

# Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates

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

### 6. Sitzung vom 15. Mai 2008

---

#### Wörtliches Protokoll

#### Inhaltsverzeichnis

- |                                                                               |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1. Eröffnung der Sitzung,<br>Feststellung der Anwesenden                      | S. 3               |
| 2. Vortrag und Befragung von<br>Frau Univ.-Prof. Dr. Karin<br>Gutiérrez-Lobos | S. 3 bis<br>S. 20  |
| 3. Vortrag und Befragung von<br>Herrn Univ.-Prof. Dr. Johannes<br>Wancata     | S. 20 bis<br>S. 38 |
| 4. Beweisantrag, Allfälliges                                                  | S. 38 bis<br>S. 42 |
| 5. Weitere Vorgangsweise                                                      | S. 42              |



(Beginn um 13.05 Uhr)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Ich darf Sie sehr herzlich zur heutigen 6. Sitzung der Untersuchungskommission betreffend gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien begrüßen.

Ich begrüße insbesondere – wieder fürs Protokoll – die anwesenden Mitglieder der Kommission.

GRin Mag. Waltraut Antonov.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Christian Deutsch.

GR Christian **Deutsch**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Marianne Klicka.

GRin Marianne **Klicka**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Ingrid Korosec.

GRin Ingrid **Korosec**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR David Lasar.

GR David **Lasar**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Dr. Claudia Laschan.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Anica Matzka-Dojder.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Dr. Alois Mayer.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Gabriele Mörk.

GRin Gabriele **Mörk**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Dr. Sigrid Pilz.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Karin Praniess-Kastner.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Mag. Sonja Ramskogler.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Silvia Rubik.

GRin Silvia **Rubik**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Kurt Wagner.

GR Kurt **Wagner**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Damit ist die Kommission beschlussfähig.

Wir haben als ersten Tagesordnungspunkt den Vortrag und die Aussagen von Frau Univ.-Prof. Dr. Karin Gutiérrez-Lobos, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie und Universitätsprofessorin an der Universität Wien.

Frau Professorin! Sie sind als sachverständige Zeugin geladen. Wenn man die Betonung auf Zeugin legt, dann darf ich Sie daran erinnern, dass Sie unter Wahrheitspflicht stehen. Wenn eine Anfrage oder etwas auftreten sollte wo Sie sich selbst belasten müssten und Sie in Schwierigkeiten bringen könnte, haben Sie das Recht die Aussage zu verweigern.

Frau Professorin! Darf ich Sie bitten mit Ihren Ausführungen zu beginnen.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren!

Liebes Publikum! Ich möchte mich zuerst bei Ihnen entschuldigen, dass ich mit dem Rücken zu Ihnen sitzen muss, das ist mir ein bisschen unangenehm, ehrlich gesagt.

Ich darf mich kurz vorstellen: Ich bin Fachärztin für Psychiatrie, bin Psychotherapeutin, bin in der Universitätsklinik für Psychiatrie an der Abteilung für Sozialpsychiatrie tätig. Habe einige Jahre von psychiatrisch-psychotherapeutischer Seite eine Justizanstalt für psychisch kranke Rechtsbrecher geleitet, das war die Justizanstalt Mittersteig. Ich habe zuletzt an der Universitätsklinik für Psychiatrie die Ambulanz bis September 2007 geleitet. Seit dem bin ich Vizerektorin und nicht mehr ganz so in der aktuellen Versorgung engagiert.

Ganz kurz zu den Rahmenvorgaben für die psychiatrische Versorgung, ambulant und stationär. Das sind eigentlich Kriterien, die aus den 70er, 80er Jahren stammen, Sie kennen sie alle, gehen auf die Psychiatriereform zurück. Es sind die Kriterien Bedürfnis- und Bedarfsgerechtigkeit, Gemeindenähe und Integration, ambulant vor stationär. Da möchte ich gleich dazu sagen, dass unsere Finanzierung des Gesundheitssystems extrem lastig ist, was die stationäre Versorgung betrifft und eher den ambulanten Bereich schwieriger gestalten kann.

Integration in die Grundversorgung, das heißt, die Zentralisierung. Regionalisierung ist - da sage ich dann im Verlauf der Geschichte noch ein paar Sachen dazu – im Wesentlichen umgesetzt. Vollversorgung, Partizipation von allen daran beteiligten Anbietern, Gesundheitsberufen, PatientInnen und Angehörigen.

Ich bringe Ihnen dann im Folgenden ein paar Daten, eine Auswahl von Daten aus dem Psychiatriebericht 2004, den ich gemeinsam mit der Frau Mag. Trapppl erstellt habe. Ich schicke aber gleich voraus und das werden Sie in allen Arbeiten zu diesem Thema finden, dass die Daten teilweise nicht vergleichbar sind, weil es damit zu tun hat, woher man diese Daten bekommt und auf welcher Grundlage die Berechnungen liegen. Das heißt, Sie könnten unter Umständen wo anders auch anders auch andere Daten finden,

weil die Datengrundlage eine andere ist.

Das kennen Sie aus dem Psychiatriebericht: 75 % der Hauptdiagnosen bei entlassenen PatientInnen werden aus der Psychiatrie entlassen, immerhin ein Viertel in Wien aus nicht psychiatrischen Anstalten. Wenn man das in gesamt Österreich betrachtet, ist dieser Anteil noch höher.

Es ist ein relativ großes Problem - ich überspringe jetzt kurz etwas - wenn Sie sich anschauen, wie die Diagnoseverteilung ist, dass nämlich in der Psychiatrie und ich sage das nicht sehr gerne, ich sage es nur, weil es üblich ist, die „schweren“ psychiatrischen Störungen behandelt werden, während das Spektrum der Diagnosen, die in den nicht psychiatrischen Abteilungen behandelt werden natürlich ein ganz anderes ist. Das ist das, was einmal auch Psychiatrie light genannt worden ist, das sind durchaus alles psychiatrische Erkrankungen. Jedoch solche, die zum Beispiel in Deutschland zunehmend an psychosomatischen Kliniken auch behandelt werden, nicht in psychiatrischen. Das ist ein großes Problem für die Psychiatrie, weil nämlich hier eine Tendenz besteht zu sagen, für die Psychiatrie, dort kommen nur mehr die „wirklich schweren Fälle“ hin. Ist ein ganz unangenehmer Selektionsmechanismus. Auch urteile ich für die dort Tätigen.

Ich weiß nicht, ob Sie sich erinnern können, vor 2, 3 Jahren war das eine psychosomatische Klinik in Eggenburg, die großen Widerstand von Seiten der PsychiaterInnen auch hervorgerufen hat.

Gehen wir noch einmal kurz zurück. Wer ist die Hauptpopulation, die in Wiener psychiatrischen Krankenanstalten behandelt wird? Da sind mehr Männer stationär als Frauen, aber das Alter ist ungefähr gleich. Das ist die Hauptpopulation, um die man sich wahrscheinlich auch kümmern muss, zwischen 20 und etwa 40 bis 50 Jahre.

Interessant eben, dass bei all diesen Diagnosen eben Männer häufiger betroffen sind. Das ist übrigens auch etwas, was ich auch gleich vorausschicken möchte, neben der forensischen Psychiatrie habe ich mich sehr viel mit geschlechtsspezifischen Fragestellungen in der Medizin überhaupt beschäftigt. In der Psychiatrieplanung gibt es kaum Daten, kaum geschlechtsspezifische Daten. Ich habe mich hier sehr bemüht, das, was verfügbar war, auch geschlechtsspezifisch zu analysieren, weil wir wissen, dass das auch etwas mit Bedürfnis und Bedarf zu tun hat, der kann nämlich sehr unterschiedlich sein zwischen Männern und Frauen. Als Beispiel sage ich nur alkoholranke Männer. Das ist viel einfacher, die haben einen viel besseren Zugang zur Behandlung. Bei Frauen ist das viel stigmatisierter, die brauchen eigentlich

eigene und geschützte Einrichtungen.

Die Bettenmessziffern, ÄrztInnen, Krankenpflegefachdienstpersonal. Das kennen Sie wahrscheinlich alles, das sind Daten vom Vorjahr. Da ist Wien im Durchschnitt dessen, was für Österreich auch im ÖSG angegeben wird. Die Vollzeitäquivalenten ÄrztInnen. Da sind natürlich auch die ÄrztInnen in Ausbildung dabei, das ist etwa ein Drittel bis ein Viertel. Dazu muss man allerdings sagen, dass das auch zum Beispiel in Deutschland in der Psych-PV genau so ist, dass dort auch ÄrztInnen in Ausbildung bei der Personalberechnung inkludiert sind. Auch was das Krankenpflegepersonal betrifft, sind wir im guten österreichischen Durchschnitt in Wien.

Ich habe es Ihnen auch aufgeschlüsselt mit und ohne Universitätsklinik für Psychiatrie, die ein bisschen eine höhere ÄrztInnenzahl hat, die aber dadurch bedingt ist, dass die Universitätsklinik auch Lehre und Forschung neben der PatientInnenbetreuung unternehmen muss.

Etwas, was ganz interessant ist - vielleicht auch zur Illustration der Versorgungslage - wenn man sich die Zahl der Suizide in Wien anschaut. Seit 1997 sind erstmals seit 100 Jahren, ich weiß nicht, ob Sie das wissen, die Suizide in Wien unter 300 gesunken. Wien war lange Zeit überhaupt führend was Suizide betrifft in Österreich. Mittlerweile sehen Sie, ist Wien an 3., 4. Stelle, nämlich von der geringeren Seite her. Betroffen von Suiziden sind hauptsächlich Männer, das entspricht auch internationalen Ergebnissen. Es sind besonders – diese Folie habe ich Ihnen hier jetzt nicht dazu gegen – geschiedene und allein stehende Männer, die, wenn man jetzt den Familienstand betrachtet, von Suiziden betroffen sind.

Etwas, was ich ganz grundsätzlich wichtig halte, nämlich auch für die Koordination, die Kooperation, ist die Frage der Rettung. In Deutschland zum Beispiel gibt es Untersuchungen, dass die Rettungseinsätze auf Grund psychischer Störungen enorm gestiegen sind, also deutlich mehr als bei uns, aber sie sind auch bei uns gestiegen. Ein bisschen ein Problem haben wir mit der Bezeichnung. Es wird einfach unter dem Begriff „Psychose“ bei der Rettung alles subsumiert, was irgendwie mit psychischen Erkrankungen zu tun hat, nur Alkohol und Suizide werden getrennt erhoben.

Wir machen jetzt auch bei der Wiener Rettung eine Untersuchung über die Belastung, über die Einschätzung, über die Kenntnisse in psychiatrischen Fragestellungen. Ich halte das für eine ganz, ganz wichtige Koordinationsfrage, da ja die Rettung oft auch PatientInnen, die dann untergebracht werden, hier auch für den Transport verantwortlich ist.

Das sind hier nur Beispiele und mich nicht zu steinigen, dass hier natürlich Dinge fehlen. Es ist

vollständiger im Bericht aufgezählt. Es steht für Interventionen in Suizidfällen das Kriseninterventionszentrum zur Verfügung. Sie sehen, da bleiben Leistungen und Personal über die 5, 6 Jahre des Berichtes ungefähr gleich. Natürlich ist auch hier zu überlegen, ob eine Personalaufstockung stattfinden kann.

Wir haben den sozialpsychiatrischen Notdienst, der auch für psychiatrische Notfälle zur Verfügung steht. Wenn man hier Schwäche/Stärke Analyse machen will, hier wird von vielen gesagt, dass es ganz wichtig wäre, den Notdienst auch dezentraler zu gestalten. Das ist derzeit eine zentrale Stelle. Und auch die mobilen Einsätze zu erhöhen. Das Kriseninterventionszentrum bietet keine mobilen Einsätze an. Das ist der wesentliche Unterschied und das sind Zahlen aus 2002 und 2003.

Etwas was mir ein besonderes Anliegen ist, ist etwas sehr Besonderes, das natürlich nicht nur Wien und Österreich betrifft, sondern international beobachtet wird, dass Krankenstände auf Grund psychischer Erkrankungen enorm steigen. Sie steigen bei Frauen auch mehr als bei Männern. Es steigen auch die Krankenstandstage und die Dauer steigt bei Frauen mehr als bei Männern. Es gibt leider keine für Wien ausgewiesene Statistik. Die PVA erhebt das nur für Österreich insgesamt. Die Pensionierungen sind in den letzten 10 Jahren um 60, 70 % gestiegen. Psychiatrische Erkrankungen sind an 2. Stelle für vorzeitige Pensionierungen eine Berufsunfähigkeit. Das ist, wie gesagt, ein Problem, das generell beobachtet wird. Hier halte ich es für ganz dringend notwendig, psychische Vorsorge in den betriebsärztlichen Diensten auch zu integrieren. Wir machen jetzt auf der Medizin Uni auch ein diesbezügliches Projekt. Das ist, glaube ich etwas, wo extremer Bedarf besteht, weil das tatsächlich zu einem, Sie sehen das auch pro 1 000 Erwerbstätige ausgewiesen, zunehmenden Problem werden wird.

Zu den Unterbringungen. Ich glaube, das haben Sie schon gehört, ich denke, Sie haben den Herrn Prof. Dr. Salize hier als Gast gehabt, Österreich hat im internationalen Vergleich eine relativ hohe Unterbringungsrate. In Wien ist die Rate relativ niedrig, wie Sie sehen und auch deutlich unter dem österreichweiten Durchschnitt. Man kann eigentlich nicht bewerten, ob das gut oder schlecht ist oder was wir dazu aussagen können. Auch das ist etwas, was ich bereits mehrfach in Publikationen dazu geschrieben habe. Wir wissen es eigentlich österreichweit nicht, welche Personen von Unterbringungen betroffen sind. Wir wissen auch nicht, ob es Männer oder Frauen sind. Wir wissen nicht, welche Konstellationen bei der Unterbringung zusammentreffen müssen, damit es dann schluss-

endlich zu einer Unterbringung kommt. Hier haben wir eigentlich wenige Daten, hier kann man eigentlich nicht wirklich etwas bewerten. Das Einzige, was man aus den Daten, die wir haben wissen, ist, dass, wie gesagt die absolute Zahlen steigen, aber nicht in der Relation, weil die Aufnahmen auf der Psychiatrie insgesamt steigen und dass die Verweildauer in der Unterbringung immer kürzer wird. Das wissen wir, weil sehr viele Unterbringungen zunehmend vor der ersten gerichtlichen Anhörung aufgehoben werden. Das heißt, es sind oft nur ein, zwei, drei, maximal Tage, wie lange eine Unterbringung durchschnittlich dauern kann.

Hier sehen Sie den letzten Vergleich, aber das kennen Sie wahrscheinlich, das ist eine Statistik von ÖBIG.

Etwas, was damit ein bisschen im Zusammenhang steht und das erwähnt Prof. Dr. Schanda, der die Justizanstalt Göllersdorf leitet, immer wieder, dass die Anzahl der in Maßnahmenvollzug untergebrachten Menschen steigt. Sie steigt hauptsächlich deswegen, weil viele nicht entlassen werden, weil es hier offenbar zu wenig Nachbetreuungseinrichtungen gibt. Das betrifft aber auch nicht Wien, sondern das betrifft Österreich generell.

Ein zweiter Punkt, da bin ich bei vielen Argumentationen nicht ganz so der Meinung des Herrn Prof. Dr. Schanda, aber hier sieht man die Prävalenz. Es ist tatsächlich aber auch so, dass das Unterbringungsgesetz den Begriff „Gefährlichkeit“ sehr eng definiert im Vergleich zum Strafrecht, sodass es eigentlich viel leichter ist, zum Beispiel bei einer banalen, einer gefährlichen Drohung verurteilt zu werden, als gemäß Unterbringungsgesetz aufgenommen zu werden. Das ist aber eine rechtliche Fragestellung. Aber, das bewirkt natürlich auch derartige Zahlen.

Zur Frage der ambulanten Versorgung. PsychiaterInnen in Wien: wahrscheinlich eine ausreichende Zahl, nur ganz wenige, Sie sehen das da unten in grün herumtümpeln mit einem § 2-Kassenvertrag. Wenn man jetzt vergleicht, es hat ja früher gegeben, auch ich bin noch Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie und dann hat es FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie gegeben und beide durften beides behandeln. Das Interessante ist, dass offenbar auch historisch gesehen NeurologInnen deutlich mehr Kassenverträge haben, traditioneller Weise, als PsychiaterInnen und hier versorgungswirksamer sind. Sie dürfen natürlich psychiatrische PatientInnen behandeln, sie tun es auch, aber sie haben natürlich den Schwerpunkt der Ausbildung auf Neurologie und nicht auf Psychiatrie. Das überspringe ich jetzt.

Wenn man sich anschaut die Frage nach Versorgungsregion, dann sehen Sie, es gibt zwei

Regionen die sehr gut versorgt sind, nämlich die Region I und VIII, also der 8. Bezirk, der 4. bis 9. Bezirk und der 17., 18., 19. Bezirk, die anderen sind deutlich schlechter versorgt mit privaten PsychiaterInnen, nicht die Kassenverträge, die sind ungefähr gleich verteilt.

ÄrztInnen mit Psy-Diplom, das sage ich deswegen, weil wir ja wissen, dass eigentlich primär die erste Anlaufstelle für psychiatrische PatientInnen in der Praxis Allgemein MedizinerInnen sind und nicht PsychiaterInnen und sich in dem Zusammenhang natürlich auch immer die Frage stellt, wie gut sind die ausgebildet? Auch da ist meine Anregung und das habe ich auch schon öfters gesagt, natürlich auch die Allgemein MedizinerInnen sowieso besser auszubilden. In Psychiatrie ist es derzeit so, dass in der ÄrztInnenausbildungsordnung Allgemein MedizinerInnen wahlweise entweder zwei Monate Psychiatrie oder zwei Monate Neurologie machen können. Das ist natürlich aus meiner Sicht sehr wenig. Die müssen natürlich auch die anderen Fächer in einem ausreichenden Ausmaß machen. Ich würde mir aber hier sehr wohl eine Erhöhung der Ausbildungsdauer wünschen, weil wir wissen, dass sie versorgungswirksam sind. Sie machen aber zusätzliche Ausbildungen. Es gibt Ärztekammerdiplome für psychosoziale, psychosomatische und psychotherapeutische Medizin. Da an dieser Ausbildung sind durchaus auch die Allgemein MedizinerInnen beteiligt. Sie sehen hier die Statistik, Psy I ist Psychosoziale Medizin, Psy II Psychosomatisch, Psy III Psychotherapeutisch und da ist der Anteil der Nicht-PsychiaterInnen zumindest bei Psy I und Psy II relativ groß, sodass es zumindest eine Basisausbildung gibt.

Jetzt haben Sie hier noch die PsychotherapeutInnen in Wien nach Versorgungsregionen. Auch hier sehen Sie ein ähnliches Muster wie bei den niedergelassenen FachärztInnen, dass es besonders bevorzugte Gebiete gibt, wo besonders viele PsychotherapeutInnen eine Ordination haben.

Dazu möchte ich jetzt noch Folgendes sagen, dass hier natürlich die psychotherapeutische Versorgung prinzipiell ein Problem ist. Wir haben keine Gesamtlösung mit der Krankenkasse in Wien, es sind zu dem Zeitpunkt der Untersuchung etwa 100.000 Stunden pro Jahr von der Krankenkasse finanziert worden. Wien ist damit in Österreich eigentlich am besten gestellt, man schätzt, dass etwa ein Viertel des Bedarfes an Psychotherapie damit gedeckt ist. Natürlich des geschätzten Bedarfs, es ist hier ganz schwer Bedarfszahlen zu erheben. Wie gesagt, es gibt Bundesländer, wo das deutlich geringer ist. Aber auch hier wird natürlich eindeutig ein Ausbau gefordert. Ich glaube, es war im Jahr 2005, da

waren bereits im Februar die Kassenplätze für die Psychotherapie ausgebucht. Das ist natürlich wirklich ein Problem, sodass dann die PatientInnen, die nachher einen Bedarf hatten, unter Umständen fast ein Jahr warten mussten.

Das ist auch ein generelles Problem, es gibt keine bundesweite Regelung, wie gesagt, für die psychotherapeutische Versorgung.

Eine Statistik von der Angehörigenbewegung, die Hilfe für psychisch Erkrankte. Die HPE wurde 1988 in Wien mit Mitteln der Stadt Wien und des Bundes gegründet und ist eine Angehörigenvereinigung; sind zu mehr als die Hälfte Frauen, die also weibliche Angehörige betreut. Und das wissen wir auch aus anderen Fällen, dass es natürlich hauptsächlich die Frauen sind, die Angehörige pflegen. Sie bieten aber auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen niederschwellige Hilfen, Informationen an, sind in vielen Fällen die erste niederschwellige Ansprechstelle für Menschen, die sich nicht primär an eine Psychiatrie, eine Ambulanz oder einen niedergelassenen Facharzt/Fachärztin wenden möchten. Was von der HPE gesagt wird, ist, dass auf Grund zu geringer Zuschüsse und Mittel eine weiterer Ausbau der Betreuung – Sie sehen das auch ein bisschen an den sinken Zahlen – derzeit nicht möglich ist. Ressourcen werden auch für diesen Verein benötigt.

Hier sehen Sie noch, welche KlientInnen in der HPE beraten werden, nach Diagnosen, sind natürlich zum größten Teil Angehörige von schizophrenen PatientInnen mit affektiven Erkrankungen.

Jetzt noch eine Leistungsstatistik des Sozialpsychiatrischen Ambulatoriums in Wien. Die sozialpsychiatrischen Ambulatorien sind in Versorgungsregionen eingeteilt. Sie sehen hier, wie viel PatientInnen Frauen/Männer, wie viele Einzelleistungen, Konsultationen und Hausbesuche angeboten werden. Stellt also eine sehr niederschwellige dezentrale Versorgungseinrichtung dar. Gewünscht wird, dass es mehr nachgehende Betreuung wird, das ist etwas, was hauptsächlich von den PatientInnen selber auch kommt und eine bessere Vernetzung mit den stationären Einrichtungen stattfindet.

Einrichtungen, die weiters vom Psychosozialen Dienst betrieben werden, sehen Sie hier: Therapeutische Wohneinrichtungen, Tagesstätten, Psychosoziale Zentren usw., sowie der Sozialpsychiatrische Notdienst.

Hier haben Sie noch eine Statistik zum Fachpersonal, das in Wochenstunden und Vollzeit äquivalenten und pro 10.000 EinwohnerInnen angegeben ist.

Jetzt habe ich hier sehr ausgewählte Daten, jetzt möchte ich aber noch ganz prinzipiell etwas sagen, weil es hier auch um eine Bewertung der

psychiatrischen Versorgung geht, was wir eigentlich wissen.

Das heißt, das Wichtigste ist und das verlangen alle Politiker, alle Entscheidungsträger, man braucht Grundlagen für die Planung und diese Grundlagen müssen irgendwie herbei geschafft werden. Das heißt, man evaluiert meistens den Ist-Zustand. Da hat der ÖBIG-Bericht, ich glaube das war im Jahr 1997, schon darauf hingewiesen, dass es ganz, ganz schwierig ist, verlässliche Daten zu bekommen und dass man eigentlich nicht genau weiß, woher diese Daten sind und worauf sie sich beziehen. Ich sage das jetzt hier ausdrücklich, das ist kein Wiener Problem, das ist kein österreichisches Problem, das ist im Bereich der Psychiatrie, aber auch sonst im Gesundheitswesen, ein internationales Problem.

Wie wird der Versorgungsbedarf bestimmt? Man erheben epidemiologische Daten in Österreich, wir sind ein epidemiologieloses Land sage ich immer, wir haben nämlich kaum Daten. Aber nicht nur nicht zur Psychiatrie, sondern auch nicht zu anderen Erkrankungen.

Wenn Sie meinen Psychiatriebericht lesen, dann habe ich mich über die Häufigkeit, über das Auftreten von psychischen Erkrankungen, auf internationale Daten aus anderen Großstädten bezogen, weil wir sie nicht haben. Das machen auch alle anderen Berichte so. Weil nämlich, wenn man z.B. Feldstudien machen würde, um die wahre Prävalenz herauszufinden, das kostet unglaublich viel Geld, das ist nur in ganz geringem Umfang auch international möglich, sodass man sich eigentlich immer, wie gesagt, auf internationale Studien bezieht.

Eine weitere Möglichkeit der Definition ist, dass man ExpertInnen befragt, was sie als Standard einschätzen. Das ist ein sehr probates Mittel, das auch sehr oft gemacht wird, dass man Bedarfsindizes bestimmt. Das heißt, soziodemografische Variablen und dass man PatientInnenbedürfnisse bestimmt. Auch das ist eine Methode, wo es mittlerweile standardisierte Befragungsinstrumente gibt, um PatientInnen zu befragen, welche Form oder welche Bedürfnisse sie einfach an die Versorgung haben.

Nun sind diese Bedarfszahlen alle sehr gut, sie haben eine Indikatorfunktion, sie können normieren, sie bieten eine Argumentationsgrundlage, aber sie sind im außerstationären Bereich in der Psychiatrie international ziemlich unzulänglich.

Ich darf Ihnen das, ich weiß nicht, ob Sie es lesen können, das ist so klein geschrieben:

Das hat mir Frau Dr. Zechmeister freundlicherweise vom Boltzmann Institut für Health Technology Assessment zur Verfügung gestellt. Die hat sich das genau angeschaut: Woher kommen überhaupt diese Bedarfszahlen in der

ambulanten Psychiatrie?

Da gibt es 1992 einen ersten Bericht vom Gesundheitsministerium. Da werden Daten genannt, die basieren auf Daten aus Deutschland und anderen Daten.

Dann gibt es den Tiroler Psychiatriebericht, den es seit 1993 gibt, der hat auch wieder teilweise solche Daten und anderen Daten. Alle folgenden Berichte beziehen sich in ihren Bedarfszahlen auf diese Daten. Das ist aber nicht nur, wie gesagt, in Österreich so, das ist auch international so.

Heinz Katschnig hat sich im Niederösterreichischen Psychiatriebericht teilweise auch auf Daten aus Großbritannien bezogen

Wenn Sie jetzt weiter schauen: Wie ist die internationale Lage? Dann sehen Sie, dass z.B. für die Psychosoziale Beratung überhaupt keine Kennzahlen angegeben werden, in Deutschland und international nicht, weil man nämlich andere Strategien verfolgt. Die aktuelle Strategie „wie plane ich eine ambulante psychiatrische Versorgung?“ geht weg davon, dass man Einrichtungen plant. Sondern, dass man einmal primär Bedürfnisse erhebt, Leistungen erhebt und schaut, wie kann ich diese Leistungen dann auch umsetzen. Es wird auch betont, dass es sehr wichtig ist, dass man das nicht international und nicht national erhebt, weil das sehr oft nicht vergleichbar ist, sondern dass man das sehr regional auch untersucht und schaut, welche Bedürfnisse hat eine bestimmte Region. Und - und das ist sicherlich ein ganz wichtiger Grundsatz für alle diese Planungen - dass sämtliche AkteurInnen hier mit einbezogen werden, also die PatientInnen, die AnbieterInnen und natürlich auch die ExpertInnen, dass es auch wirklich in einem demokratischen Prozess zur Ermittlung von Bedarfszahlen kommt.

Ich möchte mich damit für Ihre Aufmerksamkeit bedanken und stehe für Fragen – ich habe sicher ganz viel vergessen jetzt zu sagen – zur Verfügung. Danke schön. (*Allgemeiner Beifall.*)

Etwas muss ich Ihnen noch sagen, das habe ich vergessen. Wiener Bündnis gegen Depression, das habe ich nicht erwähnt, Antistigmamaßnahmen sind natürlich auch in Wien, das ist ein ganz wichtiger Teil. Das läuft jetzt seit fast 2 Jahren, hat großen Zuspruch und hat, glaube ich, sehr viele Menschen mittlerweile erreicht. Sowohl ExpertInnen, Allgemein MedizinerInnen, PatientInnen, Angehörigenveranstaltungen sind eigentlich immer ausgebucht, muss man dazu sagen. Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau Professor! Ich danke Ihnen vielmals für Ihre Ausführungen.

Wir beginnen jetzt mit den Fragen.

Frau GRin Korosec, bitte.

GRin **Korosec**: Sehr geehrte Frau Professor! Recht herzlichen Dank für Ihre Ausführungen.

Nach dem ich Ihre Homepage gelesen habe und festgestellt habe, dass Sie sich auch sehr stark mit Frauen beschäftigen, wäre meine erste Frage, wie Sie diesen Gesichtspunkt beurteilen, dass vor allem in Hinblick auf sexuell traumatisierte PatientInnen, die einem sexuellen Missbrauch ausgeliefert waren, in vielen Teilen des Otto-Wagner-Spitals es nicht einmal getrennte Nasszellen gibt? Wie sollte eine psychiatrische Abteilung bzw. ein Krankenhaus in punkto Geschlechtertrennung gestaltet sein und vor allem die Bedürfnisse sexuell traumatisierter bzw. missbrauchter Frauen?

Sie sind auch Mitglied im Team Österreichischer Psychiatriekoordinatoren. 1992 hat das ÖBIG bereits moniert, dass Wien über keinen einzigen Koordinator verfügt. Tatsache ist, dass es auch heute noch keinen gibt. Dass das hier natürlich sehr wesentlich wäre, das hat uns auch Frau Dr. MORITZ bei ihrem Vortrag gesagt. Wie beurteilen Sie das Fehlen eines Koordinators in Wien?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Danke für Ihre Fragen.

Zur ersten Frage: Da stehen Sie natürlich auch in eine ganz prinzipielle allgemein psychiatrische Diskussion. Ich habe 1984 meine Ausbildung auf der Psychiatrie begonnen und da hat es seit kurzer Zeit gemischte Stationen gegeben und das ist damals als der totale Fortschritt angepriesen worden, das war damals, ich kenne es nicht mehr anders, mit getrennten Stationen, aber früher gab es Männer- und Frauenstationen.

Sie haben natürlich völlig Recht, das ist eine, auch international geführte Diskussion, ob es eigene Einrichtungen für sowieso Mutter/Kind Betreuung, das gibt es im Otto-Wagner-Spital, das bietet wir auch auf der Psychiatrie im AKH an. Aber das ist natürlich ein prinzipieller Zugang zur Versorgung „wollen wir jetzt wieder getrennte Stationen haben“, das ist nicht ausdiskutiert. Ich glaube, dass das natürlich schon ein berechtigter Punkt ist, den man wahrscheinlich auch wirklich weiter diskutieren muss. Ich glaube sehr wohl, dass Frauen Schutzräume in solchen Situationen brauchen. Es ist prinzipiell in der Psychiatrie die stationäre Gestaltung derzeit nicht in diese Richtung oder ist nicht derartig ausgerichtet, ist aber sicher etwas, was eigentlich auch gemacht werden sollte.

Zur zweite Frage der Koordination. Das habe ich sogar im Psychiatriebericht geschrieben, dass wir das brauchen. Es gibt, glaube ich, derzeit drei Psychiatriekoordinatoren in drei Bundesländern. Ich glaube, das ist sicherlich auch zur Koordination der vielen unterschiedlichen

ambulanten Einrichtungen ganz dringend wichtig. Ich denke, dass man dem durchaus zustimmen kann. Habe ich aber selber auch geschrieben.

GRin **Korosec**: Darf ich noch einmal nachstoßen?

Frau Professor! Es geht mir da vor allem um die Nasszellen. Ich verweise da auf das Buch von Brigitte Schwaiger, wo man bei „Fallen lassen“ lesen kann: „Verlässt eine Frau im Nachthemd das Frauenschlafzimmer stößt sie zusammen mit einem aus einem neben anliegenden Männerzimmer torkelnden, unfrisierten, halbnackten Mann.“ Das ist ja auch im Otto-Wagner-Spital ...

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Das kann Ihnen natürlich in jedem Spital passieren, auch auf nicht psychiatrischen Abteilungen, das muss man schon auch sagen.

Jetzt jenseits der Polemik glaube ich, dass das schon ganz wichtig ist, Schutzräume für traumatisierte Frauen zu schaffen. Das ist überhaupt keine Frage.

Ich denke mir, dass ist wirklich eine große Diskussion in der Psychiatrie allgemein, ob Stationen getrennt oder nicht getrennt geführt werden sollen. Das ist völlig richtig.

Wie gesagt, einem halbnackten Mann kann ich auf der Intensivstation auch begegnen. Das ist eine spitalsimmanente Problematik.

Nichtsdestotrotz glaube ich, dass das wichtig ist.

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

GRin **Mörk**: Sehr geehrte Frau Professor! Vielen Dank für Ihre Präsentation und für Ihre sehr interessanten Ausführungen.

Sie sind ja die Autorin des Wiener Psychiatrieberichtes 2004. Aus dem geht auch hervor, dass psychische Erkrankungen sehr häufig sind. Da gibt es auch Schätzungen von der WHO, dass z.B. weltweit 450 Millionen Menschen an neuropsychiatrischen Störungen leiden. 1,1 Millionen an Depression, 24 Millionen an Schizophrenie und 37 Millionen Menschen an Morbus Alzheimer.

In dem Bericht steht auch drinnen, dass jeder 4. bis 5. Mensch einmal in seinem Leben an einer psychiatrischen Erkrankung leidet und dass ca. 5 % der Bevölkerung an behandlungswürdiger Depression erkranken.

Ich möchte Sie daher fragen: Was ist über die Ursachen dieser psychiatrischen Erkrankungen bekannt? Welche Methoden gelangen hier zur Anwendung? In diesem Bereich gibt es sehr unterschiedliche Formen, z.B. im AKH kommen ja keine Netzbetten zur Anwendung.

Nachdem Sie sich auch so geschlechtsspezifisch in diesem Bericht auseinandersetzen, wie

sieht die Verteilung von psychischen Erkrankungen in Bezug auf das Geschlecht, auf die soziale Herkunft und auf die ethnische Herkunft aus?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Darf ich mit der letzten Frage beginnen und erinnern Sie mich wieder an die erste Frage.

Das was wir wissen ist: Armut macht krank, Armut macht auch psychisch krank. Das ist sicherlich ein ganz, ganz wichtiger Faktor. Wir gehen von multifaktoriellen Entstehungsbedingungen bei psychiatrischen Erkrankungen aus: anlagebedingt, umweltbedingt und externe Faktoren.

Was wir wissen ist, dass das so zu sein scheint, weil, ich beschäftige mich auch damit, wie geschlechtsspezifisch unterschiedlich die Diagnosekriterien in der Psychiatrie sind, aber nach den derzeit gültigen ist es so, dass offenbar Frauen zweimal bis dreimal so häufig an Depressionen erkranken, auch häufiger an Angst erkranken. Aber bei der Schizophrenie gibt es ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis.

Was man bei der Depression weiß und das ist auch eine Untersuchung, die ich gemacht habe, ist und das liefert ein bisschen einen Hinweis auf: „was soll man behandeln?“. Es sind nicht die Frauen depressiv, sondern es sind hauptsächlich verheiratete bzw. Frauen, die in einer Partnerschaft leben sind zweimal bis dreimal so häufig depressiv. Ehe macht Männer glücklich, Frauen unglücklich, könnte man jetzt so ein bisschen flapsig gesagt sagen. Aber, es ist nicht der Eheschein, sondern es sind Mehrfachbelastungen, die damit einhergehen. Es sind besonders Frauen, die sich um Vorschulkinder kümmern zu haben. Daraus sieht man schon, eine wahrscheinlich alleinige Behandlung mit Antidepressiva in vielen Fällen, aber nicht in allen. Ich warne auch davor zu generalisieren. Wahrscheinlich zu kurz greift, dass hier auch andere Maßnahmen jenseits des Gesundheitssystems getroffen werden müssen.

Die Behandlung besteht klassischerweise auch aus den verschiedenen Säulen, also psychotherapeutisch, medikamentös und natürlich auch psychoedukative, psychosoziale Maßnahmen, die in der Psychiatrie und wenn wir wissen hohe Krankenstände, hohe Arbeitslosigkeit, Frühpensionierungen, die dann auch mit Arbeitsrehabilitation u.ä.m. zu tun haben. Das sind sehr verwickelte Behandlungsstufen, die da eigentlich dafür notwendig sind und – das ist ja auch das Problem dabei – die teilweise gar nicht vom Gesundheitssystem zu leisten sind, sondern vom Sozialsystem. Das macht es auch teilweise so schwierig hier Koordination und auch Planungen vorzunehmen.

Wollten Sie noch etwas Konkretes?

GRin **Mörk**: Bezüglich der unterschiedlichen

Behandlungsmethoden, ich habe da z.B. kurz angesprochen im AKH kommen keine Netzbetten zur Anwendung.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Netzbett ist ja keine Behandlungsmethode.

GRin **Mörk**: Nein, aber eine Maßnahme.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Es ist eine Maßnahme, es ist keine Behandlungsmethode.

Nein, wir verwenden keine Netzbetten. Sie möchten jetzt wissen, was besser oder schlechter ist?

Wir haben eine Veranstaltung vor 2, 3, 4 Wochen. Es gibt weder international noch national Empfehlungen, ob Netzbetten gut oder schlecht sind. Es wird medizinisch sehr unterschiedlich bewertet, aber es gibt eigentlich keine Untersuchungen dazu.

Ich glaube, wenn ich das jetzt vielleicht auch hier dazu sagen kann, weil mir das ein Anliegen ist, da könnte man die Kommission dazu benutzen. Es gibt ÄrztInnen oder in der Psychiatrie Tätige, die durchaus Netzbetten in Ordnung finden und es gibt andere, die es nicht in Ordnung finden. Da fließen Meinungen, Werte usw. ein. Ich glaube, man sollte ganz offen darüber sprechen können, wer was wie findet. Untersuchungen gibt es keine dazu.

Ich glaube, auch die, die das gut finden, müssen das sagen dürfen, ohne dass irgendwie viel passiert. Aber man muss auch das andere sagen können. Dazu gibt es leider fast überhaupt keine Untersuchungen. Prof. Finken hat das einmal in der Schweiz gemacht, wie die PatientInnen selber Zwangsmaßnahmen erleben. Die haben das natürlich dort auch in dieser Untersuchung zum Großteil nicht als angenehm und zielführend empfunden. Ich muss dazu sagen, auch die PsychiaterInnen machen das nicht gerne, auch für uns und für das Pflegepersonal ist jede Form der Zwangsmaßnahme eine extreme Belastung. Ich glaube, dass es hier ganz wichtig ist, sich wirklich auseinander zu setzen, auch mit dem Erleben und den Erfahrungen aller dort in dem Bereich Tätigen.

Wie gesagt, Richtlinien gibt es da keine. Es gibt international keine Ächtung oder keine Empfehlung dazu.

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

Frau GRin Dr. Pilz, bitte.

GRin Dr. **Pilz**: Bevor wir auf die Netzbetten kommen, die sind ja nur ein Teilproblem unserer Arbeit, möchte ich dich bitten, nach dem du als Koordinatorin und Projektleiterin dieses Wiener Psychiatrieberichts 2004 firmierst, deinen Ausführungen vor allem die Schlussfolgerungen und die Konsequenzen, die du in der Studie gezogen hast, nachzustellen, die du jetzt leider nicht vorgetragen hast.

Es ist insofern für uns wichtig, weil da sind ja jede Menge unerledigte Vorhaben z.B. Dezentralisierung nicht abgeschlossen, Undurchlässigkeit der Sektoren, keine bestehende freie Arztwahl usw. Das ist wichtig, dass man nicht nur im Fachdiskurs bleibt, weil wir haben hier die politische Verantwortung zu behandeln. Jetzt haben wir genau den relevanten Bereich, der mich im Rahmen deines Vortrages am meisten und uns auch alle interessierten muss. Was ist alles nicht gemacht worden in Wien seit 2004? Was hat man damals schon klar als Mangel definiert? Warum hat man es bis jetzt nicht gemacht? Was heißt es, dass diese Dinge fehlen?

Ich würde dich auch bitten – ich kann auch all diese Dinge vorlesen - dass du selber vorträgst, was hier alles nicht erfolgt ist, was man deinem Buch hier entnehmen kann.

Die nächste Frage, die ich jetzt an dich stellen möchte und das ist hier unsere Aufgabe: Ob hier Missstände und Versorgungsmängel in Wien hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung bestehen? Kann man diese Frage redlich beantworten, ohne die ambulanten Leistungen des PSD anzuschauen? Ist es denkbar, dass man hier ohne diese Auskünfte auskommt? Das ist insofern wichtig, weil du auch auf die Rolle des PSD in deinem Vortrag eingegangen bist.

Als Letztes. Die Datenlage ist schlecht, sagst du. Ist die Datenlage besonders schlecht in Bezug auf den PSD? Das hast du in deinem Bericht auch erwähnt, man hat manche Kriterien auf besonderes Drängen mancher Vorstandsmitglieder – ich erinnere mich an die Debatten – überhaupt detaillierte Angabe hinsichtlich der Leistungen des PSD. Aber die Art und Weise, wie der PSD dokumentiert, ist nach wie vor nicht wirklich einpassbar – hat auch Frau Dr. MORITZ gesagt – in den Standard der Dokumentation und Evaluierung. Was macht man damit Angesichts dessen, dass wir nichts Genaues nicht wissen auf Grund solcher Fakten.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Auch so viele Fragen, du wiederholst sie schlimmstenfalls noch einmal.

Der PSD, wie gesagt, da hatte ich damals diese zwei Jahresberichte zur Verfügung. Ich denke mir, dass das, was ich vorhin in meinem Vortrag am Ende gesagt habe, dass eigentlich nur mehr Leistungen dokumentiert und erhoben werden, das spricht schon ein bisschen für die Art, wie der PSD das erhebt. Aber es ist natürlich nicht vergleichbar, dass stimmt auch, es ist schwierig zu vergleichen.

Aber es ist auch insgesamt schwierig zu vergleichen, weil z.B. selbst in Österreich, aber auch, wenn ich die deutsche Literatur hernehme, ist mir nie klar: Was ist Tagesstätte, was ist Klub? Da gibt es unterschiedliche Bezeichnun-

gen, die offensichtlich aber immer etwas Ähnliches meinen und das ist daher auch ganz schwer zu vergleichen. Ist auch mit den internationalen Studien ähnlich.

Die Frage der Regionalisierung. Regionalisiert ist, aber es ist die Dezentralisierung in Wien nicht vollständig durchgeführt. Dazu zwei Sachen, die sage ich jetzt aus meiner Praxis zum Teil und zum Teil auch, weil ich das natürlich höre, dass es sicherlich ganz schwierig ist und das wird auch international diskutiert, eine Sektorsierung vorzunehmen. Das heißt, zu sagen, ein bestimmtes Spital ist für eine bestimmte Region ausschließlich zuständig, weil es eben sehr wenig durchlässig ist. Es kann ja sein, dass ein Patient sich irgendwo im AKH - ist jetzt ein blödes Beispiel, aber ich sage es, weil es ein unverfängliches ist - nicht wohl fühlt und sagt, er will wo anders hingehen und das ist auch mit freier Arztwahl gemeint, das ist ja eigentlich sonst im medizinischen Bereich möglich.

Ich glaube, das hat man auch aus der Erfahrung gesehen, dass das wahrscheinlich schwierig zu gestalten ist und das müsste meines Erachtens - und das erlebe ich auch in der Praxis - sicherlich viel durchlässiger gestaltet sein.

Das, was natürlich auch von allen gesagt wird und da müssen sich alle an der Nase nehmen, ist eine bessere Kooperation und Koordination der Spitalsbehandlung mit den Niedergelassenen, mit den niedergelassenen FachärztInnen, aber auch mit den psychosozialen Betreuungseinrichtungen. Das ist etwas, was immer wieder von Angehörigen und PatientInnen, aber auch von den ExpertInnen selber kommt.

Was war die erste Frage?

GRin Dr. **Pilz**: Der erste Wunsch war, dass wir schlicht und einfach auch hier von dir hören, welche Schlussfolgerungen und Kritikpunkte - und es sind Kritikpunkte - du formulierst.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Empfohlen wurde natürlich die Fortsetzung der Dezentralisierung und das ist sicherlich ein ganz wichtiger Punkt und das ist sicherlich der Hauptpunkt.

Weitere Punkte waren, dass RettungsmitarbeiterInnen, Allgemein MedizinerInnen auch besser ausgebildet werden müssen. Das ist sicherlich ein ganz wesentlicher Beitrag. Dass die Angehörigenvereinigungen besser unterstützt werden. Dass in die Planung auch die Betroffenen mit einbezogen werden. Dass wir einen Koordinator brauchen.

Frauenberatungseinrichtungen gibt es mittlerweile. Es gibt eine Frauenberatungsstelle beim PSD, so viel ich weiß. Und dass natürlich die Datenlage deutlich verbessert werden muss.

Aber das betrifft jetzt echt nicht Wien und nicht die Psychiatrie, sondern das ist ein generelles Problem.

GRin Dr. **Pilz**: Es steht in den Schlussforderungen noch als klare Forderung den Ausbau mobiler und nachgehender Leistungen. Es wird die Kinderpsychiatrie als gravierend unterversorgt ambulant und stationär dargestellt. Die Unterversorgung mit Psychotherapie. Und dass es keine Gesamtplanung gibt.

Ich zitiere aus deinen Berichten.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Die Psychotherapie habe ich angeführt. Ich habe am Anfang gesagt, ich beziehe mich auf die Erwachsenen-Psychiatrie, in der Kinderpsychiatrie hat sich ja tatsächlich mittlerweile doch einiges getan, denke ich. Aber dazu werdet ihr ja den Prof. FRIEDRICH auch hören. Ich habe bis jetzt wirklich ausdrücklich auf die Erwachsenen-Psychiatrie, weil ich die nachfolgenden Daten in der Kinderpsychiatrie auch nicht weiter oder auch nicht die Zeit gehabt habe, das weiter zu erheben.

Ich denke, einen Teil von dem, was du jetzt gesagt hast, habe ich bereits gesagt. Also die psychotherapeutische Versorgung habe ich lange und breit auch angesprochen. Nachgehende Betreuung habe ich auch angesprochen bei dem Kapitel, glaube ich, sozialpsychiatrischer Dienst.

Das sind im Wesentlichen die Dinge, die, glaube ich, immer wieder optimiert werden müssen. Sicherlich auch eine Koordination, das habe ich vorher schon auch auf die Frage der Frau GRin Korosec gesagt, würde sicherlich einen richtigen Schritt bedeuten.

GRin Dr. **Pilz**: Es ist noch eine Frage unbeantwortet geblieben. Kann man über psychiatrische Versorgung in Wien reden, ohne den PSD einzubeziehen?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Man kann, glaube ich, im Prinzip ja, aber wahrscheinlich macht - nein. Das ist ein Scherz gewesen.

Ich glaube, man sollte natürlich sämtliche beteiligte Institutionen, nicht nur den PSD, sondern man sollte auch „pro mente“ und ich weiß nicht, was es da alles gibt, mit einbeziehen. Es sind ja ganz unterschiedliche Anbieter, die hier auch relevante Versorgungsparameter zur Verfügung stellen. Ich denke, die gehören eigentlich alle eingebunden und koordiniert. Das glaube ich schon.

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

GR **Lasar**: Frau Professor! Danke für Ihren hervorragenden Vortrag, der für mich auch persönlich sehr aufschlussreich war.

Ich habe drei Fragen an Sie. Meine erste Frage wäre: Da die Antidepressiva oder Psychopharmaka in den letzten Jahren sehr angestiegen, wäre es nicht besser, wenn man hier z.B. mehr Psychotherapeuten einsetzen würde?

Meine zweite Frage: Sind die Netzbetten heu-

te noch internationaler Standard? Wenn nein, warum werden sie dann teilweise noch angewandt?

Meine dritte Frage: Woran glauben Sie liegt es, dass jetzt die offensichtlichen „Mängel“, in der psychiatrischen Versorgung im Otto-Wagner-Spital aktuell geworden sind?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Wieso ich das glaube?

GR **Lasar**: Ja.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Zur ersten Frage: So ganz einfach ist das nicht, dass man sagen kann, wir nehmen die Psychopharmaka weg und machen dafür Psychotherapie. Das ist nämlich erstens nicht billig und zweitens gibt es einfach bestimmte Indikationen. Dort wo Psychopharmaka einfach zwingend eingesetzt werden müssen. Man kann nicht sagen, wir machen das Eine und das Andere nicht. In der Regel besteht eine psychiatrische Behandlung eben aus verschiedenen Behandlungsschritten. Das längerfristige ist meistens die Psychotherapie, Soziotherapie, da gibt es ja verschiedene Möglichkeiten. Es ist natürlich auch die Psychopharmakatherapie ein integraler Bestandteil und das kann man jetzt nicht einfach in einem Austauschverfahren irgendwie anwenden.

Das zweite sind die Netzbetten. Da gibt es keine internationalen Standards. Noch einmal: Da gibt es weder eine Ächtung noch eine Empfehlung. Ich glaube, dass man hier wirklich sehr offen mit denen, die mit Netzbetten konfrontiert sind, einfach darüber diskutieren sollte und es muss alles möglich sein, welche Erfahrungen es damit gibt. Ich denke, das wäre ein Anlass dafür.

Was ich glaube - und das ist mir schon auch ein Bedürfnis das zu sagen - ist natürlich, dass mit dieser Diskussion auch alle Betroffenen und damit meine ich jetzt die in der Psychiatrie Tätigen und die PatientInnen schon auch ein bisschen in ein ganz komisches Licht gerückt werden.

Sigrid, du warst bei unserer Veranstaltung, da war eine junge in Ausbildung stehende Ärztin, die gesagt hat, sie hat bis zwei, drei Uhr in der Früh ständig mit PatientInnen gesprochen, ist dann irgendwie ins Bett gesunken und muss sich dann in der veröffentlichten Meinung anhören, sie macht eigentlich eine schlechte Arbeit. Ich glaube, man soll das offen auf den Tisch legen, man soll auf den Tisch legen, was spricht dafür und was nicht, das muss möglich sein. Man muss sich wahrscheinlich auch, wenn jemand dafür ist, auch das anhören und, wie gesagt, sehr differenziert damit umgehen und sehr aufpassen, dass damit nicht die Psychiatrie desavouiert wird. Die Psychiatrie ist kein leichter Job, ich habe das vorhin erzählt. Zu mir haben sie am Anfang immer gesagt, du hast es super, du

brauchst den ganzen Tag nur reden. Das ist ein sehr anstrengender Job und jede Form der Zwangsmaßnahme ist eine extreme Belastung, auch für die, die es tun müssen.

Die PsychiaterInnen bewegen sich da gesellschaftlich auf einem ganz schmalen Grad. Auf der einen Seite, wenn etwas passiert und es ist keine Zwangsmaßnahme durchgeführt worden, dann haben wir eine Hilfeleistung nicht geleistet. Wenn wir das tun, dann sind wir auch böse. Ich habe das jetzt sehr vereinfacht gesagt. Aber es ist ein ganz schmaler Grad, in dem sich hier die Tätigen bewegen. Ich glaube, dass muss man auch respektieren und akzeptieren lernen. Daher glaube ich, ist hier eine wirklich ganz offene Diskussion, die auch nicht bewertet primär. Ich denke, veränderbar ist immer alles. Aber, das würde ich mir dazu wünschen.

Die dritte Frage, die kann ich jetzt nicht lesen, was Sie mich gefragt haben. Was war das?

GR **Lasar**: Die dritte Frage war übers Otto-Wagner-Spital. Warum jetzt diese sogenannten „Mängel“ aktuell geworden sind?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Das weiß ich nicht. Weil ich glaube, eigentlich gibt es eine kontinuierliche Diskussion über was in der Versorgung im Gesundheitswesen und auch in der Psychiatrie gebraucht wird. Warum das gerade jetzt ist, dass wissen Sie wahrscheinlich besser als ich. Ich sehe das insofern auch positiv, weil ich eben glaube, es gibt die Möglichkeit damit offen Vieles anzusprechen, vielleicht auch zu optimieren und in einen Diskurs zu treten. Das halte ich auch für ganz wichtig. Auch wenn die unterschiedlichen AkteurInnen vielleicht auch näher zusammenrücken können, dann fände ich das schon ganz schön.

Wie gesagt, Mängel findet man immer relativ schnell und das ist auch nichts Psychiatrispezifisches.

GR **Lasar**: Noch eine Zusatzfrage bezüglich Netzbetten. Würden Sie, Sie persönlich, heute noch Netzbetten anwenden oder nicht?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Wir haben auf der Klinik, wo ich tätig bin, seit ich dort bin, keine Netzbetten verwendet. Wie gesagt, ich habe ganz unterschiedliche Erfahrungen, deswegen würde ich es wirklich gut finden, wenn Leute, die das anwenden - wissen Sie, wenn ich jetzt sage das ist gut oder schlecht, ist das fast eine Frechheit, weil ich damit keine Erfahrungen habe. Ich glaube, man müsste wirklich fragen und es gibt ja einige ÄrztInnen, die das anwenden und wahrscheinlich auch einen Grund haben dafür. Ich glaube, das müsste man feststellen. Wir wenden es nicht an.

Aber, ich sage Ihnen etwas anderes, wir machen dafür am AKH EKG-Behandlungen, also Elektrogramm-Behandlungen, dafür werden wir

auch nicht geliebt.

Wissen Sie, es ist immer die Frage der Möglichkeiten, die man hat.

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

GRin **Praniess-Kastner**: Frau Professor! Danke für Ihre Ausführungen bisher.

Sie haben bei Ihrer Powerpoint-Präsentation eine oder zwei Folien über die HPE aufgelegt und haben dann dazu gesagt, dass sie zu geringe Mittel haben. Das heißt, dass die Mittel nicht wirklich ausreichend sind. In Ihrem Psychiatriebericht 2004 haben Sie sehr wohl auch bessere Unterstützung für Angehörige und Angehörigenberatung gefordert.

Auch der ÖBIG-Bericht 2002 spricht davon, dass die PatientInnen, aber auch die Angehörigen zu wenig in die psychiatrische Versorgung in Wien eingebunden sind. Dazu meine konkrete Frage: Wie wichtig ist es die Angehörigen und AngehörigenvertreterInnen in das Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung in Wien einzubinden?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Ich glaube, auch das ist keine Wiener Frage, das ist eine prinzipielle Frage. Ich habe das auch bei der Erhebung der Standards, wenn Sie sich erinnern, bei der vorletzten Folie gesagt, dass natürlich in einem demokratischen Aushandlungsprozess zwischen Anbietern, zwischen ExpertInnen, PatientInnen und Angehörigen hier auch die Bedürfnisgerechtigkeit eigentlich erhoben werden muss. Das betrifft aber auch nicht nur Wien, das ist für alle Bundesländer und das ist auch für alle sonstigen Länder natürlich zutreffend. Das ist ein sehr aufwendiges Verfahren, da muss man sehr viele Befragungen dazu machen, aber das ist sicherlich etwas, was auch mittlerweile eben empfohlen wird als Planungsgrundlage für weitere Schritte. Ist sicher ganz wichtig.

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

GRin **Klicka**: Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen zum Bericht und zur der Weiterentwicklung, wie Sie sie in den letzten Jahren auch beobachten konnten.

Sie haben ja angesprochen, dass die Regionalisierung bereits durchgeführt wurde, dass wir im Rahmen dieser Regionalisierung auch ständig darum bemüht sind die Dezentralisierung zu erreichen. Da ist es natürlich ganz wichtig, dass wir im Zusammenhang mit dem Krankenhaus Nord diese Regionalisierung auch im Norden Wiens in einem großen Bereich, wo sehr viele Einwohner über der Donau wohnen, auch dann durchführen können und werden.

Die Planungen im ambulanten Bereich, so weit sie den PSD und auch die anderen Einrichtungen in diesem Bereich, die privaten Organisa-

tionen und Einrichtungen betreffen und insofern in dieser Untersuchungskommission, nicht weil sie nicht Gegenstand der direkten Untersuchung sind, aber wir alle oder fast alle im Gesundheitsausschuss tätig sind und ständig über die laufenden Veränderungen dort diskutieren und informiert werden.

Auf der anderen Seite selbst in unserer Funktion als GemeinderätInnen auch im Kuratorium und im Vorstand des PSD mit allen laufenden Entwicklungen vertraut sind. Auch dort gibt es die ständigen - ich bin mittlerweile schon 14 Jahre dort - Diskussionen und Optimierungsvorschläge und Veränderungen bis hin zum Liaisonsdienst. Wir alle waren eingebunden, dass wir dort ganz besonders auch den regionalen Anforderungen entsprechen wollen und auf Grund der vorliegenden Daten und Fakten dann entweder eine Stelle verlegen oder eine Stelle schließen und die nächste Stelle, je nach Anforderungen und den Gegebenheiten, auch ausbauen. Ich denke, dass man nicht losgelöst voneinander, den stationären und den ambulanten Bereich betrachten kann, dass wir aber eigene Gremien haben, wo wir sehr intensiv selbst als Vorstandsmitglieder dort in den Betrieb beratend eingreifen können.

Ich wollte noch einmal auf das Thema zurückkommen. Sie haben in Ihrem Bericht auch erwähnt, dass Suizidhandlungen ein beträchtliches Problem im Bereich Public Health darstellen und dass sich da im Rahmen der letzten 10 Jahre doch auch beträchtliche Veränderungen ergeben haben, die mich auch ein bisschen erstaunen ließen.

Vor einigen Jahren war ich einmal im Pinzgau auf Urlaub. Da wurde mir gesagt, dass dort, regional auch in den Bundesländern, in Teilen der Bundesländer eine sehr große Häufigkeit von Suizidvorkommen ist, in anderen Teilen des Bundeslandes wieder nicht. Wobei für mich nicht erklärlich war, aus welchen Gründen das oft ist.

Die Rate in Wien ist nach Ihren Berichten jetzt gesunken, was für uns sehr erfreulich ist. Ich würde Sie gerne fragen, worauf Sie das zurückführen und ob man auch weiß oder nachweisen kann, ob Menschen die suizidgefährdet sind oder auch bereits einen Versuch gemacht haben, vorher schon in psychiatrischer Behandlung waren? Ich kenne einen Erkrankungsverlauf in dem Sinn nicht, ob das auch sein kann, dass das ein plötzliches Auftreten ist, wo der Erkrankte dann sofort diese Maßnahme ins Auge fast?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Man geht davon aus, auch das sind natürlich jetzt nicht ganz hundertprozentige Zahlen, aber dass doch der Großteil der Suizide im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen passiert. Es gibt natürlich auch welche, die ohne einen unmittel-

baren Zusammenhang passieren.

Ich glaube, dass ganz viele Maßnahmenbündel hier dazu beigetragen haben, dass die Zahl abgenommen hat. Sicher wesentlich waren die verschiedenen Einrichtungen, die dazu beigetragen haben, aber ganz wesentlich natürlich auch Medienarbeit. Z.B. in dem Bereich, das weiß man, das ist ein ganz integraler Bestandteil, aber natürlich auch die vielen verschiedenen Formen der therapeutischen Möglichkeiten, der ambulanten Versorgung auch, jetzt auch im Kriseninterventionszentrum, in den Spitalsambulanzen, bessere Erreichbarkeit, das spielt sicher alles dabei auch eine Rolle.

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

GRin Dr. **Pilz**: In deinem Bericht kommt vor, dass der PSD im Jahr 2002 und 2003 einmal 57 und 59 Hausbesuche im Rahmen des Notdienstes durchgeführt hat. Wenn man weiß, es gibt auch Versorgungsregionen, sind gezählte 57 in einem ganzen Jahr. Ist das, wenn man weiß, das längstens um 16 Uhr oder 18 Uhr die meisten Einrichtungen sperren und am Wochenende sowieso zu sind, ist das eine ausreichende Versorgung deiner Meinung nach?

Zweite Frage: Wie siehst du die Überlegenswerte - Frau Dr. MORITZ hat das besonders erwähnt - Einbindung des AKH in eine Versorgungsregion? In dem Zusammenhang liegen mir Informationen vor, dass es, nicht in eurer Ambulanz, aber in der benachbarten Ambulanz, immer wieder vorgekommen ist, dass PatientInnen mit einer Liste der niedergelassenen FachärztInnen unbehandelt weggeschickt werden, von denen wir wissen, dass sehr wenige mit Kassenvertrag und auch sehr ungleich verteilt ordinieren. Ist das im Sinne der Versorgungssicherheit eine befriedigende Situation?

Wir können über die Netzbetten noch ad ultimo reden. Tatsache ist: Das Antifolterkomitee betrachtet es als eine absolut nicht adäquate Form der Beschränkung. Bei jener Veranstaltung im AKH hat es niemand unter den Vortragenden gegeben, der hinausgegangen ist und gesagt hat, ich finde es so super, ich verwende das Netzbett. Es ist relativ wenig übers Netzbett geredet worden, über Vieles andere sonst. Auch das Bild mit diesen netten hängenden Fischernetzen auf dem Programm ist relativ euphemistisch.

Es hat aus dem AKH die Frau Diplompfleglerin Rosinger über die Eskalation gesprochen und hat gesagt, außer in einigen Regionen in Österreich ist das Netzbett noch in Luxemburg verbreitet. Da kann man sich auch seine Schlüsse ziehen.

Jetzt vom Netzbett abgesehen, meine Frage: Welche Mindeststandards hinsichtlich der siche-

ren Versorgung von PatientInnen, die fixiert und meistens auch sediert sind oder in Netzbetten sind, sind deiner Meinung nach anzulegen hinsichtlich Sitzwache, hinsichtlich permanentes Monitoring, Überwachung der Vitalfunktion? Kann man diese Art von Maßnahmen, fixiert bis sediert, machen ohne in erreichbarer Nähe ein internes Intensivbett zu haben bzw. ein Labor, das die notwendigen Blutwerte feststellt? Es kommen ja viele PatientInnen mit Drogen oder Alkohol in so eine Situation und man muss dann mit der Dosierung aufpassen. Ist das ein Ritt im Nebel für die zuständige PsychiaterIn? Was braucht man da, damit man „state of the art“ sicher und nicht einlassungsfahrlässig arbeitet?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Sozialpsychiatrischer Notdienst. Ich glaube, das habe ich bei meinen Ausführungen am Anfang gesagt, dass es natürlich erstens die Anregungen gibt, das auch zu dezentralisieren, also pro Region und nicht einen zentralen Notdienst zu machen. Das ist ein Wunsch auch von den BenutzerInnen, teilweise auch von der Rettung, die so etwas gerne hätte.

Die angeführten Zahlen 56, 57 oder 58 Hausbesuche, da braucht es eine Bezugsgröße zu welchen Anforderungen, das kann ich so nicht bewerten.

GRin Dr. **Pilz**: Am Wochenende ist dies die einzige ambulante Krisenmöglichkeit für PatientInnen des PSD, die in sozialpsychiatrischen Ambulatorien betreut werden. Denen wird empfohlen sich außerhalb der Betriebszeiten an den Notdienst zu wenden. Ist das eine adäquate Versorgung?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: In der Realität wenden sie sich dann sehr wohl an die Spitalsambulanzen am Wochenende. Ich glaube, ganz so, dass sie sich nur dort hinwenden können oder dürfen, ist es nicht. Auf Grund der vorliegenden Zahlen würde ich davon ausgehen, dass es um viele Fragestellungen geht wie - da interpretiere ich jetzt -: „ich habe einen Angehörigen, den geht es sehr schlecht, der ist suizidal, was mache ich? Muss ich die Polizei holen, muss ich sie nicht holen?“ Wo es auch letztendlich um Prozederefragen geht. Das entnehme ich diesen Zahlen. Ich kann das jetzt nicht ...

GRin Dr. **Pilz**: Um das kurz zu verdeutlichen. Der Schritt die Polizei zu holen oder den Amtsarzt, ist für einen Angehörigen ein ziemlich drastischer.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Ganz schwierig.

GRin Dr. **Pilz**: Zu sagen, wir holen die Polizei und wir lassen dich einweisen, ist auf der Beziehungsebene eine ziemliche Botschaft. Den Notdienst bitten zu kommen, ist ein Hilferuf nach Therapie und diesen Unterschied, nehme ich

an...

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Ich weiß nicht, ob es immer darum gegangen ist, dass der hinkommen soll. Es rufen auch bei uns viele Leute an, um sich zu erkunden, wie das Prozedere ist. Was ich damit sagen will: Ich kann es auf Grund der Zahlen aufschlüsseln.

Das zweite ist das AKH. Ich nehme an, du meinst sektorisierte Regelversorgung. Da haben wir schon so viel gute, niedergelassene und psychotherapeutische Versorgung. Nein, das habe ich jetzt ...

GRin Dr. **Pilz**: In die stationäre Regelversorgung.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Ich weiß schon. Das ist schon so gut ausgestattet, auch dieser Bezirk.

Unabhängig davon ist es natürlich so, dass ist bei allen Medizinischen Universitäten, wir haben eine Leistungsvereinbarung mit dem Ministerium, dass wir uns an einer spitzenmedizinischen überregionalen Versorgung beteiligen, mit einem Krankheitsspektrum, das entspricht den Voraussetzungen für Lehre, Forschung und ÄrztInnenausbildung. Wir können nicht ohne Spitalsträger agieren. Wir sind ja nicht der Besitzer des Spitals, wir stellen „nur die ÄrztInnen zur Verfügung“, sind mit dem Spitalsträger zu vereinbaren. Ist eine Diskussions- und Vereinbarungsfrage, die aber nicht von der medizinischen Universität gelöst werden kann.

Du hast gefragt, wie das mit der Intensivstation ist.

GRin Dr. **Pilz**: „State of the art“, Standards bei Fixierung von tief sedierten Menschen oder Unterbringung in Netzbetten oder anderen Beschränkungen.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Ich denke, bei tief Sedierten, das erklärt sich schon aus dem Wort, ist natürlich eine Überwachung von Herz-Kreislauf-Funktionen u.ä.m. angezeigt und auch notwendig, unabhängig davon ob fixiert oder im Netzbett, das ist völlig unabhängig davon.

GRin Dr. **Pilz**: Das inkludiert bei einem fixierten Patientin eine 1:1 Überwachung?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Nein. Es ist auf allgemein medizinischen Intensivstationen auch keine 1:1 Überwachung. Man hat die Monitore, man hat das im Schwesternzimmer. Das sind nur mehr 8 Intensivbetten, man hat 8 Gesundheits- und Krankenschwestern vor Ort.

GRin Dr. **Pilz**: Wenn man keine Monitore hat, wenn man von allem nichts hat, auf was kann man sich als PsychiaterIn dann einlassen? Im Otto-Wagner-Spital in regionalen Abteilungen wird uns berichtet, gibt es nicht einmal Glocken, aber ganz bestimmt nicht ständige Videoüberwachung und auch nicht 1:1 Sitzwache. Ist das

„state of the art“?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos:** Ich weiß nicht aus eigener Anschauung, wie es im Otto-Wagner-Spital ist. Sitzwachen - ist ein großes Personalressourcen-Problem - halte ich für sehr gut. Würde aber eine völlig neue Berechnung, auch von Personalbedarf in dem Bereich bedingen. Das ist völlig klar.

Noch einmal: Tief sedierte, das heißt, narkotisierte PatientInnen sind das für mich, liegen in der Regel auf Intensivstationen.

Ich weiß nicht, was du mit „tief sediert“ meinst.

GRin Dr. **Pilz:** Ich will von dir wissen, wie du dich selber in deiner Fachlichkeit als Psychiaterin einlassen würdest, wenn jemand so tief sediert ist, dass das Risiko einer Atemlähmung zu berücksichtigen wäre, dass sich jemand von sich aus nicht erheben könnte usw.

Es gab dazu einen Arbeitskreis im Otto-Wagner-Spital. Der Ausdruck „tief sediert“ kommt in dem Zusammenhang aus der Medizin, wo die Narkose beginnt, kann ich nicht beurteilen.

Worauf würdest du dich einlassen und wo würdest du sagen, dass kann ich nicht, weil ich Sorge haben, wie passiert in anderen Fällen, weil ich dann bei Gericht wegen eines Todesfalls lande? Ist ja im Otto-Wagner-Spital alles passiert. Was sagst du jetzt in deiner Fachlichkeit, was kann ich da tun als Ärztin?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos:** Ich kann mich jetzt überhaupt nicht auf das beziehen, was du da jetzt angeführt hast als Beispiel, weil ich diese Fälle nicht kenne. Es ist ganz schwer jetzt so aus dem Nichts irgendeine Empfehlung abzugeben. Ich denke, dass das völlig klar ist und das wird, nehme ich an, überall gemacht, dass ab einer gewissen Medikamentenmenge Blutdruck, Laborwerte und was sonst dazu gehört kontrolliert werden. Wenn das in bestimmten Einzelfällen nicht passiert und es dann auch evident wird, dann gibt es sowieso eine Haftungsfrage für die ÄrztIn. Ich finde es jetzt ganz schwierig, es geht jetzt wieder so ein bisschen für mich darum, das möchte ich schon auch ausdrücklich sagen, nicht so „die ÄrztInnen im Otto-Wagner-Spital, die können das nicht, die machen das nicht“, ich fürchte mich vor dieser Verallgemeinerung.

GRin Dr. **Pilz:** Dann muss ich mich verdeutlichen. Da geht es nicht darum „die können das nicht, die machen das nicht“, sondern haben sie die Ressourcen? Sind sie räumlich und medizinisch-technisch so ausgestattet, dass sie das alles leisten können? Meine Frage an dich war nicht darüber zu sagen, was im Otto-Wagner-Spital sein soll, sondern unter welchen Rahmenbedingungen kannst du als Psychiaterin sagen,

wann ist eine PatientIn sicher hinsichtlich seiner Vitalfunktionen, seiner Lebenssituation untergebracht, wenn er tief sediert ist und fixiert? Was muss ich da haben an Personal, an medizinischer Infrastruktur und und und? Das ist eigentlich relativ klar.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos:** Für Extremfälle bieten sich natürlich „Intermediate Care“ Einrichtungen an. Wir haben auch eine Intensivstation, die eigentlich eine intermediate Care ist. Aber, da muss man diese Fälle genau definieren. Noch einmal: Es ist ganz schwierig, wenn du mich da auf eine bestimmte Geschichte festnageln willst.

Ich denke, es ist das, was sonst auch in der Medizin gemacht wird, dass man regelmäßig Blutdruck kontrolliert, dass man Blutbild kontrolliert, dass man EKG schreibt, dass regelmäßig jemand vorbei schaut, dass man Überwachungskameras hat. Die gibt es auch auf den üblichen Stationen.

Alle anderen wirklich schwerwiegenden Fälle, wenn man z.B. mit bestimmten Medikamenten schwer sedieren muss, die z.B. die Atemfunktion beeinträchtigen, dann ist es natürlich sicher notwendig, dass die auch überwacht werden. Z.B. werden sie bei uns auch nicht maschinell beamtet, weil wir eine psychiatrische Intensivstation sind.

Es ist immer ganz gefährlich und da sitzen wahrscheinlich auch Vertreter von den Medien hier, das immer so abstrakt und es fällt mir auch als Medizinerin ein bisschen schwer, weil dann heißt es, ich habe das und das empfohlen. Ich glaube, dass muss man sich wirklich ganz konkret anschauen.

Es ist auch klar, für eine „Intermediate Care“ braucht man, glaube ich, 17,4 Pflegefachpersonal. Das bietet sich sicher an.

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

GRin **Matzka-Dojder:** Wir haben heute schon Vieles über freiheitseinschränkende Maßnahmen gehört. Vielen Dank für diese ehrlichen Antworten und Ausführungen. Ich finde auch, dass diese Fragen ausschließlich von den ExpertInnen zu beantworten sind.

Aus meiner Erfahrung würde mich interessieren, ob alle dazu berücksichtigenden gesetzlichen Rahmenbedingungen derzeit ausreichend sind, um diese entscheidenden Maßnahmen auch korrekt den PatientInnen gegenüber anwenden zu können.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos:** Du meinst das Unterbringungsgesetz?

GRin **Matzka-Dojder:** Genau.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos:** Das Unterbringungsgesetz ist am Anfang sehr kritisiert worden, weil es sehr strenge Voraussetzungen

hat. Man muss psychisch krank sein, im Zusammenhang damit entweder eine erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung und es kann keine andere Form der Maßnahme als die Unterbringung geben.

Es gibt auch in Europa Länder, die haben z.B. die Behandlungsbedürftigkeit als Kriterium. Das ist natürlich viel weiter, das ändert übrigens auch das Spektrum der betroffenen PatientInnen in den Ländern, wo die Gefährlichkeit ist. Es sind hauptsächlich jüngere Männer von den Zwangsmaßnahmen betroffen. Dort, wo die Behandlungsbedürftigkeit im Vordergrund steht, sind sie extra für Frauen. Das ändert auch das Spektrum der zwangsbehandelten PatientInnen und relativiert natürlich auch damit ein bisschen das ganze Spektrum.

Ich glaube, dass das Unterbringungsgesetz an sich ein sehr brauchbares Gesetz ist, das einen sehr engen Rahmen definiert, das relativ wenig missbrauchsanfällig ist, weil es eben so strenge Grenzen hat. Das Gesetz ist schon 1991 in Kraft getreten, dass man zwar diese alternativen Maßnahmen gefordert hat, dass die als Bedingung drinnen stehen, die aber nicht in gleichem Ausmaß und zeitgleich auch etabliert worden sind. Man hat gesagt, okay, da hinkt jetzt wieder die praktische Ausgestaltung hinten nach.

Es gibt Ländern, die haben auch eine ambulante Zwangsbehandlung. Das wird sehr kritisch diskutiert. Ich persönlich bin froh, dass wir das in Österreich nicht haben. Damit wird auch eine ganz kleine PatientInnengruppe erreicht. Das würde an diesen Zahlen gar nichts wesentlich ändern. Ich glaube, abgesehen von einigen Details, dass man vielleicht keinen zweiten Gutachter braucht oder so, dass sind Details, die jetzt nichts mit der Versorgung zu tun haben, dass das Unterbringungsgesetz ein relativ brauchbares Gesetz ist in dem Zusammenhang.

GRin **Matzka-Dojder**: Dann möchte ich noch nachfragen. Meine Kollegin Frau GRin Mörk hat schon gefragt, ob es hier Untersuchungen, internationale Studien gibt, welche einschränkenden Maßnahmen die Betroffenen hier erleben? Du hast gesagt, die gibt es nicht, bis auf eine Ausnahme in der Schweiz, die auch nur eher eine kleine Gruppe von Patientinnen untersucht hat.

Gibt es auf deiner Abteilung oder in deiner Praxis Standards, in welchem Ausmaß bei Eskalation, welche Maßnahmen anzuwenden sind? Gibt es hier auch internationale Vergleiche oder Empfehlungen?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Noch einmal: Ich glaube, wir sprechen hier ganz prinzipiell von Maßnahmen, die für niemand in irgendeiner Weise erfreulich sind. Auch das Angurten bedeutet eine Einschränkung, ebenso wie Netzbetten, ebenso wie auch die Beschränkung in

einem Raum. Das sind alles Maßnahmen, die niemand anwenden will, die in Notfällen angewendet auch gesetzlich geregelt werden dürfen, die sich aber sicherlich niemand wünscht. Wir alle wissen, dass, je weniger Zwang desto besser und eher auch die Bereitschaft sich weiter in Behandlung zu geben.

Das was natürlich tatsächlich ein Thema ist, sind auch architektonische Fragen in dem Zusammenhang. Das scheint auch eine, neben der Personalfrage, große Rolle zu spielen. Es gibt z.B. - aber das gibt es auch nicht in Österreich, das habe ich einmal in Deutschland gesehen - so verschiebbare Türen, wo man die Zimmer ausweiten und auch wieder kleiner machen kann, besser abtrennen kann. Da gibt es sicherlich Möglichkeiten. Die meisten Krankenabteilungen, von denen wir hier sprechen, sind uralt, inklusive des Allgemeinen Krankenhauses, der psychiatrischen Abteilung in Wien, die noch aus den 70er Jahren ist. Da gibt es sicherlich ganz viele andere Möglichkeiten auch noch. Sitzwache, architektonische Veränderungen und Möglichkeiten, die man hier natürlich auch in Betracht ziehen kann.

Deeskalationsmanagement übrigens ist im Otto-Wagner-Spital in großem Stil auch initiiert worden, ist sicherlich ganz wichtig.

Noch einmal: Das was ich dazu sagen möchte ist, es geht hier immer um Zwang und es geht um Angst. Angst auf beiden Seiten, es geht um Angst bei den Betroffenen, um Angst auch bei uns, bei den in der Psychiatrie Tätigen. Ich glaube, damit muss einfach wirklich sehr respektvoll und sehr offen umgegangen werden, damit man über diese Dinge überhaupt diskutieren kann. Wenn es immer so ein bisschen Schuldzuweisungen gibt, ist es ganz schwierig.

GRin **Matzka-Dojder**: Eine unfreiwillige Handlung ist ja schon für die Betroffenen ein Zwang.

Jetzt habe ich noch eine Frage: Wie könnte man das erreichen, dass mehr PatientInnen wirklich diese freiwillige Behandlung in Anspruch nehmen. Wir wissen schon, dass über 80 % aller PatientInnen im Otto-Wagner-Spital, im AKH sind es noch höhere Zahlen, diese psychiatrischen Behandlungen freiwillig in Anspruch nehmen.

Was wäre deine Empfehlung als Expertin, als jemand, die sich ganz intensiv wissenschaftlich damit auseinandergesetzt hat, was kann man da noch tun, um die Stigmatisierung und die Angst vor der Psychiatrie zu nehmen?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Die Angst vor der Psychiatrie der Frauen. Das glaube ich, ist die Grundlage aller weiteren Vorgangsweisen. Es gab ja früher diese „Guestkartei“, wo ja auch alle registriert wurden und so weiter. Da ja viele

Patientinnen deswegen erst so spät oder eventuell auch zwangsweise psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen, weil sie sich so lange fürchten davor, weil es so stigmatisierend ist. Also Angst abbauen. Auch die Angst vor der Angst und Dinge auch auszusprechen. Ich meine, ich bin ja ganz froh, ich glaube, man sollte offen darüber reden aber es muss ein gesicherter Rahmen auch dafür sein, dass man sich auch andere Werthaltungen anschaut. Ich will jetzt auch nicht sagen, was gut oder schlecht ist, sondern ich sehe es als Anlass, einfach einmal darüber zu reden und hier auch in einen Diskurs mit der Öffentlichkeit zu kommen, weil hier sehr viel missverstanden wird. Auch über die Bedingungen.

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

GRin Dr. Sigrid **Pilz**: Danke schön! Ich möchte noch einmal zurückkommen auf deine Befürchtung, dass man mit der Debatte ausgerechnet das Personal hier beschuldigen würde. Es ist, denke ich, den meisten Debatten beizureden hier herinnen, aus denen klar herauszulesen und hoffentlich auch, und ich möchte es noch einmal bekräftigen, dass es darum geht, die Ressourcen und die Arbeitsmöglichkeiten für das Personal herzustellen, wo sie ihre Arbeit „state of the art“ gut und unter Bedingungen erledigen können, wo man sagt: „von euch ist viel zu erwarten, aber ihr habt auch die Rahmenbedingungen um eure verantwortungsvolle Arbeit zu leisten“. Es ist mir wichtig. Und du weißt das. Und ich weiß das. Hier stehen ÄrztInnen und PflegemitarbeiterInnen vor Gericht. Sie stehen deshalb vor Gericht, weil ihnen vorgeworfen wird, dass sie sozusagen hinsichtlich der Betreuung eines Patienten nicht die nötige Sorgfalt hier an den Tag gelegt haben und wenn man gleichzeitig weiß, dass es im Otto-Wagner-Spital wiederholt und seit Jahren und auf allen Führungsebenen Klagen darüber gibt, dass es eben eine unzureichende personelle, bauliche und infrastrukturelle Ausstattung gibt. Dann lässt sich die Sache nicht nur darauf reduzieren, ist das eine nette Debatte für das Personal oder nicht, sondern da geht es einfach um die Ressourcen. Und nur um deutlich zu machen, dass die Forderungen ja auch welche sind, wo ich denke, das würde dem Personal helfen, wenn jemand, und ich nehme an das AKH ist gut ausgestattet, ich hoffe es und gehe davon aus, dass man sozusagen die Messlatte auf dieses Niveau legt und nicht die anderen, die sozusagen wie eine arme Verwandtschaft unter schlechteren Bedingungen auch gut arbeiten müssen, dass man die nicht allein lässt. Ich lese hier vor. Das ist ganz jung, vom 4. Oktober 2007. Da hat ein Mitarbeiter aus dem Otto-Wagner-Spital der Frau Direktorin Kalousek geschrieben:

Die Qualität kann nicht mehr im gewohnten Maße erbracht werden, da die MitarbeiterInnen einfach nicht noch in mehr Zimmern mit den untergebrachten PatientInnen arbeiten können. Körpernahe Fixierung mit Gurten, welche ein engmaschiges Observieren mit zwei Pflegenden im Nachtdienst und einem Arzt erfordert, ist jetzt schon kaum mehr möglich und hier bewegen wir uns in einem sehr gefährlichen Bereich.

Also da denke ich mir, wenn man in dem Zusammenhang nicht nachfragt: Was ist die Grundausstattung damit wir das tun können und nicht im gefährlichen Bereich? Es hat einen Arbeitskreis im Otto-Wagner-Spital gegeben.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: War das die Frage jetzt Frau Doktor?

GRin Dr. **Pilz**: Ja! Die Frage ist in dem Zusammenhang. Es hat im Otto-Wagner-Spital auch einen Arbeitskreis gegeben, wo Mindeststandards formuliert wurden. Was es braucht um hier tief sedierte PatientInnen zu betreuen. Gibt es aus der Erfahrung des AKH da unabdingbare Standards, von denen du sagst, räumlich, ausstattungsmäßig, personell nur dann können wir die Leistung erbringen. Und das ist im Otto-Wagner-Spital nicht anders als im AKH.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Noch einmal, ich denke, wenn man sich dazu entschließt eine „Intermediate Care“ zu machen, und ich glaube das ist etwas, das auch in meinem Psychiatriebericht steht, dass das durchaus auch eine Empfehlung war, dann braucht man dafür 17,4 oder 17,6, erschlage mich jetzt nicht, Pflegepersonen. Wir haben 3 bis 4 Ärzte. Wir haben aber natürlich auch Ärzte in Ausbildung dort, weil auch die müssen das sozusagen lernen. Die haben allerdings keine spezielle Notfallsausbildung, machen aber ein paar Monate auf einer Intensivstation. Und ich denke, das ist sicherlich etwas, ich bin jetzt ein bisschen überrascht, weil das ja eigentlich hier drinnen steht, das habe ich auch aus vielen Gesprächen mit ÄrztInnen vom OWS herausgehört das da tatsächlich offenbar auch ein Bedarf, und das hat sich wahrscheinlich auch geändert im Laufe der Zeit, das war wahrscheinlich vor 10 oder 15 Jahren noch gar nicht so. Aber egal wie. Weil ja viele von den Medikamenten gar nicht in der Form angewendet worden sind. Aber noch einmal. Ich glaube, ich habe auch nicht gesagt, das tun die ÄrztInnen, sondern ich glaube - und ich sage es jetzt noch einmal, weil es mir wirklich wichtig ist - dass man tatsächlich hier sehr vorsichtig sein muss, weil die Psychiatrie als Ganzes, sozusagen immer ganz schnell in Frage gestellt wird. Und ich glaube, damit würden wir uns alle nichts Gutes tun. Nämlich auch in dem Sinn, auch deine Vorschläge, die ja hier auch in eine Richtung einer Weiterentwicklung gehen. Ich glaube, das sollten

wir und das war mein Ersuchen. Und das möchte ich auch gesagt haben. Ich verlange BetriebsrätInnen. Und das ist mir schon auch ein Anliegen hier natürlich die Tätigen zu unterstützen. Ich glaube, das ist ein wichtiger Punkt.

GRin Dr. **Pilz**: Die Sozialarbeiter in der Wiener Psychiatrie sind im Vergleich zu den anderen Bundesländern weit unterdurchschnittlich. Was hat das für Konsequenzen hinsichtlich der Versorgung und deiner Untersuchung ist zu entnehmen, dass das psychiatrische Pflegepersonal massiv zurückgeht? Hingegen wird das allgemeine Pflegepersonal wird um 5,5 Prozent aufgestockt, das psychiatrische Pflegepersonal geht um 4,7 Prozent zurück. Was haben beide Mangelsituationen für eine Folge auf die Versorgung der PatientInnen?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Nein, es ist zwar zurückgegangen, aber es liegt bezüglich der Kennzahlen, die die psychiatrischen Pflegepersonen betrifft im österreichischen Durchschnittswert. Das hat wahrscheinlich auch damit zu tun, das neue Einrichtungen auf den allgemein medizinischen Abteilungen gemacht worden sind. Die Sozialarbeiterfrage ist etwas, das weiß ich auch aus der Praxis, das sind immer zu wenige. Da könnten wir sicherlich auch im AKH mehr brauchen. Das hat zur Folge, dass ich dann bei der Versicherung angerufen habe und es erledigt habe. Aber natürlich glaube ich, gerade in dem Bereich Komplementärberufe und gerade SozialarbeiterInnen, das gehört sicher aufgestockt.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke, Herr Gemeinderat Wagner bitte.

GR Kurt **Wagner**: Frau Professor, Sie haben zu Beginn Ihrer Ausführungen ganz kurz an Hand einer Statistik auch erklärt, dass nach Ihrem Wissen die zweithäufigste Pensionsgrundlage psychischer Erkrankungen bei der Berufsunfähigkeitspension sind. Jetzt gibt es die im herkömmlichen Sinn nicht mehr, sondern nur mehr die Invaliditätspension. Ich weiß aber aus eigener Erfahrung, vor einigen Jahren, wie ich noch im Pensionsausschuss der Pensionsversicherung gesessen bin, dass man hier eigentlich psychische Erkrankungen medizinisch sehr, sehr unterbewertet hat. Hat sich da die medizinische Diagnose geändert? Ist da die Einstellung der Ärzte eine andere geworden? Worauf ist das zurückzuführen? Oder sind die psychischen Erkrankungen einfach angestiegen?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Also ich denke, dass man sie wahrscheinlich besser diagnostizieren kann. Das sie zum Teil auch angestiegen sind. Und das tatsächliche Problem ist - und das ist aber, sage ich auch gleich dazu, kein Wien-spezifisches - dass es hier natürlich im Sinne der Begutachtung ganz schwierig ist,

welche Unterstützung brauchen sie, das da hier für psychische Krankheiten sehr wenig gut ausgebildete Gutachter gerade zur Beurteilung dieser Fragestellungen, die auch wirklich eingehen können und die sich auskennen mit den Verläufen von psychischen Erkrankungen, zur Verfügung stehen. Die WHO sagt ja, das wird weiter zunehmen. Ein enormes ansteigen von Berufsunfähigkeit oder Invaliditätspensionen bis zum Jahr 2020. Und noch einmal. Nicht nur hier braucht man auch ganz andere Unterstützungsmaßnahmen, wie Unterstützungen bei der Wiedereingliederung in die Arbeit, rehabilitative Maßnahmen. Und das wird sicherlich ein Auftrag sein. Daher für mehr Angebote, auch bedürfnisorientierte Angebote zu sorgen.

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

GRin Mag. **Ramskogler**: Ja ganz kurz nur. Ich möchte nur die Gelegenheit nutzen, weil du als Fachfrau auch Bescheid weißt. Noch einmal hier klarzustellen und du hast es ja schon etwas erwähnt, dass Behandlungsmethoden, wenn sie Zwangsmaßnahmen brauchen, ja jene sind, die wirklich nicht gerne vom Personal, egal ob von den ÄrztInnen oder vom Pflegepersonal angewandt werden. Aber es muss halt manchmal sein. Und da ist es mir so wichtig, weil es so schwierig zu verstehen ist, für jemanden der einfach noch nie bei einer Situation dabei war, wenn tatsächlich akut psychiatrische PatientInnen kommen, wie deren Verhalten auf der Station ist. Und da möchte ich die Gelegenheit nutzen, dass du diese beschreibst. Wirklich beschreibst, wie PatientInnen sich verhalten können, wenn sie in einem Akutzustand kommen, weil es für, denke ich mir, sehr viele Mitglieder dieser Kommission unvorstellbar ist, was hier abläuft. Und ich möchte das hier auch festhalten. Nicht nur für die Kommission, sondern auch für das Protokoll. Warum es überhaupt zu solchen Maßnahmen kommt und wie diese Personen sich eben, leider auf Grund ihres psychotischen Zustandes, aber auch ihres Krankheitsbildes, auf gut wienerisch sage ich jetzt, aufführen. Danke!

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Auch das ist jetzt ganz schwierig, weil da müsste ich jetzt ganz viele Situationen aufzählen. Aber vielleicht ein paar grundsätzliche Dinge. Es sind ja nicht nur Menschen mit psychischen Erkrankungen oder mit schweren oder mit psychotischen Erkrankungen, die besonders aggressiv oder gewalttätig sein können, es sind ja sehr oft Menschen, die sozusagen „leichteren psychisch Erkrankten“. Das ist mir ganz wichtig, weil natürlich immer wieder hier auch so ein Vorurteil hergestellt wird. Und man weiß natürlich, das weiß man aber aus dem alltäglichen Verhalten auch, je nachdem wie man dem gegenüber tritt. Wir

haben zum Beispiel, das ist etwas, was ich gar nicht gesagt habe und darauf kann Wien wirklich besonders stolz sein. Wien war das erste Bundesland, wo es auch Fortbildungsseminare für PolizistInnen, die auch wirklich auf der Straße tätig sind, vorgenommen hat. Und das war etwas ganz spannendes, weil natürlich fürchten sich die auch und das ist ja ein bisschen die Aufgabe, die Deeskalationen. Wie gehe ich um, wenn jemand auf mich zu geht und aggressiv ist? Wie gehe ich mit meiner eigenen Angst um? Was kann ich jetzt einmal, jenseits der medikamentösen Therapien, der Kommunikation alles tun, um hier die Aggression auch ein bisschen herunterzusetzen. Es sind bei Gott nicht viele PatientInnen. Es sind ja vom Unterbringungsgesetz suizidale, also selbstgefährdete PatientInnen betroffen. Das ist schon ganz wichtig. Aber es gibt natürlich sehr aufregende Situationen, wo es tatsächlich auch um körperliche Gewalt geht. Es gibt natürlich die Situationen, wo auch Pflegepersonal und wo auch ÄrztInnen verletzt werden. Ich habe eine Dissertantin, die gerade in Wien das Pflegepersonal auch befragt hat. Es weisen natürlich auch eine erkleckliche Anzahl an in der Psychiatrie Tätigen auf, dass sie eine Vorgeschichte mit Aggressivität und mit Gewalt Erfahrung haben. Das sind alles keine Rechtfertigungsmechanismen. Es gibt ganz bestimmte umgrenzte Situationen, die wir nicht anders in den Griff bekommen. Wo wir nicht mehr wissen. Die Psychiatrie hat sozusagen von der Gesellschaft, von Ihnen allen den Auftrag der medizinischen Polizei. Wir dürfen bestimmten Dinge, die andere ÄrztInnen nicht dürfen. Und es ist auch immer ein Auftragskonflikt. Für wen handeln wir? In wessen Auftrag? Üblicherweise handeln ÄrztInnen ganz klar im Auftrag der PatientInnen. Wenn es um Zwangsmaßnahmen geht auf einmal nicht mehr. Und das ist auch eine ganz eine schwierige Situation. Jetzt auch von der Diskussion her.

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

GRin Dr. **Pilz**: Eines muss ich schon als statement abgeben. Ich würde dich wirklich bitten sozusagen allen Versuchen hier durch eine Dämonisierung von PatientInnen hier eine neue Debatte anzuzetteln, das zurückzunehmen. Denn psychisch Kranke führen sich nie auf, sondern sie sind psychisch krank und daher ist der Begriff „wie sie sich aufführen“ absolut deplaziert in dem Zusammenhang, wenn man von kranken Menschen spricht.

Und meine Frage an dich jetzt: Wir wissen, dass nach wie vor und seit Jahren, dass Kinder und Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht werden. Schlicht und einfach deshalb, weil wir so einen Mangel an stationären

Ressourcen für Kinder und Jugendliche haben bis jetzt. Was kann das an psychischen Folgen für zum Beispiel ein depressives Mädchen um die 16, 17 Jahre oder auch einen 11-Jährigen, auch das hatten wir schon, bedeuten, wenn es in einer gemischten Station ist, wo sozusagen manisch agierende Männer sind, wo man sich das Badezimmer teilen muss? Was bedeutet das hinsichtlich der Gesundheits- und Heilungssituation für Kinder?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Ich denke mir, wenn es, und ich gehe davon aus, dass es hier auch um akute Notfälle geht, nicht wo man natürlich auch abwägen muss, ist es besser jetzt jemanden unterzubringen oder nicht. Im Sinne des Eigenschutzes oder des Schutzes von anderen Personen. Dann würde ich meinen, ist das sozusagen das gelindere Mittel. Aber prinzipiell ist es die falsche Frage. Natürlich gibt es auch die Einrichtungen für- Kinder und Jugendpsychiatrie, die auch dort das entsprechende Klientel betreuen sollte.

GRin Dr. **Pilz**: Ich will das präzisieren. Weil es keinen Platz in diesen Einrichtungen gibt, werden sie in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht. Und meine Frage ist ganz einfach. Du kannst es wahrscheinlich auch als Psychiaterin und Mutter beantworten. Was für Folgen hat es für die von mir beschriebene PatientInnengruppe, wenn sie unter solchen Verhältnissen in einer Regionalabteilung mit erwachsenen Kranken untergebracht ist?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Noch einmal. Ich denke, wenn es um einen Notfall geht und es keine andere Möglichkeit gibt, dann ist es sozusagen das gelindere Mittel. Aber ich glaube prinzipiell ist es völlig klar, dass hier sicherlich auch, und meines Wissens ist ja auch bereits aufgestockt worden am Rosenhügel, ist das was ich zumindest vernommen habe die Kinderpsychiatrie, ist hier sicherlich ein Ausbau notwendig. Auch ein sehr differenzierter Ausbau. Das ist keine Frage. Wir haben nur zwei Kinderpsychiatrien. Das ist glaube ich keine wirkliche Frage.

Kinder und Jugendlichen gehören sicherlich dort behandelt. Nur wenn es im Notfall keine andere Möglichkeit gibt, ist, glaube ich, wie gesagt, als gelinderes Mittel das anzuwenden.

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

GRin Mag. **Ramskogler**: Ich möchte nur eine Richtigstellung von mir geben. Liebe Kollegin Pilz, ich finde auch, das du dich aufführst. Und ich kann hier auch sagen, dass ich es sicherlich nicht dämonisiere, weil ich PatientInnen nicht nur als Psychotherapeutin behandle und als Psychologin, sondern auch als Politikerin politisch sozial vertrete. Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: So meine Stellvertreterin Frau Dr. Rech hat auch noch eine Frage.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech**: Grüß Gott! Ich hätte eine Frage zur Konkretisierung, weil das ein Thema ist, das immer wieder hier zur Sprache kommt. Offensichtlich sehr wichtig ist und damit ich es wirklich verstehen kann. Daher meine Frage: Es geht um Netzbetten und es geht um die Diskussion: Ist es gut, ist es schlecht, wer ist dafür, wer ist dagegen? Meine Frage: Was sind alternative Methoden zu solchen Netzbetten. Sprich, was machen Spitäler, die eben sagen, das wenden wir nicht an? Was machen die stattdessen? Und sind diese Maßnahmen dann ressourcenintensiver als die Netzbetten? Und sind diese Ressourcen vorhanden?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Entschuldigung! Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten: Gurte, das ist zum Beispiel das, was wir auf der Psychiatrie im AKH anwenden. Hat keinen wesentlichen Einfluss auf die Ressourcenzahl. Muss man gleich dazusagen. Es gibt Einrichtungen, die haben Zimmer. Time-out-Zimmer, in einer ähnlichen Konstruktion. Also, das sind sozusagen Möglichkeiten, die hier angewendet werden. Das bedeutet keine wesentliche Veränderung in konkreten Ressourcen.

Vorsitzender-Stvin Dr. **Rech**: Jetzt noch eine Frage als absoluter Laie. Was ist das, was man sagt, das bei Gurten besser wäre als bei Netzbetten?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Ich glaube wirklich, dass es ganz schwierig ist und es ist eine historische Tradition. Ich kenne nur die Gurte. Ich möchte nicht angegurtet sein. Ich möchte aber auch nicht in einem Netzbett sein. Ich möchte aber auch nicht in einem Raum eingesperrt sein. Die Vorteile sind, ich weiß nicht, wenn sie angegurtet sind, sich nicht einmal kratzen können, wenn sie es irgendwo juckt. Natürlich muss man dann noch viel häufiger hingehen. Insofern haben Sie schon recht, dass es vielleicht intensiver noch ist, dieses tatsächliche Vorort sein müssen. Eine Alternative ist sicherlich Sitzwache. Allerdings geht das wahrscheinlich auch nicht bei alle PatientInnen. Es ist schon eine sehr gefährliche Situation. Es ist wahrscheinlich auch ganz schwierig, das zu machen. Also prinzipiell: angenehmer ist, davon glaube ich nichts. Aus meiner Warte. Aber noch einmal, ich würde hier wirklich die PatientInnen auch befragen dazu. Ich glaube, dass ist das approbatete Mittel, das man hier irgendwie durchführen sollte. *(Zwischenruf)*

Nicht hier habe ich gemeint, in einer Untersuchung.

GRin Dr. **Pilz**: Jetzt aber schon noch eine letzte Frage von mir. Du hast die HPE erwähnt

als wichtige Beratungsstelle. Könnte es von Schaden für PatientInnen sein, wenn sie hier gehört würden.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Naja. Also ich glaube, das ist ja auch schon mehrfach besprochen. Ich glaube, ich würde es auch nicht gerne hier erzählen vor diesem Rahmen, wie es mir geht, wie es mir gegangen ist. Ich denke, dass man sehr wohl PatientInnen und Angehörige befragen sollte. Ich frage mich, ob dieser Rahmen hier der geeignete ist.

GRin Dr. **Pilz**: Ich habe nach der HPE, nach der Organisation der Beratungsstelle und nicht nach einzelnen, die nicht wollen, sondern nach einer Institution HPE gefragt. Spricht deiner Meinung nach was dagegen sie hier zu hören?

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Nein!

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gibt es noch Fragen? Wenn das nicht der Fall ist, dann danke ich Ihnen vielmals, Frau Professor, für Ihre Geduld, dass Sie die Fragen alle beantwortet haben. Und ich darf mich herzlich bedanken.

Univ.-Prof. Dr. **Gutiérrez-Lobos**: Danke für die Einladung noch einmal.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Wir machen jetzt 5 Minuten Pause.

*(Sitzungspause: 14.52 Uhr bis 15.08 Uhr)*

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: So, ich darf sehr herzlich Herrn Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata begrüßen. Er ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und Oberarzt und Leiter der Tagesklinik der Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien. Und Sie, Herr Professor, sind hier, um hier als fachverständiger Zeuge aufzutreten und Ihre Sicht der Dinge über das Problem darzustellen. Aber ich glaube, Sie haben schon hier Ihr Thema vorgegeben und werden uns Ihren Vortrag halten. Ich darf Sie bitten mit dem Vortrag zu beginnen. Herr Professor.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Herzlichen Dank! Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Kurz zu meiner Person. Ich habe, und das stimmt, 13 Jahre lang die Tagesklinik im AKH geleitet. Habe dann im Rahmen einer Umstrukturierung derzeit Verantwortung für einige Bereiche, für einige klinische Bereiche, wo ich eher koordinierend tätig bin, damit die Kooperation zwischen diesen Bereichen funktioniert. Ich habe meine Ausbildung in Wien gemacht an der Universitätsklinik für Psychiatrie. War eine Zeit lang in Deutschland, in Mannheim, dort an der Universität und eine Zeit lang in Schweden. Und habe mich mit Bereichen der Versorgung und Epidemiologie beschäftigt. Das Thema, das mir vorgegeben wurde „Darstellungen zur Versorgungspsychiatrie in Wien“, ist ein relativ breites Thema. Man findet sehr, sehr viele

Berichte, sehr, sehr viele Artikel zu diesem Thema. Die Schwierigkeit war, Sachen auszuwählen, wo ich Ihnen ein Bild vermitteln kann. Eine Reihe von Berichten geht sehr ins Detail, gibt aber keine Zahlen wieder, sondern, da ist das gut gelöst, da könnte man das noch besser machen. Wenn man mehrere Bundesländer vergleicht, stellt sich dann heraus, dass überall Verbesserungen wünschenswert wären. Aber, wo man jetzt kein klares Bild sagen kann, da ist Wien besser oder schlechter oder wenn dann einzelne Sätze stehen, das ist so oder so zu verstehen. Versteht man das ganze oft nur, wenn man die letzten 20 Seiten gelesen hat. Ich habe mich daher auf einige Sachen, die ich ausgewählt habe beschränkt und hoffe trotzdem ein Bild zu diesem Themenbereich vermitteln zu können. Und hoffe, dass ich dann in der Diskussion die wahrscheinlich auftauchenden Fragen noch klären kann. Zuerst, wovon reden wir eigentlich? Wenn wir überlegen, wie viele Leute im Laufe eines Jahres an irgendeiner psychischen Erkrankung leiden, dann geht ein Teil davon irgendwohin in eine Behandlungseinrichtung. In den meisten Fällen zum praktischen Arzt zuerst. Das sind 92 Prozent. Nach internationalen Studien sind die Prozentsätze je nach Land ein bisschen unterschiedlich. Ein bisschen auf oder ab, aber von der Größenordnung ist es in den meisten europäischen Ländern sehr ähnlich. Also ein Teil geht gar nirgends wohin in Behandlung. Von diesen 92 Prozent wird dann vom praktischen Arzt, da nicht Fachmann, dieser Teil übersehen. Das ist ein Problem. Das wissen wir seit vielen Jahren. Wir arbeiten seit vielen Jahren daran, das zu verbessern. Sowohl die Turnusärztausbildung hat sicherlich dazu beigetragen, die neue als auch die zunehmend bessere Ausbildung im Rahmen des Medizinstudiums, dass dieses Problem kleiner wird. Von diesen PatientInnen, die der praktische Arzt erkennt als psychisch krank, behandelt er den aller größten Teil selbst. Das sind Depressionen, Angststörungen. Das ist auch durchaus in Ordnung, weil man braucht nicht bei jeder Krankheit sofort einen Fachmann oder eine Fachfrau. Wenn Sie eine Angina haben, wird Sie in den allermeisten Fällen der praktische Arzt auch adäquat behandeln und nur wenn der Zustand sich verschlechtert oder schwere Nebenwirkungen auftreten, wird er sie zum Facharzt für Hals, Nasen, Ohren weiterschicken. 7 Prozent cirka werden an irgendwelche psychiatrische Dienste im weitesten Sinn geschickt. Das sind Fachärztinnen für Psychiatrie, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, dieses ganze Spektrum von Berufsgruppen. Nur 2 Prozent werden auf einer Station aufgenommen. Wovon wir jetzt überwiegend reden, ist dieser ganz rechte Teil der Tabelle, wo es um

die stationäre Psychiatrie geht und bis zu einem gewissen Grad die Überschneidungen zur ambulanten Psychiatrie und zu ambulanten Einrichtungen. Wenn ich das ganze Feld beurteilen will, da ist nicht die Frage stationär versus ambulant, sondern müsste man dann ein sehr weites Feld beurteilen. Und man muss sich sicherlich die Frage stellen, wo ziehe ich die Grenzen. Eine andere Studie, die jetzt in mehreren Ländern in Europa durchgeführt wurde, die auch Informationen gibt über die Form der Behandlung. Sie sehen in der obersten Zeile alle psychischen Erkrankungen, also die Personen haben irgendeine psychiatrische Erkrankung. Davon haben rund ein Drittel Medikamente bekommen, cirka 18 Prozent psychologisch/psychotherapeutisch behandelt worden, 26 Prozent cirka mit beiden und ein Fünftel hat keine Behandlung erfahren. Also, auch trotz besserer Ausbildung, trotz besserer Fortbildungsmöglichkeiten sehen wir das heute noch, die Studie ist erst vor einigen Jahren durchgeführt worden, ein Teil der psychisch Kranken bekommt keine Behandlung. Glücklicherweise ist es so wie auch bei manchen körperlichen Erkrankungen, dass manche leichter psychisch Kranke auch wieder von selbst gesund werden. Wir wissen allerdings nicht, welche das sind. Die Diagnose allein sagt uns nichts aus. Es gibt Leute mit einer leichten Depression, die vier Wochen später wieder gesund sind und es gibt Leute die ohne Behandlung dann einen chronischen Verlauf entwickeln, sich das Zustandsbild erschwert und dann vielleicht auch eine stationäre Aufnahme notwendig ist, die nicht notwendig wäre. Also der Anspruch muss durchaus sein, alle zu behandeln. Unsere Methoden bezüglich Früherkennung, da hat sich viel getan im Rahmen von Fortbildungsprogrammen, Schulungsprogrammen. Trotzdem haben wir hier noch immer ein Defizit. Je nach Krankheitsbild sind diese Raten etwas unterschiedlich. Das sehen Sie auf der Tabelle im Detail. Das denke, ich brauche das nicht im Detail vorlesen. Das ist die Realität, die ich Ihnen jetzt zuerst gezeigt habe. Eine Studie, die leider schon etwas älter ist, hat versucht in Deutschland damals zu erfassen, was brauchen die Leute, die eine psychische Erkrankung haben? Es hat sich herausgestellt, bei 80 Prozent reicht die Behandlung durch den Hausarzt. Durch stützende Gespräche, durch Beratung, durch Medikamente. 20 Prozent würden eine fachärztliche beziehungsweise ambulante psychiatrische Behandlung brauchen, und von denen kann man neun Zehntel ambulant behandeln, beim Psychotherapeuten, klinischen Psychologen oder Psychiater und nur ein Zehntel benötigt eine stationäre Behandlung. Das heißt, ein relativ kleiner Anteil von allen psychisch Kranken

braucht auch eine stationäre Behandlung. Diese Bedarfsschätzung, die Anfang der 90er Jahre durchgeführt wurde, hat sich auf die klassische Dichotomie Krankenhaus versus ambulante Behandlung bezogen. Wir haben heute in der Psychiatrie glücklicherweise ein sehr breites Feld an Behandlungsinstitutionen, die psychisch Kranke behandeln. Da gehört klarerweise auch die psychiatrische Station dazu. Da gehören auch Tageskliniken dazu, Tagesstätten, Wohneinrichtungen, der praktische Arzt, die Station somatischer Fachgebiete und und und. Da gibt es heute eine Vielzahl von unterschiedlichen Einrichtungen, um diese PatientInnen besser behandeln zu können als wir es früher konnten. Zuerst einige Daten zur stationären Versorgung. Als Vorbemerkung: Ich denke einiges davon haben Sie schon gehört in diesen Sitzungen hier. Die Zeit der Aufenthalte im Krankenhaus hat sich deutlich verkürzt. In den 70er Jahren ist als Akutbehandlung alles betrachtet worden, was kürzer als 2 Jahre im Spital war. Davon sind wir heute glücklicherweise sehr weit weg. Allerdings mit diesen kürzeren Aufenthaltsdauern haben wir häufige Wiederaufnahmen. Die Zahl der psychiatrischen Betten hat sich deutlich verringert. Da zeige ich Ihnen dann noch einige Zahlen. Wir haben viel vom stationären Behandlungsangebot auf teilstationäre, also tagesklinische Behandlung, ambulante Dienste und komplementäre Dienste verlagert. Komplementär meint jetzt Tagesstätten, Tagesstruktureinrichtungen, Wohneinrichtungen. Das Prinzip der gemeindenäheren Regionalisierung hat sich entwickelt, wo wir im ambulanten Bereich in den meisten Bundesländern relativ weit sind. Es gibt auch hier einige Defizite. Im stationären Bereich sind wir teilfortgeschritten. Komme ich nachher auch noch dazu. Und wir versuchen die Psychiatrie in die allgemein medizinische Gesundheitsversorgung zu integrieren. Also weg von diesen isolierten Einrichtungen, wo ausschließlich psychisch Kranke behandelt werden. Wie viele Betten gab es beziehungsweise gibt es in Österreich? 1974 waren das noch 1,37 bei 1.000 Einwohner, neun Jahre später nur mehr 1,03. Also da haben die Psychiatrien ihre Reformen begonnen damals. Heute, nach Bundesländern verschieden, haben wir deutlich geringere Zahlen. Die Planzahlen, die heute für Österreich vorgegeben werden oder wurden vom ÖBIG, sind jetzt auch im Strukturplan Gesundheit: 0,3 bis 0,5. Das ist wirklich ein Bruchteil von früher und ist wirklich deutlich, deutlich weniger, auch im klinischen Alltag bemerkbar. Wenn man hier vergleicht. Wie viele Betten hat Österreich? Da sind jetzt die psychiatrischen Betten dabei, aber auch mit zum Beispiel Spezialeinrichtungen für Suchtbehandlung. Sind westeuropäische Länder im weitesten Sinn, also

wenn man jetzt nicht das alte Osteuropa nimmt, sondern die Länder, die „westlichen“ Lebensstandard haben. Niederlande hat 1,87 also fast 1,9 Betten pro Tausend Einwohner, Deutschland liegt bei circa 1,5, auch Belgien in dieser Größenordnung. Es geht dann runter. Österreich ist nach dieser Rechnung bei 0,56, also weniger als ein Drittel im Vergleich zu den Niederlanden. Ein bisschen mehr als ein Drittel im Vergleich zu Deutschland und Italien, das sehr drastische Reformen durchgeführt hat, wo auch psychisch Kranke so oft dann in der somatischen Medizin behandelt werden, hat nur 0,13. Österreich ist in diesem Feld also im unteren Bereich. Wenn wir jetzt die Zahlen für die Bundesländer vergleichen. Wir haben diese Planzahlen vom ÖBIG vorgegeben. Von 0,3 bis 0,5 ohne Sucht, wobei die Tagesklinik mitgerechnet wird, haben wir österreichweit 0,40. Es gibt drei Bundesländer, die oberhalb oder unterhalb dieser Maßzahlen liegen. Burgenland und Niederösterreich sind darunter, Vorarlberg ist darüber über 0,5. Wien und die anderen Bundesländer sind in diesem Spektrum, das hier vorgegeben ist. Wenn wir uns die Planzahlen für den Bereich Abhängigkeitserkrankungen anschauen, ist die Vorgabe 0,18 Betten pro 1.000 Einwohner, wobei auch hier tagesklinische Einrichtungen mitgezählt werden sollen, die gibt es in dem Bereich allerdings deutlich weniger als im allgemein psychiatrischen Bereich. Da wären für Österreich 1.464 Betten notwendig. De facto gibt es 956, also deutlich weniger. Es gibt drei Bundesländer, die etwas darüber liegen, das sind die grün markierten, das ist Salzburg, Vorarlberg und Wien. Die anderen Bundesländer sind unter dieser Planzahl, wobei man sicherlich zur Verteidigung sagen muss, dass für diesen Bereich erst in den letzten Jahren die Planungen begonnen haben: Die Betten, die für diesen Spezialbereich notwendig sind. Der allgemein psychiatrische Bereich, da sind die Planungen schon viel länger gelaufen.

Kriterien, wie gut die Versorgung funktioniert, sind nicht einfach zu finden, auch solche Sachen, wo man die Bundesländer halbwegs vernünftig vergleichen kann. Eine Möglichkeit ist das man sich anschaut wie viele Unterbringungen gibt es. Also, wie viele Behandlungen gegen den Willen der PatientInnen. Sie sehen das Wien in den letzten Jahren zwischen 2003 und 2005, immer geringere Werte hatte als die anderen Bundesländer. Das bezieht sich auf die Krankenhausaufnahmen. Also, das hat daher nur eine beschränkte Aussage, weil natürlich, je nach Bundesland, gibt es verschieden häufig, dass es zu Aufnahmen kommt. Wenn man sich das dann ansieht, bezogen auf die einzelnen Bundesländer, der ganz rechte Block ist Öster-

reich. Der Block gleich daneben ist Wien. Man sieht, dass Wien in diesem Zeitraum von 2001 bis 2005 immer im unteren Bereich war. Es gibt andere Bundesländer, die auch sehr wenig hatten, Niederösterreich zum Beispiel. Ob das eine gute oder schlechte Nachricht ist, ist schwer zu interpretieren. Wenn man die Persönlichkeitsrechte, das Recht auf Selbstbestimmung, auf Freiheit betrachtet, kann das ein Indikator sein, dass Wien vorsichtig damit umgegangen ist. Möglicherweise, weil hier nicht nur die ÄrztInnen und die psychiatrischen Dienste alleine mitreden, sondern, da reden auch die Gerichte mit und wie die einzelnen Gerichte im Einzelfall dann entscheiden, möglicherweise ist man in Wien hier sehr vorsichtig gewesen. Vielleicht manchmal zu vorsichtig. Das sagen die Zahlen alleine nicht aus. Man war in Wien sicherlich nicht schlampig in dem Sinn, dass man zu viele PatientInnen untergebracht hätte, wenn man das jetzt im Vergleich zu den anderen Bundesländern sieht. Eine andere mögliche Information kann sein, wie viele Todesfälle gab es? Wenn ich die Unterlagen richtig verstanden haben, das sind Protokolle, die ich im Internet gelesen habe, hat Frau Dr. Moritz Ihnen schon Zahlen gebracht, bezogen auf PatientInnen, also Personen die pro Jahr im Spital sind. Das hier sind Zahlen bezogen auf einzelne Krankheitsepisoden, auf Aufnahmen. Also ein bisschen eine andere Information. Österreich war in den Jahren 2005, 2006 0,98, 094, also knapp 1 Person pro 1.000 Aufnahmen ist leider verstorben. Wien ist in dieser Rechnung etwa im Mittelfeld. Liegt nicht darüber, sogar vielleicht etwas darunter im Jahr 2005, aber sicherlich jetzt nicht darüber. Natürlich muss man auch hier berücksichtigen, wie lange sind Leute im Spital? Wenn man länger im Spital liegt, kann eher was passieren. Wenn man sich die Aufenthaltsdauer anschaut pro 100.000 Belagstage im Krankenhaus, auch hier ein relativ breites Spektrum innerhalb der Bundesländer. Wien ist in diesen Zahlen, die von Statistik Austria stammen, unter dem österreichischen Durchschnitt. Glücklicherweise. Auch die Zahlen für die Jahre vorher, die ich gesehen habe, ist es ähnlich. Wobei ich nicht für alle Jahre die Zahlen durchgehend hatte, deswegen habe ich jetzt nur diese beiden Jahre hergenommen; Ein anderer Bereich der stationären Behandlung. Wir haben natürlich auch in der somatischen Medizin eine Reihe Personen, die auch unter psychischen Erkrankungen leiden. Ich bringe die Zahlen aus einer Studie, die wir vor einigen Jahren durchgeführt haben; Anfang der 90er Jahre, wo Krankenhausabteilungen aus Wien und Tirol eingegangen sind. Sie sehen hier die Häufigkeit psychischer Erkrankungen. Die Prävalenz in vier verschiedenen Fachgebieten: Interne Chirurgie,

Gynäkologie und Geburtshilfe und Rehabilitation. Im Vergleich dieser Einrichtung in Wien und Tirol hat Tirol eine höhere Prävalenz gehabt, also mehr psychisch Kranke, die in den entsprechenden somatischen Fachabteilungen aufgenommen waren. Bei der Gynäkologie war kein Unterschied festzustellen. Das kann viele Ursachen haben, auch das gerade am Land bis man in einer psychiatrischen Abteilung ist, ist der Weg deutlich länger als in Wien. Also da sind die Rahmenbedingungen auch für die KollegInnen, PolitikerInnen und BeamtInnen, die dort die Versorgung zu planen haben, sicherlich schwieriger. In kleinen Ortschaften ist es eher bekannt, ob jemand eine psychische Erkrankung hat. Wo sich PatientInnen möglicherweise eher weigern dann ins Psychiatrische Krankenhaus zu gehen und sagen: „Ich will dort im Bezirkskrankenhaus bleiben und dort behandelt werden, auch wenn meine ÄrztInnen sagen, ich sollte eigentlich woanders hingehen“, aber weigern sich dann. Und Internisten und Chirurgen sagen dann: „Naja zur Not versuchen wir halt, was hier geht.“ Hier nur zur Illustration es ist ein sehr breites Spektrum von Krankheitsbildern, das Sie hier sehen. Von Angststörungen, Alkohol und Drogen, Demenz, Depression, wo je nach Fachgebiet unterschiedliche Häufigkeiten sind. Sie sehen das zum Beispiel auf den Rehabilitationsabteilungen, das, was damals als Rehabilitationsabteilung bezeichnet wurde, würde heute das meiste als Geriatrieabteilung bezeichnet werden, eine sehr hohe Rate von Demenzerkrankungen, fast ein Viertel, auch auf den Internen, wo sehr viele alte Menschen sind, relativ häufig Demenzerkrankungen zu finden. Depressionen an allen Abteilungen relativ häufig, vor allem auch an den Rehabilitationsabteilungen. Also, wir haben hier ein breites Spektrum. Manche davon brauchen eine fachärztlich psychiatrische Behandlung beziehungsweise auch eine Transferierung auf eine Psychiatrie. Aber sicher nicht alle. Wenn jetzt ein Patient zum Beispiel seit 20 Jahren eine Zwangsstörung hat und der ist jetzt fünf Tage auf einer Chirurgie, macht es nicht viel Sinn dort eine Behandlung zu beginnen. Dem Patienten vorzuschlagen, dass er wohin geht. Ja, das ist sinnvoll. Und es ist auch nicht jeder fehlplaziert, denn wenn jemand zusätzlich zu einer Lungenentzündung oder zu einem Herzinfarkt eine Depression hat, dann ist es völlig richtig, dass er zuerst einmal auf der Internen aufgenommen wird und dort behandelt wird. Und wenn der somatische Zustand so weit ist, dann müsste man ihn transferieren auf eine Psychiatrie. Bezogen auf alle Aufnahmen in dieser Zeit. Also wir haben in unserer Studie etwa 1.000 PatientInnen gehabt, die von Psychiatern in persönlichen Interviews ausführlich untersucht wurden. 2,7 Pro-

zent hätten verlegt gehört an eine psychiatrische Abteilung, sobald es der körperliche Zustand zulässt. Da waren in Tirol einige PatientInnen dabei, die „nur“ wegen einer Depression oder „nur“ wegen eines Alkoholentzuges dort gelegen sind. „Nur“ meint, dass sie keine somatische Erkrankung hatten. In Wien kam das damals fast nicht vor. Daher auch die Zahlen. In Tirol wären mehr Transferierungen notwendig gewesen als in Wien. Entschuldigung, ich habe mich verblättert. Ja, ich habe auch schon erwähnt, die Anreisewege spielen eine Rolle. Deswegen wurde dann auch argumentiert, dass die Psychiatrie, die stationäre Psychiatrie zu dezentralisieren sei. Die Großkrankenhäuser haben alle einen schlechten Ruf. Die dummen Witze, die man seit der Volksschulzeit kennt über psychiatrische Einrichtungen bleiben im Gedächtnis. Es gibt einige Krankenhäuser, die es geschafft haben, dieses Bild, das in der Öffentlichkeit ist, zu verändern. Aber das ist sicherlich sehr schwierig und wenn jemand mit einer Angststörung, mit einer Depression, mit einer Demenz bei der gleichen Türe hineingeht, wie derjenige, der wegen eines Herzinfarktes oder eines gebrochenen Beines ins Spital kommt, ist sicherlich günstig für die Entstigmatisierung. Vorteil ist, wenn auch im gleichen Krankenhaus auch eine psychiatrische Abteilung ist, kann ich die PatientInnen, die an einer somatischen Abteilung krank sind, sofern sie das dort brauchen, besser mitversorgen und ich kann auch die PatientInnen psychiatrischer Abteilung, wo es ja auch jemand sein kann mit einem Bluthochdruck oder einem grippalen Infekt oder einer Diabetes - die Leute haben leider auch sehr unterschiedlichste Erkrankungen - kann ich dann auch auf psychiatrischen Abteilungen, die somatischen Erkrankungen besser versorgen. Wie sieht die Realität aus? Ein Bundesland hat nach anfänglichen Diskussionen sich entschieden nicht zu dezentralisieren. Das ist Vorarlberg. Zwei Bundesländer hatten eine Dezentralisierung geplant und abgeschlossen, wobei man sagen muss, dass ursprünglich mehr Dezentralisierung geplant war und dann auf Grund praktischer Probleme, dass die Verkehrsverbindungen so ungünstig waren, sich entschieden hat, nicht all das, was ursprünglich überlegt war, zu dezentralisieren, sondern dann eben ein Teil auch im Großkrankenhaus zu verbleiben hat. Das sind zwei Bundesländer und die anderen sechs Bundesländer haben die Dezentralisierung geplant, haben begonnen und noch nicht abgeschlossen. Da gehört auch Wien dazu. Ein weiterer Bereich, der in diesem Zusammenhang wichtig ist, ist meines Erachtens: psychiatrische Tageskliniken. Da Tageskliniken auch dazu beitragen können die Krankenhausaufenthaltsdauer zu verkürzen und bei einigen

PatientInnen auch überhaupt Spitalsaufnahmen zu vermeiden. Was verstehen wir unter Tageskliniken? Die PatientInnen sind von Montag bis Freitag, jeweils 8 Stunden im Krankenhaus, bekommen dort ein sehr umfangreiches Therapieangebot. Die Details erzähle ich Ihnen nachher noch dazu. Abendstunden, Nachtstunden und das Wochenende verbringen sie zu Hause. Ein Vorteil ist, ich kann dort sehr komplexe Therapieverfahren anbieten, die ich ambulant nicht anbieten kann. Ich kann soziotherapeutische Aktivitäten durchführen, mit Ergotherapie, Tagesstrukturierung, Aktivierung. Da tue ich mir ambulant deutlich schwerer. Rechtlich sind es in Österreich Krankenhausaufnahmen und ein wichtiger Unterschied zur somatischen Medizin. In somatischer Medizin verstehen wir unter Tagesklinik, wenn ein Patient weniger als 24 Stunden im Spital ist. Also meist in der Früh kommt und Mittag oder Nachmittag nach Hause geht und dann entlassen ist. Da geht es um sehr kurzfristige Behandlungen. In der Psychiatrie sind es vor allem die PatientInnen, die längerfristige Behandlungen brauchen und wo man sagt, das ist vorteilhaft, wenn sie nicht rund um die Uhr im Krankenhaus sind. Ja, die beiden Hauptindikationen habe ich Ihnen bereits genannt. Verkürzung einer stationären Aufnahme und an Stelle einer stationären Aufnahme, was vor allem bei den leicht Erkrankten möglich ist oder in Frühphasen der Erkrankungen, wenn man die PatientInnen frühzeitig erreicht und behandeln kann, kann man sich damit eine stationäre Aufnahme bei einigen PatientInnen sparen. Ich kann Ihnen einen stützenden und schützenden Rahmen anbieten. Es gelingt mir die sozialen Kontakte zu erhalten. Wenn PatientInnen länger im Spital sind, ist immer die Gefahr, dass das soziale Netz verloren geht, weil durch die Krankheit selbst oft das soziale Netz gestört ist und das Aufrechterhalten von sozialen Beziehungen beeinträchtigt ist. Also, das kann ich in einer Tagesklinik besser. Ich kann auch im gewohnten Umfeld verbleiben. Werde nicht aus meinem Alltag herausgerissen. Das ist ein Vorteil im Vergleich zur stationären Aufnahme. Auch das, was ich mit PatientInnen therapeutisch erarbeite, kann sich gleich im Alltag dann bewähren. Und ich sehe, hat es funktioniert oder nicht. Während auf einer Station arbeite ich eher häufig für die Zeit nach der Entlassung, was bei manchen PatientInnen ein Nachteil ist. Und, dass ich soziotherapeutische Aktivitäten durchführen kann, habe ich schon erwähnt. Wir haben lange Zeit in Österreich überwiegend Tageskliniken mit bestimmten diagnostischen Schwerpunkten gehabt. Am häufigsten war Schizophrenie, Alkohol, psychisch Alterskranke. Wir haben in den letzten Jahren ein bisschen eine Vereinheitlichung des

Spektrums. Das hat auch damit zu tun, dass es jetzt seit ein paar Jahren einheitliche Finanzierungsrichtlinien gibt. Mit einheitlichen Rahmenbedingungen, was verlangt ist, damit eine Einrichtung als Tagesklinik zählt und dass mit der Krankenkasse abrechnen kann. Also die Akutbehandlung von verschiedensten PatientInnengruppen, das ist das Modell, das sich in den letzten Jahren am stärksten entwickelt hat und am meisten zugenommen hat. Als Beispiel wie so ein Programm aussieht: Die PatientInnen kommen um 8 Uhr. Beginnen mit dem Frühstück. Dann gibt es Morgengymnastik, also das ist etwas, was die Physiotherapie anbietet, was der körperlichen Aktivierung dient. Dann gibt es eine kurze Visite, da es weniger Akutkranke sind, geht das meistens sehr schnell. Und da die PatientInnen doch einige Wochen im Krankenhaus sind, gibt es nicht jeden Tag was Neues. Und es gibt zusätzlich dann noch täglich zwei Gesprächsrunden und Einzelgespräche, deswegen ist die Visite sehr kurz. Die sogenannten Morgenrunden sind Gesprächsgruppen mit den PatientInnen mit unterschiedlichsten Themen. Anschließend dann Ergotherapie, wo es um Arbeit mit Material geht. Wo die Aufgabe ist, Konzentration zu trainieren, Ausdauer zu trainieren, kognitive Fähigkeiten zu trainieren. Selbst einschätzen, wie belastbar bin ich? Wo sind meine Grenzen? Um diese Dinge geht es dann in der Ergotherapie. Zu Mittag gibt es dann von der Physiotherapie dann Entspannung, weil bei vielen psychiatrischen Krankheitsbildern gibt es Spannungszustände, Unruhezustände, wo die PatientInnen mit diesen Techniken sich dann selbst helfen können. Zu Mittag ist das Essen und dann anschließend Pause. Dann gibt es wieder Gesprächsrunden um 13 Uhr, die auch cirka eine halbe Stunde dauern. Länger wäre es für viele PatientInnen in ihrem Zustand oft nicht zumutbar, weil die kognitiven Leistungen dann nachlassen. Ein bisschen Pause und nachmittags dann wieder Ergotherapie, Bewegungstherapie. Einmal in der Woche einen Ausflug, um auch die Alltagsachen, die man sich angeeignet hat, umzusetzen. Manche soziale Fertigkeiten, manche Alltagsfertigkeiten und einmal in der Woche eine Runde für die Angehörigen. Das ist das Modell, das wir bei uns in der Uni-Klinik in Wien haben. Die meisten Tageskliniken in Österreich haben eine sehr ähnliche Struktur, eine sehr ähnliche Arbeitsweise, wo Unterschiede im Detail bestehen, aber nicht im Wesentlichen. Zusätzlich gibt es natürlich dann therapeutische Einzelgespräche, therapeutische Gespräche mit den Angehörigen, Gespräche mit der ganzen Familie, also PatientInnen plus ein oder mehrere Angehörige, sozialarbeiterische Beratung, kognitives Training. Das bietet die Psychologie bei

uns an. Einzelphysiotherapie und auch die Medikation gibt es im Krankenhaus. Wie groß ist der Bedarf? Wenn man sich die Literatur anschaut, findet man sehr unterschiedliche Angaben. Das Papier, das im Auftrag des damaligen Gesundheitsministeriums im Jahr 1993 erstellt wurde, hat vorgeschlagen 10 Prozent der Bettenkapazität. Damals gab es in Österreich noch deutlich mehr Betten als wir heute haben. Also da würde, je weniger Betten es gibt, desto weniger Tagesklinikplätze wären notwendig, nach dieser Rechnung. Was nicht sehr sinnvoll ist, da ja Tageskliniken auch die Aufgabe haben einen Teil der Betten zu ersetzen und man sagt, die wenigen Betten, die heute vorgesehen sind, sind ja auch nur dann möglich, wenn es ausreichend tagesklinische und andere Angebote gibt. Ein Vorschlag aus Deutschland, aus dem Jahr 1990, auch von einer bundesweiten Kommission, hat zwei Kennzahlen vorgeschlagen. Das eine war 20 Prozent der stationären Kapazität, also deutlich höher und obwohl da Deutschland deutlich mehr Betten hat oder eine andere Berechnungsmethode 0,15 Tagesklinikplätze pro 1.000 Einwohner. Eine sehr detaillierte Studie von Albers, Ende der 90er Jahre, hat 0,2 bis 0,6 Tagesklinikplätze pro 1.000 Einwohner vorgeschlagen. Hat gesagt, man möge berücksichtigen, wie viele Betten es gibt. Ist ein sehr sinnvoller Aspekt und wie die Bevölkerungsdichte ist. Also, wenn ich sehr, sehr lange Anreisewege habe, wie zum Beispiel im Waldviertel, werde ich möglicherweise weniger PatientInnen in Tageskliniken behandeln können und werde sie eher im Spital aufnehmen müssen. In Bereich mit sehr guter Verkehrsanbindung, mit hoher Bevölkerungsdichte kann man hier mehr tagesklinisch machen und weniger ist stationär notwendig. Das, was Ihnen auffallen wird: Albers hat hier 0,2 bis 0,6 Tagesklinikplätze pro 1.000 Einwohner vorgeschlagen, wenn wir das vergleichen mit der Bettenzahl für die allgemeine und akut Psychiatrie in Österreich mit 0,3 bis 0,5 sind das in Wahrheit hohe Zahlen. Vor allem da ja die Tagesklinikplätze hier einberechnet werden in Österreich. Also, da sind manche ausländische KollegInnen, die von einem deutlich höheren Bedarf ausgehen als wir in Österreich. Wenn man jetzt die verschiedenen Berechnungsmethoden anschaut und sich ansieht, wie die Bundesländer da stehen. Wenn man 10 Prozent der stationären Kapazität überlegt. Sie sehen in der linken Spalte die Betten, die es gibt in Österreich in diesem Bereich. Dann in der mittleren Spalte die Tagesklinikplätze und dann die Prozentzahl davon. Dann gibt es ein paar Bundesländer, die etwas darüber sind. Wien ist darüber, Salzburg ist darüber, Oberösterreich und Kärnten. Die anderen Bundesländer wären darunter; wenn man sich

überlegt, dass Deutschland 20 Prozent vorgeschlagen hat der stationären Kapazität.

Also, das erreicht kein einziges Bundesland. Wenn man dann ausrechnet 0,15 Plätze pro 1.000 Einwohner sollte es geben. Kein einziges Bundesland in Österreich hat das. Also jedes Bundesland ist deutlich unter diesen Berechnungen, die nach diesen Kennzahlen von 0,15 oder 0,20 pro 1.000 Einwohner ist. Wenn man sich anschaut, welche Bundesländer dem am nächsten kommen. Also, alle sind deutlich darunter. Aber am nächsten von der Prozentzahl, was sie derzeit haben, wäre Tirol gefolgt von Wien und Oberösterreich. Aber am nächsten kommen heißt, dass eigentlich nach dieser Überlegung noch immer rund zwei Drittel der erforderlichen Plätze fehlen würden. Ich habe Ihnen jetzt noch zum Schluss ein paar andere Aspekte, die in der Versorgung wichtig sind, die wir berücksichtigen müssen, auch bei den Betten angeschnitten, das sind Demenzen. Das ist das Krankheitsbild, das am meisten zunehmen wird. Die Neuerkrankungsrate von Demenzen steigt mit dem Alter an. Wir haben bei den 60 bis 65 Jährigen circa eine Person die pro Jahr erkrankt. Bei den über 90 Jährigen sind es dann 7, 8 bis 10 Prozent, die pro Jahr erkranken. Also das steigt deutlich mit dem Alter. Das Gleiche die Zahl der Erkrankten. Wir haben 2 bis 3 Prozent Kranke bei den 60 bis 65 Jährigen, bei den über 90 Jährigen haben wir dann Raten von 30 bis 35 Prozent, die unter einer Demenz leiden. Da wir alle älter werden, wird das zunehmen. Ich habe hier die Zahlen für Wien, die ausgerechnet wurden. Wir haben im Jahr 2000 in Österreich circa 20.000 Demenzkranke in Wien gehabt. Bis zum Jahr 2050 wird das auf etwa 43.000 zunehmen. Also hier kommen deutliche Herausforderungen auf die Gesundheitsplanung, aber auch auf die Planung der stationären Psychiatrie zu. Natürlich nicht jeder braucht ein stationäres psychiatrisches Bett, bitte. Aber es gibt oft Komplikationen bei Demenzen, wo man dann sagt, also kurzfristig ist auch eine Aufnahme notwendig. Hier die Zahlen für die Neuerkrankungen. Etwa 5.000 im Jahr 2000 und steigt auf etwa 11.000 im Jahr 2050. Das sind Zahlen, die, ich weiß jetzt nicht mehr den genauen Namen des Ausschusses des Gemeinderates vor einigen Jahren, der sich bereits damit beschäftigt hat, wo ein Mitarbeiter von mir diese Sachen damals präsentiert hat. Warum ist das wichtig? Die Fähigkeit zur Selbstversorgung sinkt. Die Wahrscheinlichkeit in ein Heim zu müssen steigt deutlich an und die Wahrscheinlichkeit, dass man länger im Krankenhaus ist, steigt auch deutlich an. Auch in der somatischen Medizin, weil einfach der Patient nicht so in der Lage ist mitzuarbeiten. Deswegen werden wir sowohl in der somatischen Medizin als auch in

der Psychiatrie hier mehr Ressourcen brauchen bei diesen PatientInnen. Wer versorgt diese Personen? Einerseits informelle Pflege. Die Familie aus der gleichen Generation, Geschwister, Partner, Freunde aus der nächsten Generation Kinder, Schwiegerkinder, Enkel. Und dann haben wir die professionelle Pflege. Und da stellt sich die Frage, wer stellt professionelle Pflege zur Verfügung? Das kann nur die erwerbsfähige Bevölkerung sein. Und wenn man sich die Zahlen für Wien anschaut, wir hatten im Jahr 2000 etwas mehr als eine Million Personen im erwerbsfähigen Alter, das ist 18 bis 65. Und bis im Jahr 2050 wird das auf etwa 915.000 EinwohnerInnen zurückgehen. Zugleich haben wir diesen dramatischen Anstieg von Demenzerkrankungen. Die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, die zur Verfügung stehen um einen Demenzkranken zu versorgen im privaten Umfeld, aber auch die Profis zur Verfügung zu stellen, egal, ob das jetzt Sozialarbeiter sind, ob das Pflegepersonen sind, ob das PsychologInnen sind, ÄrztInnen, hier kommt eine deutliche Herausforderung auf uns zu. Einen letzten Punkt, den ich anschneiden möchte im Zusammenhang mit Versorgung psychisch Kranker sind Angehörige. Die spielen bei vielen psychischen Erkrankungen eine Rolle. Ich habe hier das Beispiel Schizophrenie genommen, da dieses das Krankheitsbild ist, wo wir am meisten darüber wissen. Wo die Datenlage am besten ist. Warum beschäftigen wir uns mit Angehörigen? Wie ist es dazu gekommen? Die Enthospitalisierung hat in vielen Ländern dazu geführt, dass die ambulanten Angebote, die geplant waren, nicht in allen Bereichen so funktioniert haben, wie man sich erwartet hat. Aus dem Grund war es notwendig, dass die Familie eingesprungen ist und viele Aufgaben übernommen hat in der Versorgung der Kranken. Auch mit den geringeren stationären Ressourcen, die wir in den letzten 10 bis 15 Jahren haben, auch Neuerkrankte können nicht überall dann dort aufgefangen werden. Und oft ist es ja auch günstig, wenn man im privaten Umfeld sein kann und nicht von einer Institution betreut werden muss und dort leben muss. Und natürlich haben sich dann für die Familien, die diese Aufgaben übernommen haben, viele Belastungen entwickelt. Also, die Listen der Belastungen ist lang. Es gibt mittlerweile hunderte Publikationen dazu. Ich habe Ihnen nur einige Beispiele angeführt, die Beziehungen der Familien sind belastet, so wie sonst auch, wenn ich ein schwer krankes und langandauerndes Familienmitglied betreue. Der Tagesablauf verändert sich. Die Freizeit ist für die Angehörigen oft beeinträchtigt und weniger zur Verfügung. Viele sind in der eigenen Gesundheit beeinträchtigt. Sowohl die psychische Gesundheit als auch die

körperliche Gesundheit. Auch das kennen wir zum Beispiel von Angehörigen, die jemanden mit einem Schlaganfall pflegen, dass dann die Wahrscheinlichkeit steigt eine Depression zu entwickeln oder einen Bluthochdruck zu entwickeln. Häufig werden wegen Schlafstörungen dann auch Medikamente, Psychopharmaka, genommen. Oft kommt es dann zu Spannungen mit anderen Menschen, die nicht verstehen, was hier los ist. Die Angehörigen werden immer isolierter. Viele machen sich auch Vorwürfe. Haben Schuldgefühle. Fragen sich, was habe ich falsch gemacht? Habe ich mich ungeschickt verhalten? Habe ich damit einen Rückfall ausgelöst? Nicht zuletzt gibt es eine Reihe von finanziellen Belastungen, weil man einfach hier Aufgaben für den Kranken übernimmt. Beispiel auch etwas, das wir aus der Literatur kennen, Depressionen. Das ist eine Studie, die wir vor ein paar Jahren gemacht haben in vier Bundesländern an jeweils kleinen Stichproben, aber trotzdem. Wo sie sehen, dass im Grunde geringfügige Unterschiede sind. Diese Unterschiede sind nicht signifikant, aber im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind diese scores deutlich erhöht. Also, hier gibt es deutlich höhere Hinweise auf Depressionen bei den Angehörigen. Wir haben aber glücklicherweise in den letzten 20 Jahren einige Interventionen entwickelt, wo wir Angehörigen helfen können, nicht nur mit ihrer Lage besser fertig zu werden, sondern auch die Kranken besser zu unterstützen. Hier aus einigen Studien ausgewählt, wenn diese Intervention Aufklärungsprogramm und Schulungsprogramm für Angehörige angeboten wurde, ist die Rückfallrate bei den Schizophreniekranken deutlich geringer. Also, Sie sehen zum Beispiel in der obersten Studie in der obersten Zeile 20 Prozent Rückfälle, wenn die Angehörigen hier unterstützt wurden. Wenn es diese Unterstützung nicht gab, gab es innerhalb von 2 Jahren bei 78 Prozent Rückfälle. Also, da sind schon drastische Unterschiede und das ist auch ein Grund, warum wir mit Angehörigen arbeiten. Das ist mit heute ein Standard und ich glaube, es gibt keine psychiatrische Abteilung in Österreich, die hier sich nicht auch um die Angehörigen bemüht. Die Art der Arbeit, wie das gemacht wird, ist sehr unterschiedlich. Manchmal in Einzelgesprächen. Manchmal in sogenannten Angehörigenrunden, wie ich es zuerst erwähnt habe. Manchmal in speziellen Kursen, die angeboten werden. Das ist sehr verschieden. Es ist heute der Standard, das sagen auch die Leitlinien der österreichischen Fachgesellschaft, was für Angehörige anzubieten ist. Wo auch die Erfahrung ist, dass Selbsthilfvereinigungen sehr viel bringen können für die Angehörigen. Auch aus diesem Grund wird das heute als Standard gesehen, dass man Angehörigen

rigen rät mit Selbsthilfvereinigungen Kontakt aufzunehmen. Zuletzt mit der Frage, wie sollen wir günstig planen? Ich habe Ihnen einige Kennzahlen gebracht. Die sind nicht alle einheitlich. Anhand dessen zu evaluieren, ob es genug gibt oder nicht, ist nicht ganz einfach. Wir haben früher immer in Institutionen gedacht. Wie viele Wohnheime, wie viele Tageskliniken brauchen wir? In den letzten 10 Jahren hat sich zunehmend von der Denkweise etwas verändert. Das wir weniger in Institutionen denken, sondern was braucht der Einzelne? Auch unter dem Aspekt manche Interventionen können in den unterschiedlichsten Einrichtungen angeboten werden. Ich kann zum Beispiel jetzt mit Angehörigen auf einer Station arbeiten oder sagen, ja der Kranke ist eine Woche da, die Zeit ist zu kurz. Ich rate ihm eher ein Angebot, das ich ambulant habe und kann dort das Gleiche mit der gleichen Qualität anbieten. Ich muss nicht mehr schauen, wie viele Plätze brauche ich in bestimmten Institutionen. Wie häufig brauche ich bestimmte Interventionen? Wie oft brauche ich Informationsgespräche für Angehörige? Und so weiter. Hier gibt es keine Kennzahlen. Hier sind wir noch im Stadium, wo erste Studien in dem Bereich laufen. Hier als Beispiel eine Studie bei Angehörigen. Ich habe die Folie leider nur auf Englisch und habe es nicht mehr geschafft das auf Deutsch hinzukriegen. Sie sehen hier für eine Reihe von Interventionen, wo die Angehörigen befragt wurden, was wäre denn notwendig von Beratung, wo cirka 75 Prozent der Angehörigen Beratung brauchen werden. Information über die Erkrankung und gut die Hälfte expertengeleitete Angehörigenrunden auch cirka die Hälfte. Also die Liste geht so weiter, wo wir dann versuchen hier zu quantifizieren, was würden die einzelnen Personen, egal ob Angehörige oder PatientInnen brauchen? Kennzahlen haben wir hierfür noch nicht. Wir sind hier in einem Umbruch in der Versorgungsplanung. Der Weg erscheint mir sinnvoll, aber hier zu sagen, das und das braucht man, ist nicht ganz einfach. Wir haben immer wieder gehört, dass es Kennzahlen gibt, wie viele Personen sind notwendig? Diese Kennzahlen sind in den letzten Jahren zunehmend in Diskussion gekommen. Denn es ist nicht immer ganz einfach, das ein für alle mal festzuschreiben, weil hier eine Reihe von Faktoren mitspielen. Das mag es im gleichen Einrichtungstyp geben, wo wenige PatientInnen sind, die sehr instabil sind und im gleichen Einrichtungstyp, einige Kilometer weiter, mag der Anteil derer, die sehr instabil sind, deutlich höher sein. Wie akut die Kranken sind, spielt eine Rolle. Ob sie sich riskant für sich oder andere verhalten, spielt eine Rolle. Welche anderen Einrichtungen sind in der Region verfügbar? Zum Beispiel manche Angehörigen

bote, die von Privatinitiativen auf Vereinsbasis angeboten werden, da gibt es zwar einiges aber nur zu bestimmten Öffnungszeiten. Das muss ich berücksichtigen. Wie viele Ressourcen haben die PatientInnen? Wie viele Fertigkeiten? Welche anderen Unterstützungsangebote gibt es in der Umgebung? All das sind Sachen, die ich mitberücksichtigen muss, wo dann zum Beispiel für manche Interventions- oder manche Arbeitsweisen, case management gesagt wird, in manchen Diensten wird ein Profi nur 10 PatientInnen betreuen können. Dann wird es aber auch Situationen geben, wo er 30 bis 40 adäquat betreuen kann, weil man all diese Sachen hier mitberücksichtigen muss. Ich möchte den Schluss stellen, um klar zu machen, dass wir hier uns oft auch schwer tun, wenn wir die Politik beraten sollen. Es gibt einige Sachen, die wir sagen können, bei anderen Sachen haben wir noch Grenzen dessen, was wir wirklich in absoluten Zahlen weitergeben können. Ja, ich hoffe, ich konnte ein paar Sachen in dem Bereich anschneiden zu dem Thema. Danke für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf Ihre Fragen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr Professor ich danke für Ihre Darstellung zur Versorgungspsychiatrie und darf jetzt um die Fragen bitten. Frau GRin Dr. Laschan.

GRin Dr. **Laschan**: Sehr geehrter Herr Professor! Sehr geehrte Damen und Herren! Herzlichen Dank für Ihren schönen Vortrag. Ich möchte als erstes auf den Bereich der älteren Menschen eingehen, weil ich glaube, dass es für den Bereich der Versorgungsplanung - und ich sage jetzt absichtlich nicht Versorgungspsychiatrie, sondern der Gesundheitsplanung ein ganz wesentlicher Bereich ist. Nämlich auch der Bereich, den Sie angesprochen haben, dass mit dem Älterwerden unserer PatientInnen oder unserer Gesellschaft auch die Demenzerkrankungen im steigen sind. Und ich gehe davon aus, dass es durch das Älterwerden ist, dass der Anstieg ist und nicht durch andere Ursachen. (Ja)

Ich sage es Ihnen jetzt dazu, ich bin Internistin und habe ein bisschen geschmunzelt, wie Sie sozusagen so selbstverständlich die Demenzerkrankungen hier in dieser doch sich mit dem Thema Psychiatrie beschäftigenden Untersuchungskommission gebracht haben. Ich bin aber sehr dankbar dafür, weil mir natürlich klar ist, dass obwohl ja eine Demenz, ich sage das jetzt so frei heraus, eine vaskuläre Demenz ja nicht primär eine psychiatrische Erkrankung sein muss, sondern durch psychotische Episoden oder durch psychische oder psychiatrische Begleiterscheinungen zunehmend dann gekennzeichnet sein kann. Das ist jetzt ein bisschen „geschraubt“ formuliert. Aber natürlich ist es in der Realität dann so, dass ältere Menschen, die

eine Demenzerkrankung haben, meist zusätzlich zu einer Fülle von somatischen Erkrankungen, die sich dann oft in internistischen Abteilungen befinden, dann auf Grund zum Beispiel der sich ändernden Umgebung psychotische Episoden haben. Und ich kann mich gut erinnern vor 12 Jahren ungefähr in einem Krankenhaus in Niederösterreich tätig gewesen zu sein und da auf Grund von akutem Personalmangel der Wunsch von Seiten des oberärztlichen Dienstes entstanden ist, eine Patientin, die eben psychotische Elemente gezeigt hat, zu transferieren in eine psychiatrische Abteilung in Niederösterreich. Das wäre sehr weit gewesen, aber es war sozusagen aus unserer Sicht die einzige Möglichkeit hier mit dieser Situation fertig zu werden. Etwas, das man tagtäglich erlebt. Was immer wieder vorkommt. Das eben jemand nicht im Bett bleiben will und herumläuft und randaliert, auch teilweise. Eine ältere Frau, wo man denkt, wenn die zu Hause wäre, dann wäre das wahrscheinlich nicht. Und da kam dann die Antwort: „Nein, die ist ja dement, die gehört uns nicht.“ Das ist mir jetzt wieder eingefallen an Hand Ihres Vortrages. Und das bringt mich jetzt auch schon zu dem Problem und zur Fragestellung. Ist es nicht wesentlich (*Gelächter*)

Ich weiß nicht, was da so lustig ist. Die Einleitung halte ich für notwendig, um das zu definieren, wie ich dazu komme. Auf Grund der Praxis, der täglich geübten Praxis wahrscheinlich in ganz Europa, ist ja das, was Sie, dieses konzentrieren auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten, das geht ja genau in diese Richtung. Würden Sie meinen, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Behandlung dieser Bevölkerungsgruppe, nämlich des älteren demennten Patienten mit psychiatrischen Begleiterscheinungen, nicht die günstigste Form wäre und wie vor allem könnte das aussehen in Zukunft für die Gesundheitsplanung, nämlich ambulant und stationär.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Vielen Dank! Kurz eine Vorbemerkung zur Einleitung. Sie haben gesagt, wieso ich als Psychiater dazu Stellung nehme? So wie das die WHO sieht, gehört das zu den psychiatrischen Erkrankungen. Je nach Ländern ist das sehr unterschiedlich. Es gibt manche Länder, wo das primär durch die Neurologen behandelt wird. Andere Länder, wo es primär die Psychiater machen. Manche Länder, wo beide Fachgebiete das machen. In Österreich ist es so, dass beide Fachgebiete hier involviert sind. Das was Sie aus Ihrer Einleitung erzählt haben. Wir haben die Erfahrung gehabt in den 70er Jahren, dass Pflegeheime sich häufig von Demenzerkrankungen überfordert gefühlt haben. Und mit den Reformen hat man dann gesagt, das ist keine akute Krankheit. Wo man

damals auch noch nicht behandeln konnte. Heute können wir glücklicherweise manches behandeln. Gesagt hat, die müssen nicht auf einer psychiatrischen Abteilung sein. Und wo damals viele Krankenhäuser in Österreich - Sie haben Niederösterreich erwähnt, ich nehme an in Wien und die meisten anderen Bundesländern war es ähnlich - gesagt haben, wenn es nicht einen ganz klaren Grund gibt, warum diese oder dieser Demenzkranke eine Psychiatrie braucht, dann sagen wir nein. Weil sonst ist die Gefahr, dass die stationäre Psychiatrie die Funktion von Pflegeheimen erfüllt, was nicht sinnvoll ist. Ich bin völlig Ihrer Meinung, dass wir hier eine multidisziplinäre Zusammenarbeit brauchen bei Demenzkranken. Weil nahezu alle Demenzkranke auch körperliche Erkrankungen haben. Je mehr das verknüpft institutionell ist, umso leichter tue ich mir. Wenn ich beide Angebote im gleichen Krankenhaus habe, kann ich hier sehr viel tun. Je mehr Angebote ich auch in Pflegeeinrichtungen habe, mit Konsultarpsychiatrie umso besser geht das. Ich weiß, dass hier in den letzten Jahren in Wien, aber auch in den anderen Bundesländern, viel ausgebaut wurde. Ich glaube aber, dass es hier in diesem Bereich kein Bundesland gibt, wo die Verhältnisse zufriedenstellend sind. Wo wir sicherlich noch mehr brauchen werden. War Ihre Frage damit beantwortet? (Ja.)

GRin Dr. **Laschan**: Ich würde jetzt gerne zu dem Bereich kommen, weil das auch heute schon gefallen ist und weil ich das für einen wesentlichen Bereich halte und es auch ein großes Diskussionsbedürfnis gibt im Gesundheitswesen über den Begriff „state of the art“. Was ist „state of the art“? Wie kommt man dazu? Und das ist ja diese gesamte Leitliniendiskussion, die ja sehr interessant aber nicht immer erfreulich ist, weil auf der einen Seite, natürlich ich persönlich bin der Meinung, Leitlinien sind gescheit, weil sie ein Qualitätssicherungsinstrument sind und sage aber gleich dazu, da muss man doch immer wieder berücksichtigen, dass das Individuum, die PatientInnen unter Umständen hier, ganz spezifisch in der Situation, ein bisschen etwas anderes brauchen als in den Leitlinien steht. Weil, wenn ich nur nach Leitlinien vorgehe, dann kann ich ein Computerprogramm einschalten und ein Rezept ausdrucken lassen. Und da braucht man sozusagen die Erfahrung, die Empathie nicht mehr des Menschen, des Arztes, der Ärztin. Also das ist eine zwiespältige Diskussion. Und ich halte besonders in so einem heiklen Bereich, wie es die Psychiatrie ist, nämlich weil die PatientInnen nach wie vor stigmatisiert sind, weil es ein Bereich ist in der Medizin über den man wenig spricht. Der so ein bisschen tabu ist. Ein bisschen „wollen wir gar nicht sehen“. Da ganz besonders für wichtig auch klar zu sagen und aus-

zusprechen, wie die Haltung der Medizin oder des Behandelnden hier jetzt konkret ist? Gibt es Leitlinien zu allen Bereichen? Gibt es, also ich kann es mir vorstellen und ich weiß es auch zum Teil, ich habe es heute zufällig gelesen, es gibt zu den Schizophrenien Leitlinien und Konsensuspapiere. Ja, natürlich. Aber gibt es auch Leitlinien für den Umgang mit akut psychotischen PatientInnen? Wenn ja, wie kommt man dazu? Sind das Erfahrungsberichte, die in Konsensuskonferenzen abgestimmt werden? Weil Studien kann es ja in dem Bereich nicht geben. Weil ja solche PatientInnen nicht einwilligungsfähig sind und da keine Studien durchgeführt werden dürfen. Also das würde mich interessieren. Wie man in der Psychiatrie in diesem heiklen Bereich zu einem Konsensus oder zu Leitlinien oder einem „state of the art“ kommt?

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Ich teile Ihre Einschätzung, dass Leitlinien nur Orientierungshilfen sein können, zwar mit der Qualitätssicherungshilfe, wenn man sagt: „an dem kann ich mich orientieren, und ich kann überprüfen, wie weit diese Leitlinien eingehalten werden“.

Ich kann mich aber nicht in jedem Fall sklavisch daran halten, weil ich sonst das, was der einzelne Kranke braucht, vernachlässigen würde.

Einerseits, es können unterschiedlichste Begleiterkrankungen körperlicher oder psychischer Art auftauchen, wo ich dann diese Leitlinien nicht mehr zur Anwendung bringen kann. Es kann auch zu Nebenwirkungen von der Behandlung kommen, mit denen ich nicht gerechnet habe, die sehr selten sind, wo ich dann umdenken muss. Trotzdem denke ich, dass es für viele Bereiche, wo es möglich ist, sinnvoll ist, solche Orientierungshilfen für die Behandelnden und Betreuenden zu geben.

Für die Schizophrenie gibt es meines Wissens in Österreich zwei Gruppen, die Leitlinien erstellt haben. Die eine Arbeitsgruppe sich sehr stark an der klinischen Erfahrung, an der Alltagserfahrung orientiert, die andere sehr stark, was die wissenschaftliche Evidenz ist, wo, was können wir hundertprozentig sagen, was können wir nur auf Grund von Fallberichten sagen, und das auch abgestuft dargestellt hat.

Ich habe in der Psychiatrie in einigen Bereichen Leitlinien, sicher nicht in allen, da können wir sicherlich auch noch einiges verbessern, aber in einigen Bereichen gibt es zur Frage, ob es so was für die Akutpsychiatrie gibt: Für die Akutpsychiatrie ist es deutlich schwieriger, Leitlinien zu erstellen, trotzdem gibt es einige Leitlinien, weil es gibt auch einen Bereich Forschung. Das ist ein Bereich, der sehr eingeschränkt ist, aus meiner Sicht völlig zu Recht, weil in ganz akuten Zuständen manche PatientInnen nur

eingeschränkt beurteilen können, ob sie mit einer solchen Studienteilnahme einverstanden wären oder nicht. Also hier sind die Auflagen der Ethikkommissionen sehr, sehr hoch. Es ist ähnlich hoch, wie wenn ich in der Akutmedizin, in der Notfallmedizin, auch bei PatientInnen, die in der Situation nicht einwilligungsfähig sind, aber ich muss auch bei diesen PatientInnen überprüfen, welche Behandlung nützt denen oder ist die eine Behandlung besser als die andere. Auch hier kann ich Studien durchführen, allerdings sehr, sehr eingeschränkt und mit vielen, vielen Auflagen.

Ein Teil dessen, was wir hier über Notfallpsychiatrie und Akutpsychiatrie sagen können, beruht auf solchen Studien, andere sind Erfahrungswerte. Es gibt aber auch mittlerweile Untersuchungen, die zeigen, wie wir manche Akutzustände vermeiden können, sodass es gar nicht dazu kommt. Ich denke, auch das sind wichtige Informationen, die wir auch in Leitlinien umsetzen können.

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

GRin Dr. **Pilz**: Danke schön. Danke, Herr Professor, für den spannenden Vortrag.

Ich möchte bei einer zentralen Aussage, die Sie gemacht haben, bleiben und es auch sehr unterstützen. Sie sagen, wir sind weggekommen fachlich vom institutionsorientierten Ansatz hin zu einem personenbezogenen Ansatz. Das hat eine Folge von Paradigmenwechsel, würde das mit sich ziehen und ist wahrscheinlich auch schwer für Institutionen dem so ohne weiteres zu folgen. Aber um jetzt auf Wien zurückzukommen mit diesem Ansatz.

Was bedeutet denn das, Sie haben von den tagesklinischen Strukturen, die Sie auch wirklich sehr gut dargestellt haben, im AKH anbieten, ausgehend gesagt, dass im Vergleich zu Deutschland zwei Drittel der Plätze fehlen würden, und wir gleichzeitig einen massiven Abbau stationärer Betten haben, wo wir jetzt – die Frage, was ist gut, was ist schlecht, ist ja in der Psychiatrie immer auch eine Frage des Standpunktes oder der Alternativen, wenn wir aber jetzt sagen, wir haben zwei Drittel weniger Betten als in Deutschland, dann ist ja die Frage, wie werden denn diese PatientInnengruppen, die da nicht in tagesklinischen Strukturen sind, wie werden die denn in Österreich versorgt, speziell in Wien. Heißt das, dass wir in Wien Ihrer Einschätzung nach im Prinzip zu wenig stationäre Betten haben – Fragezeichen – also vollstationär bzw. - und davon haben Sie gar nicht gesprochen - was denn dieser personenbezogene Ansatz für die ambulante Versorgung bedeutet, Stichwort PSD und Stichwort weg von der Institution zur Person im Ansatz. Der PSD ist einer

Philosophie verpflichtet, wo der Patient kommen muss in das Ambulatorium und wir haben es gesehen an den Notdienstesätzen, weniger einer aufsuchenden Arbeit, halten Sie im Hinblick auf eine personenbezogene Zugangsweise, halten Sie dann diesen Ansatz noch für zeitgemäß. Was müsste sich im PSD ändern, damit wir hier komplementär richtig agieren.

Und Sie haben in dem Zusammenhang, und das halte ich für sehr sehr wichtig und ich bin sehr froh, dass Sie das so betont haben, die wichtige Rolle der Angehörigen hier und auch der Lasten, die sie tragen. Wie stellen Sie oder was würden Sie vorschlagen, auch im Hinblick der Personenzentrierung, wie sollen Angehörige in Planung eingebunden werden, in dem Zusammenhang auch in die Aufarbeitung von Problemen, wie wir sie hier in der Untersuchungskommission haben, sehen Sie da ihre Rolle auch mit ihrer Stimme, mit ihrer Erfahrung?

Und dann haben Sie gesagt, und das meine ich doch auch für sehr wichtig und ich kann es aus meiner eigenen Erfahrung aus Oberösterreich sagen, die Stigmatisierung von Zentralinstitutionen haben in Oberösterreich Niedernhart geheißt und ich wusste als Kind auch, Niedernhart, dort darf man nie hinkommen, in Wien heißt das Steinhof. Würden Sie, und ich teile Ihre Einschätzung, dass man wegkommen muss von diesen, für die PatientInnen abschreckenden Beschreibungen, also ich will nicht nach Steinhof oder ich will nicht nach Niedernhart, würde das, wenn man Ihrem Ansatz jetzt folgt, personenzentriert bedeuten oder wären Sie dafür, dass man die Psychiatrie am Steinhof im Otto-Wagner-Spital aus diesem Grund, damit die PatientInnen sich davor nicht fürchten, zur Gänze absiedeln sollte.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Vielen Dank. - Das waren jetzt relativ viele Fragen.

Das erste ist die Frage, ob die Ressourcen ausreichen, was Betten und Tagesklinikplätze betrifft. Ich glaube, dass mit 0,3 bis 0,5 Betten pro 1.000 Einwohner wirklich hart an der Untergrenze sind. Ich schätze, dass Hinterhuber mit seinen Planungen von 0,5 bis 0,7 eher dem gerecht wird, was notwendig ist. Das ist aber eine Entscheidung auf Österreichebene gewesen, soweit ich weiß, nach einer Beurteilung des Rechnungshofes. Auf welcher Kompetenz die beruht, weiß ich nicht. Aber das sind Vorgaben, an die sich die Bundesländer zu halten haben.

Die Tageskliniken werden hier mitgerechnet. Das war damals eine Entscheidung des Ministeriums. Ursprünglich gab es für die Tageskliniken sehr oberflächliche ungenaue Regelungen, was dazu geführt hat, dass es bei der Betreuung von Tagesklinik-PatientInnen häufig Probleme gab. Wenn man bei einem PatientInnen in der Tages-

klinik, weil er auch noch einen hohen Blutdruck gehabt hat und man einen Internisten gebraucht hat, dann war das – in Wien haben sie akzeptiert, dass das mitgezahlt wird, in anderen Bundesländern ist das nicht bezahlt worden, da haben PatientInnen aus der Tagesklinik entlassen werden müssen, zum Internisten schicken und einen Tag später wieder aufnehmen – also da gab es Dutzende von Problemen und die Finanzierung war sehr schlecht; also war lange nicht kostendeckend. Und ich war in dieser Arbeitsgruppe, die wir das damals verhandelt haben. Wir haben relativ gute Rahmenbedingungen erreicht, sowohl von der Finanzierung als auch, dass diese ganzen organisatorischen Probleme auch gelöst sind und nicht mehr PatientInnen hier herausfallen. Das Problem, nachdem wir das herausverhandelt hatten, ein paar Monate später hat uns dann das Ministerium mitgeteilt, dass es mit dieser guten Finanzierung die Tagesklinikplätze auch bei den vollstationären Kapazitäten mitgerechnet werden. Das war nicht das, was wir ursprünglich konzipiert hatten. Ich glaube auch nicht, dass das eine ideale Lösung ist. Ja, da ist sicherlich Verbesserungsbedarf, das kann man nur betonen.

Den personenbezogenen Ansatz habe ich nicht auf einzelne Institutionen beschränkt, sondern ich habe nicht nur auf das Krankenhaus beschränkt, sondern auch auf die ambulante Betreuung. Ich denke, das ist ein Prinzip, das sich durchzieht.

GRin Dr. **Pilz**: Die Frage war in dem Zusammenhang, muss sich dann – und ich kann das voll nachvollziehen, wie Sie das sehen, natürlich muss man das ganzheitlich sehen, aber was muss sich mit diesem Ansatz, den Sie da wählen im PSD ändern, damit man personenzentriert ist.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Da tue ich mir schwer, das jetzt zu sagen. Ich arbeite nicht nur im PSD. Ich kenne nur da oder dort Details über Einzelaspekte, Schilderungen von Kollegen, ich denke, der personenbezogene Ansatz heißt, dass ich bei der Planung der Ressourcen schaue, was braucht der Einzelne, dass ich nicht mehr sage, ich brauche, ich weiß nicht, so und so viele Institutionen, so und so viele Tagesstätten, sondern mehr davon ausgehe, was der Einzelne braucht. Wie das die Stadt Wien macht, hier zu planen, das weiß ich nicht. Ich war nicht involviert, ich kann es Ihnen nicht sagen.

Die letzte Frage: Auch Angehörige, personenbezogen zu planen, halte ich für wichtig, halte ich für sinnvoll. Sie haben gefragt, wieweit die HPE zu berücksichtigen ist.

GRin Dr. **Pilz**: Wie weit sie in Planungsprozesse und in so Aufarbeitungsprozesse, wie wir hier haben, einzubeziehen sind und einzubinden sind?

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Also ich denke, was die Planung betrifft, ist es sicher günstig, sie zu hören. In welcher Form passiert, das ist sehr unterschiedlich. Mir hat man einmal gesagt, das sei heute Standard. Standard ist es nicht, weil es nicht wirklich alle österreichischen Bundesländer tun und müsste auch in Deutschland und überall sein. Das ist nicht der Fall. Ich persönlich halte es für sinnvoll, auf die Erfahrungen von solchen Organisationen zu hören. Aber man kann jetzt nicht sagen, eigentlich ist das was, was alle anderen machen, nur eben in Wien passiert es nicht. Das kann man sicherlich nicht sagen.

GRin Dr. **Pilz**: Die letzte Frage. Soll man zur Gänze stigmatisierende Großinstitutionen auflösen?

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Ich denke, wenn sie verkleinert sind, ist es sicherlich ein Vorteil, je mehr es außerhalb gibt, umso größer ist der Vorteil. Oberösterreich – ich bin kein Oberösterreicher, so wie Sie Oberösterreicherin sind, manche KollegInnen in Oberösterreich sagen, dass sich das Bild in der Öffentlichkeit ganz massiv geändert hat durch die Einbeziehung somatischer Medizin, durch die Verteilung der psychiatrischen Betten, die eben nur mehr ein kleiner Teil sind. Das ist ein Weg, den man versuchen kann.

Die Etiketten zu verändern – manchmal bringt es was, manchmal bringt es nichts. Das haben wir auch in der Medizin gesehen, wo der frühere Chef der psychiatrischen Klinik in Wien gesagt hat, Schizophrenie ist ein Begriff, der stigmatisiert, verwenden wir für die Kranken den Begriff Paraphrenie und die PatientInnen sind gekommen und haben gesagt, ich habe eine Paraphrenie, das ist das, wo die anderen sagen, das ist eine Schizophrenie. Also das Etikett kann manchmal was bringen – Oberösterreich scheint es etwas gebracht zu haben, aber Garantie ist es keine.

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

GR **Lasar**: Danke schön. Danke auch, Herr Professor, für Ihren Vortrag.

Ich habe nur eine Frage an Sie. Wenn Sie die Möglichkeit hätten, eine psychiatrische Intensivstation persönlich einzurichten, wie würde die aussehen zum Beispiel nach Betten, Personal und Ärzten?

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Vielen Dank. - Ich denke, man braucht vor allem dort Ärzte, die sowohl psychiatrisch kompetent sind, die den normalen Arzt für Psychiatrie haben, und die erfahren sind im Bereich der Intensivmedizin, um mit körperlich schwierigen Situationen fertig zu werden. Egal, ob das ist, dass der Blutdruck entgleist oder ähnliche Dinge. Ich rede jetzt nur aus der Erfahrung von unserer Intensivstation im

AKH in Wien. Es gibt in Österreich meines Wissens nur zwölf Intensivbetten in der Psychiatrie, davon sind acht bei uns, die andere Bundesländer haben alle keine. Ein Bundesland hat noch vier, weiß es leider nicht, welches Bundesland das ist.

(Zwischenruf)

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Welches Bundesland? - Aha, danke.

Vom Personal - sowohl die jetzige als auch der letzte Oberarzt, der die Intensivstation leitet, haben sehr viel Erfahrung in der somatischen Intensivmedizin. Es darf aber nicht eine solche Station ersetzen. Also, wenn ich zu planen beginne, dass dort dann auch beatmete PatientInnen sein sollen, ich denke, das ist wirklich Aufgabe der Intensivmedizin, dort der somatischen Intensivmedizin, eigene Fachausbildung hat und nicht mehr der psychiatrischen Intensivstation. Ich denke, ich brauche einen überproportional hohen Pflegeschlüssel. Ich kann Ihnen aber keine genauen Zahlen sagen. Ich brauche eine apparative Ausstattung, wo ich die einzelnen Betten überwachen kann. Die medizinischen Grundfunktionen, die Atmung, Blutsauerstoff, EKG und ähnliche Dinge, die in der Intensivmedizin also Überwachungsstandard sind. Ich denke, solche Sachen würde ich für eine solche Station brauchen. Wahrscheinlich brauche ich auch dann noch einige Möglichkeiten, um einige grundlegende Blutparameter vor Ort messen zu können. Und ich denke, was aber auch ganz wichtig ist, dass ich, zumindest aus unserer Erfahrung, Intensivstationen der somatischen Medizin habe, mit denen ich kooperiere, weil ich dann unter Umständen bei PatientInnen möglicherweise im psychiatrischen Intensivbereich rascher an Grenzen anstoße und die dann auf eine somatische Intensivstation verlegen muss.

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

Frau GRin Korosec, bitte.

GRin **Korosec**: Herr Professor, recht herzlichen Dank für Ihren sehr interessanten Vortrag. Und Sie beschäftigen sich hier auch mit psychiatrischer Rehabilitation und da würde mich interessieren, wie sehen Sie da die Situation in Wien? Mir kommt vor, dass hier doch ein Nachholbedarf vorhanden ist, wahrscheinlich aber nicht nur in Wien, sondern wahrscheinlich auch in anderen Bundesländern. Aber da hätte ich gerne Ihre Beurteilung gewusst.

Dann zum Zweiten. Sie haben gesagt, die Angehörigen sind wichtig, sollten eingebunden werden. Das sehen wir hier auch so und daher auch meine ganz konkrete Frage: Wieweit sollen Angehörige oder eben auch Vertreter von Selbsthilfegruppen in die Arbeit dieser Untersuchungskommission eingebunden werden?

Und die dritte Frage betrifft die Dezentralisierung. Wie beurteilen Sie überhaupt die stationäre Versorgung in Wien und eben auch die Dezentralisierung, die ja doch noch zu wünschen übrig lässt, im Besonderen was das Otto-Wagner-Spital betrifft?

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Vielen Dank. – Die erste Frage hat sich auf die Rehabilitation in Wien bezogen. Rehabilitation aus heutiger Sicht ist ein relativ breites Feld. Das schließt nicht nur die Arbeitsrehabilitation ein, das schließt auch Wohnrehabilitation ein, die Rehabilitation wieder Sozialkontakte knüpfen zu können, mit sozialen Fertigkeiten umgehen zu können, den Alltag, die Freizeit allein gestalten zu können. Also, das ist ein relativ breites Feld. Es lässt sich auch nicht auf einige wenige Einrichtungen beschränken.

Ich nehme an, Sie haben den Bereich Arbeitsrehabilitation besonders gemeint, so wie Sie es formuliert haben. Wie die Situation in Wien ist, ich kann Ihnen jetzt keine genauen Zahlen nennen, an Hand derer ich es beurteilen könnte. Vom Alltag, von dem, was ich von KollegInnen weiß, gibt es ein Bundesland, das ganz besonders hervorsteht, wo seit 20, 25 Jahren sehr viel investiert wurde in diesen Bereich, so viel wie in keinem anderen Bundesland, das ist Oberösterreich. Die anderen Bundesländer sind hier sicherlich schlechter ausgestattet als Oberösterreich.

In Wien hat sich in den letzten 10, 15 Jahren eine Reihe unterschiedlicher Einrichtungen entwickelt, beginnend von der ehemaligen GWG, heute weiter entwickelt zur REINTEGRA Arbeitsassistenten, verschiedene geschützte Werkstätten, Therapiewerkstätten – es ist ein sehr breites Spektrum vorhanden. Von der Erfahrung im Alltag würde ich mir immer mehr wünschen, aber ich glaube, das ist auch selbstverständlich, dass wir uns viel mehr wünschen würden, also durchaus ausbaufähig. Aber ich kann jetzt nicht sagen, dass Wien deutlich besser oder deutlich schlechter als andere Bundesländer dasteht. Ob eine solche Großinstitution, die so spezialisiert ist wie REINTEGRA, gibt es meines Wissens sonst nur in Oberösterreich.

Ihre nächste Frage hat sich auf Angehörige bezogen. Ich halte es für sinnvoll, die Erfahrungen der Angehörigen zu berücksichtigen, wobei ich würde nicht mit Einzelpersonen reden, sondern ich würde, wenn nur mit Vertretern, also Selbsthilfeorganisationen der Angehörigen reden. Denn die einzelnen Angehörigen haben alle sehr sehr unterschiedliche Erfahrungen. Ich denke in allen Bereichen, wo wir hier arbeiten, erleben wir, dass manche Angehörige mit dem, was wir tun, sehr zufrieden sind, sehr glücklich sind, uns manchmal noch Jahre später einen Brief schreiben und sich bedanken und dann gibt

es Angehörige, die das Gefühl haben, dass wir die Situation verbockt haben, dass wir die PatientInnen schlecht behandelt haben. In der Psychiatrie kann genauso wie sonst in der Medizin immer etwas passieren, ohne Frage. Aber ich glaube, mit Einzelpersonen zu sprechen würde die einzelne persönliche Erfahrung positiv oder schlecht zu stark hervorheben, um ein Gesamtbild zu geben. Mit Vertretern einer Selbsthilfeorganisation zu reden, hielte ich für durchaus sinnvoll, wie der HPE, das ist wirklich eine große, wo es auch nicht verschiedene Gruppierungen gibt, die untereinander zerstritten sind und der eine sieht das so und der andere sieht das so, sondern da ist wirklich ein Bild recht gut abgebildet.

Das dritte war Dezentralisierung. Dezentralisierung sollte aus meiner Sicht weitergehen. Die ersten zwei großen Schritte sind ja schon geschehen. Die weiteren Schritte sind in Planung bzw. noch ausständig. Ich würde mir wünschen, dass es so rasch als möglich geht. Wie rasch es sich umsetzen lässt, kann ich nicht beurteilen, weil da gibt es viele Sachen, die mit zu berücksichtigen sind bis zur Bautechnik, wovon ich nichts verstehe. Aber eine Dezentralisierung ist sicherlich günstig und je rascher es gelingt, umso besser ist es. Man muss aber natürlich auch schauen, dass dann das, was man einrichtet, den heutigen Standards entspricht.

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

GRin **Novak**: Sehr geehrter Herr Professor! Auch von mir herzlichen Dank. Es war als Laie, die ich bin, sehr gut auch für mich möglich, dem Vortrag zu folgen und Ihren Ausführungen zu folgen und würde gerne zwei Themenbereiche aufgreifen, die uns schon in den letzten Wochen immer wieder beschäftigt haben und die für mich noch ein bisschen so einfach auf die Wand projiziert dastehen und für mich noch nicht ganz so greifbar sind, was es wirklich heißt und welche Aspekte es dazu gibt.

Das eine ist das Thema, das Sie heute auch dargestellt haben in der Frage der Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung und Betreuung, also in die, sage ich, auch therapeutischen Maßnahmen. Da wird mir jetzt in den letzten Wochen sehr oft gesagt, das ist notwendig und sinnvoll. In welchem Rahmen ist es sinnvoll. Gibt es da auch, wenn man sagt, das führt man jetzt generell und durchlässig so ein, gibt es auch einen Bereich, der gar nicht Sinn macht? Wo fängt der an, wo hört der auf? Wo ist es, sage ich jetzt einmal, gescheit für die PatientInnen, wo gibt es da aber auch Nachteile, auf was müsste man in diesem Bereich aufpassen? Das ist so der Bereich der Behandlung und Betreuung, auch in dem Aspekt, den Sie gebracht haben bei der Betreuung, wenn Angehörige Betreuungsaufgaben

übernehmen. Ich kann mir das sehr sehr gut vorstellen, wie in jedem anderen Pflegebereich, bei erkrankten Angehörigen, die man zu Hause pflegt, dass das eine irrsinnige Belastung ist. Ich kann mir insbesondere gut vorstellen, dass diese Belastung hauptsächlich Frauen trifft, weil das wissen wir ja, dass diese Betreuungsaufgaben meistens die Frauen übernehmen. Und da denke ich mir, ist für mich jetzt, um sozusagen wie gehen wir mit dieser Geschichte um, wichtig zu wissen, was bräuchte es für Leistungen, die man anbieten kann, um diesen Angehörigen, den pflegenden Angehörigen zu unterstützen. Und sehe ich das richtig, dass, wenn Sie sagen, wenn man weggeht von einem wie einrichtungsorientierten Gedanken hin Richtung leistungsorientierten Gedanken, dass solche Leistungen nicht unbedingt von rein psychosozialen Diensten oder psychologischen Einrichtungen gemacht werden müssen, die man extra dafür schafft, sondern durchaus auch von vielleicht auch schon bestehenden Einrichtungen, die diese Leistungen auch erbringen können und aufnehmen können.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Vielen Dank. – Angehörige einzubeziehen in die Behandlung ist heute für die meisten psychiatrischen Krankheitsbilder Standard. Die Datenfrage und wo es auch klar in Empfehlungen ausgesprochen ist beispielsweise bei der Schizophrenie, bei der Demenz, wir wissen es heute bei der Depression, ob es da jetzt auch in Richtlinien drinnen steht, weiß ich nicht. Bei anderen Krankheitsbildern wie Essstörungen, wo das lange Zeit noch tabuisiert war, liegen jetzt in den letzten Jahren auch Daten vor, dass das etwas Sinnvolles ist. Das hat auch damit zu tun, dass sich unser Krankheitsverständnis weiterentwickelt, dass wir eben mehr über die Krankheiten wissen. Wo wir im früheren Verständnis hatten, dass bei Essstörungen im ganz zentralen Bereich Kommunikationsprobleme in der Familie eine Ursache sind, da hat sich manches weiter entwickelt. Und wo wir heute erkennen, dass die Angehörigen gerade von Anorexie-PatientInnen oft sehr sehr belastet sind und nicht wissen, wie sie mit der Situation umgehen sollen, wenn eine junge Frau, ein Mädchen nur mehr 30 kg hat und trotzdem sich weigert, etwas zu essen oder wohin in Behandlung zu gehen. Und da muss man die Angehörigen unterstützen. Das sage ich als Psychiater, mit dem, was ich in dem Bereich weiß, das ist aber noch nicht „state of the art“ und ist nicht in irgendwelchen Konsenspapieren festgeschrieben.

Aber bei anderen Krankheitsbildern ist das unstrittig, wo man weiß, wenn man mit dem Angehörigen arbeitet, hilft man den Angehörigen und hilft man dem/der PatientIn.

Sie haben gefragt, ob es dafür eigene Einrichtungen braucht. – Nein. Das ist eine Arbeitsweise, die in den vorhandenen Einrichtungen durchgeführt werden muss, wobei in den letzten Jahren zunehmend klar wird, dass das ein so umfangreiches Aufgabengebiet ist, dass ich es eigentlich auch in der Personalplanung berücksichtigen müsste. Nicht, dass ich andere Berufsgruppen brauche, aber wenn es PsychologInnen, ÄrztInnen, Pflegepersonen sich Zeit nehmen für Angehörige, dann kostet das Zeit und die Zeit fehlt mir dann wieder woanders. Und das ist etwas, was vielleicht in der Personalplanung noch etwas wenig berücksichtigt worden ist. Das ist aber kein spezifisches Wiener Problem, sondern das ist ein Problem, wo jetzt im Fachbereich Psychiatrie hier ein Umdenken stattfindet, dass man das mehr berücksichtigen muss als in der Vergangenheit.

Nachteile. Wirkliche Nachteile kann ich Ihnen jetzt keine großen nennen. Es gibt Grenzen, wo zum Beispiel der/die PatientIn untersagt, dass wir mit den Angehörigen reden, das Recht hat der/die PatientIn. Wo wir als Profis dem/der PatientIn klarzumachen versuchen, dass die Angehörigen ja auch Sorgen haben, dass es allgemeine Fragen gibt, es nicht um das geht, was er mit dem Arzt oder der Psychologin oder der Psychotherapeutin im Vier-Augen-Gespräch gesprochen hat, sondern, dass es um allgemeine Informationen geht: Was ist das für eine Erkrankung, wie gehe ich damit um und da akzeptieren es dann viele PatientInnen. Trotzdem gibt es auch PatientInnen, die in dem Fall Nein sagen. Da kann ich dann nicht, und das ist mir untersagt, da sticht der/die PatientIn. Da kann ich die Angehörigen dann nur an die Selbsthilfe, wie die HPE, verweisen.

Habe ich alle wichtigen Punkte gehabt.

GRin **Novak**: Nein, noch nicht ganz.

Mir fehlt noch der Bereich, was können wir oder wo können Leistungen und welche Art von Leistungen braucht es, um Angehörige, die zu Hause PatientInnen pflegen, wo kann man die unterstützen, wie kann man die unterstützen?

Und dann bitte eine Nachfrage zu der Frage von Nachteilen. Sie waren vorher wahrscheinlich nicht da und ich saß im Publikum und es wurde ein bisschen gelächelt darüber auch, aber es gab vorher eine Aussage, dass Depressionen im Bereich von Ehen sehr oft Frauen depressiv werden und depressive Erkrankungen haben. Das wurde ein klein wenig belächelt mit dem Zusatz, "Männer werden glücklich, Frauen werden depressiv". Jetzt möchte in diesem – (*Zwischenruf*) – war so gesagt, also ich gebe das nur weiter, (*Zwischenruf*) nicht, dass Sie dann wieder – aber im Hinblick auf so eine Aussage würde ich schon gerne wissen, wie lässt sich das mit

der Einbeziehung bei der Behandlung und Therapie von Angehörigen verbinden, wenn ich eine – ich bin nicht verheiratet – wäre ich eine depressive Ehefrau, dass dann mein Mann da eingebunden wird. Also für mich geht das einfach nicht aufeinander, aber Entschuldigung, dass ich das jetzt so sage, so laienhaft, aber das passt irgendwo für mich nicht zusammen. Also es gibt für mich einfach sehr viele Bereiche, wo ich mir denke, wo Angehörige nicht unbedingt unterstützend in dem Prozess sind oder vielleicht sogar Ursache für die Erkrankung und diesen Aspekt wollte ich ganz einfach auch für mich einfach klarstellen, ob ich mir das vollkommen falsch denke oder ob ich auf dem Holzweg bin.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Also ich beginne mit dem letzten Punkt, den Sie angeschnitten haben.

Es ist selten so, dass eine Erkrankung so eindimensional entsteht, dass eine Sache eine Ursache ist. Und was Sie zuerst geschildert haben vom Pausengespräch halte ich eher für einen Scherz als jetzt für wirklich eine seriöse Fachaussage. Von der Statistik her wissen wir sehr wohl, dass Frauen ein erhöhtes Risiko haben, Depressionen zu bekommen, andere Krankheiten, zum Beispiel Alkoholabhängigkeit, da ist das Risiko bei den Männern höher. Je nach Krankheitsbild, nach psychiatrischem Krankheitsbild sind Frauen oder Männer eher betroffen, da gibt es Unterschiede.

Die Frage ist, was jetzt die Arbeit mit den Angehörigen heißt. Es ist ein Unterschied, ob es um eine Krankheit wie Schizophrenie geht, die glücklicherweise nur bei einem Teil der Kranken chronisch verläuft, aber wenn sie chronisch verläuft, dann mit schweren Einschränkungen einhergeht, sehr oft einen sehr sehr aufwändigen Befreiungsprozess erfordert von Seiten der Angehörigen. Da brauchen die Angehörigen nicht nur Information über die Krankheit, sie brauchen Information, wo können sie Hilfe kriegen. Sie brauchen eine Möglichkeit, wo sie sich auch selbst entlasten können, sie müssen lernen, wie gehe ich mit dem Kranken um – also da gibt es eine ganze Reihe von Sachen, was die Angehörigen brauchen. Bis zu dem, wo habe ich Möglichkeiten, auch finanzielle Hilfe zu bekommen, die es ja von der öffentlichen Hand gibt, aber oft zu wenig bekannt ist, welche Möglichkeiten es gibt.

Bei einer Depression – glücklicherweise verlaufen die meisten Depressionen eher nur leicht – da wird die Arbeit mit den Angehörigen darin bestehen, weil Depression ist leider bei uns noch immer so etwas, was so „na ja, macht ihm halt gerade nicht so viel Freude“, und nicht als Krankheit gesehen wird, die Angehörigen, sofern der PatientIn einverstanden ist, dass man ihnen

erklärt, was eine Depression ist und wie man sie behandeln kann. Das sind zwei Basisgrundinformationen, die für Angehörige wichtig sein können, je nachdem, ob der Angehörige jetzt ausreichend Wissen über diese Erkrankung hat oder nicht. – Ist die Frage jetzt klar?

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

GRin Dr. **Pilz**: Danke schön, Herr Professor. Wir hatten bis vor wenigen Jahren in Wien einen Psychiatriebauftragten, jetzt haben wir keinen mehr. Mangelt es daran, wenn Sie an die Versorgung denken, braucht es einen und was könnte einer oder eine Psychiatriebauftragte leisten in der Stadt?

Zweite Frage. Wir haben in Bezug auf - oder Anlass für diese Untersuchungskommission war - nun das wissen Sie natürlich - die Brandunfälle und Vorwürfe der schweren Vernachlässigung und behaupteten unzulässigen Unterbringung in Netzbetten, insbesondere im Otto-Wagner-Spital. Ich habe mit einem Patienten gesprochen, der gesagt hat, das AKH ist ein Patientenhotel nach eigener subjektiven Erfahrung und das Otto-Wagner-Spital hat er als höllisch erlebt.

Die Frage ist, würden Sie Strukturqualitätskriterien definieren können und wollen, die Mindeststandards darstellen, auch hinsichtlich der Ausstattung. Wir wissen, am Otto-Wagner-Spital gibt es Vier-Bett-Zimmer, gemischt geschlechtliche Sanitärräume, weit vom Stützpunkt abgelegene Räume, wo Unterbringungen und Fixierungen stattfinden, es fehlt das Monitoring, von dem Sie sprechen, an vielen Stationen und und und. Könnten Sie da Strukturkriterien definieren, die für eine normale Regionalabteilung gelten, auch das im Zusammenhang mit unserem Auftrag immer wieder thematisiert, Personalnot. Es gibt keine Personalmessziffern für die Ärzteschaft, die in Österreich oder in Wien speziell gültig – also die Psych-PV wird nicht angewendet, was hat das für Folgen, wenn Sie jetzt wissen, dass ÄrztInnen im Otto-Wagner-Spital klagen, dass sie Sorge haben, sie begehen Einlassungsfahrlässigkeit und können mit den Ressourcen nicht „state of the art“ behandeln?

Dritte Frage. Nach wie vor sind Kinder und Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht, obwohl man Ausbaueversuche macht, aber es ist nach wie vor der Fall. Was hat das von Ihrer Fachlichkeit für Folgen hinsichtlich Gesundung und Heilung?

Und last but not least – sinnvolle Beschränkungsformen, die, wenn notwendig, für Sie das gelindeste Mittel darstellen, welche kommen für Sie da in Frage? Und auch in diesem Zusammenhang, welche baulichen und personellen Ressourcen braucht es, um hier das zu tun als zuständiger Facharzt, wo Sie sagen, das kann

ich verantworten, da komme ich mit meiner doppelten Mandatstherapie und Zwang zu recht, was brauchen Sie, damit Sie das richtig und gut machen können.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Vielen Dank. – Ich versuche es der Reihe nach hinzubekommen. Ich hoffe, ich habe nichts Wichtiges übersehen beim Aufschreiben.

Ihre erste Frage hat gelautes: Psychiatriebauftragter. Ich weiß nicht, ob es derzeit keinen gibt oder ob sich nur die Bezeichnung geändert hat.

GRin Dr. **Pilz**: Es gibt keinen.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Gut. Ich denke, es wäre wichtig, die verschiedenen Bereiche zu koordinieren. Ob das jetzt eine Person ist oder ob ich das einer Institution übertrage, das muss man diskutieren und überlegen. Ja, eine koordinierende Funktion ist sicherlich wichtig, wie weit das der Fonds Soziales Wien auch als Aufgabe hat und als Aufgabe sieht, das weiß ich nicht. Das war das Erste.

Das Zweite waren die Brandunfälle, die unglücklicherweise geschehen sind. Sie haben gesagt, das AKH wurde wie als Hotel gesehen und das Otto-Wagner-Spital -

GRin Dr. **Pilz**: Positiv als Patientenhotel hat es der Patient gesehen.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Ich freue mich, hier ist die Frage auch, was ist generalisierbar. Wir erleben es leider auch, dass nicht alle PatientInnen mit dem glücklich sind, wie es bei uns ausschaut und wie es bei uns funktioniert. Ich denke, das ist leider so, dass die PatientInnen sich teilweise von der Psychiatrie etwas anderes erwarten als wir anbieten können. Bezüglich der Ausstattung –

GRin Dr. **Pilz**: Es geht mir um die objektivierbaren Strukturqualitätskriterien, was brauchen Sie, um gute Psychiatrie zu machen, an Strukturqualität in dem Krankenhaus, in dem Sie Schicht arbeiten.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Ich denke, man braucht als Strukturqualität primär ausreichend gut geschultes Personal. Wobei ich uns mir jetzt schwer, Ihnen hier Größenordnungen zu sagen. Da hätte ich mich vorbereiten müssen. Das habe ich jetzt nicht im Kopf, was hier üblicherweise, welche Größenordnungen hier üblicherweise geplant werden. Das habe ich nicht im Kopf.

GRin Dr. **Pilz**: Räumlich, was brauchen Sie räumlich.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Ich denke, die PatientInnen brauchen Zimmer, die, so wie üblicherweise ein Krankenzimmer ausgestattet ist, ausgestattet sind. Sie haben die Zimmergröße angeschnitten. Ich denke Schlafsäle, wo 10, 12, 18 PatientInnen sind, das habe ich aus der somatischen Medizin gekannt vor 15, 20 Jahren

noch. Zimmer, die klein und überschaubar sind, halte ich für sinnvoll. Ein-, Zwei-, Drei-, Vier-Bett-Zimmer – ich weiß, dass derzeit in Wien gesagt wird, Drei-Bett-Zimmer ist der Standard und alles mehr ist schlecht. Wir im AKH haben bei uns Vier-Bett-Zimmer, plus Einzelzimmer, das wurde damals so geplant vor 25 Jahren. Ob Sie jetzt drei oder vier PatientInnen in ein Zimmer legen, wenn der Platz ausreicht, halte ich für ein Streiten um des Kaisers Bart. Wenn es sehr große Zimmer sind, Acht- oder Zehn-Bett-Zimmer, ich denke, das wäre nicht mehr adäquat und für die PatientInnen sicher eine Belastung.

Ich denke, die Sanitäreinrichtungen sollten die in einem Krankenhaus üblichen sein.

GRin Dr. **Pilz**: Und jeweils nach Männern und Frauen getrennt sein oder nicht?

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Das sollte getrennt sein, ja.

GRin Dr. **Pilz**: Kinder- und Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie?

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Ich habe Kinder und Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie persönlich ganz selten erlebt und das waren meines Wissens immer Fälle, wo ich damit zu tun hatte, die knapp vor dem 18. Lebensjahr waren, also das waren keine 10- oder 12- oder 14-jährigen.

GRin Dr. **Pilz**: Ich rede von 11 bis, ab 11.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Damit habe ich keine Erfahrung, das habe ich nie gesehen.

Das was ich vereinzelt Fälle außerhalb gesehen und gehört habe, waren das extreme Ausreißer, aber mein Wissen ist hier sicherlich nicht flächendeckend. Nur das, was ich hier gesehen habe, waren das extreme Ausnahmen sowie auch in der somatischen Medizin manchmal Kinder, die die Kinderheilkunde nicht adäquat behandeln kann, weil jetzt irgend ein ganz spezieller Eingriff notwendig ist, den nur die Hals-, Nasen-Ohren-Klinik, die Spezialisten dort können, auch diese Kinder dann in die somatische Medizin legen. Das ist sicher nicht ideal. Da beschränkt sich mein Wissen auf diese wenigen Fälle.

GRin Dr. **Pilz**: Und sinnvolle Beschränkungsmaßnahmen, was sind das für Sie, welche würden Sie da aufzählen.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Also wir haben im Wesentlichen zwei, die wir in Österreich verwenden. Das eine sind die erwähnten Netzbetten, das andere sind Gurte. Ich habe bei mir in der Psychiatrie, wir haben immer Gurte verwendet. Ich habe den Eindruck, das ist in Österreich einfach historisch entstanden, dass in jedem einzelnen Bundesland die einzelnen Psychiatrieverantwortlichen oder die Krankenhausverantwortlichen vor 20, 25 Jahren, wie die Strukturveränderungen begonnen haben, überlegt haben, was tu ich und das sind dann die Sachen,

die eingeführt wurden und die im Großen und Ganzen geblieben sind. Das ist mein Eindruck.

Es gibt keine eindeutige Fachexpertise oder eine Studie, die belegt, welche dieser beiden Maßnahmen das geringere Übel ist. Gut sind sie beide nicht. Was für den/die PatientIn weniger Qual ist, wissen wir nicht. Das sage ich durchaus auch selbstkritisch, da hat die Psychiatrie, die Psychiatrieforschung sich in den letzten 15, 20 Jahren um heikle Themen gedrückt, dass sich mit diesen Fragen nicht beschäftigt hat. Wir erleben in den letzten zwei, drei Jahren, dass wieder öfter Studien erscheinen, die sich mit diesem Thema grundsätzlich beschäftigen, auch die Studie von Salize, der zwei oder drei Wochen hier war. Das ist relativ neu dieser Bereich der Forschung, er ist lange Zeit vernachlässigt worden. Da müssen wir selbst auch mehr Wissen noch heranschaffen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut, danke.

Die Frau Dr. Laschan, bitte.

GRin Dr. **Laschan**: Ich würde gerne zum Thema tagesklinische Versorgung Sie Folgendes fragen: Sie haben erwähnt, in Ihrem Vortrag haben Sie erwähnt, dass es sich um eine stationäre Aufnahme handelt, das heißt, es wird nach LKF-Punkten abgerechnet und da sind Sie bundesministeriell zusammen gesessen und haben sozusagen gekämpft um eine günstigere Abrechnung, weil das ist ja prinzipiell das Problem der Tageskliniken, auch der somatischen, dass hier die Bepunktung, die LKF-Bepunktung, extrem nachhinkt und dass Leistungen in Wirklichkeit nicht adäquat abgegolten werden in Form von LKF-Punkten. Und Sie haben jetzt erwähnt, dass das behoben werden konnte und dass aber – und das habe ich ein bisschen nicht verstanden nämlich – sozusagen die tagesklinischen Betten vollstationär mitgerechnet werden. Was heißt das konkret.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Es ist gelungen, dass die finanzielle Ausstattung – darüber können wir in Österreich nicht klagen, da sind uns die Deutschen, Schweizer und andere Kollegen aus den anderen umliegenden Ländern neidig, da haben wir derzeit eine sehr gute Situation, wo die Kosten wirklich deckend sind, was gerade in Deutschland, die nach der Psych-PV die Berechnung stattfindet, nicht der Fall ist.

Sie haben gefragt, was nachher passiert ist. Diese 0,3 bis 0,5 Betten, die es gibt oder geben soll pro 1.000 Einwohner, da sind die Tagesplätze, Klinikplätze nachträglich hineingerechnet worden. In die Berechnung, ob es ausreichend Betten gibt in einem Bundesland oder zu viel Betten und soweit ich weiß, gab es auch in einigen Bundesländern den Druck, dann entweder Tagesklinikplätze oder Betten zu reduzieren,

damit man nicht diese Obergrenze von 0,5 überschreitet. Das ist nachträglich passiert.

GRin Dr. **Laschan**: Damit ist aber die Finanzierung, die ausreichende Finanzierung wieder aufgehoben, weil es ja ein Bettenverlust ist insgesamt. In der insgesamten Betrachtungsweise ist es ein, wenn die tagesklinischen Betten hineingerechnet werden, anstatt zusätzlich sozusagen, ist das insgesamt ein Verlust an Ressource.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Ein Verlust an Betten?

GRin Dr. **Laschan**: Ja.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Okay, ja. Ich dachte ein Verlust an Geld. Da habe ich es falsch verstanden.

GRin Dr. **Laschan**: An Betten.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Ein Verlust an Betten Ja, kein Verlust an Geld. –

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

GRin Dr. **Pilz**: Herr Professor, welche Rolle spielt die Psychotherapie für Sie in der Versorgung psychisch Kranker und wie schätzen Sie da die Versorgungssituation in Wien ein?

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Psychotherapie ist einer der drei wichtigen Behandlungsbestandteile, die wir haben. Das eine sind die biologischen Verfahren, überwiegend Medikamente, das zweite ist Psychotherapie, ein ganz wichtiger Bereich, und das dritte sind die soziotherapeutischen Verfahren, die Aktivierung, Tagesstruktur – sehr viele Sache, wo Ergotherapie, Physiotherapie, die hier arbeiten, durchführen. Aber ist nicht auf diese Berufsgruppen beschränkt.

Ich denke, alle drei Bereiche sind gleich wichtig, je nach Krankheitsbild brauchen wir sie unterschiedlich häufig, in unterschiedlicher Ausprägung. Ich würde mir aber da und dort mehr an Ressourcen, auch im Bereich der Psychotherapie wünschen. Allerdings kann ich jetzt nicht beurteilen, ob unsere Situation besser oder schlechter ist als andere Bundesländer.

GRin Dr. **Pilz**: Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen der Dosierung oder der Menge oder überhaupt des Umgangs mit Medikation und der Verfügbarkeit von psychotherapeutischer oder überhaupt Zuwendungsmedizin im Sinne von Zeit für PatientInnen, egal, ob es die Pflege oder PsychotherapeutInnen oder ÄrztInnen leisten. Uns gegenüber haben PatientInnen geäußert, dass so viel zu tun ist auf einer Station, dass man höchstens 10 Minuten in der Woche jemanden fest zum Reden hat. Finde ich eine schrecklich niedrige Zahl. Sehen Sie den Zusammenhang und gibt es den zwischen Medikation und Zuwendung.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Das erste. 10 Minuten für ein festes Festgespräch kommt mir sehr unwahrscheinlich vor. Also, ich kann nicht aus-

schließen, dass es Einzelfälle, wo es so was gibt. Aber all das, was ich an Psychiatrien in Wien oder Österreich kenne, ist es eigentlich nicht das Typische und das schließt auch das Otto-Wagner-Spital ein.

Einen Zusammenhang zwischen zu wenig Psychotherapie und Medikation erkenne ich nicht. Meines Wissens behandeln die Kollegen „state of the art“, dass es beiden, zum Beispiel bei manchen akuten Zuständen die Medikation im Vordergrund steht und die Gespräche im Hintergrund sind, eher nur stützend sind, wenn sich der Zustand des PatientIn stabilisiert hat, die Gespräche eine größere Bedeutung bekommen und die Medikation vielleicht auch noch wichtig ist oder auch dann gar keine Rolle mehr spielt.

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

GRin **Novak**: Eine Frage habe ich vorher vergessen, und zwar:

Heute war das auch wieder bei Ihrem Vortrag so, es gibt diese Tabellen, wo dann auch Bundesländervergleiche sind, wo ich dann immer schaue, wo ist Wien, wo liegt es, dann freue ich mich manchmal, manchmal freue ich mich nicht so, aber es kommt immer darauf an, was es ist. Und dann haben Sie heute in Ihrem zweiten Teil Ihrer Präsentation gesagt, aber in Wahrheit geht man in ein anderes Prinzip, es gibt andere, dass nicht nur diese Berechnungsschlüssel angestellt werden weder beim Personal noch bei den Betten, man muss da umdenken und da braucht es neue Kennzahlen, aber die gibt es noch nicht. Darauf folgt die Frage: Wann gibt es diese Kennzahlen und wann kann man auch damit arbeiten, um dieses neue Denken auch in Ressourcenplanung umsetzen zu können.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Ich kann Ihnen noch nicht sagen, wann es wirklich Kennzahlen geben wird. Bis zu einem gewissen Grad spielt das heute bei der Beurteilung sicherlich auch bereits mit. Dass die Kollegen, wenn sie argumentieren, wir brauchen auf der Station zwei Pflegepersonen mehr oder eine halbe Ärztin mehr, sicherlich argumentieren den Zustand der PatientInnen, die sie haben.

Ich denke, insofern passiert es bereits, dass es berücksichtigt wird. Ich glaube aber, dass uns die Informationen, um das in einer Art Kennzahl zu berücksichtigen, das wird sicherlich noch Jahre brauchen, bis wir das besser beurteilen können.

GRin **Novak**: Und Sie würden sagen, bis dorthin arbeiten wir, planen wir mit den Instrumenten, die wir bis jetzt genommen haben.

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Wir haben nicht mehr. Das ist leider auch in anderen Bereichen in der Medizin so oder der Planung so, dass wir

nur manche Kennzahlen haben und bei anderen muss man dann, salopp gesagt, mit dem klinischen Hausverstand argumentieren.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gibt es noch eine Frage. – Das ist nicht der Fall. Herr Professor, Sie haben alle Fragen offensichtlich ganz erschöpfend beantwortet und ich danke Ihnen dafür recht herzlich. (*Allgemeiner Beifall.*)

Univ.-Prof. Dr. **Wancata**: Ich danke auch für die Einladung.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Wir haben dann nachher noch – ich würde sagen, wir machen wieder fünf Minuten Pause – und machen danach, gibt es einen Beweisantrag, über den wir auch noch Beschluss fassen werden.

GRin Dr. **Pilz**: Machen wir es gleich. –

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Machen wir es gleich. Gut.

Ich wollte nur den Herrn Professor noch verabschieden und danken, auf Wiedersehen.

Gut, dann gehen wir gleich mit der Tagesordnung weiter.

Es gibt einen Beweisantrag der Grünen, Nr. 202 (*Anm.: PRT/00753-2008/0202*), er ist allen Fraktionen zugestellt worden. Wünscht dazu jemand das Wort? – Bitte, Frau GRin Pilz.

GRin Dr. **Pilz**: Also, meinen eigenen Beweisantrag will ich jetzt nicht noch extra erläutern, weil er erläutert sich ohnedies selber, aber ich möchte in dem Zusammenhang darauf hinweisen, dass ich mich noch zu Wort melden möchte hinsichtlich der Erledigung der Antworten auf die Beweisanträge, die wir gestellt haben und entweder machen wir das gleich oder wir machen es im Anschluss.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich würde sagen, wir machen das gleich einmal, jetzt stimmen wir über diesen Beweisantrag ab.

Herr GR Deutsch, bitte.

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

Bei diesem Antrag, der uns umfassend mit insgesamt 17 Punkten vorliegt, handelt es sich wieder einmal, sage ich einmal, um viele Fragen, die eher als Anfrage im Gemeinderatsausschuss oder im Gemeinderat selbst auch einzubringen wären, sage ich einmal, weil es ja hier in Beweisanträgen, was die einzelnen Sachverhalte angeht, eigentlich nicht zutreffend sind. Also ich würde sagen, das ist ein weiterer Kraut- und Rübenantrag, der hier von den Grünen eingebracht wurde. Insbesondere, weil gerade auch in den Vorträgen der Sachverständigen auch heute mit beiden Referaten viele dieser Punkte ja bereits auch angesprochen worden sind und damit auch ausreichend Grundlagenmaterial zur Verfügung steht und im Wesentlichen als Erklärung behaupteter Missstände in keinem Zusammenhang steht.

Ich halte es aber auch nicht für sinnvoll, ich habe das ohnedies schon mehrfach gesagt, ich möchte noch einmal darauf hinweisen, hier sämtliche Beschwerden bis in das Jahr 2002 zurück auch anzufordern, ich erinnere auch an die Aussage von Herrn Prof. Mayer am 24. April 2008 hier bei seiner Befragung, wo er darauf hingewiesen hat, dass die Untersuchungskommission nicht die Beschwerdestelle des Gesundheitswesens ist, das ist die Patientenanwaltschaft und dazu haben wir ja auch den Dr. Brustbauer bereits geladen.

Viele andere Punkte, die hier angesprochen sind, sind sowohl durch die Vorträge von Moritz, Wancata etc. bereits besprochen bzw. auch mit Unterlagen des KAV, was die Investitionen betrifft, auch bereits erledigt.

Welche Neuerkenntnis wir aus der Nennung der Herstellerfirma von Netzbetten erwarten könnten, das wird wohl immer unbeantwortet bleiben und daher können wir auch die Begründung, sage ich einmal, nicht nachvollziehen, dass hier nicht alle notwendigen und angefragten Unterlagen zur Verfügung gestellt wurden, können daher auch dieser Einschätzung nicht beitreten und werden daher den Beweisantrag ablehnen.

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

GRin Dr. **Pilz**: Ich will Ihnen verdeutlichen, warum wir erstens einmal teilweise die Unterlagen nicht bekommen und viele der Fragen sind eben nicht beantwortet worden bislang von Sachverständigen und man kann sich ja auf die Dinge vorbereiten, wenn man sie schriftlich hat, dann muss auch hier nicht alles vorgetragen werden. Das Punkt 1.

Zweitens sind die Beschwerden von Patientenangehörigen und Personal betreffend psychiatrische Abteilungen absolut wichtig im Zusammenhang mit den Missständen, denn wie sonst als durch Beschwerden sollten sie unter anderem erhoben werden.

Und Sie haben letztes Mal abgelehnt die Beschwerdemanagerin des Otto-Wagner-Spitals zu laden. Sie lehnen auch ab, hier die Unterlagen vorzulegen, also man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, Sie wollen nicht wissen, wer sich beschwert, warum er sich beschwert und wann. Nachdem wir ja weder Angehörigenvertreter noch Anwälte noch Betroffene selber hören können. Sie wollen es nicht und Sie wollen es nicht wissen und Sie wollen vor allem nicht, dass es die Opposition weiß und nur so kann man Ihre Ablehnung hier interpretieren.

Und in dem Zusammenhang, Herr Vorsitzender, will ich auch deutlich machen, dass wir ja hinsichtlich vorangegangener Beweisanträge einen Teil der Unterlagen geliefert bekommen haben. Wir danken sehr dafür, aber es gibt also

konkret bei drei Dingen, die wir bekommen haben, ist es nur eine Teilmenge dessen, was wir hier miteinander beschlossen haben.

Und meine Frage in dem Zusammenhang: Wann werden speziell die Unterlagen beispielsweise, die über die Unterlagen, die bei der Patientenanzahl hinausgehen, nämlich im Krankenanstaltenverbund, erhoben werden sollen, wann kriegen wir die? Weil das, was bis jetzt gekommen ist bei drei Beantwortungen ist in dieser Hinsicht nicht vollständig und da würde ich Sie bitten, ob Sie dazu auch eine Vorgehensweise hier deutlich machen können, wie wir damit vorgehen, nachdem wir da abgestimmt haben.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut. Bitte, Herr Lasar.

GR **Lasar**: Danke. Ich möchte noch Folgendes kurz zu dem Antrag sagen:

Es sind für mich schon einige Fragen über, Frau Dr. Pilz. Ich meine, was bringt das jetzt, wenn wir erfahren, welche mechanische und elektronische Systeme da sind, waren im Einsatz, Produktangaben – (*Zwischenruf Dr. Pilz*) jetzt lassen Sie mich nur ausreden – Anzahl der Netzbetten, welche wurden angeschafft und von welcher Firma. Also ich meine, was Sie damit bezwecken wollen?

GRin Dr. **Pilz**: Frau Kollegin Matzka-Dojder, das ist kein Witz, sondern bei Beschränkungsmaßnahmen gibt es von den Firmen, (*Zwischenruf*) gibt es von den Firmen –

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau Dr. Pilz, der Herr GR Lasar ist noch am Wort, bitte.

GR **Lasar**: Ja, danke. –

Dann habe ich noch eine Frage an Sie. Anzahl sämtlicher Todesfälle an den psychiatrischen Abteilungen. Was bringt das jetzt zur Wahrheitsfindung oder was soll das der Kommission an Klarheit bringen. Das verstehe ich nicht. Denn man kann überall fragen, das ist alles in Ordnung. Aber gerade hier jetzt, wir kriegen solche Berge und Sie haben da Fragen hinein geschrieben, ich sage Ihnen ehrlich, ich stimme sicher nicht zu. Das sage ich Ihnen jetzt auch so, weil auf so was kann ich nicht zustimmen, weil das ist Ja – Nein, also ich sage, Sie machen sich damit lächerlich. Das sage ich Ihnen jetzt auch in aller Klarheit. Danke.

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

GRin **Korosec**: Herr Vorsitzender!

Vorige Woche habe ich nachgefragt nach dem Antrag Nr. 137, der ja vorige Woche hätte geliefert werden sollen. Sie haben dann zugesagt, dass das diese Woche der Fall sein wird, also ich habe aber noch nichts gehört und noch nichts gesehen, die Unterlagen sind nicht eingetroffen. Das ist meine erste Frage.

Und die zweite Frage. Wir haben ja den Beweisantrag Nr. 25 teilweise bekommen, auch sehr spärlich muss ich sagen, teilweise sagt der KAV kann man nicht liefern, weil da müsste man jetzt in alle Krankengeschichten gehen. Ich meine, das müssen wir leider zur Kenntnis nehmen. Also wir werden nicht sagen, Sie müssen jetzt in alle Krankengeschichten gehen. Es stellt sich aber vor diesem Hintergrund schon die Frage, wie der KAV seine Arbeit auch evaluiert, weil an sich sollte man schon annehmen, dass der KAV auch Interesse hat, diese Unterlagen zu sehen. Also Qualitätsarbeit und Qualitätssicherung fehlt da offensichtlich noch. Aber es sind auch einige, also in dem Beweisantrag einige Daten drinnen, die man ohne größere organisatorische Schwierigkeiten liefern kann, Ausstattung der einzelnen Abteilungen mit diplomiertem Pflegepersonal bzw. PflegehelferInnen im Tagesdienst. Da haben wir ein Schreiben bekommen von der Frau Dr. Aulehla an Sie, Herr Vorsitzender, wo nur hervorgeht, dass an allen Stationen eine Mindestpräsenz vorgegeben ist. Das war es. Diese Mindestpräsenz wird aber nicht angeführt. Also, daher ist es bestimmt möglich, dass man das je Station nachreicht, da ja die personelle Ausstattung der Abteilungen in der Praxis in der Untersuchungskommission – sonst kann man es ja nicht beurteilen.

Dann gibt es auch noch den Punkt 13 – Beschreibung der Investitionen, wo durchaus auch möglich wäre, dass wir da Unterlagen bekommen; auch das haben wir nicht bekommen.

Aber vor allem geht es mir da um die PflegehelferInnen, Pflegepersonal im Tagdienst, also da ist mir das Schreiben von der Frau Dr. Aulehla zu wenig. Danke schön.

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

GRin Dr. **Pilz**: Ja, Herr Kollege Lasar, Sie können es gerne lächerlich finden. Die Gerichtsmedizin findet es – (*Zwischenruf*) – ich erkläre es Ihnen gerade – die Gerichtsmedizin findet es nicht lächerlich, wenn es ungeklärte Todesfälle gibt und wenn man weiß, wie viele Menschen gestorben sind im Otto-Wagner-Spital und wie viele obduziert wurden, dann kann man sich ein Bild über die Frage, wie hier Todesfälle untersucht und aufgeklärt werden, machen. Wir halten das nicht für lächerlich. Wir halten das für relevant und alle Menschen, die ins Spital kommen, halten das, nehme ich an, für genauso relevant. Muss aber für Sie nicht bedeutend sein, und wenn Sie – (*Zwischenruf GR Lasar: Aber das ist ja kein Fall.*) – jetzt bin aber doch ich am Wort. (*Zwischenruf GR Lasar.*)

Es tut mir leid, Herr Lasar, jetzt müssen Sie eigentlich Ihren eigenen Regeln (*Zwischenruf GR Lasar.*) – na für mich schon. Wir reden über

Misstände im Otto-Wagner-Spital unter anderem und wenn die Gerichtsmedizin sagt, es gibt unklare Todesfälle und man hier von der Mehrheit entschieden hat, dass wir hier die Gerichtsmedizin nicht hören können, dann müssen wir zumindest wissen, wer da obduziert wurde und wie viele.

So und zu dem System der Beschränkung. Vielleicht haben Sie sich damit nicht beschäftigt, aber es ist so, diese Systeme haben je unterschiedliche Angaben, wie sie anzuwenden sind, wie sie anzuwenden sind und das hat was mit Sicherheit zu tun, zum Beispiel wie die Fixierungen vorzunehmen sind, ob man Zwei-Punkt-, Vier-Punkt- oder Fünf-Punkt fixieren muss, ob man hier einen PatientIn alleine lassen kann usw. usf.

Aus diesen Angaben der Firmen geht hervor, wie man damit umzugehen hat und das hat also einen Sicherheitsaspekt. Es muss Sie nicht interessieren, Herr Kollege Lasar, die Menschen, die fixiert werden, wird es sicher interessieren und die Grünen interessiert es auch.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Bitte, Herr Lasar.

GR **Lasar:** Ja, aber trotzdem, Frau Dr. Pilz, ich will jetzt da nicht eine Paralleldiskussion mit Ihnen führen, aber Sie können mir eines sicher nicht erklären, was hat das zur Aufklärung der Untersuchungskommission hier beizutragen, wenn da jetzt Angaben in welchem Jahr die Betten angeschafft worden sind? Ich meine, was hat das jetzt bitte mit der Aufklärung einer Kommission im Otto-Wagner-Spital zu tun? Vom Jahr 2002 bis zum Jahr, also ab Jänner 2002 wollen Sie wissen Angaben, in welchem Jahr die Betten angeschafft wurden und von welchen Firmen. Also, was hat das jetzt – sagen Sie mir einen Fall, wo irgendjemand in dem Bett fixiert worden ist und wo hier Mängel sind. Sie wollen von 2002 bis 2008 alle Betten wissen, die so angeschafft worden sind. Also, was hat das mit einer Wahrheitsfindung hier zu tun. Das können Sie mir mit Sicherheit nicht erklären.

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

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

Zum Antrag Nr. 25, zu dem die Frau Kollegin Korosec Stellung bezogen hat, ist eigentlich in der Unterlage angeführt. Sie haben ja selber auch darauf hingewiesen, dass die einzelnen Krankenakten händisch durchgearbeitet werden müssten. Sie haben ohnedies selber auch darauf hingewiesen, dass das nicht sinnvoll ist. (*Zwischenruf*)

Es wird gleichzeitig in diesem Schreiben aber auch erwähnt, dass es künftig möglich sein soll, mit der Einführung der elektronischen PatientIn-

nendokumentation solche Auswertungen auch entsprechend zu erhalten und dass ab Herbst 2008 auch ein Pilotprojekt gestartet wird.

Betreffend der Investitionen liegen hier sehr umfangreiche Unterlagen vor, wo detailliert angeführt wird, wie die Investitionen in den einzelnen Bereichen stattgefunden haben, also insofern sage ich, ist für uns der Antrag Nr. 25 ausreichend beantwortet.

Ich möchte aber schon noch zur Frau Kollegin Pilz sagen, damit hier keine Legendenbildung betrieben wird, dass wir das letzte Mal betreffend den Antrag auf Ladung der Leiterin der Stabsstelle Qualitäts- und Beschwerdemanagement des Otto-Wagner-Spitals den Vorschlag gemacht haben, diesen Antrag zurückzustellen, aber Sie haben hier darauf bestanden, dass es gleich zu einer Abstimmung kommt und haben dann daher diesen Antrag abgelehnt mit der Begründung im Sinne von Prof. Mayer, dass nach der Befragung einer sehr umfangreichen Zeugenliste dann noch zu besprechen ist, ist der Sachverhalt klar oder ist er nicht klar. Würden wir zur Auffassung kommen, dass noch Fragen offen sind, ist es für uns völlig eindeutig, dass wir selber dann diese Ladung beantragen würden. Das habe ich eigentlich auch bereits letztes Mal in der Begründung gesagt und würde daher darum bitten, das hier nicht falsch wiederzugeben. Danke schön.

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

GRin Dr. **Pilz:** Hinsichtlich des Antrages, der Erledigung des Antrages, den die ÖVP eingebracht hat, was die Investitionen betrifft, Herr Kollege Deutsch, sind die Zahlen nicht auf die psychiatrischen Abteilungen, die Investitionen nicht auf die psychiatrischen Abteilungen heruntergebrochen und das hat uns zu interessieren, ob im Otto-Wagner-Spital als solches investiert wird – hoffen wir. Es geht uns hier aber um die Psychiatrie und dafür gibt es keine Auskunft, daher ist das unvollständig.

Und ich möchte noch einmal bitten, Herr Vorsitzender, zu den Beweisanträgen, die wir einerseits zu den Brandunfällen, andererseits zu einem weiteren Brand gestellt haben. In beiden Fällen sind nur Informationen seitens des Patientenanwaltes eingebracht worden, nicht von der Generaldirektion, nicht vom Otto-Wagner-Spital auf Führungsebene. Es gibt aber unter anderem auch Fragen, die sich konkret auf die dort verfügbaren Unterlagen beziehen, zum Beispiel was hat man im Sinne der Fehlerkultur dann gemacht, um künftig Vergleichbares zu verhindern oder welche Art von Maßnahmen wurden in der Folge gesetzt und und und. Nichts davon haben wir bekommen und ich möchte wissen, wann werden die Dinge nachgereicht.

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

GRin **Korosec**: Ja, Herr Kollege Deutsch, das stimmt nicht, was Sie eben gesagt haben. Wir haben Gesamtinvestition pro Krankenanstalt bekommen, aber nicht was wann und für wie viel Geld renoviert wurde. Das zum Ersten.

Und das Zweite haben Sie dann überhaupt unter den Tisch fallen lassen. Wir haben keine Information über das Personal, Ausstattung der einzelnen Abteilungen. Wir haben ein Schreiben von der Frau Dr. Aulehla, wo steht, Mindestpräsenz ist vorgegeben. Aus, Ende.

Oder wir haben irgendetwas nicht erhalten.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gibt es noch eine Wortmeldung? –

Frau GRin Klicka, bitte.

GRin **Klicka**: Bei den Investitionen sind Einzellisten zugegangen, die einerseits baulich zusammengefasst wurden, weil da konnten keine einzelnen baulichen Maßnahmen dargestellt werden, aber ansonsten haben wir alle Unterlagen angegeben mit 1. Psychiatrischer Abteilung, Investition, sogar mit Datum und der Kostenstellennummer und der Stückzahl. Also es sind Ihnen diese Unterlagen alle zugegangen.

2., 3. Psychiatrische Abteilung, alle Abteilungen – ich weiß nicht, was Sie jetzt da noch fordern. Sie sind aufgelegt und sind Ihnen zugegangen über das Ersuchen.

GRin **Korosec**: Die Ausstattung des Personals ist uns auch zugegangen.

GRin **Klicka**: ... die Investitionsliste liegt auf in der Kanzlei.

*(Zwischenrufe)*

... liegt dann auf, dort können Sie sich es jederzeit bitte abholen.

GRin **Korosec**: Das werden wir uns anschauen, vielleicht ist es irgendwo nicht abgeholt worden.

Aber jetzt frage ich noch einmal, jetzt geht es mir um – und habe gesagt, das ist uns besonders wichtig: Die Ausstattung der einzelnen Abteilungen mit diplomiertem Pflegepersonal, PflegehelferInnen im Tagdienst. Und da gibt es ein Schreiben von der Frau Dr. Aulehla, wo steht, "Mindestpräsenz ist vorgegeben" und das ist bitte nicht die Antwort auf unsere Frage.

Aber vielleicht liegt da auch irgendwo noch eine Liste, die wir nicht haben.

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

GRin Dr. **Pilz**: Darf ich noch einmal darauf zurückkommen, dass uns noch Unterlagen fehlen zu Beweisanträgen und entweder weiß der Herr Mag. Sedlak, ob man noch uns was versprochen hat seitens des Krankenanstaltenverbundes –

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich wollte eigentlich jetzt den Beweisantrag abstimmen.

GRin Dr. **Pilz**: Gut, stimmen wir ab und reden dann darüber. Wie Sie wollen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Genauso ist es.

Ich bringe jetzt den Antrag der Grünen Nr. 202 (Anm.: PRT/00753-2008/0202) 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 mehrheitlich abgelehnt wurde.

Jetzt kommen wir zur nächsten Frage. Ich darf vielleicht schon darauf hinweisen, dass natürlich manche Anträge so umfangreich sind und sehr ausführlich, dass natürlich auch die Bearbeitung entsprechend lange Zeit dauert.

Und ich habe da eine Stellungnahme bekommen, dass eben es nicht oder schwer möglich ist, diese Vorfälle oder genannte Vorfälle einem bestimmten Akt zuzuordnen. Und dann den Leuten –

GRin Dr. **Pilz**: Von wem haben Sie diese Stellungnahme bekommen?

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Von Herrn Magister, also vom Magistrat ist diese Stellungnahme gekommen, also ich weiß nicht, von welcher Abteilung.

Also jedenfalls es ist die händische Durchforstung, weil offensichtlich nicht alles EDV-mäßig erfasst ist und wahrscheinlich auch nicht alles auf bestimmte Zielgruppen abrufbar ist, weil, wenn das an Hand bestimmter Vorfälle eingegeben ist, dann kann man die auch abrufen. Nur wenn das nicht auf bestimmte Vorfälle programmiert ist, dann kann man diese Vorfälle auch nicht abrufen, daher ist die händische Durchforstung dieser Akten notwendig und das ist ein längerer Zeitraum, der natürlich auch Zeit in Anspruch nimmt.

Und deswegen ist auch dieser Antrag noch nicht oder stehen diese Unterlagen auch noch nicht zur Verfügung. Aber es wird meines Wissens daran gearbeitet.

Das ist die Stellungnahme, die ich Ihnen jetzt einmal weitergeben kann und, wie gesagt, ich darf Sie, ich habe Sie schon letztes Mal ersucht, mit den Fristsetzungen etwas vorsichtiger umzugehen, denn, wie gesagt, wenn man dann sagt, es ist bis zum Ende der 6. Sitzung, wenn man schon bei der 4. Sitzung sind, vorzulegen, dann wird das ein Problem geben. Also daher würde ich Sie bitten, nachdem wir ja aller Voraussicht nach noch sehr lange tagen werden, wenn ich das so abschätzen kann, so werden auch diese Unterlagen, auch wenn sie länger brauchen, bis sie aufliegen, dann noch behandelt werden kön-

nen. Und die werden Ihnen dann zugehen und dann werden wir eben darüber diskutieren können.

Gut. Gibt es noch eine Frage, eine Wortmeldung? –

Dann darf ich mich für die heutige Sitzung bedanken.

Ich darf festhalten, dass wir uns ja bald wiedersehen in nicht einmal einer Woche, weil der nächste Tag ist der 21. Die nächste Sitzung findet also am Mittwoch, den 21. Mai 2008 um 13.00 Uhr statt.

Ich danke Ihnen, bis dahin auf Wiedersehen.

*(Ende: 17.12 Uhr)*