

Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates

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

2. Sitzung vom 3. April 2008

Wörtliches Protokoll

Inhaltsverzeichnis

1. Eröffnung der Sitzung, Feststellung der Anwesenden	S. 3
2. Beweisanträge	S. 3 bis S. 15
3. Allfälliges	S. 15 bis S. 16
4. Vortrag und Befragung von Herrn Univ.-Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber	S. 16 bis S. 37
5. Weitere Vorgangsweise	S. 37 bis S. 38

(Beginn um 9.35 Uhr)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich darf alle anwesenden Damen und Herren begrüßen und eröffne hiermit die heutige Sitzung des Untersuchungsausschusses.

Insbesondere darf ich auch Mitglieder der Kommission begrüßen.

Für das Protokoll und zur Feststellung der Beschlussfähigkeit darf ich das jetzt wieder namentlich machen:

GRin Mag. Waltraut Antonov.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Christian Deutsch.

GR Christian **Deutsch**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Kurth-Bodo Blind.

GR Kurth-Bodo **Blind**: 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 Dr. Claudia Laschan.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Siegi Lindenmayr.

GR Siegi **Lindenmayr**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Barbara Novak.

GRin Barbara **Novak**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Hedwig Petrides.

GRin Hedwig **Petrides**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Dr. Sigrid Pilz.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Karin Praniess-Kastner ist entschuldig und wird nicht vertreten.

GRin Mag. Sonja Ramskogler.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Silvia Rubik.

GRin Silvia **Rubik**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Mag. Sonja Kato.

GRin Mag. Sonja **Kato**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Die Sachkundigen Personen sind der Herr Alfred Kubu, Frau Dr. Elisabeth Pichlbauer, Frau Margot Ham-Rubisch und Frau Charlotte Römer.

Ich darf jetzt die Beschlussfähigkeit der Kommission feststellen.

Auf der heutigen Tagesordnung steht der Vortrag des Herrn Sachverständigen Univ.-Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber über die aktuellen Standards im Bereich der Psychiatrie auf dem Programm.

Nach dem der Herr Universitätsprofessor aus Innsbruck anreist und erst gegen 11 Uhr kommen wird, werden wir vorher die eingelangten Beweisanträge diskutieren und darüber Beschluss fassen.

Ich darf festhalten, dass nach den letzten Beweisanträgen weitere 38 Beweisanträge eingelangt sind. Sie habe schon alle Anträge zur Kenntnisnahme bekommen. Daher werde ich es ein bisschen kurz machen und werde jeweils nur die Protokollzahl verlesen.

Bitte, Frau GRin Korosec.

GRin **Korosec**: Herr Vorsitzender! Wir haben die Anträge noch nicht bekommen. Wir haben die von der SPÖ bekommen, aber andere Beweisanträge sind bei uns nicht eingelangt.

Ich höre sie kommen sofort.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich bin davon ausgegangen, dass die verschickt wurden, weil, ich habe sie bekommen, meine Stellvertreterin Frau Dr. Rech hat sie auch bekommen. Ich bin davon ausgegangen, dass die alle übermittelt wurden.

Es tut mir leid, dass Sie noch nicht die Möglichkeit hatten sie anzusehen.

Ich darf Ihnen die Beweisanträge in der chronologischen Reihenfolge, wie sie mit der Protokollzahl versehen sind, zur Kenntnis bringen.

Der erste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0067*) von der sozialdemokratischen Fraktion von GR Deutsch und GRin Klicka. Beantragt wird die Ladung von Herrn Hofrat Prim. Dr. Kurt Sindermann, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Abteilungsvorstand und Ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses und Sozialtherapeutischen Zentrums Ybbs.

Wünscht jemand das Wort dazu? – Bitte, Herr GR Deutsch.

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

Ich möchte nur begründen, warum wir diesen Antrag auf Ladung von Herrn Hofrat Prim. Dr. Kurt Sindermann als sachverständiger Zeugen eingebracht haben: Er hat das Therapiezentrum in Ybbs aufgebaut und zu einer vorbildhaften Einrichtung des Gesundheitswesens der Stadt Wien gemacht. Er ist auch der Abteilungsvorstand der 1. Psychiatrischen Abteilung, wo Menschen mit Suchtkrankheiten und anderen psychischen Erkrankungen betreut werden und wo es darum geht, den PatientInnen zu helfen, dass sie wieder selbstständig das Leben gestalten können und daher für uns auch ein sehr wichtiger sachverständiger Zeuge ist.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke schön. Wünscht noch jemand das Wort? – Wenn das nicht der Fall ist, bringe ich den Antrag zur Abstimmung. Wer ist gegen diesen Antrag? – Daraus schließe ich, dass der Antrag einstimmig angenommen wurde.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0068*) von GR Deutsch und GRin Klicka. Hier wird die Ladung von Herrn Univ.-Prof. Dr. Ernst Berger, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie als sachverständigen Zeugen beantragt.

Wünscht dazu jemand das Wort? – Bitte, Herr GR Deutsch.

GR **Deutsch**: Ich möchte zu diesem Antrag sagen, dass wir ihn als Ergänzung zu einem bereits beschlossenen Antrag in der letzten Sitzung eingebracht haben, wo der Herr Univ.-Prof. Dr. Max FRIEDRICH als sachverständiger Zeuge auch geladen wird, weil der Herr Univ.-Prof. Dr. Berger hier auch bis 2007 als Primarius am Neurologischen Zentrum Rosenhügel tätig war und beide – nämlich Dr. Friedrich und Dr. Berger – über sehr wertvolle Erfahrungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügen. Wir würden daher auch darum bitten, wenn möglich, ich weiß das ist nicht immer möglich, beide auch an einem Tag befragen zu können.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke. Wünscht noch jemand das Wort? – Bitte, Frau Dr. Pilz.

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

Ich möchte die letzte Bemerkung des Herrn Kollegen Deutsch aufgreifen. Wir sind selbstverständlich für die Ladung des Herrn Univ.-Prof. Dr. Berger und dass wir überhaupt nach diesem Prinzip vorgehen, dass wir die Dinge so zusammenordnen wie sie zusammen gehören. Wenn wir übers Otto-Wagner-Spital reden - sofern dann nicht noch zusätzliche Dinge kommen - dann werden wir das ergänzen und uns thematisch gruppieren und ich unterstütze das.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke vielmals. Wünscht noch jemand das Wort? –

Wenn das nicht der Fall ist, dann bringe ich diesen Antrag wieder zur Abstimmung. Ist jemand gegen diesen Antrag? – Das ist nicht der Fall. Dann scheint dieser Antrag einstimmig angenommen zu sein.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0069*) von GR Deutsch und GRin Klicka. Hier wird die Ladung von Herrn Prim. Univ.-Prof. DDr. Peter Fischer, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Abteilungsvorstand der Psychiatrischen Abteilung des Sozialmedizinischen Zentrum Ost – Donauespital als Zeugen in die Untersuchungskommission beantragt. Wünscht dazu jemand das Wort? – Bitte, Herr GR Deutsch.

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

Wir haben Herrn Prim. Univ.-Prof. DDr. Peter Fischer deshalb als Zeuge beantragt, weil es um die Darstellung der Versorgungspsychiatrie in Wien geht. Im Bereich des SMZ-Ost Donauespital war die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung Ausdruck der Wiener Psychiatriereform und vor allem die Einbindung einer psychiatrischen Abteilung in ein Schwerpunktkrankenhaus war ein ganz wesentlicher Schritt und deshalb haben wir diesen Antrag eingebracht.

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

GRin Dr. **Pilz**: Wir werden auch dieser Zeugenladung zustimmen. Allerdings möchte ich Sie, Herr Kollege Deutsch, fragen: Nach welchen Kriterien Sie – ich nehme an, dass Sie den Herrn Prim. Univ.-Prof. DDr. Fischer sachverständig halten – jemand als sachverständigen Zeugen oder Zeugen laden? Können Sie das begründen, ob es dahinter irgendeine Strategie gibt?

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Wollen Sie dazu eine Antwort geben? – Zwischen sachverständigen Zeugen und Zeugen, also, offensichtlich ist Herr Prim. DDr. Fischer, wenn er diesen Posten bekleidet, auch ein Sachverständiger, das darf man voraussetzen.

Dann darf ich diesen Antrag zur Abstimmung bringen. Ist jemand gegen diesen Antrag? – Das ist nicht der Fall. Dann ist dieser Antrag einstimmig angenommen.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0070*) von GR Deutsch und GRin Klicka. Hier wird die Ladung von Herrn akad. Pflegemanager MSc. Harald STEFAN, Oberpfleger der 5. Psychiatrischen Abteilung des Otto-Wagner-Spitals und ausgebildeter Trainer für Aggressions-, Gewalt- und Deeskalationsmanagement als Zeugen in die Untersuchungskommission beantragt.

Wünscht hier jemand das Wort? – Wenn das nicht der Fall ist, bringe ich auch diesen Antrag zur Abstimmung. Ist jemand gegen diesen Antrag? – Das ist nicht Fall, dann ist dieser Antrag ebenfalls einstimmig angenommen.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0071*) von GR Deutsch und GRin Klicka. Hier wird die Ladung von Herrn Prim. Dr. Ralf Gössler, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Abteilungsvorstand der Neuropsychiatrischen Abteilung für Kinder und Jugendliche im Behindertenzentrum Pav. C am Neurologischen Zentrum Rosenhügel im Krankenhaus Hietzing als Zeugen in die Untersuchungskommission beantragt.

Wünscht jemand das Wort dazu? – Bitte, Herr GR Deutsch.

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

Der Herr Prim. Dr. Ralf Gössler wurde als neuer Abteilungsvorstand der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Neurologischen Zentrum Rosenhügel bestellt. Er hat sich auch in der Vergangenheit immer wissenschaftlich mit allen klinischen und sozialpsychiatrischen Fragestellungen befasst. Nachdem bekannt ist, dass die Abteilung im Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel in eine reine Kinder- und Jugendpsychiatrie umgewandelt wird und daher auch ein sehr wesentlicher Schritt in der psychiatrischen Versorgung Wiens darstellt, haben wir diesen Antrag eingebracht.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Wünscht noch jemand das Wort? – Das ist nicht der Fall. Dann bringe ich auch diesen Antrag zur Abstimmung. Ist jemand gegen diesen Antrag? – Dann darf ich feststellen, dass dieser Antrag einstimmig angenommen wurde.

Der nächste Beweis Antrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0076*) ist von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird beantragt, Frau Mag. Dr. Renate Balic-Benzing, Leiterin des Amtes für Jugend und Familie MAG 11, Rüdengasse 11, 1030 Wien als Zeugin zu laden.

Wünscht dazu jemand das Wort? – Da das nicht der Fall ist, bringe ich diesen Antrag zur Abstimmung. Wer ist gegen diesen Antrag? – Dann darf ich feststellen, dass auch dieser Antrag einstimmig angenommen wurde.

Der nächste Beweis Antrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0077*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird beantragt, Frau Dr. Susanne Drapalik, Stabstelle für besondere administrative Angelegenheiten und Sofortmaßnahmen, 1030 Wien, Thomas-Klestil-Platz 7 als Zeugin zu laden.

Wünscht jemand dazu das Wort? – Das ist nicht der Fall, daher wird dieser Antrag zur Abstimmung gebracht. Wer ist gegen diesen Antrag? – Damit stelle ich fest, dass auch dieser Antrag einstimmig angenommen wurde.

Der nächste Beweis Antrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0078*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird beantragt, Frau ärztliche Direktorin Dr. Marion Kalousek, Ärztliche Direktion des Otto-Wagner-Spitals, Baumgartner Höhe 1, 1140 Wien als Zeugin zu laden.

Wünscht jemand dazu das Wort? – Dann bringe ich auch diesen Antrag zur Abstimmung. Wer ist gegen diesen Antrag? – Dann darf ich feststellen, dass auch dieser Antrag einstimmig angenommen wurde.

Der nächste Beweis Antrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0079*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird beantragt, Frau Dr. Jutta Leth, 4. Psychiatrische Abteilung,

Pav. 4/3, Baumgartner Höhe 1, 1140 Wien als Zeugin zu laden.

Wünscht dazu jemand das Wort? – Dann bringe ich auch diesen Antrag zur Abstimmung. Ist jemand gegen diesen Antrag? – Das ist nicht der Fall, damit ist dieser Antrag einstimmig angenommen.

Der nächste Beweis Antrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0080*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird beantragt, Herrn Dr. Reinhard Zeyringer, 2. Psychiatrische Abteilung Pav. 16/3, Baumgartner Höhe 1, 1140 Wien als Zeugen zu laden.

Wünscht jemand das Wort dazu? – Dann bringe ich auch diesen Antrag zur Abstimmung. Wer ist gegen diesen Antrag? – Damit ist auch dieser Antrag einstimmig angenommen.

Der nächste Beweis Antrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0081*) von Frau GRin Dr. Pilz und Mag. Antonov. Hier wird beantragt, Herrn a.o. Prof. Dr. Richard Frey, Psychiatrische Intensivstation 4 C, Universitätsklinik für Psychiatrie AKH, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien als Zeugen zu laden.

Wünscht jemand das Wort dazu? – Das ist nicht der Fall. Ich bringe auch diesen Antrag zur Abstimmung. Wer ist gegen diesen Antrag? – Ich stelle fest, dass auch dieser Antrag einstimmig angenommen wurde.

Der nächste Beweis Antrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0082*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird beantragt, Herrn OA Dr. Thomas Meisermann, Internistisches Zentrum Pav. 13, Baumgartner Höhe 1, 1140 Wien als Zeugen zu laden.

Wünscht jemand das Wort dazu? – Das ist nicht der Fall. Ich bringe auch diesen Antrag zur Abstimmung. Wer ist gegen diesen Antrag? – Da das nicht der Fall ist stelle ich fest, dass der Antrag einstimmig angenommen wurde.

Der nächste Beweis Antrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0083*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird beantragt, Herrn Univ.-Prof. Dr. Heinz Katschnig als Experten zu laden.

Wünscht jemand das Wort dazu? – Bitte, Herr GR Deutsch.

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

Es werden in den Anträgen 83, 84 und 85 weitere Experten beantragt, Anträge die wir unterstützen. Ich möchte aber nur auf die Widersprüchlichkeit in der grünen Argumentation hinweisen, damit darauf auch aufmerksam gemacht wird.

In der letzten Sitzung, Frau Kollegen Pilz, haben Sie die Sorge geäußert, dass zu viel verwendet wird, dass wir uns mit Vorlesungen – wie Sie hier gesagt haben – auseinandersetzen. In

einem Pressegespräch vor wenigen Tagen war sogar von einem Universitätslehrlang die Rede. Ich freue mich darüber, dass Sie Ihre Meinung korrigiert haben. Wir werden diesen Anträgen natürlich zustimmen, weil wir auch der Meinung sind, dass eine umfassende, vertiefende Betrachtung dieses Themas auf jeden Fall notwendig ist.

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

GRin Dr. **Pilz**: Ich werde kein Scharmützel anfangen, sondern nur erläutern, dass man die Meinung nicht ändern muss. Mit Univ.-Prof. Dr. Katschnig und Frau Univ.-Prof. Dr. Amering sind zwei sachverständige ExpertInnen geladen, die die Wiener Situation profund kennen und um die soll es uns gehen. Das unterscheidet die beiden von ExpertInnen, die über die Psychiatrie als solche sprechen.

Frau Univ.-Prof. Dr. Hummer soll zu der uns sehr beschäftigenden Fragestellung „Zwangsmaßnahmen“ zur Aufklärung beitragen. Sie ist auch entsprechend ausgewiesen in Österreich von der Medizinischen Universität Innsbruck. Das ist der Grund, nicht etwa um hier Fachvorlesungen über Alles und Jedes abhalten zu lassen, sondern konkret zur Sache befragt zu werden. Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Darf ich jetzt fragen: Soll der Herr Univ.-Prof. Dr. Katschnig als Sachverständiger geladen werden?

GRin Dr. **Pilz**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ist noch eine Wortmeldung? – Dann darf ich auch diesen Antrag zur Abstimmung bringen. Wer ist gegen diesen Antrag? – Damit ist auch dieser Antrag einstimmig angenommen.

Der Herr GR Deutsch hat schon den nächsten Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0084*) vorweg genommen. Hier wird von Frau GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov beantragt, Frau Univ.-Prof. Dr. Michaela Amering, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie AKH, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien als Expertin zu laden.

Wünscht dazu jemand das Wort? – Ich bringe den Antrag zur Abstimmung. Wer ist gegen diesen Antrag? – Dann stelle ich auch fest, dass niemand gegen diesen Antrag ist und er einstimmig angenommen ist.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0085*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird beantragt, Frau Univ.-Prof. Dr. Martina Hummer, Medizinische Universität Innsbruck, Abteilung für Biologische Psychiatrie, Anichstraße 35, 6020 Innsbruck als Expertin geladen werden soll.

Wünscht dazu jemand das Wort? – Da keine Wortmeldung erfolgt bringe ich den Antrag zur

Abstimmung. Ist jemand gegen diesen Antrag? – Das ist nicht der Fall, daher ist auch dieser Antrag einstimmig angenommen.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0086*) von GRin Korosec und GRin Praniess-Kastner. Hier wird beantragt, Frau Mag. Beatrix Kaufmann, Bereichsleiterin für Wien und Niederösterreich-Ost des Vereins Vertretungsnetz-Patientenanwaltschaft als Zeugin zu laden.

Wünscht dazu jemand das Wort? – Das ist nicht der Fall. Ich bringe diesen Antrag ebenfalls zur Abstimmung. Wer ist gegen diesen Antrag? – Es gibt keine Gegenstimme, daher ist dieser Antrag einstimmig angenommen.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0087*) von GRin Korosec und GRin Praniess-Kastner. Hier wird beantragt, Frau Prim. Dr. Elisabeth Pittermann-Höcker als Zeugin zu laden.

Wünscht jemand das Wort? – Bitte, Herr GR Deutsch.

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

Ich möchte nur der Korrektheit halber auf unterschiedliche Zeiträume, die hier angegeben sind, hinweisen. Es wird die Ladung betreffend den Zeitraum ab dem Jahr 2000 beantragt. Im Antrag auf Einsetzung der Untersuchungskommission ist aber ab dem Jahr 2002 die Rede.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Wünscht dazu jemand das Wort? – Frau GRin Korosec, bitte.

GRin **Korosec**: Wir möchten gerne die Frau Prim. Dr. Pittermann-Höcker deshalb einladen, weil sie von 2000 bis 2004 die Verantwortung im Gesundheitswesen in Wien getragen hat. Aber Sie haben Recht, Herr Kollege Deutsch, wir sprechen in der Untersuchungskommission ab dem Jahr 2002. Wir haben in der Begründung das Jahr 2000 bis 2004 angegeben, aber wir sind gerne bereit, dies auf das Jahr 2002 zu ändern.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Wird der Antrag dahingehend geändert?

GRin **Korosec**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Dann darf ich festhalten, dass dieser Beweisantrag eingeschränkt wird auf den Zeitraum 2002 bis 2004.

Dann bringe ich den Antrag zur Abstimmung. Ist jemand gegen diesen jetzt geänderten Antrag? – Das ist nicht der Fall, damit ist dieser Antrag ebenfalls einstimmig angenommen.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0088*) von GRin Korosec und GRin Praniess-Kastner. Hier wird beantragt, SR Dipl.-Ing. Joseph Aumayr, Technischer Direktor des Otto-Wagner-Spital als Zeugen zu laden.

Wünscht dazu jemand das Wort? – Dann bringe ich diesen Antrag zur Abstimmung. Wer ist gegen diesen Antrag? – Da keine Gegenstimme erfolgt, ist dieser Antrag einstimmig angenommen.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0089*) von GRin Korosec und GRin Praniess-Kastner. Hier wird beantragt, Herrn OAR Dipl. KH-Bw. Rainer Miedler, Verwaltungsdirektor des Otto-Wagner-Spitals als Zeugen zu laden.

Wünscht dazu jemand das Wort? – Wenn das nicht der Fall ist, dann bringe ich auch diesen Antrag zur Abstimmung. Ist jemand gegen diesen Antrag? – Ich stelle keine Gegenstimme fest, daher ist auch dieser Antrag einstimmig angenommen.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0090*) von GRin Korosec und GR Praniess-Kastner. Hier wird beantragt, Herrn Prim. Dr. Harald Peter DAVID, Vorstand der Abteilung für forensische Psychiatrie und Alkoholranke am Otto-Wagner-Spital als Zeugen zu laden.

Wünscht dazu jemand das Wort? – Das ist nicht der Fall. Daher bringe ich den Antrag zur Abstimmung. Ist jemand gegen diesen Antrag? – Keine Gegenstimme, daher ist auch dieser Antrag einstimmig angenommen.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0091*) von GRin Korosec und GRin Praniess-Kastner. Hier wird beantragt Herrn Dr. Roland Grassl, TurnusärztInnenvertreter am Otto-Wagner-Spital als Zeugen zu laden.

Wünscht dazu jemand das Wort? – Das ist nicht der Fall. Ich bringe diesen Antrag zur Abstimmung. Wer ist gegen diesen Antrag? – Keine Gegenstimme, daher ist dieser Antrag einstimmig angenommen.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0092*) von GRin Korosec und GRin Praniess-Kastner. Hier wird beantragt, DGKP Werner Binder, Personalvertreter am Otto-Wagner-Spital als Zeugen zu laden.

Wünscht dazu jemand das Wort? – Dann darf ich den Antrag zur Abstimmung bringen. Ist jemand gegen diesen Antrag? – Das ist nicht der Fall, daher ist auch dieser Antrag einstimmig angenommen.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0093*) von GRin Korosec und GRin Praniess-Kastner. Hier wird beantragt, Herrn Dr. Reinhard Zeyringer, Leiter des Therapiezentrum Pavillon 16/1 am Otto-Wagner-Spital als Zeugen zu laden.

Wünscht dazu jemand das Wort? – Bitte, Frau GRin Korosec.

GRin **Korosec**: Ich habe vorhin festgestellt, dass auch die grüne Fraktion Herrn

Dr. Zeyringer vorgeladen hat. Ich würde sagen, dass man trotzdem darüber abstimmt.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Sollen wir den Antrag jetzt behandeln oder gilt er als zurückgezogen?

GRin **Korosec**: Nein, nicht zurückgezogen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Dann stimmen wir darüber ganz normal ab. Ist jemand gegen diesen Antrag? - Ich hoffe jetzt, dass niemand gegen den Antrag ist, sonst hätten wir ein kleines Problem. – Dann darf ich feststellen, dass auch dieser Antrag einstimmig angenommen wurde.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0094*) von GRin Korosec und GRin Praniess-Kastner. Hier wird beantragt, Herrn OAR Dipl. KH-Bw Gustav Schäfer, Verwaltungsdirektor i.R. des Otto-Wagner-Spitals als Zeugen zu laden.

Wünscht dazu jemand das Wort? – Das ist nicht der Fall. Ich bringe den Antrag zur Abstimmung. Ist jemand gegen diesen Antrag? – Dann stelle ich auch hier fest, dass dieser Antrag einstimmig angenommen wurde.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0095*) von GRin Korosec und GRin Praniess-Kastner. Hier wird beantragt, die umgehende – längstens jedoch bis zur 4. Sitzung der Untersuchungskommission – Beischaftung einer Reihe von Unterlagen, die den einzelnen Fraktionen jeweils in Kopie zur Verfügung zu stellen sind. Die Unterlagen sollen Daten ab Jänner 2002 beinhalten.

So etwas Ähnliches haben wir beim letzten Mal schon gehabt.

Gibt es eine Wortmeldung dazu? – Bitte, Herr GR Deutsch.

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

Sie haben darauf hingewiesen, dass wir einen ähnlichen Antrag nahezu wortident bereits in der letzten Sitzung hatten. Wir haben das bereits sehr umfassend diskutiert. Ich möchte noch einmal festhalten, dass wir es für die Arbeitsweise in der Untersuchungskommission nicht für sinnvoll halten, alles pauschal anzufordern, ohne genau zu definieren, wofür wir diese Unterlagen brauchen. Ich glaube, wir haben uns in der Vorgangsweise, die wir auch interfraktionell besprochen haben, auf eine sehr eindeutige Linie festgelegt. Nämlich, dass wir die Sachverständigen hören, dass wir in der Folge die sachverständigen Zeugen befragen werden, dann die einzelnen Einvernahmen auch durchfassen werden. Und dann jene Beschlüsse fassen, um jene Unterlagen anzufordern, die wir dann auch tatsächlich brauchen.

Ich halte es wirklich nicht für sinnvoll, hier alle E-Mails, alle Schriftstücke bis zum Jahr 2002

rückwirkend anzufordern. Auch im Interesse der Arbeitsweise unserer Kommission. Wenn die ÖVP in der Begründung schreibt „es liegen Unterlagen der ÖVP vor“, dann würde ich Sie bitten, diese Unterlagen der Kommission zur Verfügung zu stellen, damit alle die Möglichkeit haben, in diese Unterlagen auch Einsicht zu nehmen. Aber diese pauschale Vorgangsweise halte ich nicht für sinnvoll.

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

GRin **Korosec:** Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Herr Kollege Deutsch! Nicht wir gemeinsam haben das festgestellt, Ihre Fraktion hat festgestellt, dass wir diese Unterlagen nicht bekommen. Das ist Sache!

Wir sind der Meinung, dass diese Unterlagen für die Untersuchungskommission und auch für die Ladung der Zeugen aber ganz wichtig sind. Natürlich liegen uns auch Protokolle vor, aber sicher nicht vollzählig. Es ist Aufgabe der Untersuchungskommission, wirklich alle Fakten auf den Tisch zu legen. Wir haben das jetzt eingeschränkt, dieser Antrag ist bei weitem weniger als der erste Antrag. Wir bestehen darauf, dass wir diese Unterlagen bekommen. Hier geht es um Personalknappheit, um Infrastrukturprobleme, also all das, was vom Mittelbau immer wieder aufgezeigt wurde – aber natürlich nur intern – und uns liegen nur teilweise Unterlagen vor.

Auf die Studien, die Analysen und Konzepte, die natürlich auch für die Planungsvorhaben in der Gesundheitsversorgung ganz wichtig sind, haben wir ein Anrecht darauf, sie zu bekommen.

Protokolle von Sitzungen von VertreterInnen des U-KAV und der MA 24, all das was vorliegt, möchten wir einsehen. Es geht da auch um Weisungen, die gegeben wurden, die für die Untersuchungskommission von ganz besonderer Bedeutung sind.

Sich hier herzusetzen und ununterbrochen zu sagen, das geht nicht und Zeugen dürfen wir nicht laden und Unterlagen bekommen wir nicht. Also, ich glaube, dass ist eine Vorgangsweise die wir nicht aufrechterhalten können.

Daher stelle ich den Antrag, dass über diesen Antrag auf alle Fälle abgestimmt wird.

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

GRin Dr. **Pilz:** Herr Vorsitzender! Herr Kollege Deutsch!

Wir haben das letzte Mal ebenfalls Anträge vorgelegt, die sich auf die umfassende Dokumentation von Vorgängen in den einzelnen Häusern beziehen. Sie waren damals für Ihre Fraktion der Meinung, dass man die notwendigen Unterlagen im Kontext mit Zeugenladungen vorlegen wird. Jetzt sind eine Reihe von Zeugen

bereits beschlossen, deren Anhörung Sinn macht - wenn wir hier in jeder Hinsicht umfassend informiert und sachlich vorgehen wollen – wenn man sich auf Unterlagen stützen kann. Denn, Sie selber appellieren immer dafür, dass man nicht auf Basis von irgendwelchen Medienberichten oder sonstigen Dingen vorgeht, sondern, dass man schaut, was Sache ist.

Die Anträge die heute einerseits von der ÖVP, aber andererseits von den Grünen eingebracht werden, leisten all das. Wir wollen Unterlagen die sachdienlich sind und die uns helfen, hier Fakten zu erheben. Das ist unsere Aufgabe. Ich gehe davon aus, dass Sie den Anträgen der Grünen zustimmen, weil Sie ja für sich die Position bezogen haben, dass, sobald Zeugen geladen werden die zu einem Themengebiet aussagen, Sie das nicht mehr als eine Flut von Papier, sondern als Sachdienlichkeit empfinden. Wir werden selbstverständlich auch den Anträgen der ÖVP diesbezüglich zustimmen. Denn, es kann doch nicht so sein, dass man Zeugen hört, von denen man – und das ist mein Eindruck – erwartet, dass sie berichten, wie gut und ausreichend die Versorgung in Wien ist. Dass man jene Unterlagen, die vielleicht Fakten zu Tage befördern könnten, wo es Klagen gibt, wo es Mängel gibt, wo intern geklagt wird, dass es Mängel gibt, schlicht und einfach nicht vorlegt, weil man nicht sehen will, was Sache ist.

Ich bitte Sie sehr, die Arbeit der Untersuchungskommission nicht zu behindern, in dem Sie Dinge, die wichtig sind hier, nicht vorlegen lassen, damit wir auf guter Grundlage arbeiten können.

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

GR **Lasar:** Wir haben in der letzten Sitzung auch schon gesagt, dass es hier die Sorge gibt, dass wir in Zukunft nur mit Papier eingedeckt sind und dass es in keiner Weise zielführend ist, wenn man hier – ich sage es jetzt etwas überzogen - lastenwagenweise Papier und Unterlagen von Studien, Analysen bekommt. Da möchte ich mich auf Ihre Wortmeldung beziehen, Frau Dr. Pilz, wo Sie gesagt haben: Sie sind in Sorge, dass hier sehr viel Zeit aufgewendet wird. Da gebe ich Ihnen schon Recht, weil, wenn ich mir jetzt Ihre Anträge – und das sage ich jetzt gleich pauschal, wir werden nicht alle Anträge, wie gesagt, ablehnen, die die zielführend sind, die zum Beispiel Otto-Wagner-Spital-bezogen sind, denen werden wir natürlich zustimmen. Wenn wir jetzt Unterlagen anfordern, kann ich Ihnen nur sagen, es ist ja nicht mehr lesbar. Bitte, bis zur 4. Sitzung wollen Sie jetzt Papiere, Unterlagen, Protokolle von Sitzungen von VertreterInnen, Studien, Analysen, Dienstanweisungen inklusive E-Mails, alle möglichen Papiere, die je

hier stattgefunden haben ab dem Jahr 2002 anfordern. Ich glaube, es ist nicht zielführend und wir werden das auch ablehnen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Wünscht noch jemand das Wort? – Bitte, Herr GR Lindenmayr.

GR **Lindenmayr**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich möchte vorausschicken, ich bin nicht Mitglied des Gesundheitsausschusses, also daher wird die eine oder andere Frage oder Feststellung etwas laienhaft klingen. Ich möchte mich dafür jetzt schon entschuldigen. Bin aber umso interessierter an dem gesamten Thema.

Ich habe auch genau verglichen, diesen Beweis Antrag vom letzten Mal und von heute und der ist tatsächlich fast ident, da ist nicht sehr viel verändert worden. Ich habe so den Eindruck, man möchte da den gesamten Spitalsbetrieb auf mehrere Monate lahmlegen. Wenn es in dieser Kommission darum geht „behauptete Missstände sind aufzudecken“, so muss ich nach wie vor feststellen: es gibt überhaupt nichts, es gibt keine Fakten. Ich möchte es auch wieder mit einem laienhaften Vergleich bringen: Mir kommt es so vor, als ob man da mit einem Schrottgewehr in der Luft herumballert und hofft irgendwann einmal wird vielleicht ein Vogel vom Himmel fallen, aber vorhanden ist momentan überhaupt nichts.

Ich meine, dass es für unsere Arbeit sicher nicht zielführend ist, diesen Anträgen zuzustimmen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gibt es noch eine Wortmeldung? – Bitte, Herr GR Deutsch.

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

Ich möchte einige Äußerungen, die gesagt wurden, so nicht im Raum stehen. Und die Frau Kollegin Pilz wirklich dringend ersuchen, von Unterstellungen Abstand zu nehmen. Es ist natürlich ein falscher Eindruck, den Sie haben, wenn Sie sagen, es sollen nur bestimmte Zeugen einvernommen werden, das ist völlig falsch. Wir haben vorher, wie Sie sehen, die Ladungen auch alle einstimmig beschlossen. Wir haben auch das letzte Mal einen Antrag der ÖVP - daher ist das auch falsch, was Sie gesagt haben, Frau Kollegin Korosec – angenommen, wo relativ klar definierte Unterlagen, die für den Fortgang des Verfahrens notwendig sind, auch angefordert haben. Das Procedere, dass wir Sachverständige hören, sachverständige Zeugen und im Anschluss Zeugen, haben wir natürlich auch gemeinsam besprochen. Ich habe umgekehrt die Frage an Sie: Sind Sie bereit, die Unterlagen, über die Sie verfügen und die Sie in der Begründung erwähnen, der Kommission zur Verfügung zu stellen?

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau GRin

Korosec, bitte.

GRin **Korosec**: Wir haben Unterlagen, aber natürlich nur einige Unterlagen. Hier geht es um Protokolle, die im Otto-Wagner-Spital aufliegen, die im KAV aufliegen. Wenn hier gesagt wird, dass wir den Spitalsbetrieb lahmlegen, dann finde ich das als sehr eigenartig, Herr Kollege Lindenmayr. Ich würde sagen, es entschuldigt Sie deshalb, weil Sie nicht im Gesundheitsausschuss sind und daher die Sachlage vielleicht nicht so genau kennen.

Ich nehme an, es ist überall Ordnung, die Protokolle liegen auf. Es ist genau definiert: Hier geht es um Personalknappheit, um Infrastrukturprobleme, Probleme bei der „state of the art“-Versorgung von PatientInnen, Sicherheitsgefährdung des Personals. Bitte, das kann man uns ohne weiteres vorlegen. Wenn Sie es nicht tun, haben Sie offenbar Gründe dafür. Wenn wir eine Untersuchungskommission hier eingerichtet haben, dann brauchen wir diese Unterlagen auch für die Zeugenbefragungen. Es ist mir unverständlich, dass Sie von vornherein diese Dinge alle ablehnen.

Wenn Sie sagen, es ist eine Unterstellung, was die Frau Kollegin Dr. Pilz gesagt hat, dann kann ich sagen, dann werden Sie es bei mir auch sagen. Man hat wirklich den Eindruck, Sie wollen Sachverständige, die uns heute die Welt erklären, das ist sehr wichtig und notwendig und gut und Sie wollen dann Zeugen einladen, die im System sind und dann alle natürlich sagen werden: Die Welt ist in Ordnung. Sie ist nicht in Ordnung. Wir haben genug Unterlagen und wir haben genug Zeugen, wo wir wissen, dass es nicht in Ordnung ist. Wenn der Herr Lindenmayr sagt „es ist überhaupt nichts da“, dann werden Sie sich wundern. Es ist genug da. Bisher ist es so, dass, wenn Zeugen sich melden, dann werden sie abgelehnt. Zu diesem Fall „Zeugen“ möchte ich mich dann noch einmal zu Wort melden. Ich würde sagen, das machen wir dann anschließend.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Bitte, Herr GR Deutsch.

GR **Deutsch**: Ich kann der sehr ausweichenden Antwort der Frau Kollegin Korosec entnehmen, dass sie anscheinend nicht bereit ist, die Unterlagen, die der ÖVP - wie der Begründung zu entnehmen ist - zum Teil vorliegen, der Kommission zur Verfügung zu stellen. Schade, weil es auch für uns wichtig wäre, in diese Unterlagen Einsicht zu nehmen. Ich möchte noch einmal festhalten, dass die Sachverständigenladungen und die Zeugenladungen, die von allen Fraktionen vorhin eingebracht wurden, einstimmig beschlossen wurden. Was die Aktenanforderungen betrifft, geht es darum, nicht völlig undifferenziert und pauschal dies zu tun, sondern im

Interesse der Effizienz und Arbeitsweise der Kommission dies möglichst genau auch durchzuführen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Wünscht noch jemand das Wort? – Wenn das nicht der Fall ist, dann bringe ich diesen Antrag zur Abstimmung. Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist gegen diesen Antrag? – Dann stelle ich fest, dass dieser Antrag mit den Stimmen der sozialdemokratischen Fraktion und der freiheitlichen Fraktion mehrstimmig abgelehnt wurde.

Der nächste Beweis Antrag (*Anm.: PRT/00753-2007/0097*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird beantragt, die umgehende – das ist wieder ein ähnlicher Antrag wie wir ihn eben diskutiert haben – längstens jedoch binnen 4 Wochen Beischaffung folgender Unterlagen aus der Generaldirektion der Unternehmung Krankenanstaltenverbund, sowie zur Psychiatrischen Abteilung des SMZ-Ost, beginnend mit Jänner 2002. Diese Unterlagen sind den einzelnen Fraktionen in Kopie zur Verfügung zustellen und dann ist wieder eine ähnliche Liste, wie Sie beim Antrag der Frau GRin Korosec und der Frau GRin Praniess-Kastner gewesen ist.

Wünscht hierzu jemand das Wort? – Bitte, Herr GR Hora.

GR **Hora**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren!

Auch hier haben wir wieder die gleiche Situation, ich habe mir das ganz genau angeschaut. Sie wissen, dass ich etwas technisch behaftet bin. Ich weiß nicht, wie Sie sich vorstellen können, dass sämtlicher E-Mail-Verkehr von heute auf morgen hierher geschafft werden kann. Der muss ausgedruckt werden, der muss dementsprechend dokumentiert werden, es muss auch die Lückenlosigkeit der dementsprechenden Unterlagen hierher kommen, wenn wir diesem Antrag zustimmen. Das wäre mit meinem technischen Verständnis in 4 Wochen nicht möglich. Ich glaube, dass ist nur eine Arbeitsbeschaffung aus Ihrer Richtung. Ich nehme an, Sie haben Zeugenladungen, denen wir auch zugestimmt haben, dementsprechend vorgelegt, wo Sie wissen, dass es Inhalte gibt und das gilt auch für die Frau Kollegin Korosec, wo wir immerhin, wenn wir diese Zeugeneinvernahme durchführen, auch, wenn es notwendig sein wird, die dementsprechenden Unterlagen dann auf Grund dieser Zeugenaussagen ganz gezielt in einem Rahmen, der auch behandelbar und durchführbar ist, anfordern können. Aber nicht einfach pauschal vom Jahr 2002 bis heute sämtliche Unterlagen den KAV betreffend, die Stadt betreffend, die Gewerkschaftsgruppen betreffend anfordern. Diese Diskussion hatten wir das letzte Mal schon, das wird pauschal in all diesen Anträgen wieder ge-

stellt. Ich sehe darin nur eine Lähmung dieser Untersuchungskommission. Wenn Sie sagen, Sie haben dementsprechende Unterlagen, gehen Sie gezielt, machen wir die Zeugenbefragung und auf Grund der Zeugenbefragung auch die dementsprechenden Dokumentationen. Ich glaube, dass ist ein Weg, wo wir mit der Untersuchungskommission wirklich den Weg gehen, dass wir die Sachen offenlegen wollen und hier nicht eine pauschale Thematik machen, dass wir Tonnen von Papier hierher schaffen. Von den Grünen habe ich mir immer erwartet, dass sie eher auf dem „elektronischen Weg“ sind und versuchen derartige Dinge auch anders zu sehen. Aber bitte, man hat jetzt den Beweis auf Grund Ihrer Anträge, dass Sie sehr wohl sehr gerne Papier verschwenden. In diesem Sinne werden wir sicher auch diesen Antrag ablehnen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau Dr. Pilz Sie wurden angesprochen, bitte.

GRin Dr. **Pilz**: Herr Kollege Hora! Dass Sie sich nicht selber wundern über Ihre Begründung. Jetzt mit den grünen Bäumen zu kommen, die da um geholt werden, ist ja wohl an nicht zu überbietender Lächerlichkeit. Es geht nicht darum, dass man hier Papier sparen will, sondern wir wollen Dinge aufklären. Ich habe gar nichts dagegen, wenn man sie per E-Dokument bekommt. Gerne und jederzeit! Schicken Sie uns die Dinge weiter als E-Dokumente und nehmen wir sie einmal in einer Kopie beim Herrn Vorsitzenden zu den Akten.

Herr Kollege Hora! Es geht hier nicht um Tonnen von Papier über Alles und Jedes, sondern es geht darum, dass wir wissen, dass es in einzelnen Häusern und insbesondere im Otto-Wagner-Spital umfassend wiederholte im Dienstweg Beschwerden, Hilferufe, Klagen über Personalmangel, über Vorfälle, die Missstände sind, über Verletzungen usw. gibt Wir wollen ein umfassendes Bild über diese Dinge. Wir wissen das von einzelnen ZeugInnen, MitarbeiterInnen, die sich wirklich unter der Zusage der Vertraulichkeit an uns gewendet haben. Ich werde sicherlich nicht das E-Mail einer einzelnen Person hier vorlegen, damit diese Person dann Schwierigkeiten kriegt, weil davor sich die MitarbeiterInnen fürchten. Wir wollen, dass man sieht, wie sich die Personalvertretung dazu gestellt hat, wenn MitarbeiterInnen sich an sie wenden und sagen: wir können nicht mehr sicher arbeiten, wir haben Angst, dass wir eine Übernahmefahrlässigkeit begehen, wir haben Angst, dass PatientInnen zu Schaden kommen, weil wir zu wenig Personal haben, weil wir keine intensivmedizinischen Betten haben und und und. Wir wollen, dass diese Dinge, von denen wir wissen, dass sie im Dienstweg auf alle Führungsebenen weitergeleitet wurden, dass diese Dokumente vor-

gelegt werden. Wenn Sie sich hier hersetzen und sagen, Sie wollen hier Papier nicht verschwenden, dann frage ich, ob Sie wirklich in Ihrer Position als Politiker und Abgeordneter gegenüber den PatientInnen verantworten können, dass Sie sagen, die Kommission soll diese Unterlagen nicht bekommen, obwohl sie dazu ist, diese Dinge aufzuklären.

Wir verlangen konkrete Dinge. Wir verlangen sie im Zusammenhang mit der Zeugenladung. Wir verlangen sie zur Aufklärung. Das ist unsere Pflicht. Es steht Ihnen frei die Dokumente, die wir anfordern, einfach nicht zu lesen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke.

Frau GRin Mag. Ramskogler.

GRin Mag. **Ramskogler**: Ohne hier zu emotionalisieren, wie es auch in euren Regeln gestanden ist, die wir letztes Mal gelesen haben, denke ich, dass wir sachlich darüber diskutieren sollen. Ich möchte erst einmal behaupten, dass unsere Seite ebenso absolut hier ist, um wirkliche Missstände und wirkliche Vorfälle, wenn es zu PatientInnenschaden, aber auch zu MitarbeiterInnen-Problematiken kommt, dass wir absolut hier sind um diese klar auf den Tisch zu legen und Verbesserungen immer wieder auch noch in Zukunft, aber auch schon in der Vergangenheit zu machen. Keine Frage, es geht uns hier um die PatientInnen, es geht es hier um die MitarbeiterInnen, es geht uns hier um eine lückenlose Aufklärung in der Psychiatrie, wenn es so wäre, dass es auch so skandalös ist, wie die Grünen behaupten. Da sind wir anderer Meinung.

Ich denke, man muss vorsichtig sein, liebe Sigrid Pilz, hier zu sagen, es gebe zwei Klassen von ExpertInnen. Es gibt keine zwei Klassen von ExpertInnen, nämlich jene, die die Grünen vorladen und die dann die besondere Wahrheit aussagen und jene, die von der SPÖ oder von anderen Fraktionen kommen und vielleicht nicht die Wahrheit aussagen. Es ist sehr subjektiv, wo hier die Wahrheit liegt. Ich denke, dass jeder Experte und jede Expertin sinnvoll hier etwas zu unserer Untersuchungskommission beizutragen hat und hier nicht zu unterscheiden sind, jene, die etwas zu verdecken haben oder jene, die hier öffentlich etwas sagen können. Da muss man sehr aufpassen. Keine Zwei-Klassen-Unterschiede unter den Zeugen hier herauf zu beschwören.

Wenn wir sagen, wir brauchen zu den Zeugen diverse Unterlagen, sind wir jederzeit bereit, hier keine Missverständnisse aufkommen zu lassen, auch nicht bei der Frau Kollegin Korosec. Uns geht es darum, nicht von vornherein, wie der Herr Kollege Lasar auch schon gesagt hat, überschüttet zu werden von dementsprechenden Unterlagen, sie dann zuzuordnen wo es passt, sondern wollen Ordnung und System bei der UK,

das heißt, wenn wir unsere erstklassigen Zeugen laden, dann können wir dementsprechend die Unterlagen dazu haben und unser Wissen gemeinsam mit den Zeugen erweitern. Dass ist der Sinn und Zweck einer UK, meiner Ansicht nach.

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

GRin Dr. **Pilz**: Herr Kollege Deutsch! Liebe Sonja Ramskogler! Sie haben bei der Begründung zu den Zeugen und sachverständigen Zeugen, die hier seitens der SPÖ vorgeladen wurden, in jedem Fall gesagt, dass man hier zum Beweis einer guten Versorgung die Zeugen lädt. Wir haben zugestimmt, denn auch dieser Beweis wird hoffentlich in dieser Untersuchungskommission erbracht, dass viele MitarbeiterInnen hier ausgezeichnete Arbeit leisten. Gott sei Dank!

Wir wollen aber auch nicht wegschauen, dort wo es Mängel gibt. Du erinnerst dich, wir haben letztes Mal schon Zeuginnen nicht durchgebracht, man muss diese Datenschutzfragen erst klären usw., dass sind Zeuginnen die davon sprechen, dass sie oder ihre Angehörigen gelitten haben, zu Schaden gekommen sind usw. Man wird auch diese Seite, auf die eine oder andere Weise, auf den Tisch legen müssen. Zur Vorbereitung der Befragung all dieser sachverständigen Zeuginnen brauchen wir Informationen aus den Häusern. Was kann ich denn jemand gut qualitativ fragen, wenn ich die Unterlagen nicht habe? Dann wird - das höre ich jetzt schon - die SPÖ sagen: Wieso behauptet ihr das, da habt ihr ja keinen Beleg.

In den Dokumenten, die wir anfordern, wird ein durchaus, nehme ich an, umfassendes und differenziertes Bild zutage kommen, stellen wir uns diesem Bild. Ich appelliere an die SPÖ hier nicht von vornherein zu sagen: Wir wollen nicht hinschauen. Wir sind dazu da, dass wir hinschauen. Dazu gehören Unterlagen die Missstände, so sie vorgekommen sind, im Dienstweg belegen. Ich sehe nicht ein und ich kann es nur interpretieren, als den Wunsch hier die Dinge weiterhin zu verbergen und in Abrede zu stellen.

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

GRin **Korosec**: Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Ich brauche das jetzt nicht wiederholen, ich schließe mich da vollinhaltlich an. Weil die Frau Ramskogler gesagt hat, bei der Wahrheit zu bleiben, möchte ich noch erwähnen, dass bei der letzten Sitzung auch über die Personalvertretung gesprochen wurde und wir im Antrag gefordert haben, dass wir Unterlagen im Zusammenhang mit der Personalvertretung möchten. Dass die Personalkommission, wenn Missstände von MitarbeiterInnen aufgezeigt wurden, ja anzu-

nehmen ist, dass an die zuständige Stadträtin einen Brief geschrieben hat oder an die Leitung des Hauses. Diese Unterlagen wollten wir sehen. Worauf der Herr Kollege Wagner erklärt hat, ich müsste es ja wissen, weil ich selbst einmal im Bereich der Privatangestellten Zentralbetriebsrat war, dass da keine Protokolle anzufertigen sind, dass das nicht vorgesehen sei. Ich habe dazu nichts gesagt, weil ich mich schlaun machen wollte, weil die Wiener Personalvertretungs-Geschäftsordnung ich natürlich nicht kenne. Ich habe sie mir inzwischen angeschaut und stelle im § 9 fest: selbstverständlich sind Protokolle anzufertigen und zwar ist das sehr genau angeführt. Da sehen Sie, wie Sie mit der Wahrheit umgehen. Was die Personalvertretung betrifft, haben wir natürlich Fragen, weil ich überzeugt bin, dass die Personalvertretung – und das wissen wir auch – natürlich von MitarbeiterInnen mit den Sorgen, die sie haben, mit der Angst, konfrontiert wurde. Da wird ja etwas geschehen sein. Wenn man da als Mitglieder der Untersuchungskommission diese Unterlagen einsehen will und von der Mehrheitsfraktion wird gesagt: Na, das geht alles nicht. Bitte, dann frage ich mich, wie Sie dann argumentieren können, dass Sie wirklich Interesse daran haben, hier alles lückenlos aufklären zu wollen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Bitte, Herr GR Deutsch.

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

Ich meine, dass eine künstliche Aufregung wirklich nicht notwendig ist, sondern dass wir in aller Ruhe über die vorliegenden Anträge und ich nehme an, wir diskutieren die alle in einem, damit ich das auch entsprechend zusammenfassen kann, 97 bis 109. Wo es darum geht, dass, wenn wir den Sachverhalt klären wollen - ich gehe davon aus, dass das ja das Ziel der gesamten Untersuchungskommission ist - wir jene Unterlagen anfordern, die wir dafür brauchen, aber nicht tonnenweise alle Protokolle, alle E-Mails, alle Schriftstücke, wo das Wort „Psychiatrie“ oben steht. Denn so formulieren Sie es auch selbst in Ihren Anträgen. Jedes Schriftstück auf 6 Jahre zurück, wo das Wort „Psychiatrie“ vorkommt, soll hier angefordert werden.

Ich würde fast sagen: Damit würden Sie selbst beabsichtigen, die Untersuchungskommission zu lähmen. Uns geht es darum, mit möglicher Effizienz durch die Einvernahmen, die wir heute beschlossen haben, ein sehr umfassendes Bild zu erarbeiten. Ich würde Sie aber umgekehrt ersuchen, sowohl die ÖVP als auch die Grünen, Unterlagen, die Sie haben, die Sie in Ihren Anträgen auch ansprechen, nicht zurückhalten, sondern hier zur Verfügung zu stellen. Jedoch nicht auf Verdacht und Spekulation alle

Unterlagen auf 6 Jahre zurück, wo das Wort „Psychiatrie“ oben steht, anzufordern.

Ich meine, das Ziel müsste sein, die behaupteten Missstände auch aufzuklären, aber nicht zu verunsichern, nicht zu skandalisieren, sondern sich seriös damit auseinander zu setzen und nicht durch eine oberflächliche Formulierung der Aktenanforderung dazu beitragen. Ich würde Sie darum bitten, wieder zu einer sachlichen und konstruktiven Arbeitsweise zurückzukehren.

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

GRin Dr. **Pilz**: Ich will nur klar machen, dass das, wie Sie das jetzt darstellen, so nicht zutrifft. Wir wollen nicht alle Dokumente, wo das Wort „Psychiatrie“ vorkommt, sondern alle Protokolle von Sitzungen in der Generaldirektion - das sind schon eingeschränkte - in denen Fragen der Psychiatrie Thema waren. Wenn die Psychiatrie in der Generaldirektion Thema ist, dann ist das für uns interessant.

Wenn wir davon sprechen, dass wir alle Protokolle der Kollegialen Führungen wollen, dann sind das, nehme ich an, selbst wenn man sich wöchentlich trifft, zum Beispiel im Otto-Wagner-Spital eine überschaubare Anzahl von Dokumenten. Die E-Mails, die wir anfordern sind ausschließlich jene, die sich auf behauptete, beklagte Mängel, Personalknappheit, „state of the art“ usw., alle E-Mails, Schreiben, interne Dokumente von MitarbeiterInnen und Personalvertretung, die sich mit dieser Thematik beschäftigen. (*Zwischenruf GR Deutsch*)

Ich lese Ihnen aus meinem eigenen Beweis-antrag vor: Alle internen Studien und Arbeitskreisberichte, das ist wohl etwas, was man billig fordern kann. Zielvereinbarungen, Budget, Stand der Betten usw. Das sind Fakten, die wir brauchen, um hier arbeiten zu können.

Sagen Sie uns, wenn Sie uns Sie hier nicht zustimmen können, welchen der Punkte Sie nicht zustimmen können. Gehen wir es durch und Sie sagen mir, was Sie nicht wissen wollen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Wünscht noch jemand das Wort dazu? – Frau GRin Korosec, bitte.

GRin **Korosec**: Ich möchte noch einmal auf unseren Beweis-antrag eingehen. Wir haben das auch: Schriftliche Dienstanweisungen der Kollegialen Führung bzw. der Abteilungsvorstände Psychiatrischer Einrichtungen, dann ist das auch sehr genau definiert. Wenn es solche Dienstanweisungen gibt und ich nehme an, dass nicht täglich Dienstanweisungen kommen, so kann ich mir nicht vorstellen, dass man das nicht vorlegen kann. Dasselbe gilt natürlich auch für Protokolle, wo wir auch sagen: Sitzungen des Mittelbaus, Abteilungsvorstände und Kollegiale Führung und es ist genau definiert, worum es geht. Sie wollen

es nicht vorlegen, aber zu sagen, das wären Tonnen von Papier, so ist es wirklich nicht.

Frau Kollegin Novak! Ich meine, Sie kennen sicher auch die Situation und Sie werden auch Protokolle kennen, die sind nicht so umfangreich. Bei jeder Sitzung wird man sich nicht mit der Personalknappheit befasst haben oder es war so arg, dass man das wirklich musste. Dann ist es erst Recht notwendig, dass wir die Unterlagen so rasch wie möglich bekommen.

Ich stelle noch einmal fest: Sie wollen sie nicht hergeben. Das ist nicht eine Sache, dass Sie es nicht können, sondern Sie wollen es nicht. Weil Sie Angst haben, dass hier Unterlagen zum Vorschein kommen, die für Sie nicht angenehm sind. (*Zwischenrufe*) Wenn es anders ist, dann tun Sie es.

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

GR **Blind:** Wir werden jeden Antrag unterstützen, wo konkrete Unterlagen gefordert werden. Wenn irgendwo ein Missstand behauptet wird, z.B. im Jänner 2002, dann werden wir sicher bereit sein, rund um diesen betroffenen Fall den Zeitraum einzusehen und zwar alle Unterlagen, die vielleicht irgend etwas zu tun haben können. Aber, wenn etwas im Jänner 2002 oder in sonst irgendeinem Zeitraum passiert ist, werde ich mir nicht die Unterlagen vom Jänner 2006 anschauen. Außer ich habe den Verdacht, auf Grund des Bereiches 2002, den ich gelesen habe, dass sich das vielleicht bis 2006 hinzieht. Dann werden wir sagen: Gut, da brauchen wir aus diesem oder jenem Bereich auch bis zum Jänner 2006 oder bis heute die Unterlagen. Aber, mir kommt schon so vor, dass viele Sachen behauptet wurden und jetzt versucht man aus einer Lastwagenmenge von Unterlagen so lange etwas zu suchen bis man irgend etwas gefunden hat, was vielleicht dazu passen sollte. Aber, das ist ja nicht das Ziel unseres Ausschusses.

Daher, konkret sagen, welchen Zeitraum aus welchem Bereich, aber bitte nicht alles; dass man sucht, bis man irgendwo, z.B. bei baulichen Mängeln findet, dass irgendwo vielleicht etwas nicht gestimmt haben könnte. So werden wir es nicht halten.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Wünscht noch jemand das Wort? – Dann bringe ich diesen Antrag zur Abstimmung. Wer ist für diesen Antrag? – (*Zwischenrufe*) Das ist der Antrag 97, das ist der Antrag den ich vorhin zur Kenntnis gebracht habe. Der Antrag der Grünen (*Anm.: PRT/00753-2008/0097*).

Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist gegen diesen Antrag? – Ich stelle fest, dass dieser Antrag mit den Stimmen der Sozialdemokraten und der Freiheitlichen abgelehnt wurde.

Frau GRin Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov:** Herr Vorsitzender! Ich beantrage die Erlassung eines Bescheides über die Nichtzulassung des Beweisantrages unter der Protokollzahl 97 und zwar mit Bezugnahme auf den § 59 d Abs. 2 der Wiener Stadtverfassung in Verbindung mit dem § 56f des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Sie haben diesen Antrag gehört und der ist zu Protokoll genommen worden.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0098*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird die Beischaffung der Unterlagen - so wie es beim vorigen Antrag war - aus der Generaldirektion der Unternehmung Krankenanstaltenverbund sowie zur Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im AKH, wieder beginnend mit Jänner 2002 beantragt.

Ich glaube, Wortmeldungen gibt es diesmal nicht, denn das Thema wurde schon behandelt und es betrifft nur eine bestimmte Klinik.

Ich bringe diesen Antrag zur Abstimmung. Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist gegen diesen Antrag? – Ich stelle fest, dass dieser Antrag mit den Stimmen der Sozialdemokraten und der Freiheitlichen abgelehnt wurde.

Frau GRin Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov** Herr Vorsitzender! Ich beantrage auch hier sinngemäß, wie zum vorigen Beweisantrag 98 (*Anm. richtig: 97*) die Erlassung eines Bescheides des Vorsitzenden über die Nichtzulassung.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Jawohl.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0099*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird inhaltlich wieder Ähnliches beantragt und zwar die Beischaffung von Unterlagen zum OWS wieder beginnend mit Jänner 2002.

Wünscht dazu jemand das Wort: - Bitte, Herr GR Lasar.

GR **Lasar:** Herr Vorsitzender! Dieser Antrag zum Otto-Wagner-Spital ist zielführend und genau auf das zu untersuchende Otto-Wagner-Spital abgestimmt und da sagen wir, uns wäre es lieber gewesen, wenn wir diesen Antrag etwas mehr eingrenzen hätten können, wir werden heute hier zustimmen. Es wäre uns lieber gewesen, wenn man das mehr auf einen Zeitraum eingegrenzt hätte. Das muss ich noch anmerken, Frau Dr. Pilz. Wir werden trotzdem zustimmen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Wünscht noch jemand das Wort. – Dann bringe ich diesen Antrag zur Abstimmung. Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist gegen diesen Antrag? – Dann stelle ich fest, dass dieser Antrag mit den Stimmen der Sozialdemokraten mehrheitlich abge-

lehnt wurde.

Frau GRin Mag Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov:** Ich beantrage auch zu diesem Beweisantrag die Erlassung eines Bescheides des Vorsitzenden über die Nichtzulassung. (*Zwischenrufe*) Im Verfahren ist dieser Beweisantrag damit nicht zugelassen. Wenn Sie schauen, im § 59 d Abs. 2 der Stadtverfassung wird Bezug genommen auf das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz: Die Zulassung eines Beweisantrages ist eine Rechtsfrage. Eine Rechtsfrage kann unseres Erachtens keinesfalls der Abstimmung durch eine Mehrheit unterliegen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0100*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird das ähnliche Thema, nur jetzt betreffend die Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche im Behindertenzentrum am Neurologischen Zentrum Rosenhügel des Krankenhauses Hietzing und zwar für denselben Zeitraum wie die vorigen Anträge beantragt.

Gibt es Wortmeldungen dazu? Ich glaube, wir haben das Thema schon erörtert.

Wer ist für diesen Antrag? - Wer ist gegen diesen Antrag? - Dann stelle ich fest, dieser Antrag mehrheitlich mit den Stimmen der Sozialdemokraten und der Freiheitlichen abgelehnt wurde.

Frau GRin Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov:** Ich ersuche auch hier um die Erlassung eines Bescheides des Vorsitzenden.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0101*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird die Beischaffung der Unterlagen zur Neuropsychiatrischen Abteilung für Kinder und Jugendliche im Behindertenzentrum am Neurologischen Zentrum Rosenhügel des Krankenhaus Hietzing, beginnend mit Jänner 2002 beantragt.

Gibt es eine Wortmeldung? - Wenn das nicht der Fall ist, bringe ich den Antrag zur Abstimmung. Wer ist für diesen Antrag? - Wer ist gegen diesen Antrag? - Dann stelle ich fest, dass dieser Antrag mit den Stimmen der Sozialdemokraten gegen die Stimmen der Freiheitlichen, Grünen und ÖVP mehrheitlich abgelehnt wurde.

Frau GRin Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov:** Auch hier bitte wieder um die Erlassung eines Bescheides des Vorsitzenden betreffend die Nichtzulassung des Beweisantrages.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Jawohl.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0102*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird Beischaffung der Unterlagen zur Universitätsklinik für Psychiatrie des

Kinder- und Jugendalters im AKH, beginnend mit Jänner 2002 beantragt.

Wer ist für diesen Antrag? - Wer ist gegen diesen Antrag? - Dann stelle ich fest, dass dieser Antrag mit den Stimmen der Sozialdemokraten und Freiheitlichen mehrstimmig abgelehnt wurde.

Frau GRin Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov:** Ich beantrage bitte die Erlassung eines Bescheides des Vorsitzenden.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0103*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird die Beischaffung der Unterlagen für das Psychiatrische Krankenhaus und Sozialtherapeutische Zentrum Ybbs, beginnend mit Jänner 2002 beantragt.

Wortmeldungen? - Über den Antrag wird abgestimmt. Wer ist für diesen Antrag? - Wer ist gegen diesen Antrag? - Dann stelle ich ebenfalls fest, dass dieser Antrag mit den Stimmen der Sozialdemokraten und der Freiheitlichen gegen die Stimmen der Grünen und der ÖVP mehrheitlich abgelehnt wurde.

Frau GRin Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov:** Ich beantrage auch zu diesem Antrag einen Bescheid des Vorsitzenden über die Nichtzulassung des Beweisantrages.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0104*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird die Beischaffung der Unterlagen für das Psychiatrische Krankenhaus und Sozialtherapeutische Zentrum Ybbs, beginnend mit Jänner 2002 beantragt.

Ich bringe den Antrag zur Abstimmung. Wer ist für diesen Antrag? - Wer ist gegen diesen Antrag? - Dann stelle ich fest, dass dieser Antrag mit den Stimmen der Sozialdemokraten mehrheitlich abgelehnt wurde.

Frau GRin Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov:** Ich beantrage auch zu diesem Beweisantrag die Erlassung eines Bescheides des Vorsitzenden zur Nichtzulassung.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0105*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov.

Frau GRin Dr. Pilz, bitte.

GRin Dr. **Pilz:** Dieser Antrag ist irrtümlich verdoppelt worden. Wir haben es gleich bemerkt und haben es gesagt, aber man muss ihn formell zurückziehen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Damit ist dieser Antrag formell zurückgezogen.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0106*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird die Beischaffung von Unterlagen zur Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im AKH, beginnend mit

Jänner 2002 beantragt.

Ich bringe diesen Antrag zur Abstimmung. Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist gegen diesen Antrag? – Dann stelle ich fest, dass dieser Antrag mit den Stimmen der Sozialdemokraten gegen die Stimmen der Grünen, Freiheitlichen und ÖVP mehrheitlich abgelehnt wurde.

Frau GRin Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov:** Ich beantrage die Erlassung eines Bescheides des Vorsitzenden zur Nichtzulassung des Beweisantrages.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0107*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird die Beischaffung der Unterlagen zur Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters im AKH, beginnend mit Jänner 2002 beantragt.

Ich bringe den Antrag zur Abstimmung. Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist gegen diesen Antrag? – Dann stelle ich fest, dass dieser Antrag mit den Stimmen der Sozialdemokraten und Freiheitlichen mehrstimmig abgelehnt wurde.

Frau GRin Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov:** Ich beantrage die Erlassung eines Bescheides des Vorsitzenden zur Nichtzulassung des Beweisantrages.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0108*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird die Beischaffung der Unterlagen des SMZ-Ost, beginnend mit Jänner 2002 beantragt.

Ich bringe den Antrag zur Abstimmung. Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist gegen diesen Antrag? – Ich darf feststellen, dass dieser Antrag mit den Stimmen der Sozialdemokraten und der Freiheitlichen mehrstimmig abgelehnt wurde.

Frau GRin Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov:** Ich beantrage die Erlassung eines Bescheides des Vorsitzenden zur Nichtzulassung des Beweisantrages.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0109*) von GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov. Hier wird die Beischaffung der Unterlagen aus dem Otto-Wagner-Spital, beginnend mit Jänner 2002 beantragt.

Ich bringe den Antrag zur Abstimmung. Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist gegen diesen Antrag? – Dann stelle ich fest, dass dieser Antrag mit den Stimmen der Sozialdemokraten mehrheitlich abgelehnt wurde.

Frau GRin Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov:** Ich beantrage die Erlassung eines Bescheides des Vorsitzenden zur Nichtzulassung des Beweisantrages.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Ich danke Ihnen vielmals. Wir haben die Beweisanträge durch.

Frau GRin Korosec, bitte.

GRin **Korosec:** Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren!

Ich habe ein Schreiben erhalten, das ich Ihnen dann weiterreiche. Es geht an die gemeinderätliche Untersuchungskommission betreffend Gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien.

Betrifft Zeugenaussage:

„Sehr geehrter Herr Vorsitzender Dr. Baumgartner! Sehr geehrte Gemeinderätinnen und Gemeinderäte!“ usw. Das kann ich mir jetzt sparen.

„Als Angehöriger eines Patienten des Otto-Wagner-Spitals möchte ich meine Erlebnisse und Beobachtungen während meiner Besuche im Otto-Wagner-Spital gerne der Untersuchungskommission in Form einer Zeugenaussage mitteilen.

In der letzten Woche habe ich mit Unverständnis zur Kenntnis genommen, dass eine Zeugenaussage meinerseits, obwohl von mir ausdrücklich erwünscht, von der gemeinderätlichen Untersuchungskommission abgelehnt wurde. Die Erlebnisse meiner Angehörigen und mir im Otto-Wagner-Spital haben mein Vertrauen in die Wiener Krankenanstalten erschüttert. Mehr noch erschüttert ist aber mein Vertrauen auf Aufklärung der Missstände in der psychiatrischen Versorgung Wiens durch die Untersuchungskommission, wenn eine Zeugenaussage durch direkt Betroffene nicht zugelassen wird.

Wenn Angehörige von Patienten, die, anders als Angehörige des Personals des Otto-Wagner-Spitals, keine negativen Konsequenzen durch eine wahrheitsgetreue Aussage von der Untersuchungskommission fürchten müssen, ist es fraglich, wie die Vorwürfe, die in den Medien erhoben wurden erläutert und in weiterer Folge untersucht werden sollen.

In der Hoffnung doch noch vor der Untersuchungskommission aussagen zu können, verbleibe ich mit freundlichen Grüßen.“

Herr Vorsitzender! Ich darf Ihnen diesen Brief übergeben.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Geht es da um den Herrn Robert Seidl?

GRin **Korosec:** Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Diesen Beweisantrag haben wir nicht abgelehnt, wenn ich mich richtig erinnern kann, sondern aufgeschoben?

Wir nehmen es zur Kenntnis.

Wir haben das letzte Mal festgestellt, dass wir den Herrn Univ.-Prof. DDr. Mayer dazu befragen. Das heißt, der Antrag wurde damals nicht abgelehnt, sondern er wurde verschoben nach Anhörung des Herrn Univ.-Prof. DDr. Mayer und

dass dann darüber der Beschluss über die Vorladung des Herrn Robert Seidl gefasst wird.

Ich darf Ihnen auch zur Kenntnis bringen, dass ich da eine Zuschrift erhalten habe, dass es hier ein FAPI – Forum Anti-Psychiatrischer Initiativen – Interessensvertretung im Internet gibt. Ich werde das den Fraktionen zur Verfügung stellen, denn da dürfte eine der Kontaktpersonen Frau Yolanda Tillner eine Aussage oder eine Mitteilung machen wollen. Ich gebe das an die Fraktionen weiter. Ich habe das schon kopiert, Sie dürfen sich da gleich bedienen.

Der Herr war Zuhörer und hat das hier abgegeben. Diese Mitteilung ist zugegangen und die gebe ich jetzt weiter.

Frau GRin Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov:** Herr Vorsitzender! Ich habe jetzt eine Frage zu den Anträgen, die ich gestellt habe, auf Erlassung der Bescheide des Vorsitzenden. Können wir davon ausgehen, dass wir diese Bescheide von Ihnen erhalten werden?

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Das werde ich prüfen. Das kann ich Ihnen heute nicht sagen. Sie haben den Antrag gestellt und Sie werden darüber hören, wie die Entscheidung ausfällt.

Jetzt habe ich gehört, dass der Herr Univ.-Prof. Dr. Hinterhuber schon hier ist.

Sollen wir vorher noch eine kurze Pause machen?

Nachdem er eine Präsentation macht, wie lange braucht er? – Ich würde sagen, wir machen eine Pause von 15 Minuten, damit hier aufgebaut werden kann, nach dem eine Power-Point-Präsentation gemacht wird.

(Sitzungspause: 10.55 Uhr bis 11.13 Uhr)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Wir setzen nun fort.

Ich darf Herrn Univ.-Prof. Dr. Hinterhuber begrüßen.

Der Herr Universitätsprofessor ist der Leiter der Klinischen Abteilung für Allgemeine Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck. *(Allgemeiner Beifall.)*

Ich darf Sie sehr herzlich begrüßen. Ich bitte Sie um Ihre Sicht der Dinge über die Behandlung und psychiatrischen Einrichtungen „state of the art“ vorzutragen.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Hohe Versammlung! Meine Damen und Herren!

Ich danke Ihnen sehr, dass Sie mich heute eingeladen, genauer gesagt geladen, haben, um über die Grundzüge einer modernen psychiatrischen Versorgung zu sprechen.

Ich darf mich noch etwas vorstellen: Ich bin Vorstand der Psychiatrischen Universitätsklinik

in Wien und Leiter der Klinischen Abteilung für Allgemeine Psychiatrie an der Psychiatrischen Klinik in Innsbruck, die einen ganz genau definierten Versorgungsauftrag zu erfüllen hat. Wir versorgen die Stadt Innsbruck mit 125 000 Einwohnern in einer sehr differenzierten strukturierten Anordnung.

Die Klinik verfügt über 7 Abteilungen, die sich schwerpunktmäßig bestimmten definierten Diagnosegruppen widmen. Wir bieten im ambulanten Bereich 12 Spezialambulanzen an.

Gleichzeitig bin ich in Personalunion Präsident der Gesellschaft für Psychische Gesundheit, die als größte sozialpsychiatrische Einrichtung schwerpunktmäßig sich hier in der Betreuung von LangzeitpatientInnen eingeschaltet hat. Wir betreuen mit 250 MitarbeiterInnen auch insgesamt 1 200 PatientInnen in einzelnen Bereichen der Stadt Innsbruck und in den einzelnen Bezirken des Landes Tirol.

Meine Damen und Herren! Ich werde meinen Ausführungen zuerst eine allgemeine grundsätzliche Dimension verleihen.

Ich möchte Ihnen kurz die ministerielle EU-Konferenz mit den daraus resultierenden Resolutionen vorstellen, um den Rahmen darzustellen, in dem ich dann meine Ausführungen konkretisieren werde.

Die ministerielle EU-Konferenz in Helsinki 2005 hat eine Petition verfasst, die auf der einen Seite die zentrale Position der psychischen Gesundheit im Rahmen des Gesundheitssystems aufgezeigt hat. Die Gesundheitsminister der EU haben sich verpflichtet, schwerpunktmäßig das psychische Wohlbefinden zu fördern und gegen Diskriminierung psychiatrischer PatientInnen anzukämpfen und gegen Stigmatisierungen vorzugehen.

Sie haben sich verpflichtet, geeignete Angebote für alle Lebensphasen- Kinder, Jugend, Adoleszenz bis hin zur Geronto-Psychiatrie speziell spezifisch zu fördern und auch die Suizidprophylaxe zu verstärken. Sie wissen, dass wir im Jahr mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle verlieren.

Gute Primärvorsorgung für die gesamten psychischen Gesundheitsprobleme und schlussendlich auch schwerpunktmäßig die Versorgung in den Gemeinden in Bürgernähe zu strukturieren.

Weiteres Ziel dieser gesundheitsministeriellen Resolution: Die Kooperation aller im psychosozialen Bereich etablierten Einrichtungen zu fördern, die Informationen zu verbessern, faire und angemessene Finanzierungen bereitzustellen und schlussendlich die Evaluierung und die Forschung zu fördern.

Der World-Health-Report 2001 stellt Schlüsselfragen, die vermutlich auch Sie hier bewegen.

Die Fragen sind hier aus diesem Report entnommen:

Fördert die Politik und/oder die Gesundheitsverwaltung den Schutz der Menschenrechte psychisch Kranker, die Entwicklung einer gemeindenahen, bürgernahen Psychiatrie?

Fördert die Politik die Gesundheitsverwaltung, die Zusammenarbeit zwischen Patient, Familie, Behandlern im Sinne des Dialogs?

Das Empowerment von PatientInnen und deren Familien?

Die Stärkung, die Bekräftigung, das Kraftverleihen für PatientInnen, um selbst die ihnen zustehenden Rechte in Anspruch zu nehmen?

Die Kooperation zu anderen Teilen des Gesundheitssystems?

Die Verantwortung für Bedürfnisse bislang Unterversorgter? Denken Sie daran, dass Studien ergeben haben, dass 70 % der Obdachlosen schwere, psychiatrische Störungen aufweisen, die heute auch zu jener Gruppe zählen, die auch weitgehend unterversorgt sind.

Fördert die Politik ein kontinuierliches Monitoring und Evolution von Diensten?

Dieselben Fragen jetzt konkretisiert auf die Einrichtungen: sind die Dienste umfassend, sind die Dienste koordiniert?

Sind sie in die Grundversorgung integriert?

Werden die Bedürfnisse von Kindern, von Jugendlichen, von Frauen, von alten Menschen, von MigrantInnen, von definierten diagnostischen Gruppierungen, fiktiv Gestörten, Schizophrenen, Essgestörten berücksichtigt?

Erfolgen Aufklärung und Prävention in ausreichendem Maße?

Wird das Stigma als sehr häufig die 2. Erkrankung auch berücksichtigt?

Sind die Behandlungen und die rehabilitativen Bemühungen auch Medizin - basiert?

Ist der Standort für die Personalausbildung ausreichend?

Das sind Fragen, die ich eben auch aus dem World Health Report auch entnommen habe und die sicherlich auch hier von Bedeutung sind.

Die versorgungspolitischen Leitlinien denen sich wir in Österreich verpflichtet fühlen und die in Österreich weitestgehend auch verwirklicht sind, setzen einmal die Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlichen Kranken voraus. Fordern eine Therapie und Rehabilitation, die dem Bedarf gerecht wird und auch den Bedürfnissen der einzelnen PatientInnen entspricht. Die Orientierung zum einzelnen Kranken bzw. zu dessen, wie erwähnt, Bedürfnissen und Zielvorstellungen, die Integration der psychiatrischen Versorgung in die soziale, medizinische Grundversorgung, die Gemeindenähe, die Bürgernähe, die Nähe zum Patienten mit entsprechender Regionalisierung der Angebote und schlussend-

lich Strukturen, die die Dienste koordinieren und eine optimale Kooperation der unterschiedlichen psychosozialen Dienste auch gewährleisten.

Österreich hat sich sicherlich auch bereits in den 70iger Jahren mit der Psychiatriereform beschäftigt. Ich erinnere an den Wiener Zielplan 1979. Etwas früher habe ich als damaliger Beauftragter im Sozialpsychiatrischen Dienst der autonomen Provinz Bozen-Südtirol in Italien auch hier den PSD beraten können beim Aufbau von entsprechenden Einrichtungen. Es kommen dann in der mittleren Phase der Psychiatrieplanung, der Reformplanung die Länderpläne – wir waren in Tirol die ersten, die einen psychiatrischen Landesplan verabschiedet haben – Salzburg, Niederösterreich, Steiermark und schlussendlich die aktuelle Bemühung im Rahmen des ÖKAP, beispielsweise im Jahr 2003, schriftstrukturierter Bedarf in der psychiatrischen Versorgung. Sicherlich war Österreich in diesen 35 Jahren auch erfolgreich im Aufbau von Einrichtungen. Im Jahr 1974 hatten wir in ganz Österreich inklusive der Versorgung von psychisch Kranken, gestörten Kindern und Jugendlichen inklusive von Einrichtungen, die sich spezifisch den Bedürfnissen von Patienten in Suchtfragen gewidmet haben, hatten wir zehn psychiatrische Krankenhäuser. Heute haben wir schon über 30, 2004 waren es 28 Einrichtungen. Sie sehen auch, dass ein sehr beeindruckender Abbau von psychiatrischen stationären Behandlungsfällen war.

Und der Gesundheitsbericht des Jahres 2006 bezeichnet auch die Reduktion des Bettenumfanges – ich möchte lieber sagen, der stationären Behandlungsplätze – an den Standorten psychiatrischer Krankenhäuser zugunsten des Ausbaues wohnortnahen dezentraler Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern als Indikator, als wesentlichen Indikator für eine erfolgreich verlaufende Psychiatriereform. Ich möchte hier noch einsetzen, dass nicht nur als Indikator die Strukturierung, die Errichtung von wohnortnahen Abteilungen für Psychiatrie in allgemeinen Krankenanstalten zu gelten hat, sondern auch, wie die psychosozialen Dienste in den jeweiligen Regionen auch ein multiprofessionelles Angebot an die betroffenen PatientInnen zu richten in der Lage sind.

Ich möchte jetzt noch etwas näher über die Grundzüge der psychiatrischen Versorgung sprechen und Ihnen summarisch, das heißt ich möchte von den allgemeinen Voraussetzungen einer guten, ausreichenden psychiatrischen Versorgung sprechen.

Als erstes ist sicherlich einmal die Multidisziplinarität, die Multiprofessionalität im Rahmen der psychiatrischen Versorgung ein wesentlicher Punkt. Dann die Dezentralisierung, die Regiona-

lisierung, die patientennahe, die bürgernahe Betreuung und gleichzeitig zur Dezentralisierung auch eine Schwerpunktbildung in jenen Subdisziplinen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Adoleszenzpsychiatrie, Frauenpsychiatrie, Psychiatrie des alten Menschen. Dann schlussendlich auch diagnosespezifische Einrichtungen, Depressionsstationen, Psychosestationen, Psychosomatische Stationen, Essstationen mit Schwerpunkt Essstörungen.

Selbstverständlich ist, auch den Punkt können wir überspringen, die Integration psychopharmakologischer, psychotherapeutischer, soziotherapeutische Maßnahmen eher allgemein umgesetzt.

Wir brauchen ein Risk-Management oder ein Case-Management, ein System von dem ich dann näher noch sprechen werde.

Die Therapie in der Psychiatrie bezüglich der pharmakologischen Intervention, der sozialen Intervention, der psychotherapeutischen Interventionen muss evidenzbasiert sein und leitliniengestützt erfolgen.

Ein wesentlicher Teil der psychiatrischen Versorgung liegt in einer optimalen Zusammenarbeit der ambulanten und der stationären psychiatrischen Einrichtungen. Eine optimale Zusammenarbeit auch deshalb, weil heute längst der Schwerpunkt der psychiatrischen Betreuung außerhalb des Krankenhauses erfolgt; in den Ambulanzen, in den Ordinationen, in den psychosozialen Stationen, in den ambulanten wie teilstationären Einrichtungen extramural. Das fordert wieder die stationäre Psychiatrie heraus, das Entlastungsmanagement zu optimieren, dass eben auch die Schnittstelle zwischen stationär und ambulant möglichst den Bedürfnissen des Patienten für die längerfristige Betreuung gerecht wird. Folge dessen eben auch die Optimierung der entsprechenden Schnittstellenproblematik.

Forderung eine integrierte Psychiatrie in der eben auch die Betreuungskontinuität gesichert ist. Ich werde dann auch noch von der bedürfnisgerechten Rehabilitation sprechen, welche Angebote die Gesellschaft jenen Menschen gegenüber auch anzubieten hat, die eben auch eine längerfristige Rehabilitation in sozialen Berufen benötigen und begleitend eben auch ein Qualitätsmanagement in psychiatrischer Therapie und Versorgung.

Die Multiprofessionalität Ihnen auch allen bekannt als eine psychiatrische Abteilung, psychiatrischer Dienst ja über viele Berufsgruppen verfügen muss. Wir haben hier eben auch als Selbstverständlichkeit die größte Gruppe der Pfleger und Schwestern auch inkludiert. Wir haben aber darüber hinaus PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen, klinische Gesundheits-

psychologInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, PädagogInnen und dann eben auch KreativtherapeutInnen im Sinne von Kunst-, MusiktherapeutInnen und schlussendlich auch BewegungstherapeutInnen, TherapeutInnen im Sinne der Optimierung auch der Einbindung von sporttherapeutischen Interventionen. Also Sie sehen, dass eine moderne Psychiatrie eben auch multiprofessionell orientiert ist. Ein umfassendes Angebot an den betroffenen PatientInnen heranzutragen hat.

Wir brauchen auch strukturierte Antworten auf spezifische Störungen bzw. Behinderungen. Wie gesagt, im Akutbereich, ambulant, teilstationär, stationär, im stationären Bereich. Wie auch Diagnosen möglichst diagnosespezifisch auch orientiert, damit dann die Intervention sich auf der betreffenden Abteilung sich den Bedürfnissen der Gruppe optimal widmen kann. Im engen Verbund mit dem Akutbereich hat eben auch im Langzeitbereich die rehabilitativen Maßnahmen zu greifen.

Im Zentrum steht sicherlich heute die ambulante psychiatrische Betreuung, weil nur ein geringer Teil der Betroffenen auch stationäre Behandlung benötigt. Im Zentrum ist die ambulante sozialpsychiatrische Betreuung, die eben auch differenziert zu gestalten ist, wo sie eben auch die sozialpsychiatrischen Interventionen zur Kontaktfindung, zur Ermöglichung eines entsprechenden Lebensstils, tagesstrukturierende Maßnahmen, Interventionen im Sinne eines selbstbestimmten Lebens und schlussendlich auch Interventionen um eben auch die Ausbildung zu fördern. Um dadurch über Ausbildung, über Arbeitstrainingseinrichtungen auch die Partizipationschancen der Betroffenen zu verbessern. Partizipationsanwendungen in der Lebensumwelt, in den Lebensstrukturen der Betroffenen zu optimieren.

Voraussetzung, wie gesagt, ist eben auch in die integrierte Versorgung eine möglichst optimale Vernetzung der verschiedenen Einrichtungen, Fachdisziplinen, HausärztInnen, FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie, PsychologInnen, Psychiatrische Krankenhäuser, Kliniken, Reha-Einrichtungen.

Ziel ist eben auch die Verbesserung der Qualität in der PatientInnenversorgung auf der einen Seite und schlussendlich durch die Integration dieser starken Vernetzung, die optimale Vernetzung der Einrichtungen, auch einer nachgewiesenermaßen, eine Senkung der Gesundheitskosten zu erreichen. Dazu ist sicherlich auch das Case-Management, das Disease-Management von großer Bedeutung. Durch diese Disease-Management-Programme werden PatientInnen und besonders jene, die an einem chronischen Verlauf der Erkrankung leiden, durch eine koor-

dinierte, abgestimmte kontinuierliche Therapie eben auch geschützt. Komplikationen zu erleiden, Rückfälle zu erleiden, hier wiederum ähnlich, wie ich bei der integrierten Versorgung gesagt habe, ja eine optimale Kooperation, eine Koordination der Zusammenarbeit der einzelnen Krankenanstalten mit den FachärztInnen, mit den psychosozialen Diensten, mit den HausärztInnen und, so denke ich, auch mit den in diesem Verbund tätigen Rehabilitationseinrichtungen. Die Therapieevidenz basiert wiederum eben um die Behandlungsqualität zu verbessern. Und das, die Zusammenfassung eben auch der verschiedenen Leister, Anbieter, der verschiedenen psychosozialen Maßnahmen nennen wir in Tirol den Gemeindepsychiatrischen Verbund, der eben auch – ich wiederhole mich jetzt – alle klinischen und autoklinischen Dienste koordiniert. Der eben auch die Dienste in einer bestimmten definierten Region – die Bezirke – koordiniert, eben auch funktional orientiert ist. Eine regionale Versorgungsverpflichtung aufweist und das Leistungsangebot ganz patientenbezogen doch sieht.

Ganz allgemein gesagt, haben wir in diesen sozialpsychiatrischen Einrichtungen eben auch die Aufgaben die verschiedenen psychosozialen Maßnahmen anzubieten, zu koordinieren. Die Rehabilitation im sozialen Bereich und im beruflichen Bereich anzubieten. Ein Netzwerk mit den Angehörigen zu installieren. Die Angehörigen zu informieren und zum Teil auch einzubinden in die Betreuungsstrukturen. Wichtig ist auch die Unterstützung der Angehörigen im Sinne der Richtung von Selbsthilfeorganisationen. Letztendlich dann ein wesentlicher theoretischer Hintergrund die Ursachen, die Belastungen zu definieren, mit denen oder unter denen die Betroffenen leiden, die vielleicht für das Ausbrechen und auch für die Verlaufsgestalt der Erkrankung von Bedeutung sind. Beschäftigung mit den sozialen Folgen der Erkrankung. Stigma, Diskriminierung habe ich schon erwähnt. Schlussendlich dann auch das Mitwirken in der Versorgungsplanung. Schlussendlich auch Beiträge für eine wissenschaftlich orientierte Versorgungsforschung zu liefern, in dem eben auch die vielleicht lokal unterschiedliche Häufigkeit von psychischen Erkrankungen auch erforscht werden. Wichtigkeit die primäre, sekundäre, tertiäre Prävention voranzutreiben und schlussendlich auch die Bevölkerung zu sensibilisieren, auch gegenüber den Problemen der Menschen, die in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt sind.

Hier haben sie auch in Wien auf ein breites Angebot von ambulanten sozialpsychiatrischen Beratungen, Behandlung, Betreuung, Begleitung, Krisendemission, hier alles um dieses Case-Management um dieses Disease-Mana-

gement-Programm eben auch strukturiert aufsuchende Dienste, Vermittlung anderer spezifischer Dienste, präventive Maßnahmen, Tagesgestaltung zur Verbesserung der labilen Gesundheit, Stabilisierungstherapien, Basisrehabilitation, soziale Kontaktfindung, Beschäftigung mit dem Sinn, hier auch sozial am Leben teilhaben zu können und schlussendlich auch die Freizeit gestalten zu können, um nicht dann wieder in die Vereinsamung, in die Isolation zurück zu fallen. Das selbe eben auch auf der Ebene der Wohnbetreuung, mit dem Ziel einer möglichst weitgehenden Selbstversorgung und einer Alltagsbewältigung. Kommunikationsfördernde Maßnahmen und das Finden von individuellen Wohnmöglichkeiten, die den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden und schlussendlich ähnliche Ziele in der Arbeits- und in der Ausbildungsebene. Berufsorientierung, Trainingsmaßnahmen zur Berufsfindung, zur Arbeitsbelastung, berufliche Integration, Berufsbegleitung und schlussendlich die assistierten Betreuungen, die Arbeitsassistenz in Integrationsbetrieben.

Prävention, also jenen Teil, den man sich hier strukturiert in verschiedenen Ebenen, die medizinische Rehabilitation, Verbesserung der Störmomentbeseitigung und der psychiatrischen Störungen. Dann die individuumsbezogene Interventionen, Abbau behinderungsspezifischer Einschränkungen, Verbesserung der Leistung, Schaffung von Kompensationsmöglichkeiten und schlussendlich auch die Umgebung, die umweltbezogenen Interventionen Einfluss auf die hier umweltbedingte Barriere. Möglichkeit, Ressourcen zu aktivieren, Förderfaktoren anzusprechen, mit dem Ziel die Reintegration im sozialen Umfeld zu ermöglichen. Wiederherstellung, Verbesserung der Teilhabe in allen Lebensbereichen, Beseitigung der Bedrohung einer Beeinträchtigung an eben der genannten Teilhabe an den Lebensgestaltungen, unabhängige selbstbestimmte gleichberechtigte Lebensführung, Verbesserung der Lebensqualität und schlussendlich auch durch die Verbesserung in der funktionalen Gesundheit.

Und hier sehen Sie in einer Tabelle eben auch an der linken Spalte unter den Funktionen faktisch die - in kurzen Worten - die psychopathologischen Störungen die unsere Patienten auch kennzeichnen: Störungen im Bereich der Emotionen, der Affekte, des Antriebes, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Urteilsfähigkeit, Wahrnehmung, Ausdauer, Störung der berufsbedingten Denkinhalte, gestörte Interessenslage, Verlustinteressen, Merkfähigkeit. Und hier haben wir den Akutbereich oder man kann auch sagen, die medizinische Rehabilitation. In der Mitte die Störungen, die eben auch auf die Aktivitäten des täglichen Lebens: Selbstversorgung, Körperpfle-

ge, Kleiderpflege. Also faktisch die sozialen rehabilitativen Ziele und Maßnahmen. Und rechts: Teilhabe in Lebensbereichen, besonders auch die Verbesserung der beruflichen Belastbarkeit oder, wenn möglich, auch die Wiedereingliederung in den entsprechenden Lebenskontext. ... die Psycho-Erkrankung und auch den Kontext, die in die selben Störungen und die Umweltfaktoren zu berücksichtigen.

Wir bedenken, dass die Medizin, natürlich das Einbinden des empirischen Wissens, das heute zu den bestimmten Fachverhalten verfügbar ist.

Meine Damen und Herren! Für all diese Aufgaben sind auch qualifizierte MitarbeiterInnen notwendig, die die Fülle der Aufgaben zu bewältigen in der Lage sind: Ich habe Ihnen hier auch die Zahl der ÄrztInnen, die an österreichischen Psychiatrischen Krankenanstalten tätig sind, aufgelistet und diese zur besseren Bewertung der Zahlen auf eine fiktive 20-Bettenstation heruntergebrochen. Also, wie viel ÄrztInnen sind notwendig eine durchschnittlich große 20-Bettenstation zu versorgen, zu betreuen. Ich habe deshalb fiktiv gesprochen, weil eben auch in diese Zahlen auch jene KollegInnen einfließen die im ambulanten Bereich auch tätig sind. Und das unterscheidet natürlich die einzelnen Häuser, die sie hier finden, dass eben auch der Ambulanzbereich in Mauer-Öhling sehr gering sein wird und in einem städtischen Bereich eine größere Frequenz besteht. Und Sie sehen, dass die Zahlen eben auch sehr, sehr schwanken. Das sind Zahlen die ich auch aus dem Handbuch der Sanitätsberufe entnommen habe. Die Zahlen schwanken von 1,5 ÄrztInnen in Wels bis hin zur psychiatrischen Abteilung am Krankenhaus Neunkirchen mit 7,33.

Das Sozialmedizinische Zentrum Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital nimmt eine gute Mittelstellung in der Liste der Österreichischen Krankenanstalten ein. 3,5 ÄrztInnen bezogen auf diese 20-Betteneinheit.

Sie sehen, dass die Abteilung Salzburg etwas höher ausgestattet ist. Dann kommen eben auch Kufstein, Hollabrunn, Neunkirchen. Jene kleinen Einheiten, die in Bezirkskrankenhäusern eingerichtet worden sind, die auch aufgrund des Unterbringungsgesetzes auch einen höheren Patientenschlüssel aufweisen müssen.

Baumgartner Höhe kommt fast auf die doppelte Zahl von der Sigmund-Freud Landesnervenklinik Graz heran, hat aber die Hälfte des MitarbeiterInnenstabes meines Kollegen Dr. Simhandl in Neunkirchen, der fast genau doppelt so viel ÄrztInnen beschäftigt. Ich persönlich blicke auch neidvoll nach Neunkirchen, weil ich an der Innsbrucker Universitätsklinik ja unter dem Schlüssel meines Kollegen Dr. Simhandl in

Neunkirchen bin, 7,33 ÄrztInnen. Wir an der Innsbrucker Universitätsklinik mit den Aufgaben PatientInnenbetreuung, Lehrensforschung sind unter diesem Schlüssel, sind aber auch andererseits wieder unter dem Schlüssel von Graz und Wien. Ich glaube, dass diese Auflistung für Sie auch von Bedeutung ist. Sie sehen, dass die Ausstattung im guten österreichischen Oberfeld liegt.

Die Psychiatrie ist, wie kaum ein anderes Fach, in permanenter Auseinandersetzung mit den sozialen Veränderungen. Kein anderes Fach reagiert so rasch auf soziale Veränderungen, Arbeitslosigkeit, Überalterung der Bevölkerung, wie die Psychiatrie. Ich habe Ihnen am Eingang die Schwerpunkte der Jahreszahlen, die Schwerpunkte der Psychiatriereform aufgelistet, Ende der 70er Jahre in Wien. Dann die Psychiatriepläne in den 90er Jahren in den Bundesländern. Wir brauchen immer, um eine optimale Antwort auf die Bedürfnisse der Patienten zu geben, eine Reform. Und Sartorius lange Jahre für die psychiatrischen Belange im Rahmen der WHO tätig, hat vor wenigen Jahren auch weltweit die Schwierigkeiten in der Umsetzung psychiatrischer Reformen zu erfassen versucht. Hat auf der einen Seite eben auch eine bestimmte Novophobie, eine Angst der Akteure vor Erneuerung und einmal einen ersten Punkt hier angeführt. Festhalten am vermeintlich Bewährten. Das sich sicherlich bewährt hat, aber aufgrund der kontinuierlichen Entwicklung im gesellschaftlichen Bereich auch vielleicht reflektiert, überdacht, verändert gehört. Fehlendes Selbstvertrauen und ein Burn-out vieler PsychiaterInnen die eben auch unter einem besonders ausgeprägten Stress und ausgeprägten Belastungen stehen. Auch PsychiaterInnen und die Einrichtungen sind vielfach stigmatisiert und diskriminiert und dass vermutlich auch starre rechtliche Rahmenbedingungen die Arbeit im Sinne einer Veränderung hier erschweren.

Auch Sartorius schließt diese Überlegung mit den Sätzen, die ich hier eben auch Ihnen präsentieren möchte. Ich hoffe, dass es mir gelungen ist, Ihnen einen Überblick über die Grundzüge einer patientInnengerechten psychiatrischen Betreuung, psychiatrischen Versorgung ermöglicht zu haben. Ich bin gerne bereit, auch auf Ihre sicherlich vielen Fragen auch näher eingehen zu können.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Herr Univ.-Prof. Dr. Hinterhuber, ich danke für Ihren Vortrag. Ich darf jetzt wieder um Licht bitten. *(Beifall)*

Und ich glaube, wir nehmen die Einladung des Herrn Univ.-Prof. Dr. Hinterhuber, Fragen zu stellen, gerne an. Und bitte um Wortmeldungen. Frau Dr. Pils, bitte.

GRin Dr. **Pils:** Danke, Herr Vorsitzender!

Danke, Herr Univ.-Prof. Dr. Hinterhuber für Ihren Vortrag. Ich möchte als Erstes betonen, dass ich ganz Ihrer Ansicht bin, dass im Zentrum die ambulante Betreuung steht und das ist auch der Grund, warum wir im Zusammenhang mit diesem Auftrag an die UK deutlich gemacht haben, dass man die Dinge nicht auseinander dividieren kann, und dass man im Gesamtplan der psychiatrischen Versorgung selbstredend von den Schnittstellen zum ambulanten Bereich und vom ambulanten Bereich als solches sprechen muss und daher der PSD für uns ein ganz wichtiger Player und daher auch Thema in dieser UK sein muss.

Sie haben davon gesprochen, dass es seit den 90er Jahren einen Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker in Tirol gibt. Was kann denn der? Wer ist da drinnen? Wer macht da mit? Und was sind die wichtigsten Eckpunkte?

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Frau Dr. Pilz!

Im Jahre 1993 hat Prof. Meisser und ich den, im Auftrag des damaligen Landesrates Dr. Greiderer, Landesplan für Psychiatrie entworfen. Frucht dieses Landesplanes, der in nächster Zeit wieder fortgeschrieben werden wird, ist, die Errichtung von zwei dezentralen stationären psychiatrischen Einrichtungen in Kufstein wie auch im Bezirk Lienz in Osttirol. Leider ist aufgrund gravierenden Mangels an PsychiaternInnen, die seit zwei Jahren bereits voll ausgebaute neuerichtete Station, noch nicht in Betrieb gegangen. Aufgrund des Mangels an FachärztInnen. Gleichzeitig haben wir auch im Rahmen dieses Psychiatriepanes des Landes Tirols die psychosozialen Einrichtungen im Sinne der patienten-nahen, bürgernahen Einrichtungen, Beratung, Therapie, Begleitung, aufsuchende Begleitung, auf der einen Seite. Dann präventive Einrichtungen auf der Ebene Tagesstruktur, Wohnen und Arbeit auch deutlich erweitern können. Im Jahr 1993 hat beispielsweise die von mir ehrenamtlich geleitete Gesellschaft für psychische Gesundheit „pro mente Tirol“ 20 MitarbeiterInnen gehabt. Heute haben wir 260 MitarbeiterInnen in den einzelnen Bereichen des sicherlich auch geographisch schwer zu versorgenden Tiroler Landes. Sicherlich hat der Psychiatriepan auf der einen Seite, die Errichtung nicht alle Wünsche, die im Psychiatriepan oder Forderungen – besser gesagt – die der Psychiatriepan aufzeigt, erfüllen können. Wir haben aber sicherlich durch diesen Psychiatriepan auch einen großen Fortschritt im Bereich auch der psychosozialen Versorgung der Bevölkerung sowohl im stationären, wie auch im ambulanten Bereich durchführen können. Folge dieses Psychiatriepanes war auch die Versorgungsverpflichtung der bestehenden Krankenanstalten. Ich habe Ihnen bereits mitgeteilt, dass die Universitätsklinik für

Psychiatrie den Versorgungsauftrag, den ausschließlichen Versorgungsauftrag für die Stadt Innsbruck aufweist. Die Klinik verfügt über 156 stationäre Behandlungsplätze. Davon ist die Hälfte für die Versorgung des Stadtbezirkes notwendig und zur Verfügung gestellt. Die andere Hälfte erfolgt im Bereich der Suchterkrankungen, der Psychosomatik, der Kinder-, der Jugendpsychiatrie, eine überrationale Zielsetzung, der Versorgungsbereich in den genannten Subdisziplinen Kinder und Jugendliche Suchtmedizin und Psychosomatik umfasst das gesamte Land Tirol.

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

GRin **Korosec**: Sehr geehrter Herr Univ.-Prof. Dr. Hinterhuber!

Auch recht herzlichen Dank für Ihren Vortrag. Und auch ich bin der Meinung, dass gerade der Psychosoziale Dienst ganz besonders wichtig ist und ich habe mir ein bisschen die Ziffern von Tirol angeschaut, die ja sehr erfreulich sind. Da gibt es von ÖPIG Sollrichtwerte, wo man sagt, für 100 000 Einwohner soll es 13 bis 16 Fachkräfte geben. In Tirol gibt es 15. Also sie liegen ganz richtig. Im Gegensatz zu Wien. Der PSD liegt bei 5. Also, das heißt, ein Drittel. Das ist sehr verwunderlich. Noch dazu deshalb, wo man auch im Bericht sehr klar sehen kann, dass gerade in den Großstädten eigentlich der Bedarf noch ein höherer ist. Weil einfach hier doch aufgrund der Großstadtsituation die Menschen dann noch mehr Betreuung brauchen. Also würde ich Sie bitten, wie Sie das sehen?

Aber vor allem wäre es mir wichtig bei der Unterbringung, weil es da auch sehr unterschiedliche Meinung gibt und da hätte ich gerne Ihre Meinung dazu? Offen geführte Psychiatrie oder geschlossene Psychiatrie?

Also in welche Richtung, wie sehen Sie es einmal grundsätzlich? Aber auch als Fachmann, welche Überlegungen gibt es hier national aber auch international in Zukunft? Neigt man mehr zu geschlossenen Abteilungen oder neigt man mehr zu offenen Abteilungen?

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Bezüglich der Zahlen der Fachkräfte pro 100 000 Einwohner ist es mir hier heute schwer möglich, die von Ihnen genannten Zahlen zu gewichten. In den 13 Fachkräften, die in Tirol auf 100 000 Menschen eben auch eingesetzt werden, die sich hier dafür betätigen, sind sicherlich die Zahlen des von mir geleiteten Vereines „Gesellschaft für psychische Gesundheit“, des 2. Anbieters - wir sind eben auch in guter Kooperation, wir haben auch bestimmte Aufgaben geteilt -, der primär von Pflegern in freier Berufstätigkeit strukturierter psychosozialer Pflegeeinrichtung. Das ist ein 2. Verein. Und schlussendlich auch kleinere Vereine, die sich auch der psychosozialen Versor-

gung, Betreuung widmen.

Ich weiß nicht, ob eben auch die Zahlen 5 pro 100 000 in Wien ergänzt werden kann durch vergleichbare psychosoziale Einrichtungen „promente Wien“ beispielsweise, denn ich weiß, dass verschiedene Einrichtungen getragen und geleitet werden. Also mir ist es im Augenblick ad hoc nicht möglich zu sagen, ob diese Zahl 5 PSD die gesamte Zahl der im psychosozialen Bereich in Wien tätigen Fachkräfte darstellt.

Bezüglich des Unterbringungsgesetzes haben wir seit dem Jahre 1990 umgesetzt, im Jahr 1991 ganz klare Rahmenbedingungen. Ich glaube, dass wir diese von Ihnen so dichotom postulierte Frage - ob offen oder geschlossen – so nicht stellen können. Die Frage ist, brauchen wir auch einen geschlossenen Bereich in einer prinzipiell offen geführten Psychiatrie?

Die Psychiatrie ist jene medizinische Disziplin, die auf der einen Seite die Aufgabe hat Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung, in einer psychischen Notsituation, in einer Krise zu begleiten, zu unterstützen, ihnen die adäquate Hilfe darzubieten. Auf der anderen Seite hat die Psychiatrie den gesellschaftlichen Auftrag, jene Menschen, die aufgrund einer Erkrankung ja für sich oder für andere auch eine Gefahr darstellen auch in dieser Phase der akuten Bedrohung zu betreuen, ihnen nahe zu sein und die entsprechenden Therapien anzubieten.

Ich bekenne mich, wie eben auch der Großteil der PsychiaterInnen in Österreich und darüber hinaus, dass eine psychiatrische stationäre Einheit prinzipiell offen zu führen ist, aber einem großzügig bemessenen geschlossenen Bereich führen sollte.

Ich vertrete die Meinung und wir haben das auch in Innsbruck an der Frauenstation bereits umgesetzt. Derzeit laufen Umbauarbeiten an der Männerstation. Wir haben prinzipiell gemischtgeschlechtlich geführte Abteilungen. Die geschlossenen Bereiche führen wir eben auch getrenntgeschlechtlich.

Der geschlossenen Bereich umfasst bei uns an der Innsbrucker Psychiatrischen Klinik ungefähr etwas mehr als 11, 12 % des gesamten Bettenkontingentes, das wir auch anbieten können.

An der Frauenstation haben wir 10 stationäre Behandlungsplätze. Der geschlossene Bereich umfasst 350 Quadratmeter. Er umfasst Aufenthaltsräume, die Patienten sind in 2-Bett-Zimmer untergebracht. Wir haben eine Ergotherapie auf der Station. Also es ist pro Patient Nettofläche von 30 – 35 Quadratmeter zur Verfügung. Also es ist das bei Gott keine Einengung. Der Patient wird auch leider, aber aufgrund der bestehenden Gefährdung für sich oder für andere, am Verlassen dieses Bereiches gehindert. Solange eben

auch die Gefährdungsmomente bestehen, solange eben auch der richterliche Auftrag dazu besteht.

Wie gesagt, knapp 90 % unserer PatientInnen kommen freiwillig zu uns. Der Anteil jener PatientInnen die auf Verlangen in den geschlossenen Bereich aufgenommen werden wollen, ist klein. Sehr klein, aber wir haben immer wieder auch schwer suizidale PatientInnen die ihre Gefährdung erkennen. Die uns dann bitten: „Ich fühle mich jetzt zu unsicher. Ich könnte eine Handlung setzen, die ich nicht setzen will. Bitte nehmen Sie mich auf.“

Wir haben keine Netzbetten, keine Gitterbetten. Glauben eben auch durch eine großzügig gestaltete geschlossenen Abteilung darauf verzichten zu können. Wenn gleich ich auch sagen muss, dass auch der geschlossene Bereich meine MitarbeiterInnen in seltenen Fällen auch zwingt dennoch eine Fixierung durchzuführen. Also der geschlossene Bereich allein hindert nicht PatientInnen, die für sich, die für andere eine Gefahr sind, für andere MitarbeiterInnen Gefahr sind, kurzfristig zur Einleitung einer entsprechenden Therapie auch kurzfristig zu fixieren. Leider - das gehört zu den belastendsten Momenten meines beruflichen Alltages, einen Menschen in seiner Bewegungsfreiheit zu fixieren. Es belastet mit Sicherheit auch alle meine MitarbeiterInnen. Es belastet natürlich auch den betroffenen PatientInnen selbst. Wir versuchen das auch insofern zu erleichtern, dass auch der Patient, der zur Einleitung dieser therapeutischen Maßnahme einmal fixiert ist, dass er immer einen Pfleger, eine Schwester oder eine Schwesternschülerin zur Seite hat. Dass er eben nicht allein gelassen wird. Es sei denn, dass eben auch eine entsprechende Sedierung eine Betreuung in dieser Zeit auch kontinuierlich eben auch nicht mehr ermöglicht, aber ein fixierter Patient ist ein Intensivpatient, der unter den Kautelen eines Intensivpatienten eben auch zu führen ist.

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

GRin **Korosec:** International? Welche Entwicklung ist international zu sehen? Von Netzbetten, jetzt einmal?

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber:** Es sind sicherlich hier auch unterschiedliche Traditionsräume zu sehen.

Ich muss Ihnen ganz ehrlich gestehen, dass ich in meinem Leben noch kein Netzbett gesehen habe. Das muss ich Ihnen ganz ehrlich sagen.

Ich habe im Vorfeld auch mit Herrn Prof. Kapfhammer gesprochen, der aus München kommend jetzt die Direktion der Psychiatrischen Klinik in Graz übernommen hat. Er war auch –

wie er mir versichert hat – zutiefst verunsichert, wie er an der Grazer Klinik ein Netzbett vorgefunden hat. Er sagt, dass er sich zum Netzbett bekehrt hat.

Ich persönlich und die Mehrheit der PsychiaterInnen auch in Deutschland – in Italien gibt es prinzipiell keine Netzbetten – glauben darauf verzichten zu können, weil wir eben auch einen PatientInnen der aufgrund der Akuität der Erkrankung kurzfristig fixiert werden muss, in dieser Zeit auch besser betreuen können als im Netzbett. Ich kann den PatientInnen in einer kurzfristig notwendigen Fixierung besser betreuen und ihn besser auch pflegen, als wenn er im Netzbett untergebracht ist.

GRin **Korosec**: Danke, herzlichst.

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

GR **Lasar**: Danke vielmals, Herr Univ.-Prof. Dr. Hinterhuber für diese Ausführungen, die Sie uns jetzt dargebracht haben.

Ich habe eine sehr gezielte Frage vielleicht an Sie. Welche Berufsgruppen sind für Sie essenziell notwendig, um intensivpsychiatrische Betten oder wie Sie auch sagen, Fixierungen, zu betreiben? Welches Personal halt dafür notwendig ist? Und welches technische Equipment ist für Sie auch in der intensivmedizinischen Psychiatrie vorzuhalten, wenn Sie diese Fixierungen – wie Sie es sagen – vorbereiten oder auch, wie lange diese Fixierungen oder Anhaltungen bei Ihnen in Innsbruck dauern?

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Herr Gemeinderat!

Sicherlich muss ich Ihnen sagen, dass wir gerade in Innsbruck wieder einmal ein Deeskalationsprogramm anbieten und ich kann auch sagen, dass wir uns hier auch an die Baumgartner Höhe gewandt haben, um uns eben auch in dieser Deeskalation auch immer wieder schulen zu lassen. Wir brauchen sicherlich auch bevor eine Eskalation, die zu einer Maßnahme führt, die wir versuchen zu verhindern, die wir bedauern, so eine Fixierung, wir alles daran zu setzen, dass wir durch spezifische Schulungen unserer Pfleger und Schwestern auch das nach Möglichkeit zu verhindern. Also es gibt auch Programme, die eben die Zunahme von aggressiven Entäußerungen auch zu stoppen in der Lage sind. Also 1. Antwort, immer wieder, auch möglichst vielen MitarbeiterInnen, die in diesen Bereichen arbeiten, die Möglichkeit zu geben, sich zu schulen, wie eben auch Eskalationen verhindert werden können. Das als Erstes.

Das 2. ist dann auch ein sicherlich geschultes Personal, das auch den Betreffenden die Maßnahme trotz seines Widerstandes auch erklären kann. Ein geschultes Personal, das ihm auch in dieser Fixierung zur Seite steht und schlussend-

lich auch die Aufgabe der allgemeinen patientInnenbetreuenden Pflege- und ÄrztInnengruppe den PatientInnen diese Maßnahme dann nach Abschluss dieser Fixierung auch erklärbar, verständlich zu schildern.

Berufsgruppen, auf Ihre weitere Frage, antwortend. Sicherlich, primär ist das auf ärztliche Indikation zu geschehen. Es kann eine Fixierung nicht allein vom Pfleger, von der Schwester durchgeführt werden. Es braucht eine ganz strikte schriftlich dokumentierte Anordnung des diensthabenden Arztes. Ohne schriftlich dokumentierter Notwendigkeit einer Fixierung darf keine Fixierung durchgeführt werden. Hier ist sicherlich schon auch sofort die Einbindung des patientenbetreuenden Arztes notwendig. Prinzipiell sind es sicherlich diese beiden Berufsgruppen Pfleger und ÄrztInnen, die sich damit auseinander zu setzen haben.

GR **Lasar**: Entschuldigung. Eine Zwischenfrage noch.

Welches technische Equipment setzen Sie hier ein, dass die Vitalparameter bei diesen betroffenen Personen auch überwacht werden?

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Die Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck verfügt nicht über eine Intensivabteilung, eine intensivmedizinische Abteilung wie sie an der Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie auch eingerichtet ist. Ein Patient, der beispielsweise im Rahmen eines vitalbedrohlichen Delirium tremens, eine spezifische intensivmedizinische Unterstützung benötigt, wird von uns an die entsprechende – meistens internistische intensivmedizinische –Abteilung transferiert und von uns im Rahmen eines Konsiliar- oder Liaison-Dienstes betreut.

Die Notwendigkeit einem fixierten PatientInnen eben auch zu monitoren ist immer wieder vom Befinden des betroffenen PatientInnen abhängig. In der Regel brauchen wir bei jenen PatientInnen, die wir noch fixieren müssen nicht ein technisches Equipment. Der Arzt ist aufgefordert, eben auch die Vitalparameter regelmäßig zu kontrollieren, aber es ist nicht so, dass er laufend an einem EKG auch angehängt ist.

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

GRin Mag. Sonja **Ramskogler**: Danke schön.

Sehr geehrter Herr Univ.-Prof. Dr. Hinterhuber!

Bezüglich unserer Untersuchungskommission denke ich mir, ist es ganz sinnvoll, weil jetzt auch die Fragen schon eigentlich der Behandlung gekommen sind. Das uns hier allen bewusst ist, um welche PatientInnen es sich denn da handelt. Sie haben das sehr gut im Vortrag auch beschrieben, immer wieder steht das Stigma im

Raum und ich sage die Gesellschaft draußen weiß halt so wenig, was wirklich in einem PatientInnen vorgeht oder welche PatientInnen tatsächlich auf einer Akutpsychiatrie sind. Wie diese Menschen in welchem symptomatischen Zustand sie sind und gleichzeitig wissen die wenigsten leider, welche Symptome dazu führen, dass dieses Fach der Psychiatrie und deren Behandelnden so schwierig ist. Und dass dieses Fach der Psychiatrie eines ist, wo es um PatientInnen geht mit bestimmten Symptomen und die in einem akutpsychotischen Zustand eben dazu führen können, dass beschränkende Maßnahmen notwendig sind. Und jetzt sage ich einmal, für den Laien ist es oft sehr schwierig zu hinterfragen und man stellt sich sofort die Frage der Menschenrechte und sagt eine Fixierung ist nicht menschenrechtlich sondern - und jetzt würde ich Sie um Ihre fachliche Meinung bitten, würden Sie für uns, für die Kommission und für die meisten Menschen in der Gesellschaft, die mit Psychiatrie nichts zu tun haben meistens, beschreiben können, was eine hoch akut psychotischer PatientInnen im Stande ist zu tun. Zum anderen auch die Symptomatik solcher PatientInnen und warum überhaupt die Diskussion besteht, dass es Fixierungen, Segmentierungen oder auch dementsprechende Netzbettanhaltungen gibt?

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Frau Magister!

Prinzipiell muss ich sagen, dass vielleicht die schlimmste Verletzung der Menschenrechte in der Vernachlässigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen liegt. In den USA haben wir heute die Gefängnisse als die größten psychiatrischen Anstalten. Und das gilt es zu verhindern. Der dramatische Abbau von psychiatrischen Krankenhausbetten in den USA ohne flankierende oder gleichzeitig errichtete flankierenden Maßnahmen, eben all das, was wir unter den psychosozialen Diensten, gemeindenahen Psychiatrie, Sozialpsychiatrie etc. benannt haben, hat dazu geführt, dass heute weit mehr Menschen die aufgrund ihrer Erkrankung dann ein Delikt setzen, entweder aufgrund der Folgen, der direkten Folgen der Erkrankung. Ein nichtbehandelter psychotischer PatientInnen sieht eben auch im anderen einen Gegner. Sieht eben auch eine unheimliche Macht, die eben auch zu bekämpfen ist. Er lebt in einer eher verrückten Welt. In einer irrationalen Welt. Verrückt im Sinne eben auf das verschobene Realitätsbewusstseins. Und er kann aufgrund dieser Erkrankung direkt auch ein Delikt setzen oder umgekehrt. Die Vernachlässigung mit der fehlenden Sicherstellung elementarer Lebensfunktionen von Lebensbedürfnissen führt dann zu kleinkriminellen Verhaltensweisen. Folge dessen wiederum große Gefahr der Einweisung, nicht in eine psychiatrische Behandlungseinrichtung, sondern in ein

Gefängnis. Also in der Tat, wie gesagt, befinden sich in den USA mehr PatientInnen mit einer eindeutig psychiatrischen Symptomatik in den Gefängnissen als in fachspezifischen Behandlungseinrichtungen. Das allgemein, bezüglich eben der Entwicklung, die wir auch leider im psychiatrischen Bereich auch international wahrnehmen müssen. Und die wir aussprechen müssen, um eben auch entsprechende Ansätze auch in unserem Plan von vornherein auch zu verhindern.

Die Symptomatik, die auch zu einer kurzfristigen Fixierung führt, natürlich immer dem Gericht gemeldet wird. Also jede Fixierung, die durchgeführt wird, wird auch dem PatientInnenanwalt und auch dem Gericht mitgeteilt.

Die Hauptgruppe ist die Gruppe der akutschizophren erkrankten Menschen, die eben auch in dieser Situation der Veränderung der Realitätswahrnehmung ja auch für MitpatientInnen, für MitarbeiterInnen auch eine Gefahr darstellen können. Menschen auch mit einer hohen Suizidalität, wo wir auch an einer modern geführten psychiatrischen Abteilung nicht garantieren können, dass schlussendlich auch auf der Station eine Suizidhandlung durchgeführt wird. Eine menschengerechte, patientengerechte Behandlung sieht eben auch eine, der gewohnten Lebensumgebung auch adäquate Betreuung vor. Immerhin hat man nach den psychiatrischen Erfahrungen gefragt, nach 40 Jahren hat man psychiatrische PatientInnen an den unterschiedlichsten in- und ausländischen psychiatrischen Anstalten kein Glas, sondern nur einen Plastikbecher, im Bad war kein Spiegel, sondern eine polierte Metallplatte, weil der Spiegel zertrümmert werden könnte und da eben auch der Patient sich selbst verletzen könnte. Es war etwa Aufgabe der Pfleger, das Schnitzel in kleine Teile zu schneiden, um es mit dem Löffel essen zu können.

Wir hatten damals mehr suizidale Handlungen als heute in einer Gestaltung der Abteilung, die einem Sanatorium, einer internen Station in nichts unterscheidet, nur besser eingerichtet als andere Krankenhäuser und haben eine bessere Zuwendung an den betroffenen PatientInnen. Die hohe Suizidalität kann auch durch eine Fixierung kurzfristig einmal notwendig erscheinen lassen. Denn darauf muss ich Sie natürlich noch aufmerksam machen, dass wir beispielsweise auch im offenen Bereich, gerade gestern auf der Sonderstation - die psychiatrische Klinik Innsbruck hat eine 10 Betten umfassende Privatstation mit einer - ein 85-jähriger Mann steigt aus dem Bett dort, wir bringen ein 40 cm hohes Seitengitter an, damit er nicht heraus fällt, wir müssen ihn dem Gericht melden, weil seine Bewegungsfreiheit dadurch beeinträchtigt wird, was

eben auch an der Innenmedizin, an der Geriatrie, an jeder anderen medizinischen Abteilung ja gang und gäbe ist, das eben auch zum Schutze einer Selbstverletzung, die auf Grund einer Verwirrtheit, einer augenscheinlichen Verwirrtheit eines alten Menschen geschehen kann, eben auch zur Verhinderung dieser Maßnahme eben auch gesetzt werden muss. Also hier hat die Psychiatrie eben auch besondere Auflagen zu erfüllen und diese wortwörtliche Übersetzung von UBG-Bestimmungen führt auch zum Teil zu einer höheren Zahl von Anhaltungen, von Unterbringungen, weil auch diese Maßnahmen auch dem Gericht gemeldet werden.

GRin Mag. **Ramskogler**: Kurz eine Anmerkung in Bezug der Unterbringung, weil Sie das jetzt erwähnt haben auch, haben wir in Wien 9 Prozent Unterbringungen und es ist aber ein Anstieg seit 1991 bis 2000, dass die Unterbringungen generell höher werden. Sehen Sie das im Ausmaß der psychischen Erkrankungen oder auch in Bezug, wie Sie eben sagen, zum Beispiel, dass, wenn wir nicht die Psychiatrie so hätten wie wir sie haben, dass wir dann mehr Kriminalitätsfälle hätten.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Allgemein gesagt, dass man das, die ansteigende Unterbringungszahl natürlich auch immer in Abhängigkeit der Genauigkeit der Exekution des Unterbringungsgesetzes zu sehen ist. Nicht alle Patientenanwälte haben, ich muss Ihnen sagen, haben dieselben Kriterien. Unser Patientenanwalt fordert, wenn ich allein, wie gesagt, beim alten Menschen einen 40 cm hohen Schutz, der verhindert herauszufallen, aus dem Bett herauszufallen, wenn ich den anbringe, muss ich ihn unterbringen, weil er in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt ist. Also auch hier gibt es unterschiedliche Kriterien.

Auf der anderen Seite haben wir natürlich auch bei eher tendenziell abnehmender Bettenzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern ja auch dort eine zunehmend komplexere Morbidität, weil wir eben auch sehr vieles in den ambulanten Strukturen abfangen können. Unsere Kollegen in der niedergelassenen Praxis, psychosoziale Dienste, niedergelassene besser ausgebildete Hausärzte, Allgemeinmediziner behandeln weite oder hohe Prozentsätze von psychisch kranken Menschen. Heute werden Antidepressiva mehr von Allgemeinmedizinern verabreicht als von den Fachärzten. Folge dessen kriegen wir auch ein immer kränkteres Klientel an unseren Abteilungen, wobei noch ein weiterer Faktor dazu kommt. Ich muss Ihnen das gestehen, auch zu berücksichtigen ist, an den Außenabteilungen findet der Aufnahmeakt leichter ein freies Bett als auf der offenen. Und aus diesen Gründen kann natürlich auch wiederum

auch der Patient, zumindest einmal bei der Unterbringung, jetzt habe ich das Problem, welcher depressive Patient ist nicht auch irgendwie mit Todessehnsüchten, mit einem Wunsch zu sterben, das gehört eo ipso zur Erkrankung Depression. Und wenn in der akuten Situation im geschlossenen Bereich der erweiterte fast noch schöner ausgestattet ist wie der offene Bereich, dann wird eben auch der Patient vielleicht auch leichter in den geschlossenen Bereich aufgenommen, auch wenn bei Verfügung eines offenen Bettes der Patient sehr wohl auch offen hätte geführt werden können.

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

GRin Dr. **Pilz**: Danke schön. Das war jetzt ein besonders interessantes Beispiel von angebotsinduzierter Nachfrage, wenn man sozusagen, weil die geschlossene Anstalt gut ausgestattet ist, also die geschlossene Abteilung, dann eher dort aufgenommen wird, aber ich schließe aus dieser Bemerkung jedenfalls, dass es manchmal auch einen Mangel gibt an Betten. Auch in Tirol – Fragezeichen.

Zweitens haben Sie gesprochen, und ich teile das sehr, dass die Vernachlässigung, die größte Verletzung von Menschenrechten ist, und wir haben in Bezug auf Wien sehr, sehr viele Gespräche geführt und es haben uns AngehörigenvertreterInnen berichtet, dass es in ihrem Kontext PatientInnen und Angehörige gibt, die davon berichten, dass 30 Prozent derer, die sich an sie wenden, unversorgt sind. Also das halte ich für niederschmetternd, wenn offensichtlich Case- und Caremanagement so schlecht funktioniert, dass einfach 30 Prozent keinerlei Versorgung haben.

Und da würde ich Sie fragen, ob diese Zahlen auch für Tirol gelten können.

Dann würde mich interessieren, Sie haben davon gesprochen, dass eine Abteilung aus Mangel an PsychiaterInnen nicht besetzt werden kann. Können Sie da für Tirol sagen, was da die Gründe sind, hat man vergessen, auszubilden, ist es ein unattraktiver Beruf oder woran liegt das?

Sie haben in Ihrem Vortrag davon gesprochen, dass die Angehörigen empowert werden sollen, also dass es ein Empowerment für PatientInnen und Angehörige geben soll. Spiegelt sich das wider an Strukturen der Mitwirkung von sowohl Angehörigen und PatientInnen in Beiräten, in der Entwicklung von Versorgungsstrukturen usw. Ich frage das auch deshalb, weil in Wien wir hier nach meiner Ansicht ein großes Defizit haben und insbesondere auch hier in dieser Untersuchungskommission die Frage nicht nur gestellt wird, ob PatientInnen selbst in gesunden Phasen hier geladen werden, sondern

auch Angehörige hier zur Diskussion stehen, ob man überhaupt Angehörige hier laden darf. Und da frage ich Sie, wie Sie das sehen im Zusammenhang mit der medizinischen Situation, ob Angehörige zu laden nachteilig sein könnte, generell, selbst wenn man unter Diskretion und Wahrung von persönlichen Daten fragt, und wie Sie meinen, dass man Angehörige überhaupt unterstützen sollte.

Und das letzte, was ich Sie fragen möchte, ist, Sie sprechen davon, dass bei Ihnen Fixierungen kurz und aus ganz enger Indikation und so, wie ich Sie verstanden habe, nur im geschlossenen Bereich vorgenommen werden. Können Sie für Ihre Tiroler Situation ausschließen, dass jemand, der fixiert ist, an einen Gegenstand kommt, mit dem er sich selbst verletzen kann. Sie haben sicher unseren Antrag auf Einsetzung dieser Kommission entnommen, dass es in Wien einen Brandunfall gegeben hat, schlicht deshalb, weil eine unbetreute Patientin an ein Feuerzeug geraten ist und sich 30 Prozent ihrer Haut dadurch verbrannt hat und sie ihr Leben lang schwerstens an den Folgen zu tragen hat. Gibt es in Tirol vergleichbare Verletzungen, ist immer sichergestellt, dass man nicht an gefährliche Gegenstände kommt, haben andere PatientInnen unbeobachteten Zugang zu jemanden, der fixiert ist, und hat es insbesondere Todesfälle oder schwere Verletzungen aus anderen Gründen im Zusammenhang mit Fixierungen gegeben? – Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr Professor, ich darf Sie bitten, die gesundheitsrechtlichen oder gesundheitsbezogenen Fragen und nicht rechtliche Fragen zu beantworten.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Das ist auch nicht meine Angelegenheit, die rechtlichen Fragen bzw. die Antworten auf diese Fragen zu geben.

Mangel an psychiatrischen Betten: Wir kennen uns in Tirol, und hier haben wir eben auch unterschiedliche Landespläne, zu mindestens 0,5 psychiatrischen Behandlungsplätzen im stationären Bereich pro 1000 Einwohner.

Es gibt unterschiedliche Begriffsbestimmungen. Das erschwert auch die Vergleichszahlen. Es gibt Statistiken, es gibt Länder, die eben auch sich diesen orientierenden Richtlinien der WHO, der WPA auch anschließen, aber unter 0,5 Kinder- und Jugendpsychiatrie, suchtmedizinischer Einrichtungen, gerontopsychiatrische Einrichtungen ausklammern, also hier haben wir international gesehen, eine Erschwernis, einen Vergleich durchzuführen. Prinzipiell müssen wir sagen, dass für die Akutpsychiatrie sicherlich 0,5 stationäre Behandlungseinrichtungen, also Betten, pro 1000 Einwohner notwendig sind. Das mein Bekenntnis dazu.

Wir haben eben auch in Österreich eine wesentlich niedrigere Behandlungsdauer, wie eben auch in vergleichbaren mitteleuropäischen Ländern. An der psychiatrischen Universitätsklinik haben wir eine mittlere Verweildauer von 12 Tagen, an der vergleichbaren Universitätsklinik für Psychiatrie an der Technischen Universität in München sind es 36 Tage.

Also wir sind gezwungen, und können es auch nicht, auf Grund eben auch nachfolgender Einrichtungen auch die Behandlungszeit kurz halten, wenngleich wir, auch das muss ich gestehen, unter dem Druck des orientierten Krankenhausfinanzierungsgesetzes auch ja von unserer Verwaltung aufgefordert werden, die Verweildauer zu verkürzen. Aber unter einem bestimmten Minimum ist das sicherlich nicht möglich und dazu brauchen wir auch mindestens 0,5 Betten auf 1000 Einrichtungen.

Bezüglich des PSD in Wien: Bitte, ich muss gestehen, dass ich selbst vor kurzer Zeit auch einen Kollegen, der mich gefragt hat, ja welche Stadt ich ihm nennen könnte, wo er eben auch, ein südamerikanischer Kollege, wo er psychosoziale Dienste studieren könnte, was meiner Meinung nach da eine Modellstadt wäre für diese Einrichtung, ich habe ihm Wien genannt. Und ich werde auch in Zukunft doch auch bei ähnlichen Fragen werde ich auch Wien nennen, wenngleich sicherlich, wie überall, auch Verbesserungen notwendig sein werden, sein müssen, Entwicklungen evolutiver, weiter Antworten auf entsprechende neue Versorgungsnotwendigkeiten, auf eine höhere Arbeitslosigkeit, auf die demografische Entwicklung Richtung alter Menschen.

Bezüglich der Situation der Psychiater in Tirol kann ich sagen, dass ein Mangel an FachärztInnen nicht nur tirolweit, nicht nur österreichweit, sondern fast im gesamten europäischen Kontext zu sehen ist. Das hat viele Gründe. Ein Grund ist, wie Sie gesehen haben, vor 30 Jahren zehn Einrichtungen, Großeinrichtungen mit auch einer Unterversorgung und schlussendlich auch, wenn wir allein die rechtlichen Voraussetzungen berücksichtigen, es müssen in jedem Krankenhaus zwei FachärztInnen da sein, um eine Unterbringung aussprechen zu können. Unterbringungen sind wieder selten, also Aufnahmen gegen den Willen des Betroffenen, sind selten, also ich kann vielleicht für die Unterbringung, etwa Notwendigkeiten, kann ich zwei Ärzte am Otto-Wagner-Spital für diesen Zweck benötigen, ich brauche aber in Neunkirchen auch zwei. Ich brauche in Kufstein zwei, ich brauche in anderen kleinen Einrichtungen auch zwei.

Wir haben eben auch vor 30 Jahren zehn stationäre Einrichtungen gehabt, heute haben wir 30. Also wir haben sicherlich eine, wie in keinem anderen Fach, eine Revolution im Betreuungs-

system zu beobachten. Es hat sich die chirurgische, die internistische, die pädiatrische Betreuung nicht in jenen Ausmaßen verändert wie im Bereich der Psychiatrie innerhalb dieser 30, 40 Jahre. Folge dessen haben wir, wenn Sie auch die Inseratenseiten in den unterschiedlichsten Zeitschriften sehen, finden Sie ein riesiges Angebot, es inserieren in der "Österreichischen Ärztezeitung" Schleswig-Holstein'sche Einrichtungen, suchen eben auch nach Ärzten, wie eben auch englische, norwegische und auch französische Einrichtungen sich um österreichische Absolventen bemühen. Überall gibt es einen Ärztemangel, den man sicherlich auch jetzt von politischer Seite auch angehen muss. Gründe dafür sind sicherlich unterschiedlich. Sie sind auch in den Subdisziplinen der Psychiatrie unterschiedlich ausgeprägt, besonders ausgeprägt ist der Mangel an Kinder- und JugendpsychiaternInnen. Hat eben auch mit der langen Ausbildung bis zum 1.2.2007 ihre Wurzeln, dass die Ausbildung zum Kinder- und Jugendpsychiatern nicht sechs Jahre, wie jedes andere Fach, sondern neun Jahre gedauert hat, bei den niedrigsten Einkommen aller Ärzte. Die KinderpsychiaternInnen reüssieren immer noch in der letzten Stelle.

In der Psychiatrie hat natürlich auch eine Umfrage ergeben, dass die PsychiaternInnen im Ranking der Mediziner als die umfassendst gebildeten gelten. Chirurgen bewundern Psychiater um ihre umfassende Bildung, ihren breiten Tätigkeitsbereich, von der Beantwortung sozialer Fragen bis hin zu Freud'schen Theorien der frühkindlichen Neuroseentstehung, also die haben wirklich von der Neurobiochemie bis hin eben zur Epidemiologie auch ein gewaltiges Gebiet, weiter ausufernder wie andere medizinische Disziplinen.

Das Einkommen ist nach wie vor gering. Wir haben faktisch auch keine oder kaum Privatpatienten. Ein plastischer Chirurg, ein Oberarzt, verdient durch die Poolanteile an der Privatversorgung des Chefs vielleicht mehr als Ordinarius an Grundgehalt bezieht. Und wir sind in der Lage, ich gebe 70 Prozent des Einkommens an meine nachgeordneten Ärzte, die empfangen mindestens 70, auf das haben wir uns geeinigt, maximal ein habilitierter 120 EUR. An der Neonatologie sind es 7 EUR und 40 EUR im Monat, und an anderen Fächern sind es eben auch 3000, 4000. Also hier ist auch in der Tat eine Ungleichgewichtung im Einkommen der PsychiaternInnen zu sehen.

Entschuldigung, dass ich mich jetzt etwas ausgeweitet habe.

Ihre weitere Frage eben auch im empowerment: Sicherlich bemühen wir uns, eben auch die Betroffenen, für die in der Vergangenheit wir gesprochen haben, wir geglaubt haben, spre-

chen zu müssen, auch zu bekräftigen, dass sie selbst für sich sprechen, für sich in der Lage sind, auch das Wort zu ergreifen, dass sie ihre Ansprüche, ihre Wünsche, Ihre Sehnsüchte artikulieren können und das gleiche auch für die Angehörigen. Wir pflegen ja sehr intensive Kontakte zur HPE, Hilfe für psychisch Erkrankte, der größten Angehörigenorganisation. Wir veranstalten auch gemeinsame Kongresse, Tagungen, wo wir sie eben auch im Sinne des Dialoges auch einbinden.

Wir informieren auch die Leiter der HPE in eingehenden Gesprächen bezüglich der weiteren Pläne, Ausbauprojekte, Errichtung von Einrichtungen der psychosozialen Dienste. Wir haben uns bis jetzt noch nicht dazu durchringen können, sie in Beiräte aufzunehmen. Wir informieren sie, wir suchen permanent den Kontakt, wir binden die Wünsche der HPE-Verantwortlichen in unsere Planungen ein, sie sind aber nicht in Beiräten involviert.

Fixierungen – kurz: Die ist eben auch beispielsweise eine intravenös verabreichte Injektion auch die Wirkung entfalten kann und wir eben auch dann mit den PatientInnen besser kooperieren können. Fixierungen haben wir nicht nur im geschlossenen Bereich, also Fixierungen können wir auch im offenen Bereich durchführen, melden aber dann zum Zeitpunkt der Fixierung den Patienten dem Gericht. Also er gilt dann als geschlossen geführter Patient auf einer offenen Station. Also, das ist auch eine rechtliche Notwendigkeit, dass wir, wir können nach dem Unterbringungsgesetz 1990 eben auch im offenen Bereich PatientInnen geschlossen führen, die eben auch damit auch am Verlassen der Abteilung gehindert werden.

Wir haben eben auch Gott sei Dank keinen vergleichbaren Zwischenfall gehabt, wenngleich ich es nicht ausschließen kann, dass auch ein Patient bei noch so guter Beaufsichtigung zu einem, ihn gefährdenden Objekt geraten kann. Das können wir nicht, wir tun alles, es wird sicherlich bestens die Matratze untersucht, der PatientIn wird aber nicht irgendwie ganz hermetisch abgesondert, kann auch irgendwie vielleicht in einer Aufwachphase in einem unbeobachteten Moment in der Tat, auch vielleicht von einem Mitpatienten, das entsprechende, ihn gefährdende Objekt zugeschoben kriegen. Sicherlich, wir versuchen das durch eine, und ich glaube, dass das allgemein erfolgt, durch eine intensive Betreuung und Beobachtung des betroffenen fixierten Patienten zu verhindern.

Ich würde mich aber, ich hoffe auch da nicht die Frage zu strapazieren, ich würde aber alles daran setzen, dass der Krankenanstaltenverband und die DILAG sich bei der PatientInnenversicherung stark macht, dass der betroffene

verletzte Patient eine entsprechende Entschädigung erhält.

GRin Dr. **Pilz**: Todesfall?

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Nein.

GRin Dr. **Pilz**: Gab es keinen.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Sicher, es gibt Suizide an Kliniken, also das ist unvermeidlich. Das ist wirklich unvermeidlich, dass auch – wie gesagt, einer meiner väterlichen Freunde, ein alter Professor aus Homburg hat gesagt, es ist eine schlechte Psychiatrie, in der kein Suizid erfolgt. Es klingt zynisch, es klingt unverständlich, aber wenn ich eine dem Leben, den Lebensgewohnheiten des Patienten entsprechende Psychiatrie gestalten will, dann muss der Patient seinen Gürtel tragen, seine Schuhsenkel tragen, muss eben auch mit einem Glas seine Milch trinken oder seinen Saft trinken, er hat das Messer, mit dem er seinen Salat aufschneidet, seine Gabel, im Frauenbereich dort gestrickt, genäht, gehäkelt wird; also im ergotherapeutischen Bereich wird gehämmert, gezimmert, wird gearbeitet. Also es wäre eine schlechte Psychiatrie, die eben auch keinen Suizid im Rahmen des Krankenhauses beklagen müsste.

GRin Dr. **Pilz**: Ich will das nur klar stellen, das habe ich nicht gemeint. Ich bin ganz Ihrer Meinung, dass man nicht eine Überfürsorglichkeit an den Tag legen kann. Es geht mir um Fälle, dass jemand während er oder sie fixiert ist, verstorben ist, wo man unklar oder keine Klarheit haben konnte, ob es im Zusammenhang oder vielleicht sogar den Beweis hatte, dass es im Zusammenhang mit der Fixierung passiert ist, nicht im Sinne des erfolgten Suizidversuches, sondern schlicht und einfach durch die Lungenkompression, dass jemand aus dem Nichts von Sedierung und Fixierung einen Atemstillstand oder einen Herzstillstand erlitten hätte.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Eine lege artis durchgeführte Fixierung beeinflusst die Atemexkursionen nicht. Eine auf Grund einer atemdepressorisch wirkenden Substanz bei Todesfällen sind sicherlich in unserem Kollektiv bei fixierten Patienten, ich sage Gott sei Dank, nicht aufgetreten. Es ist sicherlich hier dann auch die Aufgabe der Gerichtsmedizin, die Gründe zu eruieren, wie gesagt, eine lege artis durchgeführte Fixierung beeinflusst an sich die Atemexkursion nicht; bezüglich der Atemdepression, die medikamentös bedingt auftreten könnte, ist sicherlich die Betreuung des Patienten während des fixierten Zustandes auch notwendig, wobei dafür auch nicht unbedingt auch eine permanente Betreuung notwendig ist, die eben auch den Patienten Minute für Minute beobachtet.

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

GR **Blind**: Herr Professor, es gibt da zwei Themenkreise, die mich interessieren – Fixierung contra Netzbett und zentrale Unterbringung gegen dezentrale Unterbringung.

Zuerst einmal die Fixierung contra Netzbett. Wie sieht so eine Fixierung lege artis aus. Wie ein Netzbett aussieht, weiß ich. Ich habe das schon einmal gesehen, aber Fixierung habe ich noch nicht gesehen bei psychisch Erkrankten, werden da die Hände, die Füße, der Körper fixiert, wird er ans Bett oder an einen Sessel fixiert, wie schauen diese Stoffe aus, mit denen der PatientIn hier angebunden oder ich weiß nicht, in welcher Form auch immer, fixiert wird. Das wäre einmal die erste Frage.

Und die zweite, der zweite Themenkreis, zentrale gegen dezentrale Unterbringung. Gibt es in Tirol bei jeder kleineren oder dezentralen Einrichtung einen Arzt. Weil Sie haben gesagt, die Fixierung erfolgt nur über die Genehmigung durch einen Arzt. Wir in Penzing haben in der Linzer Straße 468 einen Verein, der sich offensichtlich mit psychisch Kranken beschäftigt und dort war ich einmal drinnen, wie diese kleine Einrichtung eingerichtet wurde und konnte beobachten, wie ein Patient mehrmals mit voller Wucht gegen die Wand gelaufen ist, der hat sich den Schädel angestoßen, dass es nur so gekracht hat, und ein anderer Patient ist dort drinnen gesessen, in dieser Betreuungseinrichtung, und hat sich das Gesicht blutig gekratzt, hat sich den Oberkörper und die Arme blutig gekratzt. Ist das überhaupt schon ein Grund, dass da ein Arzt einschreitet oder ist das, sagen wir einmal, dass die Betreuer sagen, okay, das ist noch nicht so weit, dass da ein Arzt vor Ort sein müsste. Daher, wie gesagt, wie weit ist das in Tirol, muss da ein Arzt sein oder ist das eigentlich ohnedies üblich, dass die Patienten da so ein bisschen sich selbst beschädigen dürfen und erst bei größeren Fällen ein Arzt einschreiten muss, um den irgendwie zu behandeln, in welcher Art auch immer, fixieren oder sonst irgendwelche Versorgung.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Herr Gemeinderat, ich glaube, dass Sie sehr wohl auch bestimmte Formen der Fixierung bereits mehrfach beobachtet haben. Eine Fixierung im psychiatrischen Bereich ist auch unterschiedlich, je nachdem, welche Ziele eben auch zu beobachten sind. Welche Ziele eben auch angestrebt werden, kann eben auch hier, wie Sie es beobachtet haben, an internen Abteilungen bei der Verabreichung einer Infusion bei einem verwirrten Menschen, der eben auch seine Katheter entfernen möchte, der dann eben auch die Hand am Bett fixiert, angebunden kriegt, vielleicht auch noch die zweite Hand, damit er nicht eben auch mit der einen die Nadel, den Katheter eben auch

entfernen kann. Also die Fixierung ist je nach Notwendigkeit, wird eben auch eine Zwei-Punkt-Fixierung, wo ich eben auch zwei Punkte, die beiden Hände, wie Sie es eben auch an innermedizinischen Abteilungen, ja immer wieder notwendig ist, gesehen haben. Es kann dann beispielsweise auch weiter bei einer beispielsweise psychomotorischen Unruhe eines Patienten, der eben sich auch selbst gefährdet, wenn er immer das Bett in einem benommenen Zustand verlässt, er aber nicht weiter medikamentös betreut werden kann, wo dann eben auch ein Bauchgurt angelegt wird, um eben auch ihm, dieser Gurt ermöglicht ihm noch eine Bewegungsfreiheit, er kann sich in verschiedene Lagen bringen, weil der Gurt eben nicht fixiert ist, sondern eine bestimmte Bewegung auf Grund einer entsprechenden Anordnung, eine Bewegungsmöglichkeit dem Patienten erlaubt. Also wir haben von Ein-Punkt-Fixierungen bis zu Fünf-Punkt-Fixierungen je nach, leider je nach den Erfordernissen, unterschiedliche Möglichkeiten durchzuführen.

Die zweite Frage: Zentrale gegen dezentrale Unterbringung, Umsetzung des Unterbringungsgesetzes. Die Frage ist, jede psychiatrische Krankenanstalt, muss jede Krankenanstalt in der Lage sein, auch PatientInnen gegen ihren Willen aufzunehmen. In der Zwischenzeit hat sich eben auch in Tirol die Möglichkeit ergeben, dass auch Kufstein eine kleine Einheit mit 35 PatientInnen auch einen kleinen geschlossenen, virtuell zu schließenden Bereich hat und sie auch die Aufnahme dort durchführen. In der ersten Zeit mit nicht ausreichenden Fachärzten, die eben auch an 365 Tagen des Jahres nicht auch den Dienst hätten aufrecht erhalten können, war eine Vereinbarung, dass das psychiatrische Krankenhaus des Landes Tirol in Hall die Aufnahmen gegen den Willen des Betroffenen durchgeführt hat. Also es sind hier bei einer gut funktionierenden Kooperation von zwei Krankenanstalten durchaus auch Möglichkeiten der Regelung des Unterbringungsbereiches denkbar, und ich würde sagen, dass das durchaus auch in einer bestimmten Entwicklungsphase einer dezentralen Psychiatrie durchaus auch akzeptiert werden kann und auch eine Notwendigkeit darstellen kann.

Diese von Ihnen beobachtete selbst aggressive Verhaltensweise des Patienten fordert natürlich auch eine entsprechende Betreuung des Patienten und ist mit Sicherheit auch Grund einer ärztlichen Intervention. Dass der Arzt etwa schlussendlich den Patienten in dieser Notsituation oder in dieser – es ist auch dieser zweite Patient, der sich da selbst verletzt hat, es muss nicht eo ipso eine suizidale Handlung sein, sondern wir erleben beispielsweise gerade das An-

rennen gegen die Wand, das sich Schmerzen zufügen, auch bei Patienten in einer schweren Form einer schizophrenen Erkrankung, wo eben auch das Wissen bezüglich der eigenen Lebendigkeit schwerstens gestört ist, der Patient verletzt sich, er rennt gegen die Wand, um sich noch als lebendig zu erleben, ich lebe noch. Irgendwie auf Grund einer schwersten Störung der Ich-Identität oder der Ich-Vitalität fühlt er sich bereits tot, fühlt er sich bereits eben auch eher unwirklich. Und seine gesunden Anteile fordern von ihm, ich will Blut sehen, damit ich doch weiß, ich lebe, und er rennt dagegen an. Und in dieser extremen Notsituation braucht er Hilfe, Hilfe eines Pflegers, Hilfe des Arztes, Hilfe eines Psychotherapeuten, wer immer hier eben auch anwesend ist.

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

GRin **Korosec**: Herr Professor, ich habe noch einige Frage im Zusammenhang mit Personal.

Also 1. Wie wird die Sicherheit des Personals in psychiatrischen Einrichtungen gewährleistet. Ist es üblich, gibt es da irgendeine Norm, für wie viele PatientInnen soll das Sicherheitspersonal vorhanden sein. Das ist das eine. Weil im Otto-Wagner-Spital war bis Ende Dezember 2007 kein Sicherheitspersonal vorhanden, außer für die forensische Abteilung, also für den Regelbetrieb nicht, jetzt sind zwei Sicherheitsleute vorhanden. Ich hätte gerne gewusst, wie das nationale und international üblich ist. Das zum Ersten.

Zum Zweiten – die Personalbedarfsplanung. Wie wird das in Österreich angewendet. Da gibt es ja diesen deutschen Psych-PV, wird der generell herangezogen, haben Sie das auch in Innsbruck, vor allem Innsbruck würde mich interessieren, wird er da herangezogen. Und zwar frage ich deshalb, weil ja gerade auch in Innsbruck, da haben Sie ja Kinder- und Jugendpsychiatrie auch Gerontopsychiatrie, und da verlangt ja der deutsche Psych-PV, dass es hier wesentlich mehr Personal geben soll. Und da hätte ich gerne gewusst, wie das bei Ihnen in Innsbruck ist.

Und dann würde mich noch interessieren, wie Sie ja auch gesagt haben, die Verweildauer sinkt. Das heißt, ist daher der Psych-PV überhaupt noch zeitgemäß oder gibt es da auch andere Überlegungen und Alternativen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Ich lehne prinzipiell so eine Entwicklung ab, die wir ...

Ich finde diese Vorstellung fürchterlich, wie uns beim Besuch von psychiatrischen Krankenhäusern in den USA begegnet, wo neben der Eingangstür ein mit einem Maschinengewehr

bewaffneter Security-Mann sitzt, lehne ich vollkommen ab. Fürchterlich.

Wir haben eben auch im Bereich unseres Landeskrankenhauses, Universitätsklinikums Innsbruck, haben wir von der Group 4 gestellt, Sicherheitsbeamte, die uns unterstützen, wenn eben auch Hilfe notwendig ist. Also prinzipiell haben wir keine Sicherheitsbeamten an unserem Krankenhaus, an der psychiatrischen Klinik, wohl aber, es hängt das dann auch immer wieder davon ab, wie die Besetzung im Augenblick ist. Eine vorwiegend weibliche Besetzung erfordert öfters eben auch das Beiziehen dieser Group 4-Sicherheitsbeamten. Im Grunde ist es eine seltene Maßnahme, wo wir gezwungen sind, Security-Männer auch beizuziehen. Es kommt aber vor, wir sind auch froh und dankbar dafür, innerhalb weniger Minuten auch einen Security-Mann an unserer Klinik eingreifen lassen können. Aber prinzipiell haben wir nicht den Bedarf und die Notwendigkeit, einen eigenständigen Sicherheitsdienst an der Klinik gewähren zu müssen, wobei vielleicht auch die geografische und die Situation des Innsbrucker Universitätsklinikums auch alles erleichtert. Wir sind auf engstem Raum auch in diesem Campus auch konzentriert.

Dass die Psychiatrieverordnung, als Verordnung, ist leider noch eine aktuelle Größe – ich sage leider, weil sie als spätes Kind der deutschen Psychiatrie-Enquete einen Mangel verwaltet. Ich glaube nicht und ich bin dabei, auch Ihnen im Verbund mit Kollegen Wien-Graz, auch einmal unsere Vorstellungen des neuen Bedarfes, der sich nach einer verantwortbaren, ich will nicht sagen optimalen, vielleicht suboptimalen Betreuung unserer PatientInnen ausrichtet und hier haben wir wohl im Bereich der Pfleger, der Sozialarbeiter, der Ergotherapeuten, im Bereich der Psych-PV ausreichende Zahlen, nicht aber für den ärztlichen Bereich. Der ärztliche Bereich ist meiner Überzeugung nach im Psych-PV-System zu wenig abgebildet. Ich darf sagen, dass der Psych-PV sieht für einen akut Kranken 266 Minuten wöchentlich vor. Also ein akut Kranker sollte nach der deutschen Psych-PV in der Woche etwas mehr als 4 Stunden ärztlicher Präsenz erfordern.

Erstens einmal ist die vom Prof. Kunze bearbeitete Psych-PV, Psychiatrische-Personalverordnung, auch pseudowissenschaftlich. Es sind 266 Minuten, es sind nicht 260, es sind nicht 270 Minuten, sondern 266, und sie bringen eine empirische Erhebung „Neu“, die es nicht gibt. Wenn man die einleitenden Zeilen liest, sind das Schätzungen. Schätzungen, die eben auch die deutsche Realität damals widerspiegelt haben. Aber ich glaube, eine zu verantwortende psychiatrische Versorgung eines akut Kranken

mit 266 Minuten in der Woche ist nicht möglich. Ist nicht möglich deshalb, weil ja wir hier nicht nur direkten Zeitaufwand, sondern auch indirekten Zeitaufwand auch einfließen lassen müssen. Das Schreiben, das Erheben der Krankengeschichte, das Erfassen des psychopathologischen Status, die begleitende Medikation, die begleitende Psychotherapie, das Verfassen des Arztbriefes, die Kontakte mit Angehörigen, die Kontakte mit den nach betreuenden Einrichtungen fordern sicherlich mehr Zeitaufwand als 266 Minuten, als 4 Stunden und 20 Minuten. Also hier bin ich der Meinung, dass diese Psych-PV etwa Zahlen am unteren Rand anzusiedeln hat.

Sie haben in Deutschland Gültigkeit und ich muss auch sagen, in Deutschland gibt es viele psychiatrische Kliniken, die den Status, den von der Psych-PV geforderten Minimalstatus nicht erreicht haben. Es gibt in Deutschland auch vehemente Bewegungen, die eben auch als Ziel die Verwirklichung der Psych-PV-Zahlen anstreben. Für mich ist das aber die Festschreibung einer mangelhaften Versorgung.

Sicherlich, bei kinder- und jugendpsychiatrischen Fällen sind das 350 oder auch 360 Minuten, das heißt, also etwas mehr, aber wenn man hier denkt, dass zur psychiatrischen, zur therapeutischen Betreuung noch das pädagogische Moment hinzukommt, dann ist es auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Minimum.

Die Verweildauer wird kürzer. Wir haben auf der einen Seite die Verkürzung der Aufenthaltsdauer durch den großen Druck der Neuaufnahmen, wo wir dann wieder sagen können, dass schlussendlich auch 0,5 pro 1000 Einwohner als Messzahl für die Bettenausstattung niedrig ist, starker Aufnahmepressure. Und wir sind jetzt gerade dabei, auch in Zusammenarbeit mit der PV, mit der Pensionsversicherungsanstalt psychiatrische Rehabilitationskliniken in Österreich zu errichten, die auf der einen Seite eben auch das Ziel haben, dann Out-PatientInnen beispielsweise zu stärken, zu stützen, dass sei weiterhin im Berufsleben tätig sein können, auf der anderen Seite auch eine Krankenhausanschlussbehandlung sicherstellen zu können.

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

GRin Dr. **Laschan:** Sehr geehrter Herr Prof. Hinterhuber!

Ich möchte mich auf Ihren Vortrag beziehen und vor allem auf den Satz "evidenzbasierte und leitliniengestützte Therapie". Ich selbst bin Internistin mit Zusatzfach Hämato-Onkologie und hier ist es leicht, die Evidence based medicine umzusetzen in der täglichen Praxis und auch zu der zu kommen, weil klinische Studien ja an sich die höchste Evidenzstufe haben und klinische Studien natürlich mit internistischen PatientInnen

beispielsweise sehr einfach durchzuführen sind, weil ja die Zeit auch da ist, die Aufklärung ordentlich durchzuführen, die PatientInneninformation ordentlich zu machen, so wie es Gott sei Dank vorgeschrieben ist, die Zeit auch zu geben, sich zu überlegen, an der Studie teilzunehmen oder nicht und dann die Einwilligung zu bekommen. Und so kommt man natürlich zu, weltweit jetzt, zu guten Daten und zu einer Evidenz basierten Medizin, nach der man dann Leitlinien erstellen kann und so international einheitlich behandeln kann und die Therapien durchführen kann.

Jetzt frage ich mich, wie das mit – und Sie haben mich jetzt mit Ihrem Vortrag auf diese Frage gebracht, ich frage mich, wie es bei PatientInnen, die Erkrankungen haben, wo akute Psychosen vorkommen, wie die Behandlung dieser akuten Psychosen, wie man da zur Evidenz basierten Medizin kommen kann. Ist es da überhaupt möglich, klinische Studien durchzuführen und wenn Ja, wie gehen Sie da vor.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Frau Kollegin Laschan, besten Dank. Wir haben eben auch als universitäre Einrichtung auch die Aufgabe, hier uns wissenschaftlich zu betätigen. Die Gesetzesituation verbietet uns, ich muss sagen auch zu Recht, die Einbindung von PatientInnen in Studien, die ja nicht freiwillig an unseren Abteilungen aufgenommen sind. Also nicht einwilligungsfähige PatientInnen sind nicht, dürfen in Studien, werden in Studien nicht inkludiert.

Gott sei Dank sind das eben auch eher zu vernachlässigende, geringe Zahlen. Wir betreuen eben auch im Jahr 5500 Patienten im stationären Bereich, davon sind, wie gesagt, weniger als 10 Prozent im untergebrachten Bereich, sind als untergebracht nach dem Unterbringungsgesetz Aufgenommene zu bezeichnen. Und wir haben eben auch in unseren Ambulanzen ungefähr 15.000, 20.000 PatientInnen, die wir Jahr für Jahr betreuen. Das ermöglicht uns und ermöglicht eben auch den Kliniken klinische Studien durchzuführen. Die sind auch weltweit vernetzt und verfügen da auch heute in der Behandlung von Depressionen, von Angsterkrankungen, von Panikattacken, von schizophrenen Erkrankungen über ganz klare Evidenzen, die uns hier auch immer wieder hindern, auch placebokontrollierte Studien durchzuführen, weil wir das nicht ethisch oder nur in Ausnahmefällen als ethisch begründet empfinden, Studien im Bereich der Depressionsbehandlung durchzuführen, die gegen Placebo auch sich dem Verum widmen, infolgedessen, gerade weil wir eben auch heute schon über ganz klare Evidenz basierte Richtlinien verfügen, und das ist sicherlich Aufgabe der und deren Einrichtungen.

Wir in Innsbruck haben ja auf Grund der Ihnen mitgeteilten Aufgaben die Gesamtversorgung von Innsbruck Stadt zu übernehmen. Wir müssen mit diesen PatientInnen, die aus Innsbruck rekrutieren, eben auch das Auslangen finden, wir finden es auch. Wir sind sicherlich nicht auch hier forschend tätig, mit der Einschränkung, dass wir eben auch nicht einwilligungsfähige PatientInnen nicht inkludieren. Das bringt mit sich, dass wir wohl eine gute Evidenz basierte Therapieform bei schweren Demenzen haben, aber hier doch auch besonders jetzt im Bereich des nationalen Ethik-Komitees, und zwar von Dr. Christine Trummel geleitet, auch Fragen zu beantworten haben, inwieweit auch nichteinwilligungsfähige demente PatientInnen in Studien einbezogen werden können, wenn sie vielleicht für PatientInnen mit gleicher Diagnose einen Beitrag liefern können, auch eine erfolversprechende Therapie in Zukunft zu ermöglichen. Das sind sicherlich heikle ethische Probleme. Wir treffen aber in der Psychiatrie faktisch nur die schwerste Ausprägungsform der Demenz, wo wir in der Tat ja auch Informationslücken haben, weil der Forschungsstand durch diesen Ausschluss schwerster dementer Menschen eben auch nicht sehr hoch ist.

GRin Dr. **Laschan**: Eine Anschlussfrage daran, die sich daraus ergibt, wäre, ob es für den Umgang mit aggressivem Verhalten, also mit fremd- oder selbstgefährdenden Verhalten von PatientInnen mit akuten Psychosen im Rahmen ihrer Grunderkrankung Leitlinien gibt, die international anerkannt sind oder auch national. Gibt es hier Leitlinien, gibt es hier einen Konsensus, gibt es da Konsensuspapiere. Wie in diesem Fall, entweder medikamentös bzw. durch andere therapeutische Maßnahmen, wie Fixierungen, vorzugehen ist.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Frau Kollegin Laschan, ich muss hier ihre wichtige Frage vielleicht auch mangelhaft beantworten. Mangelhaft deshalb, weil wir sehr wohl in Innsbruck Richtlinien für Ärzte und Pfleger erlassen haben, wie eben auch der Umgang mit aggressiven PatientInnen zu gestalten ist. Wir haben einen Stufenplan, das geht von der Information bis hin zur Durchführung, entspricht irgendwie vielleicht auch dem Herzalarm internistischer Krankenhausabteilungen, dass eben auch jeder Pfleger meldet, geht der Alarmruf an die diensthabenden Ärzte, geht dann an die umliegenden Stationen, die dann eben auch das verfügbare Pflegepersonal an diese Notruf entsendende Abteilung abschieken müssen. Wir haben dann, und wir schulen das immer wieder mit unseren MitarbeiterInnen, wir haben aber hausinterne Richtlinien. Ich muss davon ableiten, ich bin Ihnen dankbar für diese Frage, es scheint keine nationale oder

internationale Richtlinie zu geben, weil sonst hätten meine Oberärzte es nicht als notwendig erachtet, diese Richtlinien hausintern zu erlassen und die werden immer wieder auch erneuert, eingeübt und trainiert.

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

GR **Lasar**: Danke schön, Herr Professor. Ich habe sehr, ich muss sagen, das was ich bezüglich Stunden, die man aufwendet, muss ich ehrlich sagen, persönlich finde ich das sehr deprimierend, dass man nicht mehr Zeit hier aufwendet, um die psychisch Kranken hier besser zu betreuen oder zu pflegen.

Aber bitte ich habe folgende Frage an Sie, Herr Professor: Welche internationalen Standards gibt es zum Beispiel bei der Behandlung von intensiv psychiatrischen Behandlungsfällen und da habe ich drei Fragen dazu:

a) Personalbedarf

b) Ausbildung von Personal, welche Berufsgruppen und

c) medizin-technisches Equipment. Was ist hier erforderlich international und welche Standards gibt es in diesem Bereich.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Herr Gemeinderat! In der Notfallpsychiatrie, und um das handelt es sich hier, weil ich nicht eben auch von den wenigen in psychiatrischen Kliniken und Krankenhäusern etablierten intensivmedizinischen Abteilungen sprechen kann, sprechen will. Es deckt sich faktisch diese Ihre Frage mit dem Umgang mit schweren selbst- und fremdaggressiven Menschen, dass man ..., ist sicherlich immer anlassbezogen, und ich habe in der kurzen Darstellung des Ablaufes einer notfallmedizinischen Intervention oder eines Managements eines aggressiv - ein hartes Wort, ein Wort, das ich nicht liebe, aber das ich jetzt einmal gebraucht habe -, in der Betreuung eines sehr aggressiven Patienten gibt es sicherlich Standards, die nicht international eben auch festgeschrieben, aber die sicherlich, wie ich es von der Innsbrucker Klinik berichtet habe, auch in anderen Häusern auch schriftlich festgelegt sind. Der Personalaufwand, dem Anlassfall entsprechend bis hin zur Einbeziehung auch des Security-Dienstes, was selten der Fall ist, aber auch gegebenenfalls notwendig sein kann.

Hier ist es sicherlich primär eben auch die Pflegeseite, der Pfleger, die Schwester und der Arzt, der vielleicht in Verbindung, im schlimmsten Fall, mit einem Sicherheitsbeamten den Patient in diesem aggressiven Ausnahmezustand auch so lange festhalten muss, bis eben auch die Möglichkeit einer intravenös zu verabreichenden Sedierung erfolgt.

Im Rahmen der Ausbildung zu Fachärzten sieht auch die neue Ausbildungsordnung vor,

dass ein junger Facharzt auch im Notfallmanagement Erfahrung sammeln kann und dass eben auch die, wie Ihnen gleich als eine der ersten Fragen mitgeteilt habe, dass auch entsprechende Schulungen angeboten werden, Deeskalationsverfahren, Deeskalationsschulungen. An diesen Deeskalationsschulungen müssen eben auch verpflichtend immer wieder Ärzte und Pfleger teilnehmen, die dann wiederum so als Multiplikatoren in ihrem Bereich wieder tätig sind.

Auch in der Ausbildung zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger sind entsprechende Module vorgesehen, um Erfahrung in diesem Bereich zu erlangen.

GR **Lasar**: Darf ich noch eine Zwischenfrage stellen. –

Herr Professor, kennen Sie zufällig Ihren Anlagenabnutzungsgrad in Ihrem Bereich der Klinik in Innsbruck?

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Darf ich Sie bitten, diese Frage noch etwas zu präzisieren, weil ich ...

GR **Lasar**: Darf ich das kurz erklären. – Der Anlagenabnutzungsgrad ist dieser Grad, wo jetzt im kurzen ersichtlich ist, wie alt die Geräte sind, das kann man buchhalterisch feststellen, wenn man jetzt das – das ist schon sehr wichtig, weil daraus kann man ja ersehen, wie alt die Geräte sind oder mit welchen Geräten man in Zukunft arbeitet, auch in Wien wäre das einmal wichtig, dass man das sieht.

Ich glaube, das ist schon ein wesentlicher Bereich. Aber wenn Sie das jetzt nicht, natürlich weil es auch eine gewisse kaufmännische Frage ist, die ich Ihnen hier gestellt habe, wenn Sie es natürlich nicht so einfach, ich sehe das auch ein, dass Sie das im Moment nicht beantworten können.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Ich möchte hier diese sicherlich berechnete oder sehr berechnete Frage eben auch zweiteilen.

Auf der einen Seite den Renovierungsbedarf einer Abteilung; prinzipiell entspricht so der Renovierungsbedarf ja einer Gastronomieeinheit, wobei man in Hotels faktisch alle sieben Jahre eine Erneuerung des Inventars berechnet oder in Aussicht stellen muss. Sicherlich gibt es da natürlich auch ein häufigeres, gibt es natürlich noch Gründe, den Abnutzungsgrad, der die Abnutzung im psychiatrischen Krankenhaus noch höher bewertet. Wir müssen berücksichtigen, dass keine Gruppe von Menschen so viel raucht wie psychiatrisch Kranke. Das erklärt sich durch die Tatsache, dass auch ein bestimmter Nikotinspiegel, ein höherer Nikotinspiegel die Vigilanz stärkt, viele Patienten leiden unter einer verminderten Vigilanz, Konzentrationsleistung, höherer Nikotinspiegel steigert die Vigilanz. Auch bestimmte Nebenwirkungen von Medikamenten

oder Medikamente werde unter einem höheren Nikotinspiegel anders metabolisiert, so dass eben auch da wieder unbewusst der Nikotinkonsum steigt, der Zigarettenkonsum steigt. Infolgedessen sind wir auch allein aus diesen Gründen in der Lage oder aufgefordert, unsere Abteilungen, an denen prinzipiell nicht geraucht wird, aber es gibt Raucherzimmer und wir müssen da diesbezüglich auch immer wieder Abnutzungerscheinungen korrigieren.

Was die Geräte anbetrifft, haben wir die üblichen internen abteilungsempfohlenen, vom TÜV nahe gelegten Abnutzungsgrade zu berücksichtigen, dass wir beispielsweise ein EEG-Gerät nach 7 bis 10 Jahren eben auch wieder auswechseln, um an dem Stand der aktuellen EEG-Technik sein zu können, beispielsweise.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau GR Korosec.

GRin **Korosec**: Herr Professor! Geräte sind sicher notwendig, aber gerade im Bereich der Psychiatrie ist ja die persönliche Zuwendung und das Gespräch mit dem Arzt wahrscheinlich von besonderer Bedeutung. Und da würde mich interessieren, wenn man einen Vergleich zieht zu einem internen Patienten, gibt es da Richtwerte, weil ich nehme an, dass gerade im psychiatrischen Bereich die Zuwendung und das Gespräch mit dem Arzt viel höher sein muss als bei einem anderen internen Patienten. Das wäre die eine Frage.

Dann, was mich immer so bewegt, ist auch die Intimsphäre. Wie kann man die Intimsphäre und Würde eines Patienten wirklich wahren in der Psychiatrie. Wird das, auch international gesprochen, gibt es da von der internationalen Fachwelt, wird das thematisiert und gibt es da auch Vorschläge.

Dann, was mich auch interessieren würde, Fixierungen sind bei Ihnen natürlich, das kommt vor, das wissen wir, ohne Zwang in der Psychiatrie, ganz ohne Zwang kann es nicht gehen, aber man hört aus Ihren Worten, dass das in Tirol, dass man das sehr, sehr vorsichtig macht, aber die notwendig sind, werden die auch evaluiert. Ist das schon einmal gemacht worden.

Und weil vorhin von Medikamenten die Rede war, würde mich auch noch interessieren: Wir haben eine Unterlage von Mitarbeitern vom Otto-Wagner-Spital, die meinen, dass, wenn man nicht so viel Medikamente sedieren würde und mehr Pflegepersonal hätte, dass man sich sehr viele Medikamente ersparen könnte. Sehen Sie das auch so?

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Nein, bezüglich der Geräte haben Sie auch gesehen, dass ich zwar die allgemeine Instandhaltungsarbeiten an einer psychiatrischen Klinik als eher wesentlich für eben auch die Wohnlichkeit, für die Akzep-

tanz einer Einrichtung gesehen habe. Eine psychiatrische Einrichtung muss sich auch in der Farbgestaltung, im Standard an einem Hotel auch orientieren. Also wir haben als Dienstleistungsbetrieb, als Dienstleistungsunternehmen haben wir dieselben Ansprüche zu berücksichtigen, wie auch ein Patient, wie jeder von uns auch in jedem anderen Krankenhaus, auch in einem Hotel, in dem wir gewohnt sind, abzusteigen, auch erfüllt haben möchten.

Also ich glaube, dass wir uns hier nach jenem Standard zu richten haben, der in der Gesellschaft auch üblich ist und den die Gesellschaft auch den Patienten anderer Abteilungen zu bieten in der Lage ist.

Geräte spielen, wie gesagt, in der psychiatrischen Therapie eine ganz zu vernachlässigende Rolle, in der Diagnostik natürlich schon wesentlich mehr, dass wir eben auch die gesamte neuroradiologische Infrastruktur benötigen, um eben auch eine valide Diagnose stellen zu können. Wir brauchen bildgebende Untersuchungen, CD-Untersuchungen, das Computertomogramm des Gehirns, wir brauchen Magnetresonanztomografien des zentralen Nervensystems, wir brauchen Bettuntersuchungen – also diesbezüglich lehnen wir uns aber an die Ausstattung des Krankenhausträgers an und benützen auch die Einrichtungen der radiologischen Klinik unseres Klinikums.

Ich kann nicht sagen, wie die entsprechende Ausstattung am Otto-Wagner-Spital ist bezüglich der diagnostischen Maßnahmen.

Sonst brauchen wir – beim Biofeedback brauchen wir Geräte, wir brauchen sicherlich in seltenen Fällen auch immer noch einen Elektrokonzulsator für die Durchführung von Elektrokonzulsionstherapien. Aber auch hier gilt die Angabe, die wir vorhin besprochen haben, dass nicht jedes Krankenhaus eben auch über diese selten applizierte, aber in vielen Fällen immer noch lebensrettende Therapieform ausgestattet sein muss.

Sie haben vollkommen Recht, dass eben auch die Gesprächsdimension das wesentliche Kennzeichen eines gut funktionierenden psychiatrischen Krankenhauses ist. Es gibt keine internationalen Richtwerte, die eben auch nach Diagnosen, nach Diagnose aufgelistet, einen bestimmten, ein Minimum an psychotherapeutischen Gesprächen bei Essgestörten, bei Depressiven, bei NeurosepatientInnen, bei somatopsychischen Störungen, bei Dementen auch festschreiben würde.

Es gibt keine Studie, es gibt eben auch, oder wir sind gerade in Auseinandersetzung mit den Werten der deutschen Psychiatrieverordnung, gerade jetzt dabei, Richtlinien zu entwerfen. Es gibt sie im ganzen deutschen Sprachraum nicht.

Wir sind dabei, eben auch, um unseren Bedarf auch dem Krankenträger gegenüber festzuschreiben und begründen zu können, sind wir gerade dabei, auch den Zeitaufwand zu berechnen und auch festzuschreiben.

Ihre weitere Frage, was die Berücksichtigung der Intimsphäre betrifft: Ich glaube, das ist eine Selbstverständlichkeit, dass jede Krankenhausstruktur die Intimsphäre eines Menschen schützen muss, dass sie Voraussetzungen trifft, dass die Intimsphäre eines Menschen auch, gerade während der Krankheit, während der akuten Erkrankung, gewahrt ist. Deshalb, wie gesagt, sind wir der festen Überzeugung, dass ein Bereich, der geschlossene Bereich, wo die akutesten Kranken untergebracht sind, nur eingeschlechtig betrieben werden soll. Bei gemischt geschlechtlich geführten Stationen ist ja die Voraussetzung, dass jedes Zimmer über eine – ich weiß nicht, ob ich davon sprechen soll, ist doch eigentlich relativ banal, dass jedes Zimmer mit einer Nasszelle ausgestattet sein muss. Das sollte – wenn ich das nicht in der Lage bin, dann muss ich sagen, und es gibt auch Gründe, nur eingeschlechtliche Abteilungen zu führen, da gibt es gute Gründe. In der Schweiz sind... in der Psychiatrie Zürich hat man jetzt wieder eingeschlechtliche Frauenabteilungen geführt oder aufgebaut, weil die Überzeugung vorherrschend war, viele Frauen oder ein Teil der sexuell traumatisierten in der Psychiatrie ist sehr, sehr hoch. Und Schweizer Kollegen sagen, es ist unzumutbar, dass sich dann eben auch eine sexuell traumatisierte Frau in einer Abteilung behandelt wird, wo eben auch möglich ein manisch kritikloser Mann auch da ist. Die Verantwortung ist sicherlich für eine gemischt geschlechtlich geführte Station, dass ich jedes Zimmer, jedes Zwei-Bett-Zimmer oder Drei-Bett-Zimmer mit einer Nasszelle ausstatte, dass eben auch dann, der nur dann auch für Frauen, für Männer belegte Raum auch die entsprechende Infrastruktur aufweist.

Also wenn ich nicht in der Lage bin, das durchzuführen, dann muss ich eben auf den Anspruch einer gemischt geschlechtlichen Betreuung auch abgehen. Es gibt gute Gründe zu sagen, ich kehre auf eine eingeschlechtliche Belegung der Abteilung zurück.

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

GRin **Korosec**: Zwangsmaßnahmen – Evaluierung.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Die Evaluierung: Es gibt sicherlich keine österreichische Studie, die sich mit der Evaluierung von Zwangsmaßnahmen auseinandersetzt und ich kenne auch kaum eine deutschsprachige Studie, die sich mit diesem Thema beschäftigt.

GR **Lindenmayr**: Sehr geehrter Herr Universitätsprofessor!

Ich habe heute in der Früh es schon gesagt, aber ich sage es jetzt auch gerne noch einmal, ich bin nicht Mitglied des Gesundheitsausschusses und daher wird meine Frage vielleicht etwas laienhaft klingen, und daher bitte ich schon im Voraus um Verzeihung.

Ich bin aber umso interessierter natürlich an allen Informationen, weil ich natürlich als Politiker die entsprechenden Gesetze natürlich mitbeschließen muss und die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen muss. Und als kleines Beispiel, aber es hat noch nichts mit der Frage zu tun, ist, ich habe im heutigen "Standard" gelesen, dass im Zusammenhang mit der Masernepidemie eine Fachdiskussion ausgebrochen ist, impfen Ja oder Nein. Und die einen sagen eben, man muss unbedingt impfen und die anderen sagen, nein man sollte das auf gar keinen Fall machen und ich bin froh, dass ich da jetzt als Politiker jetzt nicht entscheiden muss, entweder so oder so.

Jetzt zur konkreten Frage und die klingt so ähnlich wie auch schon einige Fragen, die heute schon gestellt worden sind, also möglicherweise wiederhole ich mich da, aber vielleicht habe ich es nur falsch verstanden oder ich möchte nur mehr Präzisierungen, nämlich speziell zu diesen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Da gibt es ja offensichtlich, so wie ich es verstanden habe, rein mechanische Maßnahmen, also das sind zum Beispiel Netzbetten, und dann gibt es eben die Fixierungen, die aber offensichtlich auch zu unterteilen sind, in einerseits mechanische Fixierungen, also das Festbinden der Hand oder was auch immer, oder offensichtlich auch chemische Fixierungen, also medikamentöse oder mit Injektionen oder ähnliches, wenn ich das so richtig verstanden habe.

Und Sie haben davon gesprochen, dass es zwar unterschiedliche Traditionsräume gibt, also offensichtlich historisch bedingt, dass es aber international und auch national keine Richtlinien gibt für spezielle, für die gesamten Angelegenheiten und was ist in welcher Form zu tun, sondern, dass das jeweils vor Ort im Einzelfall der Arzt, die Ärztin entscheiden muss. Es gibt wohl ein Land, die haben sich entschieden, das haben Sie erzählt, das sind die USA. Da hat man sich entschieden für die Eisentüre und die Maschinenpistole, aber in allen anderen Ländern ist es ja offensichtlich also eben anders und da gibt es keine generellen Richtlinien. Jetzt sage ich als Politiker, ist das sozusagen aus Ihrer Sicht der Medizin, jetzt nicht an Ihrem eigenen Institut, wo Sie ja offensichtlich die Entscheidung getroffen haben, aber jetzt als Mediziner generell, wäre es der Medizin lieber, dass die Politik genau vor-

schreibt, es ist in dieser oder dieser oder dieser Sache so oder so zu verfahren, oder ist es besser so, dass die Politik einfach eben die Rahmenbedingungen vorschreibt und die Medizinerin und der Mediziner vor Ort entscheidet nach wie vor mit dem Hintergrund der unterschiedlichen Traditionen, die es dort gibt, mit dem Unterschied der eigenen Willensbildung, die man sich allein oder im Kollektiv der ÄrztInnen getroffen hat, welche Maßnahme dann jeweils zu treffen ist.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Herr Gemeinderat! Ich bin Ihnen sehr, sehr dankbar für diese sehr differenzierte Fragestellung.

Ich bin bei der letzten - Vorschriften von Seiten der Politik, eine allgemein sehr sozialphilosophisch, sozial-politisch auch zu diskutierende Frage. Ich bin froh persönlich, wenn nicht alles reglementiert ist, wenn wir doch noch einen bestimmten Spielraum haben, wo wir eben auch dem Einzelfall besser gerecht werden können, wo wir nicht nur nach einem ganz festgelegten Schema vorgehen müssen, dass eben auch unterschiedliche Traditionen, unterschiedliche Schweregrade der Erkrankung, unterschiedliche, oft auch schwer differenzierbare – also wir können nicht alles in Schweregrade, wie in einer Thermometerskala, einteilen. Es gibt sicherlich auch Graufächen. Ich bin froh, wenn wohl Richtlinien da sind, Leitlinien, aber wenn nicht alles von Seiten von der Öffentlichkeit reglementiert wird, wenn bestimmte Spielräume noch da sind.

Bei der Masernepidemie würde ich die Spielräume gerne einengen. Ich würde da eben auch eine – wenn wir 95 Prozent der Bevölkerung geimpft haben, dann haben wir keine Masernproblematik mehr. In Tirol haben wir 60 Prozent und haben ohnedies noch für Österreich, glaube ich, einen noch passablen Durchimpfungsgrad. Aber hier würde ich auch, und dasselbe gilt natürlich noch bei der Kinderlähmung. Wir sind natürlich auch, weil wir vieles nicht sehen, nachlässig und missachten die latente Gefahr, gerade in einer globalisierten Welt, wo eben auch Krankheitserreger innerhalb von wenigen Stunden von einem Kontinent zum anderen eben auch verschleppt werden könnten.

Sie sehen, dass ich selbst eben auch – bei den Masern bin ich für eine ganz starre Reglementierung, bei anderen hätte ich gerne einen größeren Entscheidungsfreiheitsraum.

Bezüglich der Freiheitsbeschränkung. Sicherlich, ich persönlich kann mich auch noch immer sehr deutlich an eine Aussage eines meiner Mitarbeiter erinnern, der einen alten Mann in einem Gitterbett beobachtet hat, zu Tode traurig, weniger depressiv, sondern traurig, jetzt bin ich dort gelandet. Während in meiner Beobachtung auch einmal eine kurzfristige Fixierung, um eben

auch ein Medikament verabreichen zu können, ja nicht so traumatisierend erlebt wird, das ist sicherlich meine Überzeugung, die von, ich glaube, einer Mehrheit in Österreich und darüber hinaus auch geteilt wird.

Ich muss vielleicht eben auch noch eine Korrektur darin anbringen, Sie haben mit Recht eben auch so die mechanische Fixierung mit Gurten besprochen, Sie haben eben auch hier das Netzbett erwähnt und haben so als dritte Freiheitsbeschränkung eine eher Ruhigstellung durch Medikamente erwähnt. Das entspricht sicherlich sehr häufig eben auch eher der Angabe vieler Patienten – „man hat mich voll gepumpt mit Medikamenten“. Aber die Medikamente, die zur Sedierung dienen, sind therapeutisch hoch wirksame Substanzen. Wir geben einem Menschen, der in diesem aggressiven Zustand auf Grund einer veränderten Realitätswahrnehmung nicht eine hohe Dosis von Valium, vielleicht geben wir auch diese noch hinzu, um eine raschere Sedierung zu erreichen. Aber wir geben ihm ein antipsychotisch wirkendes Medikament, dass wir die Chance nützen, eben auch ihn zu beruhigen und auch mit einem spezifisch wirkenden Antipsychotikum, das auch dämpfend wirkt, ihm gleich auch eine ganz gezielte therapeutische Intervention zukommen zu lassen.

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

GRin Dr. **Pilz**: Danke schön. – Herr Prof. Hinterhuber, Sie haben davon gesprochen, dass die Standards in einem psychiatrischen Krankenhaus dem eines guten Hotels entsprechen sollen und jeder, der sich vorstellt, und es sind ja PsychatriepatientInnen oft wesentlich länger als andere PatientInnen in einer stationären Versorgung und jeder kann das nachvollziehen. Ich weiß nicht, wann Sie heute nach Hause fahren, aber dann würde ich Ihnen vorschlagen, wenn Sie noch Zeit haben, besuchen Sie Ihre Kollegin, Frau Prim. Kalousek, im Otto-Wagner-Spital und lassen Sie sich durch die nicht renovierten Pavillons, und das ist ja die überwiegende Zahl, führen. Dort werden Sie feststellen, dass es von einem Zimmer mit Nasszelle und Zwei-Bett-Zimmer oder Drei-Bett-Zimmer ja in der Regel keinesfalls die Rede ist, dass es Faktum ist, dass es Vier-Bett-Zimmer gibt und dass es Durchgangszimmer gibt und die Geschlechtertrennung ist nicht gewährleistet. Und es gibt auch, und wenn Sie das Buch von der Frau Schweiger kennen, "Fallen lassen", dann steht da drinnen, wie sehr sie darunter leidet, dass sie das Badezimmer, das sie zusammen und die Toiletten, die sie zusammen mit den männlichen Patienten benutzen muss, dass sie eine Tür öffnet und da steht ein nackter oder ein halb-

nackter Mann. Sie haben es mit, Sie können das sicher nachlesen.

Ich frage Sie jetzt einmal ganz unabhängig von der wirklich quälenden verletzende Intimsphäre, die das für jeden Menschen bedeuten würde, welche medizinischen oder sozusagen nachteiligen Gesundheitsfolgen kann es für Patientinnen – Sie haben davon gesprochen, dass viele sexuell traumatisiert sind – aber kann es für nachteilige Folge haben, wenn man ihnen zumutet vom Spitalserhalter, so untergebracht zu sein, mit, wie Sie sagen, nicht Grenzen respektierenden Mitpatienten des anderen Geschlechts zusammen gezwungen zu sein, nicht nur im selben Stockwerk, sondern sogar in den selben Badezimmern.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Ich kenne auch selbstverständlich die Baumgartner Höhe. Ich kenne sie noch als "Steinhof". Ich habe... besucht, ich habe... besucht, ich habe Frau Kaloušek besucht. Ich war sicherlich häufig im Direktionsgebäude, ich war noch häufiger im Jugendstiltheater.

Die Abteilungen, ich muss sagen – einmal habe ich eine Tiroler Patientin besucht, die in einer schön renovierten – es liegt einige Jahre zurück – in einem schön renovierten Pavillon untergebracht war. Über andere renovierungsbedürftige Bereiche kann ich hier wirklich nichts aussagen, keine Aussagen treffen. Tatsache ist aber, dass sicherlich wir auch Wert legen müssen, dass eben auch unsere Abteilungen, in denen wir Patienten betreuen, regelmäßig auch renoviert werden, dass ein bestimmter regelmäßiger Zyklus die Renovierungsarbeiten auch einleitet.

Die Frage, die Sie nochmals gestellt haben bezüglich der Intimsphäre, dass, ich habe das Buch von Brigitte Schweiger kurz angelesen, es wird vom Magistrat auch sogar noch unterstützt, ich weiß nicht, inwieweit sich da eben auch Belletristik mit eigener Erfahrung mischt. Ich kann das nicht beurteilen, inwieweit ja hier eine jener, sicherlich auch berechtigten, oft aber uns betroffenen verunsichernde Mischung zwischen Dokumentarbericht und auch weiterer Ausschmückung des Sacherhaltes vorliegt. Also ich kann das nicht beurteilen.

Tatsache ist aber, dass beispielsweise wir jetzt – ich kann vielleicht auf Grund einer persönlichen Erfahrung auch Ihre Frage beantworten, ich sagte, dass für Heilanschlussbehandlungen die Pensionsversicherungsanstalt, die seit fünf Jahren in Bad Hall in Oberösterreich und in Klagenfurt eine psychiatrische Rehabilitationsklinik oder zwei Rehabilitationskliniken betreibt. Die Erfolge dieser Rehabilitationskliniken sind so, dass die Pensionsversicherungsanstalt jetzt diese 150 bisher zur Verfügung stehenden Be-

handlungsplätze auf 500 ausweitet, 100 davon werden unter der Führung, der von mir geleiteten Gesellschaft für psychische Gesundheit – promote tirol, in Lans bei Innsbruck, errichtet. Die Psych-PV fordert mit einer Selbstverständlichkeit, dass der Hotelstandard dem eines Drei-Sterne-Hotels mindestens entsprechen muss, eher Richtung Vier-Sterne-Hotel. Also das sind einmal Vorgaben, die die Pensionsversicherungsanstalt für die neu zu errichtenden Rehabilitationskliniken in Lans, in Rust im Burgenland und in Bad Hall in Oberösterreich richtet.

Also ich glaube, wenn das noch nicht in allen Abteilungen im Otto-Wagner-Spital errichtet oder zur Verfügung gestellt werden kann, bin ich überzeugt, dass das auch eines der vordringlichsten Ziele der Zukunft sein wird.

GRin Dr. **Pilz**: Kann es nachträgliche gesundheitliche und Heilungserfolge dadurch zeitigen bei PatientInnen, wenn sie in diesem Kontext untergebracht sind.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Ich glaube, wenn so die Interaktionen nicht stimmen, wenn eben auch das Setting stimmt, wenn auch die menschlichen Begegnungen, das psychotherapeutische Ambiente nicht stimmt, glaube ich, dass das leichter verkraftet werden kann. Andererseits besteht natürlich die Gefahr, dass bei nicht wenigen durchgeführten Maßnahmen, die vielleicht in der Lage sind, das Gesamturteil trotz eines sehr engagierten Mitarbeiterstabes eher zu reduzieren, das macht, dass die Gesamtbesetzung schlechter ausfällt, dass dann eben auch vielleicht, da könnte ich mir vorstellen, dass eine Wiederaufnahme, auch wenn dringend notwendig, nicht sofort angestrebt wird, wir eben auch, wir es täten, der Betroffene es täte, wenn eben auch das ganze nicht nur das Setting im psychotherapeutisch, sozialpsychiatrischen stimmen würde, wenn natürlich auch die ambientalen Bedingungen, praktisch die Hotelleriekomponente des Krankenhauses den Erwartungen entspricht.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gibt es noch eine Frage an den Herrn Professor?

Wenn das nicht der Fall ist, dann bedanke ich bei Ihnen, Herr Professor, für Ihre Ausdauer bei der Beantwortung der Fragen (*Allgemeiner Beifall.*) und wollte Sie fragen, ob Sie vielleicht eine schriftliche Unterlage zur Verfügung stellen können, die wir dann an die Kommissionsmitglieder austeilen können.

Univ.-Prof. Dr. **Hinterhuber**: Wenn Sie mit meinen Power-Point-Präsentationen zufrieden waren, kann ich Ihnen sie selbstverständlich gerne zur Verfügung stellen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gerne. Dann dürfen wir dieses Angebot annehmen, Herr Professor.

Ich danke Ihnen für Ihren Vortrag und für die Fragen und darf Sie jetzt bitten wegen der Amtsbestätigung – ich glaube, Sie brauchen noch eine Unterschrift, für den Gebührenanspruch.

So damit hätten wir die heutige Tagesordnung durchgebracht und ich danke Ihnen.

Die Frau Dr. Pilz möchte sich noch zu Wort melden.

GRin Dr. **Pilz**: Ich wollte Sie fragen, wann das Gutachten des Herrn Prof. Mayer zu erwarten ist und wann seine Zeugenladung erfolgen wird.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ja, die Zeugenladung des Herrn Prof. Mayer ist für Donnerstag, den 24. April um 15.00 Uhr vorgesehen.

GRin Dr. **Pilz**: Und das Gutachten.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Das ist die mündliche Befragung.

Der Beweisbeschluss besteht darin, dass Prof. Mayer befragt wird. Und, wie gesagt, er wird nachträglich auch, nehme ich an, seine schriftlichen Unterlagen zur Verfügung stellen.

Bitte, Frau Korosec.

GRin **Korosec**: Herr Vorsitzender!

Wir haben in der Vorbesprechung aber gemeinsam beschlossen und das wurde auch zugesagt, dass das Gutachten, weil immerhin geht es ja um ein rechtliches Gutachten von Prof. Mayer, wo man also sofort Bezug nehmen soll, weil sonst tun wir das ganze wieder verzögern, dass das schriftliche Gutachten eine Woche vorher an die Mitglieder kommt, damit wir die Möglichkeit haben, das auch natürlich rechtlich bewerten zu lassen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Sie kennen den Beweisantrag Nr. 50 vom 25. März 2008 nehme ich an. Ja, und der ist beschlossen worden und hier steht, dass eben die Ladung beantragt wird als Sachverständiger in die Untersuchungskommission betreffend die Tätigkeit und die Behandlung von Sachverhalten. Also da ist genauestens, dass er eben dazu befragt wird oder dazu ein Referat hält. Aber von einem schriftlichen Gutachten habe ich da nichts gesehen.

GRin **Korosec**: Aber es wurde besprochen. Also ich nehme an, die anderen Fraktionen wissen das auch, mit Ihnen gemeinsam, dass wir eine Woche – weil es ist sinnvoll, natürlich kann man es so auch machen, aber das heißt, dass man dann noch einmal, dann dauert es wieder eine Woche, weil dann muss diese Unterlage wieder rechtlich bewertet werden, also es wäre sinnvoller, dass wir vorher das Gutachten haben, dann kann das bewertet werden und wir können, wenn dann Herr Prof. Mayer kommt, dann schon für uns wieder kopieren oder auch überhaupt einverstanden sein möglicherweise sogar.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Aber ich glaube nicht, dass der Herr Prof. Mayer bis zu diesem Zeitpunkt ein Gutachten erstellen wird. Ich war bei ihm, er hat mich gebeten, er hätte gerne Fragen, dass Fragen an ihn gerichtet werden schriftlich, damit er die auch in seinem Vortrag dann beantworten kann.

Also, wenn Sie Fragen haben oder wenn Sie bestimmte Fragen an den Herrn Prof. Mayer haben, dann würde ich Sie bitten, diese schriftlich zu formulieren, dass ich sie ihm zukommen lassen kann und dann wird er in diesem Vortrag oder, wie gesagt, er wird sicher auch nachher eine schriftliche Unterlage zur Verfügung stellen.

Bitte, Herr GR Deutsch.

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

Ich weiß, dass in einer der Vorbesprechungen vor der Konstituierung der Untersuchungskommission der Wunsch war, wenn diese Möglichkeit vorhanden ist, dass wir dieses Gutachten eine Woche vorher bekommen. Natürlich hängt das vom Prof. Mayer ab, wie letztendlich er das dann selber handhabt, aber es war der allgemeine Wunsch.

Sie haben ja am Montag alle Sprecher der Fraktion aufgefordert, jene, die telefonisch anscheinend erreichbar waren, bis heute, also zur heutigen Sitzung, eine Fragenliste zu übermitteln, praktisch um noch den Antrag, der ja bereits eingebracht wurde, noch zu präzisieren und ich darf Ihnen unsere Liste überreichen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke schön. –

Bitte Frau Dr. Pilz.

GRin Dr. **Pilz**: Ja, nachdem ich nicht erreicht worden bin, wusste ich von der Frist nichts. Ich gehe davon aus, dass man ...

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Selbstverständlich haben Sie die Möglichkeit, selbstverständlich werde ich das noch zulassen. Das ist keine Präklusivfrist.

GRin Dr. **Pilz**: Ich hätte nie unterstellt, Herr Vorsitzender, dass Sie mit Tricks arbeiten würden. Da bin ich ganz sicher und nehme das auch so hin.

Also wir werden das tun.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich darf Sie bitten, Ihre Fragen ebenfalls zur Verfügung zu stellen.

GRin Dr. **Pilz**: Wir werden das tun, wir werden das tun. Sind aber nach wie vor unglücklich darüber, dass es so läuft und nicht anders. Das will ich einfach auch sagen, weil das macht die Sache nicht leichter.

Wenn wir das jetzt umdrehen, dann würde das bedeuten, dass wir jetzt die Fragen schicken müssen, dass er dann ein schriftliches Gutachten macht und das wir dann erst da haben. Also

das verlängert die ganze Sache enorm. Also so ist das die schnellere Variante.

GRin **Korosec**: Aber die Fragen an sich wären ja nicht notwendig, weil ...

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Es war der Wunsch des Herrn Prof. Mayer – ich gebe den Wunsch kommentarlos weiter, bitte.

Wenn Sie seinem Wunsch nachkommen wollen, dann bitte ich Sie, dass Sie mir die Fragen zukommen lassen. Wenn nicht, dann können Sie die Fragen dann mündlich an ihn richten.

GRin Dr. **Pilz**: Herr Vorsitzender, ich habe noch einen Wunsch nach einer kurzen anschließenden Besprechung der jeweiligen KlubvertreterInnen mit Ihnen und dem geschätzten Vorsitz hinsichtlich der Planung des Sommers.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Informell hätte ich noch eine Besprechung mit einer Rechtspflegerin für meinen Beruf, die aber nur bis 14.30 Uhr da ist.

GRin Dr. **Pilz**: Also wenn Sie auf Nadeln sitzen – also fünf Minuten, entweder fünf Minuten, es geht schnell oder wir machen uns einen Termin aus.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Würde ich Sie bitten, dass wir einen Termin ausmachen.

Dann bedanke ich mich und darf die Sitzung schließen.

(Ende: 14.00 Uhr)