

Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates

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

3. Sitzung vom 17. April 2008

Wörtliches Protokoll

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|---|--------------------|
| 1. Eröffnung der Sitzung,
Feststellung der Anwesenden | S. 3 |
| 2. Allfälliges | S. 3 bis
S. 4 |
| 3. Vortrag und Befragung von
Herrn Univ.-Prof. Dr. Alfred
Pritz | S. 4 bis
S. 20 |
| 4. Vortrag und Befragung von
Herrn Univ.-Prof. Dr. Heinrich
Kunze | S. 20 bis
S. 42 |
| 5. Beweisanträge | S. 42 bis
S. 43 |
| 6. Weitere Vorgangsweise | S. 43 |

(Beginn um 9.35 Uhr)

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

Zur 3. Sitzung der Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates über „Gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“, darf ich Sie herzlich begrüßen.

Insbesondere darf ich wieder für die Beschlussfähigkeit für das Protokoll namentlich die Damen und Herren der Untersuchungskommission begrüßen:

GRin Mag. Waltraut Antonov.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:**

GR Christian Deutsch.

GR Christian **Deutsch:** Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:**

GR Karlheinz Hora.

GR Karlheinz **Hora:** 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 Barbara Novak.

GRin Barbara **Novak:** Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:**

GRin Anica Matzka-Dojder.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:**

GR Dr. Alois Mayer.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:**

GRin Hedwig Petrides.

GRin Hedwig **Petrides:** Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:**

GRin Karin Praniess-Kastner.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:**

GRin Dr. Sigrid Pilz.

GRin Dr. Sigrid **Pilz:** 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 Siegi Lindenmayr.

GR Siegi **Lindenmayr:** Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Die Damen und Herren sind alle anwesend.

Ich darf feststellen, dass die Kommission beschlussfähig ist.

Die heutige Tagesordnung umfasst zunächst

den Vortrag des Herrn Univ.-Prof. Dr. Alfred Pritz, Rektor der Sigmund Freud PrivatUniversität in Wien, als Sachverständigen zum Thema „Welche Standards gelten in der psychotherapeutischen Behandlung psychiatrischer PatientInnen intra- sowie extramural, national wie international“.

Ich darf den Herrn Univ.-Prof. Dr. Pritz herzlich begrüßen.

Zum Programm darf ich noch dazu sagen: Nach dem Vortrag von Herrn Univ.-Prof. Dr. Pritz müssen wir eine kurze Pause machen, da wegen der Präsentationen ein Umbau geplant ist. Danach wird der Univ.-Prof. Dr. Heinrich Kunze seine Darstellung eines Überblicks über das Fachgebiet Psychiatrie anlehnend an die Psychiatriereform hinsichtlich der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland geben.

Danach werden wir, da einige Beschlussanträge eingelangt sind, über die Beschlussanträge abstimmen.

Ich darf nun Herrn Univ.-Prof. ...

Bitte, Herr GR Deutsch.

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

Ich möchte den erwarteten Vortrag des Herrn Univ.-Prof. Dr. Pritz nicht aufhalten, aber ich habe Sie vor Eingang in die Tagesordnung ersucht, einige Worte sagen zu dürfen, weil in den heutigen Medien von einem sehr tragischen Fall im Otto-Wagner-Spital berichtet wird, über den man nicht hinweggehen darf.

Wir wollten die Frage an Sie stellen, nach dem in diesen Medienberichten auch von Körperverletzung die Rede ist, ob es sich von Ihrer Seite – nach dem wir als Untersuchungskommission durch die heutige Berichterstattung alle davon Kenntnis erlangt haben – um strafrechtlich relevante Vorwürfe handelt? Denn, wenn dem so ist oder wenn dem so sei, dann würden wir Sie als Vorsitzenden dieser Untersuchungskommission ersuchen, auch die Staatsanwaltschaft damit zu befassen, um hier auch eine allfällige Prüfung einzuleiten. Es ist in einem Antrag, der heute von den Grünen eingebracht wurde, davon die Rede, dass Frau GRin Dr. Pilz seit 14. April davon Kenntnis hat. Ich nehme an, dass sie, so wie jeder andere das tun würde, diese Unterlagen auch der Staatsanwaltschaft bereits zur Verfügung gestellt hat.

Herr Vorsitzender! Wir würden Sie um Ihre Beurteilung ersuchen, ob die Staatsanwaltschaft davon zu informieren ist, um allfällige Untersuchungen einzuleiten. Im § 59a der Wiener Stadtverfassung ist eindeutig festgehalten, dass strafrechtliche relevante Sachverhalte von der Untersuchungskommission zur Anzeige zu bringen sind, weil wir keine Kompetenz haben diese

Ermittlungen selbst durchzuführen.

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

GRin Dr. **Pilz**: Herr Vorsitzender, das ist der Unterschied. Ich habe Sie gefragt, ob wir die Beweisanträge jetzt diskutieren? Ich hätte sagen können, ich will am Anfang auch reden, bevor der Herr Univ.-Prof. Dr. Pritz spricht. Aber nach dem Herr GR Deutsch das jetzt für sich in Anspruch genommen hat, müssen wir nun doch vorab über den Beweisantrag sprechen.

Herr Kollege Deutsch! Sie haben meinem Antrag und auch den Medien entnehmen können, dass sich der betroffene Patient an mich gewendet hat. Er hat sich mit vollem Namen an mich gewendet. Er hat mir Auszüge aus seiner Krankenakte zur Kenntnis gebracht, in der klargelegt ist, dass es seitens des Otto-Wagner-Spitals am Tag nach dem Brandvorfall eine Anzeige bei der Polizei in dieser Angelegenheit gegeben hat. Ich gehe davon aus, dass die Polizei weiß, was sie tut und daher die nötigen strafrechtlichen prozeduralen Dinge in Gang gesetzt wurden. Also, es ist meinerseits nicht notwendig gewesen, nach Kenntnis dieser Krankengeschichte eine Anzeige zu machen. Vielleicht hat es die Frau Stadträtin Wehsely, die im Dezember 2007 mit einem Schreiben vom Patienten informiert wurde, dass er in einem Bett gelegen ist, das meterhoch in Flammen gestanden ist. Ich nehme an, die Frau Stadträtin hat eine Anzeige gemacht. Denn, wie wir wissen, hat der Patient eine schwere Brandverletzung erlitten, es wurde sein Bein bis auf den Knochen verwundet, er hat eine tiefe Brandwunde. Er hat dieses Unglück nur deshalb überlebt, weil der, der den Brand verursacht hat, sich dann auf den Weg zum weit entfernten Stützpunkt gemacht hat, um dort Meldung zu machen, dass er zwei Betten von Patienten in Brand gesetzt hat.

Ich möchte den Herrn Kollegen Deutsch fragen, ob die Frau Stadträtin eine Anzeige gemacht hat, denn sie wusste davon bereits im Dezember 2007. Sie war 2003 noch nicht in diesem Amt, aber sie hat bestimmt im Dezember 2007 alle nötigen Schritte ergriffen, wiewohl sie dem Patienten erst ein knappes Monat später geantwortet hat und zwar nicht persönlich, sondern durch eine Mitarbeiterin. In diesem Schreiben steht drinnen, dass man umfangreiche Kontrollen durchgeführt hat und keinerlei Pflege- und Behandlungsmissstände festgestellt hat. Den Brandunfall und die Folgen, die Tatsache, dass der Patient zu dem Zeitpunkt im Netzbett gelegen ist, hat die Frau Stadträtin in der Beantwortung durch ihre Mitarbeiterin nicht ansprechen lassen. In diesem Schreiben durch die Mitarbeiterin hat sie nur ihrer Freude Ausdruck verliehen, dass es ihm jetzt wieder gut geht. In der Tat ist

der Betroffene seit 3 Jahren völlig gesund. Sie hat sich auch gefreut, dass die Frau Prim. Dr. Kalousek lobend erwähnt wurde. Die dunklen Seiten, dass er von Hölle spricht, hat sie nicht aufgegriffen.

Nun denn, wir haben einen Beweisantrag gestellt. Ich nehme an, die Frau Stadträtin hat eine Anzeige gemacht, weil sie wusste ja lange vor mir von dieser Sache und ist auch politisch zuständig.

Herr Deutsch, ich bitte Sie, dass Sie mir mitteilen, ob Sie mit der Frau Stadträtin gesprochen haben, ob sie die Anzeige erstattet hat?

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Nach diesen Einleitungen darf ich jetzt den Herrn Univ.-Prof. Dr. Pritz bitten, mit seinen Ausführungen zu beginnen.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Sehr geehrter Herr Dr. Baumgartner! Sehr geehrte Gemeinderätinnen und Gemeinderäte!

Ich möchte mich für die Einladung bedanken. Wenn es Ihnen Recht ist, habe ich Ihnen eine kleine Powerpoint-Präsentation vorbereitet, die Sie natürlich auch haben können. Ich habe hier einige Grundlagenmaterialien, die Sie natürlich auch haben können. Es sind 12 oder 13 Folien zu diesem von Ihnen gestellten Thema.

Ich habe mich zuerst mit den Grundlagen hinsichtlich der Psychotherapie im Krankenhaus bzw. die Grundlagen für eine Psychotherapie im Rahmen von öffentlichen Einrichtungen, wie es die Gemeinde Wien ist, aber auch andere, beschäftigt.

1990 wurde das Bundesgesetz für die Psychotherapie verabschiedet, wo ich die Ehre hatte mitzuarbeiten. Dieses Gesetz schuf die Grundlage für einen eigenständigen Beruf der Psychotherapie.

1991 wurde die 50. ASVG-Novelle im Parlament beschlossen, in der die Psychotherapie als eine Pflichtleistung für alle Krankenversicherten definiert wurde.

1993 kam es schließlich zur Novelle des Krankenanstaltengesetzes, in der drinnen steht, dass Psychotherapie und klinische Psychologie in allen Krankenanstalten entsprechend des Bedarfs der PatientInnen anzubieten ist. Soweit der rechtliche Hintergrund. Ich bin gerne bereit, weil ich bei allen drei Gesetzen mitgearbeitet habe, dazu auch im Detail Stellung zu nehmen.

Ich habe mich für die heutige Besprechung in Österreich umgeschaut, was es an wissenschaftlichen Untersuchungen zu diesem Thema gibt.

Es gibt vom ÖBIG drei Studien:

1997 zur „Ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Österreich“ – das ist heute weniger relevant für uns.

Die wichtigste Studie ist die von 2001 zur „Stationären Psychotherapie und psychologi-

schen Versorgung“.

Schließlich eine weitere Studie 2004 zur „Psychotherapie auf Krankenschein“. Ich habe diese Studien hier, wenn gewünscht, stehen sie natürlich zur Verfügung.

Vielleicht nur soviel vorweg: Ich habe mir das angeschaut, was Sie bisher in diesem Ausschuss diskutiert haben und wie es überhaupt zum Ausschuss gekommen ist. Ich muss sagen, vieles von dem, was problematisch ist, wurde in dieser Studie 2001 untersucht und man muss sagen, Großteils nicht beachtet und nicht umgesetzt.

Im Wesentlichen stellen alle drei Studien fest, dass sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich eine krasse Unterversorgung bzw. ein Unterangebot besteht. Im stationären Bereich wird dies durch zahlreiche belegte, nicht erfüllte Personalanforderungen auch aufgezeigt. Das heißt, das bezieht sich jetzt allerdings auf Österreich, also nicht nur auf die Gemeinde Wien, sondern auf ganz Österreich.

Der 2. Teil bezieht sich auf Wien. Im stationären Bereich - ich habe mich bei den einzelnen Abteilungen und bei einzelnen Verantwortlichen erkundigt - gab es immer das Bedürfnis nach mehr Personal. Wobei sich das nicht nur auf die Psychotherapie bezieht, das muss ich auch sagen. Es ist auch keine Kritik an einzelnen Personen, die ich übe, keineswegs, weil durchwegs äußerst engagiert gearbeitet wird. Ich möchte es aber so formulieren, wenn Sie gestatten, natürlich eine Interpretation: Der Reformwille der 70er Jahre, das riesige psychiatrische Otto-Wagner-Spital zu entleeren und eine menschenwürdigere Psychiatrie zu schaffen, ist im Wesentlichen gelungen. Das ist eine ganz tolle Leistung. Es gibt jetzt 2 500 Betten, Am Steinhof 600 Betten. Die Regionalisierung ist auch gelungen, also sehr, sehr vieles ist gelungen. Es gab auch noch einen großen Reformelan in den 90er Jahren, aber mein Eindruck ist, dass dieser Reformelan jetzt einem Spirelan in den letzten Jahren gewichen ist. Das zeigt sich auch im Nichtausbau weiterer notwendiger Stellen, z.B. im Bereich der Psychotherapie. Da komme ich noch im Detail dazu.

Bemängelt werden in diesen Studien der Angebotsmangel im ländlichen Raum und dann auch – das betrifft uns natürlich zentral – bei schweren psychischen Störungen, bei chronisch Erkrankten, bei onkologischen PatientInnen, bei geriatrischen und vor allem auch bei gerontopsychiatrischen PatientInnen und bei Kindern. Dazu gibt es insbesondere bei Kindern und in Bezug auf ältere PatientInnen auch eine Studie des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger, die ich jetzt nicht im Speziellen erwähne, wo es einen krassen Mangel an Psychotherapean-

gebot gibt. Und auch bei Älteren, bei Arbeitslosen und bei Kindern, das erwähne ich nur nebenbei, das betrifft jetzt nicht den Wirkungsbereich der Gemeinde Wien, sondern eigentlich den ambulanten Bereich der Krankenkassen. Aber da können wir dann vielleicht noch in der Diskussion das eine oder andere erwähnen.

Die Frau Kollegin Dr. Braakmann hat sich die Studien angeschaut bzw. Informationen aus der Schweiz und aus Deutschland eingeholt. Es gibt in der Schweiz - das ist relativ vergleichbar mit unserer Situation - keine Studien, aber Aussagen von Kollegen, das in ähnlicher Weise der Bedarf an Psychotherapie im Bereich der Psychiatrie nicht gedeckt ist.

In Deutschland gibt es eine Studie von Schulz und Koch aus dem Jahre 2002, die zeigt, dass ein Drittel der PsychiatriepatientInnen Psychotherapie erhält, was auch in Deutschland nicht ausreichend ist.

Hier ist zwar international zumindest auch in den deutschsprachigen Ländern ein Bewusstseinswandel im Gange, aber die Umsetzung hapert.

Jetzt zu den Fragen zur Psychiatrisch-stationären psychiatrischen Situation in Wien:

Ich habe mir drei Punkte hergenommen: Strukturqualität: Gibt es ausreichend PsychotherapeutInnen für die PatientInnen?

Prozessqualität: Gibt es ausreichende Qualitätskontrollen der laufenden psychotherapeutischen Arbeit?

Ergebnisqualität: Gibt es eine Dokumentation über Behandlungsergebnisse?

Zur Strukturqualität: Es existieren in den drei großen Spitälern Otto-Wagner-Spital, Kaiser-Franz-Josef-Spital und SMZ Ost psychotherapeutische Angebote. Das ist ein Fortschritt, das muss man ganz positiv sehen.

Es gibt seit 1999 einen Beschluss des Gemeinderats – den kennen Sie besser als ich -, dass eine spezielle Vergütung, eine Zulage für jene KollegInnen die psychotherapeutisch tätig sind, vorgesehen ist - ausbezahlt wurde sie erstmals 2003. Allerdings muss man sagen - und da komme ich jetzt noch im Detail dazu – diese ist bei weitem nicht ausreichend, wenn man bedenkt, dass nach psychiatrischer und psychotherapeutischer Einsetzung 80 bis 90 % der PatientInnen einer psychotherapeutischen Behandlung oder zusätzlichen Unterstützung bedürfen. Das sind Aussagen von Univ.-Prof. DDr. Kasper, aber auch in der Studie von Schulz und Koch usw.

Einige Ziffern dazu, wobei ich sagen muss, das sind nicht offizielle Ziffern der Stadtverwaltung, sondern, wenn Sie gestatten, ich habe die einzelnen Abteilungen angerufen. Ich wollte keine abstrakten Ziffern, sondern möglichst konkre-

te Ziffern. In diesem Kontext muss ich auch sagen: Diese Ziffern ohne Gewähr. Es kann sein, dass die Stadtverwaltung andere Ziffern vorlegt. Weder die einen noch die anderen sind überprüft. Das ist ein Mangel, weil wir bis heute nicht wissen, wie das tatsächliche Versorgungsangebot aussieht. Es gibt keine Studie darüber, da komme ich noch dazu.

Angeblich gibt es insgesamt 36 Planstellen, davon 19 im Otto-Wagner-Spital. Es gibt eine sehr ungleiche Verteilung der Stellen. Angeblich gibt es Pavillons, wo überhaupt keine Psychotherapie stattfindet. Sie wurden mir auch genannt, aber ich kann es nicht überprüfen, daher sage ich „angeblich“.

Es gibt eine Psychotherapeutin im KFJ und zwei im SMZ Ost und zwei weitere für alle 1.000 nicht psychiatrischen PatientInnen die im SMZ Ost behandelt werden.

Die zwei PsychotherapeutInnen, die im SMZ Ost für die Psychiatrie zuständig sind, sind zuständig für 80 PatientInnen, davon ist eine ausschließlich testend tätig, während die andere behandelnd tätig ist.

Eines muss ich noch sagen – und ich glaube es ist wichtig, dass Sie das verstehen, erfreulicherweise haben z.B. im KFJ alle dort tätigen psychiatrischen ÄrztInnen eine Psychotherapieausbildung. Aber, sie sind nicht – wie nennt man das – einer psychotherapeutischen Tätigkeit zugeordnet. Sie haben zwar eine Ausbildung, aber sind voll und ganz als Psychiater tätig. Wir können annehmen, dass das Psychotherapeutische natürlich einen positiven Einfluss in der Gesprächsführung usw. hat, aber ihre Stellenbeschreibung ist die eines Psychiaters oder einer Psychiaterin und nicht einer PsychotherapeutIn.

Daher sage ich: eine PsychotherapeutIn im KFJ. Wenn Sie aber von der formalen Situation hergehen, haben alle ÄrztInnen dort auch eine Psychotherapieausbildung, aber sind nicht psychotherapeutisch tätig.

Zur Prozessqualität: Seit 1982, also seit 26 Jahren, wird gewerkschaftlicherseits eine Fachaufsicht für PsychotherapeutInnen und PsychologInnen gefordert – bisher ergebnislos, Auskunft des zuständigen Gewerkschafters.

Psychotherapeutische Standards gibt es derzeit nicht. Es werden beispielsweise Sitzungen zwischen 15 Minuten und 50 Minuten abgehalten, bei Gruppen eineinhalb Stunden. Insbesondere die Kurz Sitzungen entsprechen wohl nicht einem vertieften psychotherapeutischen Gespräch. In 15 Minuten ist es schwer, über innere Prozesse ausführlich zu sprechen, die aber für die Person notwendig wären, um gesünder zu werden.

Das war Prozessqualität, sozusagen Qualitätskontrolle innerhalb des psychotherapeuti-

schen Handelns - derzeit strukturell nicht vorhanden.

Ergebnisqualität: Es existieren Aufzeichnungen über die Anzahl von psychotherapeutischen Sitzungen - das ist gut. Es gibt keine Darstellung der Ergebnisqualität psychotherapeutischen Handelns in der stationären Psychiatrie, die von außen zugänglich ist. Es ist mir nicht gelungen Information einzuholen, ich will nicht ausschließen, dass es so etwas gibt, jedenfalls war es mir nicht zugänglich, obwohl ich einige Kollegen gut kenne.

Die ambulante Situation: Der Psychosoziale Dienst der Gemeinde Wien betreibt eine eigene psychotherapeutische Einrichtung. Dort arbeiten, laut Auskunft Dr. Rudas, vier PsychotherapeutInnen. Ich muss dazu sagen, mir ist der Konflikt den Sie betreffend der Frage hatten, ob das im Verantwortungsbereich der Gemeinde liegt, der politischen Verantwortung, nicht bekannt. Ich habe mir gedacht, ich erwähne es, weil ursprünglich war es eine Einrichtung der Gemeinde Wien. Ich glaube, wir sollten der Wahrheit entsprechen. Ich habe kein Bedürfnis hier in diesen Konflikt einzusteigen, ob man das hier besprechen darf oder nicht.

Im PSD arbeiten vier PsychotherapeutInnen, wobei Dr. Rudas mir gesagt hatte, aus seiner Sicht auch zu wenig. Er kann in diesem Punkt auch nichts dafür, das sind natürlich Fragen von Ressourcen, Geld im Konkreten. Die PatientInnen sind darauf angewiesen, sich selbst um psychotherapeutische Hilfe zu kümmern, ein strukturelles Weiterbildungsangebot gibt es nicht.

Ich habe mich sehr damit beschäftigt, weil Sie vielleicht wissen, dass ich auch mit dem Krankenkassen-Verhandlungen im Bezug auf Psychotherapie auf Krankenschein beschäftigt war und mir natürlich die Situation in Wien ziemlich vertraut ist. Vielleicht können wir in der Diskussion auch noch darauf eingehen. Das ist nicht nur ein Elend im Bezug auf die Psychotherapie und insbesondere bei psychiatrischen PatientInnen, die wirklich oft die Ärmsten sind. Das möchte ich betonen. Diese Gruppe hat wirklich keine Lobby.

Deswegen bin ich auch froh, dass es diesen Ausschuss hier gibt - nennt man es Ausschuss – dass es diese Kommission hier gibt, weil diese Menschen, von denen wir hier sprechen in einem Ausmaß in einem Leidenszustand sind, der unmittelbar sozial durchschlägt. Das heißt, das sind Menschen, die leiden unter anderem auch daran, dass sie sich nicht äußern können. Nicht so wie beim Zahnweh, wo man sofort schreit, sind die Leiden in der Psychiatrie ein stilles Leiden und sehr oft verbunden mit der Hilflosigkeit überhaupt Hilfe zu suchen. Das heißt, hier muss die Allgemeinheit eigentlich in besonderer Weise

etwas tun.

Es gibt das Engagement vieler Ärzte, erfreulich, die sich für ihre PatientInnen um eine entsprechende psychotherapeutische Hilfe einsetzen und entsprechende Überweisungen vornehmen.

Wir haben an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien beispielsweise eine psychotherapeutische Ambulanz, die mittlerweile über 700 PatientInnen pro Woche behandelt. Wir haben einen großen Anteil zwischen 170 und 200 PatientInnen direkt aus der Psychiatrie. Wir bekommen auch, das funktioniert auch relativ gut, viele Überweisungen von Seiten des PSD bzw. auch von Psychiatrischen Spitälern. Ich kann dann im Detail gerne etwas dazu sagen.

Das Problem für diese PatientInnen ist, dass es keinen Plan gibt. Sondern, der Patient ist 12 Tage in der Psychiatrie, wird entlassen, man sagt, gehen Sie zum Hausarzt, machen Sie eine Psychotherapie, gehen Sie vielleicht an die SFU oder gehen Sie irgendwo hin. Es gibt aber keine ausgemachten Strukturen, niemand fühlt sich zuständig. Die Krankenkassen fühlen sich zuständig, in dem sie den Anbietern etwas zahlen, aber es gibt beispielsweise keine Broschüre, wo drinnen steht, wenn ich an schweren Ängsten leide, wo gehe ich hin, außer ins Spital, das ist klar. Das ist natürlich sowieso ein Dilemma, weil das Spital das teuerste Angebot ist und wird am schnellsten genützt. Dabei gibt es viele Möglichkeiten, da kommen wir noch dazu.

Ich bin am Ende der Powerpoint-Präsentation. Wenn Sie gestatten, habe ich einige Schlussfolgerungen zusammengestellt.

Das Erste was mir aufgefallen ist in der Beschäftigung mit diesem Thema, es gibt keine Studie von der wir sagen könnten, die hat dieses Thema untersucht. Weder „Wie schaut es genau mit Ressourcen aus? Welche Psychotherapeuten? Welche Methoden? Wie?“ noch patientenseitig. Es gibt die Overall-Aussagen 80 bis 90 %, 85 % der psychiatrischen PatientInnen brauchen eine adjuvante, also eine unterstützende Psychotherapie oder eine Psychotherapie oder Psychotherapie mit Medikamenten verbunden. Aber das ist mir auch zu allgemein, weil es PatientInnen gibt, die das weniger brauchen und andere das mehr oder ausschließlich brauchen. Es existiert keine Studie. Meine Anregung: Geben Sie so eine Studie in Auftrag.

Es bedarf eines Überweisungsplans, das habe ich vorhin schon angedeutet, der es PatientInnen wie ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen möglich macht, bedarfsorientiert vorgehen zu können und die Angebote vor allem im extramuralen Bereich zu vernetzen. Das ist natürlich nicht allein die Aufgabe der Gemeinde Wien, sondern hier müssten Krankenkassen - in dem

Fall Psychotherapeutenanbieter - und die Gemeinde zusammenarbeiten. Meines Wissens gibt es so eine Kommission nicht. Es gibt auch keinen Überweisungsplan – das wäre eine Anregung.

Offensichtlich bedarf es einer Personalverstärkung im Bereich der Psychotherapie, insbesondere für schwer kranke PatientInnen. Ich weiß auch, als Rektor einer Universität, wie schwer ist, Stellen zu schaffen und wie kompliziert es ist, zu beweisen, dass diese Stelle notwendig ist. Es gibt aber neben der Idee von Planstellenausweitung auch noch andere Möglichkeiten. Eine sicher kostengünstige Variante – ich habe sie nur als Beispiel genannt – Einkauf einzelner Therapiestunden oder Einkauf einzelner Therapien für bestimmte PatientInnen. Das ist eine Möglichkeit und kommt wesentlich billiger.

Schließlich glaube und vermute ich, dass ich mit Ihnen einer Meinung bin, dass es vor allem im Hinblick auf die Prozessqualität einer internen Fachaufsicht bedarf, dass die, die Psychotherapie machen - und es sind ja zum Glück welche - das auch lege artis durchführen können und tun.

So weit mein erster Zwischenbericht. Ich hoffe, Sie können damit etwas anfangen. Danke. (*Allgemeiner Beifall*)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr Universitätsprofessor! Ich danke Ihnen für diese Ausführungen.

Jetzt würde ich die Damen und Herren der Kommission bitten, allfällige Fragen zu stellen.

Wir haben das letzte Mal mit der Frau GRin Dr. Pitz begonnen, dann wäre jetzt als nächster Herr GR Lasar, wenn er sich zu Wort meldet, dran.

GR **Lasar**: Danke schön, Herr Universitätsprofessor für diesen Vortrag. Er war sehr aufschlussreich, auch für mich persönlich.

Ich habe vielleicht eine Frage an Sie: Welche Auswirkungen haben jetzt gewisse Einsparungen im Bereich Personal, ÄrztInnen oder PflegerInnen für die PatientInnen?

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Ich habe mich mit einigen Angestellten unterhalten, weil ich wollte wissen: Wie ist es wirklich, so weit man die Wirklichkeit erfassen kann, muss ich da einschränken? Sicher ist der Spardruck negativ für PatientInnen, das ist keine Frage. Insbesondere bei PsychiatriepatientInnen ist der unmittelbar menschliche Kontakt existentiell. Da meine ich jetzt nicht nur die Psychotherapie, sondern vor allem auch die Pflege. Ich habe mich auch beschäftigt mit der Frage der Gewalt, weil das auch ein Thema für Sie ist - Netzbett, anschnallen. Und ich bin ja – unzuständigerweise muss ich einschränken – der Meinung, dass es vielleicht noch andere Modelle gibt.

Die Frau Univ.-Ass. Dr. Braakmann und ich

haben ein Modell in Lübeck studiert. Beispielsweise Behandlungszimmer mit einer „Medizinwache“ – so nennt man das - für diese PatientInnen, wo immer jemand da ist. Das ist ein Modell, auch für schwer zu beruhigenden PatientInnen, das, glaube ich, schon diskutierenswert wäre. Aber, wie gesagt, das ist ein sehr heikles Kapitel. Sie beschäftigen sich erfreulicherweise intensiv damit und einfache Antworten gibt es nicht.

Sie müssen sich vorstellen - ich habe auch die Ausführungen von Herrn Univ.-Prof. Dr. Hinterhuber gelesen – es ist schon für einen Normalsinnigen unerträglich wenn er angeschnallt wird oder in ein Gitterbett gesperrt wird. Diese Menschen sind in einer extrem labilen Situation und noch in einem wesentlich höheren Ausmaß geängstigt. Ich will nicht sagen, man muss manchmal Gewalt anwenden, um jemand zu schützen, das will ich nicht. Ich will nur auch auf diesen Blickpunkt hinweisen, dass es sich um schwer geängstigte Menschen handelt, wo man sich alles überlegt muss, wie man denen entspricht ohne ihre Menschenwürde allzu sehr zu verletzen. Das kann ich nur ganz allgemein sagen. Ich glaube, so denken Sie ja auch alle. Die Frage ist: Was ist die beste Maßnahme, um das zu gewährleisten? Da gibt es mehrere Modelle. Eines ist das in Lübeck, das zumindest nach dortigen Aussagen ganz gut funktioniert. Das wollte ich nur zu dieser grundsätzlichen Frage sagen, weil Sie es angesprochen haben.

Ich habe nur eine kurze Zwischenfrage. Sitzen Sie hier fraktionell?

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

GRin **Korosec:** Sehr geehrter Herr Universitätsprofessor! Recht herzlichen Dank für den wirklich sehr, sehr interessanten Vortrag.

Sie haben drei ÖBIG-Studien zur Versorgungsstruktur angeführt, wo man feststellen kann, dass sowohl im ambulanten Bereich, aber auch im stationären Bereich eine krasse Unterversorgung vorliegt. Ich meine, dass ist ja ganz klar festgestellt worden. Sie haben auch diese 19 Planstellen aufgezeigt, ob 19 oder 21 oder 17, aber es sind auf jeden Fall sehr wenige. Sie haben auch im PSD vier PsychotherapeutInnen aufgezeigt.

Auf der anderen Seite sagen Sie, dass 80 bis 90 % jener Menschen, die psychiatrisch krank sind, dass die Psychotherapie brauchen. Da fällt mir natürlich ein, dass vor 14 Tagen der Univ.-Prof. Dr. Hinterhuber als Sachverständiger hier gesagt hat: Die schlimmste Verletzung der Menschenrechte ist es, wenn man Menschen, die psychisch krank sind, vernachlässigt. (*Zwischenruf*)

So, wie Sie das heute angeführt haben, kann

man eindeutig sagen, dass ist bitte eine Verletzung der Menschenrechte. Es ist eine krasse Unterversorgung und hier muss wirklich raschest, ich meine, da müssen bei Ihnen alle Alarmglocken läuten, wenn das hier so klar ausgesprochen wird und dafür noch einmal herzlichen Dank. Ich hoffe, dass das auch Auswirkungen haben wird.

Sie haben dann die Universität angeführt und haben gesagt, ungefähr 700 Menschen kommen wöchentlich zu Ihnen, wovon so in etwa 200 Menschen bereits in psychiatrischer Behandlung waren.

Jetzt wollte ich Sie fragen: Seit wann haben Sie diese Ambulanz?

Wenn ich so darüber nachdenke, würde das heißen, dass Sie eigentlich bei dem Versorgungsauftrag, den die Stadt Wien hat, mit Ihrer privaten Ambulanz aushelfen, wenn etwa 200 Menschen wöchentlich zu Ihnen kommen, die eigentlich beim PSD angesiedelt wären. Wo es offensichtlich nicht möglich ist, was auch klar ist, bei vier TherapeutInnen, dass hier wirklich diese Behandlung stattfinden kann.

Nochmals recht herzlichen Dank im Namen dieser Betroffenen, weil die werden sonst nicht behandelt.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz:** Kann ich gleich dazu etwas sagen?

Diese Ambulanz gibt es seit Februar 2006 und war als eine Lehrambulanz für unsere Psychotherapiestudenten gedacht - war gedacht. Innerhalb von jetzt 2 Jahren ist es die größte Psychotherapieambulanz Österreichs geworden, mit einem sehr hohen Anteil an psychiatrischen PatientInnen, was ich persönlich begrüße. Allerdings muss man sagen, es war nicht der Zweck der Übung, es war ursprünglich nicht gedacht, hier eine Versorgungsleistung für die Gemeinde zu erbringen oder unmittelbar für die Krankenkassen. Wir machen es gerne, muss ich dazu sagen.

Ich kann auch gleich etwas zu den Kosten sagen. Das ist noch ein wichtiger Punkt, auch an die sozialistischen KollegInnen hier, es handelt sich hier meist um UnterschichtpatientInnen oder etwas moderner ausgedrückt: GrundsichtpatientInnen. Sehr viele PatientInnen leben vom Existenzminimum und können überhaupt nichts bezahlen und wir verlangen bei diesen PatientInnen auch nichts. Wir verlangen zwischen Null und 30 EUR bei denen, die können. Die meisten dieser 170 bis 200 PatientInnen werden von uns gratis oder mit 5 EUR pro Sitzung, wenn sie können, behandelt. Das möchte ich feststellen.

Ich habe hier einen Folder dieser Ambulanz mitgenommen, wenn es Sie vielleicht interessiert.

GRin **Korosec:** Herr Universitätsprofessor,

was mich auch interessieren würde. Sie haben Schnittstellenmanagement angeführt, das nicht funktioniert. Im stationären Bereich wäre es unbedingt notwendig bei Menschen die psychisch erkrankt sind, dass hier eine Begleitung erfolgt. Die werden entlassen und dann sind sie sich überlassen. Das heißt, das wäre das Wichtigste, dass hier der PSD schon während des stationären Aufenthaltes hier den Kontakt sucht und den Patienten, wenn er entlassen wird, begleitet. Ich glaube, dass wird teilweise gemacht, aber in überwiegenden Fällen nicht, wie ich von PatientInnen höre.

Wie sehen Sie das? Das wäre doch, glaube ich, ganz, ganz wichtig, dass man das wirklich hundertprozentig durchführt? Das ist die eine Frage.

Die 2. Frage. Aus Ihren Worten hat man jetzt bei der Beantwortung der Frage vom Kollegen Lasar ja deutlich gehört, Zwangsmaßnahmen, Gitterbett, das ist nicht das Ihre.

Wenn man im Otto-Wagner-Spital mit ÄrztInnen und dem Pflegepersonal spricht, dann hört man immer wieder durch: Wenn es mehr Zuwendung gebe, also das heißt mehr Zeit zur Verfügung stünde, könnte man sich sehr viel Medikamente ersparen. Da hätte ich gerne gewusst wie, Sie das sehen? Mit mehr Zeitaufwand und Zuwendung zu den Menschen, die heute aus Zeitmangel nicht vorhanden sind, weil das Personal unglaublich unter Druck steht, könnte man sich Medikamente ersparen. Was einerseits für PatientInnen durchaus aus gesundheitlichen Gründen auch sehr zu empfehlen wäre, abgesehen vom persönlichen.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Das sind zwei Fragen.

Die 1. Frage bezieht sich auf die Vernetzung im Kontext Wien, um die Angebotsvernetzung. In der Tat fallen viele PatientInnen auf Grund von Informationsmangel und mangelnder Strukturbildung - behandlungstechnisch gesehen - durch den Rost. Strukturell ist es an sich bei der Psychiatriereform angelegt gewesen, mit der Idee der Regionalisierung und der Sektorisierung, dass es einen Austausch zwischen drinnen Spital und draußen gibt. Für eine Reihe von PatientInnen funktioniert das auch gut, das muss man sagen. Aber, für wen es wirklich funktioniert, wissen wir nicht. Auch darüber kann man nur spekulieren, das ist wissenschaftlich gesehen ein Dilemma; praktisch erleben wir natürlich PatientInnen.

Ich habe heute in der Früh noch einmal recherchiert in der Ambulanz: Die meisten unserer PatientInnen, die aus dem psychiatrischen Kontext kommen, das sind ungefähr 150, 170, 200, das schwankt, aber ungefähr in der Größenordnung, 25 bis 30 % die in der Ambulanz behandelt werden. Der Großteil davon hatte vorher

keine psychotherapeutische Behandlung, sondern ausschließlich eine medikamentöse Behandlung.

Ein wichtiger Punkt ist mir, weil Sie das auch natürlich hier immer wieder thematisieren: Wie gehen wir mit dem Einzelfall um? Es gibt nämlich PatientInnen, die verweigern Behandlungsangebote und das ist deren Recht, das ist auch ein Menschenrecht. Es ist ein Menschenrecht Behandlung zu verweigern. Wir haben diese Debatte noch nicht fertig geführt bei der Selbsttötung oder Tötung am Ende des Lebens, das ist noch eine offene Diskussion, ob das ein Menschenrecht ist oder nicht. Aber bei einer ärztlichen oder medizinischen Behandlung ist es klar, der Patient hat das Recht, eine Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen. Schwieriger wird es dort, wo man sagen muss, der Patient kann es nicht entscheiden, weil er mental nicht in der Lage ist. Dort ist es natürlich ein heikles Thema, aber das ist heute nicht im Zentrum.

Wichtig ist, er kann auch Nein sagen und er kann auch Behandlungen nicht in Anspruch nehmen. Aber über die reden wir nicht. Wir reden über die, die gerne eine Behandlung in Anspruch nehmen würden und nicht wissen, wo sie sie kriegen oder es sich nicht leisten können oder nicht wissen, wie die Zugänge sind.

Ich sage Ihnen ein einfaches Beispiel, ich weiß nicht, ob Sie das interessiert, außerhalb der Gemeinde, mit den Krankenkassen, weil ich mich da gut auskenne. Die Krankenkassen stellen in etwa 120.000 voll bezahlte Stunden für Psychotherapie in Wien zur Verfügung. Das ist ein respektable Wert im Vergleich zu Null vor noch 15 Jahren. Aber, das muss man jetzt einschränken, es ist trotzdem viel zu wenig. Die Stundenkontingente sind oft nach Monaten bereits erschöpft. Das heißt, wenn jemand eine psychische Störung hat, eine Angststörung, eine Depressionsstörung und eine Psychotherapie braucht und er hat das Pech, dass die Symptome erst im Juni auftauchen, dann kriegt er keinen Platz mehr für Psychotherapie auf Krankenschein, sondern da muss er warten, wenn er Glück hat bis nächstes Jahr, wenn er noch lebt, wenn er nicht Suizid begonnen hat. Ich sage es etwas dramatisch, was auch vorkommt im Übrigen.

Derzeit sind nur mehr zwei Krankenkassen offen für Psychotherapiestunden, die Gebietskrankenkasse und die BVA, bei alle anderen Krankenkassen sind die Kontingente für psychotherapeutische Behandlungen schon ausgeschöpft.

Ich muss dazu sagen, bei einer Situation, wo es von Seiten der Anbieter keine Werbung gibt – es ist ja nicht so, dass die Psychotherapeuten groß Werbung machen, sondern es gibt offen-

sichtlich den Bedarf. Wenn Sie sich vorstellen, diese Ambulanz hat nach zwei Jahren 700 PatientInnen pro Woche, dass heißt: hier gibt es einen Bedarf. Unabhängig jetzt von den Interessen der Universität für die StudentInnen usw. etwas zu tun, hier gibt es offensichtlich einen Bedarf, der angegangen werden müsste. Ich kann es zum Glück locker sagen, weil ich es nicht zahlen muss. Sie haben die viel schwierigere Aufgabe hier, erstens ein Bewusstsein zu schaffen und zweitens sich zu überlegen, wie kommt man zu Ressourcen? Weil natürlich im Gesundheitswesen jeder von seiner Seite her sagt: wir brauchen das und wir brauchen das. Da habe ich volles Verständnis und als Gutachter tut man sich leicht, das sehe ich auch, aber ich hoffe, Sie verstehen meine kritischen Äußerungen als Unterstützung. So soll es gemeint sein.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Jetzt darf ich Sie etwas fragen.

Herr Universitätsprofessor! Wie sehen Sie das: Gibt es genügend ausgebildete Psychiater in Österreich? Man hat festgestellt, es dürfte einen Personalbedarf diesbezüglich geben. Und sehen Sie aus Ihrer Sicht, dass hier das Angebot an ausgebildeten, fertigen Psychiatern, die an diese Stellen benötigt werden, auch ausfüllen kann?

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Herr Notar, ich vermute, dass Sie meinen: Psychotherapeuten?

Ich wollte Ihnen einen Zettel mitbringen, den ich jetzt nicht mitgenommen habe: Was ist der Unterschied zwischen einem Psychiater, einem Psychologen, einem Psychotherapeuten, einem Neurologen und einem Psychopathen. (*Heiterkeit*) Den letzten verstehen Sie sofort, wie man sieht.

Soll ich es kurz erläutern, wenn es Ihnen Recht ist?

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ja, bitte.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Ein Psychiater ist ein Facharzt für Psychiatrie und seit neuestem auch für Psychotherapie, das ist erfreulicherweise erweitert worden. Der absolviert ein Medizinstudium und arbeitet 6 Jahre in einem Psychiatrischen Krankenhaus, wo er in erster Linie lernt, die PatientInnen medikamentös zu versorgen und ein Behandlungsmanagement aufzubauen. Das macht ein Psychiater.

Ein Neurologe ist per Definition jemand, der sich mit neurologischen, also mit Nervenkrankheiten beschäftigt, die mehr organisch bedingt sind. Also z.B. Parkinson ist eine neurologische Erkrankung in erster Linie, während die Depression oder die Psychose eigentlich die zentrale psychiatrische Erkrankung ist.

Der Psychologe studiert Psychologie. Die Psychologie ist die Wissenschaft vom Erleben und Verhalten allgemein. Da geht es nicht um

Pathologie, sondern: Wie denkt der Mensch? Wie fühlt der gesunde Mensch? Wie schaut eine normale kindliche Entwicklung aus usw.? So etwas lernt der Psychologe. Er kann sich dann im Bereich der klinischen Psychologie spezialisieren. Da beschäftigen sich die meisten klinischen Psychologen mit Diagnostik und vor allem hauptsächlich mit Testdiagnostik. Sie haben sicher schon einmal den Begriff Rohrschachtest gehört oder Intelligenztest. Das sind Aufgaben von klinischen Psychologen.

Schließlich der Psychotherapeut. Der Psychotherapeut kann aus verschiedenen psychosozialen Berufen kommen. Er kann auch ein Lehrer, ein Sozialarbeiter, eine Krankenschwester, ein Psychologe, ein Psychiater sein. Die machen eine Spezialausbildung, in der sie unter anderem lernen in erster Linie auf die Gefühlswelt und auf die inneren Zustände der Menschen, die sie behandeln, einzugehen und zu versuchen, eine innere Neustrukturierung zu erreichen. Dieser Ausbildungsweg ist im Psychotherapiegesetz von 1990 genau geregelt. Umfasst übrigens auch die Verpflichtung, dass der Auszubildende sich selbst einer Analyse, einer Selbsttherapie unterzieht, selbst mindestens 200 Stunden PatientIn ist. Das ist das besondere und einzigartige an diesem Beruf. Das heißt, um den anderen zu verstehen, muss man sich selbst verstehen. Das ist an und für sich banal, aber in der Psychotherapieausbildung ein zentrales Konzept.

Wenn Sie mich jetzt fragen, vermute ich, Psychiater gibt es etwa, wenn ich mich jetzt erinnere, 1.800 in Österreich, davon 1.000 die stationär tätig sind, es kann auch differieren, die Psychiater wissen das besser. Psychotherapeuten gibt es in Österreich mittlerweile 6.000 die registriert sind. Das heißt nicht, dass alle tätig sind, wie ich schon sagte, viele haben eine Ausbildung und üben sie nicht aus, haben eine Psychotherapieausbildung und üben sie nicht aus und in Wien gibt es knapp 2.500 registrierte Psychotherapeuten. Schief verteilt übrigens, also hauptsächlich in den sogenannten Nobelbezirken, sehr wenige im 22., im 10., im 11. Bezirk, jenseits der Donau auch im 21. Bezirk.

Frau GRin Korosec! Wir haben übrigens auch unlängst eine Statistik gemacht: Woher kommen unsere PatientInnen, aus welchen Bezirken, in die Ambulanz? Und, nicht verwunderlich, Spitzenreiter 22., 10., 21. Bezirk, dann kommen 3. und 11. Bezirk. Interessant! Dass also doch PatientInnen natürlich auch von den ÄrztInnen geschickt werden, weil sie wissen, dass es bei uns eine preisgünstige bzw. kostenlose Behandlung gibt.

Zurück zu Ihrer Frage: Gebe es genug Angebot? Ich würde sagen derzeit ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Glauben Sie, dass dieses Angebot gedeckt ist?

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Wie meinen Sie das?

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich meine, ob hier ein ausgewogenes Gleichgewicht ist, dass jemand, der eine Stelle sucht, sie auch angeboten bekommen könnte?

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Sie meinen, wenn die Gemeinde eine Stelle ausschreiben würde, ob sie dann auch einen Psychotherapeuten bekommen würde?

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: So ist es, ja.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Ich würde schätzen, ja. Nicht so bei den Psychiatern. Bei den Psychiatern herrscht ein Mangel. Da ist es derzeit schwierig, Stellen zu besetzen. Das ist auch ein bisschen eine Konjunkturfuge. Aber derzeit ist es so.

Bei den Psychotherapeuten gäbe es, aus meiner Sicht, solche Angebote. Aber, wie gesagt, ich glaube, man sollte die Planstellenidee nicht als einzige verfolgen, wenn man an einen Ausbau denkt. Ich fände es viel effektiver, wenn man schaut, was gibt es schon und die Ressourcen, die es gibt, zusammenführt. Weil, das muss ich noch einschränken, wir sind hier in einer Wahrheitsfindungssituation und ich persönlich nicht in einer ideologischen, deswegen kann ich auch sagen, es gibt beispielsweise im Otto-Wagner-Spital Abteilungen, wo es relativ viel Angebot gibt. Dann gibt es Abteilungen, wo es nichts gibt oder wo einfach nichts angeboten wird. So dass man nicht generell sagen kann, es gibt nichts, sondern es gibt eine schiefe Verteilung oder nicht einmal eine schiefe, sondern eine unregelmäßige Verteilung. Die Kollegin schüttelt den Kopf oder eigentlich zustimmend. Das ist das Problem, es ist nicht nichts, sondern die Ressourcen sind zum Teil auch gar nicht bekannt.

Ich weiß nicht, wer von Ihnen z.B. unsere Ambulanz an der SFU gekannt hat, bevor ich sie ausgeführt habe. Vielleicht einige wenige von Ihnen, die meisten wahrscheinlich nicht. Wobei die gar nicht im Regelkanon der Wiener Versorgungsstruktur eingebaut ist. Aber selbst die Angebote, die es in Wien gibt oder die möglichen, die gehören vernetzt. Es erschiene viel, als erster Schritt und der kostet fast nichts. Das sind nicht die Kosten, die Kosten sind bei den Planstellen. Dort verstehe ich auch, dass man Probleme hat, das umzusetzen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich danke Ihnen.

Frau GRin Mag. Ramskogler, darf ich Sie ums Wort bitten.

GRin Mag. **Ramskogler**: Sehr geehrter Herr Universitätsprofessor! Lieber Kollege!

Danke für die Erklärung zwischen dem Un-

terschied von Psychiater und Psychotherapeut und Psychologen. Meine Kollegen wissen ja auch, dass ich Psychotherapeutin und Psychologin bin.

Mir wäre es eigentlich ganz wichtig, auch hier noch einmal festzustellen, vielleicht von deiner Seite, dass es einen riesengroßen Unterschied macht, ob wir in der therapeutischen Praxis in den Bezirken, egal ob österreichweit gesehen, du bis darauf eingegangen, von den Kassenplätzen her muss man auch sagen, die meisten stehen in Wien zur Verfügung, das ist ja etwas Positives, obwohl es noch zu wenige sind, aber österreichweit gesehen.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Wien duelliert sich mit Tirol.

GRin Mag. **Ramskogler**: Genau! Richtig! Österreichweit gesehen wäre es eigentlich ein Bundesengagement, hier herzugehen und mehr Kassenplätze zur Verfügung zu stellen oder generell hier für die psychotherapeutische Versorgung von PatientInnen ganz österreichweit gesundheitspsychologisch mehr zu unternehmen, von politischer Seite her. Ich denke mir, dass muss man einmal feststellen.

Worauf ich hinaus wollte ist, dass in einer therapeutischen Praxis, wenn ein Patient kommt, kommt er mit einem bestimmten Anliegen und wir als Psychotherapeuten behandeln mit den PatientInnen dieses Anliegen. Jetzt ist der Punkt. Die Untersuchungskommission, die hier einberufen wurde, untersucht insbesondere akut psychiatrische Stationen, stationäre psychiatrische Einrichtungen der Stadt Wien, insbesondere des Otto-Wagner-Spitals.

Da würde ich dich jetzt insbesondere bitten, als Experte mit deiner Expertise hier den Mitgliedern der Untersuchungskommission, die nicht aus dem Beruf kommen, darzustellen, was es für einen riesen Unterschied macht, ob wir einen Patienten in der Praxis psychotherapeutisch behandeln oder auch die Notwendigkeit sehen, ihn in einem Akutfall tatsächlich auf die Station zu schicken und einen Unterschied herzustellen, der akutpsychiatrische PatientInnen versorgt. Das Personal, das notwendig ist und das man eigentlich - und das ist ja die Quintessenz - psychotherapeutisch mit einem Patienten, der akut psychotisch ist, nichts anfängt. Da würde ich dich einfach bitten, hier diesen Unterschied klar darzustellen.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Das ist richtig, dieser Ausführung kann ich zustimmen. Allerdings muss man sagen, sind nicht alle PatientInnen akutpsychotisch in der Psychiatrie. Das heißt, es ist eine Indikationsfrage, wann bei welchen PatientInnen? Das ist das eine.

Die Verweildauer ist, glaube ich, 12 Tage. Ich weiß vom Otto-Wagner-Spital, dass viele Patien-

Innen die Gruppentherapien und die Einzeltherapien sehr wohl in Anspruch nehmen, dort wo sie angeboten werden, auch wenn sie in psychotischen Stadien sind. Es kann sein, dass der Patient tobt und nicht bei sich ist, da wird er von niemand erreicht, von niemand. Nicht vom Psychotherapeuten, nicht vom Psychiater, von niemand. Wenn er selbstgefährdend ist oder fremdgefährdend, dann haben wir das Dilemma mit der Zwangsmaßnahme. Solche PatientInnen gibt es selbstverständlich, aber es ist nicht der Regelpatient. Das muss man auch dazu sagen: Viele PatientInnen, die kommen, sind ja vorher schon in medikamentöser Behandlung und sind gerade in einer eingeeengten Situation und können sehr wohl, auch wenn sie psychotisch sind und ich behandle selbst auch psychotische Menschen in meiner Praxis, die psychotisch sind. Die kommen und sagen: ich werde verfolgt. Ich versuche zu verstehen, wie sie sich fühlen, wenn sie verfolgt werden. Der muss nicht in die stationäre Psychiatrie und ist trotzdem in einem psychotherapeutischen Gespräch, neben der Medikation und neben anderen Behandlungsmaßnahmen, hin bis zu alternativmedizinischen, die für manche PatientInnen das richtige ist, aus deren Sicht. Sodass man sagt: Psychotherapie ja, aber nicht bei jedem Patienten, es muss eine Indikation vorliegen.

Bei dieser Indikation, die du beschrieben hast, da würde ich sagen, das ist die schwierigste Gruppe, aber es eine kleine Gruppe.

GRin Mag. **Ramskogler**: Es ist auch das Schnittstellenmanagement erwähnt worden. Da haben wir auch und das möchte ich in dem Fall auch erwähnen und du kennst das rot-grüne Projekte „Lebenslust statt Depression“ und hier haben wir versucht und sind eigentlich sehr gut erfolgreich unterwegs mit der Kollegin Dr. Pilz und du warst auch schon bei einigen Vorträgen dabei.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Nein, noch nicht.

GRin Mag. **Ramskogler**: Noch nicht? Hoffentlich noch!

Das man hier sagen muss, genau dieses Thema wird aufgenommen, dass es darum geht, dass es viele Stellen gibt und so ist es sicherlich ganz besonders gut, dass es auf der SFU eine Möglichkeit für PatientInnen gibt, dort Therapie möglichst niederschwellig und in einem kostengünstigen Bereich in Anspruch zu nehmen. Aber auch Sozial Global z.B. oder andere Institutionen, es gibt viele Stellen in Wien und wir haben das auch bei dem Projekt jetzt immer wieder erkannt, es ist so, dass die Leute davon nichts wissen. Oder, dass es ganz schwierig ist, dass sie sich diese Stellen suchen. Wie wir auch wissen, sollte der Klient den Therapeuten aufsuchen und nicht der Therapeut den Klienten, das

ist ein unterschiedlicher Zugang, den man hier hat. Nichtsdestotrotz ist hier Vernetzung, Information von Seiten der Institutionen ganz besonders wichtig, um Schnittstellen und Behandlungswege zu verkürzen, wo wir auch fachlich immer wieder einer Meinung sind, damit die Menschen zu ihrer qualitativ hochwertigen, methodischen richtigen Behandlung kommen.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Richtig! Hundertprozentige Übereinstimmung.

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

GRin Dr. **Pilz**: Herr Univ.-Prof. Dr. Pritz! Das Bedeutendste aus deinem Referat für mich und für unsere Untersuchungskommission und die Situation ist hier zweierlei.

Das eine, das du gesagt hast es gibt kein strukturelles Weiterbehandlungsangebot. Es kann passieren, dass man aus der stationären psychiatrischen Behandlung ins Nichts geht, hinsichtlich der Versorgungssituation. Meine Kritik am PSD ist bekannt, es gibt viel zu wenig aufsuchende Arbeit und offensichtlich fallen dann sehr, sehr viele durch alle Systeme durch. Besonders die, die sozial schwach sind und sich daher nichts organisieren können.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Darf ich das in einem Punkt aus meinem Wissensstand modifizieren? Wir wissen nicht wie viele, wir wissen gar nichts. Das ist das Unangenehme. Jetzt kann man natürlich phantasieren, dass es viele sind oder wenige, aber wir wissen es nicht. Das ist das, was mir unangenehm ist.

GRin Dr. **Pilz**: Angehörigen-Organisationen haben wir mir gesagt, dass zumindest bei ihnen 30 % der Leute die kommen völlig unbetreut sind.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Ich würde vermuten noch mehr, aber wie gesagt, wir wissen es nicht.

GRin Dr. **Pilz**: Insofern wird man über den PSD hier sprechen müssen und wir tun es auch schon, weil dass ist unabdingbar zusammengeknüpft.

Ich möchte noch etwas zur Rolle der PatientInnen sagen. Du hast gesagt, PsychiatriepatientInnen haben keine Lobby. Ich mache in den Gesprächen, die ich mit PatientInnen, die mittlerweile gesund sind oder auch noch in Behandlung sind und mit den Angehörigen genau diese Erfahrung.

Jener ehemalige Patient, der sich an mich gewendet hat, hat das in seinem Schreiben an die Stadträtin auch ganz klar gesagt: Dass er den Eindruck hatte, er ist völlig ohnmächtig ausgeliefert, er spricht von einem Sumpf von Angst und Gewalt, so hat er das subjektiv erfahren. Die Tatsache, dass die Frau Prim. Kalousek ihn gefragt hat „Herr XY wie geht es Ihnen?“, war ein derartiges Ereignis in seinem wochenlangen

Delirium im Netzbett, wo er das Gefühl hatte, er könne seine Körperfunktionen nicht beherrschen, weil er so unter Psychopharmaka stand.

Und du hast davon gesprochen, dass es das Lübecker Modell gibt. Da ist ein Patient, der sehr klar sagen konnte: ja, ich war zu dem Zeitpunkt krank und ich hatte auch keine Krankheitseinsicht und man musste etwas für mich tun. Er hat damit leben können, dass er immer wieder auch mit Zwang konfrontiert war. Er hat mir das so geschildert: Man kommt ins Otto-Wagner-Spital und wird kopfüber ins Netzbett gezwungen, weil es keine Alternative gibt. Eine geschlossene Teilstation oder eine Wohnlichkeit - so wie es Univ.-Prof. Dr. Hinterhuber geschildert hat und der Patient hat auch im Wagner-Jauregg Erfahrungen - das hätte ihm geholfen und so war er auf seine Vegetiertheit zurück geworfen. „Keiner spricht mit mir“ war seine Erfahrung.

Ich muss es jetzt noch einmal thematisieren. Du hast davon gesprochen, dass es Sitzwache gibt. Sitzwache bei Menschen, die in schwerer psychischer Not sind und unter großen Spannungen leiden. Im Otto-Wagner-Spital ist in vielen Stationen das Gegenteil die Praxis. Im konkreten Fall war es dieser Patient, der ist im Netzbett am Ende der Station weit, weit weg gewesen. Sein Glück war, dass in der Nacht das Netzbett offen war, weil er so unter Psychopharmaka, war dass man es nicht zugemacht hat. Nicht einmal dann, als er die Flammen gesehen hat und gemerkt hat es ist ihm irrsinnig heiß, konnte er aufstehen, weil er so fertig war von den Psychopharmaka. Er konnte seinem Reflex flüchten zu wollen nicht nachgeben, hat sich rausfallen lassen können und wäre nicht der Brandstifter gegangen und hätte gesagt, dass es brennt, ich weiß nicht, ob er uns heute noch erzählen könnte, was war. Ich meine, dann die Folge, reden wir einmal darüber anderen Ortes und hoffentlich auch hier, aber in seiner Krankengeschichte steht dann im Eintrag am übernächsten Tag, er war ja im Wilhelminenspital und wurde medizinisch versorgt: Patient hat nach wie vor Angst im Zimmer zu schlafen (seit dem Brand), zieht es vor am Gang zu bleiben. Allein, dass jemand auf die Idee kommt, dass jemand in der hilflosesten Lebenssituation allein gelassen wurde, unbetreut, ausgeliefert der psychischen Situation eines anderen Patienten, dass niemand da war, der Pfleger ist erst gekommen, als er geholt wurde von dem, der das verursacht hat und dann erwartet man noch, dass er wieder in dem Zimmer in dieser Situation schläft. Er hat danach auch wieder schwere Psychopharmaka gekriegt. Ein Zugang auch fachlich, wo mir der Atmen stockt. Jetzt sind wir vor dieser Situation, dass dieser Patient von der SPÖ daran gehindert werden soll, obwohl er

mittlerweile seit 3 Jahren gesund ist, hier auszusagen. Mit dem vorgeschobenen Interesse, scheinbar fürsorglichen Interesse, aus Datenschutzgründen darf der nichts sagen, obwohl der zu mir gesagt hat, ich hätte kein Problem mit dem Namen, mit meiner Person und ich bin gesund, ich bin gesund, ich möchte meinen Beitrag hier sagen.

Die Frage ist jetzt: Folgst du fachlich der Haltung der SPÖ: „einmal krank immer krank, einmal in der Psychiatrie nie wieder verantwortlich für irgendetwas?“ Kann es nicht so sein, dass man hier ... (*Zwischenrufe*) Typisch Pilz, typisch Pilz! Pilz bringt Licht ins Dunkel!

Meine Frage an den Psychotherapeuten: Ist es so, dass Menschen mit Psychiatrieerfahrung zu keinem Zeitpunkt ihres Lebens, auch dann nicht wenn sie schon lange ohne weitere Aufenthalte und ohne weitere therapeutische Notwendigkeit voll im Berufsleben stehend, nichts sagen können?

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Da ist leicht zu beantworten.

Ich bin froh, dass es die Möglichkeit gibt in so einem offiziellen Gremium, dass eine Abgeordnete so die Stimme für einen Patienten erheben kann. Das finde ich großartig, dass der Patient hier vertreten wird, in dem Fall durch dich. Das finde ich wirklich klass'.

Ich gehe aber nicht auf die - im Sinn einer demokratischen Auseinandersetzung - ein, dass die Menschen die Stimme haben, hier gehört werden.

Ich möchte jetzt nicht auf die Polemik eingehen, ich glaube nicht, dass es eine SPÖ-Meinung ist, dass psychiatrische PatientInnen immer krank sind. Das ist, glaube ich, ein bisschen im Eifer des Gefechts gesagt worden. (*Zwischenruf*) Das war mehr Polemik.

Ich komme zum Hauptpunkt.

GRin Dr. **Pilz**: Ich muss es konkretisieren! Es geht darum, ob jemand geladen wird und ob diese Ladung mit der Mehrheit der SPÖ abgelehnt wird.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau GRin Dr. Pilz! Das ist hier jetzt nicht das Thema, sondern es geht um die Fragen an den Herrn Universitätsprofessor. Wenn Sie konkrete Fragen haben, die sein Fachgebiet betreffen, dann ist es in Ordnung. Andere Dinge, die wollen wir jetzt nicht besprechen.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Ich möchte ganz grundsätzlich dazu sagen und das ist eine ganz wichtige und notwendige und immer zu wiederholende Botschaft: Die meisten Menschen, die an einer psychiatrischen Krankheit leiden, werden wieder gesund. Auch die meisten psychotischen Menschen werden wieder gesund.

Diese Meinung hat man vor 30 Jahren noch

nicht gehabt und das ist nicht nur meine Fachmeinung, sondern auch die in der Psychiatrie. Das ist etwas ganz Wichtiges, das kann man gar nicht oft genug wiederholen.

Das Krankenhaus Ybbs ist ein ganz positives Beispiel für diese Erfahrung. Nach Ybbs hat man Jahrzehntlang die hingeschickt, wo nichts mehr zu machen war. Wenn Sie sich heute Ybbs anschauen, ist das eine psychotherapeutisch-psychiatrische Einrichtung, wo sehr viele Menschen, die schwer krank sind, Heilung und Besserung erfahren.

Das muss man einfach heraus streichen. Die meisten PatientInnen werden wieder gesund. Selbstverständlich können gesunde Personen, die nicht besachwaltet sind und bei Sinnen sind und nicht psychisch krank sind, natürlich ihre Stimme erheben und sich äußern. Sie haben sich auch geäußert gegenüber der Stadträtin, gegenüber der Gemeinderätin, das ist erfreulich.

Wozu ich auch im Sinne des Herrn Vorsitzenden natürlich nichts sagen kann, ist, ob dieser Ausschuss beschließt PatientInnen zu hören oder nicht zu hören. Ich habe verstanden die Mehrheit war dafür sie nicht zu hören, aber das ist außerhalb meiner Entscheidungs ... (*Zwischenrufe aus dem Publikum*)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Sie sind nicht am Wort. (*Weitere Zwischenrufe aus dem Publikum*)

Ich unterbreche die Sitzung und die beiden Herrschaften werden gebeten den Saal zu verlassen.

(*Sitzungsunterbrechung: 10.53 Uhr bis 10.56 Uhr.*)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich hoffe, dass sich die Situation wieder beruhigt hat und dass wir fortfahren können.

Frau GRin Praniess-Kastner, bitte.

GRin **Praniess-Kastner**: Ich denke, die Situation hat sich jetzt beruhigt. Wie wohl mir nicht wohl ist bei dem Gedanken, dass sehr viele Angehörige von PsychiatriepatientInnen und auch PsychiatriepatientInnen wissen, dass wir hier eine Untersuchungskommission zu diesem Thema und zu den Vorfällen im Otto-Wagner-Spital abhalten und die Idee haben, dass wir als politische Verantwortliche nicht auf die Idee kommen, sie vorladen zu wollen oder sie hier nicht hören zu wollen.

Ich kannte die Dame nicht, ich habe nur gehört sie ist eine Angehörige, eine Mutter eines Sohnes, der seit 30 Jahren Patient ist. Ich finde es skandalös, muss ich ganz offen sagen, wie die Mehrheitsfraktion mit jenen umgeht, die ihre Stimme erheben wollen und diese Kommission jetzt einmal zum Anlass nehmen, froh darüber zu

sein, dass das Thema entstigmatisiert werden könnte, dass die Öffentlichkeit jetzt einmal darüber redet und diese PatientInnen wahr nimmt und ernst nimmt.

Herr Universitätsprofessor! In diesem Zusammenhang jetzt eine Frage an Sie: Sie haben das verfolgt, es gab einige AngehörigenvertreterInnen, es gab PatientInnen, die hier in der Untersuchungskommission aussagen wollen und ihre Situation, die ja auch in den Medien dargelegt wurde, darstellen wollen.

Finden Sie es von Ihrer fachlichen Expertise her für diese Menschen zumutbar in einer Kommission auszusagen? Oder sagen Sie als Fachmann: ich würde das nicht verantworten wollen für die PatientInnen hier aussagen zu müssen oder hier nicht zu müssen, sondern freiwillig auszusagen?

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Ich weiß, dass ich mich da jetzt in die Nesseln setze, aber wenn ich Sie wäre, würde ich einen Schutzraum herstellen, in dem die Angehörigen aussagen können. Das heißt ja nicht, dass Sie deren Meinung übernehmen müssen. Aber, dass jemand aus dem Publikum es nicht erträgt wenn wir darüber sprechen, das ist ja nachvollziehbar. (*Zwischenruf aus dem Publikum: Blöd darüber sprechen.*) Unter Umständen sogar blöd darüber sprechen, das ist nachvollziehbar, wenn es ein öffentlicher Raum ist. Daher würde ich, auch in Ihrem Interesse, einen nicht öffentlichen Raum herstellen - das erscheint mir wichtig - wo die Angehörigen und auch gesundete PatientInnen aussagen können. Wir leben doch in einer Demokratie, wo die Leute gehört werden sollen und nicht nur über die Polemik der politischen Parteien - ich möchte es einmal so allgemein sagen - zur Sprache kommen oder als Störelement zur Sprache kommen, das ist ja offensichtlich. Das was die Dame sagt, ist wichtig. Sie braucht einen Raum das zu äußern, sie hat aber keinen, außer dem hier und wo wir uns gestört fühlen. Das heißt aus meiner Sicht, wenn es eine Kommission ist, die das untersucht, dann sollte sie auch neben den Fachleuten die Betroffenen befragen. Man muss ja deswegen nicht sagen, sie haben in allem Recht, aber wichtig ist, dass man sie hört und bewertet. Da sehe ich überhaupt kein Problem.

Das hat auch einen therapeutischen Effekt für die Betroffenen, weil sie wissen, ich werde unmittelbar gehört. Das ist ja ganz etwas anderes, wie wenn jemand sagt, pass auf, ich nehme dich an der Hand. Viele brauchen auch das an der Hand genommen nicht, weil sie voll mündig sind.

Das einzige Problem ist, ich würde es nicht in einer offenen Sitzung machen, denn es kommen natürlich starke Emotionen hervor, die einen Schutzraum brauchen. Das wäre mein Vorschlag

für dieses Kapitel.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke, Herr Universitätsprofessor für diesen Hinweis.

Herr GR Deutsch, bitte.

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

Ich möchte einige Behauptungen, die in den letzten 15 Minuten geäußert wurden in der Form nicht stehen lassen.

Es ist falsch, Frau Kollegin Pitz, dass jemand gehindert wird, Beschwerden, Vorwürfe oder sonstige Wahrnehmungen kundzutun. Es ist eine Unterstellung, die ich auch zurückweisen möchte, dass Sie von einem vorgeschobenen Interesse sprechen. Das war eine wirklich nicht besonders notwendige Aussage, weil wir unsere Tätigkeit in der Untersuchungskommission sehr, sehr ernst nehmen, weil es sich eben um ein besonders sensibles Thema handelt.

Wie Sie auf die Haltung kommen, dass es unsere Haltung wäre einmal krank, immer krank, ist überhaupt nicht nachzuvollziehen und ist auch auf das Schärfste zurückzuweisen. Das ist eine jener Unterstellungen, die Sie leider immer wieder tätigen.

Uns ist es besonders wichtig und wir haben das, glaube ich, auch in den Diskussionen in den letzten Wochen immer wieder kundgetan, dass es um zwei Dinge geht.

Das eine ist, dass Krankengeschichten und Behandlungsgeschichten einerseits sehr sensible Daten sind. Das ist die Frage des Datenschutzes, die wir nächste Woche auch mit dem Herrn Univ.-Prof. DDr. Mayer eingehend diskutieren werden. Das aber für uns eine ganz wesentliche Frage noch schwerwiegender ist, nämlich menschliche Gründe ausschlaggebend sind. Das hat der Univ.-Prof. Dr. Pritz jetzt auch unterstrichen, dass eine Vorführung in einer öffentlichen Sitzung nicht Ziel führend ist und dagegen haben wir uns immer gewandt. Wir wenden uns dagegen, dass PatientInnen, Betroffene, Angehörige in einer öffentlichen Sitzung vorgeführt werden, weil es nicht der Sinn, der Zweck und die Aufgabe der Untersuchungskommission ist, Menschen öffentlich bloßzustellen. Das habe ich Ihrer Aussage jetzt auch entnommen.

Wir haben aber gleichzeitig und ich möchte es noch einmal unterstreichen, weil es wirklich keiner künstlichen Aufregung bedarf, den Vorschlag gemacht, nämlich genau diesen nicht öffentlichen Raum – den Sie Herr Universitätsprofessor angesprochen haben – am Beispiel ...

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Schutzraum.

GR **Deutsch**: Den nicht öffentlichen Raum - würde ich jetzt einmal generell so definieren – vorgeschlagen, die PatientInnenanwaltschaft, die ja eine weisungsfreie, unabhängige Stelle ist. Das ist eine gesetzliche Einrichtung die seit An-

fang der 90er Jahre existiert, wo Angehörige, wo Betroffene, wo alle aus dem gesamten Gesundheitswesen sich hinwenden mögen. Wir ... (*Zwischenrufe aus dem Publikum.*)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Darf ich Sie bitten, dass Sie sich wieder beruhigen, sonst muss ich die Sitzung noch einmal unterbrechen. (*Zwischenrufe aus dem Publikum.*)

GR **Deutsch**: Ich darf dort fortsetzen, wo ich aufgehört habe, nämlich an jene gesetzlich vorgesehene Einrichtung zu wenden, nämlich die PatientInnenanwaltschaft. Wir haben deshalb auch den Herrn Patientenanwalt als Zeugen bereits in der ersten Sitzung geladen. Ein Termin steht noch nicht fest, damit noch ausreichend Zeit ist, dass sich alle, die der PatientInnenanwaltschaft ihre Wahrnehmungen, ihre Beschwerden auch entsprechend mitteilen wollen, dies auch tun können und er in anonymisierter Form dann praktisch der Untersuchungskommission dazu Rede und Antwort steht.

Es geht nicht um irgend eine Polemik, die Sie auch kurz angesprochen haben, sondern ich meine, um einen ganz wesentlichen Vorschlag, wo man auf der einen Seite die Person, die Daten, aber vor allem – ich habe auf die menschlichen Gründe hingewiesen – die PatientInnen schützt, aber auf der anderen Seite auch entsprechend sicherstellt, dass jeder Behauptung und jedem Vorwurf auch nachgegangen wird.

Lassen Sie mich noch einen Satz anschließen und dann bin ich am Schluss dieser Ausführungen.

Ich glaube ebenfalls, dass die Entstigmatisierung der Krankheit ein sehr wesentliches Ziel dieser Untersuchungskommission auch sein müsste. Und das wir die Tatsache, dass es die Untersuchungskommission gibt, gemeinsam als Auftrag verstehen sollten und dazu beizutragen, dass es völlig selbstverständlich ist, eine psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wie jeden anderen Facharztbesuch auch.

Dazu eine Frage an Sie: Welche Maßnahmen würden Sie als vordringlich sehen, die dieses Ziel uns näher bringen würde?

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Ich bin mit Ihnen d'accord. Gestatten Sie mir einen kleinen Schlenker zu dem, was Sie vorher gesagt haben, dass ist für mich auch nachvollziehbar. Sie dürfen sich nicht wundern, wenn PatientInnen aufschreien, wenn es um die Frage der Unmittelbarkeit geht. Der Unmut der beiden hat sich heute auch daran entzündet, dass wir über sie gesprochen haben und nicht mit ihnen. Jetzt wieder über den PatientInnenanwalt – über die PatientInnen und nicht mit ihnen, den unmittelbar Betroffenen. Das gebe ich nur zu bedenken. Ich glaube, dass es der Untersuchungskommission

nützt, wenn sie die Betroffenen und Angehörigen auch direkt hört. Das ist ja auch nicht schwer herzustellen und ich würde es nur nicht im öffentlichen Raum machen, wie Sie das richtig sagen. Ich finde das braucht einen entsprechenden Schutzraum.

Zur 2. Frage: Ich komme zurück zu den Punkten die ich vorgeschlagen habe. Das ist nicht einfach, man muss mit verschiedenen engagierten Beteiligten sprechen. Ich glaube, man muss einmal erheben, was es gibt, weil man das nicht einmal weiß. Wenn ich das so politisch sagen darf, Sie geben der Opposition eine Chance, weil keine Daten vorliegen. Man kann nicht sagen: passen Sie auf, wir machen eh das und das und das, weil man es gar nicht weiß. Ich würde zuerst versuchen eine gewisse Informationssicherheit über das, was notwendig ist, zu bekommen. Das hat auch die Frau GRin Mag. Ramskogler bestätigt. Das wäre das Erste. Das gibt auch vielen Hoffnungen. Es sind äußerst viele in dem Feld engagiert, wirklich engagierte MitarbeiterInnen, aber auch PatientInnenvertreter und auch ehemalige PatientInnen, man hat hier ein sehr konstruktives Feld, wenn man Maßnahmen trifft. Das wäre für mich das Erste, eine gewisse Informations- und Datensicherheit herzustellen.

Das Zweite, glaube ich, wäre und das könnte parallel dazu geschehen, dass man sich überlegt, wie können PatientInnen informiert werden wo sie welche Behandlung in welcher Form bekommen.

Diese zwei Maßnahmen kosten nicht viel – aus meiner Sicht – und bringen viel. Die Planstellenfrage würde ich natürlich hinten anreihen. Es ist notwendig, dass man sie diskutiert, aber das ergibt sich dann erst aus diesen ersten zwei Dingen.

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

GRin Dr. **Pilz:** Ich kann mit dem Vorschlag, dass wir mit dieser Zielgruppe sprechen, wobei ich da Abstufungen machen würde. Ein Anwalt braucht keinen Schutzraum als Beispiel und bei den Angehörigen-Organisationen sehe ich es auch nicht als notwendig. Aber bei Psychiatrieerfahrenen, wenn sie das selber wollen, würde ich das sehr, sehr vernünftig finden.

Ich sehe das Argument, das man direkt hier gehört werden soll. Wir kennen die Berichte der PatientInnenanwaltschaft, da kommt die Psychiatrie nicht einmal in der Fußnote vor. Der Brandunfall, der von dem ich berichte und der zweite, der schon im Februar im Kurier bekannt gegeben wurde, davon wurde im Bericht des PatientInnenanwalts genau nichts berichtet, gar nichts. Dass die PatientInnen das bezweifeln, dass sie hier Gehör finden, kann ich aus diesem Kontext

nachvollziehen.

Ich will aber jetzt noch einmal zur Sache zurückkommen. Eine Frage: Würde es die Sigmund Freud PrivatUniversität nicht geben, was ich persönlich bedauern würde, wer würde diese 700 Menschen betreuen? Wem käme diese Aufgabe zu? Oder sind sie wie die anderen, die auch nicht wissen, dass es die Sigmund Freud Universität gibt? Bleiben die völlig unbetreut? Welche Funktion käme da deiner Meinung nach der Gemeinde zu?

Du hast gesagt, dass nach deinen Informationen im Otto-Wagner-Spital die Verteilung der Psychotherapieversorgung in den Pavillons ungleich ist. Das entspricht meinem Kenntnisstand, dass vieles in der Psychotherapie, in der Psychiatrie sehr ungleich ist. So bietet der PSD in der einen Region Übergangspflege an, in der anderen nicht. Im Moment denkt er gerade nach, ob man sie überhaupt braucht und wie. Muss man in den richtigen Bezirk ziehen damit richtig versorgt wird? Kann man davon ausgehen, dass man dem Gutdünken und dem Engagement des Personals ausgeliefert ist? Warum gibt es hier - und wie schätzt du das ein - keine Standards auf die die PatientInnen ein Recht haben?

Univ.-Prof. Dr. **Pritz:** Eine ehrliche Antwort ist, ich glaube, es ist ein Bewusstseinsproblem. Wenn der Gemeinderat insgesamt als Körperschaft beschließt, ja, da müssen wir etwas tun, dann wird es auch geschehen. So möchte ich das formulieren.

„Was wäre wenn“ kann man nicht beantworten, es wäre wahrscheinlich schlecht, wenn es die SFU nicht gebe. Es wäre noch schlechter, für die 200 PatientInnen. Ich glaube, es ist eine Bewusstseinsfrage und ich bin sehr froh, dass Sie sich so ernsthaft mit dieser Frage beschäftigen, das ist gut für die PatientInnen in Wien.

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

GR **Lasar:** Herr Universitätsprofessor! Ich habe hier einige gezielte Fragen an Sie.

Welche Berufsgruppen sind für Sie essentiell erforderlich, um z.B. intensiv-psychiatrische Betten zu betreiben? Welches medizinisches oder technisches Equipment ist hier für eine Überwachung erforderlich? Welches Personal würden Sie für diese Überwachung und Betreuung zur Verfügung stellen? Gibt es hier irgendwelche Standards, was für diese Intensivbetten erforderlich ist? Wie viel Personal? In diese Richtung hätte ich gerne Ihre Antwort.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz:** Das müssen Sie eher den Psychiater fragen als mich. Ich kann es kurz aufzählen.

Es braucht jemand der die medikamentöse Versorgung vornimmt, die pflegerische Versorgung und die psychisch betreuende Versorgung.

Diese drei Gruppen sind notwendig und zwar auf jedem Pavillon und in jeder psychiatrischen Einrichtung.

GR **Lasar**: Bezüglich Betten, z.B. die Vitalparameter, wo PatientInnen vielleicht angeschlossen sind. Wie sollen die Ihrer Meinung nach überwacht werden?

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Da bin ich zu wenig Experte, muss ich ehrlich sagen. Wir haben uns mit der Frage der Gewalt beschäftigt – wie ich schon ausführte – Menschen die in außergewöhnlichen Zuständen ...

ich sage ein anderes Beispiel: Es ist selbstverständlich, dass, wenn jemand einen Herzinfarkt hat und er wird erkannt und er kommt ins Spital, er an alle Instrumente angeschlossen wird und dass er ständig bewacht wird. Das ist selbstverständlich. Ich sage Ihnen, eine schwere psychische Krankheit ist nicht weniger als ein Herzinfarkt und ist auch lebensbedrohlich, kann lebensbedrohlich sein. Nicht jeder Herzinfarkt endet mit dem Tod, auch nicht jede endogene Depression endet mit einem Selbstmord, Gott sei Dank. Aber, es ist nicht weniger eine schwere Erkrankung so wie ein Herzinfarkt, ein Hirntumor, eine Brustkrebserkrankung etc. etc. Da gibt es gute Standards und da gibt es in der Intensivmedizin sehr rasch Hilfe und es gibt selbstverständlich genug Personal, das rund um die Uhr schaut, ob der Mensch gedeiht. Natürlich muss es solche Standards in der Psychiatrie auch geben.

Es ist die Zeit vorbei, zum Glück, wo Menschen, die an psychischen Störungen gelitten haben in Ketten gelegen sind. Es ist auch die Zeit vorbei, wo man sie wegsperren muss. Wenn sie akute Hilfe brauchen, muss alles getan werden. Sie werden dann auch schneller gesund. Es ist ja nicht so, dass das keinen Einfluss hätte auf die Behandlungswirkung.

GR **Lasar**: Kennen Sie irgendwelche Standards, die Sie auch erwähnt haben, dass es hier in dieser Intensivpflege Standards gibt und können Sie mir die nennen?

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Natürlich! Ich bin kein Pflegespezialist, da müssen Sie die Pfleger fragen, ich kann es nur in der Psychotherapie sagen, dass es notwendig ist, dass es psychotherapeutische Hilfe gibt. Manchmal ist es oft wenig wirksam bei bestimmten PatientInnen, bei anderen ist es essentiell.

Ich muss dazu sagen, mir fällt eine Patientin ein, die bei mir in Behandlung in einer Gruppentherapie ist, die im Otto-Wagner-Spital war und sagt: es war eine wunderbare Erfahrung für sie, sie war auf einem Pavillon, da hat sie sofort Kontakt bekommen zum Psychotherapeuten, sofort Kontakt bekommen zu den PflegerInnen und die hat den Aufenthalt dort für sich als äußerst be-

reichernd und fast lebenswendend im positiven Sinn erlebt. Das muss man auch sagen, zum Glück gibt es viele solche, die diese Erfahrungen machen. Nicht zuletzt durch das engagierte Personal.

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

GRin **Korosec**: Herr Universitätsprofessor! Ich bin sehr dankbar dafür, dass Sie sehr klar gesagt haben, dass Angehörige, Anwälte und auch ehemalige PatientInnen, die sich selbst melden, die selbst aussagen wollen, hier die Möglichkeit bekommen. Über die Form, darüber kann man durchaus noch reden, aber dass sie direkt gehört werden und nicht über einen Umweg über den PatientInnenanwalt. Wie z.B. beim letzten Fall, den die Frau Dr. Pilz heute aufgezeigt hat, dieser ehemalige Patient natürlich beim PatientInnenanwalt war und da hat es geheißen, na gut, kann man nichts machen. Ich glaube, dass war heute sehr, sehr wichtig und ich nehme an, dass damit die Mehrheitsfraktion überzeugt wurde.

Herr Universitätsprofessor! Ich wollte Sie auch noch fragen, welche Faktoren gibt es denn oder was sind die wichtigen Faktoren zu einer Verbesserung im extramuralen Bereich, wenn jemand beim PSD z.B. behandelt und betreut wird? Ich meine jetzt z.B. Ergotherapie, aber wie ist es, wieder ins Berufsleben zurückzukommen? Ich nehme an, dass das ganz, ganz wichtig ist hier besondere Anstrengungen zu unternehmen, jemand wieder ins Berufsleben zu integrieren. Es erscheint mir sehr, sehr wesentlich und da hätte ich gerne Ihre Meinung dazu gehört.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz**: Zur ersten Aussage. Ich möchte nur ganz kurz korrigieren, ich habe nicht gesagt, wir sollen Anwälte hören. Ich habe gesagt PatientInnen und Angehörige, Anwälte hat die Frau GRin Dr. Pilz gesagt. Das möchte nur korrigieren. Ich habe nichts gegen Anwälte, aber mir ist die direkte Kommunikation wichtig. Ich glaube, die sollte möglich sein.

Zur 2. Frage. Ich finde das gehört in dieses Paket hinein, in dieses Strukturaufbaupaket. Da gibt es aber auch einiges von Seiten des AMS. Vielleicht nicht ausreichend, da bin ich auch nicht im Detail ausreichend bewandert, dass ich da sagen könnte, man soll diese und jene Maßnahme treffen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit hat etwas zu tun mit Selbstwertgefühl und mit dem Gefühl wieder nützlich zu sein in der Gesellschaft. Ein wichtiges Kapitel. Wenn man sich überlegt: Behandlungsstruktur, wie sieht es mit der Arbeitsfähigkeit aus? Ein zentraler Wert.

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

GRin Mag. **Ramskogler**: Ich möchte noch

einmal feststellen, dass ich insbesondere auf Grund meiner Fachlichkeit und meiner Profession sehr gut unterscheiden kann zwischen sachlichen Diskussionen und Auseinandersetzungen oder einfach politischer Polemik. Da gibt es einen großen Unterschied und das haben wir auch schon im Gemeinderat diskutiert und auch bei der Einberufung der UK, wie es darum gegangen ist entweder hier polemisch Politik zu betreiben auf Kosten und auf Rücken der PatientInnen oder eben der Psychiatrie im Allgemeinen.

Wie wir wissen, ist die Psychiatrie nach wie vor leider noch einem Stigma unterstellt. Das heißt, es lässt sich hier auch medial und politisch sehr viel Emotionen aufreißern und darüber schreiben. Genau so wie das heutige Foto in der Zeitung. Ein Netzbett ist nicht passend, wenn es um Entstigmatisierung der Erkrankten geht. Da würde ich meinen, dass die Kollegin, ja, du bist angesprochen unter anderem, dass du liebe Kollegin, wenn du entstigmatisieren möchtest, sicherlich nicht politische Polemik dazu benützt, sondern vielleicht auch in der Fachlichkeit etwas mehr dich unterrichtest. Zu dieser Feststellung unter anderem ist auch zu sagen, dass hier Angehörige und PatientInnen diese Diskussion, die wir haben, da möchte ich wirklich aus fachlicher Sicht dir durchaus zustimmen, dass PatientInnen und Angehörige Gehör finden sollten, jedoch bei geschultem Ohr. Das geschulte Ohr ist leider hier nicht vorhanden, das möchte ich einmal feststellen. Ich denke mir, dass es so ist, ob man von politischer Seite hier zuhört oder eine fachliche Unterscheidung machen kann. Es geht uns nicht darum und das ist wirklich, sage ich jetzt einmal, von Seiten der SPÖ festzustellen und sehr politisch, weil ich muss da auch immer wieder trennen zwischen politisch und fachlich, politisch festzustellen hier kein Kleingeld zu machen, wenn es darum geht, Verbesserungen herbeizuführen.

Der Herr Kollege hat es auch gesagt. Es geht uns darum, hier Positives für PatientInnen und Angehörige zu machen, zu verbessern, wenn es Möglichkeiten wie die in Lübeck gibt, wie du eingangs gesagt hast, dass man auf Netzbett oder Fixierungen verzichten kann. Dann sind wir gesundheitspolitisch sicher die Ersten, die das auch unternehmen und auch forcieren werden, weil wir für das Wohl der PatientInnen und der Angehörigen in dieser Stadt auch politische Verantwortung tragen zum einen.

Zum anderen möchte ich auch feststellen, dass es notwendig ist, die Vorstellung einer Psychiatrie, wie die Frau hier auch im Publikum gesagt hat und vollkommen richtig hat sie gesagt: Waren Sie überhaupt schon einmal auf einer Psychiatrie? Ich kann aus meiner Profession sagen, ich habe auf der Psychiatrie gearbeitet.

Ich habe es gesehen. (*GRin Dr. Pilz: Ich kann dann dort hingehen und schauen?*) Du kannst jederzeit dort hingehen und schauen. (*GRin Dr. Pilz: Tatsächlich?*) Natürlich! (*GRin Dr. Pilz: Das nehme ich jetzt ad notam und werde es der Frau Stadträtin sagen, dass du mich eingeladen hast im Otto-Wagner-Spital mir das anzuschauen. Ich werde es gerne wahrnehmen.*) Das ist sicherlich nicht das Problem dort auf Besuch zu gehen. Nichtsdestotrotz ist z.B. ein ganz großer Unterschied - und da bin ich wieder bei den Ausführungen was ich zuerst gesagt habe. Es ist ein Unterschied, ob du dort als Politikerin hinkommst und Kontrolle machst als Politikerin und Gemeinderätin oder ob du dort arbeitest involviert in einem Team gemeinsam mit den PsychiaterInnen und PsychologInnen und PsychotherapeutInnen. Ob du zu diesem Team dazu gehörst und PatientInnen dementsprechend fachlich betreust. Da gibt es einen Unterschied, den wirst du wohl hier auch nicht weg reden können. Oder ob du als Gemeinderätin kommst und sagst, wo liegen die Missstände? Das ist ein riesengroßer Unterschied.

Abschließend zu meiner Frage, die ich noch an dich stellen möchte und die hier etwas Positives bewirken soll. Denn diese Untersuchungskommission soll ja nicht nur ein Zeitvertreib sein und ein polemisieren der PolitikerInnen, sondern ich benütze diese Untersuchungskommission sehr eigennützlich fachlich auch dafür, dass wir für die PatientInnen und Angehörigen im psychiatrischen, psychologischen Bereich etwas Positives bewirken in Wien.

Da würde ich dich gerne bitten, von Methodologie her, uns auch ein Instrument zu geben. Den PolitikerInnen ein Instrument zu geben, die fachlich nicht so versiert sind, wie können wir die Psychiatrie im stationären Bereich, insbesondere positiv vorantreiben. Da bin ich jetzt nicht dort bei der optimalen Verpflegung, weil dazu es das Geld objektiv nicht gibt. Ich weiß schon, dass jeder PatientIn einen eigenen PsychiaterIn oder eine eigene PsychotherapeutIn oder PsychologIn haben könnte oder zwei PatientInnen. Das wäre recht angenehm, keine Frage, aber wir sind nicht beim Traummännlein und „Wünsch Dir was“, sondern wir sind in der realen Politik, so hart wie sie auch ist, so gut sie mit Emotionen spielen kann. Da würde ich dich darum bitten klar auf den Tisch zu legen: Was ist effektiv? Wie sollte der Standard sein? Wie können wir ihn verbessern? Gib uns das Handwerk und sage uns die Methodologie dazu. Ich danke.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz:**

1. Die psychiatrischen PatientInnen brauchen einen Zugang zur psychotherapeutischen Betreuung.

2. Teilweise geschieht es.

3. Dort wo es nicht geschieht, muss man es schaffen.

4. Die Verbindung mit dem extramuralen Bereich ist essentiell, weil die PatientInnen sehr kurz in den Psychiatrien sind und man sich sehr viel Geld erspart, wenn der extramurale Behandlungsbereich funktioniert.

Ich habe PatientInnen, die jahrelang nicht in die Psychiatrie gehen müssen. Wenn Sie bedenken was ein Spitalsbett pro Tag kostet, damit kann man ein halbes Jahr Psychotherapie machen z.B. in einer Gruppentherapie.

Die extramurale psychotherapeutische Behandlung ist natürlich wesentlich billiger als der stationäre Aufenthalt, das wissen mittlerweile zum Glück alle, aber es findet die Verbindung nicht ausreichend statt. Man könnte einen Teil der ... Psychiatrie durch eine gut koordinierte ambulante Behandlung sicher verhindern. Das werden Ihnen der Dr. Rudas und alle Einschlägigen auch bestätigen.

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

GRin Dr. **Pitz:** Kollegin Ramskogler! Ich finde es gut, dass du jetzt sagst, du hast fachlich etwas dazu gelernt. Was Univ.-Prof. Dr. Pritz jetzt sagt, es gibt Alternativen zum Netzbett und das wir uns das Lübecker Modell gerne anschauen. (GRin. Mag. Ramskogler: Ich bitte keine Aussagen zu treffen die falsch sind. Das habe ich nicht gesagt.) Gut!

Es gibt Alternativen. Herr Univ.-Prof. Dr. Pritz! Wir sind mit der Frage und das hat sich jetzt gezeigt, wie die Debatte über Psychiatrie in der Öffentlichkeit laufen darf, an einem sehr, sehr grundsätzlichen Punkt angekommen. Denn die Frage ist, ob die Wahrheit zumutbar ist und ob es polemisch ist, wenn in den Zeitungen ein Netzbett abgebildet ist, wenn jemand in einem Netzbett in Wien zu Schaden gekommen ist?

Wenn es schon Polemik ist, dass man über das redet, was im Dunkeln bleiben soll und das halte ich für das Grundproblem. Es ist der Fall ...

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Frau GRin Dr. Pitz! Haben Sie eine Frage an den Herrn Universitätsprofessor?

GRin Dr. **Pitz:** Ja, ja, die Frau Kollegin Ramskogler hat auch ziemlich weit ausgeholt.

Es ist der Fall, dass es Netzbetten gibt. Es war der Fall, dass PatientInnen zu Schaden gekommen sind. Es ist leider bei allen Medienbashing nicht so, dass die Boten für die Botschaft schuldig sind, sondern was der Fall ist, da müssen wir hinschauen. Wir können uns sehr wohl darüber unterhalten, wie tun wir das auf eine qualifizierte Weise. Da bin ich ganz bei denen, die sagen: wir müssen insbesondere auf die Psychiatrieerfahrenen aufpassen. Aber wir passen nicht auf sie auf, wenn wir sie entmündigen,

zum PatientInnenanwalt schicken und zu sagen, hier herinnen habt ihr keine Stimme. (Zwischenruf) Gut, wir haben darüber gehört, dass niemand ein Spektakel machen will, sondern wir können uns Schutzraum ...

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Darf ich Sie jetzt bitten zur Frage zur kommen.

GRin Dr. **Pitz:** Ich komme zur Frage: Wenn jetzt der ambulante Bereich so zentral wichtig ist, meinst du, dass man hier eine Debatte über Missstände in der psychiatrischen Versorgung in Wien führen kann ohne den ambulanten Bereich anzuschauen?

Univ.-Prof. Dr. **Pritz:** Wenn ich eure Debatte abstreiche – natürlich nicht. Das gehört ja zusammen, ich glaube, das sagt auch jeder.

Ich möchte unzuständigerweise das kommentieren, was zwischen Ihnen beiden jetzt gerade abgelaufen ist, finde ich, auch wenn es unangenehm ist, sehr wichtig, denn das ist so ein sensibler Bereich.

Erinnern Sie sich an die Diskussion darüber, ob man eine Geburt im Fernsehen zeigen darf, die Methode Leboye vor 30 Jahren. Da gab es heftigste Diskussionen und heutzutage ist es überhaupt kein Problem mehr.

Wir sind hier in einem ähnlich tabuisierten schwierigen Bereich. Natürlich haben alle die Argumente, die gefallen sind ihre Berechtigung. Es braucht eine Öffentlichkeit und es braucht aber auch den Schutz des Patienten. Wie man sich hier durchbewegt, das ist nicht einfach. Ich weiß, dass Sie beide die Aufgabe sehr ernst nehmen und daher bin ich hoffnungsfroh, dass Sie hier als Kommission auch eine Lösung finden, weil es sehr schwierig ist, es braucht die Öffentlichkeit, aber es braucht auch den Schutz, beides muss man miteinander verbinden.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Gibt es noch eine Frage?

Darf ich Sie jetzt bitten, dass Sie vielleicht doch zum Abschluss kommen, weil wir noch einen Herren haben den wir um seine Meinung bitten wollen.

Frau GRin Praniess-Kastner, bitte

GRin **Praniess-Kastner:** Herr Univ.-Prof. Dr. Pritz! Ich würde Sie jetzt gerne fragen, was Sie von dieser Diskussion vorher gehalten haben? Das werde ich aber nicht tun, weil ich denke, Ihre Privatmeinung werden Sie uns wahrscheinlich jetzt auch nicht sagen wollen. Ich bin mir gar nicht sicher, ob ich als Politikerin das jetzt gerne hören wollen würde, was Sie sich zu dieser Diskussion gedacht haben.

Ich habe jetzt noch eine Replik auf die Frau Kollegin Ramskogler. Weil Sie ja gesagt haben, wir haben hier keine Fachhören und wir würden die brauchen, um Angehörige oder PatientInnen zu hören.

Das möchte ich für mich, als Person als Politikerin ganz klar von mir weisen, ich habe kein Fachohr für PsychiatriepatientInnen, weil ich keine psychotherapeutische Ausbildung habe und auch keine Psychiaterin bin, da gebe ich Ihnen Recht. Aber als Politikerin nehme ich für mich in Anspruch, dass ich sehr wohl ein Ohr an der Bevölkerung und an den BürgerInnen habe. Wenn es Menschen gibt die hier aussagen wollen als AngehörigenvertreterInnen, dann zählt es zu unseren Aufgaben als PolitikerInnen und vor allem als im Gesundheitsbereich tätigen PolitikerInnen diesen Menschen unser Ohr zu leihen. Das war jetzt keine Frage, Herr Univ.-Prof. Dr. Pritz, sondern das war jetzt meine Replik als Politikerin.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:**

Dann darf ich die Diskussion damit beenden.

Ich darf mich bei Ihnen Herr Univ.-Prof. Dr. Pritz für die Ausführung und für Bereitschaft zur langen Diskussion bedanken.

Ich darf jetzt programmatisches sagen, dass wir jetzt eine Pause brauchen, um einen Umbau vorzunehmen, damit wir für den nächsten Sachverständigen auch die Infrastruktur bereitstellen.

Univ.-Prof. Dr. **Pritz:** Ich möchte mich für diese doch intensive Diskussion bedanken, spüre auch eine gewisse Müdigkeit.

Ich wünsche Ihnen alles Gute bei dieser schweren Arbeit. Die ist nicht leicht, für den Vorsitzenden ohnehin auch nicht, aber auch für Sie als politisch Tätige nicht, weil es sich hier um einen Tabubereich handelt. Alles Gute!

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Herr Universitätsprofessor! Ich bedanke mich, dass Sie bereit sind uns diese Powerpoint-Präsentation dann zur Verfügung zu stellen, damit sie an die Kommissionsmitglieder verteilt werden kann. *(Allgemeiner Beifall.)*

Wir machen jetzt eine Pause von 15 Minuten.

(Sitzungspause: 11.35 Uhr bis 11.50 Uhr.)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Darf ich Sie bitten Ihre Plätze einzunehmen, damit wir fortfahren können.

Ich begrüße nun Herrn Univ.-Prof. Dr. Heinrich Kunze. Den ehem. Ärztlichen Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Zentrum für Soziale Dienst in Kurhessen und Stellv. Vorsitzender der „Aktion Psychisch Kranke“.

Ich bitte Sie, Herr Universitätsprofessor mit Ihren Ausführungen zu beginnen.

Univ.-Prof. Dr. **Kunze:** Vielen Dank Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, für die Einladung, der ich sehr gerne gefolgt bin. Denn erstens ist dies hier ein ehrwürdiges Haus, was ich bisher immer nur von außen gesehen habe,

wenn ich gerne nach Wien zu Besuch gekommen bin. Denn schließlich ist Wien eine europäische Metropole.

Sie werden aber auch aus meinen Ausführungen erkennen, welchen Stellenwert ich oder wir in Deutschland der Politik auf den verschiedenen Ebenen für die Psychiatriereform zuschreiben.

Sie haben mich gebeten, einen Überblick zu geben über die Psychiatriereform in Deutschland. Zu den österreichischen Verhältnissen, insbesondere den Themen hier im Ausschuss kann ich natürlich als Außenstehender nichts sagen. Ich will Ihnen einen Überblick geben und vielleicht ergibt das Anknüpfungen zum Vergleich.

In Deutschland beginnt die Psychiatriereform mit der Enquete, die ist 1975 veröffentlicht worden und war im Vergleich zu anderen Industrienationen wie England, USA, Skandinavien, Holland um etwa 15 bis 20 Jahre verspätet. Das hat etwas mit der Tabuisierung des Themas in unserem Land zu tun und dies wiederum hat damit zu tun, mit der besonderen Geschichte des Nationalsozialismus und der absoluten Entwertung von Menschen, insbesondere psychisch kranken und geistig behinderten Menschen, aber auch anderen, die zum Teil auch massenweise umgebracht worden sind. Von dem Krankenhaus, das ich jetzt über 20 Jahre geleitet habe, sind über 500 Frauen ermordet worden.

Umso erstaunlicher war es, dass es so lange gedauert hat und das hat sicher etwas mit den Umbrüchen der berühmten 68er Zeit zu tun, dass ein Klima entstand sich diesem Thema zu widmen, denn es ging um einen Tabubruch.

Die ExpertInnenkommission, die seit 1971 tagte, hat zum ersten Mal in ihrem Zwischenbericht 1973 die Inhumanität der damaligen Anstaltspsychiatrie zitiert: „Die elenden, zum Teil menschenunwürdig zu bezeichnenden Umstände, den Mangel an wohnortnahen therapeutischen Alternativen“ in die politische Öffentlichkeit gebracht und was damals damit zusammenhing. Nämlich der jahrlange oder lebenslange Anstaltsaufenthalt ohne Perspektive, die völlig katastrophalen Verhältnisse baulich, personell, Unterbringung und all diese Dinge.

Wenn man sich die Texte aus den 50er oder 60er Jahren zur Psychiatrie anguckt – das habe ich aus einem bestimmten Grund voriges Jahr auch ausführlich getan – dann findet man ein aus heutiger Sicht unverständlichen Zug der Beschönigung. Entweder haben die damaligen Fachleute es nicht besser gewusst, was mir auch erklärbar wäre, da sie ja in Folge des Nationalsozialismus jahrzehntelang von Vergleichsmaßstäben abgeschnitten waren oder sie haben es nicht angesprochen in der vermeintlichen

Absicht, das Stigma nicht zu verstärken.

Jedenfalls ist dieses Tabu gebrochen worden. Die Voraussetzung dafür war allerdings und das ist mein zweiter Punkt, das Bündnis zwischen Fachwelt und Politik, das die damals geschlossen haben. So ist die Enquete entstanden. Es gab einen kleinen Kreis von Psychiatern – ich weiß nicht, ob jemand den Namen Kulenkampff kennt – und ein CDU-Politiker aus der Nähe von Frankfurt - das war ein Frankfurter Nest, Frankfurt und Heidelberg - der eigentlich ein Hinterbänkler war, ein ganz anderes politische Feld hatte, aber der sich darum gekümmert hat. Auch, weil er einen Neffen hatte der junger Psychiater war und ihm das immer erzählt hat. Die haben es geschafft, das Thema in den Bundestag zu bringen und zwar überparteilich.

In Deutschland haben wir seit 1969 überwiegend die Kultur, dass das Thema Psychiatrie nicht zur parteipolitischen Profilierung benutzt wird. Natürlich gibt es Kontroversen, aber die wesentlichen Beschlüsse, wie die Psychiatrie-Enquete, die späteren, bis hin zu einem Beschluss zur Bestätigung der Psychiatriereform im Jahr 2002 sind immer überparteilich gefasst worden.

So ist auch die Strategie der „Aktion Psychisch Kranke“, deren Stellv. Vorsitzender ich jetzt seit 1992 bin. Das ist eine kleine Organisation, ein Verein vom Gesundheitsministerium gefördert, der gewissermaßen ein Scharnier zwischen der Fachwelt und der Politikwelt ist auf Bundesebene. Wir arbeiten da kontinuierlich, einerseits Fachleute, andererseits GesundheitspolitikerInnen aller Fraktionen zusammen und bereiten auf dieser Ebene Kritik, Lösungsvorschläge und politische Lösungen vor. So auch die Psychiatrie-Enquete, dann 1988 die Empfehlung der ExpertInnenkommission und spätere Papiere.

Bevor ich jetzt in die technischen Einzelheiten gehe und die komplizierten Dinge, die mit der Psychiatriereform zu tun haben, will ich diese Folie ansprechen. Denn bei unserer 25-Jahr-Feier zur Psychiatrie-Enquete im Jahr 2002 hat Professor Hefner einen sehr eindrücklichen Vortrag gehalten und hervor gehoben, dass abgesehen von all den wichtigen versorgungstechnischen Reformen der zentrale Punkt die tiefgreifende Wende zur Humanität gegenüber psychisch Kranken ... (*Zwischenruf aus dem Publikum*) Ich habe es leider nicht verstanden. (*Zwischenruf*) Die Folie ist schon etwas älter, heute schreibe ich das anders.

Hefner hat dieses zum Thema gehabt und diese Folie habe ich dann in meinem Vortrag gemacht, um deutlich zu zeigen auf welchen qualitativen Ebenen alle Veränderungen eingetreten sind, beabsichtigt sind, die natürlich nicht

von alleine kommen, sondern nur dann, wenn man auf vielen Ebenen, in ganz vielen kleinen Schritten in diese Richtung die Voraussetzungen dafür schafft. Sie sehen hier am Anfang Lebensverhältnisse inhuman, normalisiert, Ablehnen der psychisch kranken Menschen, Stigmatisierung, Wertschätzung, bürgerliche und soziale Rechte, Zwangsmaßnahmen, Behandlungsmöglichkeiten gering, erheblich, Krankheitsverständnis eindimensional, mehrdimensional, therapeutische Beziehung, patriarchalisch, zu partnerschaftlich, Patienten hilflose Objekte, werden zu Experten für ihre Krankheit und Angehörige werden Mitwirkende, statt ausgegrenzt, Ziel der Hilfe, ... (*Zwischenrufe aus dem Publikum.*)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Darf ich Sie bitten, dass Sie still sind, sonst muss ich wieder unterbrechen. (*Zwischenrufe aus dem Publikum.*) Bitte.

Univ.-Prof. Dr. **Kunze:** ... psychiatrische Angebote wohnortfern oder wohnortnah, Art der Hilfe, stationär, ambulant, Ausrichtung der Hilfen und Psychiatriereform getragen – da haben wir darüber schon gesprochen – nicht nur von wenigen Experten und Politikern, sondern breit von Kommunen, Ländern, Bund, Verbänden usw. Das einfach mal als Allgemeines, worum es eigentlich geht, wenn wir uns jetzt über viele Einzelheiten technokratisch oder sonst wie mit dem Thema beschäftigen.

Der zweite Teil meiner Vorrede, die nächste Folie Nummer 2 bitte. Prof. ERNST aus Zürich hat ein, aus meiner Sicht, bemerkenswertes Buch über psychiatrische Versorgung heute geschrieben. Und darin stellt er gewissermaßen vor die Klammer all seiner Ausführungen diesen Gedanken, den er im Text voranstellt, dass wir in der Psychiatriereform alles immer dafür getan haben, psychisch kranke Menschen und somatisch kranke Menschen, nein psychisch kranke mit somatisch kranken Menschen gleichzustellen. Da haben wir auch viel erreicht. Aber er warnt davor, diese Sonderstellung, die hier thematisiert ist, zu ignorieren und er schiebt es vor die Klammer. Da werden wir verschiedenst wieder darauf zurückkommen.

Nämlich je schwerer die psychische Erkrankung gerade ausgeprägt ist, desto geringer ist häufig der Wunsch des Kranken nach psychiatrischer Behandlung, umso größer die Gefahr der Zerstörung der Beziehung zu Angehörigen und ... hat das Stigma als das zweite Leiden neben der psychiatrischen Erkrankung bezeichnet. Das ist ein zentraler Unterschied zu somatisch kranken Menschen, den wir nicht vergessen dürfen. Und nun die Folie 3. Ich werde Sie nicht mit Zahlen und so weiter traktieren, aber um mich zu rechtfertigen für das vielleicht Verwirrende was ich Ihnen sage, habe ich dieses Zitat eines gro-

Ben Geistes aus Wien vorangestellt: "Kühner als das Unbekannte zu erforschen kann es sein, das Bekannte zu bezweifeln." Und ich werde Ihnen im Folgenden erst mal auf der Metaebene sagen, zeigen, dass wir uns angewöhnt haben, ganz unterschiedliche Perspektiven immer wieder einzunehmen und warum das wichtig ist. Denn wenn man vergleicht, zum Beispiel zwischen Deutschland und Österreich, aber das haben wir auch gelernt, das bei uns im Lande die Verhältnisse so verschieden sind, und ich habe es gelernt, muss ich noch einflechten, weil ich einen wesentlichen Teil meiner frühen Ausbildung eben in verschiedenen, in Zürich, in Berlin, in USA, in London und bei vielen Reisen gesammelt habe, das heißt, ich habe geübt, wie man hinter den vordergründigen, institutionellen – nächste Folie bitte – Funktionen und unterschiedliche Bezugspunkte sehen muss. Deswegen gehen wir jetzt einmal diese Folie durch, weil wir dann nachher im Konkreten wieder darauf Bezug nehmen.

Also, das Problem besteht darin, dass gleiche Institutionen verschiedene Funktionen realisieren. Und verschiedene Institutionen realisieren gleiche Funktionen. Dann werde ich Sie immer wieder bei einem Perspektivenwechsel mitnehmen, nämlich, passt die Personen ihren Bedarf der Institution an oder die Institution passt sich dem Bedarf der Person an. Das ist ganz entscheidend für die Frage: Erhält eine Person bedarfsgemäße Hilfefunktionen oder therapeutischen Leistung? Ein wichtiger Unterschied ist, sich darüber klar zu sein, wenn man vom institutionellen Ausgangspunkt aus spricht, also zum Beispiel ist eine bei uns sehr verbreitete Ansicht: psychiatrische Versorgung ist, was in Institutionen geschieht, die sich psychiatrisch bezeichnen. Und dann wird der Bedarf einer Person definiert mit der Inanspruchnahme einer psychiatrischen Einrichtung. Und dann ist die Frage, was ist mit den anderen? Das ist dann der epidemiologische Ausgangspunkt, sprich ich muss auch immer wieder den Blick von den Institutionen darauf richten, was sind denn psychisch kranken Menschen in der Bevölkerung? Und wo landen die? Oder wo kriegen sie Hilfe? Und ist es die richtige Hilfe? Und deswegen ist es sehr hilfreich für den Vergleich von Hilfefunktionen zu sprechen und nicht von Institutionen. Und dann zu fragen, welche Hilfefunktionen leisten denn welche Institutionen. Und üblicherweise schaut man immer nur das psychiatrische Hilfesystem. Aber wichtig zu schauen, welche Hilfen erhalten psychisch kranke Menschen durch andere Versorgungssysteme. Ein klassischer Fall sind Hausärzte. Aber wir werden auch auf andere kommen. Und wie viele sind ohne Hilfe. Oder wie viele landen in sozialen Systemen, wo wir

sie eigentlich nicht haben wollen. Also, unten drunter, Personen mit Bedarf. Danach müssten sich die Hilfefunktionen richten. Und die Institutionen müssten sich nach den Hilfefunktionen richten und die Finanzierung danach. In der Regel ist es aber umgekehrt. Wir haben ein Finanzierungssystem, das aus ganz anderen Gründen entstanden ist. In Deutschland das Bismark'sche System mit Krankenkassen und – werden wir immer wieder darauf kommen – einer heftigen Zergliederung. Wir haben Institutionen, die sich nach dem Finanzierungssystem richten und die Hilfefunktionen nach den Institutionen. Und was dann bei den betroffenen Menschen ankommt, da werde ich Ihnen einige Beispiele sagen, das ist zum Teil haarsträubend und wir haben in den Empfehlungen der ExpertInnenkommission das auf den Punkt gebracht und haben gesagt der Politik, hier findet eine strukturbedingte Verschwendung der therapeutischen Ressourcen statt.

Das ist sehr abstrakt. Aber ich wollte diese Metaebene im Eingang bringen unter Bezug auf Watzlawick und weil ich immer wieder den Perspektivwechsel brauche von der Institution, der Blick von der Institution, der Blick von der einzelnen Person, der Blick von den Personen in der Bevölkerung und der Verknüpfung zwischen Personen, Hilfefunktionen, Institutionen und Finanzierung. Soweit meine Punkte zur Vorrede.

Jetzt bitte die Folie 5. Die ExpertInnenkommission hat damals 1975 das sogenannte Standardversorgungsgebiet kreiert und dabei dieses Spektrum an Diensten und Einrichtungen konzipiert, um zu zeigen, wenn ich von der alten Anstaltspsychiatrie wegkommen will und die Menschen dort behandeln und versorgen will, wo sie leben, dann brauche ich ganz unterschiedliche Dienste und Einrichtungen. Sie müssen das jetzt nicht alles einzeln lesen. Das geht auch gar nicht lesbar, weil es zu klein geschrieben ist. Aber so ist diese alte Folie. Worauf es mir ankommt, ist der Begriff "regionale Versorgungsverpflichtung", den wir dann auch durchgehen werden, von Standardversorgungsgebiet. Ein ganz zentraler Punkt. Und dann die Zergliederung. Wir haben, was damals sozusagen den Vorvätern noch nicht bewusst war, wir haben all das, was sie glaubten, was man braucht, schön nach der Systematik unseres zergliederten Systems der Kostenzuständigkeiten durchdekliniert. Und damit ein riesiges Baukastensystem geschaffen, mit riesigen Schnittstellenproblemen, auf die ich noch zurückkommen werde.

Nächste Folie Nummer 6. Die ExpertInnenkommission, die gewissermaßen 13 Jahre später, die ein Update der Psychiatrieenquete und der Empfehlung gemacht hat auf Grund auch des Modellprogramms Psychiatrie hat das Stan-

dardversorgungsgebiet konkreter gefasst und hat gesagt, Kreise und Städte haben die kommunalpolitische Verantwortung dafür, zu sorgen, dass Bürgerinnen und Bürger mit langfristigen psychiatrischen und psychischen Erkrankungen nicht wegen unzureichender Hilfen dauerhaft aus ihrem Heimatkreis, ihrer Heimatstadt ausgegliedert werden. Auch diese Menschen sollen die notwendigen Hilfen zu einem möglichst selbstbestimmten Leben im eigenen Lebensfeld erhalten. Damit ist die kommunalpolitische Verantwortung nicht unbedingt die Kostenträgerverantwortung definiert und ich sehe Ihrer Aktivität hier im Ausschuss im Sinne dieser damaligen Forderung, das ist aber auch das Ziel der Enquete wiederholt. Es geht eben nicht mehr um Ausgliederung aller Anstalten, sondern um Integration ins Lebensfeld, in die vertraute Umgebung, in die dafür notwendigen Hilfen.

Jetzt die Folie 7. Hier gehe ich diesem Gedanken der Regionalverantwortung noch mal näher nach, was das bedeutet. Diese Nummer 1. Die regional definierte politische Verantwortung haben wir eben schon gehabt. Dann muss spezifizieren für welche Zielgruppen ist das denn. Nach Diagnosen, nach Altersgruppen, nach Grad der Krankheitsfolgen oder sozialer Parameter. Wichtig ist, dass die Versorgungsverpflichtung, die zum Beispiel Psychiatrische Kliniken bei uns haben, die Institutionen verpflichtet, einen Menschen, der im Einzugsbereich dieser Klinik lebt, wenigstens an dieser Stelle jederzeit einen Behandlungsplatz zu geben, wenn dieser Mensch Behandlung im Krankenhaus braucht und nicht verweist, die Betten sind voll, wir haben nicht das Programm aufgelegt oder sonst etwas. Wegen, und ich komme auf das Stigma zurück und die Praxis, die wir damals hatten, dass die einzige damals definierte Versorgungsverpflichtung bei den großen Anstalten war. Ich habe meine psychiatrische Weiterbildung noch in Weinsberg bei Hellbronn absolviert, in einem ländlichen Bereich mit 1 Million Einwohner. Ein riesiger Bereich. Das gibt es heute nicht mehr. Die Psychiatrieenquête hat damals gesagt, überall da wo es möglich ist, sollen Abteilungen, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern geschaffen werden, mit dem Ziel der Verkleinerung des Einzugsbereiches der bisher zuständigen Anstalten, das heißt, die Abteilungen müssen Versorgungsverpflichtung übernehmen. Es gab vorher Abteilungen, meistens neuropsychiatrische Abteilungen, die das nicht hatten. Und ich weiß aus meiner Erfahrung als Assistent, wie leidvoll das war, auch für uns in der Institution, aber noch mehr für die PatientInnen, wenn die Praxis war: In die Abteilung darfst du, in das alte psychiatrische Krankenhaus musst du gehen. Deswegen: Abteilungen müs-

sen wie die Anderen Versorgungsverantwortung übernehmen.

Dann der zweite Spiegelstrich. Pluralität der Träger. Das gilt vor allen Dingen für den sogenannten komplementären Bereich, also den außerstationären Bereich. Bei uns in Deutschland, ich weiß nicht wie es hier ist, haben ab den 70er Jahren bei uns die sogenannten freien gemeinnützigen Träger, wie Caritas, Diakonie, Awo, Rotkreuz, also da gibt es 7 Verbände, paritätischer Verband, die haben begonnen auch eben die klassischen Bausteine, die in dem ersten großen Tablett der Enquete gezeigt, aufzubauen, wie betreutes Wohnen, Wohnheim, Werkstatt, Tagesstätte und andere mehr. Und da hat die Politik einen riesigen Fehler gemacht. Man hat nämlich gesagt, in der Region kriegt die Awo das Wohnheim und der ASB das betreute Wohnen und die Diakonie die Tagesstätte und so weiter. Jetzt stellen Sie sich mal vor, was dann passiert. Eigentlich ist das ja gedacht als ein System des Durchlaufens. Ich zeige Ihnen gleich die Folie dazu. Deswegen merken Sie sich diesen Punkt für die übernächste Folie. Das Problem ist, dass all diese Träger wie die ursprünglichen Abteilungen sich angebotsorientiert verhalten und damit immer die PatientInnen immer passend zum Programm suchen und nicht umgekehrt das Programm zum Bedarf der PatientInnen nach dem richten. Im Bereich der Kliniken haben wir das ziemlich schnell hingekriegt bis Anfang 80 oder Mitte 80, dass eine psychiatrische Klinik Versorgungsverpflichtung hat. Egal, ob es Fachkrankenhaus oder Abteilung ist. Das ist in die Psych-PV eingegangen. Aber im Bereich des außerklinischen Bereich arbeiten wir immer noch da dran. Denn das Problem ist, wenn ich in einer Region all diese Angebote angebotsorientiert habe, dann gilt die Regel: Je komplexer der Hilfebedarf einer PatientIn im außerstationären Bereich ist, umso geringer ist die Chance, dass sie eine wohnortnahe Einrichtung findet und sie muss irgendwo weit weg gehen und das bedeutet dann immer vollstationäre Versorgung. Und das bedeutet eine versorgungsinduzierte Migration für diese Menschen. Wenn jemand umzieht, weil er zur Tante geht oder sagt "da wollte ich schon immer mal hinziehen" oder "da habe ich Freunde", das ist ein ganz anderes Thema. Aber wenn jemand wegzieht, weil es wohnortnah keine geeignete Hilfe ist, dann ist das gegen den Qualitätsanspruch der Regionalisierung.

Zweitens: Wir brauchen zur Evaluation und Bedarfsplanung diesen Bezugsrahmen, diesen regional definierten Bezugsrahmen. Ob man den jetzt nach Kreisen und Städten macht oder anders, aber man braucht ihn, um festzustellen,

wer fällt raus. Da zeige ich Ihnen vielleicht nachher noch eine Folie dazu.

Drittens: Hier geht es darum, die früher riesigen Einzugsbereiche der alten Anstalten in überschaubare Regionen zu machen, runterzubrechen und diese Region im Sinne der Versorgungsverpflichtung ist nicht automatisch identisch mit dem Merkmal der Überschaubarkeit der Region. Denn die Verkleinerung der Einzugsbereiche hat auch die therapeutische Funktion, dass in der Klinik oder in den anderen Institutionen, psychiatrischen Institutionen man die PatientInnen nicht einfach behandelt, völlig losgelöst von ihrem Kontext, von ihrer Familie, sondern dass ich als Stationsarzt oder als Wohnheimbetreuer sehr genau weiß, wo kommt dieser Mensch her, welche Hilfen hätte dieser Mensch von zu Hause aus, wie sind die Lebensverhältnisse des Menschen in der Familie, in der Nachbarschaft, welche Probleme gab es da, welche Ressourcen sind da, die man nutzen und fördern könnte? Und ganz wichtig, welches sonstige professionelle Hilfenetz hat denn ein Mensch, an Hausärzten, an Beratungsstellen und so weiter, wo schon Kontakt sind im außerpsychiatrischen Bereich, die man nutzen kann.

Und der dritte Punkt: Überschaubare Regionen heißt, die Institutionen sind ein akzeptierter Teil des öffentlichen Lebens und nicht ein stigmatisiertes Teil. Das ist also das Prestige der Institution. Was tun sie dazu? Und wie reagiert die Kommune darauf?

Nächste Folie bitte, Nummer 8. Also, die Psychiatrieenquete hat gewissermaßen als Generalziel definiert: Integration und Normalisierung. Und in dieser Folie geht es mir um Integration und Normalisierung auf der Versorgungsebene. Ich habe da noch eine Folie auf der Ebene der Person. Bei uns in Deutschland war die alte Heil- und Pflegeanstalt ein Teil der Armenfürsorge und hat sich seit 1800 bis 1970/80 gewissermaßen außerhalb des Medizinbereiches entwickelt, von kleinen Ausnahmen abgesehen. Und das hat auch was mit dem Stigma zu tun. Die Herkunft ist aus der Armenfürsorge.

Und zweitens: Damals und das habe ich noch in meinen Anfängen erlebt, die Versorgungsverpflichtung war da definiert erstens für einen riesigen Bereich, aber zweitens im Sinne einer Ersatzfunktion, nämlich die alte Anstalt war zuständig für all die Problempersonen, für die sich andere Versorgungssystem nicht mehr für zuständig erklärten.

Und ich werde jetzt im zweiten Teil erstens als Reformziel von der Heilanstalt wieder die Psychiatrie in die Medizin integriert, mehr ins Detail gehen und dann in einem zweiten größeren Anteil und der ist bei uns der problematischere, über die Funktion der Pflegeanstalt ü-

bernommen durch die Institution und damit meine ich die Kostenträgerinstitution, aber auch die Einrichtungen der sozialen Sicherung übernommen. Und Sie haben sicher den Begriff "Enthospitalisierung" gehört. Wir haben damals in den 70er, 80er, 90er Jahren die alten LangzeitpatientInnen der alten Anstalt in einem großen Programm, in vielen Programmen enthospitalisiert. Leider sind in den ersten Aufbruchzeiten viele nicht enthospitalisiert worden im Sinne von Integration und in Gemeinden, sondern umhospitalisiert worden in Heime. Darüber habe ich mich habilitiert. Und ein wichtiger Punkt meiner Erhebung damals war, dass dadurch viele PatientInnen in Heime des allgemeinen Heimbereichs kamen und damit aus der Psychiatrie verschwanden, denn sie waren nicht mehr in einer psychiatrischen Institutionen und tauchten nicht mehr als psychiatrisches Problem auf. Sie waren weg. Deswegen muss man immer wissen, ob eine regionale Versorgung funktioniert, nach ... gibt es Parawege, wo Problempersonen verschwinden. Das war damals ein wesentliches Thema meiner Habilitationsarbeit. Die anderen Punkte, die ich damals von Weinsberg aus aber immer verfolgt habe, bei der Enthospitalisierung. Menschen mit geistiger Behinderung waren in den psychiatrischen Anstalten, siehe oben, Versorgungsverpflichtung als Ersatzfunktion, weil das System der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung angebotsorientiert war. Und die Personen, die keinen Platz fanden oder die zu problematisch waren, wurden in die Psychiatrie abgeschoben. Aber das ist ja kein Grund sie zu Psychiatrischen PatientInnen zu machen auf Dauer. Sondern deswegen gehörte zu der Enthospitalisierung, zur Normalisierung der Versorgung das System, zur Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung verantwortlich für diese Personen zu machen. Wenn jemand mit einer psychischen Erkrankung bei geistiger Behinderung vorübergehend in die Psychiatrie kommt, ist das in Ordnung. Aber die Psychiatrie, schon gar nicht die psychiatrische Klinik, ist ein Ort zum Leben auf Dauer für diese Personengruppen, auch nicht mehr für psychisch kranke Menschen.

Eine andere große Gruppe waren alte Menschen. Die Altenhilfe. Wenn die ein bisschen schwierig waren oder keine Angehörigen hatten und es gab keinen Platz, ab in die Psychiatrie und da blieben sie dann. Da gab es große Bereiche, die hatten eigentlich nur eine Altenheimersatzfunktion. Dasselbe gilt für obdachlose und disoziale Personen. Ich habe noch große Bereiche mit Tbc- und Typhuskranken erlebt, die nicht in Regeln kooperierten und dann in die Psychiatrie zwangsverschubt wurden. Also, das sind und dann sind Pünktchen. Also, das sind alles Grup-

pen von Personen, wo die alte Anstalt eine Ersatzfunktion für die unzureichende Leistungsfähigkeit der eigentlichen Versorgungssysteme für diese Menschen hatte.

Und dann gibt es Menschen mit psychischen Erkrankungen im engeren Sinne. Und für die ist dann die gemeine Psychiatrie zuständig und ein Teil der gemeinen Psychiatrie ist die psychiatrische Klinik.

Die nächste Folie überspringen wir noch. Da kommen wir später darauf. Jetzt die Nummer 10. Das ist die Folie, mit der ich die Integration und Normalisierung der Versorgung auf der Personenebene darstellen will, was das bedeutet. Sie sehen in der Mitte im Kreis, KlientIn, PatientIn und links unten die psychiatrisch spezialisierten Dienste. Der schräge Pfeil zwischen den beiden Kreisen signalisiert das klassische medizinische Verständnis, die psychiatrische Hilfe meinetwegen die Klinik behandelt eine PatientIn. Wenn sie schon etwas mehr tut, dann bezieht sie die Bezugsperson darüber mit ein. Bezugspersonen sind nicht nur Familie sondern auch Nachbarn oder ArbeitskollegInnen. Und dann entsteht ein Dreieck Psychiatrischen Hilfen, KlientIn, Bezugsperson mit dem Ziel PatientIn und Bezugsperson zu Experten für die psychische Erkrankung zu machen, das heißt die ideale Bezugsperson KlientInnen zu befähigen, möglichst ohne psychiatrische Hilfe auszukommen und selber mit dem Problem zurecht zu kommen. So weit, so gut. Jetzt geht's aber noch nach rechts rüber. Gesundheits- und soziale Hilfen, Hausärzte, somatisches Krankenhaus, Schuldnerberatungsstelle, was es da alles gibt. Sozialstation. Das sind auch ja nicht psychiatrische Hilfen, die aktiviert werden können. Und wenn ich einer Region arbeite, dann beziehe ich die immer mit ein, sogar vorrangig. Denn das ist Normalisierung. So dass also die Psychiatrische Hilfe eigentlich die Tendenz haben müsste, sich überflüssig zu machen, in dem die Stabilisierung stattfindet im Dreieck KlientIn, PatientIn, Bezugsperson und allgemeine Gesundheits- und soziale Hilfen. Ich muss also eigentlich von der Psychiatrie auch immer ein Verständnis haben nicht nur am der PatientIn zu arbeiten sondern auch mit den Bezugspersonen, sei es im privaten oder im professionellen Bereich, im institutionellen Bereich und die befähigen damit zu Recht zu kommen, damit im Sinne der Normalisierung so wenig wie möglich in der Psychiatrie stattfindet und so viel wie möglich im nichtpsychiatrischen Bereich.

So. Jetzt sagen Sie mir einmal was zum Zeitmanagement. Wie lange haben wir jetzt insgesamt Zeit? Und wie lange kann ich erstmal reden bevor wir diskutieren? Ich habe es nämlich ausprobiert. Ich muss ein bisschen nach der Zeit zusammenfassen oder steuern.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Na ja, ich würde sagen, dass Sie noch ein bisschen Zeit haben und im Anschluss daran werden sicher einige Fragen an Sie gerichtet werden. (*Zwischenruf*)

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: 10, 20 oder 30 Minuten?

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Naja, ich würde sagen, machen wir 20. Nicht?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Gut. Okay. Dann komme ich jetzt zum ersten größeren ausführlichen Teil, den dann aber kürzer. Das ist die Funktion der Heilanstalt und die Integration in die Medizin. Ich habe schon gesagt, Abteilung wo immer möglich. Ich habe gesagt, Fachkrankenhäuser werden kleiner. Und wir haben seit den Empfehlungen der ExpertInnenkommission reden wir für einer Konvergenzentwicklung der Fachkrankenhäuser und der Abteilungen in eine gemeinsame Richtung.

Bitte Folie 11. Da habe ich links verschiedene Kriterien. Versorgungsverpflichtung, Fachkrankenhaus riesiges Gebiet, Abteilung keine. Beide zusammen sollen ein überschaubares Versorgungsgebiet haben. Bei uns in Deutschland war ein über 20 Jahre ein Riesenstreit, die Fachkrankenhäuser haben gesagt, wir spezialisieren nach Station oder nach Betreuungsform. Die Abteilung hat gesagt, wir durchmischen und machen stationsübergreifende Gruppen und heute sind wir auf dem Stand, dass beide nach Diagnosen und dem Sektor spezialisieren. Und ich sage Ihnen gleich, wie das dann zusammengeht. Die Durchmischung erfolgt in den alten Fachkrankenhäuser nicht dramatisch, da waren die Stationen möglichst homogen angerichtet. In den Abteilungen waren die nach Diagnosen gemischt. Stationär, Teilstationär ambulant, war fragmentiert. Jeder jeweils für sich. Und jetzt geht es darum, Wege zu finden, wie beide das integrieren können, indem sie stationär, teilstationär und ambulant arbeiten. Dazu sage ich Ihnen dann gleich mehr. Aber vorweg noch. Für diese Entwicklung aber auch für andere Dinge hat die Psychiatrie-Personalverordnung eine wesentliche Grundlage geschaffen, an der ich maßgeblich beteiligt war, die seit 1991 für die Personalbemessung in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen gilt. Schon allein, weil die organisatorische Konzeption der Fachkrankenhäuser und der Abteilung damals total verschieden war, mussten wir eine Personalbemessung finden, die sich nicht an Institutionsmerkmalen festmacht. Sondern wir haben therapeutischen Leistungen definiert. Und die Frage, wie man die Leistungen institutionell zu Therapieprogrammen organisiert, den Organisationen ist freigestellt, um auch damit ein Wettbewerb über die optimalen Organisationsstrukturen

im Gang zu setzen. Und davon werde ich Ihnen nachher ein Stück Diskussion auch noch zeigen.

Ich will jetzt nicht auf die technischen Dinge der Psych-PV eingehen, weil die gerade im Fluss sind und es einen Umstieg gibt. Aber ich will die zentralen Dinge der Psych-PV festhalten. Folie 12a und dann 12b bitte. Wir haben damals sehr ausdrücklich entgegen den Absichten der Krankenkassen darauf bestanden, dass wir nicht nur monetäre Werte definieren und nicht nur Personalstellen, sondern, dass wir zielgerichtete therapeutische Leistungen mit Qualitätsanforderung definieren, damit wenn die Kassen oder die Politik kommt und sagt, jetzt haben wir aber nicht genug Geld. Jetzt müssen wir einmal die Finanzschraube runterdrehen, dass wir als Fachleute dann sagen können und dann übernehmt ihre Politik aber auch die Verantwortung dafür, wenn wir bestimmte Leistungen nicht mehr realisieren können. Denn sonst ist im Nu das Schwarzer-Peter-Spiel im Gange. Das Geld wird runter. Und die Institution soll alles dafür leisten und kann es nicht. Und ich rede aus Erfahrung. Als ich als Assistent gearbeitet habe in der Klinik und wir sagten, wir können diese PatientInnen nicht aufnehmen, wir haben keinen Arzt auf der Station oder irgendwas und lehnten die Aufnahme ab, dann haben die draußen gesagt, dann schicke ich euch den per Einweisungsbeschluss. Das heißt, dass das Unterbringungsgesetz wurde missbraucht. Es dient ja eigentlich dazu, einen nicht einwilligungsfähigen PatientIn der behandelt werden muss, die Rechtsgrundlage zu schaffen. Hier wurde die Institution gezwungen, gegen ihren Widerstand, weil sie sagte, wir können nicht. Deswegen haben wir gesagt, wir definieren das nach Leistungen und Qualitätsanforderung und daraus leitet sich der Bedarf ab.

Und jetzt die nächste Folie bitte. Diese sagt die wichtigsten Qualitätsanforderung, nämlich die regionale Versorgungsverpflichtung ist die erste. Das heißt, auch für die schwierigsten PatientInnen zuständig sein und zur unpassendsten Zeit. Es ist leicht eine Psychiatrische Klinik zu leiten, die die Menschen immer nur nach Programmen aufnimmt. Ich weiß von einer benachbarten Klinik, die die PatientInnen nach Warteliste einstellte und da hat mir der Chefarzt noch ganz stolz erzählt, dass er genau die nach Diagnosen so eingestellt, dass sich daraus eine konstruktive Dynamik zwischen den PatientInnen ergibt, das heißt, die Störer aus immer Extremen marginalisiert wurden. Daran kann man natürlich mit niedrigen Geld und so weiter tolle Psychiatrie machen oder Psychotherapie. Also, Versorgungsverpflichtung, deswegen steht das in der Psych-PV, die volle Ausstattung haben nur Kliniken einen Anspruch darauf, die sich der regionalen Versorgungsverpflichtung stellen.

Und zweitens die Therapieziele nicht nur Symptombesserung, sondern auch Befähigung zur möglichst eigenständigen Leben außerhalb von Institutionen und die Befähigung zur Inanspruchnahme von ambulanter Behandlung, von Rehabilitationen und anderen ... Das heißt, ich muss mit den PatientInnen sprechen, ich muss ihr Lebensfeld miteinbeziehen, sie darin unterstützen mit ihrer Krankheit und der Therapie dort zu leben und wie sie mit Hausärzten zurecht kommt oder andere Hilfemöglichkeiten. Und dazu braucht man einfach eine bestimmte Personalausstattung. Und wenn die nicht mehr gegeben ist, dann geht das und anderes auch nicht mehr. Deswegen halten wir daran fest, ungeachtet der Tatsache, die ich kurz anmerke, ich weiß nicht, ob Sie das nachher noch interessiert, wir sind gerade in einem Prozess, die Finanzierung der Psych-PV, die ja nach einer anderen Verordnung geregelt ist, umzustellen und es besteht die Absicht, auf der Grundlage der Psych-PV ein Pauschalieren des Entgeltssystems zu entwickeln, analog zur ... aber nicht im inhaltlichen Sinne wie ...

Zur Bilanzierung der Psych-PV die Folie 13. Das hat die Psych-PV seit 1991 gebracht. Die Personalausstattung wurde grundlegend verbessert. Es wurde ein geschlossenes Leistungskonzept, also geschlossen heißt, ein alles abdeckendes Leistungskonzept vorgelegt, mit Qualitätsanforderungen und Prüfprozeduren. Und ein maßgeblicher Beitrag zum Bettenabbau, zur Verweildauerrückgang, zur Enthospitalisierung und damit auch zur Strukturklarheit. Was ist denn Behandlung? Und was ist nicht mehr Behandlung? Wir haben gesagt, eine Klinik ist ein Ort zur multiprozessuellen Behandlung aber kein Ort zum Leben auf Dauer. Und das war dann auch die fachliche Grundlage, mit den PatientInnen zu klären, wer ist ein Behandlungsfall, auch mit den Krankenkassen, und wer ist nicht mehr und welche Hilfen muss man außerhalb der Klinik schaffen, dass diese Menschen mit den Hilfen außerhalb der alten Anstalt möglichst gemeindeintegriert leben können.

So. Jetzt zur Perspektive. Da berichte ich primär über unsere Klinik. Aber viele andere Kliniken machen mehr oder weniger etwas ähnliches. Das ist, wenn ich es kurz auf den Nennen bringen sollte, der Versuch von der traditionellen Klinik, die stationär und teilstationär arbeitet und Institutionszentren organisiert ist, zu einer Klinik zu kommen, die ihre Behandlung, auch ihre stationäre Behandlung primär aus der ambulanten Perspektive steuert. In einer normalen Klinik, nehmen Sie mal die Folie 16 kurz, kommt eine PatientIn auf die Aufnahmestation und zwar kommt er dorthin weil der Hausarzt kein Psychiater gefunden hat, der ihn ambulant ansieht und

die Klinik vielleicht auch noch keine Institutambulanz hat, die zugewiesene PatientInnen erst mal ambulant anschaut und kurz auch nicht mal ambulant damit klarkommt, das hier auf der Station zu tun, dann kommt man auf die geschlossene Station, dann kommt man auf die offene Station, dann auf die Entlassstation, auf die Rehasstation, auch die Tagesklinik ist eine eigene Station. Auch die Institutsambulanz ist wie eine eigene Station, das heißt, das Stationsdenken und das ist eine der von mir bezweifelte - ja Allgemeinsätze im Sinne von Watzlawick - das sind alles räumlich definierte Einheiten. Das sind hoheitlich definierte Einheiten nach Verantwortungsbe- reich, nach Konzept und wer in der Klinik gearbeitet hat, die so organisiert ist, weiß wie hoch die Schwellen sind für den eigentlich beabsichtigten Durchlauf im Sinne der Behandlungskette. Ja? Daraus haben wir den Schluss gezogen und wir haben seit 25 Jahren die Institutsambulanz, wir nutzen jede Gelegenheit der Umorganisation dazu die Abteilungen so zu definieren, dass jede Abteilung, bei uns bestehen die ja aus durchschnittlich zwei Stationen, die eigenen PatientInnen auch integriert teilstationär und integriert ambulant behandeln können. Und das bedeutet, wenn jemand von außen kommen und sagt, ich will in der Suchtabteilung oder in der Psycho- senabteilungen behandelt werden, dann können die auch immer erst mal kucken, kann man das nicht ambulant machen oder teilstationär oder so. Ganz wichtig ist aber auch, wir können früher entlassen und der Arzt und das sind meistens die Oberärzte und die Chefärzte der Abteilung, die diese ambulante Tätigkeit machen, sagen den PatientInnen: "Dann kommst du zu mir in die Sprechstunde". Oder die Bezugsschwester macht aus der stationären Bezugstherapie eine ambulante Weiterbehandlung. Und wenn ich so die Behandlungskontinuität über die Wechselstufen von stationär, teilstationär und ambulant sicherstelle, dann bekommt die sogenannte Drehtürpsychiatrie auf einmal eine positive Wende und kriegt ein qualitatives Plus. Denn ich kann viel früher riskieren zu kucken geht es nicht auch ohne Station, teilstationär oder ambulant, weil a die Therapeutenkontinuität gegeben und damit auch, wenn es nicht klappt, die Schwelle wieder zurückzugehen sehr gering ist.

Dazu jetzt die Folie 13. Wir haben das vor 10 Jahren schon auf einer Station, die psychotherapeutisch extreme Problempatienten behandelte und einer Psychosestation einmal ausprobiert. Nee, das ist die Nummer, nein, die Nummer 19. Pardon. Und haben gemessen, wie lange dauert die Behandlung und wie viel könnten sonst stationär wäre eine stationäre Langzeitbehandlung. Also jede Zeile ist eine PatientIn. Und jetzt kucken Sie nur auf die fette Spalte Kalendertage,

das waren gewissermaßen die Krankenhausbehandlungsdauer. Und daraus können Sie sehen, davor waren stationäre Berechnungstage 55 und das andere war weniger als stationär und in Prozent können Sie den Anteil sehen und Sie sehen, welcher hohen Anteil durch diese flexible, integrierte und intermetierende Behandlung, weil auch Ambulanzphasen dazwischen waren, die stationäre Dauer vermindert werden konnte. Das hat bei den Therapeuten, die allmählich da herangingen, große Befriedigung ausgelöst. Die wollen das alle nicht mehr anders machen, weil sie gemerkt haben, wie betriebsblind sie werden, wenn sie nur stationär oder nur ambulant arbeiten. Und damit werden die, gerade wenn das leitende Ärzte machen, kriegen die ein Denken von ambulanten her. Und ambulant denken heißt, ich habe das Lebensfeld im Blick, ich weiß, die Familie funktioniert, welche Probleme, wie der Stadtteil und was sonst alles, und kann von daher dann auch den Auftrag für die Stationäre Behandlung geben und weiß viel besser, als wenn ich da eine riesige Schnittstelle dazwischen habe, wann ich von der stationären auf ambulante zurückgehen kann. Wenn ich das mit Kontinuität organisiere. Wir haben natürlich in unserer Institutsambulanz auch die Hälfte der Ärzte, die wir über Ambulanz finanzieren, aber nur mit ambulanten PatientInnen und das ist auch richtig, weil die Institutsambulanz einen großen Teil von PatientInnen hat, die unter den heutigen Bedingungen seit Jahren und Jahrzehnten nicht mehr stationär in der Klinik waren. Die waren praktisch alle früher mal, aber sind jetzt außerhalb stabilisiert. Diese Art von Institutsambulanz auch statt abteilungsintegrierte Ambulanz ermöglicht es, mit dem komplementären und professionellen Umfeld der entsprechenden Zielgruppe eng zusammenzuarbeiten. Die haben bei uns in der Psychiatrie ja nicht nur Allgemeinpsychiatrie, also Menschen mit Psychosen oder Neurosen, sondern auch Suchtkranke und gerontopsychiatrisch Kranke und diese Zielgruppen haben ihre eigenen Hilfenetze. Und so kann man von den entsprechenden Abteilungen über die Institutsambulanz gewissermaßen eine Case-Management-Achse zu diesen PatientInnen ins komplementäre Feld hinein organisieren. Auf der Grundlage der Beziehungskontinuität.

Jetzt noch die Folie 20 und 21 zu diesem Abschnitt. An diesem Beispiel können Sie unter dem Gesichtspunkt gute Praxis und Ökonomie verbinden Sie, so heißt ein Vortrag, aus dem die Folie kommt. Die traditionelle Alternative ist obsolet geworden. Unbezahlbar ist eine ausreichend lange nur stationäre Behandlung, wie sie nötig wäre um die Fragmentierung des Therapieprozesses zu vermeiden. Und therapeutisch

nicht vertretbar ist die flexible Anpassung der Dosis Krankenhausbehandlung mit häufiger Fragmentierung der therapeutisch wichtigen Beziehung.

Jetzt die Nummer 2. Das ist das was ich Ihnen dargestellt habe. Die Behandlung wirkt besser, wenn die reale Lebenswirklichkeit praktisch und subjektiv in die Therapie einbezogen wird und die Behandlung ist kostengünstiger, wenn die Dosis Krankenhausbehandlung flexibel, wann immer möglich, nach unten angepasst wird. Auf der Grundlage verlässlicher therapeutischer Beziehung. Und unten steht dann "Rationierung hilft Rationierung", das heißt Prozessorientierung und nach PatientInnen organisierten Prozessen hilft Rationierung vermeiden, denn damit wollen wir darauf hinweisen, die Unterfinanzierung der Kliniken kann nicht nur dadurch behoben werden, dass im Management man schaut, dass die Verwaltung und die Servicebetriebe und diese Dinge möglichst kostengünstig organisiert werden sondern, auch wenn man die therapeutischen Prozesse nicht mehr nach den alten Denkmuster seit 150 Jahren im Sinne der Stationszentrierung organisiert, sondern wenn man diese Denkmuster im Sinne von Watzlawick aufbricht und eine patientInnenbezogene Prozessorientierung zur Grundlage macht. Da könnte ich Ihnen noch viele Beispiele nennen. Das selbe Prinzip gilt jetzt für den Bereich außerhalb der Kliniken. Ich habe Ihnen ja die Folie von der Psychiatrieenquete mit den vielen Kästchen gezeigt.

Und jetzt nehmen Sie bitte noch einmal die Folie Nummer 9. Wir haben im außerklinischen Bereich oder komplementären Bereich oder heute würden wir sagen gemeindepsychiatrischen Bereich. Das ist jetzt der untere Teil der Folie. Der heißt jetzt "Rehabilitation, Teilhabe und Pflege". Das sind die kostentechnischen Begriffe auch und Teilhabe ist der programmatische Begriff des sogenannten SGB9, Sozialgesetzbuch 9, unter Bezug auf UCV soweit hier Fachleute vom Gesundheitsamt sind. Sonst vergessen Sie es. Es geht aber darum, dass der gemeindepsychiatrische Verbund ist bei uns ein idealtypisches Konstrukt, der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Bausteine, die ich Ihnen geschildert habe. Denn bei uns ist in den 70er, 80er Jahren entstanden, dass man für jede Art von Hilfe im Querschnitt eine eigene Institution mit einer eigenen Finanzierung, mit einer eigenen Platzplanung und so weiter hat und eigentlich gedacht ist, dass die PatientInnen im Sinne der Rehakette da durchwandern.

Jetzt nehmen Sie bitte die Folie 23. Das ist Konzept der Rehakette. Und Sie sehen im oberen Teil, dass es noch das Prinzip der Rehakette, wie wir es eben besprochen haben im Be-

handlungsbereich oder im medizinischen Bereich, aber im unteren Bereichen haben Sie die typischen Institutionstypen, die wir haben. Und wenn die dann auch noch unterschiedliche Träger haben, dann können Sie sich vorstellen, wie wenig sinnvoll oder wie wenig gut der Durchlauf von PatientInnen da durch ist. Dieses Prinzip der Rehakette von einem maßnahmenhomogenen Kästchen zum jeweils anderen führt zur strukturbedingten Verschwendung. Denn das Leben in solchen Institutionen und die Organisation der Hilfe, in diesen Standardpaketen hat Konsequenzen für das Ziel Integration eines schwer psychisch kranken Menschen in seinem eigenen Lebensbild. Negative Konsequenzen. Wir haben bei uns das Prinzip auch in diesem Bereich ambulantes wenig und wer mehr als ambulante Hilfe braucht, muss in eine Einrichtung gehen. Oder sich gar in das Bett einer Einrichtung legen. Das bedeutet, und wenn die dann auch noch wohnortfern ist, dann bedeutet das, dass jemand, der ein Lebensfeld aber nicht mehr ganz damit zurecht kommt, auch dieses noch aufgibt und in eine Institution kommt, die nicht nur das fehlende, sondern auch das was alles ersetzt wird, als Gesamtpaket darstellt. Und das bedeutet, dass wenn er wieder weniger bräuchte, dann muss er wieder in eine neue Lebenswelt gehen. Und entweder funktioniert das nicht, weil er sich inzwischen dran gewöhnt hat, weil die Standardversorgung da seine Lebensuntüchtigkeit weiter zementiert hat, weil durch den Aufenthalt, durch den längeren Aufenthalt im Wohnheim oder in einer Rehabilitation, unsere klassischen Rehabilitationseinrichtungen außer der Psychiatrie hatten zweijährige Programme. Heidelberg und Hamburg und so weiter. Können Sie sich vorstellen, wie man da zwei Jahre ist, hat man die Kontakte zum eigenen Lebensfeld verloren. Die Angehörigen lernen nicht, mit diesem Menschen und seiner Besonderheit in Folge der psychischen Erkrankung konstruktiv zurecht zu kommen und sie lernen auch nicht, wie man sich da zu Hilfe holt, wenn es die Hilfe denn in der Nachbarschaft gibt. Also, all diese Faktoren führen dazu, dass bei der Rehabilitation nach dem Konzept der Rehakette Menschen in einer Institution hängen bleiben und wir sagen dann immer, Eingliederung in eine Einrichtung macht abhängig von dieser Einrichtung. Und das haben inzwischen auch die Kostenträger gemerkt, spricht die Sozialhilfe oder die anderen, die die Langzeitversorgung finanzieren. Sie haben gemerkt, die Menschen kommen herein und da bleibt's. Und es werden immer mehr. Es kommen immer neue hinzu und es gibt keinen Abschluss. Dabei gibt es genügend Beispiele und ich könnte Ihnen nachher auch in der Diskussion meine eigenen Erfahrungen aus meinen frühe-

ren Jahren schildern. Ich rede nicht von Theorie. Wie man das organisiert, dass das anders geht. Und ich will Ihnen. Also, wir sind seit 30 Jahren durch die Praxis davon überzeugt, dass das so ist. Und es gibt jetzt seit 10 Jahren aus Amerika, also aus den USA, inzwischen auch in Europa eine Replikation eine hervorragende Studie, Nummer 24 bitte, die empirisch nach allen Regeln der Sozialforschung, also im Sinne einer kontrollierten Studie das bewiesen hat, was ich Ihnen eben gesagt habe. Hier ging es um Eingliederung ins Arbeitsleben. Im Unterschied zur Eingliederung in eine Werkstatt für psychisch Kranke oder behinderte Menschen. Und die haben auch wieder im Sinne von Watzlawick das Gewohnte bezweifelt und haben gesagt, das haben wir zwar immer so gemacht, aber wir machen es jetzt anders. Und haben probiert, aus der Experimentgruppe im Sinne der Hypothese, ich suche erst einen Arbeitsplatz so früh wie möglich und rehabilitiere dann dort. Das heißt, der Rehabilitationsbegleiter geht an den Arbeitsplatz, berät dort den zu Rehabilitierenden, den Meister, den Arbeitgeber und begleitet den Prozess. Und das andere ist der klassische Institutionszentrierte Ansatz. Ich habe eine Institution oder eine Kette von Institutionen und am Ende der Rehakette geht es dann ins reale Leben. Und Sie sehen, was für ein dramatischer Unterschied im Erreichen der Ziele es ist. Also, wenn ich erst platziere und dort rehabilitiere, dann erreicht nach dem tatsächlichen Kriterien 61 % den allgemeinen Arbeitsmarkt und nur 9 % bleiben in der geschützten Beschäftigung hängen. Und bei dem umgekehrten, nämlich, wenn ich erst trainiere und dann die Platzierung im Arbeitsleben suche, dann ist es genau umgekehrt. Und wenn ich bei uns die Werkstätten ankucke, die nach dem Prinzip in der Institution trainieren bis die Leute fit sind, die haben eine Vermittlungsrate auf dem Arbeitsmarkt, die gegen Null geht. Das hat auch ein eigenbetriebliches Interesse noch, aber auch die Betroffenen wollen nicht. Und ich bin auf Grund meiner Erfahrung und wie viele meiner Fachfreunde der Überzeugung, das selbe gilt für Wohnen. Wenn ich Leute in Wohnbereichen, im Alltagsbereich rehabilitieren will und schleuse sie durch eine Stufenkette von Institutionen, in denen Leben und Wohnen gelernt wird, dann lerne ich das für die konkrete Umgebung. Und nicht abstrakt. Und der Transfer von solchen Dingen, vom institutionellen Kontext in den realen Kontext, muss immer wieder neu geübt werden. Ich habe auch eine Verhaltenstherapieausbildung gehabt, da war das ein Grundprinzip, dass wir den Transfer der Therapie in der Therapie ins reale Leben geübt haben und nicht in nur in der Klinik. Und das gilt auch

für Wohnen. Dafür gibt es leider noch nicht so hochkarätige Studien.

So, was das im Einzelnen bedeutet. Bei uns könnte ich Ihnen noch erzählen, aber das will ich jetzt mal weglassen.

Ich will zum Schluss noch zwei Gedanken bringen. Wenn man ankuckt, ob denn das alles, was man vorhat in der Regionalversorgung und so weiter, ob das denn gelingt, braucht man ja auch eigentlich wie in anderen Bereichen auch eine Art Controllingsystem. Deswegen nehmen Sie jetzt mal bitte die Folie 33. Ein ganz einfaches Controlling, was wir bei uns in der Klinik eine zeitlang gemacht haben, ist wir haben geschaut, wie denn der Grundsatz erfüllt wird, dass die Menschen in den Heimatkreis entlassen wurden aus der Klinik oder in eine Einrichtung entlassen wurden, in dem Kreis oder der Stadt, aus der sie kamen. Und das ist eine einfache Kreuztabelle. Also Kassel, wie immer die obere Zeile, Ausgangspunkt von Menschen aus Kassel war gesamt 124, oberste Zeile rechts, davon landeten 38 in der Stadt Kassel, 36 im Landkreis Kassel, der um die Stadt herum liegt, das ist noch einigermaßen akzeptabel und die anderen sind woanders. Und da gibt es, ich will nur das Prinzip zeigen, nicht die Ergebnisse. Also, so kann man das kucken. Dann kuckt man sich das an. Und kann da drüber diskutieren, ist das so in Ordnung, was waren die Gründe und denen dann nachgehen. Das ist noch kein Urteil. Das ist einfach nur mal eine Deskription, nur was die Räumlichkeit betrifft.

Dann bitte die Folie 34. Die ist von Wienberg aus dem Suchtbereich. Es geht mir nicht um die Zahlen da drinnen, sondern um die Perspektiven, die da drinnen sind. Wir haben seit den 80er Jahren mit unseren Suchtkranken in der Suchtkrankenhilfe außerhalb der Psychiatrie eine lange und intensive Diskussion geführt. Und das war die zentrale Folie, nämlich die offizielle Suchtkrankenhilfe ist die Spitze dieses Dreiecks und versorgt, wie wir aus der Sicht der Psychiatrie gesagt haben, sozusagen die fast olympiareifen Suchtkranken, das heißt die besten und motiviertesten und sonst was alles. Und all die schwer Erkrankten waren nicht in der Suchtkrankenhilfe. Weil die Suchtkrankenhilfe diese Art von Suchtkrankenhilfe Vorbedingungen, also angebotsorientiert Vorbedingungen gemacht hat, um Leute aufzunehmen, die eigentlich ein Krankheitssymptom sind und nicht zum Ausschluss sondern zum Behandlungsziel werden müssten. Und dann hat der Herr Wienberg mal nachgeschaut, ja, wenn ich jetzt von der Bevölkerung ausgehe, von den suchtkranken Menschen der Bevölkerung, wo tauchen denn dann die Suchtkranken auf. Und dann hat er dieses Dreieck gemacht. Also, die Suchtkrankenhilfe ist die klei-

ne Spitze oben. Der linke Schenkel ist die medizinische Primärversorgung. Sie können es jetzt nicht lesen, aber die Zahl ist es, dass im Laufe eines Jahres 70 % der Suchtkranken in der Bevölkerung beim Hausarzt auftaucht. Also, muss ich in ein Suchtkrankenhilfesystem, was von den Menschen ausgeht auch die Nichtsuchtkrankengebiete, wie zum Beispiel die Hausärzte miteinbeziehen oder die somatischen Krankenhäuser und unten am linken Ende ist, wenn das nicht funktioniert, steht ganz klein physischer Tod. Das ist der Ausgang, wenn die medizinische Versorgung nicht funktioniert. Der rechte Schenkel ist die psychosoziale psychiatrische Versorgung. Da kommt dann auch die Suchtpsychiatrie drin vor und der Sozialpsychiatrische Dienst. Aber ganz wichtig, es geht weiter bis zur Justiz, Vollzugsanstalt und zur forensischen Psychiatrie. Es geht jetzt nicht um die Zahlen, um die Institutionen, sondern darum, was ich Ihnen am Anfang gesagt habe, den Perspektivwechsel. Ich darf nicht nur von den selbsterklärten Angebotsprogrammen der Psychiatrie, der Suchtpsychiatrie oder der Suchtkrankenhilfe oder was auch immer oder der geistigen Behindertenhilfe ausgehen, sondern ich muss immer, auch wenn ich Versorgung verantwortlich mache und das macht Politik, auch immer davon ausgehen und fragen, in welchem Hilfesystem denn sonst landen Menschen mit dieser Störung. Und es gibt bei uns zunehmend eine Diskussion darüber und auch Untersuchungen, die das thematisieren. Nur ein Beispiel davon. Die Forensik hat bei ihren PatientInnen, die sie ja sehr genau untersuchen können, systematisch nachgefragt, in mehrere internationalen Studien, wo waren denn die jetzt forensischen PatientInnen vorher? Und dann haben sie festgestellt, 80 % waren vorher in der allgemeinpsychiatrischen Versorgung und sind herausgefallen. Und dann in Folge der Erkrankung durch das Anlassdelikt in die Forensik gelandet. Deswegen beginnt bei uns jetzt eine Diskussion darüber, erstens, wie kann man die PatientInnen aus der Forensik, wenn sie erfolgreich durchlaufen sind und so weiter, dann auch forensische Ambulanz, aber wie können sie letztendlich in das gemeindepsychiatrische System wieder, wenn das alles abgearbeitet ist, rückgegliedert werden. Also, ist die Gemeindepsychiatrie fähig auch solche Menschen wieder zu integrieren? Und dann noch die viel spannendere Frage, wie können Menschen, wie kann die halbe Kraft der psychiatrischen Hilfen, Klinik und ambulante Dienste so gemacht werden, dass sie eben nicht rausfallen und dann in der JVA, in der Forensik oder in der Obdachlosigkeit landen. Oder wie kann man so zusammenarbeiten, dass die Leute, die dort auftauchen, auch wieder den Weg zurückfinden? Das heißt, wie vernetze ich

die Gemeindepsychiatrie mit diesen anderen nicht psychiatrischen Hilfesystemen? Welche Daten brauche ich dazu? Welche Kooperationsbündnisse auf der institutionellen Ebene? Und welche Form der Weiterbildung in Kooperation auf der PatientInnenebene? Als wir das angefangen haben, haben zum Beispiel die bei uns in Kassel die Sozialarbeiter im Betreuten Wohnen gesagt, um Gottes Willen, wir sind doch bisher davon ausgegangen, dass Freiheit heilt, um Basaglia zu zitieren. Oder die Menschen motiviert sein müssen und unter Zwang geht das doch gar nicht. Man muss lernen, das kann man von den Forensikern lernen, wie man eine therapeutische Beziehung hält, unabhängig davon, ob der PatientIn, der eine Straftat in Folge seiner Erkrankung begangen hat, kommt oder nicht kommt, motiviert ist oder nicht motiviert ist. Also, das sind spannende Bereiche, die dazu führen, wegzugehen von dem bei uns wirklich bizarr zergliederten System von Institutionen, Kostenträgerschaften und wieder von PatientInnen oder Menschen aus zu denken und wie muss ich die unterschiedlichen Institutionen im Sinne von Hilfefunktionen so miteinander vernetzen, dass dadurch für die Menschen ein Sinn daraus wird, mit dem Ziel Integration.

So jetzt habe ich ganz viel weggelassen. Nur ein Blick auf die Zeit. Mache ich Stopp. Und jetzt können Sie ja vielleicht noch ein bisschen fragen und kucken, was Sie noch interessiert. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. *(Beifall)*

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr Univ.-Prof. Dr. Kunze, ich danke Ihnen für Ihre Ausführungen und insbesondere dafür, dass Sie ab jetzt noch für Fragen bereit stehen. So wir haben das zuletzt mit Ihnen begonnen, dann darf ich, ist die ÖVP momentan dran mit der Fragestellung bitte.

GRin **Korosec**: Sehr geehrter Herr Univ.-Prof. Dr. Kunze! Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Recht herzlichen Dank für Ihren Vortrag. Und ich möchte mich ganz gerne mit dem Psych-PV etwas beschäftigen, weil Sie ja stellvertretender Vorsitzender sind der Aktion psychisch Kranke und da ist..

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Lassen Sie den Overhead vielleicht noch da. Vielleicht brauchen wir noch einmal eine Folie. Oder?

GRin **Korosec**: Und da ist ja der Umsetzungsgrad der Psych-PV bei den deutschen Kliniken ungefähr 90 %. Das ist auch bei uns im Otto-Wagner-Spital ungefähr in diesem Ausmaß. Allerdings, bei den Ärzten ja, allerdings ist es so, dass ungefähr ein Drittel der Ärzte, die im Otto-Wagner-Spital beschäftigt sind, in Turnus-Ausbildung sind, also in der Ärzteausbildung. Und daher meine Frage, wie ist das bei der Be-

rechnung des Psych-PV bei Ihnen, wie Versorgungswirksam sind diese Ärzte, die in Ausbildung stehen, wie ist das berechnet bei Ihnen?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Wir haben damals bei der Psych-PV keinen Unterschied zwischen ÄrztInnen in Weiterbildung und FachärztInnen gemacht, sondern es wurde definiert die Krankenhauspsychiatrie hat Facharztstandard und dieser fachliche Qualitätsanspruch bedeutet, dass die ÄrztInnen entweder selber Fachärzte sind oder -ärztinnen oder wer das noch nicht ist, ist unter der dazu notwendigen engeren oder längeren Leine, Anleitung durch leitenden ÄrztIn oder OberärztIn. Aber in der Berechnung spielt das keine Rolle.

GRin **Korosec**: Ja. Danke. Und ist der Anteil von ÄrztInnen, die in Ausbildung sind bei Ihnen auch in etwa ein Drittel?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Ein Drittel wäre ein absolut Normales. Es könnte auch höher sein.

GRin **Korosec**: Dann darf ich Sie auch zu den Unterbringungen bzw. zu den Zwangsmaßnahmen befragen.

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Darf ich zu den 90 % noch kommentieren?

GRin **Korosec**: Ja.

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Das ist bei uns zwar Fakt und ein Drittel der Kliniken hat noch deutlicher weniger, aber wir sind damit nicht zufrieden. Deswegen haben wir diese Umfrage gemacht mit dem Ziel, das wieder zu verbessern. Und ich erwarte von der Bundesregierung, so hat sie es auch angekündigt, dass in den nächsten Wochen ein Entwurf zur Regelungen der Finanzierung der Krankenhausmedizin insgesamt kommt und diese auch einen Teil haben wird, dass über die Summen an der Bundespflegesatzverordnung, die ja die Finanzierung der Psych-PV regelt, eine Verbesserung stattfindet. In Verbindung mit den Ziel in ein pauschaliertes Entgeltssystem umzusteigen. Aber wir sind damit nicht zufrieden sondern wir sagen der Politik, das geht nicht. Und wir haben auch Presseberichte inszeniert und darauf hingewiesen, dass der Staat hier einerseits ein Qualitätsversprechen der Psych-PV macht und andererseits über eine andere Verordnung das finanziell aushöhlt. Insbesondere, wenn man berücksichtigt, dass seit 1991 die Leistungsverdichtung ganz enorm ist. Wir behandeln ja viel mehr Fälle und auch viel mehr Menschen und haben zusätzliche Aufgaben. Also da.

GRin **Korosec**: Ja. Recht herzlichen Dank. Also, wir sind ja auch nicht zufrieden. Aber jetzt zu den Zwangsmaßnahmen. Ist Ihnen bekannt, in Wien wird ja eine rein offene Psychiatrie geführt und jetzt hätte ich gerne gewusst, wie ist das in Deutschland und wie ist es international?

Ist der Weg mehr zu offenen Einrichtungen oder zu geschlossenen oder zu Mischsystemen?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Der Weg ist mehr zu offenen. Ich kann Ihnen allerdings keine Übersichtszahlen zur Bundesrepublik sagen. Ich kann Ihnen aber schildern, wie wir das in meiner Klinik gehandhabt haben. Wir haben die Erfahrung gemacht und ich überblicke da 23 Jahre, dass durch eine ganze Reihe von Maßnahmen auch indirekt die Maßnahmen das Gewaltpotential, bei uns lief das unter dem Stichwort, unter dem Bild "Tigerkäfig" erheblich reduziert werden konnte. Das wichtigste oder ich weiß nicht, also es gab eine ganze Reihe von wichtigen Maßnahmen. Um ganz vordergründig anzufangen. Die bauliche Situation. Die Stationen in Merxhausen, die die Schwerstkranken PatientInnen aus einem Gebiet von 450.000 Einwohnern aufzunehmen hat, sind heute 2 Stationen, die nur noch halb so viele PatientInnen haben wir vor 20 Jahren bei gleichem Raum, weil die Station umgebaut wurde in 2-Betten-Zimmern mit Nasszelle. Und ich könnte noch viele andere Punkte sagen. Das heißt der milieutherapeutische Charakter, nämlich Platz zu haben, sich zurückzuziehen, wenn ich gereizt, nervös oder unleidlich oder sonst was alles bin, und von mir aus wieder auf andere Menschen zuzugehen, dafür Raum zu schaffen, ist ein ungeheures Potential. Das andere ist, den Vertrauensvorschuss, der simple Satz, wie ich in den Wald rinne so schallt es heraus. Wenn ich als Personal auf alle PatientInnen zugehe, als ob sie jederzeit gleich gewalttätig sind, dann führt zu Induktion dieser Geschichte.

Damit spreche ich die Personalqualifikation an, die ist heutzutage insbesondere im Pflegebereich viel besser als vor 20 Jahren. Wir haben langsam aber stetig doch eine deutliche Mannschaft, die dann auch tonangebend ist, im Sinne von Fachkrankenschwester, -pfleger Psychiatrie. Die Pflege hat selbstständig, aber auch andere Personen einbezogen. Wir haben systematisch ein Deeskalationstraining gemacht. Von der Polizeischule, die trainiert haben, wie gehe ich in eine gewaltgeladene Situation und welche Techniken des nonverbalen, des verbalen Verhaltens, der Nähe-Distanz-Regulation und sonst was alles kann man trainieren. Der Ansatzpunkt war, wir wollen alle Karate lernen. Haben wir gesagt "halt". Erst kommt das andere. Das hat ganz viel gebracht.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Ambulanz. Ein wesentlicher Teil des Gewaltpotentials von PatientInnen entsteht in der Reaktion auf die vermeintliche Realität in der Psychiatrie. Auf die vermeintliche. Ich will Ihnen das an einem Beispiel sagen. Ein alkoholkranker Mann hat sich mit Händen und Füßen dagegen gewehrt, in die Psychiatrie zur Suchtbehandlung zu gehen, weil

er glaubte, dort werden die PatientInnen mit Elektroschock behandelt. Wer davon subjektiv fest überzeugt ist, hat allen Grund sich mit Händen und Füßen dagegen zu wehren bis zur Katastrophe. Und so gab es alle möglichen Vorstellungen in der Bevölkerung, was in der Psychiatrie passiert, mit dem Ergebnis, dass die Menschen sich mit Händen und Füßen dagegen gewehrt haben und wen sie hingebracht wurden, dann ging der Kampf erst richtig los. Also, ein wesentlicher Teil der Auseinandersetzung ist induziert durch bestimmte Bilder im Kopf, wenn man die kennt, subjektiv die Gegenwehr verständlich macht. Das wichtigste Mittel ist Offenheit. Und die größte Offenheit entsteht, wenn ich am Krankenhaus eine Ambulanz haben. Als wir vor 20 Jahren die Ambulanz begonnen haben, da habe ich dann von PatientInnen gehört, dass sie sagten: "Da kann man ja hingehen" und "Das ist völlig klar, ich geh da wieder weg." Das haben wir auch dadurch inszeniert, dass die Ambulanz, diese Ambulanz nicht integriert auf Station war. Obwohl die PatientInnen, die schon auf der Station sind, dann auch von ihren ÄrztInnen, Schwestern, PsychologInnen auf Station mitbehandelt werden. Aber das ist ein Gebäude extra ist. Und da wussten die PatientInnen, da habe ich einen Termin, da gehe ich hin und geh wieder weg. Das heißt, je niedriger die Schwelle ist, durch alle möglichen Maßnahmen, durch Image, dadurch das vom Gebäude her und damit spreche ich auch wieder die Geldgeber an, Wertschätzung der Institution gegenüber gebracht wird, die sich aber auch auf die PatientInnen und die MitarbeiterInnen überträgt. All das führt dazu, dass Menschen, die merken ich habe ein Problem was psychiatrisch gegebenenfalls bearbeitet werden könnte, früher kommen. Und dann ist die Sache noch nicht so angebrannt. Und auch das trägt wesentlich dazu bei, das heißt die frühe stationäre Aufnahme, die dann auch früh beendet werden kann, weil man weiß, ich kann nach 3 Tagen oder nach 10 Tagen geht es in ambulante Behandlung über und das sind die selben Leute und so. Also, das ist ein Bündel von Maßnahmen, (*GRin Korosec: die da wirken*) die da alle Wirkung zeigen können.

GRin Korosec: Ja. Ja. Und kennen Sie auch deutsche Kliniken, Herr Univ.-Prof. Dr. Kunze, wo Netzbetten sind bzw. welche Fixierungen, mechanische Fixierungen gibt es denn bei Ihnen?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze:** Also, in Deutschland kann man meines Wissens Netzbetten nur im Psychiatriemuseum sehen. (*GRin Korosec: Sehr gut! Bei uns leider sieht man die oft.*) Ich habe in Merxhausen noch, als ich 1984 hinkam, eine geistig behinderte Frau im Ställchen gesehen. Also, im Holzverschlag. Also, nicht Netz son-

dern. Das ist Ausdruck der puren Hilflosigkeit. Ja! Und deswegen habe ich in der Klinik immer bei diesen Dingen die Strategie verfolgt, die MitarbeiterInnen persönlich als Letztes verantwortlich zu machen und primär immer zu sagen, wie kann ich die Organisation so verbessern, dass dieser Ausdruck von Hilflosigkeit nicht notwendig wird. Und auf dieser Ebene kommt man dann auch ins Gespräch mit den MitarbeiterInnen. Woran mangelt es? Was müsste geschehen, damit wir anders umgehen können? Und bei uns in der Klinik gab es, in der Allgemeinpsychiatrie sind alle Stationen offen bis auf zwei, ich weiß nicht ob es 8 oder 10, die Stationen haben allerdings die Aufgabe, wenn ein Patient kritisch wird, dann gegebenenfalls mal für einen halben Tag oder einen Tag die Tür zuzumachen, um über die Krise wegzukommen. Wenn das nicht der Fall nicht, dann geht's auf die zwei Stationen, die jedenfalls auch die unklaren gewaltigen, ich sag mal gewaltbereiten PatientInnen am Anfang aufnimmt für die anderen Stationen. Aber auch diese beide Stationen sind nicht immer geschlossen. Sondern täglich oder halbtäglich geprüft. Dürfen wir jetzt zumachen und wegen welchen PatientInnen oder welche andere Maßnahmen gibt es. Die geschlossene Tür ist es am wenigsten eingreifend für den Betroffenen selber, weil der größte Spielraum dann bleibt. Es ist belastend für die MitpatientInnen, die es nicht brauchen, die dann immer sagen müssen, ich gehe raus und dann muss geschlossen werden und es ist dann eine technische Hilfe, nicht um Erlaubnis bitten, aber es ist trotzdem eine Mitbelastung. Deswegen haben wir versucht, das zu reduzieren. Daneben gibt es die Möglichkeit des festen Einzelzimmers. Was wir eher therapeutisch auch im Sinne von Reizabschirmung nutzen zur Deeskalation. Es gibt die Fixierung am Bett, die aber schon die schärfste Form der Bewegungseinschränkung ist. Und die muss mit, wir haben die Regel mit der Sitzwache und dann kommen wir aber in die Schwierigkeit, dass das Pflegepersonal sagt, aber wir haben Minimalbesetzung und wenn wir einen zur Sitzwache abordnen, dann können wir das andere nicht mehr machen. Das ist ein schwieriges Problem der organisatorischen Schwerpunktsetzung. Was ein hohes an Flexibilität erfordert von der Pflegedienstleitung, denn absolut verschwenderisch ist es natürlich, wenn ich eine Station für die nicht dauerhaften oder eher seltenen Fälle von Fixierungen ständig so ausstatte, dass sie das leisten könnte. Man muss eine flexible Personalführung haben, die dann anlassbezogen an diesen Punkt die Personaldichte erzeugt, aber nicht als ständige Vorhaltung ausgibt. (*GRin Korosec: Ja. Aber wenn Fixierung, dann ist auf jeden Fall Sitzwache?*) Mit Protokoll und ärztlicher Prüfung.

Da haben wir eine ganzen formalisierten Vorgang, der auch die Station sammelt das auch und macht im Sinn von Qualitätsmanagement kucken sich das wieder an und so. Die Sitzwache ist nicht immer eine Sitzwache, aber das Mindeste ist, dass eine Pflegeperson für diesen Menschen persönlich verantwortlich ist und sich immer in der Nähe aufhält und immer ein Auge darauf hat.

GRin **Korosec**: Ja. Danke herzlich.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau GRin Matzka-Dojder hat sich zu Wort gemeldet.

GRin **Matzka-Dojder**: Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Herr Univ.-Prof. Dr. Kunze!

Vielen Dank also für diese sehr, sehr interessanten Ausführungen. Das verschafft uns doch also einige Vergleiche. Ich möchte auf Ihre Methode der Bedarfsberechnung auch einige Fragen stellen, weil wir auch in Wien diese Psych-PV im Grunde übernommen haben und aus Ihren Ausführungen haben ich ja auch mitgekriegt also dass diese Methode, um diese Kennzahlen rauszukriegen eine sehr aufwendige, das ist eine genaue Analyse sowohl die Behandlungsmethode als Arbeitsplatz meinen Sie Bedarf, dass es gewisse Prozess... ausgesetzt ist, wenn ich das so gut verstanden habe. Und die letzte Evaluierung hat zwischen 2005 und 2007 stattgefunden. Diese Evaluierung hat ergeben, dass 90 % aller Stellen besetzt sind und es ist jetzt meine Frage: Hat man da berufsgruppenspezifisch das evaluiert oder über alle Gruppen, Berufsgruppen pauschal?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Diese Zahl, die Sie nennen da mit 90 %, das ist der Mittelwert über alle Berufsgruppen. Das ist natürlich näher differenziert, wie sich das auf die verschiedenen Berufsgruppen verteilt und auch wie der Prozentanteil von Klinikbetten in 5 Prozentquartilen ist, mit 100 %, für 90 % bis runter zu 80, 85 %. Aber wir haben im Bezug auf Kliniken und Träger keine Detailauswertung gemacht, weil wir aus Datenschutzgründen den Kliniken also absolute Anonymität und keine Reidentifizierung versprochen hatten.

GRin **Matzka-Dojder**: Und diese Psych-PV Methode, die in Deutschland angewendet wurde, wie ist sie international anerkannt? Wird sie regelmäßig mit eventuell vorhandenen internationalen Berechnungsmethoden verglichen? Was waren die Rückschlüsse daraus?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: International ist da nicht viel. Ich weiß, dass die Schweizer sich dafür interessieren an ein paar Stellen. Und ich bin nächste Woche bei einem Seminar in Bern zu dem Thema eingeladen. Die beschäftigen sich damit. Allerdings beschäftigen die sich wohl auch damit im Zusammenhang mit dem Schutt,

der jetzt auch bei uns ansteht, nämlich Sie wissen ja, dass in so manchem Krankenhausbereich jetzt bei uns die Deutschen ... eingeführt worden sind, ausgehend von den australischen. Dieser Prozess ist jetzt zum Ende gekommen. Und dann stellt sich von der Politik und den Kassen her die Frage, und was ihr in der Psychiatrie. Die haben euch damals ja ausgenommen. Das haben wir auch durchgesetzt. Da sind wir auch stolz drauf. Aber wir sehen jetzt eine Möglichkeit, dass formal mit dem Weg der Entgeltberechnung und Pauschalierung mit dem zu verknüpfen. Und davon hoffen wir uns dann auch eine Verbesserung. Ich hoffe, dass die Hoffnung in Erfüllung geht. Aber sonst ist mir nicht bekannt. Also in der Schweiz geht es ja auch nach Kantonen. Also, ich habe da keinen Überblick.

Die Finanzierungsprojekte in England, Frankreich, Holland sind so verschieden, das sind alles völlig verschiedene System.

GRin **Matzka-Dojder**: Resultieren diese Prozente nur auf Grund Pauschalisierungen oder ökonomischen Gründen oder besteht auch in Deutschland so ein Mangel an qualifizierten sowohl Psychiatern als auch qualifizierten psychiatrischen Krankenpflegepersonen?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Das beginnt gerade wieder. Also, der Ärztemangel ist auch bei uns in der Psychiatrie angekommen und unterschiedlicher Weise. Aber die Umfrage und die Bewertung richtet sich nach den finanzierten Stellen. Und diese 90 % und weniger in der verschiedenen Verteilung kommt dadurch zustande, dass die Psych-PV die Grundlage ist, um die Personalstellen, die Anzahl der Personalstellen nach den Berufsgruppen zu berechnen, die ein Krankenhaus hat. Dann aber die Bundespflegeverordnung, die früher für die gesamte Krankenhausmedizin galt, jetzt nur noch für die Psychiatrie, ein Mechanismus der Finanzierung hat. Und da gibt es etwas, das wir so im Umgangssprachlichen die Deckelung nennen. Das heißt, das Budgetwachstum also bei der Verhandlung wird immer berechnet und was würden wir jetzt kriegen müssen, dann kommt aber der Schnitt, weil im Vergleich zum Vorjahr darf das Budget nur um ein kleinen Prozentsatz steigen, nach bestimmten Bezugsgrößen der Grundlohnsumme und so weiter oder der Tarifsteigerung, das ist aber immer nur praktisch ein Drittel der Steigerung. Das hat 1995 begonnen.

Und wenn man ein Jahr mal 1,5 % nicht kriegt, dann kann man das verkraften. Aber das geht jetzt seit 13 Jahren. Und damit ist die Schere aufgegangen. Wir haben berechnet, dass wir inzwischen eine Kostensteigerung von 25 % hätten im Vergleich zu 1995, aber eine mögliche Refinanzierungsrate nur von 12 %. Und viele Kliniken noch weniger. Das heißt, das ist ein

langsam kumulierendes Defizit und die Träger, die Politik, der Staat gleicht das Defizit nicht aus, das heißt die Kliniken müssen eine schwarze Null schreiben. Egal ob sie öffentlich oder privat sind. Und das geht nur über Stellenabbau. Und das je nach Klinik auch im außertherapeutischen Bereich, aber auch im therapeutischen. Und so ist das entstanden. Und das ist bei uns jetzt eine heftige Diskussion.

GRin **Matzka-Dojder**: Inwieweit wurde in Deutschland dieses prozessorientierte Angebot in der Psychiatrie erreicht?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Meinen Sie jetzt das Konzept der integrierten Versorgung? (GRin *Matzka-Dojder*: Genau.) Also, die integrierte Versorgung ist ein Paragraph, der es ermöglicht, dass die Krankenkassen einzeln mit bestimmten Häusern für die Versorgung von bestimmten PatientInnengruppen, meinetwegen PatientInnen mit Hüftleiden oder Herzinfarkt oder mit psychiatrischen Diagnosen, eine spezielle Vereinbarung treffen, die stationär, teilstationär, ambulant und eventuell auch Rehabilitation unter einem Hut bringt, mit dem Ziel, wenn man eine Pauschalfinanzierung macht, dann hat der Leistungsanbieter ein Interesse die Schnittstellen möglichst günstig zu machen, damit aus der Pauschalfinanzierung für ihn auch etwas übrig bleibt. Also a) ein Anreiz Schnittstellenmanagement und b) möglichst ökonomisch zu handeln. Das Problem ist, dass davon in der Psychiatrie nichts angekommen ist, denn die integrierte Versorgung hat 2 Motive bei den Krankenkassen. Das eine Motiv ist Wettbewerb um Beitragszahler. Die Psychiatrie, dieses Stigma eignet sich für Krankenkassen nicht, dass sie damit in die Öffentlichkeit gehen und Versicherte werben. Also bleibt nur das zweite Motiv, nämlich die PatientInnenversorgung billiger zu machen. Und da haben die meisten psychiatrischen Kliniken gesagt: "Nee, wenn wir jetzt für das was wir bisher machten 10 % weniger kriegen, das machen wir nicht." Zumal wenn ich mit Kassen einzeln den Vertrag mache und dann von meinem Gesamtvolumen von PatientInnen 3 % oder vielleicht auch 10 % betroffen wären, kann ich nicht die Klinikorganisation für diese 10 % umändern, damit ich die Effizienz gewinne, die ich durch Prozessorientierung heben kann. Das geht nur, wenn ich ganze Abteilungen oder das ganze Krankenhaus unter die integrierte Versorgung bringen kann. So. Und aus dieser Einsicht heraus besteht die Absicht, bei den neuen Finanzierungssystem was jetzt auf den Weg gebracht wird, die Perspektive zu eröffnen, dass auch die Ambulanz im Sinne des integrierten Behandlungsgedankens mit in eine Psych-PV oder zukünftige Finanzierung einbezogen wird, sodass man dann also ganz flexibel stationär, teilstationär, ambulant nach unserer

Sprache sektorübergreifend, nämlich ambulant und stationär eben dann finanzieren kann. Statt dass man diese Akrobatik macht, die ich Ihnen geschildert habe, das was intern an Controlling und so weiter bedeutet, habe ich jetzt hier nicht geschildert. Wenn man es so macht, wie wir das im Sinne von integriert.

GRin **Matzka-Dojder**: So wäre eine differenzierte Personalbedarfsberechnung wesentlich konkreter möglich?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Das würde konkreter möglich sein und zwar, wir hoffen, dass wir einerseits mehr Geld kriegen, wir hoffen aber auch, dass wir die bisherige Behandlungsleistung, wenn wir mehr ambulant arbeiten können, vom Krankenhaus aus, dann auch mit geringeren Ressourcenverbrauch realisieren können. Sprich, dass wir für die so schlankeren Behandlungsprozesse dann dafür auch das therapeutische Personal finanzieren können von dem Geld, weil jetzt müssen wir ja noch viel Personal finanzieren, um den aufwendigen stationären Teil aufrecht zu erhalten, weil sonst kommen wir ja nicht an das Geld. Aber wir wüssten schon, welche PatientInnen wir nicht stationär behandeln müssten, wenn die teilstationäre und die multiprofessionelle ambulante Behandlung mit einem höheren Aufwand als jetzt in der Institutsambulanz, wenn das auch finanziert würde.

Das ist die hoffnungsvolle Perspektive bei dem Umstieg auf das Entgeldsystem.

GRin **Matzka-Dojder**: Vielen Dank.

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

GRin Dr. **Pilz**: Danke, Herr Vorsitzender! Danke, Herr Univ.-Prof. Dr. Kunze!

Vor allem insbesondere auch, dass Sie die letzten 20 Minuten doch nicht uns vorenthalten haben, weil ich das sehr, sehr spannend gefunden habe, was Sie hinsichtlich des Konzepts der Rehakette und der integrierten Versorgung hier uns mitgeteilt haben. Ich möchte trotzdem ein bisschen auf die Wiener Verhältnisse zurückkommen und trotzdem so sehr uns vor allem es auch wichtig ist, die ambulante Ebene dazudenken und ich freue mich, dass die Frau GRin Matzka-Dojder das auch so sieht, wie wichtig es ist, da hier im System zu denken und nicht so isoliert das eine vom anderen.

Aber fangen wir beim Otto-Wagner-Spital an. Das ist die größte Psychiatrie hier in stationärer Psychiatrie hier in Wien. Ein sehr altes Haus, baulich, vom Konzept und mit einer belastenden Geschichte. Wir haben zuerst schon gehört, dass es also hinsichtlich der Psych-PV in Österreich was die Ärzteschaft betrifft hier beklagt wird von den Ärzten, dass man hier das nicht anwendet. Es gibt aus dem Otto-Wagner-Spital eine interne Studie, da wurde festgestellt, dass insbe-

sondere die Nachtdienstversorgung der PatientInnen absolut unzureichend ist. Das wurde von einem Arzt selbst im Auftrag der ärztlichen Direktion erstellt, allerdings ohne Konsequenzen, zumindest bisher. Und da wird festgehalten, dass Nachtdienst und das muss man wissen, weil sonst ich hoffe, es ist in Deutschland nicht so, aber in Österreich heißt Nachtdienst 13.00 Uhr, also Mittagessen 13.00 Uhr hoher Mittag bis 8.00 Uhr früh und nur damit wir über das Personal jetzt ganz so reden, wie es faktisch der Fall ist, gibt es jetzt beispielsweise. (Univ.-Prof. Dr. Kunze: Habe ich das richtig verstanden?) 13.00 Uhr Mittag. (Univ.-Prof. Dr. Kunze: Mittags 13.00 Uhr beginnt der Nachtdienst? Und der Regeltagdienst ist von?) ist von 8.00 bis 13.00 Uhr. Das macht ein Drittel der Gesamtzeit. Nur damit wir wissen, worüber wir reden, wenn wir vom Personalmangel sprechen, müssen wir ganz konkret werden und da ist und das ist jetzt nicht Sigrid Pilz, sondern eine Studie aus dem Haus. Da ist eine Oberärztin als Fachärztin also ausgebildet, unterstützt von 2 ÄrztInnen in Ausbildung. Das kann aber auch jemand, Turnus heißt bei uns in Österreich, da kann man auch ganz neu von der Uni sein, also nicht schon in der Psychiatrischen Facharztausbildung, kann auch der Fall sein, aber man kann auch funkelneue von der Uni sein. (Zwischenruf) Verantwortlich für 8 bis zu, also im Höchstfall sind es 8 Stationen mit insgesamt 160 Betten. In den anderen Bereichen sind 120, dann 80 und 100 Betten.

Also, wenn wir davon sprechen, dass es kurz ist mit Personal, dann wollte ich von Ihnen auch wissen, wäre das denkbar in Deutschland, dass man Nachtdienst um 13.00 Uhr beginnt und dann mit so einer Ausstattung zurecht kommen muss? Das ist die erste Frage.

Die zweite Frage: Sie haben gesagt, es hat viel die Frage, ob man Zwang ausüben muss, hat aber viel mit Deeskalation und mit Milieu zu tun. Ich sehe das so wie Sie. Sie sprechen von 2-Bett-Zimmern mit Nasszelle. Wir erleben im Otto-Wagner-Spital, nicht in allen Pavillons, aber in der überwiegenden Zahl 4-Bett-Zimmer, Durchgangszimmer, Nasseinheiten, die nicht nur sozusagen zentral und nicht intim für wenige Leute sind, sondern noch von Frauen und Männern geteilt werden müssen, was - haben wir letztes Mal gehört - speziell für sexuell traumatisierte Frauen sehr, sehr schlimm ist. Und das museale Netzbett ist in Wien nicht museal, sondern Faktum und wird verwendet und auch verteidigt. Es ist sozusagen nicht so, dass man sagt: "Es tut uns leid, das ist eine Tradition und wir sehen eh ein, die gehört überwunden.", sondern es ist ein durchaus häufig, zu häufig eingesetztes Mittel der Zwangsunterbringung und Zwangstherapie. Ich weiß nicht, ob Sie Zeit hat-

ten heute Zeitung zu lesen, österreichische Zeitungen. Sie sprechen davon, dass wenn jemand selten fixiert ist, dann muss es entweder eine ständige Sitzwache oder zumindest eine verantwortliche Person geben. Wir hatten jetzt in Wien in der heutigen Zeitung den zweiten Bericht von Menschen, die durch Brandunfälle im Otto-Wagner-Spital schwerstens verletzt wurden und zwar deshalb weil in einem Fall eine Frau fixiert war und an ein Feuerzeug gelangt ist und mehr als 30 % ihres Körpers verbrannt wurden, weil sie dann sozusagen sich auch nicht helfen konnte. Der Spitalserhalter sagt, das ist selbst verschuldet. Im zweiten Fall geht es um einen Patienten, der im Netzbett tief sediert, das Netzbett war Gott sei Dank nicht geschlossen, von einem Mitpatienten angezündet wurde, der sich und andere mit in den Tod nehmen wollte. Der Brandstifter selber ist dann gegangen zum weit entfernten Stützpunkt und hat mitgeteilt, dass es hier brennt und da ist aber der Patient schon von meterhohen Flammen umgeben gewesen und wurde schwerstens verletzt.

Also, meine Frage: Kann so etwas in Deutschland passieren, wenn jemand mit Sitzwache versorgt ist? Ist so etwas schon passiert?

Dann meine letzte Frage bezieht sich auf die Rehakette. Und Sie haben so unnachahmlich Watzlawick zitiert, dass man das Bekannte bezweifeln sollte. Wir sind sehr im System der Rehakette in Wien wenn ich jetzt unsere Praxis anschau, denn wir haben natürlich und auch gut gemeint, das will ich jetzt gar nicht also sozusagen fürs erste kritisieren, aber man muss anschauen, ob wir das Richtige tun. Wir haben sozusagen geschützte Arbeitsstätten, wir haben Institutionen, wo man hingehen muss, um dort sich um Hilfe anzustellen. Also, wenn ich an Ihre Pyramide der Drogenarbeit denke, dann sehe ich ganz oben den PSD, den Psychosozialen Dienst. Ambulant. Da muss man hingehen, dass man dann dort betreut wird. Wenn man nicht hinget, ist es dumm. Also da versenken wir offensichtlich noch in der Rehakette und es ist sehr anregend von Ihnen, da umzudenken.

Meine Frage in dem Zusammenhang: Kann man über Mangel in der Psychiatrie überhaupt in einer Stadt sprechen, wenn man die ambulante Versorgung aus dieser Untersuchungskommission hier ausklammert und sagt, nein, wir beschränken uns nur auf Stationäre und dann wissen wir ob wir gut aufgestellt sind oder nicht?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze:** Also, ich versuche mal die 3 zu beantworten, sonst müssen Sie mir die Fragen noch mal nachschieben. Also, dass der therapeutische Tagesregeldienst von 8.00 bis 13.00 Uhr wochentags geht, das kann ich mir nicht vorstellen in Deutschland (Zwischenruf) So. Die Psych-PV geht von für die therapeutischen

Berufsgruppen, für alle therapeutischen Berufsgruppen von einer Regelarbeitszeit von ähnlich wie Bürozeiten von 8.00 oder 8.30 Uhr ungefähr 8 Stunden, von Montag bis Freitag Nachmittag aus. Betont aber ausdrücklich, dass man diese Zeiten auch patientInnenbezogen flexibilisiert mengenneutral und das Pflegepersonal, also Regeldienst ist 14 Stunden, 7 Tage die Woche, sodass die Nachtbereitschaft für Pflegedienst 24 minus 14 beträgt. Und der ärztliche Dienst, der Bereitschaftsdienst für die ÄrztIn rechnet sich aus der Wochenstundenzahl minus 40. Wobei wir aus Gründen des Personalmangels eben auch ein Stück organisatorisch das versuchen aufzufangen durch versetzte Dienste und so. Also, dass wir mit den Ärzten verhandeln, wer kommt später auf die Station und bleibt länger. Immer nicht als Pflicht und Anordnung, sondern wir kucken, wen passt das auch privat und ist das vereinbar und so. Ärztemangel hat auch was damit zu tun, wenn man die persönliche Bedürfnisse des Personals nicht berücksichtigt, familiäre, Vereinsverpflichtungen und sonst was alles. Also, von daher ist die Regeltherapeutenzeit ist eigentlich von Montags zwischen 8.00 und 9.00 beginnt das und geht bis Freitag Nachmittag. Ich weiß allerdings, dass es viele Kliniken auch gibt, die ähnlich wie Büros, wo das Wochenende schon am Freitag Mittag beginnt. Wir haben bei uns auch gesagt, macht doch euer Kontingent, ihr kriegt in der Woche einen halben Tag frei, das kann ja auch persönlich attraktiv sein, dafür kommt er am Samstag Vormittag 3 Stunden und kuckt nach eurer Station, nach den PatientInnen, die ihr kennt, macht mal Visite und so. Also, sind wir ganz flexibel damit umgegangen.

GRin Dr. **Pilz**: Darf ich da nachfragen? Würden Sie das als ausreichend ansehen, dass man hier eine OberärztIn mit 2 ÄrztInnen in Ausbildung da können ganz frisch Gefangte dabei sein, für 160 Betten zwischen 13.00 Uhr und 8.00 Uhr früh zuständig ist? Und das noch in Stationen, die, weil es ja Pavillons sind, durch lange Gehwege getrennt sind. Dazu kommt auch noch die Notaufnahme, wenn dies der Fall ist.

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Also, im Sinne von Bereitschaftsdienst halte ich das für ausreichend. Aber das was ich nicht für ausreichend halte, ist den therapeutischen Dienst nur für vier Stunden am Tag zu haben. Und selbst, wenn man dann doppelt so viel Personal hätte wie wir in der Zeit oder genauso viel Personal, wie wir von Morgens bis 5.00 Uhr haben. Man könnte ja sagen, wenn wir 2 ÄrztInnen für eine Station von 9.00 bis um 5.00 haben, dann wäre die selbe Art Kapazität da, wenn 4 nur die halbe Zeit da sind. Aber das kann ich mir nicht vorstellen. Also, es ist einfach zu wenig Therapie.

Mit der Sitzwache. Ich kenne also keine Übersichtszahlen über solche kritischen Ereignisse. Ich kann Ihnen nur berichten, ich habe ja auch fünf Jahre in der Trägerverwaltung gearbeitet. Träger LBV in der damals noch fast die gesamte Psychiatrie darstellte, heute noch immer einen wesentlichen Teil und da gehörte es zu meiner Aufgabe als sozusagen Fachreferent in der Trägerverwaltung solche Ereignisse zu untersuchen. Also, wir haben damals 78, 79 die Regeln für die Fixierung eingeführt mit all den Dokumentationen und ärztlicher Überprüfung und all dem und der Berichtspflicht. Und auf meinen Tisch kamen alle besonderen Ereignisse, wie Suizide oder Todesfälle in der Fixierung und so weiter. Und ich habe das dann immer untersucht. Primär mit der Zielsetzung was kann man aus dem Ereignis lernen und wie muss man die Verhältnisse so ändern, dass das künftig nicht wieder passiert. Nicht primär einen Schuldigen zu finden. Das muss natürlich mitgeklärt werden, schon alleine aus Haftungsgründen. Ich erinnere mich, dass einmal bei einer neuen Kleinklinik, da hatten wir eine Serie von 6 Suiziden innerhalb kürzester Zeit und dann bin ich hingegangen und habe mir die Krankengeschichten angekuckt, mit den Therapeuten geredet und alles untersucht. Wir haben keinen richtigen Grund gefunden. Aber danach war es wieder vorbei. Also, für mich ist die entscheidende Frage, was für einen Mechanismus gibt es, sei es innerhalb der Klinik oder durch eine Trägerverwaltung, wie man solche kritischen Ereignisse aufarbeitet.

GRin Dr. **Pilz**: Könnte sich bei Ihnen eine Klinik, wenn jemand fixiert an ein Feuerzeug kommt und so schwer verletzt wird, könnte sich die Klinik aus der Verantwortung ziehen mit dem Hinweis der Patient wäre selbst schuld, obwohl das ein suizidgefährdeter Mensch war und daher fixiert wurde?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Nein. So einfach und eindimensional geht das nicht. Weder ja noch nein. Sondern dann muss man, sei es in der Klinik, also ich habe das natürlich dann auch als ärztlicher Direktor gemacht, weil die Trägerverwaltung das dann nicht mehr so intensiv gemacht hat, wie zu der Zeit, als ich als Hauptberuflicher dort drinnen war. Wir haben immer genau gekuckt, warum war der da? Wie konnte er daran kommen? Was ist passiert? Warum? Wie ist es gekommen, dass jemand in diesem Bereich mit Feuerzeug war? Und warum ist das nicht vorher gefunden worden? All solche Fragen. Ja. Also, man muss es wirklich minutiös und genau untersuchen und dafür ist es wichtig, dass so zu inszenieren, dass die Beteiligten nicht jetzt auf jedwede Form von Verleugnung, Abwehr, Vertuschung gehen, sondern ein Klima der internen Öffentlichkeit hergestellt ist. Dazu

brauche ich aber auch wiederum einen Schutzraum. Ja, weil wenn da gleich die Presse und das Fernsehen ist, dann gehen doch alle auf mauern und Schutz und sonst was alles. Das heißt, wie inszeniere ich für solche Dinge, für solche Ereignisse die auch in der besten Psychiatrie nicht mit 100%iger Sicherheit zu verhindern sind, wie gehe ich damit um, sodass das Umgehen damit zur Minimierung von Folgeereignissen geht. Das halte ich für den entscheidenden Punkt.

GRin Dr. **Pilz**: Die Presse wurde auf den Fall erst aufmerksam, als der Krankenträger bereits jede Schuld von sich gewiesen hat und gesagt hat der Patient ist selber schuld. Bis dahin war es intern und es war so unbekannt, dass nicht einmal die MitarbeiterInnen in anderen Stationen, Abteilungen davon wussten. Also, man hat intern keine Fehlerkultur betrieben und öffentlich wurde es erst Jahre später und es gab nicht nur einen, sondern zumindest zwei, wie wir wissen, derartige Vorfälle. (*Zwischenruf*)

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Mit der Rehakette. Ich kenne die Wiener Verhältnisse nicht. Aber ich möchte. Ich habe mal Anfang der 80er Jahre den PSD besucht. Und als vorbildlich mitgenommen, die geniale Form in der aus einem Fonds bezahlt wird, was bei uns nach der Fragmentierung der Kostenträger und der Institutionsketten alles in dieses Kästchendenken geht. Also, eine integrierte Finanzierung mit dem (*GRin Dr. Pilz: Wovon? Finanzierung wovon?*) Also, mir hat damals der Dr. Rudas erklärt, jedes Jahr kriegt er ein Budget, was sich speist aus den unterschiedlichen Quellen, die in irgendeiner Form für diese Zielgruppe finanzverantwortlich sind und dann muss er nicht Einzelleistungen für jedes Kästchen einzeln abrechnen und einzelne Institutionen haben, die immer nur einen Kostendeckel gegenüber sind, sondern er geht da, ich weiß nicht zu welchem, wer nach Ihrem Sozialrecht von Sozialhilfe und Rehabilitation und kommunale Zuschüsse und so was zuständig ist, aber sodass er einen Fonds hat und dann primär ein stadtteilbezogenes, ambulantes Team hat, was eine Tagesklinik betreibt. So war damals der Stand. Ich habe es dann nicht weiter verfolgt. Und von da aus auch ambulant PatientInnen betreut. Und jemand, was wir damals, wir haben damals gefragt: wo habt ihr denn das Wohnheim oder das Übergangsheim. Das waren damals unsere Baustellen, sagt er nein, wenn jemand keine Wohnung hat, dann suchen wir ihm eine Wohnung in einem Wiener Mietshaus was eine bestimmte Kultur von auch alltagssupertiven Diensten hat. Wenn es um handwerkliche Dinge geht oder Versorgung und das Fachpsychiatrische steuern wir dazu, sodass also die Funktion, die wir in Deutschland als Wohnheim machen,

Therapie und die Institution zum Wohnen, dann muss man wieder Personen wechseln, das vermeiden wir. Der hat einen Wohnplatz, ist ein eigenen oder kriegt einen und dann können wir im kontinuierlich begleiten. Egal ob er viel oder wenig professionelle Hilfe braucht. (*Zwischenruf*) Ist das nicht mehr so? Ich weiß es nicht.

GRin Dr. **Pilz**: Also, die Schwierigkeit ist ja, dass wir das da leider nicht besprechen können. Aber der Ansatz ist gut, die Praxis ist renovierungsbedürftig.

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Also, diese Struktur der Finanzierung war für uns eines der Vorbilder, worauf wir hinarbeiten. Und wir sind jetzt dabei und haben das so weit erreicht im Sozialhilfereich, den ich sehr gekürzt habe. Bei uns heißt das "Eingliederungshilfe". Und bisher geht die Eingliederungshilfe immer von Hilfspaketen aus. Da gibt es eine eigene Kostenstelle für Wohnheim, für betreutes Wohnen, für Tagesstätte und so weiter. Und es gibt jetzt ein in der Politik auf Bundesebene den Entwurf eines sogenannten Eckpunktepapiers, was zum ersten Mal die Institution und die Maßnahmen von einander trennen will, sodass ich also einerseits die Maßnahme habe und die kann ich rauf und unter fahren, je nachdem wie der Hilfebedarf wechselt aber ich kann den Wohnplatz konstant halten. Weil das ist ja ein ganz zentraler Form von Integration ist. Das habe ich gekürzt. Nicht die eigene Wohnung muss ja einen Anfang haben und dann muss die Hilfe zugehend sein oder der Mensch muss in der Lage sein, von seiner Wohnung aus die Hilfe in der Tagesklinik oder Beratungsstelle in Anspruch zu nehmen. Und er muss wohnen bleiben können, auch wenn die Hilfe beendet wird. Also, Konstanz des Wohnplatzes mit dem sozialen Feld ist ein ganz wichtiger Punkt. Und das schien uns damals als wir Anfang 80 hier waren mit dieser Finanzierung besser als bei uns zu gelingen. Aber ich habe. Wie jetzt die Praxis ist, kann ich nichts dazu sagen.

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

GR **Lasar**: Dankeschön. Danke, Herr Univ.-Prof. Dr. Kunze für diese großartigen Ausführungen. Ich glaube, sie waren sehr aufschlussreich auch für mich persönlich. Aber eine Frage deziert habe ich an Sie. Das ist welche internationalen Standards gibt es bei der Behandlung von intensivpsychiatrischen Behandlungsfällen?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Dann müsste ich Sie als erstes zurückfragen, welche internationalen Standards gibt es intensivbehandlungsbedürftige PatientInnen zu definieren als Gruppe von nicht intensiv?

GR **Lasar**: In den sehr intensiven Menschen, die diese Benötigung vielleicht im Bereich der

Fixierung benötigen, also sehr intensive Behandlungsmethoden.

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: International kenne ich nicht. Wir haben dieses Thema im Rahmen der Psych-PV behandelt und die Kriterien kann ich Ihnen nennen. Das ist die Zweierebene für Allgemeinpsychiatrie A2 für Sucht A2, Sucht S2 und Gernotopsychiatrie Ebene 2. Das nennen wir Intensivbehandlung. Und dort haben wir die Kriterien allerdings nicht an solche Maßnahmen, wie geschlossene Station oder gar Fixierung gekoppelt, um nicht einen finanziellen Steuerungsanreiz zu setzen, dass eine Klinik nur dann zu ihrem höheren Geld kommt, durch die höchste Intensivgruppe, wenn sie diese Maßnahmen realisiert, sondern wir haben das patientInnenbezogen definiert. Wir haben gesagt, nehmen wir jetzt einmal Allgemeinpsychiatrie, also erwachsene Kranke mit einer Psychose, Sucht, suizidale Krise und so weiter. Für die A2 ist die existente bitale Bedrohtheit ein Kriterium. Sei es durch Suizidalität, die nicht mehr durch Absprachen aufgefangen werden kann. Es gibt ja Menschen mit suizidalen Krisen, die man über kurze Strecken, über einen halben Tag oder über zwei Tage auch in der therapeutischen Beziehung so stützen kann, dass sie damit zurecht kommen. Wenn ich das nicht mehr für möglich halte, sondern jemand ständige Überwachung braucht, weil er nicht absprachefähig im Bezug auf seine Suizidimpulse, dann würde er in diese Kategorie fallen. Wobei wir es dann den Therapeuten freistellen, ob sie das auf der Beziehungsebene auf einer offenen Station realisieren oder dadurch, dass vertraute Personen aus dem Umfeld den Menschen begleiten oder wie auch immer. Wir haben es nicht an die geschlossene Tür gefasst wegen den Fehlsteuerungsanreizen.

Der andere wichtige Bereich ist die somatische Vitalbedrohung. Wenn jemand, also es ist vor allem bei Alkoholikern der Fall oder bei intoxidierten PatientInnen, wenn die intoxidiert sind, kann es ja mit Drogen oder mit anderen Sachen, kann es ja einerseits zu extremen Verhaltensauffälligkeiten kommen, die die Menschen nicht mehr steuern können, solange sie intoxidiert sind oder zu hirnanorganischen Schädigungen, die durch Atemdepression bis zum Tod gehen können. Und deswegen entsprechende medizinische Maßnahmen Überwachung benötigen. Das wäre also zum Beispiel Delia oder Tronsdelia bei den suchtkranken PatientInnen. Bei gernotopsychiatrischen PatientInnen gegebenenfalls, wenn der Wasser- und Elektrolytstoffwechsel so durcheinander geraten ist, dass sie eben verwirrt sind oder der Blutzucker sie verwirrt macht oder also in der Regel auch körperliche Zustände. Körperlich bedrohliche Zustände.

Aber da gibt es eine Liste. Das können Sie im Buch auch nachlesen. Da haben wir das aufgeschlüsselt, was für Kriterien für Intensiv.

GR **Lasar**: Haben Sie das Buch? Oder wo wäre das erhältlich?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Ich glaube, ich habe ein Paket geschickt. Da ist das glaube ich bei. Ich weiß nicht, ob das hier ist. Aber.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Da gab es eine Zusendung mit den Büchern des Herr Univ.-Prof. Dr. Kunze, wo Sie das einsehen können. Das ist in der Magistratsdirektion wahrscheinlich, nicht. Nehme ich an. *(Aber wir kriegen sie? Ich nehme an, wir werden sie sicher nachher bekommen. Sind sie bereit zur Einsicht?)*

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Und sonst schreiben Sie mir ein Mail und dann sage ich Ihnen die Quelle und die Seite und dann können Sie nachkucken.

GR **Lasar**: Danke vielmals Herr Univ.-Prof. Dr. Kunze. Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich habe es noch nicht gesehen, aber ich habe gehört dass ein Paket geschickt wurde von Herrn Univ.-Prof. Dr. Kunze. *(Zwischenruf)*

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Ein Teil von den Unterlagen hätte ich gerne wieder. Aber es muss nicht heute sein. *(Heiterkeit) (Zwischenruf)*

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Haben Sie Fragen noch? Gibt es hier noch eine Anfrage? Bitte Herr GR Deutsch.

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

Bevor ich zu einer Frage an den Herrn Univ.-Prof. Dr. Kunze komme, möchte ich noch kurz etwas zur Fragestellung der Frau Kollegin GRin Dr. Pilz sagen von vorhin. Ich glaube, dass es also nicht besonders fair ist, in der Fragestellung von einer allfälligen Studie des Otto-Wagner-Spital betreffend, wo ich einmal zumindestens hinterfragen würde, ob es diese sogenannte Studie überhaupt gibt, von der Sie reden oder ob es eigentlich um jene internen Evaluierungen und hausinternen Meinungsbildungsprozesse geht, die ja regelmäßig betreffend die Personalressourcen auch durchgeführt werden, weil ja sowohl für den ärztlichen als auch therapeutischen Bereich diese Ressourcen regelmäßig eingeschätzt auch werden. Also, ich würde wirklich der Meinung sein, dass es nicht um Vermutungen hier geht in der Untersuchungskommission sondern letztendlich um gesichertes Wissen und wir sind ja erst am Anfang unserer Tätigkeit.

Den zweiten Punkt, den ich auch nicht so stehen lassen möchte, ist, dass in jenem Fall, der ja schon vor einigen Monaten auch medial angesprochen wurden, nämlich der tragische Fall, wo eine Person, die fixiert war, sich mit einem Feuerzeug entzündet hat. Hier hat der Kranken-

staltenverbund größtes Interesse natürlich eine lückenlosen Überprüfung gehabt und das wurde auch entsprechend von der Staatsanwaltschaft untersucht. Also, ich würde hier wirklich darum ersuchen, hier nicht falsche Informationen zu verbreiten, weil hier in anderer Form und Weise vorgegangen wurde. Aber gerade der Vorgang der Unterstellung sage ich einmal ja gerade in der öffentlichen Debatte meiner Meinung nach auch dazu beiträgt, Personen zu verunsichern.

Und ich komme daher jetzt zu der Frage, die ich Ihnen stellen wollte, Herr Univ.-Prof. Dr. Kunze. Sie haben das Thema der Tabuisierung angesprochen. Und ich glaube, das ist ja auch eine ganz zentrale Frage, weil unser aller Tätigkeit auch in diesem Gremium ja sein sollte, dazu beizutragen, dass es zu einer Entstigmatisierung der Krankheit in der Öffentlichkeit kommt. Es ist ein sehr interessanter Ansatz, den Sie vorgetragen haben, dass es in Deutschland ein Bündnis von Fachwelt und Politik in dieser Frage gegeben hat und dass das sensible Thema der Psychiatrie wie Sie gemeint haben, nicht zu einer parteipolitischen Profilierung dienen soll, und das möchte ich also wirklich unterstreichen.

Meine Frage betrifft jenen Ansatz, der in Ihren Publikationen auch immer wieder zum Ausdruck kommt, nämlich die besondere Verantwortung, die die Gesellschaft auch hier inne hat. Und dem Leitbild der sozialen Psychiatrie Kurhessen konnte ich auch entnehmen, dass hier sehr bewusst auch auf der einen Seite Öffentlichkeit und Persönlichkeitsschutz angesprochen wird aber auch die Frage, dass das Verständnis gefördert wird und Sie haben in Ihrer Präsentation, die sehr eindrucksvoll war, hier auch bereits einige grundsätzliche Ziele definiert. Aber was mich jetzt besonders interessieren würde: Hat es konkrete Initiativen oder Maßnahmen gegeben, die dann auch in der Folge umgesetzt wurden, um dieses Ziel einer Entstigmatisierung der Krankheit in der Bevölkerung zu erreichen?

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Erste kleine Bemerkung. Dieses Bündnis von Fachwerken und Politik, das haben Sie in der Vergangenheit geschrieben. Das läuft fort. Das ist ganz vital und wir führen das weiter.

Die Frage der Entstigmatisierung ist ein ständiges Querschnittsthema auf allen Ebenen. Auf der Ebene der Klinik habe ich Ihnen eben die verschiedenen Dinge genannt. Nicht unter Entstigmatisierung, aber auch wie kann man die Zugangsschwelle akzeptabler machen im Zusammenhang mit der Gewaltreduktion. Aber das können Sie auch verallgemeinern. Das Thema wird auch auf Landes- und Bundesebene betrieben und es gibt gerade ein Bündnis "Seelische Gesundheit", was mit großen Öffentlichkeitsaufgaben, mit öffentlichen Veranstaltungen ver-

sucht, das auf Bundesebene zu betreiben, wo sich die Gesundheitsministerin mit an die Spitze stellt und andere Personen des öffentlichen Lebens oder wo man versucht, Personen des öffentlichen Lebens, die einen hohen Imagecharakter haben, zu gewinnen, wie Entertainer oder so. Ja, also da gibt es eine Fülle von Ansätzen. Ein ganz wirksamer Ansatz, der mir gerade einfällt ist in Schulen das Programm "Irrsinnig menschlich". Das ist in Leipzig begonnen, aber inzwischen an vielen Stellen, dass Psychiatrieerfahrene nach einem bestimmten Programm was eine Journalistin ausgearbeitet hat, in Schulen gehen in den Unterricht über ihre Erfahrungen mit der Krankheit, ihrer Erkrankung und ihrer Psychiatrieerfahrung berichten. Aus der Position von jemand, der das durchhat und es bewältigt hat. Und das ist ein ganz wichtiger Punkt, weil das ja früh ansetzt und nicht, nämlich im Schulalter, als mit 14, 16 Jahren. Und diese unmittelbare Erfahrung ist viel besser als akademische Vorträge. Es gibt ein klassisches Beispiel aus den USA, aus Kanada, was erforscht worden ist in den 50er Jahren. Da hat man gesagt, wir müssen die Leute aufklären und dann sind die Professoren da hin gegangen und haben Vorträge gehalten und das Ergebnis war, dass die Vorurteile aktiviert wurden, aber nicht dahinschmolzen. Also, man kann eine paradoxe Reaktion auslösen, wenn man die Kampagnen falsch inszeniert. Ich will noch ein Beispiel sagen, der kleinen Arbeit aus meiner Sicht, aber das halte ich für sehr sinnvoll. Als ich noch als Arzt in der Klinik war, nein das war ich noch nicht in der Klinik, sondern war im Verband meine Tätigkeit, die ich eben geschildert habe, da habe ich als Nebentätigkeit im Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Kassel mitgearbeitet. Und dort gehörte dazu mit Betroffenen, sprich den PatientInnen, die zu Hause lebten und ihren Angehörigen Gruppen zu veranstalten. 10 im Jahr, also, einmal im Monat und zweimal im Jahr haben wir ein Seminar gemacht, das heißt, wir sind mit 70, 80 aus diesen verschiedenen Gruppen in ein Freizeitheim der Kirche gegangen, haben dort Gruppenarbeit gemacht und einige Male haben wir dann zum Thema gehabt, wie sprechen wir als betroffene Angehörige und als betroffene Kranke zu unseren Politikern über das, was wir brauchen? Dann haben wir das in den Gruppen vorbereitet, wie spreche ich darüber. Und dann war verabredet, dass der Landrat, der erste Kreisbeigeordnete, der Gesundheitsamtschef, also die öffentlichen Repräsentanten der Landkreis, Kommunalverwaltung hinkamen zur Abschlusssitzung und dann standen die verschiedenen Leute aus den Gruppen, die Gruppensprecher standen auf und haben dem gesagt, wie es ihnen mit ihrer Krankheit

ergangen ist, wo sie sich allein gelassen gefühlt haben und was ihnen geholfen hat. Und das hat auf die Eindruck gemacht. Daraufhin hat der Landkreis einen Landkreispsychiatrieplan erarbeitet. Und die Kommission wurde geleitet von einem erfahrenen Vater eines chronisch schizophrenen Sohnes, der eine hohe soziale Kompetenz hat, der unter anderem Theologie studiert hatte und die deutsche Olympiamannschaft 1972 seelsorgerisch betreut hat. Daraus können Sie sich vorstellen, der wusste, wie man mit Dingen umgeht. Und als der Psychiatrieplan verabschiedet wurde, sind all diese BürgerInnen in den Kreis nachgegangen und haben auf der Zuschauerbühne gegessen und das haben die Kreistagsabgeordneten nicht so oft gehabt. Das heißt also, wie organisiere ich von den Betroffenen her Resonanz? Und das brauchen doch Politiker, um vor diesem Wind dann auch was Gutes tun zu können. Es nützt ja nichts, wenn sie als Personen Gutes wollen und sie dafür politisch keine Unterstützung finden von den WählerInnen oder von BürgerInnen. Und da habe ich erlebt, wie die Frage von Angehörigenarbeit erstmals als klinische Arbeit, nämlich den Familienangehörigen dazu unterstützen zu lernen, mit einem Menschen der weiterhin noch mehr oder weniger durch seine Krankheit verändert ist. Die kann man trotzdem miteinander langkommen und ein zufriedenes Leben führen? Statt sich zu verklinschen. Wie das übergeführt werden kann, nach einigen Jahren in politische Aktion und diese Initiative im Landkreis, die lebt immer noch, die hat sich dann fortgesetzt, indem diese BürgerInnen sich zu einem Verein zusammengeschlossen haben der auch Trägerverein für psychiatrische Hilfe ist. Und der, wenn es darum geht, der Politik den Kostenträger Landeswohlfahrtsverband oder der Kreispolitik oder den Krankenkasse was zusagen, organisiert Auftritte und nicht als spontane emotionale Einzelperson, sondern organisiert und damit auch gestützt von rechts und links und der spricht für uns und wie spricht der für uns und wie spricht der für uns und das wird vorher ausgehandelt. Und das gibt Resonanz und politischen Druck oder politischen Wind im konstruktiven Sinne.

Und das gibt es an vielen Stellen. Das hat auch was damit zu tun, was bei uns unter dem Stichwort dialogisch läuft. Ich weiß nicht, ob Sie das hier auch kennen, diesen Begriff. Also, in der Klinik oder im therapeutischen Verhältnis gibt es ja ein ganz bestimmtes definiertes Rollenverhältnis. Ich bin der Therapeut und der Experte und das ist die PatientIn und die versteht nichts davon und so weiter. Und dialogisch heißt, dass man über Krankheit und Krankheitserfahrung und Psychiatrieerfahrung redet und jeder tritt aus

diesen Rollen heraus. Das ist also ein Forum, wo Fachleute sind, Kranke, die aber nicht in einem PatientInnenverhältnis zu den Fachleuten stehen und Angehörige. Und dann hat man eine Gesprächskultur, die die jeweilige Sichtweise Erfahrung mit Krankheit, Erfahrung mit den anderen Rollen gegenüber thematisiert werden kann, ohne dass man gleich wieder in die Über-, Unterordnung, ExpertInnen und Laien und was da alles für Schemata sind zurückfällt. Und das ist eine ganz extenzielle Erfahrung für alle Beteiligten, die sie dann auch wiederum mitnehmen in ihre Rollen, die man ja nicht ungeschehen machen kann. Wenn ich behandelnder Arzt bin, dann bin ich behandelnder Arzt, oder PatientInnen oder Krankenschwester. Aber diese Erfahrung mal zu machen in einen solchen Andersrollen oder von diesen Rollen befreiten Raum und wie gehe ich da miteinander um, das ist schon, das prägt Leute.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Bevor ich der Frau GRin Dr. Pitz das Wort erteile, darf ich nur bekannt geben, dass also am Donnerstag, dem 10. April 2008, um 16.34 Uhr an die Klubs ein Mail geschickt wurde, wo es eben heißt: "Im Auftrag des Vorsitzenden der Untersuchungskommission des Gemeinderats darf ich Ihnen mitteilen, dass von Herrn Univ.-Prof. Dr. Heinrich Kunze diverse Bücher, die er der Kommission zur Verfügung stellt in der Geschäftsstelle LT/GR zur Einsicht aufliegen." Also, das war nur noch ein Verweis darauf, dass das nicht irgendwo unbekannt sein sollte, sondern das jeder der daran Interesse hatte, eben diese Bücher einsehen konnte.

GRin Dr. **Pitz**: Im Grünen Klub ist die Festplatte eingegangen. Wir haben ein Problem. Ja. (*Zwischenruf*) Vielleicht freuen Sie sich, Herr Kollege Lindenmayr, aber es ist leider so. Wir haben das Mail nicht gekriegt. Wir hätten es sonst gemacht. (*Zwischenruf*)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Jetzt darf ich Ihnen aber das Wort erteilen, Frau Doktor!

GRin Dr. **Pitz**: Ja. Die letzten Worte, Herr Univ.-Prof. Dr. Heinrich Kunze finde ich besonders spannend und wichtig in der Debatte, die Sie ja vielleicht ein bisschen verfolgt haben, dürfen hier Angehörige, Psychiatrieerfahrene oder Menschen sozusagen, die dazu etwas zu sagen haben, außerhalb des Expertenkreises reden. Und wir haben alle Fraktionen ein Schreiben gekriegt von einer Angehörigenorganisation, also das ist nicht sozusagen der emotionale Zuruf von Einzelnen und im Moment führen wir diesen Streit hier, wo und das haben Sie sicher an Wortmeldungen bisher schon schlussfolgern können, dass ich es für wichtig und richtig erachte, dass hier sowohl Angehörige als auch Betroffene als auch Organisationen zu Wort kommen. Und ich

würde Sie in diesem Zusammenhang fragen wie Sie das einschätzen, durchaus mit dem gebotenen Schutz, den die Leute selber wollen, Anonymität und und und, aber nicht über die Bande gespielt, dass man es dem PatientInnenanwalt erzählen kann und der berichtet dann hier.

Und dann würde ich Sie fragen, wie Sie das hier einschätzen. Das ist das erste.

Und das zweite ist, dass bei Ihnen offensichtlich zumindest in einem Landkreis psychiatrieerfahrene BürgerInnen partizipieren können an Entscheidungsprozessen hinsichtlich der Versorgung. Und da sind wir in Wien sehr weit weg davon. Wir haben in keiner einzigen Institution weder im Vorstand des Psychosozialen Dienstes, schon gar nicht in der Unternehmung Krankenanstaltenverbund oder sonst wo gestaltende Mitwirkung von PatientInnen. Ich würde das sehr begrüßen. Können Sie uns das sozusagen Erhellendes sagen, wie Sie sich das vorstellen und wie man hier im Sinne der nichtmaterialistischen, ich denke an Ihre erste Folie Kommunikation von oben nach unten und Politik gestaltet und lässt sie nicht zu Wort kommen, die es betrifft, wie man das hier umsetzen könnte?

Und letztlich möchte ich noch meinem Kollegen Deutsch eine Antwort geben hinsichtlich seiner Sorge, ich könnte hier falsch zitiert haben. Ich zitiere. (*Zwischenruf*) Ja, wie meistens. Ich zitiere trotz allem aus dem Schreiben des Krankenanstaltenverbundes in der Sache der brandverletzten Patientin. Ich nenne ihren Namen nicht. Es erging an ihren Anwalt am 16. November 2007. Kürzlich also. Da steht drinnen, die Patientin hätte nicht selbst versucht, die ersten Flammen zu löschen, was beispielhaft vorzeigt wurde in dem sie mit den Beinen die Bettdecke über den Arm geworfen hat. Ich will nichts zum Deutsch sagen, wie das abformuliert wurde hier von der Stabstelle Recht, aber man vermutet hätte sie das getan, ich kann mir vorstellen das war eine Stichflamme. Wenn man fixiert ist und man haut sich mit den Beinen die Decke über den Arm. So und dann steht schlussendlich (*Zwischenruf*) ein schuldhaftes Fehlverhalten und eine Aufsichtspflichtverletzung von MitarbeiterInnen des SMZ-Baumgartner Höhe ist weiterhin nicht erkennbar, weshalb wir Ihrer Schadensersatzforderung nicht näher treten können. Das ist völlig klar, man will das nicht bezahlen. Und das zweite, es geht schon um eine Studie, die stammt vom 26.10.2007 aus dem Otto-Wagner-Spital, Personalressourcen für den ärztlichen und therapeutischen Bereich des Psychiatrischen Zentrums des Otto-Wagner-Spitals und der Personalverordnung Psychiatrie Psych-PV 2006 und da steht in der Einleitung, dass man das, was in Deutschland der Fall ist, nämlich eine Psych-PV für die Personalressourcen, ins-

besondere im ärztlichen Bereich hier leider nicht hat. Aber man macht hier einen neuerlichen Vergleich der vorhandenen Personalressourcen, mit dem für ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung der PatientInnen nötigen Personalressourcen und dies im Auftrag der ärztlichen Direktorin des Otto-Wagner-Spital, Frau Dr. Kalousek. Also, das ist nicht irgendwas, sondern das ist ein Dokument aus dem Haus im Auftrag der ärztlichen Direktion, erstellt von einem Oberarzt der 2. Psychiatrischen Abteilung.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr GR Deutsch wollte noch dazu was sagen. Und dann würde ich bitten, entweder noch Fragen an den Herrn Univ.-Prof. Dr. Kunze zu richten, weil das sind ja Dinge, die dem Herrn Univ.-Prof. Dr. Kunze eigentlich nicht mehr so interessieren, sondern das ist wieder eine (*GRin Dr. Pilz: Klarstellen*) Also, bitte.

GR **Deutsch**: Ich brauch nur einige wenige Sätze dazu. Dass Sie immer wieder falsch aus Unterlagen zitieren, Frau Kollegin Pilz, ist ja bekannt. Aber ich würde schon darum bitten, dass Sie zu den Themen dann auch sprechen, die ich angesprochen habe. Ich habe darauf hingewiesen, dass dieser konkrete Fall, den auch Sie vorhin erwähnt haben, von der Staatsanwaltschaft natürlich überprüft wurde und das war ja auch in allen Medien nachzulesen. Das zweite: Ein Dokument im Sinne einer internen Meinungsbildung, die ja permanent in einem Unternehmen abläuft, ist noch lange keine eigene Studie. Das wollte ich nur der Vollständigkeit halber ergänzen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke. Gibt es jetzt noch Fragen an den Herrn Univ.-Prof. Dr. Kunze.

GRin Dr. **Pilz**: Ich habe eine gestellt gehabt!

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Das kann man nicht allgemein beantworten, weil die Wirklichkeit zu unterschiedlich ist. Also, in der Aktion psychisch Kranke versuchen wir die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und den betroffenen psychiatrieerfahrenen Verbänden zu pflegen. Wir haben sie nicht bei uns im Vorstand drinnen. Aber wir führen regelmäßige Gespräche mit ihren Organisationen und bei unseren Tagungen, wenn sich das eben machen lässt, haben wir auch immer entweder Gruppendiskussionen oder auch Referate aus Sicht der Angehörigen oder Betroffenen mit dem Thema das können sie auch in den Tagungsbänden die wir veröffentlichen, dann nachsehen.

Die Frage, wie weit andere Betroffene oder auch Angehörige in Planungsgremien mitwirken, das ist sehr unterschiedlich. Es gibt allerdings Beispiele dafür, dass sie beratend mit dabei sind. In der Regel haben sie ja keine formale Funktion, wie ein Kostenträger oder nach Kran-

kenhausgesetz oder sonstigen Sachen. Aber es gibt schon Beispiele, bis hin zum gemeinsamen Bundesausschuss, der ja nun für Medizinrichtlinien allgemein ist. Da gibt es eine Betroffenenbank. Ich kann Ihnen nicht genau sagen, wie die da eingebunden ist in das komplizierte Geflecht von Banken. Also, im Sinne von Mitgliederbanken. Aber es gibt Beispiele, dass zu Planungsentscheidungen wie zum Beispiel dieser Kreispsychiatrieplan dann in systematisiert Form, Psychiatrieerfahrene und Angehörige miteingebunden sind - beratend.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut. Gibt es noch Fragen an den Herrn Univ.-Prof. Dr. Kunze?

Wenn das nicht der Fall ist, Herr Univ.-Prof. Dr. Kunze, dann bedanke ich mich für Ihre Geduld, für die Ausführungen, die sehr interessant waren und wünsche Ihnen noch einen guten Aufenthalt in Wien und eine angenehme Heimreise, so Sie das sofort dann machen.

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Vielen Dank für die Einladung noch mal. Ich bin gerne gekommen, weil ich ja, wie Sie ja gehört haben, der politischen Verantwortung auch insbesondere der kommunalpolitischen Verantwortung eine große Bedeutung beimesse und das praktizieren Sie hier und deswegen bin ich gerne gekommen und Wien ist auch immer eine Reise wert. Und ich werde erst morgen Abend zurückfahren. Also, ich halte auch noch ein bisschen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Dann wünsche ich Ihnen noch einen schönen Aufenthalt in der schönen Stadt.

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Wien ankucken und ich hoffe, dass das Wetter auch mitspielt.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Und wegen der Gebühren würde ich Sie bitten, dass Sie dann eben einen Gebührenanspruch stellen und uns da hilfreich.

Univ.-Prof. Dr. **Kunze**: Wem kann ich die Pfanne halten, beraten, denn da ist ja kompliziert? (*Zwischenruf*) Sie machen das? Gut.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut. Damit ist das auch geklärt. Auch ein wichtiges Thema. Dann bedanke ich mich für Ihre Geduld und für Ihre Ausführungen Herr Univ.-Prof. Dr. Kunze.

So. Es sind Beschlussanträge eingetroffen. Wollten Sie noch etwas sagen? (*Zwischenruf*) Das ist da. Gut. Wir haben noch über Beschlussanträge, die eingelangt sind, abzustimmen. Ich glaube die Beweisanträge haben alle Klubs bekommen. Ich machte es wieder der Reihe nach.

Da gibt es den Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0133*) der GR Deutsch und GRin Klicka und Genossen, mit der Protokollnummer 133. Hier wird beantragt die Bereitstellung der Dokumentation: Statistische Informatio-

nen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes - Teil 6: 2003-2005 durch das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend als Auftraggeber der Dokumentation. Gibt es eine Wortmeldung?

GRin **Korosec**: Ja. Wir können das natürlich beschließen. Aber grundsätzlich im Internet ist das runterzuladen. Also, das heißt, wir haben das. Wir haben uns das runtergeladen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Dann soll es kein Problem sein, dass das.

GRin **Korosec**: Der Beweisantrag ist an sich nicht notwendig. (*Zwischenruf*)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ja, wir stimmen darüber ab. Also, wie gesagt es ist sehr angenehm, wenn er leicht beizuschaffen ist, indem er sich aus dem Internet herunterlädt. Aber wir können darüber Beschluss fassen. Gibt es noch eine Wortmeldung? Dann bringe ich den Antrag zur Abstimmung. Wer ist gegen diesen Antrag? Da gibt es keine Gegenstimme. Dann darf ich daraus schließen, dass dieser Beweisantrag einstimmig angenommen wurde.

Dann als nächstes gibt es den Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0135*) der Grünen zur Protokollnummer 135. Wo eben der Antrag gestellt, die umgehenden Beischaffung hinsichtlich patientInnenbezogenen Angaben anonymisierter Unterlagen die den einzelnen Fraktionen in Kopie zur Verfügung zu stellen sind, verlangt wird und zwar:

Alle Dokumente, die im Otto-Wagner-Spital, in der Generaldirektion des U-KAV, bei der Wiener PatientInnenanwaltschaft und im Magistrat der Stadt Wien, insbesondere im Büro der zuständigen StadträtInnen für Gesundheit zu dem Brandunfall, der sich in der Nacht von 2. und 3. Dezember 2003 auf Pavillon 10 ereignet hat, bis dato vorliegen.

Alle Dokumente, die im Zusammenhang mit polizeilichen und gerichtlichen Erhebungen in dieser Angelegenheit erstellt wurden (insbesondere Selbst- und Fremdanzeigen).

Alle Dokumente/Schreiben/E-Mails über Veranlassungen, die im Zusammenhang mit Mitteilungen und Beschwerden in obiger Sache von allen oben genannten Dienststellen und Institutionen erstellt wurden.

Und alle Dokumente, die belegen, welche Maßnahmen in Folge dieses Ereignisses getroffen wurden, um derartige Unfälle in den psychiatrischen Einrichtungen des U-KAV, insbesondere im Otto-Wagner-Spital, zu verhindern, vorzulegen.

Gibt es dazu Wortmeldungen? Wenn das nicht der Fall ist, bringe ich den Antrag zur Abstimmung. Wer ist gegen diesen Antrag? Es ist keine Gegenstimme, damit gilt ja auch dieser Antrag als einstimmig angenommen.

Wir haben dann noch einen Antrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0136*) zur Protokollnummer 136 der GRin Korosec und Praniess-Kastner und da wird beantragt die umgehende, längstens jedoch bis zur 5. Sitzung der Untersuchungskommission Beischaffung folgender Unterlagen, die den einzelnen Fraktionen jeweils in Kopie zur Verfügung zu stellen sind, und zwar der Bericht der ÖBIG: "Grundlagen für die integrierte psychiatrische Versorgung in Wien" (Wien 2002). Also, dass das vorgelegt wird.

Gibt es dazu Wortmeldungen? Da gibt es auch keine Wortmeldung. Dann bringe ich den Antrag zur Abstimmung. Wer ist gegen diesen Antrag? Es gibt keine Stimme. Damit ist auch dieser Antrag einstimmig angenommen.

Dann gibt es zu Protokollnummer 137 noch einen Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0137*) der GRin Korosec und Praniess-Kastner. Nun da geht es jetzt, da wird es wieder umfangreicher. Ich nehme an, Sie kenne alle diese Beweisanträge, dann werde ich es diesmal kürzer machen. Und hier wird eben die umgehende Vorlage und Beischaffung von diversen Unterlagen begehrt und nachdem der Inhalt bekannt ist, frage ich ob eine Wortmeldung besteht? Da gibt es auch keine Wortmeldung. Dann bringe ich eben den Antrag zur Abstimmung und frage, wer gegen diesen Antrag ist? Es gibt keine Gegenstimme. Damit ist auch dieser Antrag einstimmig angenommen.

So. Damit sind meines Wissens die vorliegenden Beweisanträge erledigt. Es ist ein Schreiben eines Forums für Antipsychiatrische Initiativen eingelangt und dieses Schreiben wurde am 10. April 2008 an die Klubs per E-Mail weiter versendet. Ich hoffe, dass Sie haben jetzt alles bekommen. Und den Inhalt dieses Schreibens zur Kenntnis genommen und werden allenfalls weitere Maßnahmen treffen.

Dann darf ich noch eines sagen. Die Bücher, die der Herr Univ.-Prof. Dr. Kunze angesprochen hat, die liegen auch weiterhin bitte in der Magistratsdirektion auf und sind auch dort zur Einsicht und davon kann auch Gebrauch gemacht werden. Es wird nicht sofort zurückgestellt an den Herrn Univ.-Prof. Dr. Kunze, sondern es wird noch zirka 2 Wochen dort sein. Also, wer Interesse daran hat, ist herzlich eingeladen, sich dort das nötige Wissen anzueignen.

Gut. Ich glaube, damit hätten wir. Eine Wortmeldung noch vom Herrn GR Lasar.

GR **Lasar**: Danke, Herr Vorsitzender!

Ich hätte an alle Fraktionen eine Bitte. Da ja jedem passieren kann, dass eine Festplatte kaputt wird. (*Zwischenruf*) Ja. Es kann auch mir passieren. Auch anderen kann das natürlich passieren, würde ich auch bitten, die Anträge da ja einige Anträge sehr umfassend sind, dass

man die nicht einen Tag oder so wie ich heute in der Früh erst bekommen habe, die restlichen Anträge auch von Ihnen und von der ÖVP, dass man die vielleicht 2 Tage vorher bekommen könnte, damit man die auch.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ja das hängt vom Einlangen ab, nicht.

GR **Lasar**: Ja, aber dann. (*Zwischenruf*) Ja aber. (*Zwischenruf*)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ja. (*Zwischenruf*) Das ist die Frage ob wir das dann gleich in der nächsten Sitzung behandeln sollen oder ob wir es dann speziell eben vertagen auf eine weitere Sitzung. (*Zwischenruf*) Erst in einer folgenden Sitzung dann darüber Beschluss fassen. Das würde ich aber sicher.

GR **Lasar**: Mein Vorschlag wäre, was nicht vor 2 Tage vor einer Sitzung ist, sollte in der nächsten Sitzung dann wieder abgestimmt werden. Weil ich sehe das sicher nicht ein, dass ich Anträge heute um 8.00 Uhr in der Früh am Tisch bekomme und soll sofort darüber entscheiden, ob ich hier zustimme oder nicht. Und ich bitte auch die Sozialistische Mehrheitsfraktion hier etwas dazu zu sagen, weil ich glaube, es kann nicht angehen, dass eine Fraktion das um 8.00 Uhr in der Früh bekommt und die anderen haben es vielleicht schon, weil die sprechen sich untereinander ab bezüglich Anträgen und so weiter und ich sehe das mit Sicherheit nicht ein und ich sage es jetzt hier direkt. Ich werde jeden Antrag von unserer Fraktion, also von meiner Seite ablehnen, wenn ich ihn 2 Tage vorher bekomme und muss am gleichen Tag vielleicht darüber entscheiden.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut. Ich glaube, da werden wir das klären. Ich glaube, das lässt sich in den Besprechungen mit den Sprechern abklären und ich glaube, wir werden da eine Lösung finden, die allen gerecht wird. Gut. Wir nehmen jedenfalls Ihre Anregung gerne zur Kenntnis, Herr GR Lasar.

Gibt es noch eine Wortmeldung? Wenn das. (*Zwischenruf*) So ist es. Sie haben ja schon die Einladung alle bekommen, nehme ich an, dass die nächste Sitzung eben stattfindet am (*Zwischenruf*) 24., allerdings um 13.00 Uhr. Und die Einladung wird heute verschickt. Ich habe sie schon hier.

Gut. Damit darf ich die heutige Sitzung der Kommission beenden und bedanke mich für Ihr reges Interesse und für Ihre Mitarbeit. (*Zwischenruf*)

(*Ende: 14.19 Uhr*)