus. Und die im Rahmen ihrer zum Teil geistigen Behinderung, aber auch psychiatrischen Erkrankung durchaus Kräfte eines nahezu Erwachsenen entwickeln konnten.

Ich darf festhalten, dass es auch für uns - und ich glaube da sind wir auch einer Meinung -, dass es auch aus unserer Sicht keine befriedigende Situation war, wenn im Einzelfall Jugendliche im Rahmen einer Erwachsenenpsychiatrie betreut werden mussten. Es wurde eine Vorgangsweise schon seit längerem praktiziert, die sich in der Praxis auch bewährt hat, nämlich dann und da handelt es sich vorwiegend um Akutsituationen, wenn beispielsweise die Rettung mit einem noch nicht 18jährigen Jugendlichen eine Versorgung angestrebt hat aufgrund einer amtsärztlichen Vorbegutachtung, dass jedenfalls eine kinder- und jugendpsychiatrische Fachbegutachtung erforderlich ist und nur dann, wenn eine weitere Betreuung an der Abteilung, wenn es dann überhaupt stationär erforderlich erachtet wurde, nicht gewährleistet werden konnte, dann auch nach entsprechendem Aviso und der entsprechenden Begleitung hier eine Versorgung im Rahmen der Erwachsenenpsychiatrie stattfinden musste.

Die Situation war nicht befriedigend und es wurden bereits im vergangenen Jahr auch noch lange bevor die Untersuchungskommission gestartet ist, Schritte gesetzt. Wir haben im Rosenhügel, der zu meinem Verantwortungsbereich gehört, einen Teil der dortigen Abteilung umgebaut und auch sogenannte Akutbetten dort geschaffen und allein durch diese Maßnahme, die im Februar dieses Jahres nach Fertigstellung

des Umbaus zum Tragen gekommen ist, ist es gelungen die Übernahmenotwendigkeit auf die Baumgartner Höhe, also ins Otto-Wagner-Spital der Erwachsenen deutlich zu reduzieren. Es ist kürzlich auch in den Medien bekannt gemacht worden. Es ist eine weitere Erweiterung der Akutbetten zu sorgen im AKH dieser Tage in Kraft getreten. Und ich glaube, wir können sehr guter und zuversichtlicher Hoffnung sein, dass sich dann die nicht befriedigende Situation der Unterbringung von Jugendlichen im Erwachsenenbereich nahezu ausschließt, wenn nicht überhaupt dadurch verhindert werden kann. Und ich freue mich sehr, dass es diese Entwicklung auf allen Linien gegeben hat.

Wir haben auch am Rosenhügel die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung ausgebaut. Das war dadurch möglich, dass in bereits vor zwei Jahren eine Ausbildungsveränderung stattgefunden hat im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie der wir auch strukturell in der Zwischenzeit Rechnung getragen haben. Das bedeutet, dass das Fach das früher Kinder- und Jugendneuropsychiatrie hieß, heute zu einem eigenen Sonderfach geworden ist, Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Kinderneurologie dem großen Dach der Kinderheilkunde zugeordnet wurde. Wir haben dieser Entwicklung strukturell insofern Rechnung getragen, als wir im Rahmen des Preyer'schen Kinderspitals und dann zukünftig auch im Rahmen des Kaiser-Franz-Josef-Spitals die Kinderneurologie verankert haben. Der dortige Primarius hat sich in seiner medizinischen Karriere auch auf diesen Bereich teilweise spezialisiert und wir haben dort eine neue Mannschaft aufgebaut und acht kinderneurologische Betten im Preyer'schen Kinderspital errichtet.

Das hat uns ermöglicht, strukturell am Rosenhügel die Abteilung aus dieser quasi Misch-Neuro- und Psychiatrieabteilung weiter zu entwickeln und haben jetzt im Erdgeschoß dieses Hauses 28 kinder- und jugendpsychiatrische Betten.

GRin **Mörk**: Vielen Dank für diese Beantwortung. Ich darf noch eine Frage an Sie stellen und zwar: Gibt es eine strukturierte Vorgangsweise im KAV, um eine offene Form der Fehlerkultur zu entwickeln?

Dir. Dr. **Herbek**: Wir sind bereits auf dem Weg der Entwicklung, nicht nur für die Zukunft, sondern das Thema Fehlerkultur, Fehlermanagement, Risikomanagement ist seit mehreren Jahren ein Thema. Wir haben eine große Führungsveranstaltung „Vision und Wirklichkeit“ bereits vor zwei Jahren diesem Thema sehr ausführlich mit einem großen Echo unter den Führungskräften aller Häuser, Krankenhäuser, Pflegeheime etablieren können.

Es gibt verschiedene Instrumente über die,

glaube ich, auch in diesem Rahmen schon berichtet worden ist zum Thema Fehlerkultur, zum Thema Prävention von Fehlern, zum Thema Bekanntmachung von Beinahefehlern und dem offenen Umgang damit. Der offene Umgang, der hier angesprochen worden ist, ist daher besonders wichtig, da man dann, wenn man sich fürchten muss, wenn man einen Fehler begangen hat, nicht offen darüber redet. Und dann kann man auch nicht lernen. Und es ist uns ein großes Anliegen, dass es ermöglicht wird und der Krankenanstaltenverbund steht dazu, die Generaldirektion, die TU-Direktionen stehen allesamt dazu, dass dieser offene Umgang auch ermöglicht wird. Es geht nicht um ein an die Wand malen von Szenarien. Es geht nicht darum, MitarbeiterInnen in die Auslage zu stellen und mit dem Finger auf sie zu zeigen. Im Gegenteil. Wir haben verschiedene Instrumentarien wie MitarbeiterInnen die Fehler und Problem beobachten, sie auch mitteilen zu können und wenn sie das wünschen auch anonym. Wir haben im Intranet entsprechende Plattformen eingerichtet. Es gibt viele Abteilungen die sich freiwillig gemeldet haben, die an ihren Abteilungen Risikoaudits machen und gemacht haben, die sich mit der entsprechenden Teambildung auseinandersetzen und die im Stande sind und das ist gar nicht so leicht als Team miteinander auch offen über Fehler innerhalb der Abteilung zu sprechen. Ich halte diese Teambildung und Teamfestigung für einen der wesentlichen Faktoren, wie man innerhalb einer Abteilung und auch darüber hinaus mit Fehlerkultur umgehen kann. Und es hilft auch im Einzelfall mit einem Fehler strukturiert offen umzugehen. Anderen diese auch mitzuteilen. Sich nicht dafür zu genieren, sondern auch den anderen zu ermöglichen zu lernen. Ich kann mich an eine Abteilung – das war nicht im psychiatrischen Bereich – erinnern, die schon sehr weit auf diesem Weg war und wo auch Menschen arbeiten, ein Fehler passiert ist. Es ging aber dann sofort die Information und – wenn ich so sagen darf – die Lernkaskade los. Man hat offen gesagt, das und das ist uns passiert. Wir haben analysiert, warum dieser Fehler passieren konnte. Was dafür in Zukunft getan werden kann, um ihn hinten zu halten, zu verhindern und haben auch entsprechende Kommunikation darüber betrieben. Und ich denke, das ist ein Weg der auch in Zukunft Schritt für Schritt weiter Platz greifen soll.

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

GRin Dr. **Pilz**: Danke, Herr Vorsitzender! Frau Dr. Herbek, ich komme noch einmal auf dieses Schreiben zurück. Sie haben gesagt, es handelt sich um eine Abteilung, wo es sich noch um einen – ihrerseits offensichtlich nicht drama-

tisch eingeschätzten - Mangel handelt. Ich möchte aus dem Schreiben weiter zitieren und noch für die, die das Schreiben nicht kennen, ergänzend sagen, es sind nicht irgendwelche Ärzte, die sich vielleicht sozusagen aus einer Subjektivität hier an die Vorgesetzten gewendet haben, sondern es sind die dienstplanverantwortlichen ÄrztInnen, also jene die die Dienstpläne erstellen und zwar nicht nur für diese eine genannte Abteilung, sondern für die Primariate 1 bis 6. Also das ist eine repräsentative Aussage. Ich bin beeindruckt, wie wenig Eindruck das bei ihnen gemacht hat. Vielleicht können Sie etwas dazu sagen im Bezug auf das Primariat 1, also nicht etwa die vorher genannte 3. Abteilung, wird hier ausgeführt, dass der Mangel an FachärztInnen bedeutet, dass wir inzwischen ebenfalls fast regelhaft nach dem Nachtdienst da bleiben müssen, was immer zu Arbeitszeitüberschreitungen führt und aus diesem Grund sehen sie sich begrifflicherweise nicht mehr in der Lage noch weitere Aufgaben zu übernehmen. Wir sind sowohl von ihnen als auch von Herrn Generaldirektor, als auch von der Frau Stadträtin wurde uns wiederholt versichert, dass es im Krankenanstaltenverbund und insbesondere in der Psychiatrie des Otto-Wagner-Spitals nicht zu Arbeitszeitüberschreitungen kommt. Hier sagen die MitarbeiterInnen, die für die Dienstpläne verantwortlich sind, dass es regelhaft vorkommt, dass man nach dem Nachtdienst da bleiben muss. Impogniert Ihnen das auch nicht oder sind Sie zu beeindruckt von diesen Fakten?

Dir. Dr. **Herbek:** Ich habe nicht gesagt, dass ich ausschließe, dass Überstunden – und das wären Überstunden die hier angesprochen sind –

GRin Dr. **Pilz:** Regelhaft!

Dir. Dr. **Herbek:** - dass ich das nicht zur Kenntnis nehme, das habe ich nicht gesagt. Es sind Situationen eingetreten und war, und auch das braucht man nicht ausblenden, das tue ich auch nicht, im Sommer vor allem aber auch immer wieder, wenn aufgrund von Krankenständen KollegInnen, die es gibt und die nicht unter dem Titel „es gibt keine FachärztInnen“ fallen auch kurzfristig ausfallen. Es gab eine Situation, wo an einem Wochenende es nicht möglich war von der eigenen Abteilung einen Facharztendienst zu besetzen. Es mussten von anderen Abteilungen Kollege herangezogen werden. Das ist ein Ausnahmefall. Das ist nicht geregelt und es sind auch die Papiere, aus denen Sie zitieren, sind in einem Zusammenhang erstellt worden, wo es darum geht und ging gemeinsam mit den Dienstplanverantwortlichen und ihren PrimarärztInnen an den 6 Regionalabteilungen aber auch im Zusammenhang mit den anderen Überregionalabteilungen Lösungen zu entwickeln, um

nicht nur Probleme aufzuzeigen. Und ich denke, die Lösungen finden im Dialog statt. Ich habe eben mit den PrimarärztInnen der Regionalabteilungen und darüber hinaus mit der ärztlichen Direktion kürzlich erst zum wiederholten Male geführt und wir sind gemeinsam und ich darf es auch hier wiederholen, diesbezüglich auf einem entsprechenden Weg. Ich sage nicht, dass ich nicht beeindruckt bin und das möchte ich mir hier auch sozusagen nicht unterstellen lassen. Ich denke nur, es gehört auch zu meinen Aufgaben nicht nur persönlich einfach wahrzunehmen, wenn es MitarbeiterInnen nicht gut geht, sondern auch zu versuchen, die strukturellen Wege zur Verfügung zu stellen, die strukturellen Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen wie eine Situation, die die KollegInnen aufzeigen allenfalls auch verbessert werden kann und genau dazu gab es vor 10 Tagen mit mir eine entsprechende Besprechung, wo ich den Eindruck hatte, dass hier ein gemeinsamer Weg nochmals bekräftigt wurde. Dass wir den KollegInnen – es waren nicht nur PrimarärztInnen, sondern in Vertretung auch die eine oder andere OberärztIn dabei von zwei Abteilungen, hier einen Weg gefunden haben, wie für die KollegInnen sichtbar wird, dass man ihr Problem ernst nimmt und dass man sich dem gemeinsam konstruktiv widmet.

GRin Dr. **Pilz:** Es interessiert mich in dem Zusammenhang schon, wie Sie jetzt zu der Aussage kommen, dass das vereinzelnde Überschreitungen der Arbeitszeitregelung darstellt, wenn hier davon die Rede ist, dass es regelhaft ist und nicht etwa von irgendjemanden, der ein subjektives Empfinden äußert, sondern von den Verantwortlichen für die Dienstpläne. Jetzt frage ich Sie noch, sind Sie dem nachgegangen, wenn hier regelmäßig die Arbeitszeit überschritten wird oder stellen Sie das sozusagen jetzt einfach so in Abrede und ich kann mir denken, die Dienstplanverantwortlichen haben halt etwas behauptet, was nicht den Fakten entspricht.

Dir. Dr. **Herbek:** Nein, das kann man so nicht pauschal sagen, würde ich meinen. Die Arbeitszeitüberschreitungen nach dem Arbeitszeitgesetz sind eine andere Regelung als wenn es aus verschiedenen Gründen angeordnete Überstunden gibt –

GRin Dr. **Pilz:** Da muss man das Zitat fertig lesen, hier steht, dass inzwischen ebenfalls fast regelhaft nach dem Nachtdienst dageblieben werden muss, was immer wieder zu Arbeitszeitüberschreitungen führt. Genau das was Sie jetzt gesagt haben. Es führt dazu.

Dir. Dr. **Herbek:** - ich möchte nochmals versuchen das auseinander zu halten. Es gibt, und das ist in der Psychiatrie gelegentlich erforderlich, aber auch im Rahmen von Krankenständen, kurzfristigen Arbeitsausfällen, auf Urlauben,

Kongressbesuchen, auch in anderen Abteilungen der Fall, dass es punktuell erforderlich ist, nach dem Nachtdienst nicht nach der Übergabe nach Hause zu gehen, sondern bis um 13.00 Uhr weiterhin Dienst zu versehen. Das sind Überstunden, die auch, wie ich schon beantworten konnte, entsprechend finanziell und/oder in Freizeit abgegolten werden. Die Arbeitszeitüberschreitung nach dem Arbeitszeitgesetz sind nicht unbedingt auf diese Überstunden im Einzelfall zurückzuführen und dass es im Einzelfall eine Arbeit geplante Arbeitszeit nämlich jene von 8.00 Uhr in der Früh bis am nächsten Tag um 9.00 Uhr überschreitet ist im Sinne einer hier als wortverwendeten Arbeitszeitüberschreitung zwar richtig, sprengt jedoch nicht den Rahmen des Krankenanstaltenarbeitszeitgesetzes. Hier wird entsprechend an die Arbeitsinspektorate gemeldet. Wir holen uns hier auch die entsprechenden Meldungen aus den Häusern, auch nicht nur aus dem Otto-Wagner-Spital, sondern auch aus allen anderen und wo es punktuell eben diese Überschreitungen gibt, die sich häufen, wird dem auch entsprechend nachgegangen. Wir haben in anderen Krankenhäusern Maßnahmen getroffen und wenn sie im Otto-Wagner-Spital auf der Psychiatrie auch auftreten sollten, gilt das auch für die Psychiatrie. Es war im konkreten Fall aus der letzten Auswertung, die mir vorliegt nicht an der Psychiatrie, sondern an einer anderen Fachabteilung im Otto-Wagner-Spital der Fall.

GRin Dr. **Pilz**: Die Dienstplanverantwortlichen haben hier – Sie sagen, sie sprechen von Lösungen – vorgeschlagen, dass die PrimarärztInnen in das Dienstrad hineingenommen werden. Ich habe Sie schon einmal danach gefragt, was Sie dazu sagen. Sie haben es noch nicht beantwortet. Ich bitte Sie jetzt zu diesem für mich sehr plausiblen und nachvollziehbaren Vorschlag Stellung zu nehmen. Ob Sie daran denken die Ressource PrimarärztInnen hier in die Regelversorgung hier hereinzunehmen?

Dir. Dr. **Herbek**: Das war in der bereits beschriebenen und angesprochenen Besprechung vor zwei Tagen auch ein Diskussionspunkt. Und das ist grundsätzlich auch eine Möglichkeit hier im Notfall, im Ausfallzeiten von FachärztInnen auch einen Facharztendienst abzudecken und das ist im Einzelfall an anderen Fachabteilungen, noch nicht in der Psychiatrie, aber ich kenne Einzelfälle, wo das der Fall war in somatischen Fächern auch schon gemacht worden.

Wir haben uns im Rahmen der Diskussion zu „wie man sich schrittweise auf die Besetzung von Facharztsträdern hinbewegen kann und wie man bis dahin sinnvoll und konstruktiv auch auf Basis von Vorschlägen des Mittels aus arbeiten kann“ auch mit diesem Vorschlag beschäftigt und sind zu dem Schluss gekommen, und das

war keine Entscheidung von mir, sondern von einer Entscheidung, die von uns diesem Besprechungsgremium mitgetragen worden ist, dass es durch eine Etablierung, befristete Etablierung, und das möchte ich unterstreichen, von facharztgleichen Diensten von jenen KollegInnen, die bereits ihre Facharztprüfung hinter sich haben und die sie bereits erfolgreich absolviert haben, unter Gebarung systematischer Supervision von anderen Abteilungen, von anderen FachärztInnen, aber auch mit Unterstützung und Rückenbedeckung der PrimarärztInnen möglich sein wird, dies zur Vollbesetzung mit FachärztInnen und das wird in den nächsten Monaten der Fall sein, die Dienste weiter zu versehen. Die Aufgabe des PrimarärztInnen ist es sicherzustellen, dass die KollegInnen, die von sich aus bereit sind und auch nur dann ist es möglich, diese facharztgleichen Dienste zu leisten, für diese auch die Einschätzung abzugeben, dass sie es ihnen zutrauen. Dass sie ihnen auch zur Verfügung stehen. Dass sie ihnen telefonisch zur Verfügung stehen, aber auch im Bedarfsfall persönlich für sie ansprechbar und auch physisch vorhanden sein werden. Wir haben vereinbart, dass in den Dienstlisten in der nächsten Zeit nicht nur die ÄrztInnen für die FachärztInnendienste festgehalten sind, sondern auch jene, die dann in diesem konkreten Fall die Supervision machen sollen. Das heißt, ein Kollege, der von seinem Chef oder Chefin autorisiert ist und selbst dazu befähigt und bereit ist, facharztgleiche Dienste zu machen, nicht, wenn er einen Facharzt braucht, diesen sich im Haus suchen muss. Sondern das gehört in die Dienstlisten eingetragen, dass der Kollege, der für die Supervision zuständig ist, hier auch entsprechend von vornherein definiert ist, dies auch weiß und auch kennt.

Für jene Fälle, und das ist hier auch heute schon gefallen, nämlich dem Unterbringungs-gesetz, wo man zwei FachärztInnen braucht, sind ebenfalls entsprechende Richtlinien vorgesehen.

GRin Dr. **Pilz**: Ich komme jetzt zu den Mängeln in der PatientInnenversorgung, die ja ein ganz wichtiger Anlass für diese Untersuchungskommission waren. Es hat die Ihnen natürlich bekannten und hier schon oftmals besprochenen Brandunfälle gegeben. Welche Maßnahmen haben Sie auch im Lichte der Leitlinien durch die psychiatrische Gesellschaft hinsichtlich Aufsicht und Versorgung von fixierten und sedierten PatientInnen, tiefsedierten PatientInnen, welche Maßnahmen haben Sie denn ergriffen, damit die Überwachung und Betreuung dieser besonders verletzlichen PatientInnengruppen nach den Brandunfällen seither, dass die lückenlose Betreuung sichergestellt wird? Haben Sie angeordnet eine 1:1 Überwachung? Haben Sie Vi-

deoüberwachung angeordnet? Was haben Sie getan, damit künftighin derlei Dinge nicht mehr passieren können?

Dir. Dr. **Herbek**: Zunächst möchte ich festhalten, dass von Mängeln in der PatientInnenversorgung, und das wurde auch mehrfach hier schon gesagt, nicht die Rede sein kann. Die PatientInnen waren und sind zu allen Zeiten fachgerecht und ausreichend und angemessen versorgt gewesen und das ist auch heute der Fall. Im Rahmen von PatientInnen, psychiatrischen PatientInnen sind Brände, Feuerlegungen, Selbstverletzungen leider nicht für alle Zeit auszuschließen.

Es sind auch Brandunfälle vorgekommen. Die Fälle sind bekannt. Werden auch immer wieder hier eingebracht. Bei denen die konkreten Maßnahmen von jemanden, wo alarmiert wird, wo gerettet wird, wo gelöscht wird, durch die MitarbeiterInnen im Spital in jedem Fall gehandelt worden ist und weitere, auch wenn es bedauernder Weise schwere Verletzungen bei einer Patientin gegeben hat, hier nicht weitere PatientInnen zu Schaden gekommen sind.

Die Überwachung von tiefsedierten PatientInnen wie hier auch immer wieder gesagt wird, ist ein ganz ein anderes Thema. Es ist die Sedierung eine der Maßnahmen im Rahmen von der psychiatrischen Behandlungen und es ist auch von der medizinisch noch fachkompetenteren ärztlichen Direktorin Kalousek, die ja auch Psychiaterin ist, gesagt worden, dass sedierte PatientInnen nicht bewusstlose PatientInnen sind. Es ist eine Maßnahme für PatientInnen in einem agitierten Zustand, wo sie im wahrsten Sinne – wenn man das vielleicht umgangssprachlich sagen kann – „außer sich“ sind, hier zu einer Beruhigung, zu einem Innehalten zu kommen, zu dem sie sonst nicht imstande sind. Es ist nicht jede PatientIn die mit sedierenden Medikamenten behandelt wird auf einer Überwachungsstation oder gar auf einer Intensivstation behandlungs- und überwachungspflichtig. Es ist dann – und das hängt individuell von der Behandlungsstrategie ab, die eine FacharztIn anzuordnen hat, in welcher Form eine PatientIn behandelt wird. Ob Sedierung, in welcher Form Sedierung, in welcher Tiefe Sedierung und welche Schutzmaßnahmen für die PatientInnen im Einzelfall erforderlich sind. Und wenn eine 1:1 Überwachung, nämlich eine physische Person zu einem physischen Patienten, angeordnet wird von der ArztIn, und das wurde auch hier schon gesagt, wird diese auch sichergestellt. Es ist nicht meine Aufgabe als Direktorin der Teilunternehmung 1 für einzelne PatientInnen hier die individuelle Behandlungsstrategie vorzuschlagen und anzuordnen. Ich bin wie ich zuerst geschildert habe, Ärztin für allgemeine Medizin und auch nicht für

Psychiatrie. Was unsere Aufgabe ist, ist den Rahmen sicherzustellen, dass dann, wenn eine solche ärztliche Anordnung ergeht, diese auch entsprechend umgesetzt werden kann und das ist der Fall.

GRin Dr. **Pilz**: Dazu braucht es räumliche und personelle Voraussetzungen, die und das wurde hier von mehreren Ärzten deutlich gemacht, nicht gegeben sind. Also es ist nicht in allen Pavillons die Möglichkeit der überwachten Einzelunterbringung möglich, weil die räumlichen Voraussetzungen nicht gegeben sind. Es ist nach wie vor der Fall, dass fixierte oder im Netzbett befindliche PatientInnen mit anderen PatientInnen im gleichen Raum untergebracht sind. Und man daher nicht sicherstellen kann, dass von einem Dritten Gefahr ausgeht für die fixierten oder im Netzbett befindlichen PatientInnen. Meine Frage daher, welche Anordnungen haben Sie gegeben, damit die räumlichen und infrastrukturellen und personellen Rahmenbedingungen gegeben sind, die es erlauben im konkreten Fall, wenn es individuell notwendig ist, dann anzuordnen, dass jemand in Sichtweite des Personals, aber außer Reichweite der anderen PatientInnen sicher untergebracht ist und dass man im Bedarfsfall eine 1:1 Betreuung hat. Welche Anordnungen – nicht im medizinischen Sinn – aber im Hinblick auf die Infrastruktur haben Sie hier gegeben?

Dir. Dr. **Herbek**: Ich möchte eben auch unterscheiden, so wie Sie es auch getan haben, zwischen den personellen Voraussetzungen und den räumlichen Voraussetzungen. Wo mit räumlichen Voraussetzungen auch die technischen Voraussetzungen umfasst werden sollen.

Die personellen Voraussetzungen betreffen bei Beschränkungen und – das darf ich vielleicht so als Überbegriff für die verschiedenen Maßnahmen, sei es Fixierungen, sei es Netzbett verwenden – dass bei Beschränkungen eine entsprechende der Beschränkungsmethode angemessene auch personelle Unterstützung der PatientInnen erforderlich ist. Das ist, wenn es angeordnet wird eine 1:1 Betreuung. Das ist eine entsprechend per Maßnahme kurzfristige Betreuung durch das Pflegepersonal und der Pflegepersonalschlüssel wurde den Anforderungen auch laufend in der Vergangenheit, aber auch im Zuge der aktuellen Diskussionen immer wieder angepasst. In Situationen, wo man auch im Einzelfall Personal zusätzlich braucht, z.B. bei einer 1:1 Überwachung, ist es möglich, ein Poolpersonal kurzfristig anzufordern bzw. im Rahmen des Personalausgleichs innerhalb des Otto-Wagner-Spitals hier auch die entsprechenden Maßnahmen zu treffen. Das wurde hier bereits von der Pflegedirektorin Schütz hier entsprechend ausgeführt.

Zu dem Personellen. Also d.h. meine Verantwortung in diesem Zusammenhang, um das noch zu präzisieren, liegt darin, dass der entsprechende Rahmendienstpostenplan für die Pflege, die dann diese Aufgaben zu erfüllen hat, auch vorhanden ist und das ist der Fall.

Bezüglich der räumlichen Verbesserung wurde auch hier in diesem Rahmen bereits ausgeführt, und das ist ja uns auch allen bekannt, dass im Otto-Wagner-Spital nicht alle Pavillons heute schon den Standard entsprechen wie wir ihn baulich und infrastrukturell wünschen. Einrichtungen wie das Monitoring werden mit Ende dieses Jahres flächendeckend in den Akutabteilungen, Akutstationen vorhanden sein. Dieser Prozess ist abgeschlossen. Was die technischen Installationen betrifft: Was noch nicht der Fall ist, aber auch hier sind sie im Prozess und hier ist meine Aufgabe, die entsprechenden Finanzmittel dafür zur Verfügung zu stellen, dass auch schrittweise die Pavillons adaptiert werden können. Ich sage bewusst hier adaptiert und nicht generalsaniert, da hier – wie wir auch schon hören konnten – hier es einen Unterschied gibt. Es ist schrittweise möglich, sei es im Bezug auf Sanitäräume oder auf Trennung von Räumlichkeiten in ehemals großen Zimmern, hier im Wege von Sanierungen und Adaptierungen voranzugehen. Der Generalsanierung eines ganzen Pavillons, die auch die Wände, die Mauern, die Dächer betrifft ist ein viel größeres Unterfangen, das auch in der Vergangenheit stattgefunden hat, auch in Zukunft stattfinden wird, aber das einen anderen Rahmen bedeutet als eine schrittweise Adaptierung auf neue Rahmenbedingungen. Sie kennen die Beispiele, die auch immer wieder hier gefallen sind, der Pavillon X für den ist jetzt um die Jahreswende auch diese Adaptierung vorgesehen und das ist auch den MitarbeiterInnen dort bekannt.

GRin Dr. **Pilz**: Sie sprechen davon, dass die notwendigen Betreuungsmaßnahmen gewährleistet sind. Ich zeige Ihnen hier ein Foto, das ist vom Pavillon X, Juli 2008 – da sieht man hier einen Paravent, das ganze ist am Gang und hinter diesem Paravent steht ein Netzbett in dem eine PatientIn drinnen liegt. Das bedeutet für die PatientIn, dass sie am Gang ausgesetzt allen, die vorbei gehen hier untergebracht ist. Eine Überwachung durch irgendeine Person aus der Pflege oder des medizinischen Dienstes ist hingegen nicht möglich, weil sie ist ja vor Blicken geschützt und zwar vor den Blicken aller, auch vor den Blicken des Pflegepersonals und eine Unterbringung, die sicher wäre, dass man sozusagen gegen Übergriffe von MitpatientInnen oder BesucherInnen gesichert wäre ist auch nicht gegeben. Für die die es vielleicht sonst noch interessiert, so schaut das aus: Hinter einem

Paravent muss der Patient hier am Gang im Netzbett liegen. Halten Sie das für eine „state of the art“ – Versorgung? Halten Sie das für würdig? Halten Sie das für eine Großstadt wie Wien für angemessen? Juli 2008!

Dir. Dr. **Herbek**: Ich kenne dieses Bild bis heute nicht. Ich kenne den Pavillon X und es ist sicher nicht befriedigend, wenn man die Raumtrennungen wie es zum Teil heute der Fall ist durch zum Teil Möbel gewährleistet. Ich darf wiederholen, was ich gerade gesagt habe. Der Pavillon X ist einer, der schon länger vorgesehen war und jetzt ist es auch so weit, dass hier die entsprechenden Adaptierungen durchgeführt werden. Es bedarf hier, es gibt eine Kaskade von Maßnahmen, wo nicht nur der Pavillon X, sondern auch andere Pavillons entsprechend adaptiert werden. Dazu muss man einen Pavillon sozusagen so herrichten, dass er als Interimsabteilung genutzt werden kann und da kommt es hier zu organisatorischen Prozessen, man muss von einem Pavillon in den anderen übersiedeln und hier entsprechend die Vorbereitungszeit haben und der Pavillon X ist einer, der jetzt in den Umbau eintreten wird. Ich halte auch – ich kenne das Foto nicht, ich kenne die konkreten Umstände und wie es entstanden ist nicht – es ist sicher nicht wünschenswert ein solches Foto herstellen zu können, wobei ich nicht weiß, unter welchen Umständen es entstanden ist.

GRin Dr. **Pilz**: Ich kann es ihnen sagen. Das Foto ist dadurch entstanden, dass jemand, der dort sozusagen aufhältig ist im Pavillon X, das fotografiert hat, weil die Person so schockiert war über diese Verhältnisse und den Zustand des Pavillon X haben wir hier schon besprochen, aber Sie sind für die Teilunternehmung verantwortlich und meine Frage war, ob Sie das verantworten können, dass im Jahr 2008 in der Psychiatrie in Wien nicht etwa eine kleine räumliche Trennung, sondern ein Paravent am Gang vor jemanden, der im Netzbett liegt. Es geht um die Verantwortung und wenn Sie jetzt sagen, Sie wussten nichts davon, dann möchte ich Sie fragen, können Sie bei der zuständigen Direktorin darüber keine Informationen erhalten, dass es solche Zustände gibt oder haben Sie nie danach gefragt?

Dir. Dr. **Herbek**: Da ich dieses Foto bis zum heutigen Tag nicht kannte, habe ich auch niemanden danach fragen können.

GRin Dr. **Pilz**: Aber wissen Sie, ob PatientInnen in Netzbetten regelmäßig in Gängen untergebracht sind und mit Paravents geschützt werden. Ob das die übliche Vorgangsweise ist, wissen Sie das?

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau Dr. Pilz! Wir haben schon öfters gehört, dass das maximal in Ausnahmesituationen vorkommt.

GRin Dr. **Pilz**: Wieso wissen Sie das, Herr Vorsitzender?

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Das ist aus den ganzen Zeugenaussagen schon herausgekommen, nicht? (*Zwischenrufe*)

GRin Dr. **Pilz**: Das ist ein Skandal. Juli 2008 und die Frau Direktorin, wieso wissen Sie das, Frau Matzka-Dojder? (*Zwischenruf*) Ein gestelltes Bild wird es sein.

Also Frau Direktor! Haben Sie sich je erkundigt, ob so etwas der Fall ist; über die Unterbringung am Gang war ja hier schon die Rede?

Dir. Dr. **Herbek**: Wir haben uns im Sommer dieses Jahres auf dem Pavillon X einmal getroffen, wir sind einander begegnet, wir haben uns beide ein Bild vom Pavillon gemacht. Ich stehe nicht an zu sagen, dass, wenn es dieses Foto möglich war, wenn es eine reale Situation war, ich kenne sie im Einzelfall konkret nicht, dass das keine Situation ist, die regelhaft auftreten soll und die auch sicher nicht regelhaft aufgetreten ist und ich darf auch hier wiederholen, was bereits mehrmals in dieser Untersuchungskommission auch gesagt worden ist, eine Beschränkung im Netzbett ist eine Situation, die keiner - auch ein Patient, auch das Personal - nicht dann macht, wenn es nicht erforderlich ist, wenn es nicht argumentierbar ist, wenn es unter dem Schutz des Unterbringungsgesetzes ja auch erfolgt und die Unterbringung eines Netzbettes auf dem Gang hat dann eine gewisse Berechtigung, wenn es unter den noch nicht idealen, und darüber sind wir uns ja auch einig, noch nicht idealen räumlichen Bedingungen des Pavillon X sinnvoll ist, ein Netzbett, ein psychiatrisches Intensivbett, wie es auf der Psychiatrie genannt wird, auch in der Nähe des Personalstützpunktes zu haben. Und ich gehe nicht davon aus, dass eine derartige Konstruktion für das Pflegepersonal nicht einsichtig war.

GRin Dr. **Pilz**: Herr Vorsitzender, wenn niemand anderer Fragen hat, ich habe noch welche. Also ich gebe aber gerne die Runde weiter. Haben noch andere Fragen?

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Nein, es gibt keine.

GRin Dr. **Pilz**: Dann muss ich noch weiter Fragen an Sie richten!

Haben Sie sich, Frau Direktor Dr. Herbek, mit den Klagen, die vom Personal gekommen sind, und ich habe eine Reihe von Protokollen der kollegialen Führung vor mir, wo davon die Rede ist, dass man mit ihnen gesprochen hat über die schlechte budgetäre Situation. Haben Sie über diese Verhältnisse mit ihren Vorgesetzten Herrn Generaldirektor Marhold oder Frau Stadträtin Brauner bzw. Wehsely gesprochen? Ich verweise auf Protokolle der kollegialen Führung seit 2005, wo immer wieder Besprechungen von

Seiten der kollegialen Führung mit ihnen angeführt sind, wo man über den Entwicklungsbedarf im Haus gesprochen hat. Wo man mit ihnen über die budgetäre Situation usw. gesprochen hat. Welche Maßnahmen haben Sie gesetzt? Und haben Sie die zuständige politische Ebene informiert von den Mängeln?

Dir. Dr. **Herbek**: Ich möchte nochmals das Wort Mängel in diesem Zusammenhang unerwähnt wissen. Möchte aber zur konkreten Frage natürlich antworten. Die Kollegiale Führung, die ihre regelmäßigen Sitzungen hat und darüber Protokolle macht, hat eine Sichtweise entwickelt - das ist selbstverständlich - die sie auch in den Protokollen festhält. Es ist nicht üblich, dass die Protokolle der kollegialen Führungssitzungen, und das ist jetzt auch im Otto-Wagner-Spital auch kein Ausnahmefall, der TU-Direktion oder der Generaldirektion zukommen, sondern das ist ein Arbeitsinstrument für die kollegiale Führung, um sich in ihrer Kommunikation zu dokumentieren. Wir haben im Zusammenhang mit dem Budget für das Otto-Wagner-Spital, und da ist ja auch keineswegs die Psychiatrie ein Thema, das gesondert behandelt wird, das Budget beziehen sich auf den Personalaufwand, auf den Sachaufwand, auf den Investitionsaufwand, um das einmal grob zu sagen und wir sprechen natürlich das gesamte Otto-Wagner-Spital, wenn es um Budgetfragen mit der Kollegialen Führung geht und dort, wo es spezielle Fragestellungen seitens der Kollegialen Führung gibt, die an uns herangetragen werden, dazu gibt es viele Gelegenheiten sowohl strukturiert als auch, wenn ich so sagen darf, unstrukturiert, mit Telefon, E-Mails etc. hier entsprechend sich Aufmerksamkeit zu verschaffen. Wir haben regelmäßige Besprechungen zum Thema Budget. Wir haben in der Regel nach dem 1. Quartal eines Jahres Budgetbesprechungen. Wir haben sogenannte Halbjahresgespräche, um bei Bedarf auch während der anderen Monate Gespräche mit den Kollegialen Führungen und auch da ist das Otto-Wagner-Spital kein Sonderfall, um die budgetäre Entwicklung des laufenden Jahres gemeinsam zu beobachten, zu bewerten und allenfalls auch in Bezug auf das Budget nachzubessern. Das gilt sowohl für das Sachbudget, aber auch für das Investitionsbudget. Wir haben ein laufendes Investitionscontrolling, wo wir, wenn wir im Laufe des Jahres sehen, dass in einem oder anderen Haus Projekte nicht in der geplanten Zeit umgesetzt werden können, dass wir Geld abschöpfen und es im Einvernehmen mit den Kollegialen Führungen auch anderen Häusern zuteilen. Das betrifft alle Häuser gleichermaßen, aber natürlich auch das Otto-Wagner-Spital und auch das Otto-Wagner-Spital hat beispielsweise im heurigen Jahr aus dieser Investitionsgeldumverteilung

auch zusätzliches Geld für Investitionen bekommen.

(Ende: 13.05 Uhr)

Die budgetäre Verantwortung der kollegialen Führung, sei vielleicht zusammenfassend gesagt, liegt darin, dass sie mit uns einerseits im Rahmen eines Wirtschaftsplanes, im Rahmen der geplanten Budgets im Dialog sind, dass wir dort zu den regelmäßigen Besprechungen entsprechend thematisieren, wenn es auch irgendwo Probleme gibt und dass wir uns bemühen im Rahmen unserer Möglichkeiten die Mittel zur Verfügung zu stellen. Ich bin mit dem Generaldirektor aber nicht gesondert an Krisenthemen laufend im Gespräch über die Budget. Wir haben durch unseren Generaldirektor-Stellvertreter, der als Finanzchef auch noch zusätzlich unser Team verstärkt eine regelmäßige budgetäre Budgetbesprechungen, wo wir auch uns verständigen über allenfalls noch umzuverteilende Budget, das wir dann auch im Einzelfall entsprechend abwickeln.

GRin Dr. **Pilz:** Meine Frage war, ob Sie die politische Ebene, die zuständige Frau Stadträtin über die desolaten Zustände in einzelnen Pavillons und über den von den MitarbeiterInnen immer wieder thematisierten Personalmangel informiert haben und ob Sie auf die nötige Weise aufmerksam gemacht haben, dass es hier dringenden Verbesserungsbedarf gibt. Hat es diese Gespräche gegeben und wozu haben sie geführt?

Dir. Dr. **Herbek:** Die Maßnahmen, die als notwendig erachtet worden sind, konnten wir im Rahmen unseres Budgets immer setzen und wir sind, wie ich bereits gesagt habe darüber auch waren und sind und werden im Dialog mit der Kollegialen Führung diesbezüglich sein. Im Rahmen der Diskussion rund um die Psychiatrie sind wir im laufenden Dialog mit dem Stadtratbüro auch mit Frau Stadträtin Wehsely, sie kennt die Rahmenbedingungen, mit denen die Psychiatrie arbeitet. Sie kennt unsere Maßnahmen und wir berichten regelmäßig über die Maßnahmen, die wir treffen und ich denke das ist auch die adäquate Informations- und Maßnahmenpolitik, dass wir die zuständige Stadträtin informieren über die Maßnahmen, die wir treffen, die wir im Rahmen unseres Budgets treffen und für die wir auch verantwortlich sind.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Gut, damit sind die Fragen alle jetzt beantwortet. Ich danke Ihnen für ihre Geduld bei der Beantwortung der Fragen, sehr geehrte Frau Direktorin und darf Sie aus ihrem Zeugenstand entlassen.

Ich darf noch programmatisch auf die nächste Sitzung am Donnerstag, den 4. Dezember um 12.00 Uhr hinweisen.

Ich danke vielmals und darf hier die Sitzung schließen.