

# Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates

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

### 7. Sitzung vom 21. 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. Martina<br>Hummer    | S. 3 bis<br>S. 23  |
| 3. Vortrag und Befragung von<br>Herrn Hofrat Prim. Dr. Kurt<br>Sindermann | S. 23 bis<br>S. 45 |
| 4. Beweisanträge, Allfälliges   | S. 45 bis<br>S. 49 |
| 5. Weitere Vorgangsweise  | S. 49 bis<br>S. 50 |



(Beginn um 13.04 Uhr)

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

Ich darf die heutige 7. Sitzung der Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates über „Gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“, eröffnen.

Insbesondere begrüße ich Frau Univ.-Prof. Dr. Hummer, die ich gleich vorstellen werde.

Ich darf für das Protokoll die Mitglieder der Untersuchungskommission begrüßen.

Die Damen und Herren sind alle anwesend.

GRin Mag. Waltraut Antonov.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Christian Deutsch.

GR Christian **Deutsch**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Petr Baxant.

GR Petr **Baxant**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Ing. Mag. Bernhard Dworak

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR David Lasar.

GR David **Lasar**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Siegi Lindenmayr.

GR Siegi **Lindenmayr**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Karlheinz Hora.

GR Karlheinz **Hora**: 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 Hedwig Petrides.

GRin Hedwig **Petrides**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Kurt Wagner. Der ist nicht da.

Damit darf ich feststellen, dass die Untersuchungskommission heute wieder beschlussfähig ist.

Ich darf zum 1. Tagesordnungspunkt Frau Univ.-Prof. Dr. Martina Hummer begrüßen.

Sie wird uns als Expertin zu folgenden Ge-

genstand Auskunft geben:

Betreuungsqualität,

freiheitseinschränkende Maßnahmen und Handhabung des Unterbringungsgesetzes,

Personalsituation,

Qualitätssicherung und „state of the art“-Versorgung,

Sicherheit von PatientInnen und Personal,

bauliche und infrastrukturelle Gegebenheiten.

Frau Professor! Ich habe gesehen, dass Sie etwas vorbereitet haben und ich darf Sie bitten mit Ihren Ausführungen zu beginnen.

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Ich möchte mich ganz herzlich für die Ladung bedanken und alle ganz herzlich begrüßen.

Ich fürchte etwas um Ihre Augen in der ersten Reihe, weil ich mit Laserpointer arbeiten werde und Sie nicht gefährden möchte, besonders bei so einem Thema.

Ich muss auch dazu sagen, dass die Ladung und die Flut der Themen, mit denen ich beauftragt wurde, mich dazu verleitet oder geführt haben mich hinter Helsinki-Deklarationen, WHO-Forderungen und Statistiken zu verstecken oder zu flüchten, um diese Fragen zu beantworten. Ich habe mich dann dazu entschieden, dass ich sehr aus der Praxis heraus reden möchte und dass ich mich eigentlich auf das heikelste der Psychiatrie konzentrieren möchte, nämlich auf die freiheitseinschränkende Maßnahmen und Handhabung des Unterbringungsgesetzes.

Warum dieses Thema? Weil ich glaube, dass eine qualitätsvolle Betreuung von Menschen, die auf unsere Therapie angewiesen sind, die auch keine Handlungsmöglichkeit, keine Wahlmöglichkeit haben, sondern die gezwungen sind diese Therapie in Anspruch zu nehmen, die Basis und die Voraussetzung sind, um überhaupt eine qualitätsvolle Behandlung und Betreuung in der Psychiatrie zu sichern. Also Menschen, die keine Wahlmöglichkeit haben.

Off geht es uns auch so, dass wir davon ausgehen: Das ist ein Thema, das uns persönlich nicht betrifft, es betrifft andere Menschen, die wir vielleicht beiläufig kennen, die wir vielleicht aus den Medien kennen.

Ich möchte Ihnen am ersten Dia zeigen, dass es nicht so ist - um auch das Thema jedem einzelnen näher zu bringen - sondern es kann jeder von uns tagtäglich davon betroffen sein.

Agitation der PatientInnen. Was versteckt sich hinter dem Wort „Agitation“? Das kann Unruhe sein, aber auch aggressives gewalttätiges Verhalten der PatientInnen. Betrifft das nur psychiatrische PatientInnen? Nein, so ein Verhalten kann sich auch bei internistischen Erkrankungen, bei PatientInnen, die Schädel-Hirn-Traumata erleben, zeigen.

Was noch viel näher ist, es kann jedem von uns passieren, auch nach einer Operation, dass wir verwirrt sind, dass wir nicht wissen, wer wir sind und was wir tun und deshalb einen besonderen Schutz brauchen und eines besonderen Schutzes bedürfen. Je nach Struktur oder Fachkenntnis der einzelnen KollegInnen fällt es dann in das Fachgebiet der PsychiaterIn. Auch die PsychiaterIn ist gezwungen freiheitseinschränkende Maßnahmen zu treffen. Weil es auch immer wieder Thema ist: Braucht es diese Maßnahmen, ja oder nein. Ich denke, dass kann ich ganz klar mit Ja beantworten. Die Frage ist natürlich: Wie oft braucht es diese Maßnahmen und wie müssen diese Maßnahmen ausschauen? Gibt es dazu Standards? Dazu braucht es auch notwendigerweise klare Definitionen, damit es nicht von der Willkür des Einzelnen abhängig ist: Treffe ich diese Maßnahme oder treffe ich diese Maßnahme nicht?

Da gibt es auch einen Unterschied zwischen der Krise, der psychiatrischen Krise und dem psychiatrischen Notfall.

Der Notfall definiert die Notwendigkeit nach Zwangsmaßnahmen und nach freiheitseinschränkenden Maßnahmen.

Eine Krise ist gekennzeichnet durch die personale und soziale Gefährdung, natürlich auch durch eine schwere subjektive Notlage der PatientIn und das erfordert ein Verstehen der PatientIn und eine mittelbare und partnerschaftliche Intervention. Ich entscheide mich gemeinsam mit der PatientIn, was die therapeutischen Maßnahmen sind, welche notwendig sind, welche diagnostischen Maßnahmen sind erforderlich. Die Entscheidungsfreiheit liegt letztlich bei der PatientIn.

Der Unterschied ist der Notfall. Beim Notfall sprechen wir von einer akuten Gefährdung von Leben und Gesundheit der PatientIn selbst und Dritter. Die Betonung liegt bei „Gefährdung von Leben“. Objektive und medizinische Notfallsituation, die ist gegeben. Es besteht ein aktuelles Angewiesensein auf fremde Hilfe und Entscheidungen. Und was entscheidend ist: Die Interventionen sind unmittelbar und bedeuten vor allem einen Eingriff in die Freiheitsrechte der PatientIn.

Ich möchte Ihnen auch zeigen, dass es natürlich abhängig ist von der Professionalität und von der Grundhaltung des Einzelnen und der strukturellen Voraussetzungen, ob die Krise in den Notfall übergeht. Ich möchte noch einmal betonen, der Notfall ist nicht immer zu verhindern.

Ich möchte Ihnen zeigen, dass es Stufen gibt, sogenannte Eskalationsstufen. Ich habe die Möglichkeit im Rahmen dieser Eskalationsstufen zu intervenieren. Ich muss geschult sein um sie zu erkennen. Die emotionale Spannung und Beunruhigung im Umfeld ist das erste Zeichen

einer Eskalation, dass auch die Gefahr besteht, dass aggressive gewalttätige Handlungen passieren. Es geht über in die nonverbalen Grenzverletzungen wie z.B. mimischer Ausdruck von Geringschätzung und Verachtung. Sie sehen, da ist auch eine subjektive Komponente darin enthalten.

Es geht weiter zur verbalen Gewalt in Form von Drohungen und letztlich gefolgt von Gewalt gegen Gegenstände und am Ende Gewalt gegen Personen: Und die höchste Stufe ist natürlich die Tötung.

Wir wissen auch, dass es Voraussetzungen gibt, Prädiktoren gibt für drohende PatientInnenübergriffe in aktuellen Situationen, dass für die PatientInnen Rückzugsmöglichkeiten und alternative Handlungsmöglichkeiten fehlen. Das zeigt auch, dass strukturelle Voraussetzungen gegeben sein müssen.

Es ist natürlich auch eine Interaktion zwischen PatientIn - ich habe hier den Ausnahmehereich extra heraus gehoben – wir wissen, dass die ersten 24 Stunden nach einer Aufnahme einer PatientIn die kritischsten sind, dass aggressive Handlungen passieren, dass Gewalttätigkeiten passieren. Wir wissen auch, dass die Schulung, die Professionalität im therapeutischen Sinn eine Rolle spielt.

Ich möchte näher darauf eingehen. Die PatientIn spielt natürlich eine Rolle. Wie schon erwähnt, die Krankheit der PatientIn, die Psychopathologie, welche Symptome zeigt die PatientIn? Die Persönlichkeit der PatientIn spielt eine Rolle. Ist er/sie gewaltbereit, nicht gewaltbereit? Die Erwartungen der PatientIn, Gewalt in der Vorgeschichte. Hat die PatientIn schon gewalttätige Handlungen gezeigt? Es ist natürlich auch, was hat die PatientIn gelernt in ihrer/seiner Vergangenheit? Wie ist er/sie aufgewachsen? Wo ist er/sie aufgewachsen? Hat er/sie nur gelernt mit Aggression sich zu wehren oder gibt es auch andere Möglichkeiten. Die Krankheit an sich kann natürlich bedingen, dass Gewalt die einzige Möglichkeit ist zu reagieren.

Wie schon erwähnt, die Arbeitsumgebung spielt eine Rolle. Ich möchte noch ins Detail darauf eingehen, auch auf die Architektur. Die Philosophie auf der Station, auch Dinge wie Uhrzeit, Unruhe zu diesen Zeiten spielen eine Rolle. Es ist nicht nur die große Anzahl des Personals von Bedeutung, sondern was hat das Personal zu dieser Zeit zu tun? Wie ist die Kommunikation? Das möchte ich alles im Detail erwähnen, auch natürlich die Schulung der einzelnen MitarbeiterInnen.

Architektur. Ich denke mir, dass ist schon ein wesentliches Thema auch in der Psychiatrie. Ein angemessener Platz muss gegeben sein. Wenn die Verhältnisse eng sind, ist es natürlich wahr-

scheinlicher, dass es zu aggressiven Handlungen kommt.

Garten, das sind Spezifitäten. Aber man sollte überdenken, dass es notwendig ist, wenn z.B. geschlossene Bereiche sind, dass PatientInnen auch hinausgehen können in den Garten.

Die Inneneinrichtung spielt eine besondere Rolle. Wir haben vorher schon erwähnt, so wie da der Aufbau ist, ich da sitze, man hat fast das Gefühl, verhöhrt zu werden. Das macht natürlich etwas mit mir und meiner Stimmung. Wie es da ausschaut, freundlich, hell, grell, das beeinflusst alles meine Handlungsebene.

Ich kann auch geschult werden und muss auch geschult sein, wenn ich in solchen Bereichen arbeite. Was kann alles als Waffe dienen? Welche Gegenstände sind da? Ist es adäquat, ist es nicht adäquat? Kann es in der kritischen Situation, wie schon erwähnt, als Waffe verwendet werden? Die institutionelle Architektur soll vermieden werden. Wenn es grell und weiß ist, ist es natürlich aggressionsfördernder als wenn dort eine schöne angenehme Atmosphäre herrscht.

Die Raumgestaltung ist ein wesentliches Thema, nicht nur für die Sicherheit der PatientInnen, sondern auch für die Sicherheit der MitarbeiterInnen dort. Das sind wahrscheinlich die üblichen ÄrztInnenzimmer die Sie kennen, wenn Sie selber irgendwo zur Untersuchung hingehen. Da sitzt entweder die ÄrztIn und da die PatientIn oder diese Position. Was ist das Problem an solchen Untersuchungszimmern, Aufnahmezimmern? Dass nur eine Person eine Fluchtmöglichkeit hat. Aggressives Handeln entsteht meistens, weil jemand Angst hat, weil er/sie sonst keine Möglichkeit hat sich zu wehren, sich zu verteidigen. Wenn jemand Fluchtmöglichkeit hat, flüchtet er/sie normalerweise. Anzugreifen ist nicht die erste Idee die der Mensch hat, sondern primär versucht er sich in Sicherheit, sich in Schutz zu bringen. Was problematisch ist, vor allem auch für die MitarbeiterInnen, für die ÄrztInnen, die haben keine Fluchtmöglichkeit, die können nur hoffen, dass sich das Untersuchungszimmer im Erdgeschoß befindet, so dass die Fluchtmöglichkeit übers Fenster gegeben ist. Ich kenne auch KollegInnen, die aus dem 1. Stock versucht haben sich in Sicherheit zu bringen.

So sollte ein Untersuchungszimmer aussehen, dass sowohl die PatientIn als auch die ÄrztIn die Möglichkeit haben zu flüchten. Es gibt jetzt auch Vorstellungen und Ideen von KollegInnen, die alle ihre Berechtigung haben, dass zwischen den PatientInnen und mir kein Tisch sein soll. Aus sicherheitstechnischen Gründen ist es sinnvoll, wenn ein Tisch dazwischen ist. Auch wir kennen die Situation, dass wir uns sicherer füh-

len, wenn ein Tisch dazwischen ist. Es schützt auch letztendlich die Intimsphäre. Das sind alles Überlegungen, die ich mit einfließen lassen muss.

Am nächsten Dia möchte ich Ihnen auch andere strukturelle Bedingungen sagen. Wie schon erwähnt, die Arbeitsatmosphäre ist auch von Bedeutung. Teamarbeit, PatientInnen die Notfälle auslösen, zeigen am besten die Lücken im System, zeigen am besten, wenn das Team nicht zusammenhält, wenn das Team nicht gewohnt ist gemeinsam zu handeln, auch wenn das Team eine unterschiedliche Philosophie hat. Die Anzahl der MitarbeiterInnen, da möchte ich auch im Detail darauf eingehen. Natürlich Arbeitsphilosophie, ist es auch möglich, dass die PatientIn etwas von der Norm abweicht.

Strukturelle Voraussetzungen wiederum. Die Raumgestaltung habe ich schon behandelt. Es sollte selbstverständlich sein, dass Notfallpiepser vorhanden sind, weil ich zusätzliche Personen brauche in einem Notfall. Dass Notfallknöpfe vorhanden sind. Dass ich zusätzliche Personen zur Hilfe herbeirufen kann. Natürlich die Erreichbarkeit von MitarbeiterInnen. Ich werde Ihnen später noch einmal zeigen, dass ich in einem Notfall mindestens 5 Personen brauche, damit nicht Gewalt mit Gewalt beantwortet wird. Zwischen Gewalt und Zwang besteht nämlich ein Unterschied. Ich kann den Gewaltpegel reduzieren, wenn ich alle diese Punkte natürlich beachte.

Wir haben uns auch in Österreich zusammengesetzt und haben ein Konsenspapier heraus gebracht, weil wir der Meinung sind, es sind Verbesserungen möglich und Verbesserungen sind auch immer erforderlich. Ich möchte nicht sagen, dass die Psychiatrie in einem katastrophalen Zustand ist, Gott sei Dank nein, sonst müsste ich meinen Beruf wechseln, aber Verbesserungen sind immer möglich.

Wir haben genau für diese Notfälle auch einen Algorithmus festgelegt, damit es nicht, wie schon erwähnt, von der Willkür des Einzelnen abhängig ist, sondern, dass da auch Standards festgelegt werden können.

Kommt eine PatientIn zur Aufnahmesituation, muss ich natürlich feststellen, ob die Psychiatrie auch das zuständige Institut ist. Bei der Kontaktaufnahme hat eine Risikobeurteilung stattzufinden. War schon Gewalt im Vorfeld? Weil das macht die Wahrscheinlichkeit, dass es neuerlich zu einer gewalttätigen Handlung kommt größer. Ich muss das Risiko erkennen und die Zeichen einer Eskalation erkennen, dazu braucht es besondere Schulungen. Warum spreche ich von besonderen Schulungen? Weil MedizinerInnen primär dazu ausgebildet werden zu heilen. Wir werden nicht dazu ausgebildet Zwangsmaß-

nahmen zu treffen, dass entspricht auch nicht unserer ursprünglichen Philosophie und schon gar nicht, wenn man sich ein Fach wie die Psychiatrie aussucht. Sondern wir gehen davon aus, dass wir den Großteil mit liebevoller Zuwendung lösen können.

Es war auch viele Jahre in Österreich das Problem, muss ich sagen, dass, wenn es im Dienst zu gewalttätigen Handlungen gekommen ist, man davon ausgegangen ist „der ist wahrscheinlich nicht geschickt genug gewesen“ wie man es gerne formuliert. Das hat nichts mit Geschicklichkeit zu tun, sondern hat auch wirklich damit zu tun, dass ich es bei manchen PatientInnen nicht verhindern kann, aber dass Schulungen Voraussetzungen sind, damit ich die Anzahl dieser Zwangsmaßnahmen möglichst gering halten kann.

Wie schon vorher erwähnt, die Zeichen von Eskalation und dann ist eine Intervention erforderlich. Es sind Deeskalationsmethoden erforderlich und die müssen wiederum erlernt werden. Ist die Deeskalation erfolglos und da können wir im Detail darüber diskutieren, wie das auch ausschauen kann, ist es erforderlich Grenzen zu setzen. Ich möchte Ihnen wieder ein Beispiel bringen, damit das plastischer wird, weil es doch eine Materie ist, mit der man selber selten betroffen ist.

Es ist erforderlich, um es auch wieder einmal bildhaft zu machen, meinem höflichen Naturell würde es entsprechen, wenn eine PatientIn im Untersuchungszimmer sitzt natürlich hinein zu gehen, meine Hand auszustrecken – bin da jetzt an diesen Tisch gefesselt, jetzt kann ich es nicht wirklich sichtbar machen – hinzugehen und zu begrüßen. Das kann aber für jemand heißen, der z.B. den Wahn hat, dass Außerirdische meinen Körper in Besitz genommen haben und ich gezwungen bin ihnen die Hand zu schütteln, weil dann böse Energien in ihren Körper überfließen, dann wird sich diese PatientIn natürlich fürchten und wehren, wenn ich ihm/ihr so entgegen komme. Was wir da tun? Er/sie wird alles Mögliche versuchen um den Kontakt mit mir zu vermeiden. Wenn Sie die PatientIn sind, werden Sie wahrscheinlich entweder flüchten, wenn es geht. Wenn es nicht geht, werden Sie den Sessel schnappen und sich verständlicherweise gegen mich wehren. Das heißt, ich habe zu beachten, dass ich den Abstand einhalte, dass ich frage, wenn ich merke, dass sie sich fürchten: Was erschreckt sie, habe ich irgendetwas getan, was sie erschreckt? Und so versuchen Zugang zu finden zur PatientIn, ihn/sie zur Kooperation zu motivieren. Es kann aber möglich sein, wenn er/sie diese Idee ausgibt, dass mir das auch nicht gelingt, ich habe keinerlei Möglichkeiten, sondern er/sie wird sich mit aller Kraft gegen

mich wehren. Ich muss Grenzen setzen, ich muss ihn/sie bitten: Stellen Sie den Sessel wieder hin, bitte versuchen Sie mit mir zu reden, versuchen wir die Situation zu klären. Erst wenn ich sehe, dass es nicht möglich ist verbal mit dieser PatientIn in Kontakt zu treten, eine Kommunikation herzustellen, erst dann darf und habe ich die Möglichkeit weitere Schritte zu setzen, ich bin auch gezwungen dazu. Ich habe die Möglichkeit zu warten, wenn ich die PatientIn alleine lasse, dass sich die Situation beruhigt. Hat aber auch wieder mit meiner Schulung und meiner Professionalität zu tun, das zu erkennen.

Es kann dann sein, dass ich gezwungen bin eine Handlung zu setzen. Dazu ist es notwendig und da geht es jetzt natürlich auch um Macht, eine Übermacht herzustellen. Nicht nur oder schon gar nicht um die PatientIn zu überwältigen, sondern um das verhindern zu können. Es gibt Untersuchungen und Studien die zeigen, dass eine Mindestanzahl von 5 Personen erforderlich ist, damit ich – wie kann ich das formulieren – auch die PatientIn motivieren zu können, zu kooperieren. Nicht um ihn/sie gegen seinen/ihren Willen in dem Sinne zu behandeln, dass ich ihn/sie wirklich festhalte, sondern es ist auch nützlich – fragen sie mich nicht weshalb, aber das hat sich in Untersuchungen herausgestellt - dass eine Anzahl von 5 Personen wiederum eine Gesprächsbasis herstellen kann, dass ich die PatientIn motivieren kann vielleicht auch eine beruhigende Medikation zu nehmen. Trotzdem ist es mitunter möglich, dass es nicht notwendig ist und dann sagt das Gesetz wieder ganz klar, wenn das Leben der PatientIn oder Dritter gefährdet ist, erst dann darf ich ihn/sie gegen seinen/ihren Willen behandeln. Das wurde in Papierform der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie festgelegt, damit auch ein klarer Ablauf ist, damit Sie sehen, da hat man sich Gedanken darüber gemacht und das ist nicht nur eine Willkürhandlung.

Ganz entscheidend ist die Nachsorge der PatientInnen, der MitarbeiterInnen, eventuell auch Angehöriger und MitpatientInnen, wenn solche Notfallbehandlungen erforderlich waren. Da hat man auch wiederum Empfehlungen festgelegt. Warum Empfehlungen? Damit man auch den einzelnen Instituten die Zeit gibt, diese Dinge umzusetzen. Weniger die menschlichen Handlungsebenen, die ich nur kurz aufgezeigt habe, dass es natürlich wichtig ist, sehr einfach und deutlich zu sprechen. Das sind wieder Strukturprobleme: Ist es dort laut, ist es eine angenehme Atmosphäre ja oder nein, dass ich die PatientIn natürlich mit Empathie und Respekt behandle, Verständnis und Sorge signalisiere. Das sind wieder Verhaltensempfehlungen für die dort

Tätigen. Abstand beachten, habe ich vorher schon gesagt.

Es gibt aber auch noch strukturelle Voraussetzungen, die jederzeit geschaffen werden können. Beleuchtung in Räumen ist natürlich ein wichtiges Thema. Ist es aggressionsfördernd, ist es aggressionslösend? Alles Dinge, die ich beachten kann und wo es Literatur dazu gibt und auch Sachverständige in den einzelnen Häusern, die das beurteilen können.

Was möchte ich noch erwähnen in solchen Situationen? Dass es mindestens 5 Personen braucht, die unmittelbar zur Verfügung stehen müssen, die vor Ort sind, die sich nicht erst kümmern müssen, wer kümmert sich um meine Station, falls ich zu einem Notfall gerufen werde? Das ist entscheidend, was ich noch dazu sagen möchte.

Was möchte ich vom Team erwähnen? Dass es in Notfallsituationen auch erforderlich ist auf den Schutz der MitarbeiterInnen zu achten. Das sind auch wieder Schulungsangelegenheiten. Dass die so einfache Dinge beachten müssen wie: Brillen ablegen, Halstücher ablegen, anwesende MitpatientInnen auffordern den Raum zu verlassen, wenn solche Handlungen notwendig sind. Nicht weil wir etwas zu verstecken haben, wenn wir dies tun, sondern weil es natürlich auch zu Traumatisierungen der MitpatientInnen kommt. Wir haben mittlerweile gut gelernt, wenn wir PatientInnen reanimieren müssen, dass wir MitpatientInnen bitten den Raum zu verlassen. Natürlich haben wir auch in der Psychiatrie das zu beachten. Ich gehe auch immer in Vorlesungen dazu, Notfallbehandlungen in der Psychiatrie mit Reanimationen zu vergleichen. Es geht wirklich um Leben und Tod in diesen Situationen.

Was auch wichtig ist und immer wieder Thema ist: Nachfixierungen oder auch Isolierungen, falls diese erforderlich sind. Dass man die PatientInnen auf gefährbringende Gegenstände wie Gürtel, Krawatten, Messer, Schere, Feuerzeug untersucht. Das klingt so selbstverständlich, es ist nicht selbstverständlich im Alltag.

Da kann ich von mir selber erzählen: Wie ich für den Unterbringungsbereich für Männer zuständige war, wurde ich mit Anzeige von einem dort für die Patientenrechte sich Kümmern den bedroht - ich habe es nicht als Bedrohung verstanden - weil ich mir erlaubt habe einen untergebrachten Patienten ein Küchenmesser dieser Länge wegzunehmen, zu bitten es mir zu geben. Da ist auch der Anspruch gewesen, dass die Freiheit des Patienten so groß ist, dass er natürlich im Unterbringungsbereich so etwas mit haben darf. Da war ich ganz anderer Meinung. Ich habe die Anzeige überlebt kann ich jetzt sagen. Aber, solche Dinge müssen festgeschrieben und

festgelegt werden in Standards. Wir müssen natürlich auch die PatientInnen untersuchen, weil es bei solchen Handlungen auch zu Verletzungen kommen kann.

Maßnahmen bei eskalierender Aggressivität, da habe ich verschiedene Möglichkeiten. Ich denke mir, dass können wir auch für die Diskussion übriglassen, weil natürlich immer das Thema ist: Was ist vorzuziehen: Netzbett oder Fixierung? Ich kann es auch jetzt gleich ansprechen, weil es in der Diskussion sowieso kommt. Ich bin auch im Westen Österreichs geschult worden und ich denke mir, Sie sind schon hinreichend informiert worden, dass es dort keine Netzbetten gibt letztendlich. Ich habe versucht, mir noch einmal eine eigene Meinung darüber zu machen. Ich finde es nicht angebracht, wenn diese Netzbetten in normalen PatientInnenzimmern stehen, weil ich habe dann auch noch Standards, was bei fixierten oder isolierten PatientInnen zu beachten ist, weil die einfach nicht vor anderen PatientInnen geschützt sind, wenn dies der Fall ist und die Intimsphäre nicht geschützt ist.

Was auch notwendig ist und darauf gehe ich auch noch ein, dass habe ich jetzt vorgezogen, dass PatientInnen die eine Zwangsbehandlung bekommen haben, besonders mit lebensgefährlichen Nebenwirkungen gefährdet sind und deswegen ein Monitoring dieser PatientInnen erforderlich und notwendig ist und ein Monitoring in Netzbetten sehr schwierig ist. Aber, da können wir nachher noch im Detail darauf eingehen.

Das ist alles festgelegt worden in diesen - Standards möchte ich es nicht nennen - Empfehlungen, wie auch Fixierungen durchgeführt werden sollen, die Maßnahmen zum eigenen Schutz, der Umgang mit den fixierten und isolierten PatientInnen. Da möchte ich auch noch einmal darauf eingehen und da einzelne Punkte herausgreifen.

Die Intimsphäre der PatientInnen soll nicht nur nach Möglichkeit gewahrt bleiben, sondern muss gesichert sein, so weit das irgendwie möglich ist. Man muss auf eine ruhige Atmosphäre achten, der respektvolle Umgang sollte Selbstverständlichkeit haben. Die PatientIn muss die Möglichkeit haben sich mitzuteilen. Es kann nicht vom Zufall abhängig sein, ob jemand bei dieser PatientIn vorbei kommt oder nicht. Ist eine PatientIn fixiert, hat er/sie auch nicht die Möglichkeit zu läuten. Das heißt, ich muss zumindest eine Sitzwache zur Verfügung stellen, wenn ich kein Fachpersonal zur Verfügung habe. Dass er/sie mindestens mit Flügelhemd bekleidet sein muss, dass die Gewohnheiten und Bedürfnisse irgendwie beachtet werden müssen, dass sollte selbstverständlich sein. Kontinuität in der Betreuung.

Bei Fixierungen sollten nach Möglichkeit gleichgeschlechtliche MitarbeiterInnen an Ort

und Stelle sein, weil natürlich auch sexuell traumatisierte PatientInnen dabei sein können, wo dann das Geschlecht eine besondere Rolle spielt. Dass natürlich für Sauberkeit zu sorgen ist und dass potentiell gefährliche Gegenstände entfernt werden müssen, sollte selbstverständlich sein.

Regelmäßige Kontrolle der gefährdenden Körperpartien z.B. bei fixierten PatientInnen. Die gleichgeschlechtlichen MitarbeiterInnen wurden schon erwähnt.

Nasszellen. Wenn es sich um Isolierzimmer handelt, müssen oder sollten die zugeperrt werden, wenn z.B. die MitarbeiterIn, die im Isolierzimmer ist, dieses verlässt, weil natürlich auch aus diesen Nasszellen eine Gefährdung ausgehen kann.

Vor neugierigen Blicken und Unbeteiligten selbstverständlicher Weise abzuschirmen. Was zu beachten ist: Eine Fixierung kann zu Beeinträchtigung der Atemfunktion führen, weshalb ein Monitoring der Vitalfunktionen empfohlen wird. Warum steht da „empfohlen“? Wenn man Empfehlungen ausarbeitet, muss man auch die Situationen in Betracht ziehen, wenn es eine Forderung ist, müssen Sie sofort vorhanden sein und dass hat dann natürlich auch rechtliche Konsequenzen.

Ich arbeite derzeit nicht mehr in einer Institution, um so mehr möchte für meine KollegInnen sprechen, dass diese Monitoringsysteme auch zur Verfügung gestellt werden, ohne in Eigeninteresse zu reden, sondern im Interesse der MitarbeiterInnen und der PatientInnen.

Auch die Medikamentenauswahl ist keine willkürliche, auch da Standards, mit denen möchte ich sie nicht belasten, weil Sie ja die Medikation nicht festlegen müssen, aber das ist auch nicht etwas, was Willkür und wahllos ist. Ich mag diesen furchtbaren Begriff, der immer wieder in der Literatur herumgeistert und auch in den österreichischen Liedern, das Niederspritzen, da tu ich mir ganz schwer, den überhaupt auszusprechen. Damit hat es nichts zu tun, dass ist eine differenzierte Psychopharmakologie und das möchte ich betonen, wo man verschiedenste Dinge zu überlegen hat. Somatische Grunderkrankungen und dergleichen und natürlich auch die Diagnose. Aber, wie gesagt, das ist wirklich eine speziell medizinische Problematik, damit möchte ich Sie nicht im Detail belasten und auch darüber hinweggehen.

Wie schon erwähnt, ich habe schon mehrfach diese Monitoringsysteme gefordert, weil es lebensbedrohliche Nebenwirkungen gibt. Ich habe einige aufgelistet: malignes Neuroleptikasyndrom, Atemdepression, QT-Syndrom ist auch etwas Spezifisches, das kann zusammenhängen mit der psychopharmakologischen Therapie. Das

sind die PatientInnen, die einen unerwarteten plötzlichen Tod erleiden. Das sind die PatientInnen, wo man in der Obduktion auch nichts feststellen kann, wo es keine Todesursache gibt. Es kann jeden von uns ereilen. PatientInnen, die Zwangsbehandlungen erfahren haben, nicht nur medikamentöser Natur, sondern überhaupt Einschränkungen in ihrer Freiheit, sind mehr gefährdet als andere Menschen. Man weiß nicht genau warum, es könnte auch mit Elektrolyteentgleisungen zu tun haben. Diese Personen befinden sich natürlich in einem enormen massiven Stress, werden zusätzlich eingeschränkt in ihrer Freiheit - was eine Notwendigkeit ist, werden alle Regeln der Kunst beachtet - und neigen dazu, das Risiko ist erhöht, dass sie plötzlichen einen unerwarteten Tod erleiden. Extrem selten, aber das Risiko ist leicht erhöht und deswegen zu beachten.

Worauf ich auch noch ganz kurz eingehen werde und dann bin ich schon am Ende meiner Ausführungen: Nachbesprechungen im Team sollten eine Selbstverständlichkeit sein, sollten gefordert werden. Wir wissen, dass es nicht nur bei PatientInnen zu Traumatisierungen kommt, sondern auch bei MitarbeiterInnen. Es muss die Situation nachbesprochen werden, auch im Sinne einer, ich weiß nicht, ob ich in diesem Zusammenhang das Wort Manöverkritik verwenden sollte. Hat die Deeskalation zum richtigen Zeitpunkt stattgefunden? Wie ist die Eskalation entstanden? Hätte es irgendwie verhindert oder vermieden werden können? War das Vorgehen ein korrektes? Ist irgendeine MitarbeiterIn in besonderer Natur durch dieses Ereignis belastet worden? War eine unerfahrene MitarbeiterIn dabei, als dass das erste Mal stattgefunden hat? Um die Situation noch einmal nach zu besprechen, um Traumatisierungen zu verhindern. Um zu schauen, gibt es eine Verbesserung? Jemand der davon ausgeht, dass alles optimal läuft, hat schon verlernt zu lernen und ist nicht mehr am richtigen Ort seiner Arbeit. Meines Erachtens. Nachbesprechung mit PatientInnen, ganz wesentlich, habe ich lege artis gehandelt, „state of the art“ gehandelt? Muss ich keine Angst haben vor dem Gespräch? Ich muss diejenige sein, die die Zwangsmaßnahme gefordert hat, durchgeführt hat, ich muss diejenige sein, die hinterher mit der PatientIn spricht, sobald er/sie wieder ansprechbar ist, um die Situation mit ihm/ihr noch einmal nachzubearbeiten, warum es notwendig ist. Gehe ich „state of the art“ vor, muss ich mich vor diesem Gespräch sicherlich nicht fürchten. Gibt es auch Untersuchungen dazu, wie PatientInnen in diesen Situationen nachher handeln, wie sie selbst die Situation beurteilen. Ich möchte jeden dazu auffordern, das wirklich auch durchzuführen. Nachbesprechungen mit



MitpatientInnen, falls sie involviert waren. Natürlich auch mit Angehörigen.

Wie gefährdet sind die MitarbeiterInnen, wenn sie in den Psychiatrien arbeiten? Dazu auch ein paar Zahlen. Untersuchungen haben Gewaltübergriffe von PatientInnen auf Pflegepersonal gezeigt, ungefähr 80 % der befragten Schwestern und Pfleger haben eine solche Gewalterfahrung gemacht. Gewalt muss man näher definieren in diesem Zusammenhang. Es wird dort nicht unterschieden zwischen verbaler und körperlicher Gewalt.

ÄrztInnen sind weniger häufig betroffen, wie Sie hier sehen können. Rechnet man aber die Zeiteinheit, die man in direktem Kontakt ist mit den PatientInnen, sind ÄrztInnen gleich häufig betroffen wie das Pflegepersonal.

Gibt es Folgen daraus? Diese Zahlen stammen von Herrn Prof. Schanda, die möchte ich ihm nicht wegnehmen, es ist nur verloren gegangen bei der Vorbereitung und bei der Formatierung der Dias. Es gibt Folgen auch für das Personal, die auch mit Kosten behaftet sind. Körperliche Folgen sind Gott sei Dank sehr selten, aber es gibt dann psychische Folgen. 49 % des betroffenen Personals benötigt einige Monate um sich emotional zu erholen, wenn es zu Gewaltübergriffen kommt. Es werden selbst psychiatrische Störungen entwickelt. Bei 44 % kommt es zu Angst und emotionaler Belastung, wie Sie sehen waren Mehrfachnennungen möglich und dadurch auch bedingt natürlich Krankenstände.

Auch immer wieder Thema, ich habe es nur ganz kurz aufgegriffen, wie hilfreich sind Statistiken, wie hilfreich sind Statistiken bezüglich Personal? Das war auch der Grund, warum ich mich ganz aufs Praktische konzentriert habe. Ich weiß, es sind Fragen Ihrerseits erforderlich und notwendig, um dann wirklich auf Ihre Fragen spezifische Antworten zu kriegen.

Wie Sie sehen, Wien hat doppelte so viele MitarbeiterInnen als Innsbruck. Ich arbeite nicht an der Innsbrucker Klinik und ich muss auch nichts verteidigen. Ich kann es auch nicht beurteilen, ob in Wien am AKH die Betreuungsqualität eine bessere ist als in Innsbruck. Ich habe keine Ahnung, ich kann Ihnen nur meine persönliche Meinung dazu sagen, dass es ganz entscheidend ist, wie viele MitarbeiterInnen vorhanden sind. Natürlich gibt es ein Mindestmaß und unter dieses Mindestmaß kann ich nicht gehen. Es ist entscheidend, welche Aufgaben haben diese MitarbeiterInnen sonst noch? Welche Belastungen haben sie sonst noch? Ich muss leider auch dieses Wort „Burn-out“ strapazieren, ein furchtbares Wort, weil es keine klare Definition gibt. Aber natürlich auch ausschlaggebend ist, wie Betreuungsqualitäten letztendlich aussehen,

ohne Aussage darüber treffen zu können, ob irgendjemand am Burn-out leidet in diesen einzelnen Instituten.

Wir sehen, die Zahlen sind sehr unterschiedlich, sie geben mir trotzdem keine Möglichkeit Aussage darüber zu treffen, wie die Betreuungsqualität ist.

Nun noch einmal zurück zu den Themen die Sie mir gestellt haben. Ich möchte ganz kurz zusammenfassen: Freiheitseinschränkende Maßnahmen sind erforderlich. Wir müssen uns ganz spezifisch mit diesem Thema auseinandersetzen, um auch qualitativ handeln zu können in solchen Situationen. Nur wenn ich mich mit dem Thema auseinandersetze, kann ich auch einen Standard garantieren.

Die Personalsituation. Ich kann Ihnen Antwort darauf geben, dass ich in der Notfallsituation mindestens 5 Personen brauche. Ich kann Ihnen nicht Auskunft darüber geben, wann ist eine gute Betreuungsqualität gesichert pro Station? Wie viele Köpfe brauche ich dort?

Qualitätssicherung und „state of the art“. Wir brauchen Empfehlungen, wir brauchen Standards, um eine Mindestversorgung zu sichern. Ich muss aber dann im individuellen Fall beurteilen, ob diese Standards ausreichend waren und ob sie überhaupt vorhanden waren.

Sicherheit von PatientInnen und Personal ist ein wichtiges Thema, ist verbesserungswürdig in manchen Bereichen.

Bauliche und infrastrukturelle Gegebenheiten sind wichtige Voraussetzungen. Ich möchte auch noch ganz konkrete Forderungen stellen, wirklich in der Architektur darauf zu achten, Notfallpiepser, Notfallknöpfe müssen Standard sein, müssen vorhanden sein. Monitoringsysteme für Vitalfunktionen müssen vorhanden sein. Aus den Erklärungen, die ich Ihnen gegeben habe, ich weiß, dass sich viele zurückziehen und sagen, man kann die PatientInnen regelmäßig oder man muss sie regelmäßig kontrollieren. Was heißt regelmäßig? Wir wissen, wenn z.B. ein Herzstillstand stattfindet, dass innerhalb drei Minuten das Hirngewebe geschädigt wird, wenn nicht in dieser Zeit eine Reanimation stattfindet. Das würde also heißen, dass ich als ÄrztIn alle drei Minuten zur PatientIn gehe, da ist es besser, wenn ich mir einen Sessel daneben hinstelle, ich darf ja sonst nichts zu tun haben. Schulungen sind natürlich Voraussetzungen und die Personalsituation schon erwähnt. Dass im Notfall mindestens 5 Personen unmittelbar und sofort vor Ort sind.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit. (*Allgemeiner Beifall.*)

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

Ich glaube im Interesse der Kommissionsmit-

gliedern zu sprechen, wenn ich Sie darum bitte, dass Sie diese Unterlagen zur Verfügung stellen.

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Selbstverständlich.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Damit kommen wir zur Fragestunde.

Frau GRin Dr. **Pilz**, bitte.

GRin Dr. **Pilz**: Frau Professor! Wir haben im Kreis herum rotierend den Beginn und diesmal sind die Grünen dran.

Ich danke Ihnen sehr herzlich für Ihren Vortrag und vor allem, dass Sie so praxisbezogen waren. Wir haben schon einige ExpertInnen gehört und das ist wirklich eine ganz, ganz ausgezeichnete Ergänzung der Dinge, die wir schon grundsätzlich gehört haben, dass Sie konkret aus der Praxis sprechen.

Ich beginne dort, wo Sie von der institutionellen Architektur sprechen. Sie wissen, das Zentrum unserer Debatte ist das Otto-Wagner-Spital, von dem ich annehme, dass Sie es kennen, auch in seinen ...

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Ich kenne es nur von außen, muss ich dazu sagen, nicht von innen. Ich kann jetzt ganz unbedarft reden.

GRin Dr. **Pilz**: Gut! Dann will ich Ihnen ein paar Worte dazu sagen. Es ist eines der alten, traditionellen Häuser, die es in Wien in vielen Bereichen gibt. Eine Architektur die um die Jahrhundertwende, vom 19. aufs 20. Jahrhundert datiert. Ein Teil der Pavillons ist renoviert, ein anderer Teil nicht. Wenn man einen nicht renovierten Pavillon anschaut, dann kann eine Regionalabteilung, sei es Akutstation oder normale Station, so beschaffen sein, dass es 4-Bett-Zimmer gibt und dass es gemischt geschlechtliche Nassräume gibt. Dass die Netzbetten vielleicht in einem eigenen Raum sind oder auch nicht, dass Fixierungen in den Räumlichkeiten sind, wo andere PatientInnen Zugang haben. Und dass es keine Rückzugsmöglichkeiten für PatientInnen gibt, weil sich eben alles immer in dieser Öffentlichkeit abspielt. Dass die Möglichkeit geschlossene Zimmer zu haben aus der Philosophie des Otto-Wagner-Spitals oder der Wiener Psychiatrie auch nicht gegeben ist.

Das heißt jetzt konkret für PatientInnen, dass sie im Netzbett von anderen MitpatientInnen erreichbar sind. Dass sich fixierte PatientInnen damit konfrontieren müssen, dass andere auf ihre Hilflosigkeit nicht nur schauen, sondern auch Zugriff haben. Dass sexuell traumatisierte Frauen oder auch Kinder und Jugendliche mit erwachsenen PatientInnen zu tun haben. In dieser Situation muss und versucht das Personal beste Arbeit zu leisten.

Ich frage Sie jetzt konkret: Bieten solche Rahmenbedingungen die notwendige Voraussetzung für das, was wir unter deeskalieren verstehen? Was muss sich in der Architektur än-

dern, damit die Institution nicht per se gewalttätig ist? Das ist meine erste Frage.

Ihre Empfehlungen sind sehr, sehr konkret. Sie haben selber sehr zutreffend gesagt, eine Empfehlung ist eine Empfehlung und eine Forderung muss sofort umgesetzt werden.

Jetzt ist Faktum und das wissen Sie vielleicht, dass es schwere Brandunfälle im Otto-Wagner-Spital gegeben hat. Kürzlich ist ein Patient im Netzbett gestorben, man sagt an Herzstillstand, er war natürlich nicht mit einer Sitzwache begleitet. Es ist der Fall, dass ÄrztInnen und Pflegepersonal vor Gericht stehen, weil man ihnen vorwirft, dass sie nicht ausreichend sorgfältig ihre Arbeit geleistet haben.

Da frage ich Sie, kann man sich unter solchen Bedingungen darauf zurückziehen, dass das Empfehlungen sind, wenn dann konkret das Personal sich vorm Richter wieder findet, weil sich die Krankenhausleitung darauf zurückzieht, dass man kein schuldhaftes Verhalten hat? Das war der Fall bei dem schweren Brandunfall, wo einer Frau ein Drittel Ihres Körpers verbrannt ist, weil sie durch ein Feuerzeug, das ihr zugänglich war, verletzt wurde. Da hat doch glatt der Krankenanstaltenverbund gesagt, da gibt es kein Fremdverschulden, sie hätte sich ja selber löschen können und er wäre nicht verantwortlich, dass sie da Zugang hatte.

Kann man unter solchen Bedingungen davon sprechen, dass hier mit Empfehlungen das Auslangen ist? Oder müsste man nicht sagen, zum Schutz von Personal und PatientInnen müssen hier ein paar Dinge ganz schnell umgesetzt werden?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Es ist mir jetzt nicht möglich die spezifische Situation am Otto-Wagner-Spital zu beurteilen. Ich kenne, muss ich jetzt in meiner Situation sagen, Gott sei Dank, die Architektur nicht, wie sie innen ist und kann deswegen auch keine konkrete Antwort geben.

Ich habe versucht das ganz klar festzulegen und ich denke mir, da sind sehr viele Häuser verbesserungswürdig. Ich kann nicht alle beurteilen, immer gibt es eine Verbesserung. Ich denke mir, wie ich vorher erwähnt habe, auch ich fühle mich da nicht wohl in dieser Position, was nicht mit Ihnen als Personen zu tun hat, sondern einfach diese Verhörsituation, obwohl ich gar kein schlechtes Gewissen habe, weil es mich nicht persönlich betrifft. Aber das macht natürlich alles damit.

Ich weiß nicht, wie eine gemischte Nasszelle aussieht? Ob sich dann alle gleichzeitig waschen und sich nackt ausziehen müssen?

GRin Dr. **Pilz**: Ja!

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Ich denke mir, es gibt Ehepartner die getrennte Badezimmer haben, da möchte ich jetzt nicht im Detail darauf

eingehen warum und wieso. Weil es offensichtlich die menschlichen Bedürfnisse betrifft, auch seine Intimbereiche zu haben und die sollten auf alle Fälle gewahrt sein. Selbst in Intensivstationen sorgt man oder sollte man dafür sorgen, dass die Betten zumindest mit Paravents getrennt sind.

Ich muss mich viel mehr darauf zurückziehen: Kann ich solche Dinge verhindern, dass Brandunfälle passieren, wenn die Voraussetzungen optimal sind? Nein, das kann ich nicht verhindern. Möchte aber nicht damit sagen, dass keine Verbesserungsmöglichkeiten überall gegeben sind. Auch wenn ich optimale Voraussetzungen habe, können Unfälle passieren. Das ist selbstverständlich, aber die Wahrscheinlichkeit der Unfälle kann ich sehr wohl beeinflussen.

Ich weiß nicht, warum man einzelne KollegInnen vor Gericht bringt.

GRin Dr. **Pilz**: Das ist der Fall. Es stehen jetzt konkret Mitglieder des Personals wegen Todesfällen vor Gericht. Das ist einfach so.

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: KollegInnen kann man meines Erachtens nur dann vor Gericht stellen, wenn man ihnen einen spezifischen Kunstfehler vorwirft.

Welche Möglichkeit habe ich als KollegIn, wenn ich in einer Institution arbeite, wo die Voraussetzungen nicht gegeben sind? Ich kann versuchen darum zu verhandeln, dass ich sie kriege. Je nach dem kann ich erfolgreich oder nicht erfolgreich sein, weiß ich nicht, inwiefern. Wenn dort Missstände vorhanden sind, was ich wieder nicht beurteilen kann, ist es den KollegInnen gelungen mit Verhandlungen etwas zu erzielen, sonst habe ich letztlich nur die Möglichkeit mit Selbstanzeige zu versuchen Situationen zu verändern. Was natürlich eine extrem schwierige Situation ist, wenn ich weiterhin in einer Institution arbeite. Ich denke mir, damit sollten auch KollegInnen nicht konfrontiert werden, dass sie zu solchen Mitteln greifen.

Wenn die Empfehlungen dort nicht erfüllt werden, aus welchem Grund auch immer, habe ich als ÄrztIn wirklich die Möglichkeit, wenn ich sonst nichts erreichen kann, zur Selbstanzeige zu greifen. Dass das extrem selten der Fall ist, wissen wir, aus unterschiedlichen Gründen. Ich kann Ihnen die Frage, wie Sie merken, nicht ganz konkret beantworten.

GRin Dr. **Pilz**: Ich kann sie insofern präzisieren, dass ÄrztInnen und Menschen vom Pflegepersonal im Dienstweg wiederholt gesagt haben, dass sie Sorge haben, sie beginnen eine Einlassungsfahrlässigkeit, weil sie z.B. keine Monitoringmöglichkeiten bei einer intoxikierten Person, die fixiert und dann sediert ist, für die Vitalparameter haben. Weil es kein Labor gibt, weil sie nicht wissen, in welche Vergiftungssituation sie

hier agieren und es auch schwierig ist dann tatsächlich die Vitalfunktionen im entsprechenden Ausmaß nicht zu beeinträchtigen.

In diesem einen Brandfall gab es konkret keine Sitzwache neben der Person, das wird auch nicht bestritten vom Krankenanstaltenverbund. Es gab und das ist nicht bestritten worden, in einem Nachkästchen das Feuerzeug, es war nicht versperrt, nicht unmittelbar in Griffweite. Die Frage, ob die Frau es selber greifen konnte oder es ihr ein Mitpatient gegeben hat, war nicht zu eruieren. Jedenfalls stand sie in Flammen, zumindest eine Minute, und war schwerstens verletzt und der Krankenanstaltenverbund hat gesagt: Fehlverhalten kann hier nicht gesehen werden.

Es geht mir hier auch um die Situation der PatientInnen. Würde das mich oder einen Angehörigen betreffen, dann würde ich sagen, hier ist sehr wohl eine Verantwortung. Ich will schlicht von Ihnen wissen, wie Sie das sehen unter solchen Bedingungen?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Ich bin niemand, die sich aus der Verantwortung zurückzieht auch Antworten zu geben. Ich glaube, das habe ich auch in meinem Vortrag gezeigt.

Noch einmal: Ich kann, diesen spezifischen Fall nicht beurteilen, weil ich denke, da braucht's mehr Information, die ganz klare Sachverhaltsdarstellung und dann ist es wirklich etwas, was offensichtlich vor Gericht entschieden werden muss. Ich kann nur hoffen für die KollegInnen, dass sie nicht für etwas verantwortlich gemacht werden, was systembedingt ist.

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

GR **Lasar**: Danke, Frau Professor!

Es war für mich wieder sehr aufschlussreich, vor allem weil Sie gezielt auf die Situationen eingegangen sind in den Spitälern oder wie Zimmer hergerichtet und auch konzipiert werden sollten. Aber trotzdem habe ich zwei Fragen an Sie.

Die erste Frage ist bezüglich Netzbetten. Sind für Sie heute noch Netzbetten internationaler Standard oder nicht?

Meine zweite Frage bezieht sich auf das Otto-Wagner-Spital. Wie würden Sie die derzeitige Personalsituation, so weit wie sie kennen im Otto-Wagner-Spital, beurteilen?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Zunächst zu den Netzbetten. Aus den Gründen die ich vorhin genannt habe, dass eine PatientIn, die in ihrer Freiheit eingeschränkt ist, ein besonderes Monitoring braucht, kann ich mir nicht vorstellen, wie dieses Monitoring in einem Netzbett gesichert wird. Es gibt natürlich die Frage, werden alle untergebrachten PatientInnen monitoriert? Nein, es werden nicht alle untergebrachten Pati-

entInnen monitorisiert. Da ist dann die Diskussion im Unterbringungsbereich ja oder nein. Unterbringungsbereich sagt eigentlich, dass ein großer oder mehrere Räume vorhanden sein müssen, wo sich PatientInnen im Unterbringungsbereich auch frei bewegen können und dann ist kein Monitoring erforderlich.

Ich habe jetzt immer eine Psychiatrie ohne Netzbetten erlebt. Jetzt weiß ich auch nicht, was die Indikation für ein Netzbett sein kann. Wenn es eine Fixierung erfordert, ist ein Netzbett keine Hilfe, weil die PatientIn natürlich auch im Netzbett Bewegungsfreiheit hat und wenn eine PatientIn wirklich versucht gegen Wände zu springen, hat er/sie diese Möglichkeit natürlich auch im Netzbett und ich muss fixieren. Mir persönlich liegt die Vorstellung näher, mich in mehreren Räumen bewegen zu können.

Internationaler Standard. Wie kann man vom internationalen Standard sprechen? Es klar, dass es Fixierungen und Isolierungen braucht. Wie weit verbreitet Netzbetten international sind, kann ich Ihnen nicht beantworten. Ich kann Ihnen nur sagen, mit den internationalen KollegInnen, mit denen ich das Thema im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen diskutiert habe, war das Netzbett nicht üblich.

Die Personalsituation kenne ich nicht im Detail im Otto-Wagner-Spital, dass ich beurteilen kann, ob die dafür verantwortlich ist das eventuell Missstände aufgetreten sind oder nicht.

GR **Lasar**: Danke schön.

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

GRin **Praniess-Kastner**: Frau Professor! Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Sie werden ja, nehme ich, die Chronologie der Untersuchungskommission ein bisschen beobachtet haben. Wir hatten schon eine Reihe von Vorträgen. Danke vielmals für Ihre praktische Zusammenfassung, die wirklich sehr brauchbar und auch für medizinische Laien sehr gut nachvollziehbar war.

Sie haben vom Algorithmus gesprochen, das heißt, vom Management psychiatrischer Notfälle und haben da gesagt, es gibt einen Konsens, wenn ich es richtig verstanden habe, der von der Österreichischen Gesellschaft für Psychotherapie und Psychiatrie herausgegeben wurde und es handelt sich um Empfehlungen.

Jetzt wollte ich Sie fragen, ist es absehbar, dass es einen Konsens darüber gibt, dass es nicht mehr nur Empfehlungen sind, sondern dass das wirklich Handlungsanleitungen werden, die österreichweit von allen, die mit psychiatrischen PatientInnen zu haben dann nachzuvollziehen sind? Das wäre meine erste Frage.

Wir haben sehr viel über Sicherheit für PatientInnen gehört. Ich hätte da eine Frage - das

haben Sie zwar auch angeschnitten, aber für mich noch ausreichend: Wie sieht es mit der Sicherheit für Personal aus? Halten Sie einen Sicherheitsdienst für dienlich? Das heißt, einen Sicherheitsdienst der auch das Personal vor Übergriffen schützt oder wenn es zu wenig Personal gibt zur Hilfe geholt werden kann.

Meine dritte Frage bezieht sich auf die persönliche Zuwendung, die im Vergleich für psychiatrische PatientInnen zu somatischen PatientInnen notwendig ist. Gibt es da auch einen Standard? Das heißt, kann man das vielleicht auch in Minuten oder Stunden festmachen im Vergleich, wie viel Zuwendung, ärztliche Zuwendung, brauchen psychiatrische PatientInnen? Ist das mehr als bei somatischen PatientInnen oder gibt es da keine Richtlinien dazu?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Bezüglich dieser Empfehlungen, nachvollziehbar für alle, weil sie an sich für alle bekannt sein sollten. Wie weit sie umsetzbar sind, ist von den strukturellen Gegebenheiten der einzelnen Häuser abhängig. Ob Bestrebungen sind das in Forderungen zu formen, die dann auch rechtliche Konsequenzen haben, insofern, dass es rechtliche Konsequenzen hat, falls keine Monitoringsysteme vorhanden sind, sind mir momentan keine bekannt. Wahrscheinlich aus unterschiedlich Gründen, aber es ist nicht so, dass momentan eine rechtliche Verpflichtung gegeben ist, dass das vorhanden ist.

Exekutiver Sicherheitsdienst. Ich bin keine Vertreterin davon, dass - es gibt auch immer wieder das Thema - PsychiaterInnen Selbstverteidigungskurse machen sollen. Das hat nichts mit Selbstverteidigung zu tun, sondern, dass sind medizinische Handlungen, die da gesetzt werden. Selbstverteidigung kann ich nur brauchen, wenn die strukturellen Gegebenheiten nicht vorhanden sind. Ich ziehe persönlich, wenn ich irgendeine Möglichkeit habe, die Flucht vor. Ich möchte nicht in Einheiten arbeiten, wo ich auf Selbstverteidigung angewiesen bin.

Hilfe durch Exekutive, Hilfe durch Sicherheitsdienste. Ja, wenn die Personalsituation nicht ausreichend ist. Ein Sicherheitsdienst sollte Fachpersonal nicht ersetzen.

Persönliche Zuwendung. Wir können Psyche und Körper nicht voneinander trennen. Die PatientIn mit körperlichen Erkrankungen, sage ich in dem Fall, hat das gleiche Recht auf psychische Zuwendung, wie eine psychiatrische PatientIn. Eine psychiatrische PatientIn braucht - „Zuwendung“ ist mir fast zu wenig, wie soll ich sagen - menschliche Zuwendung sollte eine Selbstverständlichkeit sein und keine medizinische Voraussetzung. Eine qualitativ psychische Begleitung sollte in beiden Gruppen vorhanden sein. Das kann nicht mit Minuten aufgerechnet wer-

den, das sind wieder die Statistiken. In manchen Situationen ist ein Gespräch unbedingte Voraussetzung und eine Notwendigkeit. Ich kann Dinge auch zerreden. Das richtige Maß am richtigen Ort in der richtigen Situation. Was Ihnen jetzt nicht weiter hilft, aber das ist genau das, wogegen ich mich wehre. Ich soll die Möglichkeit haben, dass ich eine Mindestzeit mit einer PatientIn verbringe.

Ich kann Ihnen sagen, was ich in meiner Praxis als absolut notwendig finde. Für Erstgespräch, um eine Situation feststellen und beurteilen zu können, reserviere ich mir mindestens eine Stunde. Was kein Anhaltspunkt sein kann jetzt, was brauche ich für weitere Gespräche? Das wird dann individuell vereinbart. Ich denke mir, um eine Situation beurteilen zu können, genügend Informationen zu erhalten, sollte ich mir mindestens eine Stunde einrechnen. Ob körperlich krank oder psychisch krank, spielt keine Rolle. Aber da sind wir jetzt in der Medizinreform drinnen, ein ganz anderes heikles Thema.

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

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

Ich möchte mich eingangs auch ganz herzlich für Ihren sehr interessanten Vortrag bedanken.

Ich werde Ihnen zum Otto-Wagner-Spital keine Frage stellen, weil Sie selbst darauf hingewiesen haben, dass Sie das Otto-Wagner-Spital nur von außen und nicht von innen kennen. Und durch die Fragestellung der Frau Kollegin Dr. Pilz schon sehr der starke Eindruck entstehen kann, dass Sie zu Vermutungen veranlasst werden sollen. Denn Sie können sich natürlich nur zu jenen Fällen konkret äußern, die Sie auch tatsächlich selbst kennen und das sollten auch alle Mitglieder der Untersuchungskommission so akzeptieren.

Zu den Brandunfällen, die die Frau Kollegin Dr. Pilz angesprochen hat, möchte ich nur wiederholt festhalten, wir machen das auch schon regelmäßig, nach dem wir die heute insgesamt 7. Sitzung haben, dass in den erwähnten Fällen natürlich von Seiten des Krankenanstaltenverbundes eine Verletzungsanzeige erstattet wurde und dies auch von der Staatsanwaltschaft untersucht wird. Wenn Sie die Unterlagen lesen, die wir mittels Beweisanträgen angefordert haben, dann wird ja auch dieser Vorgang ganz klar festgehalten, inklusive der Maßnahmen, dass es natürlich selbstverständlich war, dass zum Zeitpunkt der Fixierung auch Utensilien aus der Reichweite der PatientInnen entfernt wurden. Das ist in den Unterlagen ganz klar erkennbar.

Ich komme aber jetzt zur Frage. Frau Professor! Sie haben in Ihrem Vortrag unterschieden

zwischen Notfall und Krise. Notfall praktisch als akute Gefährdung von Leben und Gesundheit einerseits und Krise, wo gemeinsam mit den PatientInnen über Maßnahmen entschieden wird.

Hier meine erste Frage: Wie würden Sie in diesem Sinne in Ihrer eigenen Definition unterscheiden zwischen paktfähigen bzw. nicht paktfähigen PatientInnen, im dem Sinn, dass die Entscheidungsfreiheit bei der Person selber liegt? Wie unterscheidet sich danach auch die Behandlung?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer:** Eine nicht paktfähige PatientIn. Ist wieder die Frage, ist eine PatientIn nicht paktfähig und die Handlungen die sie/er setzt oder auf Grund seiner/ihrer Psychopathologie setzen könnte, die das Leben gefährden, erfordert eine Notfallbehandlung. Eine nicht paktfähige PatientIn, es gibt irgendwelche Notwendigkeiten, wenn man in sozialen Strukturen zusammenlebt, gibt es die Notwendigkeit, dass der Freiraum jedes einzelnen Menschen möglichst gewahrt wird. Wenn mein Freiraum gewahrt werden soll, führt das meistens zu Einschränkungen von meinen Mitpersonen, weil sie vielleicht die gleichen Interessen haben. Gefährdet das nicht unser Leben, können wir uns einfach von einander trennen, die PatientIn kann auch sagen, wenn es nicht sein/ihr Leben gefährdet: ich nehme diese Therapie nicht in Anspruch, ich beschließe etwas anderes zu tun. Er/Sie darf gehen, kann gehen und hat die Möglichkeit zu gehen. Ist sein/ihr Leben oder das Leben anderen gefährdet ist der Notfall gegeben und dann führt die nicht Paktfähigkeit natürlich auch zu einer Zwangsbehandlung, Zwangsmaßnahme.

GR **Deutsch:** Ich kann daran gleich anschließen und möchte nochmals auf die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, auf die Sie ja sehr ausführlich eingegangen sind in Ihrem Vortrag, zu sprechen kommen.

Sind Ihrer Meinung nach stationäre psychiatrische Einrichtungen, die eine Versorgungspflicht haben, ohne einschränkende Maßnahmen denkbar? Kennen sie solche? Eine Frage an Sie auch als Expertin. Halten Sie die bundesgesetzlichen Verpflichtungen im Bereich der Psychiatrie zum Thema freiheitsbeschränkende Maßnahmen für angemessen? Oder sind Sie der Meinung, dass es hier auch Adaptierungen geben sollte?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer:** Ob ich Einrichtungen kenne, die Behandlungsverpflichtung haben ohne freiheitsbeschränkende Maßnahmen? Ich selber kenne keine, was nicht ausschließt, dass es nicht welche gibt.

Meine persönliche Meinung, ob es möglich ist oder nicht. Ich glaube nicht, dass es Einrichtungen

gen gibt, die eine Behandlungspflicht haben, die ohne freiheitseinschränkende Maßnahmen zurecht kommen, weil es, wie ich in meinen Ausführungen gezeigt habe, im Rahmen von Erkrankungen und auch von psychiatrischen Erkrankungen zu Situationen kommen kann, die eine Freiheitsbeschränkung erforderlich machen, um das Leben der PatientInnen selbst und anderer zu schützen.

Den zweiten Teil der Frage, ob die Voraussetzungen, die durch das Unterbringungsgesetz gegeben sind, adaptionsfähig oder bedürftig sind: Ich denke mir, das Unterbringungsgesetz, das wir jetzt schon über ein Jahrzehnt haben, war eine wichtige Maßnahme. Genau diese Notfälle müssen reguliert werden. Wenn ich jetzt sage, alles ist adaptionsfähig, wollen Sie konkret wissen, was adaptionsfähig ist. Ich kann Ihnen sicherlich Einzelbeispiele aufzählen, die es schwierig machen. Gesetze versuchen letztendlich für den Großteil der Menschen zuständig zu sein und machen mitunter Behandlungen in Einzelsituationen schwierig. Ich kann von einem Gesetz nicht verlangen, dass es jede Einzelsituation trifft, sondern nur für die große Menge. Adaptionsfähigkeiten finden wir immer und überall.

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

GRin Dr. **Pilz**: Frau Professor! Sie haben davon gesprochen, dass sich PatientInnen im Unterbringungsbereich frei bewegen können müssen, wenn sie, wie gesagt, nicht aus einer besonderen Gefahrensituation fixiert sind. Wie kann man das in einer Psychiatrie, die sich durchaus aus löblichen Gründen, das will ich wirklich sagen, der Offenheit ihrer Türen verpflichtet fühlt, gewährleisten? So ist es der Fall in Wien im Otto-Wagner-Spital und in den anderen Wiener Spitälern, dass man eben keinen abgeschlossenen Isolierungsbereich hat. Wie kann da dieses Prinzip der Unterbringung mit Bewegungsfreiheit erledigt werden?

Sie haben gesagt, würden Sie ein Netzbett verwenden, könnten Sie nicht adäquat behandeln, weil Ihnen das Netz im Weg ist. An welchen medizinischen Behandlungen hindert Sie das Netz? Das ist die zweite Frage.

Die dritte Frage ist: Sie haben davon gesprochen, es muss Fluchtmöglichkeit geben. Ich habe vorher Ihr Papier gelesen da ist es auch ausdrücklich erwähnt: Fluchtmöglichkeiten für beide. Nicht nur Fluchtmöglichkeit für das Personal, sondern auch Fluchtmöglichkeit für die PatientInnen. Wo können die dann hin flüchten?

Welche Folgen hat das?

Sie haben davon gesprochen, dass die Nachbetreuung mit allen Betroffenen sehr, sehr wichtig ist. Ich kann das sehr gut nachvollziehen. Ich will jetzt gar nicht versuchen Sie zu überre-

den, dass Sie etwas zum Brandunfall sagen. Aber, wie würde für Sie nach so einem Ereignis eine adäquate Nachbesprechung stattfinden müssen? Wer muss da eingeschaltet werden? Was heißt Fehlerkultur im Spital? Mit wem muss man da reden? Welche Maßnahmen müssten dann erfolgen?

Dann haben Sie von den körpernahen Fixierungen mit Gurten gesprochen. Wenn man fixiert, welches System von Zweipunkt bis Fünfpunkt ist für Sie „state of the art“? Ist eine Fixierung „state of the art“, wo die PatientIn Bewegungsfreiheit bei den Armen hat, also 10, 15 cm, ist das eine adäquate Fixierung?

Wie arbeiten Sie in Ihrem Kontext mit den PatientInnenanwälten zusammen und zwar nicht den LandespatientInnenanwalt, sondern die, die die Unterbringung beaufsichtigen sollen?

Letzte Frage - tut mir leid, Herr Vorsitzender, ich will so viel wissen -: Können Sie sich ambulanten Zwang, also ambulant umgesetzte Zwangsmaßnahmen vorstellen?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Sie fordern mich, dass ich mir alles merke, sonst muss ich noch einmal nachfragen.

Unterbringung mit Bewegungsfreiheit ohne Unterbringungsbereiche. Ich kann jetzt nur meiner Phantasie freien Lauf lassen. Unterbringung ohne verschlossene Türen: Wo ich untergebrachte PatientInnen habe und ich verschließe die Türen nicht, kann ich mir nur kurz überlegen, dass jemand vor der Tür sitzt und eine PatientIn letztendlich doch daran hindert zu gehen. Wenn ich keinen definierten Unterbringungsbereich habe und die PatientIn nicht auf engstem Raum in seiner/ihrer Bewegung einschränke, wie Fixierung oder Netzbett - kann aber sein, dass nur meine Phantasie nicht ausreicht, dass es noch andere Möglichkeiten gibt. Das möchte ich jetzt nicht ausschließen, aber das kann ich mir jetzt nur so vorstellen.

Zur Bewegungsfreiheit. Woran hindert mich das Netz? Das war die nächste Frage.

GRin Dr. **Pilz**: Genau.

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Letztlich an der direkten Versorgung der PatientIn. Wenn ich ein Monitoring mache und die PatientIn hat trotzdem Bewegungsfreiheit im Netzbett, kann ich kein Vitalmonitoring fixieren, zumindest nicht die Systeme, die ich kenne, die dazu zur Verfügung stehen.

Ich bin jetzt ohne Netzbettenkultur geschult worden, wie gesagt. Ich weiß nicht oder mir ist die Indikation für Netzbetten nicht klar. Wenn ich jemand auf so engem Raum in der Bewegungsfreiheit einschränken muss, weiß ich nicht was die Indikation ist. Entweder er/sie ist so gefährdet, dass er/sie sich auch auf kleinstem Raum etwas zufügen kann, dann ist für mich die Fixie-

rung unumgänglich. Kann ich mehr Bewegungsfreiheit erlauben, stellt sich für mich die Frage, warum nicht größere Räume zur Verfügung gestellt werden? Das ist das Thema zum Netz.

Die Fluchtmöglichkeiten, man kann sie auch Rückzugsmöglichkeiten nennen. Dass die PatientIn ausweichen kann, nicht auf engstem Raum sich mit einem Gegenüber im Untersuchungszimmer befinden muss. Ich kann natürlich die PatientIn, wenn Gefahr im Verzug besteht, wenn er/sie sich aus dem Fenster stürzen möchte, nicht einfach dort hinlaufen lassen, da bin ich aus meiner medizinischen Verpflichtung heraus gezwungen zu handeln. Fluchtmöglichkeit muss auch für die Sicherheit der PatientIn gegeben sein. Fluchtmöglichkeit natürlich auch für die ÄrztIn, wenn er sich alleine in der Situation befindet.

Nachbesprechung, wie kann das ausschauen? Dass wirklich für die Menschen, die in solche Notfälle involviert waren, hinterher die Möglichkeit besteht, sich sofort in der Runde zusammenzusetzen, wenn sich die Situation beruhigt hat und besprechen: Wie ist die Situation entstanden, bei dem er/sie unmittelbar dabei war? Zu besprechen: Wer hat welche Handlungen gesetzt? Waren die so wie wir uns das vorstellen? Hätte es irgendwo auch anders gehen können? Wer macht das in der Situation? Der, der auch die Koordination in der Notfallbehandlung übernommen hat, das wäre meine erste Vorstellung. Letztendlich die erfahrenste MitarbeiterIn, die geschulteste MitarbeiterIn, es sollten auf alle Fälle FachärztInnen in solchen Situationen vorhanden sein und es ist die Aufgabe der FachärztIn dann auch zu übernehmen.

Es kann mitunter festgestellt werden, dass wirklich Personen besonders belastet wurden durch so einen Notfall - das hat auch die Untersuchung von Dr. Schanda gezeigt - dann braucht es auch Hilfe von auswärts in Form von Supervisionen. Dafür sollte auf alle Fälle gesorgt werden.

Die Art der Fixierung ist vom Krankheitsbild und von der Symptomatik abhängig. Es kann ein Bauchgurt genügen, es können Fünf-Punkte-Fixierungen erforderlich sein. Wichtig ist und wir wissen, dass Fixierungen traumatisierende Ereignisse sind, dass PatientInnen, die fixiert werden auch eine medikamentöse Therapie erhalten in dieser Situation, sonst reden wir von ans Bett fesseln. Das ist eine Fixierung und erfordert jedenfalls auch eine medikamentöse Intervention.

Dann haben Sie mir noch eine Frage gestellt: PatientInnenanwälte und meine Zusammenarbeit mit PatientInnenanwälten. Wie kann ich mir die vorstellen? Dass mich der PatientInnenanwalt darauf aufmerksam macht, falls seiner Meinung die Rechte der PatientIn nicht gewahrt

werden und dass wir uns in der gemeinsamen Diskussion darauf einigen. Manche Dinge sind, wie ich vorhin erwähnt habe, es kann Situationen geben – jetzt nageln Sie mich fest – das war damals die Diskussion mit dem PatientInnenanwalt – ich schätze den PatientInnenanwalt sehr, wir haben uns auch sehr vernünftig einigen können. Es gibt auch Situationen, wo mich der PatientInnenanwalt sinnvoll darauf aufmerksam macht, dass ich vielleicht - wie kann ich es nennen - berufliche Blindheit, Betriebsblindheit auch einmal etwas übersehe. Kann aber auch umgekehrt sein, dass der PatientInnenanwalt, er muss keine PsychiaterIn sein, auf Grund der Kenntnis des Krankheitsbildes etwas nicht erkennen kann. Letztlich geht es um eine Zusammenarbeit mit dem PatientInnenanwalt um sich gegenseitig auf nicht optimale Zustände aufmerksam zu machen.

Zwangsmaßnahmen im ambulanten Bereich. Ich kann einer PatientIn gegen ihren/seinen Willen in eine Institution bringen müssen und eine Barriere aufstellen. Sie haben sicherlich eine konkrete Vorstellung, wenn Sie mir die Frage stellen, damit ich konkreter antworten kann.

GRin Dr. **Pilz**: Dass PatientInnen z.B. zur Einnahme einer gewissen Medikation, die nicht notwendigerweise eine stationäre Unterbringung zur Voraussetzung hat, dass man das in den ambulanten Bereich auslagert und über ambulante psychiatrische Betreuung dann aber auch der Zwang beispielsweise zur Einnahme umgesetzt wird usw. usw.

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Verstehen Sie jetzt als Zwang intensive Motivation oder Verabreichung gegen seinen/ihren Willen?

GRin Dr. **Pilz**: Zwang wäre natürlich das Letztere.

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Wenn es gegen ihren/seinen Willen ist, muss ich wieder für die Sicherheitsstandards sorgen können. Das heißt: Monitoring. Ist das im ambulanten Bereich gegeben, ist Personal zur Verfügung, die auch im Sinne eines Notfalles dann medizinisch handeln können. Das ist Grundvoraussetzung, dass ich das in ambulanten Strukturen tun kann.

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

GR Ing. Mag. **Dworak**: Frau Professor! Ich habe einen sehr guten Eindruck von Ihrem Vortrag gehabt, weil ein Thema interessiert mich sehr, das ist das Thema Architektur. Sie haben vom angenehmen Platz und vor allem auch vom Garten gesprochen.

Jetzt wissen wir, dass Gebäude für die Unterbringung im vorigen Jahrhundert, oft um die Jahrhundertwende gebaut worden sind, die sehr schwer zum Umbauen sind.

Haben Sie Erfahrung mit solchen Umbauten

bzw. Vorher-Nachher-Erfahrungen, ob es möglich ist, diese alten Gebäude nachher in jenen Zustand, den Sie heute beschrieben haben, mit Vermeiden dieser institutionellen Architektur „grell und weiß sind hier falsch“ und nach so einem Umbau, angenehme Plätze und vor allem auch Gartenbereiche zu schaffen?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Ich denke, dass man Altbauten sehr gut adaptieren kann, aber man braucht gute Architekten dazu. Architekten, die sich auch in der Architektur für Psychiatrie auskennen. Da gibt es auch Spezialisten in diesem Bereiche.

Ich glaube nicht, dass „neu“ immer besser ist. Ich bin selber Fan von Altbauten, das kommt dazu. Aber, es braucht eine entsprechende Adaption und eine Beurteilung: Kann ich das Gebäude wirklich den Sicherheitsstandards anpassen ja oder nein? Diese Frage muss beantwortet werden. Es kann nicht so sein, dass ich sage, ich muss im Sinne des Altbaus auf Dinge verzichten. Aber ich glaube schon, dass man mit guten Architekten Altbauten dementsprechend adaptieren kann ohne auf die spezifische Situation nicht im Detail eingehen zu können.

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

GRin Mag. **Ramskogler**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Frau Doktor!

Ich war auch sehr beeindruckt von Ihrem Vortrag. Mich hat besonders – jetzt auch im Bezug auf meine Frage an Sie – angesprochen, dass Sie davon gesprochen haben, wenn es um die Psychopharmakologie geht, dass das ein zu differenziertes Thema ist und dass es da auch in der Fachwelt im Großen und Ganzen - sagen wir jetzt es ist gut, dass es den ICD-10-Code gibt und es ist gut, dass es die Beschreibungen gibt und die einzelnen Symptomzuordnungen und dass es da einen guten standardisierten Katalog gibt.

Nichtsdestotrotz denke ich und das kann ich als Psychotherapeutin und Psychologin immer wieder auch unter meinen KollegInnen erkennen, ist es so, dass es in der Welt der Psychopharmakologie immer unterschiedliche Auffassungen gibt: Welches ist besser und wo kann man besser behandeln, gerade im therapeutischen Sinne, im Nachhinein.

Jetzt haben Sie auch erwähnt, dass nicht nur in der Fachwelt, ich sage jetzt einmal in der Bevölkerung oder von außen, das als Niederspritzen betitelt wird. Für mich ist das auch so ein Hinweis, dass dies bedeutet, dass ist eine Art der Stigmatisierung, meiner Ansicht nach.

Meine Frage würde jetzt diese sein: Was kann die Politik, aber auch die Fachwelt, zu einer Entstigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen dazu beitragen? Wie können wir ge-

meinsam einen Weg finden, dass eben solche Stigma, egal, ob sie Netzbetten, Fixierungen, medikamentöse Behandlungen, Segmentierung heißen, wie können wir gemeinsam versuchen hier das Stigma herauszunehmen, die Angst der PatientInnen zu nehmen, für eine bessere, humanere, menschengerechtere Psychiatrie?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Ich möchte noch einmal betonen, dass ich nicht glaube, dass es für Sie zu differenziert ist die Psychopharmakologie, sondern, dass der Rahmen hier nicht der richtige ist für die Psychopharmakologie. Aber ich gebe gerne dazu Auskunft.

Es gibt die Diskussion: Welches ist besser, Welches ist schlechter? Da tu ich mir ganz schwer, besonders auch in der Psychopharmakologie. Sondern es gibt Vorerkrankungen, die manche Medikamente ausschließen, z.B. auf Grund des Nebenwirkungsprofils.

Es gibt Diskussionen, welches Medikament ich verwenden soll? Es herrscht letztlich ein relativ großer, internationaler Konsens, wie Dosierungen sein sollten, wiederum für den Großteil der PatientInnen. Auch da gibt es Ausnahmesituationen, da gebe ich Ihnen vollkommen Recht. Teilweise ist auch die Diskussion um die Medikation eine so intensive, weil mitunter die Strukturen nicht optimal sind, so dass wir in der Medikation die größte Sicherheit haben. Ich weiß, ich lehne mich da jetzt weit aus dem Fenster. Je besser die Strukturen rundherum, die baulichen Strukturen, die Schulungen, Personalstrukturen, um so weniger Sicherheit in dem Sinn, dass ich immer auf das gleiche Medikament zurückgreifen muss. Ich möchte es anders beschreiben: Umso mehr Sicherheit habe ich in der Psychopharmakologie mich auf Standards zurückzuziehen, die definiert und vorgegeben sind. Von denen ich mitunter abweichen muss, aber dann sollte ich eine Erklärung dafür haben, warum ich von einem Standard abweiche. Das ist die beste Beschreibung. Standards sind notwendig. Sind die Behandlungsbedingungen für den Großteil der Patienten. Weiche ich vom Standard ab, sollte ich Erklärung dafür haben.

Entstigmatisierung. Die anderen Themen sind halbwegs beantwortet. Entstigmatisierung, Zwangsmaßnahmen. Ich möchte das Wort nicht nochmals wiederholen, weil ich es einfach aus dem Sprachgebrauch draußen haben möchte. Wie man Zwangsbehandlungen, medikamentöse Zwangsbehandlungen auch sonst noch bezeichnen kann. Ich hoffe nicht, dass es von der Fachwelt verwendet wird, dieses Wort. Wir haben es in der Literatur. Wir haben es in der Bevölkerung. Wir haben es teilweise in den sehr schönen Wiener Liedern auch vorhanden, aber es sollte keinen Platz finden in der Sprache der Fachwelt, weil es wirklich eine psychopharmako-



logische Notfallbehandlung ist. Und sonst ist es etwas anderes, wenn ich dieses Wort verwende. Und in der Sprache fängt, glaube ich, der Umgang mit Patienten an. Und es ist auch in der Entstigmatisierung. Ich entstigmatisiere nicht, wenn ich sage, diese Behandlungen sind nicht notwendig. Ich kann nur entstigmatisieren, in dem ich aufkläre. Ich kann auch nicht entstigmatisieren, in dem ich Krankheiten andere Namen gebe, sondern letztlich muss ich aufklären und informieren. Und dazu gehört auch, dass Notfallbehandlungen mitunter erforderlich sind. Ich muss aber genau erklären, in welchen Situationen und ich muss natürlich auch ein Standard anbieten können. Und dann ist es Notfallbehandlung so wie auch in anderen medizinischen Bereichen.

Psychiatrie und Stigma – ja, es ist nach wie vor ein großes Thema. Wir können es nur anders vorleben und auch viel darüber reden und adäquat darüber reden und nicht für diverse Diskussionen missbrauchen.

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

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

Wie lange dauert denn in ihrem Verantwortungsbereich üblicherweise eine Fixierung. Also, wenn Sie jemanden fixieren, wie lange bleibt der Patient üblicher Weise oder durchschnittlicher Weise fixiert? Das Netzbett heißt in Wien euphemistisch psychiatrisches Intensivbett. Davon zu unterscheiden ist ein internes Intensivbett und die Frage an Sie ist jetzt: Wenn Sie fixieren und tief sedieren müssen, also mit Psychopharmaka Menschen beruhigen, brauchen Sie dann die Einrichtungen, die eine interne Intensivstation bietet zugänglich. Damit Sie im Notfall, wenn jemand sozusagen hinsichtlich seiner Atemfunktionen oder anderer Vitalfunktionen in eine kritische Situation kommt, dass Sie dann erreichbar bzw. jemanden auch versorgen können? Wie weit darf so ein internes Intensivbett weg sein? Das Netzbett hat, und das berichten mir PatientInnen, auch den Effekt, dass man sich zur Schau gestellt fühlt. Weil die Netzbetten in Wien schlicht und einfach – das berichten mir Angehörige - dass sie sehen, wie andere oder eigene Angehörige PatientInnen, dass das einfach so ist – ich sage es jetzt ganz schlimm – wie sozusagen ein Affenkäfig, dass man sich so fühlt. Das berichten mir PatientInnen. Kann es eine Situation geben, die für Sie nachvollziehbar ist, dass ein Patient mir erzählt hat, dass er untergebracht wurde und er hat es mir so gesagt, er wurde ins Netzbett hineingeköpft mehr oder minder und hat dann eine Woche lang keine Erinnerung, weil er so tief sediert war. Ist das für Sie eine nachvollziehbare Behandlungssituation, dass man als PatientInnen eine Woche dann so irgendwie

abgemeldet ist? Können Sie verantwortlich zedieren, wenn Sie kein Labor zugänglich haben um Blutgase festzustellen oder andere Blutwerte. Ist es dann Gestocher im Nebel, wie Sie dosieren? Wie gehen Sie mit dieser Gefährdungssituation um?

Und Sie haben gesagt, die Empfehlungen sind Empfehlungen und keine Forderungen. Was kann sich jetzt der Patient oder die Patientin darunter vorstellen, wenn man weiß vom Otto-Wagner-Spital und Sie müssen das jetzt auch gar nicht kommentieren. Ein Patient schildert, dass er im Netzbett war und ein Mitpatient, und das ist auch evident, über diesen Vorfall gibt es auch keine Debatte. Ein Mitpatient hat ihn angezündet und er hat schwere Verletzungen erlitten. Was hat denn dann so ein Patient davon, dass die Empfehlung eigentlich eh eine wäre, dass jemand da ist und er zumindest per Monitor oder noch besser bei Sitzwache überwacht wird. Er hat keine Entschädigung bekommen. Was hat er denn von so einer Empfehlung, wenn ich heute einen Herzinfarkt habe oder Blinddarm. Bei Blinddarm muss ich darauf hoffen, dass der Arzt weiß, den muss man dann herausschneiden. Das ist keine Empfehlung von „state of the art“. Was ist es denn in der Psychiatrie. Worauf können sich PatientInnen verlassen. Und in dem Zusammenhang, wenn in ihrem Verantwortungsbereich es zu unklaren Todesfällen gekommen ist. Sie haben gesprochen, dass es durch verschiedene Rahmenbedingungen ein erhöhtes Risiko bei untergebrachten fixierten, sedierten PatientInnen besteht, wie gehen Sie denn dann vor? Werden alle diese Personen gerichtsmedizinisch obduziert? Ist das zwingend für Sie oder wie schaut in Innsbruck da die Aufarbeitung derartiger Vorfälle aus?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Zu dem Letzten. Wenn jemand in einer medizinischen Einrichtung verstirbt und ich weiß nicht weshalb, passiert eine Obduktion, nicht unbedingt zwingend eine gerichtsmedizinische Obduktion, aber eine Obduktion. Der unerwartete plötzliche Tod beinhaltet, dass bei der Obduktion letztlich keine Todesursache festgestellt werden kann. Ich denke mir es liegt im Interesse eines jeden Mediziners, wenn die Todesursache nicht klar ist, eine Obduktion anzuberaumen. Gerichtsmedizinische Obduktion, denke ich mir, ist dann erforderlich, wenn die Frage ist: „Liegt eine Straftat vor oder nicht“. Aber Obduktionen werden durchgeführt. Die anderen Fragen. Jetzt werde ich doch von vorne beginnen können.

Was hat der Patient von einer Empfehlung, wenn es keine rechtlichen Folgen hat? Wenn ich keinen persönlichen Nutzen daraus ziehen kann als Patient, habe ich nichts von einer Empfehlung.

GRin Dr. **Pilz**: Ich würde so sagen. In die Psychiatrie zu müssen ist wahrscheinlich per se schon schlimmer, als wenn man eine Blinddarmentzündung hat und wenn ich mir jetzt vorstelle, ich liege dort fixiert und kann nicht davor geschützt sein, dass jemand anderer kommt und mir etwas antut, weil er z.B. psychiatrischer Patient ist und dann bin ich noch sediert und kann nicht einmal durch Wachheit auf mich selbst aufpassen, ist das zumutbar?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Das ist wiederum nicht ein Spezifikum der Psychiatrie, das gibt es natürlich auch auf anderen medizinischen Abteilungen, dass ich mitunter schutzlos bin, weil ich schlafe. Weil ich sediert bin. Weil ich aus der Narkose aufwache, solche Menschen brauchen alle einen besonderen Schutz, wenn die Sedierung von mir durchgeführt wurde. Ich möchte wiederum betonen, wir sollten die Psychiatrie nicht so herauslösen aus anderen medizinischen Fächern. Ich glaube, das ist auch ein Teil, der für die Psychiatrie und für die PatientInnen es relativ schwierig macht. Natürlich brauchen solche PatientInnen einen besonderen Schutz, weil sie so stigmatisiert sind. Aber ich glaube, sie sollten zu mindestens die gleichen Rechte haben wie die anderen PatientInnen. Das wäre die Grundvoraussetzung. Die Empfehlung ist auch ein Blinddarm, der entzündet ist, ist herauszuschneiden. Die Chirurgen erklären uns immer das ist nicht der Blinddarm, sondern ein anderes Stück des Darmes, aber es spielt jetzt keine Rolle. Trotzdem werden die rechtzeitig herausgeschnitten. Auch da haben wir wiederum dieses Problem, dass es auch da den sogenannten Blinddarmdurchbruch gibt. Was nicht erklärbar entschuldigen soll, wenn es in der Psychiatrie nicht so optimal ist. Natürlich sollte es nicht möglich sein, dass jemand der im Netzbett ist, von jemand anderem angezündet wird. Weil genau diese PatientInnen, die untergebracht werden, einen besonderen Schutz verdienen. Es gibt auch untergebrachte PatientInnen in offenen Stationen. Ich selbst habe es nie gehandhabt. Weil entweder ich kann ihn offen führen oder ich kann ihn nicht offen führen. Und wenn er offen zu führen ist braucht er nach meinem Geschmack keine Unterbringung und ich kann im offenen Bereich nicht den Schutz gewährleisten, den so ein Patient braucht.

Dieser Patient, der köpflings ins Netzbett geworfen wurde! So wie bei Ärzten immer erforderlich ist genau zu überprüfen, wie die Situation war, ob sie wirklich so optimal ist wie sie dargestellt wird, alles ist auch subjektiv gefärbt, wie ich selber. Ich möchte diesen PatientInnen keine Sekunde das Recht absprechen, dass es so passiert ist. Ich kann es aber nicht beurteilen, ob es so passiert ist und wie die Sedierung ausge-

sehen hat. Ob sie lege artis war oder nicht lege artis war. Sedierungen, Zwangsmaßnahmen werden dokumentiert und müssen schriftlich festgehalten werden. Dann kann ich noch von der Psychopathologie beurteilen, ob gerechtfertigt war oder nicht gerechtfertigt war. Ich muss mich wirklich auf diesen speziellen Fall dann konzentrieren und ihn kontrollieren, war es rechtmäßig ja oder nein.

Hilft nun die durchschnittliche Dauer einer Fixierung im Einzelfall? Nein. Ich kann ihnen sagen durchschnittlich in Häusern ist es mitunter 1,5 Stunden notwendig. Und es gibt Einrichtungen, forensische Einrichtungen, da sind längere Fixierungen erforderlich. Es ist wiederum wirklich im Einzelfall zu überprüfen, ob es gerechtfertigt war oder nicht. Das sind genau diese Statistiken, die hier im Einzelfall nicht helfen. Ich kann aber kontrollieren. Es gibt Häuser bei denen Zwangsmaßnahmen – das ist eine deutsche Untersuchung. Da hat man bemerkt, dass in manchen Häusern Zwangsmaßnahmen wesentlich häufiger vorkommen als in anderen Häusern. Man ist davon ausgegangen, dass ein unterschiedlicher Behandlungsauftrag besteht. Letztendlich hat sich herausgestellt, dass kein unterschiedlicher Behandlungsauftrag besteht, sondern, dass die strukturellen Gegebenheiten unterschiedliche sind. Ich kann nicht sagen, dass es das immer und überall gibt. Es gibt auch Häuser mit ganz spezifischen Behandlungsaufträgen wo sich auch andere Bedingungen ergeben, aber es muss überprüft werden.

Was ist die Ursache für Unregelmäßigkeiten bei Abweichungen von Standards? Da kann es Erklärungen geben, die rechtlich ganz in Ordnung sind und ich kann Erklärungen geben, wo Verbesserungsnotwendigkeiten gegeben sind.

GRin Dr. **Pilz**: Zwei Fragen waren noch. Labor und Intensivmedizin?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Labor und Intensivmedizin. Es kann sich aus einer Fixierung, aus einer Zwangsmaßnahme ein medizinischer Notfall ergeben der intensivmedizinische Behandlungen erfordert. Die akute Reanimation muss vor Ort möglich sein. Der Transport bis zur Intensivstation, und es braucht dann medizinische Intensivstationen, wenn es wirklich zu lebensgefährlichen Zwischenfällen kommt, da kann ich nur sagen, sollte möglichst kurz sein. Letztlich kann es auch erforderlich sein, dass ich mit einem Notarztwagen nach Stabilisierung der PatientInnen eine Verlegung der PatientInnen vornehme.

Laborsedierung? Wenn ich merke - und bei der Sedierung ist auch da wieder einmal eine Minimaldosis zu geben - dass ein Patient zu intensiv sediert ist. Aus welchen Gründen auch immer, weil es zu Wechselwirkungen kommt,

weil medizinische Komplikationen sind, die nicht voraussehbar waren. Dann gibt es auch da meistens Anzeichen, auf die ich reagieren kann und wo dann Labormaßnahmen erforderlich sind.

Muss ein Labor im Haus vorhanden sein? Es ist wünschenswert. Ich habe immer in Situationen gearbeitet, wo ich ein Labor zur Verfügung gehabt habe in Windeseile. Es ist wünschenswert. Nicht unbedingt erforderlich, dass ich wirklich stündlich Labor abnehme, wenn ich eine Medikation vornehme. Ich sehe auch an der Atemfrequenz und kann dann handeln. Es gibt auch klinische Zeichen, die ein Handeln ermöglichen.

Monitoringsysteme sollten zu mindestens am Puls messen. Dass ich sehe, ob der Puls verlangsamt wird oder Unregelmäßigkeiten gibt. Üblicherweise habe ich auch grobe Aussage über Blutgase, ob genügend Sauerstoff zugeführt ist. Da brauche ich nur Monitoringsysteme, die ich auf den Finger klippe. Keine intensivmedizinischen Geräte wie es auf intensivmedizinischen Stationen üblich ist, sondern wirklich einfache Geräte üblicherweise. Dann ist es Aufgabe der Intensivmedizin. Dafür sind wir Psychiater auch nicht ausgebildet letztendlich. Da ist eine Transferierung notwendig.

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

GR Ing. Mag. **Dworak**: Frau Univ.-Prof. Dr. Hummer, Sie sind in der Nachsorgeambulanz tätig gewesen und meine Frage dreht sich um das Nachsorgemanagement.

Einerseits steckt dahinter eine klare Organisation, die dann weiter auch die PatientInnen längerfristig betreut und wie lange ist die durchschnittliche Betreuung der PatientInnen? Und andererseits gibt es in verbindlichen Empfehlungen, wie ambulante und stationäre Nachsorge sozusagen, weil es kann ja auch möglich sein, dass der Patient länger im stationären Bereich aufbewahrt werden muss und da muss auch nachgesorgt in dem Sinn werden.

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Wie lange sollten Nachsorgeangebote vorhanden sein?

Bei chronischen Erkrankungen ist es wünschenswert, wenn eine Kontinuität in der Nachsorge vorhanden ist, dass nicht immer andere Ärzte als Behandlungspartner zur Verfügung stehen. Wir müssen und wir sollten uns auf alle Fälle davon verabschieden, dass alle psychiatrischen Erkrankungen chronische Erkrankungen sind. Wir haben, Gott sei Dank, auch sehr gute Heilungserfolge in der Psychiatrie. Psychiatrie verbinden wir oft mit chronischen Erkrankungen. Das ist einfach nicht der Fall. Sondern es gibt auch kurzfristige Kriseninterventionen. Für PatientInnen mit chronischen Erkrankungen ist eine

Kontinuität in der Behandlung sehr wünschenswert.

Wie lange dauert es durchschnittlich? Von der Erkrankung abhängig. Und dann kann ich nicht einmal Nachsorgeambulanz für die, die die Einrichtung nicht kennen, die es gegeben hat, die ich aufgebaut habe an der Innsbrucker Klinik, war für schizophrene PatientInnen. Nicht jeder schizophrener Erkrankter ist chronisch erkrankt. Da gibt es diese 20 % die gesund werden. Und die brauchen dann keine Nachsorge mehr. Und dürfen auch ohne Psychiater im Leben zurecht kommen. Das möchte ich extra betonen. Dürfen dann einfach wieder ein Leben ohne medizinische und psychiatrische Versorgung führen.

Sie sehen, es ist ganz schwer Standard festzulegen. Wenn wir uns auf den Standard einigen können, dass eine Kundenkontinuität in der Betreuung ist für jene PatientInnen, die sie brauchen und notwendig haben, wäre das ein wünschenswerter Standard. Wir sind, glaube ich, auch in der Diskussion oder ist es vielleicht auch die Hintergrundfrage, wie viele Kassenärzte braucht es um sinnvoll zu versorgen. Ich möchte die Frage umformulieren. Wie viel Zeit sollte einem Kassenarzt zur Verfügung stehen um sich um einen Patienten adäquat kümmern zu können. Welche Zeiteinheit habe ich zur Verfügung gehabt für PatientInnen in der Nachsorgeambulanz. Ich habe ein Minimum von 30 Minuten definiert für PatientInnen die regelmäßig kommen. Das heißt, einmal im Monat. Oder öfters. Da habe ich eine Zeiteinheit von 30 Minuten reserviert. Weil eine psychiatrische Behandlung nicht darauf zu reduzieren ist zu fragen: „Nehmen Sie ihre Medikamente? In welcher Dosierung? Wie geht es Ihnen? So haben Sie es zu nehmen?“ Da komme ich mit 5 Minuten zurecht.

Krankheiten, das psychosoziale Krankheitsmodell, mit dem sind wir schon konfrontiert worden. Es ist eine Zusammenschau der Krankheit und der Person. Die Person hat eine Krankheit und da kommt nicht die Krankheit bei der Tür herein. Und ich habe mich um die Person zu kümmern und um seine Erkrankung. Und dafür brauche ich Kontinuität und Zeit. In der Psychiatrie. Und in der Organmedizin.

GR Dr. **Pilz**: Ich habe noch Fragen. Wie gehen Sie um in ihrem Bereich mit dem Suizidrisiko im Krankenhaus selber von eben PatientInnen, die schwer durch ihre Krankheit suizidgefährdet sind? Und wenn Suizide passieren, wie wird das sozusagen auch im Krankenhaus reflektiert hinsichtlich auch einer – ich will nicht sagen Vermeidung – aber einer künftigen Vermeidung.

Ist es möglich, dass Sie als Gutachterin auch im Bereich für Kinder- und Jugendpsychiatrie Gutachten würden. Haben Sie das schon einmal gemacht? Beziehungsweise ist es anders ge-

fragt, umgekehrt, dass ein Kind an die Jugendpsychiater gutachtet in der Erwachsenenpsychiatrie. Ist das von den Disziplinen möglich? Und wie sehen Sie – das habe ich glaube ich schon gefragt – im Otto-Wagner-Spital sind aus der Psychiatrie in den Regionalabteilungen leider in Wien aus schlichten Ressourcenmangel nach wie vor Kinder und Jugendliche in Langzeit- und Akutstationen in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht. Wie sehen Sie das, was hat das für einen Einfluss auf die Heilungschancen, wenn man sich ein depressives Kind vorstellt und in einer gemischten Abteilung im Otto-Wagner-Spital unter Erwachsenen. Was kann das für Folgen haben?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Suizidrisiko! Es gibt auch zur Beurteilung des Suizidrisikos, wie groß ist es, dass sich jemand das Leben nimmt, ein medizinisches Vorgehen das zu überprüfen. Das wird, Gott sei Dank, sowohl im Medizinstudium als auch in der Ausbildung gelehrt. Da gibt es Symptome, nach denen hat man sich zu richten und zu beurteilen.

Kann ich einen Suizid dadurch immer 100prozentig verhindern? Nein. Aber ich muss es dann auch überprüfen und auch begründen, warum ich beschlossen habe, dass kein Suizidrisiko besteht. Da gibt es ein medizinisches Vorgehen.

Wie wird das gehandhabt? Es gibt kein Standardvorgehen. Sehr viele KollegInnen nehmen, Gott sei Dank, die Möglichkeit der Supervision auch in Anspruch. Supervisionen müssen vom Krankenhaushalter auch zur Verfügung gestellt werden und können damit auch in Anspruch genommen werden. Es ist natürlich so, dass jemand der sich in der Ausbildung befindet und damit auch konfrontiert wird, ist es auch wieder Aufgabe der Ausbilder ein Gespräch zu führen mit den Betroffenen um auch eine Stütze geben zu können. Aber das ist auch wieder in der Organmedizin so. Auch dort versterben PatientInnen und in Studien werden wir primär darauf vorbereitet die PatientInnen vor dem Tod zu bewahren. Es braucht eine eigene Kultur um damit auch für sich selber gut damit zurecht zu kommen um auch den PatientInnen auch dementsprechende Stütze zu sein. Wie gesagt, es gibt Standardvorgänge, ich kann es trotzdem nicht 100prozentig ausschließen.

Gutachten erfordert immer die Fachkompetenz. Hat jemand die Fachkompetenz, wenn er auch das Fach nicht hat? Ich kann es mir durchaus aneignen. Ich selber mache keine Gutachten im Kinder- und Jugendbereich, weil diese Gutachten möchte ich nicht machen. Ich möchte jetzt nicht sagen, dass ich mich nicht auskenne in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ich habe auch dort gearbeitet. Ich müsste die Kinder- und

Jugendpsychiatrie noch aus einem anderen Blickwinkel betrachten, damit ich Gutachten machen könnte. Das habe ich bisher nicht getan und werde deswegen auch nicht Gutachten annehmen. Sollte ich eines Tages beschließen Gutachten im Kinder- und Jugendbereich durchzuführen, würde ich von mir eine eigene Ausbildung diesbezüglich verlangen oder eine eigene Vorbereitung, eine eigene Schulung. Kann ich wieder nur auf mich beziehen. Ich denke mir, Fachkompetenz ist Voraussetzung für Gutachten. Die unterschiedlich überprüft wird oder auch nicht überprüft wird.

Eine Frage zum Otto-Wagner-Spital?

GRin Dr. **Pilz**: Kinder und Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie: Gibt es das bei Ihnen und wie schätzen Sie das fachlich ein. Ist das gut für Kinder und Jugendliche?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Bei Ihnen hat es das gegeben? Wie ich zuständig war für den Unterbringungsbereich der Universitätsklinik in Innsbruck. Es hat teilweise in Ausnahmesituationen einzelne Jugendliche gegeben, weil kein definierter Unterbringungsbereich für Jugendliche und Kinder im Tiroler Bereich vorhanden war. Man hat versucht es möglichst kurz zu halten. Es ist kein wünschenswerter Zustand. Besonders Kinder. Jugendliche gehören oder zählen sich selber irgendwann zum Erwachsenenbereich. Für Kinder brauche ich besondere Einrichtungen. Brauche Spielsachen. Brauche eine kindergerechte Umgebung, auch in der Krankheit selbstverständlich. Wenn ich das anbieten kann, auch im Rahmen einer Erwachsenenpsychiatrie, ist es möglich, aber ich muss dementsprechende Angebote machen und die sind andere Angebote als die die Erwachsene brauchen. Das ist überhaupt kein Thema. Wäre da heute ein Kind herinnen, würde es Wirbel schlagen, weil es sich nicht wohlfühlen würde. Kinder brauchen besondere Aufmerksamkeit.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr Dr. Mayer, bitte.

GR Dr. **Mayer**: Frau Univ.-Prof. Dr. Hummer, ich möchte relativ rasch zu meiner Frage kommen. Ihr Vortrag, ich möchte fast sagen ihre Vorlesung, die mir sehr gut gefallen hätte, wäre es eine gewesen, aber die hat sehr großes Engagement auch gezeigt und nehme ich natürlich an, dass Sie sehr viel auf Kongressen sind und auf Fortbildungsveranstaltungen. Und mich würde interessieren, was für mich als Laie eigentlich überraschend war, die Einstellung zu Netzbetten und zur Fixierung muss doch bekannt sein oder musste doch bekannt sein, da das Otto-Wagner-Spital ja nicht ein so kleines Haus ist, dass es irgendwo versteckt agiert haben könnte. Wie wurde das bei der Kollegenschaft besprochen, argumentiert oder hat man das nicht zur Kennt-

nis genommen? Ist an den Kollegen vorbeigegangen? Welche Meinung hatte man dazu? Denn ich höre es jetzt, dass es diese Meinungen gibt. Möchte mir da natürlich nicht anmaßen jetzt hier ein Urteil zu fällen, das höre ich jetzt zum ersten Mal und jetzt würde mich interessieren in der Fachwelt, muss doch darüber geredet worden sein.

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Vorlesung? Ich nehme es einfach als Kompliment.

Zahlreiche Teilnahmen an Kongressen? Ja, ich bin interessiert an Fortbildung. Solche Themen sind nicht Themen um darüber einmal nur so zu plaudern. Wenn ich eine öffentliche Meinung äußere zu kritischen Themen möchte ich sie vor Ort geprüft haben. Ich habe auch keine Antworten gegeben auf die Fragen von der Frau Kollegin Pilz, weil es mir fern ist. Oder ich möchte es nicht versuchen einfach so zu plaudern und zu sagen, das passt mir eigentlich nicht, dass da im Otto-Wagner-Spital Netzbetten sind. Ich habe auch jetzt versucht meine ganz persönliche Stellungnahme dazu zu geben. Jetzt kann ich wieder fragen, was erwarten Sie von den einzelnen Ärzten? Dass wir, weil wir glauben, das sei vielleicht nicht so optimal - wie stellen Sie sich das vor - dass wir Anzeige machen gegen ein Spital, wo wir finden es läuft nicht optimal? Sie müssen es jetzt für mich einfacher konkreter gestalten, damit ich auch eine zufriedenstellende Antwort geben kann.

GR Dr. **Mayer**: Ich werde es versuchen, Frau Univ.-Prof. Dr. Hummer. Schauen Sie, Sie sind Fachfrau. Ich zumindest bin kein Fachmann. Wenn Sie in Ihrer Disziplin von etwas wissen, wo Sie sagen, es ist nicht zeitgemäß und es gibt eine Fortbildungsveranstaltung, meine ich doch, oder ein Kongress, dass sich gerade ein Kongress- oder eine Fortbildungsveranstaltung mit ihrer Disziplin ja schlussendlich befasst und dort so etwas besprochen gehört. Wenn ich einen Kollegen oder die Art und Weise von Kollegen nicht verstehe, wie sie an ein Thema herangehen, dann werde ich das hinterfragen. Werde ihm auch vielleicht meine Fachmeinung dazu sagen. Weil sonst macht ja der ganze Kongress und die Fortbildung keinen Sinn. Und da denke ich mir irgendwie, sage ich, ich kann mit Fug und Recht behaupten, ich bin überrascht von dem, was ich jetzt höre da und dort. Ich weiß aber noch immer nicht, was ist richtig und was ist falsch. Das müssten eigentlich in diesem Fall, Sie wissen. Denn wenn ich jetzt – entschuldigen Sie, wenn ich jetzt gerade Sie frage, weil sieben Mal sitzen wir hier und sieben Mal höre ich den gleichen Satz von der Frau Dr. Pilz. Sie werden sicher davon gehört haben, es gibt bei uns Netzbetten und Sie werden auch sicher davon gehört haben, dass es Fixierungen gibt und dann kom-

men die nächsten zwei Fallbeispiele bei jedem Experten. Egal in welcher Form und Weise er hier sitzt. Und da sage ich jetzt, jeder Experte redet dann recht viel und sagt auch viel. Nur im Konkreten frage ich, wenn es das so lange gibt und es ist nach der nicht einhelligen Meinung, aber nach vielen Ansichten nicht - warum wurde das nie bei ihnen in ihren Fachgremien besprochen? Wir haben die Netzbetten, sicher, weder die Grünen noch die Blauen, noch die Schwarzen angewiesen, sondern wir müssen uns darauf verlassen, was Experten tun. Und da frage ich Sie schon, warum hat das nie jemand zum Thema gemacht.

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Wir diskutieren natürlich auf Fachtagungen sehr viel über solche Themen. Ich kann ihnen auch versichern, wenn Sie die Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie durchlesen, sehen Sie auch, dass Ärzte vom Otto-Wagner-Spital daran beteiligt waren diese Empfehlungen auszuarbeiten. Wir haben uns damals in diesem Papier nicht auf die Diskussion Netzbetten eingelassen. Wir haben uns auf die Diskussion Netzbetten eingelassen. Ich kann ihnen ehrlich sagen, wir haben keinen Konsens gefunden in diesem Punkt. Wir können uns jetzt darauf zurückziehen und sagen, die Qualität der Psychiatrie steht und fällt mit den Netzbetten. Ich denke mir die Netzbetten sind ein Punkt. Ich denke mir, es ist zu Zwischenfällen gekommen, die nicht nur unerfreulich sind, sondern die dramatisch sind. Und wir sollten uns nicht zurückziehen und zurücklehnen um zu sagen, können wir uns auf die Netzbetten konzentrieren ja oder nein. Und ich glaube nicht, und Sie haben konkret die Kollegin Pilz angesprochen, dass sich die Kollegin Pilz ausschließlich auf die Netzbetten konzentriert und ich würde es sehr schade finden, wenn bei einem Untersuchungsausschuss das Ende und das Ergebnis ist, dass wir Netzbetten haben ja oder nein. Was wir erwarten dürfen von einem Untersuchungsausschuss? Und Sie verbringen heute Nachmittag ihre Zeit da und ich verbringe meine Zeit da, wir haben uns alle darauf vorbereitet, dass es Verbesserungen gibt und möglich sein sollten. Sind Netzbetten internationaler Standard, ja oder nein. Sie können mich da auch fragen und eine Recherche machen. Eine ganz genaue. Wo überall Netzbetten sind. Ich möchte und habe nie mit Netzbetten gearbeitet und da möchte ich jetzt noch eine Frage beantworten von der Frau Kollegin Pilz. Ich kann mir auch gut vorstellen, wenn ich in einem Netzbett bin und in einem Raum bin wo andere Patienten sind, die frei aus- und eingehen können, die Besuch erhalten, würde ich mich - glaube ich - nicht wohl fühlen. Und ich glaube keiner würde sich wohlfühlen von uns.

Wir würden uns auch nicht wohlfühlen, wenn wir in diesem Bett fixiert liegen würden. Keiner würde sich wohlfühlen. Und auch da muss Sorge dafür getragen werden, dass kein anderer Patient an uns herum hantieren kann. Dass uns nichts zustößt in dieser Situation. Und ich denke mir, Frage: Netzbett ja oder nein. Ist es notwendig ja oder nein. Meines Erachtens nicht, weil ich habe sie selber nie benötigt in meiner Therapie. Ich habe in einem Krankenhaus gearbeitet, wo ein Versorgungsauftrag war. Es war eine Universität, aber im Unterschied zum AKH ein ganz klarer Versorgungsauftrag. Wir haben alle PatientInnen behandeln dürfen oder müssen. Ich bin ohne Netzbett zurecht gekommen. Stellen Sie mir die Frage, ob es ohne Netzbetten geht? Da kann ich eine ganz klare Antwort geben. Ja, es geht ohne Netzbetten.

Ist es angenehmer als eine Fixierung? Wird subjektiv unterschiedlich sein.

Kann ein Netzbett eine Fixierung verhindern? Nein. Es braucht trotz Netzbetten Fixierungen.

Ich weiß nicht, ob Sie eine Antwort haben auf ihre Frage. Ich weiß auch nicht, in welcher Sache Ihnen die Antwort weitergeholfen hätte.

Ob es zu einer Verbesserung in der Psychiatrie führt? Ich gehe davon aus, weil wir heute alle da sitzen um eine Verbesserung herbeizuführen, glaube ich.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Hat die Frau Dr. Pilz noch eine Frage?

GRin Dr. **Pilz**: Ja, eine ganz kurze. Ich denke, Sie haben das jetzt eh sehr umfassend und ich finde die Fragen sehr berechtigt. Weil wir ringen jetzt unabhängig von unserer jeweiligen Parteizugehörigkeit um richtige Antworten und die Psychiatrie ist zu anderen medizinischen Fächern im Unterschied auch eine die große gesellschaftliche Implikationen hat. Wie wir Zwang ausüben. Mit welchen Methoden und wann. Und in welcher Struktur. Das muss uns einfach auch politisch interessieren und darum sind wir da jetzt zusammen. Könnte es den Zusammenhang haben, dass ein Netzbett auch unter mangelhafter architektonischer und infrastruktureller Situation das Mittel der Wahl sein kann. Weil sozusagen, da kann man relativ einfach Beschränkung herstellen. Beschränkung, die isolierte Räume mit Rückzugsmöglichkeiten mit Intimsphäre bedeutet, braucht Infrastruktur. Kann man sagen, dass in der Mangelverwaltung oder in einer sehr Institutionen orientierten Psychiatrie, das Netzbett mehr Sinn macht sozusagen fast ein bisschen provokant gesagt, als in einer patientenorientierten Psychiatrie?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Ich möchte mich jetzt da, nachdem ich da versucht habe mich nicht von Emotionen leiten zu lassen und mich provozieren zu lassen und versucht habe einen

Konsens herzustellen, warum wir heute da sind. Ich weiß, Gott sei Dank, nicht von welcher Partei ich geladen bin und ich muss, Gott sei Dank, nicht für eine Struktur sprechen und eine Struktur verteidigen und da bin ich sehr froh heute in dieser Situation. Ich kann jetzt nur anbieten, dass ich versuche, in dem ich in Einheiten arbeite, wo es Netzbetten gibt, für mich die Indikation klar zu machen. Ich wäre jetzt fast verleitet zu sagen, nach meinen Vorstellungen, aber ich habe Netzbetten nie erlebt und in unseren Diskussionen, in unseren Fachdiskussionen haben uns KollegInnen erklärt, was sie an den Netzbetten bevorzugen. Ich bevorzuge eine Architektur, die Netzbetten nicht erforderlich machen. Das ist eine höchstpersönliche Angelegenheit. Wenn Sie von mir Arbeiten verlangen, die dies festlegen, kann ich es nicht tun. Ich darf trotzdem meine persönliche Meinung dazu äußern. Jeder von uns kann sich überlegen was ihm angenehmer ist. Im Netzbett zu sein oder im Unterbringungsbereich mit mehreren Räumen?

Wenn ich sage, jeder von uns darf es sich aussuchen, ich habe eine klare Meinung. Ich bin lieber im großen Unterbringungsbereich ohne mit der Antwort zu zögern.

GR Dr. **Mayer**: Da sind wir einer Meinung. Ich würde mit Ihnen gehen in dem Fall. Nur die Frage ist heute schlicht und einfach gewesen und das haben Sie gut beantwortet. Es muss bei Ihnen mehr bekannt gewesen sein als bei uns und meine Frage war schlicht und einfach, wurde darüber geredet in der Fachwelt?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Wie bekannt es bei Ihnen war weiß ich nicht. Kann ich nicht beurteilen. Wir haben es natürlich diskutiert diese Themen. Und auch viele Fortbildungen darüber gehalten auch über diese Empfehlungen. Ob sie umgesetzt werden oder nicht liegt nicht nur in meiner Aufgabe, ich kann es auch nicht überprüfen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr GR Lasar hat sich zu Wort gemeldet, bitte.

GR **Lasar**: Frau Univ.-Prof. Dr. Hummer, bitte eine Frage. Da Sie keine Netzbetten anwenden persönlich, was für Zwangsmaßnahmen wenden Sie persönlich dann an?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Ich muss wieder sagen, habe ich, weil ich nicht mehr in dieser Institution derzeit arbeite, nicht um es besonders zu betonen. Ich habe dort gerne gearbeitet. Es war an der Zeit für mich gewesen einen anderen Schritt zu machen. Unterbringungsbereich der aus mehreren Räumlichkeiten bestanden hat und man wirklich ein Unterbringungsbereich nicht ausreichend war, weil die Gefährdung so groß und das ist klar gesetzlich geregelt. Dann waren Fixierungen erforderlich.

GR **Lasar**: Und was ist da jetzt der große Un-

terschied, ob ich mit einer 5-Punktfixierung fixiert bin oder ob ich liege in einem Netzbett und bin vielleicht dort auch fixiert. Was ist für Sie da persönlich der große Unterschied?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Wenn ich fixiert bin gibt es für mich keine Erklärung warum es ein zusätzliches Netz braucht. Kann ich nicht nachvollziehen. Weiß ich nicht. Weil das Netz ja auch die Bewegungsfreiheit einschränken soll und wenn ich fixiert bin, bin ich eingeschränkt in meiner Bewegungsfreiheit, dann braucht es kein zusätzliches Netz. Das weiß ich nicht. Kann ich nicht beurteilen.

GR **Lasar**: Eine kurze Frage jetzt noch zum Netzbett, weil Sie das so ablehnen. Wie gesagt, ich bin auch kein Befürworter. Ich frage hier jetzt ganz laienhaft, was ist jetzt aber der große Unterschied zwischen einem Netzbett und einer 5-Punktfixierung?

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Bei einer 5-Punktfixierung, wenn es wirklich eine 5-Punktfixierung ist, bin ich sowohl an den Beinen, als auch an den Händen, als auch am Bauch fixiert mit Gurten. Und im Netzbett habe ich ein Bett, wo an 5 Seiten ein Netz vorhanden ist und gespannt ist. Wo ich an sich in meiner Bewegungsfreiheit, nicht in der Gesamtbewegungsfreiheit, nicht eingeschränkt bin. Ich kann rein theoretisch gegen das Netz springen. Wenn es ist.

GR **Lasar**: Was ist jetzt besser. Wenn ich mich da nicht bewegen kann. Ich kann mich nicht einmal kratzen. Und ich liege in einem Netzbett und spring gegen das Netz. Ich meine, das wird ein Künstler sein, der das zusammenbringt gegen das Netz springen in einem Netzbett.

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Wieso ein Künstler?

GR **Lasar**: Na wie kann ich im Bett springen?

GRin Mag. **Antonov**: Sind Sie nie auf einem Bett herumgehüpft?

GR **Lasar**: Ja, aber nicht in einem Netzbett.

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Ich glaube, wir müssen klären, wie ein Netzbett aussieht. Sie wissen wie ein Netzbett aussieht?

GR **Lasar**: Ich kann mich in einem Netzbett wenigstens kratzen. Ich kann mich umdrehen auf eine andere Seite legen und wenn ich fixiert bin, kann ich gar nichts machen.

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Das stimmt. Aber ich fixiere deshalb einen Patienten, weil er so hoch gefährdet ist, dass er mit seinen Händen sich oder anderen z.B. das Leben nehmen könnte. Deswegen. Ich muss auch nicht einen Patienten immer an allen Extremitäten fixieren. Es kommt auf das Krankheitsbild an. Ich muss nur einen Patienten dann 5-Punkt fixieren, wenn von seinen Händen oder Beinen eine Gefahr ausgeht, die lebensgefährlich ist. Das ist die Indikation für eine Fixierung. Und für eine Einschränk-

ung auf kleinstem Raum. Ansonsten habe ich keine Notwendigkeit und kein Recht es durchzuführen.

GR **Lasar**: Danke schön.

GR Dr. **Mayer**: Entschuldigen Sie, ich möchte jetzt nicht undiszipliniert sein, aber jetzt haben Sie soeben selbst gesagt, einen Fall, wo man es machen muss. Und da ist die Frage, wer entscheidet was. Der Arzt, der Psychiater. Aber es wurde die ganze Zeit, als Laie frage ich jetzt, immer in Abrede gestellt, dass man es überhaupt grundsätzlich machen muss. (*Zwischenruf*) Nein. Also es gibt doch eine 5-Punkt-Fixierung, die notwendig sein kann. Gut. Danke. (*Zwischenruf*)

GR Dr. **Pilz**: Die Frage war schon da, da haben Sie recht, Herr Kollege Dr. Mayer. Sozusagen, welche Sicherungssysteme sind sozusagen „state of the art“. Und das haben Sie beantwortet. Möglichkeiten nur 2-Punkt-Fixierung. Gibt es da ein Risikopotenzial. Aber, dass man grundsätzlich fixieren können muss, das ...

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Es ist mir auch ganz wichtig, dass diese Notwendigkeit der freiheits-einschränkenden Maßnahmen gegeben ist und keine Frage der Ideologie. Ich kann mich auch aus der Verantwortung herausnehmen und sagen, mit solchen Menschen will ich nichts zu tun haben. Nur, das kann ich mir nicht erlauben als Psychiater, weil es zu meiner Versorgungsaufgabe gehört.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Da ich annehme, dass keine Frage mehr offen ist, darf ich mich bei Ihnen, Frau Univ.-Prof. Dr. Hummer, sehr herzlich für Ihre Geduld bei der Beantwortung dieser zahlreichen Fragen bedanken und darf jetzt sagen, wir machen eine kurze Pause von 10 Minuten und dann werden wir zum 2. Punkt der Tagesordnung übergehen.

Univ.-Prof. Dr. **Hummer**: Herzlichen Dank.

(*Sitzungspause: 15.16 Uhr bis 15.36 Uhr*)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich darf Sie dann bitten wieder die Plätze einzunehmen, damit wir den Herrn Primar nicht noch unnötig warten lassen.

Dann darf ich ganz herzlich Herrn Hofrat Prim. Dr. Sindermann, den ärztlichen Direktor des Therapiezentrum Ybbs an der Donau begrüßen.

Herr Primar, Sie haben im Vorfeld schon Fragen bekommen. Einen ganzen Fragenkatalog, wenn ich mich richtig erinnere. Ich darf Sie vielleicht bitten, dass Sie sich kurz noch vorstellen und dass Sie auch dann mit der Beantwortung dieser vorbereiteten Fragen beginnen. Darf ich Sie bitten!

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Danke, Herr

Vorsitzender! Hohe Kommission! Meine Damen und Herren!

Ich darf uns vorstellen, Frau Mag. Gudrun Hammer ist die Direktionsassistentin am Therapiezentrum Ybbs und ist sozusagen die Inhaberin der Zahlen und Tabellen, falls wir welche brauchen. Ich selbst heiße Kurt Sindermann und bin seit dem 1. Oktober 1984, also immerhin schon bald 24 Jahre, ärztlicher Leiter am Therapiezentrum der Stadt Wien in Ybbs an der Donau.

Ich selbst bin von meiner Qualifikation her Facharzt für zunächst einmal Psychiatrie und Neurologie. Jetzt hat sich das geändert. Jetzt bin ich Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Gefllt mir besser. Habe ich seit vielen Jahren auch gefordert. In der mir eigenen etwas polarisierenden Sprache gemeint, ein Psychiater, der nicht gleichzeitig etwas von Psychotherapie versteht, reduziert sich ein bisschen aufs Medikamente verschreiben. Bin also sehr froh, dass diese Entwicklung stattgefunden hat und dass wir hier jetzt in eine neue Ära der Psychiatrie einzugehen scheinen.

Das Therapiezentrum der Stadt Wien in Ybbs an der Donau ist eine Institution, die schon sehr lange zu Wien gehört. 1818/1819. 1817 wurde die ehemalige Kavalleriekaserne der Niederösterreichischen Irrenfonds abgetreten. War dann eine von vier psychiatrischen Anstalten Niederösterreichs nach der sogenannten Zerschlagung des Wasserkopfs Ostösterreichs. Ich glaube, das war 1922. Kam dann Ybbs seltsamerweise zu Wien gemeinsam mit dem Steinhof und Gugging und Mauer kamen zu Niederösterreich.

In der Zwischenkriegszeit war es eine Dependence-Psychiatrie. Das heißt, die Verlegung von Patienten nach Ybbs erfolgte ausschließlich aufgrund einer negativ ausgefallenen Prognose, was die Entlassbarkeit oder Wiedereingliederbarkeit des Klientels betraf. In der Nazizeit war Ybbs an der Donau mit Teil jener Maschinerie, die als Euthanasie oder T 4 Aktion bekannt war. Entsprechend leer war das Krankenhaus dann auch zu Kriegsende. War dann eine kurze Zeit hindurch Kindererholungslager und dann wiederum als Psychiatrisches Krankenhaus für die Stadt Wien genutzt. Neuerlich als Dependence-Psychiatrie. Neuerlich im Sinne zunächst von Verschickungen Wiener PatientInnen aus dem Krankenhaus, das dann Psychiatrisches Krankenhaus Baumgartner Höhe geheißen hat. Wiederum eigentlich einzig aus prognostischen Gründen. Das waren also Menschen von denen man angenommen hat, dass sie DauerpatientInnen werden. Das ganze gipfelte dann knapp nach der Wiener Psychiatriereform 1979/80 im Jahre 1982 in einen handfesten Medienskandal, wo dann dieses Krankenhaus in Ybbs ziemlich

angegriffen wurde. Ich selbst habe dann vom Herrn Stadtrat Stacher 1984 den Auftrag bekommen dieses Krankenhaus zu reformieren. Wir haben in den ersten zwei bis drei Jahren sehr viel getan und sehr viel Erfahrungen gesammelt in dem, was man Sptrehabilitation nennt. Sptrehabilitation, also die Wiedereingliederung von Menschen in die Gesellschaft, die schon sehr lange draußen waren. Das ist gemeinsam mit der Dienststelle des Kuratoriums für psychosoziale Dienste in Wien weitgehend gelungen. Ich selbst habe als ersten „Stand“ 667 PatientInnen übernommen. Und drei Jahre später waren wir auf unter 300. Es hat sich dann der Herr Stadtrat Stacher entschlossen die Reform dieses Betriebes in Angriff zu nehmen. Nachdem kurzzeitig durchaus auch die Schließung des Betriebes im Gespräch war. Die Reform ging mit Hilfe – wie es unter Stacher ja öfter war – eines speziellen Beauftragten, bei dem ich mich bei jeder Gelegenheit gerne bedanke, das war der damalige Herr MR Dr. Jauernig, der so hier sich die ersten Sporen verdient hat. Der uns ungeheuerlich geholfen hat durch sein Wissen über das Magistrat, wo man welchen Antrag hinschicken und wo man was zu fordern hat, damit es geht. Und so ist es tatsächlich gekommen, dass mit Beschluss des Wiener Gemeinderates im Jahr 1987 dieses Psychiatrische Krankenhaus in Ybbs an der Donau umgewandelt wurde in das Therapiezentrum der Stadt Wien mit drei von einander getrennten, aber sich aus der Geschichte logisch ergebenden Teilen.

Erstens einem psychiatrischen Krankenhaus, das zunächst 155 und später 145 Betten hatte. Einem sozialtherapeutischen Zentrum, das eine Institution zur Förderung im Normalisierungsprinzip so gut es geht. Normalisierungsprinzip für Erwachsene, intellektuell behinderte Personen gewidmet war. Und ein großer Bereich von damals über 300 Betten als Pflegeheim der Stadt Wien. Das war zunächst einmal auch eine ganz wichtige Nutzung. Nachdem, wenn ich mich recht entsinne, damals ein Mangel an Pflegeheimbetten bestanden hat.

Ich spreche jetzt weiter über das Psychiatrische Krankenhaus. Wir haben praktisch 1987 ohne chronischen PatientInnen beginnen können, weil die Rehabilitationsmaßnahmen vorher gegriffen haben. Weil hier sehr viele Menschen in Heime vor allen Dingen in Wohnheime des Kuratoriums für psychosoziale Dienste verlegt werden konnten.

Als Aufgabe hat sich zunächst einmal die Entwöhnungsbehandlung alkoholabhngiger und tablettenabhngiger PatientInnen ergeben.

Hier haben wir bereits 1987 mit einem ersten fixen Programm sozusagen begonnen, das sich dann ausgeweitet hat. Heute ist dieser suchtkli-



nische Bereich im Psychiatrischen Krankenhaus Ybbs in etwa 50 % der zur Verfügung stehenden Therapieplätze.

Eine andere Indikation hat sich eher im Laufe der 90er Jahre zunehmend entwickelt und das war das Durchführen stationär psychotherapeutischer Behandlungen. Vor allen Dingen bei Menschen zunächst einmal mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Insbesondere auch mit Borderline-Störungen. Hier hat der Vorstand der 2. Abteilung der Primarius Urban mit einem am Otto-Kernberg angelegten Programm durchaus in den 90er Jahren bereits Furore gemacht. Dieser stationär psychotherapeutische Bereich hat sich sozusagen zur zweiten Hälfte des Psychiatrischen Krankenhauses Ybbs entwickelt. Indikationen dafür sind vor allen Dingen natürlich schwere biographisch bedingte Störungen. Störungen, die kompliziert verlaufen. Persönlichkeitsstörungen mit zusätzlichen Erkrankungen wie Sucht, Essstörungen, chronische Depressionen mit zusätzlichen sozialen Störungen wie Beziehungsstörungen, drohender Arbeitslosigkeit, aber auch PatientInnen, die dieses - unter Hans Hoff hat man auch gesagt: Neurose des Lebensversagens geboten haben. Jene PatientInnen, die - heute sagt man Nesthocker dazu - einfach daheim bleiben. Einfach nichts im Leben schaffen. Nicht weiter kommen.

Ende der 90er Anfang der 2000er Jahre haben wir eine intensive Erfahrung dessen gemacht, dass das Neurosekonzept und das Konzept der psychotherapeutischen Versorgung doch einen deutlichen Paradigmenwechsel unterliegt. Mehr und mehr sind in unserer Klientel schwer und schwerst traumatisierte, schwer und schwerst seelisch verletzte Personen aufgetreten. Menschen, die einer speziellen Behandlung, nämlich einer psychotraumatologischen Behandlung bedürfen. Wir haben die entsprechenden Fortbildungsschritte gesetzt und führen heute auch zwei Stationen für stationäre Psychotherapie und Psychotraumatologie.

Derzeit besteht das Psychiatrische Krankenhaus in Ybbs an der Donau aus, wie gesagt, 145 Therapieplätzen. Davon die Hälfte eher alkohol- und tablettenspezifische Entzugs-, Entwöhnungs- und Stabilisierungsbehandlungen. Wir fassen die Alkoholkrankheit als schwere chronische lebensverkürzende und zu einem hohen Leiden sowohl der Betroffenen als auch der Angehörigen führende Erkrankung auf. Also etwas, dass von der Auswirkung her schweren Stoffwechselstörungen, schweren Krebskrankheiten durchaus ebenbürtig ist. Und wo ein entsprechende - auch manchmal durchaus das Leben begleitende - Therapie und stützende Therapie eine sehr sinnvolle Sache, ein Segen für die Leute sein kann.

Wir haben seit vier Jahren eine Zusammenarbeit mit der Gesellschaft Sucht und Drogen. Also mit dem Herrn Drogenbeauftragten der Stadt Wien, den Herrn Dr. David und dem Drogenkoordinator den Herrn Dressel. Mit denen führen wir gemeinsam das Projekt Case-Management bei Drogenabhängigen durch. Dieses Case-Management heißt, dass eine Person im ambulanten Bereich, also im Bereich z.B. des Vereines Dialog als ein Stück des Lebens begleitende Case-Managerin oder Case-Manager eingesetzt ist. Diese Person entscheidet, was für den Drogenkranken nun sinnvoll ist und beschließt, wo der Mensch hingeschickt wird. Das heißt, wir sind in diesem Fall nicht selbstständig Tuende, sondern wir sind Auftragnehmer sozusagen der ambulanten Einrichtung. Weil wir auch ganz klar sehen, dass es im Drogenbereich sicherlich nur ambulant geht. Aber immer wieder entsprechend den Bedürfnissen des Klientel einmal eine Entzugsbehandlung, einmal eine Einstellung auf eine Substitution, einmal ein Entzug von Beikonsum, einmal eine Stabilisierung, einmal eine stationäre Psychotherapie erfolgen sollen.

Das ist ein Projekt, das ich insgesamt für die psychiatrische Versorgung für ein bisschen potentiell beispielhaft sehe. Also sozusagen die ambulante Fallführung mit dem Überblick, mit dem engen Zusammenarbeiten mit der Klientel und verschiedene Institutionen, das kann bei der Psychiatrie dann sein eben natürlich die akutversorgende psychiatrische Station vor Ort. Das kann aber auch manchmal eine überregionale Station ein bisschen weiter weg sein, als im Notfall, wenn es nötig ist, eingreifende Station. Also Case-Management, das kommt ja nicht, wie vieles nicht aus Österreich, sondern es kommt aus den USA, wo es in der Gesundheitsversorgung schon ziemlich lange eingesetzt wird. Das ist ein sehr moderner Aspekt unserer Arbeit.

Wir haben dann die Stationen für stationäre Psychotherapie.

Zum einen die des Kollegen Urban, eine selbst sich organisierende Gruppenarbeit für persönlichkeitsgestörte Menschen, eine Borderline-Station, die nach Kernwert, also modern psychoanalytisch arbeitet. Zwei Stationen die selbst für die sowohl stationäre Psychotherapie als auch Psychotraumatologie führt. Daneben einen ganz kleinen Bereich in dem körperliche Entzüge durchgeführt werden. Einen Bereich, in dem für Alkoholranke Stabilisierungsaufenthalte durchgeführt werden. Und, und das macht schon einmal den Unterschied zu einem Krankenhaus wie dem Otto-Wagner-Spital aus, einem Akutbett. Ein einziges Akutbett.

Warum? Wir haben ja keinen Aufnahmewang. Wer zu uns kommt, kommt freiwillig. Wer

zu uns kommt, meldet sich telefonisch in der Ambulanz an. Bekommt einen Vorstellungstermin. Bespricht mit den zuständigen Ärzten die Art und Weise der Behandlung, wie sie erfolgen soll. Und weiß dann meistens auch schon wieder, wann es nach Hause geht. Wenn ich PatientInnen dann in Einzelpsychotherapie übernehme, dann schreibe ich halt für die nächsten drei Monate die entsprechenden 30 bis 40 Einzeltermine auf. Auf meine Visitenkarte. Gebe ihm das und das findet dann statt, in dem halt der Patient selber darauf schaut, dass er zu seinen Terminen da ist. Also etwas, was einem modernen, aber sehr fordernden Kurbetrieb – ich sage das sehr vorsichtig, weil es ist ein Krankenhaus – aber ähnlicher ist als einem herkömmlichen Krankenhaus mit neben dem Bett habt acht stehen und Visite.

Wir beforschen die Sachen auch. Wir haben anhand einer Symptomcheckliste, das SCL 90 R für die letzten Jahre geschaut, wie wir gerade bei der stationären Psychotherapie liegen. Da kann man so sagen, dass die PatientInnen mit sehr schweren belastenden Symptommustern kommen und im mittleren Bereich

Symptommuster entlassen werden. Also doch finde ich einen deutlichen Gesundheitsgewinn und auch einen Gewinn an Lebensqualität bei uns erfahren können.

Zurück zu akut. Das war einmal - gestehe ich - bis vor zwei Jahren ein Zimmer, in dem 5 Betten drinnen standen. Und ich schaue da ein bisschen zugehört bei der Frau Univ.-Prof. Dr. Hummer und bei einem habe ich da vor lauter Ja-nicken gar nicht mich einkriegen können, wie sie nämlich davon gesprochen hat, wie fühlt sich jemand, der in einem Netzbett sitzt. Wie fühlt sich jemand, der angegurtet ist, wenn da andere PatientInnen dabei sind. Wenn da sozusagen der Stationsbetrieb so vorbeiläuft. Und das ist genau die Erfahrung, die wir gemacht haben als wir in diesem großen 35 m<sup>2</sup> großen Raum dann nur mehr ein Bett hinstellten. Also, wir haben dann daneben noch ein zweites Bett. Da ist unter einer Decke verborgen ein Segufixgurtensystem, aber das geht halt dann auch einfacher mit weniger Widerstand. Wenn der Patient sieht, da ist nicht großes Publikum da und die Intimsphäre bleibt gewahrt. Ich will aber auf das dann später eingehen. Auch das haben wir. Es kommt allerdings zu keinen Akutaufnahmen, sondern es gibt eigentlich nur zwei denkbare Fälle, dass wir das brauchen. Das eine ist, wenn einer unserer PatientInnen psychotisch dekompenziert. Das kann durchaus der Fall sein. Das kann bei Drogenabhängigen genauso der Fall sein wie bei Borderline-Kranken minipsychotische Zustände auftreten können. Und zum anderen natürlich Menschen, die sich akut vergiftet haben. Man

kann ja bei uns frei hinausgehen. Wir könnten gar nicht zusperren. Schon aus Brandschutzgründen. Weil überall Brandschutztüren mit Panikriegel sind. Also die Menschen gehen hinaus und eine der Dinge die dann vorkommen ist natürlich, dass jemand einen Alkoholrückfall baut und mit über 2 Promille wieder im Spital einreitet. Wenn es dann zu aggressivem Verhalten kommt, bleibt uns auch manchmal nichts anderes über, als für kurze Zeit unter Unterbringung dieser Bedingungen zu behandeln.

Wir haben seit Jahren stabil ungefähr 1000 Aufnahmen pro Jahr auf 145 Therapieplätze. Eine Auslastung die ebenfalls seit Jahren relativ stabil knapp unter 90 % liegt. Mal 87,5 %. Mal 88,5 %. Wir haben zum Unterschied von allen anderen Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes natürlich eine sehr lange Aufenthaltsdauer. Diese ist ja geplant. Denn, wenn ich stationäre Psychotherapie machen will, dann biete ich zwar ein Intensivsetting an mit zumindest 3 Stunden Einzeltherapie und 5 Stunden Gruppentherapie pro Woche. Die Leute, die zu uns kommen leisten Knochenarbeit. Die sind fertig. Die haben keinen Erholungsaufenthalt. Das sind schwierige Wochen und Monate, die die KlientInnen durchstehen müssen bei uns. Aber es kann sich bei einem solchen Setting auch in drei Monaten in einem Leben sehr viel ändern. Und das wollen wir ja letztlich erreichen. Aber diese 3 Monate – und 3 Monate sind nun einmal so zirka 90 Tage - die bleiben die meisten bei uns. Wir versuchen allerdings in der letzten Zeit auch kürzere Angebote wiederholend anzubieten. Und zwar unter Rücksichtnahme auf die Klientel die noch berufstätig ist, weil es sich natürlich ein Berufstätiger kaum leisten kann für 3 Monate. Es geht schon - kommen wunderbar Leute zu uns, die sagen, ja, mein Chef hat da gar nichts dagegen, der ist so zufrieden mit mir, dass er sagt, wenn ich 3 Monate weggehe und ich bin nachher wieder der Alte, dann passt es. Trotzdem hier muss man ein bisschen flexibler werden. Wurden wir auch flexibel.

Ja, ich hoffe damit einmal die Frage so ein bisschen beantwortet zu haben. Natürlich nimmt das Krankenhaus Ybbs unter den Psychiatrischen Anstalten des Krankenanstaltenverbundes eine Sonderstellung ein. Hauptsächlich betreut werden Menschen mit Alkoholkrankheit, Menschen mit anderen Suchtproblemen und Menschen mit Psychotherapiebedarf, insbesondere Traumatisierte.

Die PatientInnen kommen häufig nicht in ihrer allerersten Krankheitsphase zu uns, weil sowohl die Alkoholkrankheit als auch die Suchtkrankheit als auch die meisten biographisch bedingten psychischen Störungen naturgemäß zunächst einmal ambulant zu behandeln versucht werden.

Also, es ist auch bei unseren PsychotherapiepatientInnen so, dass zumeist ein ambulanter ernstzunehmender Psychotherapieversuch fehlgeschlagen ist, bevor man zu uns zuweist. Und ich finde das auch ganz in Ordnung, denn erstens einmal wollen wir nicht wirklich jeden, der ein bisschen seelische Probleme hat – ich sage das bewusst diminuierend - gleich einmal ins Krankenhaus stecken. Und auf der anderen Seite haben aber Menschen, die bislang mit wenig Erfolg behandelt wurden, ganz sicherlich die Chance verdient, einmal wo anders hinzugehen, wo ein anderes Konzept angewendet wird.

Ja, es gibt PatientInnen, die ausschließlich im Krankenhaus Ybbs an der Donau betreut werden. Die Zuweisungen erfolgen in erster Linie von niedergelassenen FachärztInnen in Wien. Wobei wir leider einen ungleichen Bekanntheitsgrad haben. Also es gibt viele KollegInnen, die bei uns gearbeitet haben oder mit uns schon gute Erfahrungen gemacht haben, die schicken sehr brav. Und andere, die kennen uns nicht. Wird sich vielleicht auch einmal ändern. Wir haben hier zu mindestens Strategien vor, das zu verändern.

In zweiter Linie bekommen wir Zuweisungen von anderen psychiatrischen Krankenhäusern. Also die Zusammenarbeit natürlich mit dem Otto-Wagner-Spital, vielleicht sogar noch um eine Spur mehr mit dem Kaiser-Franz-Josef-Spital und dem Donauspital, wo wir also PatientInnen aufnehmen.

Die dritte Gruppe – wir machen da so eine Patienten-Stromanalyse – sind allerdings schon Leute, die durch Mundpropaganda von uns gehört haben. Oder die ins Internet gehen und auf unsere Homepage stoßen und sich das selber organisieren. Also, eine recht gemischte Klientel. Ich kann mir vorstellen, dass man – wie ich es hoffe – in Zukunft vermehrt in Wien Präsenz zeigen kann in Form z. B. einer kleinen Ambulanz, wo man dann auch auf z.B. zuweisende Stellen wie Verbrechenopfer, Organisationen, Frauenhäuser etc. zugehen kann, wo traumatisierte Menschen vor allen Dingen sind. Dass wir dann noch gezieltere Zuweisungen bekommen.

Wenn ich hier so an dem weitergehe, wie unterscheidet sich eine Akutpsychiatrie von einer Einrichtung wie dem Krankenhaus Ybbs an der Donau? Na natürlich wie Tag und Nacht. Also es ist seit 24 Jahren niemand davon gelaufen. Es hat sich im 3. Jahr einer einmal beim Überklettern der damals noch vorhandenen Mauer das Bein gebrochen. Der wollte aber hinein.

Wir haben eine viel längere Aufenthaltsdauer. Das heißt, wir haben auch länger Zeit mit der Klientel zu arbeiten. Wir haben allerdings auch einen Konsens. Nämlich der Patient möchte etwas und wir wollen auch etwas. Und das ist

natürlich schon ein großer Vorteil bei jeder Arbeit.

Unser Prinzip ist es, wir arbeiten persönlich partnerschaftlich und integrativ. Persönlich heißt, wir behandeln keine Krankheiten, sondern Menschen, die Probleme irgendeiner Art und Weise haben. Wir arbeiten partnerschaftlich. Darauf lege ich wirklich großen Wert und viele KollegInnen haben mich dafür wohl schon auch nicht so sehr gemocht. Ich finde wir sind gleich groß. Ich bin nicht größer als der Patient. Vielleicht ein bisschen schwerer. Nein, ich kann meine Arbeit nicht tun, wenn der Patient nicht kooperiert. Was soll das für einen Sinn haben irgendetwas zu tun mit jemand, der auf Dauer sich dagegen sperrt? Also, hier verbringe ich meine Zeit lieber sinnvoller. Und ja, wenn der Patient etwas will, dann sind wir Gesundheits-Professionals sicherlich diejenigen, die den Patienten eine Weile auf dem Weg dort hin, das zu erreichen, was er möchte, begleiten. Das meine ich mit partnerschaftlich. Und ich meine das wirklich ernst. Integrativ heißt, dass ich versuche das in so einer Institution vorhandene Potenzial auszunutzen. Nicht nur ÄrztInnen und PsychologInnen, viele Krankenpflegepersonen machen zusätzliche Ausbildungen. Zum Teil in körperbezogenen Therapiearbeiten. Es gibt Ärzte, die haben eine homöopathische Ausbildung. Es gibt KollegInnen, die können Akupunktur. All diese Möglichkeiten versuche ich auszunutzen und dem Patienten zur Verfügung zu stellen. Natürlich nur unter der Voraussetzung, dass es einerseits eine Indikation dazu gibt und werde andererseits das Verfahren auch sicher beherrschen. Das therapeutische Angebot ist so, dass zurzeit in diesem Krankenhaus, mich eingerechnet, 11 FachärztInnen, jeweils FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin Dienst tun. Wir haben einen einzigen Ganzzzeit beschäftigten Psychologen. Offenbar deswegen aber, weil PsychologInnen gleichzeitig PsychotherapeutInnen sind. Auch daneben eine Praxis führen möchten und dann nur auf 20 Stunden kommen. Insgesamt haben wir dann noch 8 Teilzeitbeschäftigte an psychotherapeutisch tätige PsychologInnen. Wir haben einen Sozialarbeiter, der 40 Stunden als Psychotherapiebeauftragter tätig ist. Also, da ist schon ein ziemliches know-how da. Da gibt es die verschiedensten Therapierichtungen. Beginnend von der Psychoanalytischen Richtung auf der einen Seite, über die Gestalttherapie bis über Logotherapie, Gesprächstherapie, imaginatives Bild erleben, Hypnose bis zur Verhaltenstherapie. Ich denke mir, dass das auch der modernen Form der Psychotherapie entgegen kommt, denn hier sind sowohl analytische Methoden, also die Psychodynamik eines Patienten zu erfassen gefragt und notwendig als

auch auf der anderen Seite ressourcenorientierte Methoden. Also, einfach die Patienten mit den Fähigkeiten auszustatten, die sie brauchen um dann draußen besser zu leben und zurecht zu kommen. Wir haben eine Physiotherapie, jede der drei psychiatrischen Abteilungen hat 30 Stunden Physiotherapie für sich zur Verfügung. Psychotherapie, habe ich also schon gesprochen. Ergotherapie ist bei uns zur Zeit noch in pflegerischer Hand. Im Sinne einer durchaus ansprechenden Beschäftigungstherapie, aber auch der Möglichkeit eines arbeitstherapeutischen Trainings. Ich versuche gleich einmal so zu bleiben. Ein typischer Tagesablauf eines Patienten des Krankenhauses Ybbs. Ich kann den durchgeben.

Also, das wäre so ein typischer Tagesablauf: Der mit dem Wecken beginnt, Frühstück, um 8 Uhr bereits Physiotherapie, um 8.15 Uhr Stationsforum, heißt, eine kurze organisatorische Gruppe in der Früh. Frage: Wem fehlt etwas? Wem geht es besonders schlecht? Wer braucht akut einen Arzttermin? Dann eine Bewegungsgruppe um 8.45 Uhr. Fünfmal in der Woche eine psychotherapeutische Gruppe. Wobei Psychotherapie in der Gruppe nicht immer heißt Psychodynamik. Das kann heißen: Psychoedukation. Wir haben sehr gute Erfahrungen damit gemacht, Menschen darüber aufzuklären, wie ihre Krankheit verläuft. Das hängt irgendwo mit diesem partnerschaftlich sein zusammen. Je mehr der Betroffene selber über seine Krankheit weiß und weiß, was wir uns denken, wenn wir die Behandlung machen, umso erfolgreicher ist dann natürlich auch die Behandlung. Und wir können in Gruppen natürlich auch Fähigkeiten vermitteln: Skills-Training, Stressbewältigungstrainings oder Ähnliches. Dann sehen wir kognitives Training nach Vereinbarung. Dann kommt das Mittagessen. Einmal in der Woche haben wir dann hier die Depressionsgruppe, die geht natürlich nicht nur von 12 Uhr bis 12.15 Uhr, sondern die geht über zwei Einheiten, also eineinhalb Stunden. Depressionsgruppe deswegen, weil gerade depressive Menschen eine eigene Thematik haben, wie Miteinanderbesprechungen. Mentaltraining wird genannt, ein Visualisierungstraining, zumeist in dem ich mir vorstelle: Wie geht es mir, wenn es mir wieder gut geht? Jacobson ist ein Entspannungstraining. Sie sehen am Nachmittag ist dann durch Beschäftigungstherapie der Tag ausgefüllt, es kommt dann zu einer Pause von etwa 2 Stunden. 15 Uhr bis 16.50 Uhr, die natürlich zur freien Verfügung sind. Muss man sich bemühen, dass man rechtzeitig alle Einkäufe etc. erledigt hat, dann kommt Abendessen und dann kommt ein Abendprogramm, das meistens individuell gestaltet wird. Es ist also ein sehr intensives Programm. Ich

habe einmal die Freude gehabt auf Kur weilen zu dürfen, ich hatte kein so intensives Programm, obwohl es mir auch schon damals ziemlich vorgekommen ist, dass ich von einer Anwendung zur anderen hetze. Wie gesagt, ein Vorteil den unsere PatientInnen mir rückmelden, sie fühlen sich natürlich mit solchen Programmen in ihrem Leiden ernst genommen. Also, wir nehmen sie ernst und damit nimmt es doch auch der Patient selber ernst. Ich darf hier vielleicht aber die Fragen einmal versuchen ein bisschen zusammenfassend auch weiter abzuarbeiten. Da steht zum Beispiel beim Fragekatalog der Österreichischen Volkspartei: Wie viel persönlich Zuwendung beziehungsweise Gespräche durch den behandelnden Arzt braucht ein psychiatrischer Patient im Gegensatz zu einem rein somatischen Patienten? Wie viel Zuwendung beziehungsweise Gespräche durch geschultes Personal benötigen psychiatrische Patienten in der Akutphase ihrer Einkrankung? Ich kann nur sagen in etwa jene Einheiten, die ich hier aufgeschrieben habe. Ich habe es auch schon versucht noch intensiver zu treiben, dann irgendwann einmal sind dann die Patienten mit der weißen Fahne gekommen und haben gesagt: Nein, danke jetzt nicht mehr. Also, das ist auch von der Belastbarkeit der Patienten abhängig. Und in einem akuten Zustand, in der Akutphase, zum Beispiel einer psychotischen oder depressiven Erkrankung brauchen die Patienten Präsenz. Mehr die Möglichkeit immer wieder zu kommen, immer wieder zu fragen, ein kurzes Gespräch zu führen, vielleicht am Gang auf und ab zu gehen, vielleicht auch nur den Arzt neben dem Bett sitzen zu haben. Es hängt natürlich dann auch davon ab, welchen Anspruch habe ich an mich selber? Was möchte ich denn selber können? Ich habe in meiner Ausbildungszeit, wo ich also auf Akutstation im Bereiche der Baumgartner Höhe tätig war, Gelegenheit gehabt, und da bin ich meinem damaligen Chef, Primarius Boysen sehr dankbar, zum Beispiel Psychosen-Psychotherapie zu machen. Das ist ein ganz interessantes Erlebnis für den Psychiater und das bringt natürlich, wenn man es entsprechend fundiert macht, auch den Patienten einen Vorteil. Glaube ich nicht an die Fähigkeit Psychosen-Psychotherapie kann helfen oder fehlen mir einfach hier die Ausbildung, die Ressourcen das daran denken, dann mache ich es halt nicht. So ist es unterschiedlich. Es kommt auch ein bisschen darauf an, welchen Zug nach vorne habe ich in dem Ganzen drinnen. Wie gesagt, mein damaliger Chef, Karl-Heinz Boysen, der hat wirklich sehr, sehr stützend und sehr, sehr ermutigend uns in Ausbildung stehende behandelt und uns einfach ermutigt, nicht auf Teufel komm heraus loszuprobieren, sondern uns zu informie-

ren und zu tun. Wie erfolgt die internistische Betreuung der Patienten am Krankenhaus Ybbs? Sehr einfach, wir haben einen internistischen Kollegen der das Geriatriezentrum führt, Herrn Primarius Walcher. Primarius Walcher ist an zwei Tagen in der Woche in Ybbs da und kann von der Ultraschalluntersuchung, über die Kolonoskopie bis zur Gastroskopie eigentlich die wichtigsten internistischen Untersuchungen machen. Natürlich auch EKG und solche Dinge. Wenn es akuter ist und wir mit der Ausbildung, die wir haben und das ist immerhin auch 12 Monate Interne, zur allgemein Medizinausbildung sind 9 Monate Interne vorgeschrieben, die meisten haben auch 12 Monate. Ich will nur sagen, wir sind als Psychiater gleich gut wie ein praktischer Arzt in der Inneren Medizin ausgebildet. Brauchen uns hier also nicht unbedingt zu verstecken. Was wir dann aber nicht können, müssen wir natürlich wegtransferieren. Also, hier haben wir auch die Möglichkeit sowohl ins interne Zentrum im Otto-Wagner-Spital zu verlegen als auch an die umgebenden Krankenhäuser, wenn es noch akuter ist. Ich möchte die Zwangsmaßnahmen, mir sozusagen als das Beste für den Schluss aufheben. Darf hier fortsetzen. Das ist der Fragenkatalog des SPÖ-Klubs. Welche Bedeutung messen Sie der Regionalisierung der Wiener Psychiatrie bei? Nun. Erstens einmal habe ich selber daran gearbeitet. Ich bin im Jahr 1976 auf der Baumgartner Höhe von einem Pavillon zum anderen gegangen und wir haben noch völlig ohne Computer und mit Stricherllisten an Hand der dortigen Indizes einmal beforcht: Welche Klientel kommt? Wie lange bleiben die im Durchschnitt? Wer hat die kürzeste Aufenthaltszeit? Wer hat die längste Aufenthaltszeit? Wir haben Retentionsraten errechnet. Also, wie viel Prozent welcher Diagnosengruppe bleibt als Dauerpatient. All diese groben Schätzungen sind damals auf etwa 800 Bettenbedarf gekommen. Was im Vergleich zu heute sicherlich zu hoch ist. Das dieses aber regionalisiert, das eine Akutpsychiatrie regionalisiert gehört, war also immer, eigentlich auch schon damals, meine, und das war eine Arbeitsgruppe, unsere feste Überzeugung. Gerade dort, wo es darum geht Menschen, die das schwere Schicksal einer psychotischen Erkrankung, einer rezidivierenden Störung mit immer wieder Psychiatriebedarf haben, ist Gemeindennähe das Ein und Alles. Die Sachen müssen erreichbar sein. Es müssen stabile ärztliche und auch Betreuungsbeziehungen sich entwickeln können. Ich glaube, da gibt es auf der Welt kaum jemand, der gegen das Konzept der Regionalisierung, der psychiatrischen Regelversorgung sagt man in der Bundesrepublik, also der Basisversorgung der Psychiatrie, das steht glaube ich außer Zweifel. Auf

welches Krankheitsbild ist das Krankenhaus Ybbs besonders spezialisiert? Ich glaube das habe ich lange erwähnt. Genau so welche therapeutischen Methoden? Da muss ich nur schon noch ergänzen: Na selbstverständlich arbeiten wir auch mit Psychopharmaka. Selbstverständlich arbeiten wir auch mit dem Teil von uns, der nur Psychotherapeut ist, sondern auch eben Psychiater. Es geht ja auch nicht darum hier die Ideologie durchzusetzen: „Medikamente sind schlecht und Psychotherapie ist gut“, sondern es geht darum in einer möglichst ökonomischen Intervention möglichst vielen Menschen für ein, ja, ein Leben mit höherer Lebensqualität zu helfen. Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus Ybbs und Otto-Wagner-Spital ist wie gesagt mannigfaltig. Das ist einerseits die Zusammenarbeit von zuweisender Station und leistender Station. Das ist auf der anderen Seite berufsgruppenspezifisch ein regelmäßiges sich treffen. Zum Beispiel ist unsere Sozialarbeit mit eingebunden in eine Supervision, gemeinsam mit den SozialarbeiterInnen auf der Baumgartner Höhe. Die in Ausbildung stehenden unseres Hauses genießen den Vorteil in einem Ausbildungsverbund mit der Baumgartner Höhe, den theoretischen Teil ihrer Ausbildung absolvieren zu können. Wir veranstalten, selten aber doch, auch wissenschaftliche Foren, wo immer wieder auch gern gesehen von der Baumgartner Höhe Vortragende kommen. Ab und zu werde ich auch eingeladen dort hinzugehen und etwas zu sagen. Also, sagen wir, wir sind entferntere Geschwister, allerdings mit einem sehr unterschiedlichen Lebensschicksal. Wie erfolgt der Umgang mit aggressiven Patienten? Auch das möchte ich dann ein bisschen später erläutern.

Ich habe hier jetzt die Fragen des Grünen Klubs. Leistungsauftrag? An sich, da bin ich wiederum der Frau Dr. Herbeck sehr dankbar, die das noch zu Naeglers-Zeiten, als sie, glaube ich hinter dem Kaspar die Nummer 2 war, für uns erreicht hat, nämlich einmal klar zu stellen, zu definieren, was soll den dieser Betrieb in Ybbs mit so einem Psychiatrischen Krankenhaus überhaupt machen? Wir sind hier zunächst einmal zu der Formulierung gekommen, dass wir fachlich sinnvolle und notwendige Ergänzungen der selbstverständlich regionalisierten psychiatrischen Basisversorgung Wiens anzubieten haben. Es sind auch dann einige „no no“ natürlich klar. Es darf in einer Institution, wie im Psychiatrischen Krankenhaus Ybbs, keine Dauerpatienten geben, die sich dort entwickeln. Wir sind nicht dazu da neue Chronische zu behandeln, sondern wir müssen immer, wenn wir intervenieren ein klar gezeichnetes, für den Patienten und von den Patienten, sinnvoll anerkanntes Programm anbieten. Wir müssen unbedingt ein An-

gebot haben. Wir müssen unbedingt den Konsens mit dem Patienten haben, dann stören auch die 100 Kilometer westwärts bei weitem nicht. Ja, das ist so der medizinische Leistungsauftrag. Wen wir natürlich nicht haben, ist die Akutpsychiatrie zu betreiben, obwohl wir die Möglichkeit der Unterbringung haben. Wir bringen im Jahr nach dem Unterbringungsgesetz ohne Verlangen 10 Patienten plus minus ein paar unter. Das sind zumeist Unterbringungen über eine Nacht. Nur nicht dann, wenn jemand betrunken ist und dann am nächsten Tag ist er wieder nüchtern. Dann wird die Unterbringung natürlich aufgehoben. Trotzdem bin ich sehr, sehr froh, dass wir eine, und wenn auch kleine, Stelle der Patientenanwaltschaft in Ybbs haben. Das finde ich eine sehr, sehr gute Sache. Es ist immer gut, wenn hier jemand, und sei es auch spielerisch, die Gegenmeinung einnimmt und einmal die Diskussion anregt. Die größte Freude in einer Position wie meiner ist, dass mir sehr selten jemand widerspricht. Ich könnte der Meinung sein, dass ich also immer recht habe. Ein Patientenanwalt, der noch dazu ungebunden ist, ist mit einer sehr wertvollen Institution. Wir werden natürlich, was die Unterbringungen betrifft, genauso wie alle anderen Psychiatrien, vom zuständigen Bezirksgericht überprüft, überwacht. Es finden gegebenenfalls auch Verhandlungen nach dem Unterbringungsgesetz statt. Das läuft so wie in jedem anderen psychiatrischen Krankenhaus nur eben sehr viel seltener ab.

Die Zielvereinbarungen werden natürlich jährlich geschlossen. Sind manchmal für unser erfreulicher, manchmal nicht erfreulich unter dem Motto natürlich will ein jeder, der seine Arbeit gerne macht und der sich mit seiner Arbeit intensiv auseinandersetzt und identifiziert, auch möglichst viele Ressourcen für diese Arbeit haben. Ich sage aber auch immer als ärztlicher Leiter eines solchen Betriebes bin ich nicht nur dazu da Ressourcen zu fordern, sondern auch unter den Bedingungen, die ich eben vorfinde, die bestmögliche Arbeit zu machen, denn das ist ja schließlich und endlich nicht willkürlich, wie die Ressourcen zugeteilt werden. Ich muss aber eines sagen, wir haben es in den letzten 20 Jahren geschafft, sowohl was die Infrastruktur betrifft, als auch was den Umbau betrifft, als auch was eine Weiterentwicklung der personellen Situation betrifft, als auch was die budgetäre Situation betrifft eine Vorwärts- und Aufwärtsentwicklung zu machen. Im Schnitt werden pro Jahr eine psychiatrische Station und eine Station aus dem Bereich der Pflegeheime von Grund auf renoviert. Das ist auch erforderlich, denn naturgemäß war die Bausubstanz im Jahr 1984 nicht die, die man sich wirklich für die Jahrtausendwende gewünscht hat. 1984 waren bis auf zwei

Stationen alle fest vergittert. Es waren alle Station bis auf zwei verschlossen. Es gab auf der linken Seite die Frauen und auf der rechten Seite die Männer. Es gab die Einteilung der psychisch Kranken in leichte, mittelschwere und schwere Fälle. Und die ganz schweren Fälle sind dann eben ganz hinten in den Steinzellen gesessen. Die nicht Steinzellen geheißen haben, weil sie aus Stein waren, sondern weil eine viel frühere, in den 70er Jahren stattgefundene Kooperation mit der Justizanstalt Stein, von dort Patienten, unruhige Häftlinge etc. übernommen wurden. Eine Zeit, die lange vorbei war als ich hinge kommen bin, aber der Name hat sich noch gehalten. Alleine dadurch, dass wir die Stationen aufgesperrt haben, haben die Aggressionshandlungen zwischen den Patienten deutlich nachgelassen. Alleine dadurch, dass wir mit Umbauten begonnen haben, die zumindest ein Minimum an Intimsphäre für den Patienten zugelassen haben, sind die Aggressionshandlungen weiter zurückgegangen. Alleine dadurch, dass Rückzugsmöglichkeiten geschaffen wurden, alleine dadurch, dass man auf einmal in der Stadt spazieren gehen durfte, dass man den Hof nutzen durfte ohne irgendeine Begleitung zu brauchen hat sich das ganze verteilt. Und das ist schon auch so, dass natürlich je enger die Situation, je weniger Rückzugsmöglichkeit, je mehr Unruhe in der Umgebung und so weiter, auch umso unruhiger ist selbstverständlich auch der psychisch kranke Patient, der ja, wenn er psychisch krank ist ja zumeist unter einer „verminderten Belastbarkeit“ leidet. Wenn ich gerade jemanden der vermindert belastbar ist, zusammenstecke mit 25 anderen Unruhigen, dann ist noch mehr Unruhe gegeben. Also, das alles hat sich in einer Art und Weise geändert, dass ich heute schon wirklich den Eindruck habe von einer anderen Zeit zu erzählen, wenn ich mir das ins Gedächtnis zurückrufe, aber das hat es gegeben. Budget habe ich schon angesprochen. Ich halte die Zielvereinbarungen, auch wenn sie jetzt zweimal jährlich schon stattfinden, für durchaus in Ordnung. Es ist nicht so, dass alle Wünsche erfüllt werden. Irgendwann einmal ist es dann doch so weit.

Qualitätssicherung, Notfallmanagement. Hier könnte man das vielleicht auch wieder einmal zeigen. Qualitätssicherung: Im Labor haben wir die tägliche Qualitätskontrolle. Wir haben die Teilnahme an dem Öquastaversuch. Das heißt, in regelmäßigen Abständen bekommen unsere LaborassistentInnen von diesem Institut für Qualitätskontrolle irgendwelche Blutbilder oder sonst zu befundende Seren zugeschickt, die einen ganz bestimmten eher seltenen Krankheitstyp zeigen und müssen sozusagen am Stand des Wissens bleiben, indem sie also bei diesem Ringversuch dann diagnostisch bestehen. Das-

selbe gilt also für die Hygiene. Da haben wir, nicht sehr beliebt im Haus, aber sehr wichtig, eine Hygieneärztin und eine Hygienefachkraft, die uns mit allen möglichen Standards, dicken Ringmappen etc. nicht quälen, aber doch immer wieder darauf hinweisen, dass wir ein Spital sind. Denn schließlich und endlich die Tatsache, dass hier in diesem ganzen Betrieb, Pflegeheime mitgerechnet, 500 Leute beisammen sitzen auf engem Raum bedarf natürlich schon, dass man nicht vergisst, das ist eine Sondersituation. Hier können sich sehr rasch Hospitalismuskeime entwickeln etc. Man muss leider auch Medizin treiben. Regelmäßige Fortbildung für das diplomierte Personal ist ja vorgeschrieben. Wir haben Einführungsgespräche für neues Personal, Hygienevisiten. Das ist also ein umfassendes Gebiet der Hygiene.

Notfallmanagement: Es gibt für das gesamte Therapiezentrum Ybbs ein Sicherheitskonzept, dass die Sicherheitsvorkehrungen betrifft, Personensuchkonzept, Videoüberwachung praktisch nur im Zutrittsbereich, also bei den Portieren, definierte Kontrollgänge und auch Rufbereitschaft. Medizinischer und psychiatrischer Notfall werden über ein Deckhandy sofort ausgelöst. Also, zum Beispiel haben wir einen psychiatrischen Notfall, meistens dann eben die Situation ein Patient ist aggressiv, gespannt, wir befürchten eine Auseinandersetzung. Dann ertönt im ganzen Haus psychiatrischer Notfall auf Station sowieso, dann ist klar, dass ein Teil der Personen, die im Dienst sind, alles liegen und stehen lassen und dort hin eilen. Medizinischer Notfall heißt zusätzlich, dass ein medizinischer Notfallschrank mit den wichtigsten Reanimationsgeräten auf einer von zwei Stationen, also der näher gelegenen, auf schnellstem Wege herbeigebracht wird. Wir besprechen Notfälle standardisiert nach. Das heißt, war ein Notfall, ist er nicht dadurch zu Ende, dass er absolviert wurde, sondern sie sehen hier die Beispiele Brand, Personensuche, medizinisch und psychiatrischer Notfall, sonstige besondere Vorfälle. Je nachdem, welche Berufsgruppe betroffen ist. Es wechselt hier auch der Vorsitz. Es wird also beim Brand eher der Brandschutzbeauftragte den Vorsitz führen bei der Nachbesprechung und beim psychiatrischen Notfall der Facharzt. Brandschutzordnung, Katastrophenplan, das liegt alles auf und wird aber auch zur Kenntnis gebracht. Zum Beispiel geht auch der Sicherheitsbeauftragte durch und macht immer wieder auf die wichtigsten Dinge aufmerksam.

Beschwerdemanagement und Fehlerkultur: Hier kann ich ganz allgemein auf den Wiener Krankenanstaltenverbund verweisen, zu dessen Leitsätzen ja insbesondere der Umgang mit den Fehlern zählt. Fehler sind Chancen. Das heißt,

einen Fehler zu entdecken, tunlichst noch bevor etwas passiert, ist die Chance immer besser zu werden. Und Beschwerdemanagement ist ebenfalls gemeinsam mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund. Ich habe heute eben, in der Früh bevor ich weggefahren bin, gleich sechs Beschwerden von Patienten vorgefunden, die sich mit der fehlenden Möglichkeit zu rauchen auf einer Station auseinandergesetzt haben. Das ist ein ganz ein aktuelles, wichtiges Problem. Ich brauche niemandem sagen, dass rauchen schädlich ist. Rauchen ist, wie wenn Sie sich heute ins Knie schießen und in 30 Jahren tut es Ihnen dann weh. Dann können wir nichts mehr ändern, weil Sie haben sich schon 30 Jahre vorher ins Knie geschossen. Ich erlebe immer wieder auch mit Trauer, wie Leute, die nicht geraucht haben ihr Leben lang an einem bronchial Karzinom versterben und die waren auf psychiatrischen Stationen eingesperrt, wo rauchen eine der wenigen Möglichkeiten war sich zu beschäftigen und wo tatsächlich der Qualm so hoch gestanden ist. Und das ist evident schädlich. Auf der anderen Seite Menschen mit psychischen Problemen, Menschen mit Unruhe die rauchen eben und wir versuchen das Krankenhaus rauchfrei zu machen. Verwaltungsdirektor ist hier sehr konsequent. Hat vier Raucherhäuschen im Garten errichtet und gesagt: Alle müssen dort hingehen rauchen. Auch die Bediensteten. Auch die Bediensteten haben nicht mehr im Haus zu rauchen. Ich bin neugierig, wie das ausgeht. Vielleicht gehen wir wieder einen Schritt zurück? Einen Schritt zurück wäre ein Raucherzimmer auf der Station einzurichten. Aber das lebt. Beschwerdemanagement lebt. Beschwerdemanagement wird auch weitergegeben an die Zentrale. Wird zentral ausgewertet, natürlich anonymisiert ausgewertet. Aber man weiß dann schon ungefähr, wie man liegt.

Zukunftsperspektiven: Ich sehe in dem, was wir derzeit tun die Zukunft. Es sind eine Reihe von Projekten im Laufen. Ich bin mit dem Otto Lesch am verhandeln, ob wir nicht für unsere alkoholkranken PatientInnen in Wien eine Ambulanzmöglichkeit bekommen könnten, um das Angebot niederschwelliger zu halten. Sie müssen sich vorstellen, sie fahren nach Ybbs, wenn es Alkoholranke sind, kommen sie meist betrunken dort an, dann glauben wir ihnen, dass sie alkoholkrank sind und machen ihnen einen Termin. Das hat keinen Sinn. Es hätte viel mehr Sinn, wenn wir in Wien hier eine Ambulanz hätten. Ich denke, wir werden es doch lösen.

Das zweite ist die Stabilisierungsbehandlung bei Drogenkonsumenten. Hier möchte ich erstmals im Sozialtherapeutischen Zentrum andere Aufgaben als nur die Behindertenbetreuung machen. Sozialtherapie ist ja vieles andere. Stabili-

sierung bei Drogenkonsumenten ist sehr wichtig, die Leute an einen regelmäßigen Tagesablauf zu gewöhnen. Daran zu gewöhnen selbst Verantwortung in ihrem Leben zu übernehmen, Medikation regelmäßig einzunehmen, für ihre Gesundheit selber zu sorgen, regelmäßig sich zu beschäftigen. Also, den Tag zu strukturieren. All das ist notwendig, wenn wir einen Drogenentzug gemacht haben, sonst wird, schon alleine aus Mangel an Tagesstruktur, wahrscheinlich der Rückfall, der nächste sein.

Stationäre Psychotherapie habe ich, glaube ich, genug gesagt.

Ambulante Anbindung des Programmes stationäre Psychotherapie und Psychotraumatologie an den Wien-Raum habe ich eben auch schon erwähnt. Hier hoffe ich mit dem Stefan Rudas gemeinsam etwas auf die Beine stellen zu können. Da sind wir also auch im Laufen.

Ja, einen akut ungedeckten Bedarf erlebe ich zur Zeit nicht, obwohl, und das muss man schon auch immer sagen, das Bessere ist der Feind des Guten. Und jeder, der stehen bleibt und die Entwicklung verschläft, den bestraft, wie der Gorbatschow gesagt hat, letztlich die Geschichte.

Wenn ich jetzt zu den Fragen der FPÖ-Fraktion komme, die ich deshalb für den Schluss genommen habe, weil die sich am meisten mit dem Thema Unterbringung und Zwangsmaßnahmen beschäftigt haben. Wie beurteilen Sie die unterschiedlichen Maßnahmen zur mechanischen Fixierung, Maßnahmen zur räumlichen Beschränkung, insbesondere Netzbetten?

Die Indikation für eine Zwangsmaßnahme, für eine Beschränkungsmaßnahme können prinzipiell sein, eine akute Selbstgefährdung, das heißt, ich muss den Patienten oder ich will ihn daran hindern sich selbst etwas anzutun. Es kann sein eine akute Fremdgefährdung. Selbst- und Fremdgefährdung kann natürlich gleichzeitig da sein und es kann im Wesentlichen auch eine Beschränkung erforderlich sein aus pflegerischen Gründen im weitesten Sinne, nämlich dann verwirrte Menschen ihre körperlichen Gebrechen negieren, aufstehen, versuchen herumzulaufen, in Sturzgefahr kommen, eine Osteoporose haben, sich dann einen Schenkelhalsbruch zuziehen und an diesem Schenkelhalsbruch und seinen Komplikationen dann letztlich sterben. Das haben wir ja oft auch gesehen. Entsprechend sind natürlich die Maßnahmen, wobei ganz klar zu sagen ist, dass jede Beschränkung schon sozusagen ein kleines Versagen ist, als das uns nichts Besseres eingefallen ist, als eine Beschränkung. Mensch bleibt in aller erster Linie Mensch und zu den Menschenrechten zählt es sich frei bewegen und selbst bestimmen zu können, da einzugreifen ist immer

etwas ganz erhebliches. Wir werden in geriatrischen Bereichen finden, vor allem Dinge wie in der Nacht Steckbretter, eventuell kombiniert mit einer milden Gurtfixierung, vielleicht um einen Bauchgurt. Bauchgurt lässt immerhin die Extremitäten frei, verhindert aber, dass der Patient jetzt im Schlaf sich über so ein Steckbrett drüberwälzt und dann hinaus fällt. Da sehe ich auch noch eine gewisse mögliche Indikation im Bereich des Netzbettes. Es gibt dann Gurtsysteme, die ähnlich wie Kindersitze in Kraftfahrzeugen, mit einem Tischsessel oder mit einer Art Hosenträgergurt verhindern, dass die Menschen einfach hinaus fallen. Und es gibt dann für psychiatrische Notfälle die Möglichkeit einerseits natürlich einer räumlichen Beschränkung und auf der anderen Seite auch die Beschränkung durch verschiedene Gurtsysteme beziehungsweise, wenn ich dieses System bevorzuge, dann auch das des Netzbettes. Zu den räumlichen Beschränkungen: Dann, wenn ich eine beschränkende Maßnahme über einen langen Zeitraum durchführen muss, das war im Jahr 2007 einmal in Ybbs der Fall, ein Drogenentzugspatient hat eine akute wahnhaftige Psychose entwickelt und in dieser akuten wahnhaften Psychose unvorhergesehen und wahllos auf Mitpatienten eingeschlagen. Der war eigentlich nicht zu fixieren, weil im nächsten Moment war er wieder ruhig. Aber, wann der Moment wieder kommt, wann er das nächste Mal schlägt, das war schwer, auch durch eine Eins-zu-eins-Betreuung, auszuschließen, weil der macht in dem Moment, nachdem er zwei Stunden ruhig war, einen side-step und schon wieder hat einer ein blaues Auge. Da haben wir beschlossen eine Unterbringung so zu machen, dass dieser Patient mit einer Torwache in einem Zimmer beschränkt war. Das heißt, der konnte natürlich begehren aus diesem Zimmer herauszugehen, dann war aber ein und ein zweiter Pfleger in Rufweite oder zumindest in Sichtweite, um hier schlimmeres zu verhindern. Wir haben allerdings diesen Patienten nicht sehr lange gehabt. Ich muss zugeben, da bin ich nicht um ein bisschen weitergekommen. Da musste ich um Unterstützung durch die Psychiatrische Universitätsklinik ersuchen. Ich habe ihn dann zum Otto Lesch auf die Station transferiert und es ging ihm dann innerhalb kurzer Zeit wieder besser. Es gibt ab und zu Fälle, da ist man selber nicht erfahren genug, wahnhaftige Psychose bei einem doch vorwiegend Tranquellierentzug. Das war sicherlich nicht mein Hauptkapitel. Ist so besser gewesen. Ansonsten, wie gesagt, 35 m<sup>2</sup> stehen zur Verfügung, einschließlich WC und Bad. In einer eher entgegenkommenden, freundlichen, eher Intimität und Ruhe vermittelnden Atmosphäre. Das halte ich im Aggressionsmanagement schon auch einmal für wirklich wichtig.



Die Leute, die aggressiv sind, haben rein von den Neurotransmittern her ein Dopamin überwiegen. Die haben zu viel Dopaminausschüttung im Gehirn und je unruhiger ich rundherum bin, umso mehr Dopamin locke ich. Es gibt einen interessanten Versuch in der Schweiz, mit der sogenannten Soteria, wo versucht wird, auch schizophrene erkrankte Menschen ohne Medikamente zu behandeln. Das Ein und Alles dieses Versuches ist es, eine Atmosphäre der Ruhe zu kreieren, wo der Patient, der gequält und gehetzt zur Aufnahme kommt sich einfach dann wieder langsam beruhigt. Ich weiß nicht genug darüber um zu sagen, dass das die bessere Behandlung ist. Ich glaube das auch nicht, weil die Leute dadurch unnötig lange in einer Psychose verbleiben. Aber es ist immerhin interessant. Da kann man etwas davon lernen. Da kann man etwas davon nehmen. Wenn es akut notwendig ist, das heißt, wenn der Mensch jetzt bereits begonnen hat um sich zu schlagen, nicht mehr durch irgendwelche Worte erreichbar ist, dann muss man natürlich schauen, dass man eine entsprechende Überzahl an Personal herstellt, indem man den psychiatrischen Notruf auslöst und dann bleibt einem nichts anderes übrig, als dass man dann eine beschränkende Maßnahme auch durchführt. Ich bevorzuge das Gurtsystem eindeutig. Habe auch, muss ich ehrlich gestehen, als einer meiner Handlungen, als ich in Ybbs war, alle Netzbetten dort entfernen lassen. Ich sehe das Gegenargument schon, das heißt: Ich möchte mich auch einmal kratzen, umdrehen und so weiter können. Das ist schon richtig, wenn es darum geht, einen nächtlich verwirrten alten Menschen daran zu hindern rauszustolpern oder zu Sturz zu kommen. Da kann ich wirklich diskutieren, ist ein Bauchgurt und eine seitliche Beschränkung, so eine Planke, sinnvoll? Oder ist das Netzbett sinnvoller? In dem Moment, wo das ein hoch psychotischer Mensch ist mit einem Regungszustand oder dass ein akut intoxikierter vergifteter Mensch, mit einer Alkoholvergiftung zumeist, ist ja vorherzusehen die Alkoholvergiftung klingt innerhalb weniger Stunden ab und ein psychotischer Patient sollte innerhalb weniger Stunden medikamentös auf eine Art behandelt werden, dass er so eine Form des Festbindens nicht mehr benötigt. Für mich ist der Vorteil des Gurtsystems, dass ich zu den Patienten ganz nahe heran kann. Ich kann den Puls fühlen, ich kann den Blutdruck messen, ich kann eine Infusion legen, ich kann den Menschen internistisch untersuchen, ich kann die Reflexe klopfen, ich kann ihm in die Augen leuchten, die Pupillen sehen, ich kann Medizin machen. Wenn der Mensch im Netzbett liegt, muss ich zunächst das Netzbett wieder aufmachen und wenn ich ein Pech habe, kommt

er mir dann erst wieder heraus, da muss ich den Menschen erst wieder in irgendeiner Form fixieren, bevor ich Medizin treiben kann. Also, für den Akutfall würde ich das Netzbett bei mir nicht gerne vorsehen. Wobei ich allerdings hier, und das hat auch Frau Professor Hummer in vielen Worten dargelegt, es ist eine persönliche Erfahrung, eine persönliche Meinung meinerseits, natürlich bin ich davon überzeugt, dass diese Erfahrung und Meinung richtig ist, sonst würde ich es ja nicht sagen. Wenn ich mit KollegInnen, auch KollegInnen von der Baumgartner Höhe, ich habe oft den Gabriel getroffen, gesprochen habe, so hat mir der wieder andere Argumente gesagt, die dann dafür gesprochen haben. Es ist also nicht so, dass ich jetzt sagen kann, bitte das eine ist gefährlich und verbrecherisch und das andere ist das einzig Wahre. Hinter all diesen Maßnahmen muss man dann auch noch sehen, dass es hier etwas Individuelles gibt, etwas Persönliches. Vielleicht die Erfahrung, wenn ich diesen Betrunkenen jetzt nur zu einem Netzbett führe und ihn sanft hineinrolle und das Netzbett zu mache und ihn jetzt fünf Minuten nicht anspreche, dann schläft er. Während wenn ich den in ein Gurtsystem lege, dann kämpft er dagegen an. Auch das ist ein Fall der vorkommt. Dann schaue ich, weil ich kein Netzbett habe, dann müssen wir es eben anders machen. Es geht auch anders. Wenn wir jemanden unterbringen, das ist, wie gesagt, ein Sonderfall in unserer Institution, bin ich, wenn ich bei der Unterbringung dabei bin und nachdem ich der zweite rufbereite Facharzt des Öfteren bin, bin ich da sehr oft dabei, schaue ich das von einer anderen Station Pflegedienst kommt. Schaue ich, dass ich zwei Nachtdienste erhöhe auf drei. Gegebenfalls auch vier Nachtdienste. Daran darf es ja nicht scheitern. Wir haben ja einen Personalpool von Leuten, die sich bereit erklärt haben freiwillig auf Überstundenbasis in Notfällen hereinzukommen. Die muss man dann eben der Reihe nach anrufen und so lange bis die da sind, muss von einer anderen Station jemand herüber kommen. Das ist ja kein Mirakel, das kann man wirklich einteilen. Ich will dem Netzbett nicht vollkommen seine Funktion absprechen. Es ist auch die Elektrokrampftherapie eine wirksame Methode der Behandlung. Ohne Zweifel. Kuckucksnest hin oder her, die Leute werden darauf gesund. Es geht ihnen nachher besser. Trotzdem habe ich in meinem ganzen Leben noch nie eine Elektrokrampftherapie indiziert. Ich glaube ohne das auszukommen. Ich glaube auch ohne Netzbett auszukommen.

Nehmen offen geführte Einrichtungen in der Psychiatrie zu?

Wenn man die letzten 25 Jahre hernimmt, dann selbstverständlich. Wenn ich mir vorstelle

als ich Ybbs übernommen habe, 667 Patienten davon etwa 600 fest versperrt. Und heute zu Tage hält sie nichts. Wenn ich mich zurückerinnere an die 70er Jahre in der Baumgartner Höhe, die ich ja auch miterlebt habe, na selbstverständlich viele Pavillons versperrt. Heute das meiste wirklich offen. Und ich sehe auch ein, dass da eine gewisse Schwierigkeit zu meistern ist, denn es ist nicht wirklich geklärt, ob reine Unterbringungsstationen das wirklich bessere sind. Ich sehe das zum Beispiel in Mauer, in der Landesnervenklinik, wo ich des Öfteren auch bin, dort ist ein anderes System, dort sind die Unterbringungspatienten zusammengelegt auf einer Station und diese Station ist verschlossen. Es führt zu einer Reihe von Problemen. Zum Beispiel dem Problem, dass ich auf so einer Station nur Untergebrachte haben kann. Weil entsprechend dem Unterbringungsgesetz muss ich jeden, wenn die Tür versperrt ist, unterbringen. Und nachdem dort die Tür versperrt ist, gibt es dort nur Untergebrachte. Das führt dazu, dass, wenn es dem Patienten besser geht, er möchte aber bei seinem Arzt in Behandlung bleiben, der unter Umständen eine Unterbringung ohne Verlangen verlängert bekommt, obwohl er ohnehin mit der Behandlung einverstanden ist. Also, das ist nicht wirklich die Lösung aller Probleme. Auf der anderen Seite, wenn ich alle Stationen offen führe, ist das auch ein großes Problem. Weil, wenn ich alle Stationen offen führe, dann brauche ich irgendwo Bereiche, wo ich jemanden gegebenenfalls tatsächlich daran hindern kann, sich selbst und anderen Schaden zuzufügen. Wiederum kurze Zeit, krisenhafte Zeit, das ist sehr selten, dass das über Tage geht, aber für kurze Zeit muss ich hier sicherlich intervenieren. Und da bleibt dann wiederum nur die Alternative Netzbett oder angurten. Wir werden sehen, wo das wirklich hingeht? Ich persönlich würde, würde ich jetzt eine akut psychiatrische Station leiten, allerdings schauen, dass ich es wirklich möglichst ruhig, möglichst dopaminsparend, möglichst personell gut ausgestattet, möglichst das Personal gut supervidiert, alles tun um eine ruhige Atmosphäre herzustellen. Vielleicht gelingt es. Manchmal nicht. Aber Ausnahmen bestätigen die Regel.

Ist eine offen geführte Psychiatrie in Wien eher die Ausnahme oder die Regel? Wie stehen Sie dazu?

Ich habe es gerade gesagt. Ich würde sagen, das ist so ungefähr 50 zu 50. Wenn wir die österreichischen Verhältnisse hernehmen. Die einen tendieren eher dazu zu sagen, die Untergebrachten in einer geschlossenen Station und die anderen eher die Station offen und Unterbringung noch zusätzlich durch irgendeine Maßnahme.

Welche Formen der mechanischen Fixierung werden derzeit in der Psychiatrie generell angewendet?

Nun das was ich also kenne, sind eben diese Segufix-Gurtensysteme. Es gibt sicherlich andere Gurtensysteme auch. Was ich kenne, ist der Tischsessel, natürlich auch das Netzbett. Es ist ja nicht so, dass ich das nicht kennengelernt habe. Räumliche Beschränkungen, versperrtes Zimmer. Eine Gummizelle, habe ich ehrlich gesagt, habe ich das erste mal im Jahre 1968 an der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik als Medizinstudent famuliert, das sind also jetzt 40 Jahre auf die ich zurückblicke, ich habe in meinem Leben noch keine Gummizelle gesehen. Soll es irgendwo geben. Ich glaube eher in Skandinavien. So gepolsterte Zellen. Ich weiß es nicht. Ich würde wahrscheinlich zusätzlich verrückt werden, wenn Sie mich in so was einsperren.

Gibt es eine erkennbare Richtung in die sich Psychiatrie hinsichtlich mechanischer Fixierung beziehungsweise räumlicher Beschränkungsmaßnahmen entwickelt?

Ich glaube im Moment, wenn ich so eine Zukunftsprognose treffen kann, dass auch in den Bundesländern, wo derzeit noch große Stationen für Untergebrachte da sind, aus der „Not“ der Regionalisierung, die auch in anderen Bundesländern vorgetrieben wird, das geht ja in Niederösterreich, in Oberösterreich auch so, dass also hier immer mehr kleine psychiatrische Einheiten gemacht werden, glaube ich das letztlich offen geführte Einheiten mit an hoffentlich großzügig genug, auch wenn wenig Patienten, dimensionierten Akuträumlichkeiten, zumindest oder überhaupt offene Stationen mit notfalls einer Fixierung kommen werden. Wenn ich natürlich die Untergebrachten eines halben Bundeslandes auf einer Station zusammenfasse, dann kann ich das mit einer Station machen. Bin ich aber jetzt schon auf der Bezirksebene, dann sind das einfach zu wenige Leute, um eine Station damit zu rechtfertigen. Das muss dann anders organisiert werden.

Welche Qualitätskriterien sind im Rahmen von Zwangsmaßnahmen von den durchführenden Einrichtungen auf alle Fälle zu beachten?

Ja, größtmögliche Partizipation und Information des Patienten. Auch wenn ich letztlich sagen muss, und jetzt entscheide ich, und die Entscheidung geht in Richtung mechanischer Fixierung, kann ich mit dem Patienten eventuell das vorher besprechen um was es geht. Primäreinsatz von gelinderen Mitteln. Es gibt so eine Möglichkeit, Patienten, die eingeeengt sind, situativ eingeeengt sind, auch das Gefühl zu geben, dass sie irgendetwas mitbestimmen können. Möchten Sie den Tee mit Zucker oder ohne Zucker? Soll

der heiß sein oder eher lauwarm? Auch einen Patienten, den ich jetzt nicht weggehen lassen will von der Station, kann ich noch eine ganze Reihe von Entscheidungen freistellen und ihm damit das Gefühl geben in irgendeiner Form gleich groß zu sein wie ich. Also, ich muss nicht über einen drüberwalzen. Gelindere Mittel sind ganz klar. Vor allen Dingen Gespräche, konsensuell verabreichte Medikamente, manchmal auch ganz einfach die Begleitung durch Pflegepersonal, oft bei Betrunknen das Einfüllen von Mineralwasser, bei Erregten leider manchmal das gemeinsam eine Zigarette rauchen. Kann ich zum Beispiel nicht. Wenn ich eine Zigarette nur von der Ferne rieche, muss ich husten. Dadurch bin ich vom Rauchen gefeit. Gelindere Mittel. Bedarfsgerechte personelle Ressourcen. Da muss ein Notfallplan her. Da müssen Leute kommen. Es geht ja nicht darum, dass ich den Kampf mit den Patienten gewinne. Den muss ich so und so gewinnen. Ich muss ihn ja so gewinnen, dass es da keine wirklichen Verlierer gibt. Weder das Personal verdient es sich verletzt zu werden noch der Patient.

Ausbildung, Einsatz von Deeskalationsmanagern? Das ist eine ganz wichtige Sache. Wir haben eine Deeskalationstrainerin bei uns in der Krankenpflegeschule. Dadurch werden unsere PflegeschülerInnen in Deeskalationsmanagement ausgebildet. Wir haben auch eine ganze Reihe von ausgebildeten Pflegepersonen.

Reizarme und ... habe ich schon gesagt. Entwicklung und Aktualisierung von Normen. Wie läuft das ganze ab? Wie wird es dokumentiert? Wohin wird es gemeldet? Das muss alles klappen. Da muss man nicht daran denken, wie ist die Faxnummer vom Gericht. Laufender Informationsaustausch Arzt – Pflege? Klar Dokumentation, Dokumentation, Dokumentation. Ich bin Sachverständiger für Psychiatrie in der Landesnervenklinik Mauer, die ich ansonsten und auch überhaupt durchaus als kollegiales Nachbarinstitut schätze. Vom Richter beauftragt worden die Zulässigkeit einer Beschränkung zu kontrollieren. Bitte, das gibt es natürlich auch. Wenn ich eine Beschränkung mache, so hat der Patientenanwalt und auch der Patient, wenn er das wünscht, via Patientenanwalt jederzeit die Möglichkeit die Zulässigkeit genau dieser Art der Beschränkung durch das Gericht kontrollieren zu lassen. Da fasst das Bezirksgericht den Beschluss, die Beschränkung des sowieso war ungesetzlich. Und wenn das immer wieder erfolgt und immer wieder der Fall ist, hat ja das auch Auswirkungen auf einen Betrieb. Also, jedenfalls sollte ich dort das begutachten. Um 8.15 Uhr eines Tages wird der Patient beschränkt, zwei Tage später gegen 8 Uhr wird er aus der Beschränkung entlassen. In der Zwei-

schenzeit kein Pflegedekurs. Das geht nicht. Diese Beschränkung ist unzulässig. Diese Beschränkung ist ungesetzlich. Warum? Es muss zumindest der regelmäßige Versuch, die Beschränkung aufzuheben, die regelmäßige Kontrolle, eine regelmäßige Beschreibung des Befindens des Patienten etc. hier dokumentiert werden. Ist auch dann ganz klar so ausgegangen. Das ist auch das Ein und Alles. Wir sind hier in einem heiklen Bereich und der Patient wird aus seiner Sicht, oft zu recht, uns diese Beschränkungsmaßnahmen vorwerfen. Und wenn wir dann nicht ausreichend dokumentiert haben, wir das dann nicht plausibel dargestellt haben, dann stehen wir nachher da und wissen nicht, was wir tun sollen.

Kontinuierliche Überwachen, Einzelbetreuung oder Sitzwache? Gerade so wie wir es handhaben, dass also hier ein relativ großer Raum ist, wo der Patient sich dann aufhält, ist es günstig, wenn eine Pflegeperson in Sichtweite in diesem Raum sich drinnen befindet. Den Patienten ruhig mal in Ruhe lässt, aber sozusagen aber eine Erreichbarkeit der Institution dokumentiert.

Regelmäßige Fortbildung ist klar. Wahrung der Intimsphäre haben wir schon gesagt. Erfahrungsaustausch und ganz zum Schluss: Wichtig keine Patentlösungen. Jeder Fall muss man individuell behandeln und Regeln sind natürlich dazu da, dass man sie einerseits fest lernt und auf der anderen Seite im Notfall auch einmal bricht. Eine Regel ist für den Menschen da und nicht der Mensch für die Regel. Es kann Situationen geben, da muss ich ganz anders handeln. Solange ich das mit bestem Wissen und Gewissen mache, solange ich es dokumentiere, so lange ich das nachvollziehbar mache, so lange brauche ich dann letztlich auch keine Angst haben.

Gibt es Bestrebungen der Psychiatrie die Häufigkeit und Dauer räumlicher Beschränkungsmaßnahmen beziehungsweise mechanischer Fixierung zu reduzieren? Gibt es Studien zu diesem Thema?

Ich habe mich erkundigt. Es gibt einzelne Fallberichte über sehr lange notwendige Beschränkungen, aber es gibt nicht wirklich Studien zu diesem Thema. Natürlich muss es immer die Bestrebung sein, Häufigkeit und Dauer räumlicher Beschränkungsmaßnahmen zurückzunehmen, in dem wir in Dingen wie Deeskalationsmanagement, Einsatz alternativer Möglichkeiten etc. immer besser werden. Selbst wenn etwas jetzt in Ordnung ist, hindert mich ja niemand daran es morgen besser zu machen. Faktoren für eine nachhaltige quantitative Verringerung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie.

Ich glaube, ich habe das auch schon erwähnt. Vor allen Dingen die ruhige Atmosphäre,

das ausgebildete Personal, ein auf den Patienten, trotz aller unterschiedlichen Ansicht, mit menschlicher Wertschätzung zu gehen. All das sind schon Dinge die sind schon sehr, sehr wichtig.

Gibt es Bestrebungen in der Psychiatrie den Erfahrungsschatz des Personals in die Erarbeitung von Richtlinien für die Reglementierungen von Zwangsmaßnahmen einzubeziehen?

Naja, jein. Natürlich schon insofern als eine besondere Maßnahme, und das ist eine Beschränkung, immer, so wie alle auch Brandereignisse, Notfallereignisse etc., nachbesprochen werden. Andererseits sind uns ja hier die Grenzen durch das Gesetz vorgegeben. Wir können nicht einfach sagen, wir besetzen jetzt eine Aufnahmestation nur mit einem pflegerischen Nachtdienst, weil wir haben lauter Netzbetten. Das geht nicht. Das wäre völlig illegal. Man muss gerade bei solchen Subsidiaritätsprinzipien immer auch das entsprechende Maß im Auge behalten. Das muss zusammen passen. Es muss die Gefährdung auf der einen Seite und die Maßnahme, die ich dagegen setze, in irgendeiner Form adäquat sein. Also, hier ist es nicht nur das Personal, sondern bin auch ich an bestimmte Regeln gebunden und wiederholt ich bin ja auch der permanenten Kontrolle durch das Gericht ausgesetzt, durch die Patientenanwälte ausgesetzt. Ich bewege mich da ja nicht in einem selbstbestimmten Raum.

Dann steht hier: Die einseitige Reduzierung der Zwangsmaßnahmen erscheint nicht nur für die PatientInnen, sondern auch für das in der Psychiatrie tätige Personal als, hier steht fahrlässig, Gefährdung von Leib und Leben.

Naja. Eines muss ich schon sagen: Wir können auch bei bester personeller Ausstattung, wir können auch bei Beachtung aller Dinge nicht verhindern, dass irgendjemand auch seitens des Personals verletzt wird. Da sind manchmal Erkenntnisse nachträglich. Natürlich kann man dann sagen: „Wäre der nicht so nahe hingegangen.“ Ist letztes Jahr in Ybbs bei uns passiert. Ein Patient hat sich dem von ihm geöffneten Fenster so genähert, dass der danebenstehende Pfleger annehmen musste, der hüpfte jetzt hinunter. Daraus hat sich ein eins zu eins Handgemenge ergeben, in dem sich der Pfleger verletzt hat. Ich kann hier niemanden jetzt die Schuld geben, denn wenn auf der Station acht Pfleger im Dienst sind, wäre in dieser Situation möglicherweise auch nur ein Pfleger in der Nähe gestanden. Und der hätte hoffentlich auch zugegriffen bevor der aus dem Fenster springt. Selbstverständlich das habe ich auch schon mehrmals heute gesagt, wenn es zu einer Auseinandersetzung kommt, müssen wir nicht nur gewinnen, sondern wir müssen auch so gewinnen das es

keine Verlierer gibt. Verlierer darf nicht der Patient sein, der darf nicht verletzt werden bei dem Ganzen. Verlierer soll natürlich auch nicht das Personal sein, denn das ist, auch wenn beim Deeskalationsmanagement natürlich gewisse „Nahkampftechniken“ beziehungsweise Griffe aus dem Jiu-Jitsu, Judo gelernt werden, die es dann ermöglichen, dass man sich leichter tut bei Auseinandersetzungen. Die Hauptaufgabe des psychiatrisch diplomierten Pflegepersonals ist Gott sei Dank nicht der Nahkampf.

Welche Maßnahmen können von Seiten der Gesetzgeber beziehungsweise der verantwortlichen Führungsebene gesetzt werden, um die Attraktivität des Berufsbildes Arzt/Ärztin beziehungsweise Pfleger/Pflegerin zu wahren?

Naja, ich glaube, wir tun hier schon einmal etwas. Wir stellen wieder einmal die Psychiatrie in den Mittelpunkt. Wir schauen sie von allen Seiten an. So als betroffener Psychiater habe ich die Hoffnung, dass die Psychiatrie, als nicht mehr das angesehen wird, was mir einmal ein hochrangiger österreichischer Politiker gesagt hat, als ich ihm vorgestellt wurde: „Das ist der Leiter des psychiatrischen Krankenhauses Ybbs.“ Hat der dann gesagt: „Ja, da muss man sich doch fürchten.“ Also, ich hoffe man muss sich nicht fürchten. Ich hoffe, man sieht die Bemühung. Wir haben auch seitens der Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie in den letzten Jahren immer wieder Aktionen gesetzt, die gerade das Stigma der Psychiatrie, das besondere Stigma psychiatrischer Erkrankungen in den Griff bekommen sollen, verbessern sollen. An sich fühle ich mich allerdings nicht in einem unattraktiven Beruf. Ich mache ihn sehr gerne. Ich glaube da höre ich jetzt auf.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr Primar, obwohl Sie jetzt sehr ausführlich schon alle diese Fragen laut Katalog beantwortet haben, glaube ich, sind noch einzelne Fragen, die die Kommissionsmitglieder stellen wollen. Und da darf ich die Frau Gemeinderätin Praniess-Kastner gleich um das Wort bitten.

Frau GRin **Praniess-Kastner**: Ja, Herr Professor. Vielen herzlichen Dank. Erstens einmal für Ihren Vortrag und zweitens natürlich schon für die Beantwortung der Fragen, die Sie hier im Vorfeld von uns bekommen haben. Vielen Dank. Herr Professor ich hätte drei Fragen. Vielleicht habe ich es während Ihres Vortrages überhört. Das heißt, nicht während des Vortrages, sondern eigentlich dann, wie Sie die Fragen beantwortet haben. Nach dem Tagesablaufplan der PatientInnen. Sie haben vorgestellt, dass es sehr viele psychotherapeutische Behandlungen gibt. Das Sie auch über genug psychotherapeutisches Personal verfügen. Im Tagesablauf, den wir hier so stundenplanmäßig vorgestellt bekommen

haben, habe ich aber keine Einzeltherapie gesehen. Vielleicht habe ich es übersehen. Ich habe zwar Gruppentherapien und Beschäftigungstherapien gesehen, aber keine Einzels psychotherapie. Das ist meine erste Frage.

Die zweite Frage bezieht sich auf die Aufenthaltsdauer Ihrer PatientInnen. Wenn ich es richtig verstanden habe, unterscheiden Sie sich ja von einer Akutpsychiatrie auch dadurch, dass Ihre PatientInnen sich wesentlich länger in Ybbs aufhalten. Das heißt, gibt es eine durchschnittliche Dauer des Aufenthaltes und welche finden die Entlassungsgründe dann? Wird das von Ihnen festgelegt, sozusagen wann der Patient so weit ist oder wird das gemeinsam festgelegt? Das ist wahrscheinlich eine sehr laienhafte Frage, aber wahrscheinlich auch von Interesse.

Und die dritte Frage bezieht sich auf unsere 9. Frage. Und zwar haben wir hier die Frage gestellt: In welcher Weise werden Angehörige und Angehörige von PatientInnen einbezogen? Durch die räumliche Entfernung von 100 Kilometern von Wien, könnte ich mir vorstellen, dass es für die Angehörigen der PatientInnen doch eine ziemliche Hürde darstellt, die PatientInnen bei Ihnen zu besuchen. Und da wollte ich fragen: Welche Erfahrungen gibt es zur BesucherInnenfrequenz? Und in wie fern beziehen Sie den die Angehörigen in die Therapie ein? Und in wie fern sind die auch dann in die Entlassung einbezogen und in die weitere Betreuung der PatientInnen?

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Danke schön, das waren wirklich Dinge, die ich zum Teil vergessen hatte.

Also, die Einzeltherapie kann man in so einen Wochenplan, der für eine ganze Station gilt, nicht hineinschreiben. Das sind Einzelstunden, die ausgemacht werden zwischen der Therapeutin und der Patientin und da müssen die nur darauf schauen, dass sie nicht gerade bei der psychotherapeutischen Gruppe eine Einzeltherapie ausmachen.

Frau GRin **Praniess-Kastner**: Okay, vielen herzlichen Dank. Ich habe das missverstanden. Ich habe gedacht, Sie zeigen uns hier einen Plan, der für einen Patienten gültig ist.

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Das ist ein Stationsplan. Der Patient bekommt natürlich seine eigenen Therapietermine auch noch. Die stehen dann meistens auch in der Früh bei der Stationschwester auf einer Pinwand aufgeschrieben, wer was hat. Das ist das eine. Bei der Aufenthaltsdauer sind wir derzeit bei einem Schnitt von knapp unter 50 Tagen. Das ist ein Mischsatz aus drei Monate-Aufhaltenen, aus 14-Tage-Entzug und dann Entlassung.

Entlassungsgründe: Nun es gibt vereinbarte Maximalfristen des Aufenthaltes. Es gibt ohne

weiteres die Möglichkeit, dass wir mit dem Therapieziel früher fertig sind. Dann vereinbaren wir Entlassung. Es ist möglich, dass irgendwelche aktuellen unüberbrückbaren Probleme den Fortgang der Therapie behindern, dann machen wir uns eine Wiederaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt aus. Entlassungsgründe gegen den Wunsch des Patienten gibt es natürlich auch. Nämlich dann, wenn jemand bei der Therapie nicht mitarbeitet. Was wir nicht böse gemeint so formulieren, dass wir sagen: „Lieber Herr, liebe Dame im Moment sind wir nicht gut genug für Sie.“ Es hat keinen Sinn, wenn ich auf den Patienten böse bin. Aber, wenn ich sehe, das, was hier zu sehen ist, ist alles nur keine Therapie, dann müssen wir uns ausmachen zu einem späteren Zeitpunkt und unter einer anderen Grundvoraussetzung weiter zu machen.

Besucherfrequenz: Ist unterschiedlich. Wir haben zum Beispiel eine Station, habe ich auch nicht erwähnt, ist eine Wochenstation, da findet die Behandlung überhaupt nur von Sonntag Abend bis Samstag Früh statt. Das heißt, Samstag, Sonntag verbringen alle PatientInnen außer Haus natürlich bei ihren Familien. Da ist also das Besuchen sozusagen umgekehrt. Auch ansonsten gibt es häufiger am Wochenende Ausgänge und die PatientInnen fahren nach Wien und besuchen ihre Familien. Das ist ganz unterschiedlich.

Angehörigenarbeit: Wir machen sechs bis acht mal im Jahr ein Angehörigenseminar. Und zwar jeweils zu unterschiedlichen Themen: Einmal Sucht, einmal Persönlichkeitsstörungen, Depressionen. Diese Angehörigenseminare finden jeweils am Samstag statt, in der Zeit von 10 bis 15 Uhr, umfassen zwei Einheiten. Ich übernehme immer den ersten, den theoretischen Teil, Suchttheorie bzw. Persönlichkeitstheorie. Die Frau Dr. Schaffer, die Fachärztin bei mir ist, übernimmt den zweiten Teil in Richtung: Wie verhalten sich Angehörige. Problem der Co-Alkoholiker. Und solche Dinge. Der Besuch des Angehörigenseminars ist selbstverständlich kostenlos. Die Damen und Herren werden auf ein Mittagessen eingeladen und kriegen auch Kaffee und Mineralwasser von uns zur Verfügung gestellt. Also, es wird geschaut, dass man das schon auch bewirbt. Und ich habe unlängst - wir machen das jetzt seit sechs Jahren - und wir haben sicherlich in diesen sechs Jahren schon 700, 800 Angehörige auf diese Art und Weise erreicht und beraten. Ansonsten kann natürlich nach freier Vereinbarung ein Angehörigengespräch, allerdings in Beisein der Patientin stattfinden. Das ist schon so. Und auch bei der Entlassung lassen wir uns eigentlich von Angehörigen nicht sehr viel dreinreden, weil die Patientin ist, also wir sind bewusst subjektiv. Der mit dem

ich arbeite, die mit der ich arbeite, ist die PatientIn und ob der Mann jetzt will, dass die heimkommt oder nicht, das ist was zweites. Und dann soll er herkommen und dann setzen wir uns zu dritt her und dann reden wir natürlich über die Sache.

GRin **Praniess-Kastner**: Sie sind sozusagen patientInnenparteilich, wenn man das behaupten kann?

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Ich bin patientInnenparteilich, eindeutig!

GRin **Praniess-Kastner**: Gut. Danke Herr Hofrat Prim. Dr. Sindermann. Ich habe Ihnen ja zum Schluss die Frage gestellt und habe auch, also ich möchte das konkretisieren. Sie sind 100 Kilometer weit weg von Wien und dadurch wollte ich eigentlich wissen, ob die Besucherfrequenz dadurch abnimmt, weil das ja natürlich eine Hürde oder eine Barriere für die Angehörigen und auch PatientInnen darstellt. Anders konkretisiert die Frage: Gibt es Vorteile für die PatientInnen? Wenn ja, welche? Gibt es Nachteile für die PatientInnen? Wenn ja, welche? Dass sie in Ybbs und nicht in Wien sind.

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Ja, also, der Vorteil ist, dass wir eine Behandlung außerhalb des sozialen Konfliktfeldes machen, das die PatientIn ja meist rund um sich hat. Der Vorteil ist eine – wenn man will – schöne Umgebung, die Möglichkeit sehr viel Sport zu treiben, die Möglichkeit Rad zu fahren, die Möglichkeit Freizeitaktivitäten wieder zu entdecken, die Möglichkeit bei sich zu sein, über sich selber nachzudenken, die Möglichkeit sich ganz auf die Therapie zu konzentrieren. Hier sind wir in vieler Hinsicht einem psychiatrischen Krankenhaus weniger ähnlich, als zum Beispiel einer deutschen psychosomatischen Fachklinik. Auch die finden mit ihren Programmen sehr oft an durchaus an attraktiven Ferienorten statt. Nicht die Leute dort auf Erholung sind, sondern man geht auch mit einem guten Seminar manchmal relativ weit weg. Die BesucherInnen, es ist, glaube ich, auch im Bereiche des Otto-Wagner-Spitals solange - ich habe immerhin dort von 1975 bis 1984 gearbeitet, habe mir das dort angeschaut. Es ist nicht ganz einfach in so einer Institution, wo dann doch draufsteht „psychiatrisches Krankenhaus“, Besuch zu empfangen. Der Ausgang über das Wochenende und sei es auch nur für einen Tag oder für einen halben Tag oder es kommen die Angehörigen - hat ja eh schon jeder ein Auto - daher, und dann fahren sie irgendwo in der Gegend herum und gehen irgendwohin essen. Das ist eher die Regel. So wie es früher war, Krankenbesuch im Wilhelminenspital mit dem eingepackten Schnitzel und mit dem Glasl, mit dem Gurkensalat, findet sozusagen nicht statt.

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

GR **Baxant**: Ja, danke Herr Prof. Sindermann für die ...

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Entschuldigung! Alles werde ich, nur Professor nicht mehr.

GR **Baxant**: Herr Prim. Dr. Sindermann für die überaus detaillierte Beantwortung der Frage. Für mich als Laien und Sie wissen ja, dass sich unser Gremium vor allem aus Laien und aus Nichtexperten zusammensetzt, umso interessanter waren Ihre Ausführungen für mich. Ich habe vor allem gelernt, nicht nur heute, aber auch im Laufe der Beschäftigung mit diesem Thema, dass es keine einfachen Fragen auf so komplizierte oder keine einfachen Antworten auf so komplizierte Fragestellungen gibt. Weiters habe ich vor allem von Ihnen gelernt, dass es eine Vielzahl, eine fast unüberblickbare Diversität und Unterschiedlichkeit an Erkrankungen in diesem Bereich gibt. Umso wichtiger ist es, denke ich mir, dass wir innerhalb unserer Stadt, innerhalb des KAV, auch solche Institutionen haben, wie die Ihrige.

Ich möchte nun zu meiner Frage kommen und Sie vielleicht noch einmal darum bitten; sie sind ganz kurz darauf eingegangen. Nämlich die unterschiedlichen Krankheitsbilder. Welche PatientInnen genau im Konkreten kommen zu Ihnen bzw. warum kommen genau jene PatientInnen zu Ihnen? Welche PatientInnen sind es? Mit welchem Krankheitsbild, die sich so von Ihnen behandeln lassen? Und ja, das wäre einmal der erste Teil meiner Frage.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke sehr.

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Ja. Im Bereich der Suchterkrankungen sind es, im Rahmen der Kooperation mit Sucht- und Drogenrausch, Drogensüchtige, das heißt Menschen, die vor allem Dingen Opiate, Kokain, Cannabis im Übermaß konsumieren, die zum Teil opiatsubstituiert sind, die einen Teilkonsum wegbringen wollen. Wenn ich das Problem Drogenabhängiger auf einen knackigen Satz bringen will, dann haben Menschen, die Drogen nehmen sehr oft Angst vor dem Leben. Diese Angst vor dem Leben kann natürlich oft zusammenhängen mit einer schlimmen Biografie, mit einer zerstörerisch absolvierten Kindheit. In diesem Fall werden wir auch diesen PatientInnen eine stationäre Psychotherapie anbieten.

Die Alkoholabhängigen gibt es, wenn ich die Einteilung nach Lesch nehme, vier Gruppen. Die erste Gruppe sind wahrscheinlich eher ererbte Suchtkranke, sogenannte allergische Trinker. Die kommen weniger. Es kommen sehr häufig neurotische Trinker, das heißt Trinker, bei denen neurotische Konflikte durch Alkohol „gelöst“ werden. Auch hier gibt es einen Konnex zur statio-

nären Psychotherapie. Es gibt die psychisch kranken Trinker. Weder eine schizophrene Psychose noch eine Depression noch eine Alzheimerkrankung sind so lustig, dass man nicht das Leiden eventuell durch Alkohol zu verbessern können glaubt. Das sind die sogenannten symptomatischen Trinker. Die werden entsprechend auch psychiatrisch eingestellt, medikamentös eingestellt behandelt. Und schließlich und endlich haben wir dann noch das große Problem der Typ IV Trinker. Hirnorganisch geschädigte Menschen, die dem Alkohol zusprechen und die es nicht mehr schaffen, alleine eine Basisstruktur zu halten. Die können wir zwar behandeln, brauchen aber für die Zwischenzeit, um den Rückfall zu verhindern, eine strukturierende Umgebung. Diese strukturierende Umgebung, wir haben da, der Otto Lesch, der Stefan Rudas und ich vor zwei Jahren den Verein „Struktur“ gegründet, der mit Laienhelfern ein Wohnheim betreibt, wo gerade Typ IV Alkoholiker sich erstaunlich gut draußen halten. Ab und zu braucht man natürlich einen Alkoholentzug.

Die Persönlichkeitsstörungen habe ich genannt. Persönlichkeitsstörungen, früher Charakterneurosen, sind zeitlich stabile Störmuster. Das heißt, die PatientInnen bleiben über Jahre hinweg in diesem Leidenszustand. Denen muss man psychotherapeutisch raushelfen. Das ist die große Gruppe der Borderline-Betroffenen, die wir in der letzten Zeit genauer angeschaut haben und wo ich mir sicher bin, dass weit mehr als die Hälfte aller sogenannten BorderlinerInnen schwer in der Kindheit traumatisierte Personen sind und die ursprüngliche Annahme einer frühen Störung nur bei einer geringen Prozentsatz da sind.

Das sind die ganzen anderen posttraumatischen. Vielleicht ein Wort zum Verständnis, was posttraumatisch heißt. Wenn jemand als Kind körperlicher oder sexueller Gewalt ausgesetzt war, emotionaler Vernachlässigung ausgesetzt war oder vergleichbaren Dingen, vor allem bei der sexuellen Gewalt ist es so, dass die meisten Opfer, wenn sie dann ein Ende dieser traumatisierenden Zeit haben, sagen die nicht: Und jetzt will ich in Psychotherapie. Die sagen alle miteinander: Und jetzt lasst mich in Ruhe mit dem Ganzen, weil jetzt will ich das vergessen. Und dieses Vergessen gelingt auch meistens. Das heißt, die Betroffenen kommen nicht im Alter von 14, 15, sondern die Betroffenen kommen plötzlich im Alter von 30, wenn ihnen die Erinnerung wiederkehrt. Wenn irgendein Trigger, ein Auslöserereignis jetzt plötzlich diese ganze verdrängte Thematik hochschwemmt. Und dann sind diese Menschen aber in einem höchsten Maße therapiebedürftig. Weil dann spielt es sich wirklich ab. Bis hin zu der in Österreich so wenig bekannten,

aber existierenden sogenannten multiplen Persönlichkeit. Auch solche Betroffene haben - also, das sind bitte Schwerstkranke, die sich bei uns befinden. Nicht sozusagen irgendwelche AlltagsneuroserInnen.

Daneben natürlich sehr viele chronisch schwer depressive Menschen. Menschen, die immer wieder am Grad des Selbstmords entlang wandern. Ja. Schwerkranke, schwer in ihrem Leben beeinträchtigte Menschen.

GR **Baxant**: Ich möchte nur eine Zusatzfrage stellen.

Sofern ich es richtig verstanden habe, kommen alle jene Menschen, die bei Ihnen sind, also all jene PatientInnen aus freien Stücken? Sie haben auch in Ihren Ausführungen gemeint, dass es trotz allem auch an Ihrer Institution und auch bei Ihren PatientInnen im Extremfall zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen kommen muss. Habe ich das richtig verstanden?

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Ja. Ja. Das lässt sich nicht verhindern. Wie gesagt, wenn der Mensch jetzt über 2 Promille Alkohol hat, dann will er in diesem Moment nicht bei uns bleiben, sondern er möchte hinausgehen und ein Wirtshaus krumm- und kleinschlagen. Und das können wir aber nicht zulassen. Also ist der Konflikt da. Aber das sind vorübergehende Konflikte. Es ist dann sicherlich nicht so, dass wir jemanden, der das nicht wünscht hier jetzt gegen seinen Willen wochenlang anhalten.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau Dr. Pilz hat sich zu Wort gemeldet.

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

Meine kurze Frage: Sie sind im Detail darauf eingegangen, welche bauliche und architektonische Situation Sie im Krankenhaus haben. Also, in welchen Räumlichkeiten sind die PatientInnen untergebracht? Welche sanitäre Situation? Welche Infrastruktur hinsichtlich Freizeiträumen und so weiter? Da bitte ich Sie, das noch nachzutragen.

Und als zweites: Ihre Tagesstruktur sieht um 16.15 Uhr das Abendessen vor. Da hat vielleicht unsereiner vielleicht gerade mal die Jause gegessen, wenn er dazu Gelegenheit hatte. Also, das schließt einerseits auf einen sehr strikten Tagesablauf und andererseits auf einen fremdbestimmten Tagesablauf. So individuelles Abendessen ist offensichtlich, oder überhaupt individuelles Essen, ist offensichtlich nicht möglich. Wir haben in einem anderen Vortrag gehört, dass man versucht einen Paradigmenwechsel zu schaffen, hin von der Institutionenorientierung zur PatientInnenorientierung. Das bildet sich hier nicht ab.

Und die dritte Frage in dem Zusammenhang: Wann beginnt denn bei Ihnen, insbesondere für

das medizinische Personal der Nachtdienst? Ist das, wie im Otto-Wagner-Spital, um 13.00 Uhr? Also, ab wann tritt man medizinisch auf stand-by?

Und vielleicht allerletzte Frage noch: Sie haben davon gesprochen, dass bei Unterbringungen auch oder bei Beschränkungen es auch die Gebrechlichkeit sein kann oder das schiere Herausfallen ältere Menschen aus dem Bett. Welche Rechtsgrundlagen haben Sie, außer die Unterbringung im Rahmen des Unterbringungsgesetzes, für Beschränkungen? Gibt es Beschränkungen, die außerhalb dieses gesetzlichen Rahmens stattfinden? Und dann auf Basis welcher Rechtsgrundlage? Ich danke schön.

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Dann darf ich einmal zur baulichen Situation gehen. 145 Betten. Die Stationen sind 17, 18, 13, 24, 17, 12, 22 und 22 Betten groß. Wir haben in dem gesamten Bereich drei Einbettzimmer. Wir haben in dem gesamten Bereich 38 Zweibettzimmer, 14 Dreibettzimmer und 6 Vierbettzimmer. Auf allen Stationen, die vor 2002 saniert wurden, davon ist auf der einen Station ein Zimmer mit Dusche und WC, im restlichen Stationsbereich mindestens WC und Waschtisch pro Zimmer. Auf drei Stationen haben wir noch eine zentrale Nassgruppe, mindestens zwei Duschen und jeweils zwei Damen und Herren WC, nach Geschlechtern getrennt plus ein Stationsbad. Auf der Station 4, das war ebenfalls vor 2002, wurde jedes Zimmer bereits mit Dusche und WC ausgestattet und ein Stationsbad. Bei den 2003 sanierten beiden Stationen ist jedes Zimmer mit Dusche und WC ausgestattet plus ein Stationsbad. Und die 2006 fertiggestellte Station 6 hat ebenfalls jedes Zimmer mit Dusche und WC, das sind also auf der Station 6 dann sechs Zweibettzimmer, ein Einbettzimmer mit integrierter Dusche und WC. Die Stationen haben meiner Meinung nach einen relativ großzügigen Aufenthalts- und Freizeitbereich, wobei zum Teil der Stationsgang, der relativ breit ist, dazu benutzt wird. In allen Stationen aber auch ein Aufenthalts-, Rückzugs- und Freizeitraum entsprechender Größe, je nach der Stationsgröße zur Verfügung steht.

Ich schaue jetzt. Ja, ein Beispiel nur: Das letzte Projekt, die Station 6, 13 PatientInnen-Therapiestation, Kosten der Station waren 750.000 EUR. Wir haben daneben dann noch eine Zentralgarderobe für das Personal der umliegenden Stationen gebaut für weitere 200.000 EUR, dadurch gewinnen wir wieder auf der Station Räumlichkeiten für patientInnen-bezogene Maßnahmen, Besprechungszimmer etc. Das ist eines der größten Probleme, wenn, so wie wir doch im therapeutischen Bereich ausweiten, dass an Funktionsräumen bald dann ein Mangel ist.

Wir haben 2007 den Spatenstich für den Umbau der Küche gesetzt. Diese wird generalsaniert auf der Grund der veralteten Haustechnik und des Bauzustandes. Es wird allerdings keine Änderung des Speisenausteilsystems des Schöpfsystems geben. Nachdem wir uns darauf geeinigt haben, dass das Schöpfsystem das bessere ist gegenüber den Tablettssystem.

Es werden die Ärztedienstzimmer, die derzeit noch in einem stationsnahen Bereich, also so angesiedelt sind, dass hier ein Stationsumbau nicht möglich ist, werden vor dem Haus I angesiedelt. Dadurch vergrößert sich die nächst umzubauende Station 7A. Wir haben ein Investbudget 2007 von 1.165.100 EUR plus 519.500 EUR für die Küche gehabt. Wobei wir vor allen Dingen auch die elektrische Infrastruktur haben sanieren müssen. Für das Budget 2008 schaut es so aus, dass wir sicher die Ärztedienstzimmer fertig bauen können, das Notstromaggregat fertig bringen und die Küche fast fertig bringen.

Wir warten noch, ob wir für die Station 7A, das ist eine unserer ältesten Stationen, Therapiestation für Alkoholranke ein Umbaubudget für die Station bekommen werden. Das wissen wir derzeit noch nicht.

Was das mit dem Abendessen betrifft, so ist 16.15 Uhr die Zeit, an der das "kalte" Abendessen sich auf der Station befindet. Es gibt keine Notwendigkeit für die PatientInnen so zeitig dazu sein. Der sozusagen Zapfenstreich für die PatientInnen ist 22.00 Uhr. Um 22.00 Uhr werden die Portiere angewiesen, die Haupttore zu schließen und jeder, der dann noch hinein will, muss entweder einen kleinen Umweg nehmen oder den Portier aufwecken. Das geht prinzipiell auch. Natürlich ist es nicht gerne gesehen. Schließlich sind die Leute auch auf Therapie. Insofern sehe ich das also schon so, dass man individuell bei uns essen kann. Wann man eben möchte. Und die PatientInnen, gerade was den Freizeitbereich betrifft, natürlich auch sich selbst bestimmen können, was sie wollen. Es gibt dann also auch die Möglichkeit, dass PatientInnengruppen insgesamt irgendwelche Events veranstalten, Grillabende oder sonst irgendwas. Also, diese Möglichkeit ist schon gegeben.

Insofern hoffe ich also doch, es wäre zumindestens für mich schlimm, wenn ich da ernsthaft damit konfrontiert wäre, dass der Betrieb nicht patientInnenorientiert ist, das wäre mir schlimm. Also, ich habe eine eindeutige Hierarchie und die heißt: Die PatientIn kommt zuerst und dann kommen die Bedürfnisse der Institution. Das hat mir auch in der Institution nicht nur Freunde eingetragen.

Der Nachtdienst im medizinischen Personal beginnt dummerweise tatsächlich um 13.00 Uhr. Das hängt mit der getroffenen Diensterteilung



zusammen. Vor zwei, drei Wochen bin ich mit den Ärzten zusammengesessen und habe einen Vorschlag zu einer alternativen Dienstzeit gemacht, die zumindestens dann sorgen würde, na ja, also bitte schön 14.00 Uhr Dienstende. Naja, es hat schon Vorteile, weil da ist noch eine Mittagszeit dabei und wenn man um 13.00 Uhr schon heimgeht, kann man sich nicht wirklich etwas langes mehr vornehmen, während bis 14.00 Uhr müsste das eigentlich besser gehen. Allerdings sind dann wieder nur drei Nachtdienste, die im Monat anfallen und es ist der dritte Nachtdienst dann wieder bereits ein höher bezahlter. Das heißt, ich kann leider nicht mit dieser Veränderung sagen, dass das Ganze billiger wird. Das Ganze wird eventuell um das Gespür teurer. Und ich habe immer auch die Oberösterreicher sehr bewundert. Ich weiß nicht, ob sie das heute noch haben, aber die hatten eine Zeit, da haben sich die Ärzte von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr dagehakt und haben ihnen die Nachtdienste extra bezahlt. Das ist natürlich bei der Anzahl von Personal, muss ich sagen, dass wir ärztlicherseits in Wien haben, auch dass wir ausbilden in Wien, eine teure Sache. Wie gesagt, mir soll es recht sein. Ich selber sitze die meisten Tage bis 17.00 Uhr oder 18.00 Uhr dort, weil ich sehr gerne Psychotherapien selbst mache und die natürlich um die Zeit am Besten sind.

Bezüglich der Rechtsgrundlagen von Beschränkungen. Ja, in einem psychiatrischen Krankenhaus gehen Beschränkungen ausschließlich nach dem UBG. Das ist klar. Ich habe das mit dem älteren und gebrechlichen PatientInnen eigentlich auch nicht auf die Institution in Ybbs bezogen. Wir haben ein Durchschnittsalter von knapp 40 Jahren bei den Aufnahmen. Das heißt, geriatrische PatientInnen kommen bei uns praktisch nicht vor. Ja also, das müssten Extremausnahmen sein. Ja, irgendein depressives Zustandsbild im höheren Lebensalter. Aber ich habe natürlich auch auf der damaligen Baumgartner Höhe fünf Jahre hindurch als Oberarzt eine gerontopsychiatrische Abteilung geleitet und weiß schon, wie groß da die Gefahr ist, wenn jemand eben nicht weiß, dass er schlecht geht und zu Sturz kommt.

GRin Dr. **Pilz**: Ich hätte noch eine kleine Nachfrage.

Sie haben gesagt, dass Sie selber bis 17.00, 18.00 Uhr Psychotherapie machen, nachdem Sie ja primär psychotherapeutisch und psychoanalytisch in Ihrer Klinik arbeiten, ich kann das alles sehr gut nachvollziehen, kann ich dann den Schluss daraus ziehen, dass alle Ärzte auch das noch in den Vormittag hineinpacken, weil sozusagen ab 13.00 Uhr nur mehr diejenige ÄrztIn da ist, die uns sozusagen den Nachtdienst über-

nimmt und damit ohnehin mit diesen Dingen beschäftigt ist.

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Ja. Hineinpacken ist manchmal durchaus ein entsprechendes Wort. Man muss nur sagen, dass der Durchschnittsarzt, der im Nachtdienst drinnen ist, nicht mehr als zwei Psychotherapiefälle à drei Termine in der Woche wird führen können. Es sind zum Großteil die psychotherapeutischen Leistungsträger, die PsychologInnen, die haben natürlich sehr viel, nachdem sie keine Nachtdienste haben, sind die sozusagen brutto für netto da und helfen mir da sehr, sehr viel. Ich selbst arbeite bis zu 12 Stunden in der Woche psychotherapeutisch.

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

GRin **Praniess-Kastner**: Gerne. Herr Dr. Sindermann. Eine kurze oder zwei sehr kurze Fragen.

Sie haben über die bauliche Ausstattung ihres Krankenhauses erzählt und haben darauf hingewiesen, es gibt sehr wenig Einbettzimmer, relativ eine hohe Anzahl an Zweibettzimmern, Drei- und Vierbettzimmern. Und Sie haben darauf hingewiesen, dass 2002, 2003 und 2006 umgebaut wurde. Gehe ich da jetzt richtig in der Annahme, dass alle Zimmer umgebaut wurden in dieser Zeit? Das heißt alle Zimmer erneuert wurden? Nein?

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Oja, eine Station, die umgebaut wird, wird gesperrt, auf eine Ausweichstation verlegt und dann schlüsselfertig und von Grund auf renoviert wieder übergeben.

GRin **Praniess-Kastner**: Okay. Das heißt, es wurden auch in diesem genannten Zeitraum die Vierbettzimmer umgebaut. Jetzt meine Frage dazu: Auf welchen therapeutischen oder medizinischen Grundlagen beruht das, dass man psychisch kranke Menschen in Drei- oder Vierbettzimmern unterbringt?

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Ja also, ganz sicherlich auf gar keiner psychotherapeutischen Maßnahme, sondern das ist einfach ein Lernprozess. Das ist ein Lernprozess. Wir haben angefangen mit Sälen mit 20 Betten. Wir sind dann, ich gestehe, vollkommen eher daneben planend bei Vierbettzimmern gelandet, die allerdings, also wenn ich mir den Zehner anschau, der die meisten Vierbettzimmer hat, sind diese Zimmer relativ groß, relativ lüftig, das Klientel, das dort ist, beschwert sich auch nicht über diese Vierbettzimmer. Trotzdem, das ist kein Standard. Das ist mir klar. Der Standard auf den wir zugehen werden, ist eindeutig im Bereich der Einbettzimmer.

GRin **Praniess-Kastner**: Okay. Aber trotzdem möchte ich da noch einmal festhalten, dass man spätestens 2002 noch davon ausgegangen

ist, dass Vierbettzimmer ein guter Standard sind, sonst hätte man sie ja nicht umgebaut.

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Das kann ich so schon nehmen. Allerdings muss von einem ausgehen. Je mehr Einbettzimmer zum Beispiel ich baue, umso mehr Quadratur brauche ich und umso mehr sinke ich dann wieder mit den Therapieplätzen ab. Das heißt, es ist eine gewisse Kalkulation auch da. Wir haben zum Beispiel aus dieser Not heraus Dinge, die nicht unbedingt in diesem patientInnen-nahen Bereich liegen müssen, jetzt schon außen verlagert, zuletzt eben die ÄrztInnen-dienstzimmer. Unsere ÄrztInnen brauchen etwas mehr Dienstzimmer als in einem anderen Krankenhaus, weil das zu einem nicht unerheblich Teil ja Pendler aus Wien sind. Also, solche Dinge, wie ÄrztInnen-dienstzimmer eben zum Beispiel, wenn ich die aus dem Bereich rausbringe, dann kann ich die Station auf einer viel höheren Durchschnittsgröße natürlich dann auch mit Einbettzimmern umbauen. Das ist nur die Frage, wie viele Betten verliere ich auf der einen Seite und wie hoch brauche ich den Standard. Und da, ich kann es nicht leugnen, ist uns mit diesen Vierbettzimmern sicherlich nicht unbedingt das Innovativste gelungen.

GRin **Praniess-Kastner**: Vielen Dank. Noch eine zweite ganz kurze Frage. Sie haben ja darauf hingewiesen, dass Ybbs besteht aus dem Geriatriezentrum, aus dem sozialtherapeutischen Zentrum und eben aus der Psychiatrie, Ihrer sozusagen Zuständigkeit. Gibt es zwischen der Sozialtherapie und Ihrem Zentrum der Psychiatrie einen Austausch von PatientInnen?

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: So gut wie nicht. Ich denke mir, das sind ganz andere Dinge, die also hier gefordert sind, zum Beispiel eines der wichtigsten Projekte jetzt in der Sozialtherapie ist die Beforschung der Lebensqualität Behinderter in solchen Institutionen, die wir gemeinsam mit der „Lebenshilfe Salzburg“ machen. Das ist was ganz anderes. Auch Verhaltensauffälligkeiten werden selten bis gar nicht in Bereich der Akutpsychiatrie behandelt.

GRin **Praniess-Kastner**: Halten Sie es für zeitgemäß behinderte Menschen in so großen Institutionen unterzubringen?

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Nein! Eindeutig nein! Das muss kleiner werden. Darum müssen wir uns auch, was das sozialtherapeutische Zentrum betrifft, vermehrt anderen Aufgaben stellen, die eine Behindertenarbeit ist ein Auslaufposten.

GRin **Praniess-Kastner**: Danke!

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau GRin Petrides.

GRin **Petrides**: Danke schön. Ja, sehr geehrter Herr Primar.

Erst Mal vielen Danke für Ihre Ausführungen, die sehr, sehr umfangreich waren und dadurch haben sich natürlich auch einige Fragen erübrigt. Aber ich möchte trotzdem auf eines zurückkommen. Sie haben den Patientenanwalt angesprochen. Wie weit sehen Sie den als unabhängiges Instrument und als Ansprechpartner für die PatientInnen, vor allem aber auch für deren Angehörige und wie weit wird das auch in Anspruch genommen? Das wäre einmal meine erste Frage. Und ich hätte noch eine Frage. Und zwar: Wie sehen Sie weiterhin die Entwicklung der Psychiatrie, vor allem die laufende Verbesserung der Psychiatrie?

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Der Patientenanwalt ist bei uns zweimal in der Woche, hat hier seine Sprechstunden einerseits und geht durch die gesamte Psychiatrie durch andererseits. Der Patientenanwalt hat im Rahmen von Stationsforen in regelmäßigen Abständen auch eine Gruppe, die er leitet und in der er sich vorstellt. Der Patientenanwalt wird selbstverständlich in erster Linie dann von unseren KlientInnen in Anspruch genommen, wenn es Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Krankenhaus und den PatientInnen zu klären gilt. Und eine typische Meinungsverschiedenheit ist: Drogenkranke kommt, hat einen Mords-Weinkonsum mit Beruhigungsmitteln und dazu noch Substitol als Substitution. Und weil der Entzug so schön ist und gleich geht, möchte er nicht nur vom Weinkonsum, sondern auch vom Substitol entzogen werden. Wir halten dem aber Studien entgegen, dass, wenn man alles auf einmal entzieht, die Rückfallgefahr sehr groß ist. Jetzt kann es möglich sein, dass der dann zum Patientenanwalt geht. Dann macht man halt ein Gespräch zu dritt mit dem Patientenanwalt. Manchmal gewinnt auch die PatientIn. Das ist durchaus wirklich drinnen.

Wohin geht die Psychiatrie? Das ist. Ich würde sagen, wie alles in Richtung von mehr Spezialisierung, in Richtung von mehr - großes Schlagwort - PatientInnenorientierung. Ich würde es mir wünschen, dass sie in die Richtung geht, zu entdecken, dass auch dieses klassische Klientel eines psychiatrischen Krankenhauses sehr viel bedürftiger auch nach Psychotherapie ist als man es jetzt vielleicht sieht. Das wäre wahrscheinlich ein Traum. Auf der anderen Seite so schwierig. Das korreliert ja auch irgendwo mit dem Schutz- und Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung. Ich habe das selbst erlebt. Ein Jeder ist natürlich für Wohnungen, betreute Wohnungen für chronisch psychisch Kranke. Und dann habe ich in Ybbs einmal eine Vierzimmerwohnung gemietet und dort haben wir dann chronisch psychisch Kranke reingesetzt. Na Servus, das hätten Sie sich anhören sollen. Auch verständlich. Das waren Eigentumswohnungen. Die

Leute haben um ihren letzten blutigen Heller sich eine Eigentumswohnung gekauft und auf einmal haben sie vier chronisch psychisch Kranke daneben sitzen. Mehr, ein bisschen mehr Toleranz von Seiten der Bevölkerung und dafür ein bisschen mehr Freiheit dem Kranken. Wir haben zum Beispiel in den 2000er Jahren eine sehr erfreuliche Entwicklung bei Kongressen. Erstmals gibt es da Leute, die machen Studien nicht mehr bezüglich Symptomreduktion bei Stimmen hören durch Neuroleptiker, sondern die beforschen die Lebensqualität der Leute. Und das ist ein Unterschied. Dort liegt zum Beispiel eine große Zukunft in einem Wechsel einfach dessen, was ich erreichen will. Will ich erreichen, dass jemand immer ganz still ist, sich immer ganz brav benimmt, dass er keine Stimmen hört und dass er, was weiß denn ich, niemals mitten auf der Straße uriniert. Oder will ich, dass der Mensch eine Lebensqualität hat, die er selber auch bejahen kann. Und in die Richtung glaube ich dürfen wir uns weiter entwickeln.

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

GRin Dr. **Pilz**: Na, um auf der Straße zu urinieren, muss man nicht psychisch krank sein, da genügt es oft, ein Mann mit voller Blase zu sein. Als Frau tut man das sowieso nicht.

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Jawohl! (*Gelächter*) Jawohl! Ich nehme es zur Kenntnis. Habe es selbst schon getan.

GRin Dr. **Pilz**: Nur um sozusagen - Auffälligkeiten sind nur auf psychisch Kranke beschränkt, auch kleine Kinder in Reihenhaussiedlungen, wo alte Leute wohnen sind auffällig. Auch das ist sozusagen ein Privileg für psychisch Kranke. Erlauben Sie mir jetzt, das habe ich jetzt einfach sagen müssen. (*Zwischenruf*) Manches was besonders ist, ist vielleicht gar nicht unbedingt unter dem Stichwort psychische Auffälligkeiten zu subsumieren.

Ich habe noch eine kurze Nachfrage. Sie haben gesagt, der Patientenanwalt kommt.

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Zwei Mal die Woche.

GRin Dr. **Pilz**: Zwei Mal die Woche, nur dass wir keine Verwirrung haben. Reden wir jetzt vom Vertretungsnetz im Sinne des Unterbringungsgesetzes?

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Ja.

GRin Dr. **Pilz**: Ja. Das war glaube ich.

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Der rein für Patientenanwaltschaft und Sachwalterschaft.

GRin Dr. **Pilz**: Ich wusste nicht, Frau Petrides, ob Sie den meinen? Mit Ihrer Frage nach dem Patientenanwalt, ob Sie den Herrn Dr. Brustbauer gemeint haben oder ob Sie das Vertretungsnetz?

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Den Patientenanwalt haben wir auch den Niederösterreichischen.

GRin Dr. **Pilz**: Ja, hätte mich nämlich jetzt gewundert, weil der Herr Dr. Brustbauer - vielleicht auch für das Protokoll, wir sprechen hier vom Vertretungsnetz.

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Ja, vom Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft Niederösterreich, der uns betreut.

GRin Dr. **Pilz**: Ja betreut. Eben. Gut. Das war nur die Begriffsklärung. Und meine eigentliche letzte Frage jetzt. Sie wissen, dass wir immer wieder in der Psychiatrie zu wenige Kapazitäten in der stationären Versorgung haben. Könnten Sie sich vorstellen, dass Ybbs auf irgendeine Weise in den Versorgungsauftrag wieder eingebunden werden könnte? Nicht unbedingt im Sinne einer Akutaufnahme aber im Langzeitbetreuungsbereich?

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Ja. Also, gleich Eingangs, für meine political incorrectness muss ich mich entschuldigen. Ich glaube, nein, ich neige dazu. Es ist schlimm, aber ich neige dazu und ich habe mit mir selber vorher eine Wette abgeschlossen, ob es mir gelingt, ohne eine political incorrectness durch dieses Hearing zu gehen. Also, es freut mich, ich bin ich selbst geblieben. Das war es. (*Zwischenruf*)

Ja. Aufgaben für Ybbs sehe ich immer in der Zusammenarbeit und zwar vermehrt in der beauftragten Zusammenarbeit mit Wiener Institutionen. Ich fühle mich sehr wohl, wenn ich von anderen Institutionen, zum Beispiel vom Verein „Sucht und Drogen“, zum Beispiel aber auch vom, wie gesagt, wenn wir Psychotraumatologie betreiben, von Opfergesellschaften, von Menschen, die Traumatisierte betreuen, wenn wir hier sozusagen im Auftrag handeln. Da fühle ich mich sehr, sehr wohl. Und es schaut auch so aus, als würde das mehr in diese Richtung gehen. Einen direkten Versorgungsauftrag im Sinne von „jede zehnte Einweisung aus Wien fährt nach Ybbs hinaus“, das wären burgenländische Verhältnisse. Das darf ich sagen, weil die haben diese Verhältnisse bis vor kurzem gehabt. (*Zwischenruf*) Na, die sind nach Mauer gefahren mit den PatientInnen.

GRin Dr. **Pilz**: Oder sie fahren ins Otto-Wagner-Spital. Nordburgenland hat die Unterbringungen im Otto-Wagner. Also, es wäre nicht aus der Welt.

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Ja, also das ist glaube ich nicht das, was wir anstreben sollen.

GRin **Praniess-Kastner**: Herr Dr. Sindermann. Eine Frage zum Psychosozialen Dienst in Wien. Gibt es von Ihrer Seite Kontakt zum Psychosozialen Dienst? In welcher Weise gibt es Kontakt? Wie oft kommt das vor, dass Sie Pati-

entInnen die von Ihnen entlassen werden, dann an den Psychosozialen Dienst weiterreichen? Sie selber haben den Namen Dr. Prof. Rudas heute genannt. Und in diesem Sinne die Frage, wie intensiv ist Ihre Zusammenarbeit mit dem Psychosozialen Dienst?

Eine zweite Frage, die uns als Untersuchungskommission beschäftigt und wenn Sie, nehme ich an, die Protokolle vielleicht ein bisschen verfolgt haben, welche Fragen wir als Opposition oder auch die Regierungspartei an die ExpertInnen bisher gestellt haben. Eine Frage in dem Zusammenhang, sie wird nicht überraschend sein. Sie wissen, von der SPÖ-Mehrheitsfraktion wird es abgelehnt, dass wir die Angehörigenvertretung HPE hier einladen dürfen, um sie zu befragen. Es geht ja ganz konkret um die Missstände der Psychiatrie in Wien. Und da hätte ich ganz konkret die Frage an Sie: Sind Sie der Meinung, dass es zumutbar ist, für Angehörige hier in der Untersuchungskommission auszusagen und schließen Sie sich auch der Meinung des Herr Prof. Pritz an, der sagt: „Reden Sie nicht über psychiatrische PatientInnen sondern reden Sie mit ihnen“?

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Ja, also. PSD in Wien ist eine befreundete Institution. Unsere Stationen haben im Zuge des Entlassungsmanagements den Auftrag für jede PatientIn die entsprechende Nachsorgeinstitution zu suchen und zu finden. Es ist keine große Überschneidung in der Klientel zwischen PSD und Ybbs, weil der PSD sich, soweit ich das sehe, vor allen Dingen mit der sozialen Integration und Betreuung von psychotisch Kranken und sozusagen einen anderen Klientel beschäftigt wie wir. Wir arbeiten zusammen. Es gibt einen Verbindungsdienst nach Ybbs. Wir treffen uns regelmäßig. Ich selbst freue mich, dass ich mehrmals im Jahr entweder Stefan Rudas bei mir empfangen oder zu ihm nach Wien fahren kann, wo wir dann auch ganz einfach über die Dinge sprechen. Also, eine befreundete Institution, mit der wir uns nicht wirklich eins zu eins im Klientel überschneiden.

Wir oft PatientInnen zur Nachbetreuung zum PSD zugewiesen werden, das ist sehr unterschiedlich. Viele unsere PsychotherapiepatientInnen haben irgendjemanden zu dem sie schon vorher gegangen sind, oft auch niedergelassene Psychotherapeuten, zu denen die dann weiter gehen. Geht es mehr um die psychosoziale Situation, dann wird sicherlich der PSD eingeschaltet werden. Also, es ist ein ruhiges Mit- bis auch Nebeneinander von Instituten, die miteinander befreundet ungefähr so auch das Selbe, glaube ich, ideologisch denken.

Ja, was die HPE betrifft, so bin ich selbst ein großer Freund der HPE. Ich habe im Rahmen

der HPE Vorträge gehalten. Ich schätze die Beratungstätigkeit der HPE.

GRin **Praniess-Kastner**: Zu der politischen Frage, ob Sie der Meinung sind, dass die HPE hier zur Aufklärung der Missstände etwas beitragen könnte innerhalb der Kommission?

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Wie soll ich der Kommission diesbezüglich einen Rat geben? Ich weiß es nicht. Ich glaube nicht, dass das eine Frage ist, die ich beantworten kann.

GRin **Praniess-Kastner**: Und die andere Frage war, ob Sie der Meinung sind auch des Herrn Prof. Pritz, die er hier geäußert hat, dass er meint, zur Aufklärung über die Psychiatrie aber auch zu Entstigmatisierung der Psychiatrie ist es notwendig, mit psychisch kranken Menschen, aber vor allem mit deren Angehörigen und die Angehörigenberatung auch hier einzubeziehen. Nicht über sie zu reden, sondern auch mit ihnen.

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Also, das klingt wunderbar. Und: Ja. Auch hier ist es eine Art des Vorgehens, wie Sie letztlich als Gremium insgesamt zu dem Schluss kommen, dass Sie es wollen. Es sprechen Dinge dafür, dass man mit vor allen Dingen Organisationen von Psychiatriebetroffenen Kontakt sucht und Kontakt aufnimmt. Und es besteht natürlich auch eine gewisse Gefahr, dass Menschen, die aus verschiedenen Gründen der Psychiatrie sehr kritisch gegenüber stehen in einer etwas hohen Frequenz dann anwesend sind, während der Großteil derer, die eigentlich sich auch durch die Psychiatrie, die wir jetzt haben, sehr gut bedient vorkommen, dann eigentlich nicht da sind. Also, das ist sehr schwer auszudrücken.

GRin **Praniess-Kastner**: Sie sprechen von positiven Seiten, aber Sie haben auch jetzt ausgeführt, weshalb es gefährlich sein könnte (*Zwischenruf*) oder Ihrer Meinung nach von Nachteil. Können Sie uns die Argumente, die dafür sprechen aufzählen oder näher erläutern. Die dafür sprechen würden mit den Angehörigen gemeinsam hier zu arbeiten?

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Also, was dafür spricht ist das: Jeder Mensch, auch ein Mensch, der einen extremen Standpunkt einnimmt, einen Teil, wenn ich jetzt philosophisch werde, der Wahrheit mit einbringt. Ich würde nur wirklich warnen davor, da jetzt Türln aufzumachen und mir nicht jene anzuhören, die zufrieden sind und die sagen, ja die haben mir sehr gut geholfen, sondern ausschließlich kritische Stimmen zu hören. Dann würde wahrscheinlich ein Bild entstehen, das ja nicht sehr realistisch ist. Weil das ist einfach nicht wahr. Ich meine, dass wir einen Entwicklungsbedarf hier und den da haben und ich habe heute drei Mal gesagt, das Bessere ist der Feind des Guten. Natürlich vor-

wärts entwickeln. Klar. Ja. Aber ja, ansonsten will ich mich also in dieser Diskussion wirklich nicht einmischen. Sie hat Vorteile. Und sie hat wahrscheinlich auch große Gefahren. Man muss sich dann darüber einigen, was man will.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr GR Deutsch hat sich zu Wort gemeldet.

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

Ich möchte nur eine Korrektur zu meiner Vordnerin anbringen. Der Herr Prof. Pritz hat nicht gesagt, dass Angehörige und PatientInnen hier in der Untersuchungskommission vorgeladen bzw. vorgeführt werden sollen. Das hat er nicht gesagt, wenn Sie das Protokoll nachlesen, sondern er hat gemeint, dass er sich vorstellen kann, dass eine Befragung in einem nicht-öffentlichen Raum stattfindet. Und wir haben ja den Vorschlag auch gemacht, dass dieser nicht-öffentliche Raum aus unserer Sicht die gesetzlich festgelegte Patientenanzwtschaft ist, die weisungsfrei ist und wo sich PatientInnen und Angehörige auch hinwenden können und auch sollen. Aber er hat nicht gesagt, dass diese Untersuchungskommission dafür der geeignete Rahmen ist, weil ja die Untersuchungskommission auch nicht ein Arbeitskreis ist, wo es um eine fachliche Arbeit mit PatientInnen und Angehörigen geht. Sondern unsere Aufgabe ja die ist, den Sachverhalt zu besprechen, behauptete Missverständnisse bzw. Missstände zu behandeln, zu fragen: Sind Maßnahmen gesetzt worden. Ja? Welche? Und gibt es dafür eine politische Verantwortung? Das ist unsere Aufgabe. Und das wollte ich auch für das Protokoll richtig stellen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gibt es noch eine Wortmeldung? Eine Frage an den Herrn Primar? Herr Primar, dann danke ich Ihnen. Dann haben Sie es überstanden. Ich darf mich für Ihre Geduld bedanken. (*Zwischenruf*) Und darf Ihnen noch einen angenehmen Abend wünschen.

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Ich gehe jetzt nach Hause.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Wir haben noch eine Tagesordnung. (*Zwischenruf*) Wir müssen noch ein paar Beschlüsse fassen. Und für Sie hoffe ich, dass der dienstliche Tag beendet ist.

Hofrat Prim. Dr. **Sindermann**: Ich sage danke schön auch für die Aufmerksamkeit, jetzt nicht so sehr in meinem Namen als sozusagen im Namen überhaupt (*Vorsitzender: Der PatientInnen*) der Psychiatrie und der PatientInnen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke vielmals. (*Allgemeiner Beifall*)

So, wir haben noch Beweisanträge, über die wir noch Beschluss fassen wollen. Auf Wiedersehen! Und zwar, ich mache es wieder der Reihe

nach, der Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0212*) der Grünen, Protokollnummer 212. Da geht es um die Ladung der Frau Primaria Dr. Pfersmann. Wünscht dazu jemand das Wort? Herr GR Deutsch bitte.

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

Zum Antrag 212 möchte ich anmerken, wie wir das ja auch bereits einmal grundsätzlich diskutiert und besprochen haben, dass wir der Meinung sind, dass es nicht erforderlich ist, alle Abteilungsvorstände des Otto-Wagner-Spitals zu befragen. Wir haben bereits eine Reihe von Ladungen von Vorständen betreffend das Otto-Wagner-Spital beschlossen, haben auch bereits die Kollegiale Führung geladen, keiner wurde bisher gehört. Wir sollten das daher einmal durchführen und dann die Frage uns noch stellen, ob es noch erforderlich ist, hier weitere Befragungen durchzuführen. Daher würde ich das aus heutiger Sicht ablehnen. Die Begründungen im zweiten Teil, wo Sie darauf hinweisen, dass die Frau Dr. Pfersmann auch im SMZ-Ost tätig ist.

Und wenn der Vorsitzende gestattet, würde ich nachdem dieser Teil auch auf den Antrag 214 Bezug nimmt, auch gleich zu diesem Antrag in einem ausführen, warum wir auch beide ablehnen werden. Sie schreiben im Antrag 214, der auch Grundlage für die Ladung der Frau Primaria Dr. Pfersmann sein soll, dass Ihnen Informationen vorliegen, die befürchten lassen, dass die beiden Patientinnen nicht ausreichend betreut wurden. Ich würde vorschlagen, dass Sie diese Informationen der Kommission zur Verfügung stellen, dass wir diese uns ansehen können und dann auch über den weiteren Vorgang beraten können. Aber nicht auf Verdacht und Spekulation hier Unterlagen über Krankheitsbilder - und Suizid ist der schlimmste Ausgang eines Krankheitsbildes - hier auch also anfordern. Wir haben darüber hinaus auch noch die Möglichkeit, auf Grund von zahlreichen Ladungen von Sachverständigen und ExpertInnen diese auch zu diesen Krankheitsbildern auch zu befragen. Sie wissen, wenn besondere Umstände bei Suizid vorliegen, dass automatisch auch von Seiten des Krankenanstaltenverbundes eine Sachverhaltsdarstellung einerseits an die Staatsanzwtschaft ergeht. Wir haben hier ja bereits beschlossen, den Herr Dr. Jarosch auch zu hören, den verantwortlichen Staatsanzwalt für die Medienstelle. Dass bei einer Beschwerde bzw. bei besonderen Umständen auch die Wiener Patientenanzwtschaft informiert wird. Wir haben hier bereits beschlossen, die Ladung von Dr. Brustbauer. Ich würde sagen, dass wir diese dazu auch ausführlich befragen sollen. Aber nicht Unterlagen zu Krankheitsbildern jetzt anfordern.

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

GRin Dr. **Pilz**: Herr Kollege Deutsch! Man hat den Eindruck, wenn es dann wirklich um was geht, nämlich um Dinge, die passiert sind, dann wollen Sie es immer nicht wissen. Ich kann Ihnen sagen, warum ich keine Unterlagen zu diesen beiden Suizidvorfällen geben kann. Es handelt sich nämlich um eine mir Bekannte, also nicht, jemand, der sich bei mir gemeldet hat und mir sozusagen namentlich bekannt ist, aber eine Person aus dem Personal aus dem SMZ-Ost, die aus guten Gründen, die ich nachvollziehen kann, mir mitgeteilt hat, dass sie in große Sorge ist um ihre berufliche Existenz, um ihre berufliche Zukunft, und dass sie mich ersucht, dass ich Vertraulichkeit wahre hinsichtlich ihrer Person. Ich hatte keinen Zweifel, in Kenntnis der Person, dass das, was sie mir erzählt hat, zutrifft. Ich behaupte ja nicht etwas, sondern ich möchte es untersuchen und es hat zwei Suizide gegeben. Und die sind unter der Verantwortung der Frau Dr. Pfersmann, nicht persönlichen Verantwortung, aber unter der Leitung der Abteilung der Frau Dr. Pfersmann vorgefallen. Und in einem ganz sorgfälligen Aufarbeiten von so etwas, und wir reden hier über Missstände und Vorfälle, gilt es diejenigen die verantwortlich sind, zu hören. Das ist ordentliche Arbeit. Und das wollen wir. Jemand, der Suizid begangen hat, das will ich jetzt bar jedes Zynismus sagen, ist nicht jemand, der sich vorher und nolens volens nachher an eine Patientenanwaltschaft wenden kann. Also, ich will das jetzt gar nicht im Detail im Bezug auf diese Fälle, was Sie hier sagen, gar nicht qualifizieren. Aber das sind Menschen, die haben Selbstmord begangen. Also wird, nehme ich an, beim Patientenanwalt, wenn sich nicht die Verwandten, was ich nicht weiß, gewendet haben, nichts vorliegen. Also, wen soll man hier befragen? Und die Dr. Pfersmann könnte uns Auskunft geben, was der Fall war und wie man im Haus agiert hat. Das alles immer über alle anderen Ebenen zu spielen, Patientenanwalt, Führungsebene im Otto-Wagner-Spital, vom Otto-Wagner-Spital haben wir ja noch gar keine Führung, vom SMZ-Ost haben wir ja gar keine Führungsspitze eingeladen, heißt, die Dinge so weit weg zu spielen von dort, wo sie dann vorgefallen sind und der Fall waren, dass ich es ganz unglaublich finde und ich empfinde das als Behinderung der Arbeit. Hier wird niemand vor den Vorhang gezerrt. Hier werden nicht PatientInnendaten irgendwie veröffentlicht, denn natürlich wird man über die Personen keinerlei personenbezogene Daten anfordern noch hier ausbreiten. Aber, wenn es so ist, dass Suizide und die Person, die mich informiert hat, hatte sich nur deshalb an mich gewandt, weil sie über das Zustan-

dekommen dieser Todesfälle sehr, sehr besorgt war und es liegt ihr am Gewissen und am Herzen, dass darüber nie, nach ihrer Einschätzung nie, eine ordentliche Aufarbeitung erfolgte. Und es ist der richtige Weg, die Verantwortlichen hier zu laden und ich empfinde das als eine schlimme und gravierende Behinderung und Verhinderung der Aufklärungsarbeit, weil Sie Ihre Mehrheit nützen, schon wieder etwas nicht wissen zu wollen.

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

GRin **Praniess-Kastner**: Ja. Was die Ladung der Frau Dr. Pfersmann angeht, schließe ich mich natürlich hundertprozentig inhaltlich der Frau Dr. Pilz an. Ich stelle fest, Sie wollen weder Angehörige noch PatientInnen hier laden. Sie wollen die AngehörigenvertreterInnen nicht hier laden. Sie wollen zuständige ÄrztInnen, kein Pflegepersonal laden. Und jetzt kann ich überhaupt nicht nachvollziehen - das Andere haben wir schon alles wirklich zur Genüge gehört. Jetzt kann ich überhaupt nicht nachvollziehen, weshalb Sie sich dagegen wehren, anonymisierte PatientInnenakte hier vorlegen zu lassen.

Herr GR Dr. Deutsch. Sie haben zuerst nur der Richtigkeit halber wegen des Protokolls hier eine Anmerkung gemacht. Ich möchte die auch der Ordnung halber hier fürs Protokoll diese Anmerkung machen, dass ich mir überhaupt keine Erklärung dafür geben kann, weshalb Sie dagegen sind, dieser Kommission die anonymisierten, ohne spezifische PatientInnendaten Unterlagen hier zur Verfügung stellen. Ich kann das auch nur als grobe Behinderung unserer Untersuchungsaufgabe werten.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr GR Deutsch bitte.

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

Von einer Behinderung der Tätigkeit der Untersuchungskommission kann ja keineswegs die Rede sein. Keineswegs und trotz fortgeschrittener Stunde glaube ich, dass es nicht notwendig ist, von Ihrer Seite da jetzt eine künstliche Aufregung zu produzieren. Es geht hier nicht um konkrete Vorfälle, die behauptet werden. Sondern es geht darum, dass Sie Krankheitsbilder und bis zum schlimmsten Ausgang eines Krankheitsbildes hier Unterlagen anfordern möchten und Krankheitsbilder sind nicht automatisch ein Missstand. Leider muss ich sagen, leider ist Suizid nie zu 100% auch auszuschließen. Aber wir werden hier in dieser Untersuchungskommission natürlich alle Fragen stellen, die notwendig sind, um die Sachverhalte zu besprechen und wenn ich mir nur ansehe jene Ladungsliste, die wir bereits und hier ja den Großteil, wie Sie wissen, einstimmig beschlossen haben und die Exper-

Innen bzw. auch jeweiligen ZeugnInnenladungen aus dem Otto-Wagner-Spital ja noch nicht einmal gehört haben, ist es schon absurd, dass Sie da jetzt kritisieren, dass wir eine weitere Abteilungsvorständin nicht laden wollen. Also, ich würde sagen, es würde Sinn machen, einmal hier die Kollegiale Führung etc. auch hören. Die wir zu all diesen Themen, die Sie auch zu Recht angesprochen haben, natürlich auch noch befragen werden. Wir werden den Herrn Patientenanwalt, wir werden den Herrn Staatsanwalt dazu befragen. Wir haben ja auch die Stabstelle des KAV, die Frau Dr. Drapalik auch eingeladen. Wir haben hier noch eine Fülle von Fragen zu stellen. Aber ich halte es wirklich nicht für sinnvoll, zu differenzieren Krankheitsbildern - und da geht es nicht um die Klärung eines Vorfalles von dem Sie reden - hier diese Unterlagen anzufordern. Wenn es Angehörige gibt, die über einzelne Fälle natürlich auch noch sprechen wollen, dann halte ich auch hier fest, dass genau die Patienten-anwaltschaft genau jene Stelle ist, die hier praktisch für das gesamte Gesundheitswesen zuständig ist.

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

GRin Dr. **Pilz**: Herr GR Deutsch! Das ist schon hart am Zynismus, wenn Sie sagen, Suizid ist ein Krankheitsbild, wenn Suizid eine unabwendbar und sozusagen unwiderrufliche Katastrophe ist, nämlich der Mensch. (*Zwischenruf*) Ja. Der Mensch ist nämlich dann tot. Und zwar unwiderruflich tot. Und im konkreten Fall, so viel möchte ich Ihnen doch in der Sache sagen, ist es so, Suizide kommen vor und es ist nicht so, dass ich sage, jeder Suizid, der auch in einem Krankenhaus oder unmittelbar nach einer Behandlung im Krankenhaus erfolgt ist, wäre zu vermeiden. Ich bin nicht so vermessen. Keinesfalls. Aber mir wurden diese beiden Suizide so geschildert, dass die Verantwortung des Spitals aufzuklären ist. Ganz insbesondere in einem Fall, der während des Aufenthaltes im Spital erfolgt ist. Da ist es kein Krankheitsbild, sondern da ist es die Frage, ob die Verantwortung des Spitals ausreichend wahrgenommen wurde, um zu verhindern, dass die betroffene Frau sich umgebracht hat. Und wir haben heute mit großem Interesse und große Geduld uns das Krankenhaus Ybbs stundenlang angehört, stundenlang. Und das war eine Ladung der SPÖ. Wir haben zugestimmt. Wir können über Ybbs reden. Das ist 100 Kilometer weg. Und es steht nicht im Zentrum unserer Sorge. Ja! Rundum Missstände. Aber es ist schon interessant, dass wir über Ybbs in allen Details reden können sehr, sehr lange und wenn es darum geht, dass Menschen aus dem Personal berichten, dass in einem Krankenhaus der Stadt Wien Menschen zu Tode

gekommen sind durch Suizid und sie haben den Eindruck als MitarbeiterIn aus dem Haus, da hat das Haus Schuld in irgendeiner Weise oder die Schuld ist nicht sozusagen auszuschließen, dass Sie das nicht hören wollen, aber wir reden stundenlang über Ybbs. (*Zwischenruf*) Das zeigt, wie Sie die Arbeit der Untersuchungskommission hier behindern wollen.

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

GRin **Praniess-Kastner**: Ja, ganz kurz noch Herr Kollege Deutsch. Sie haben gesagt, wir werden alle Fragen stellen die damit im Zusammenhang sind, wir werden den Herr Patientenanwalt und wir werden alle damit beschäftigten Personen sozusagen alle Vorgesetzten hören. Ich frage Sie ganz konkret, weshalb wollen Sie nicht die Damen hören, die ganz konkret betroffen ist und die uns ganz konkret Auskunft geben könnte zu diesem Fall?

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

GR **Deutsch**: Ja, meine dritte und letzte Wortmeldung zu diesen beiden Anträgen. Wir haben uns heute, wie Sie richtig gesagt haben, ausführlich über Ybbs unterhalten. Wir werden uns noch ausführlich auch über das SMZ-Ost unterhalten, weil wir hier ja auch eine Ladung beschlossen haben. Und besonders ausführlich werden wir uns natürlich über das Otto-Wagner-Spital unterhalten. Wenn Sie der Meinung sind, dass Sie Unterlagen haben, wo das Haus Schuld auf sich geladen hat, dann bitte, übermitteln Sie diese Unterlagen sofort der Staatsanwaltschaft und übermitteln Sie diese Unterlagen auch der Patienten-anwaltschaft, wie es der KAV an und für sich in solchen Fällen, wenn es sich um Suizidhandlungen mit besonderen Umständen handelt, automatisch macht. Das sind die beiden Stellen, insbesondere also auch die Staatsanwaltschaft, die das dann zu ermitteln und auch zu untersuchen hat. Und wir haben, das habe ich eh vorher schon gesagt, sowohl den zuständigen Staatsanwalt als auch den Herrn Dr. Brustbauer als Patientenanwalt geladen. Aber es ist nicht die Aufgabe der Untersuchungskommission, das wissen Sie selbst, in den einzelnen Fällen Ermittlungen durchzuführen.

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

GRin Dr. **Pilz**: Sie werden mich nicht dazu veranlassen können hier, dass ich jemanden, der um höchste Vertraulichkeit ersucht hat, hier aus dem Personal - und überlegen Sie sich warum die Menschen, die in den Spitälern arbeiten so große Angst haben. Das können Sie ja in dem Zusammenhang ja mit Besorgnis feststellen. Und ich werde bestimmt nicht jemanden hier, dem ich versprochen habe, dass ich ihn

schütze, vor den Vorhang bitten. Aber: Wo wollen Sie diese Klärung dieser Dinge vornehmen? Wer soll uns da Auskunft geben? Und ich gehe davon aus, und wäre es nicht so, dann würde es mir die Frau Primaria Dr. Pfersmann sicher sagen, dass das Spital weiß, wenn es Suizid gibt, dass sie eine Anzeige an die Staatsanwaltschaft gemacht haben. Ich werde nicht jetzt im Jahr 2008 etwas tun, von dem ich ausgehe, dass in einer guten Spitalsverwaltung ohnehin gemacht wurde. Alles andere wäre ja absolut unverzeihlich. Also habe ich jetzt keinen Anlass die Staatsanwaltschaft hier einzubeziehen, denn ich nehme an, sie war befasst. Aber ich möchte aus dem Haus diejenigen hören, die Verantwortung getragen haben auf der Abteilung und Sie können nicht alles nach oben delegieren, denn auf diese Weise werden die Dinge nicht auf den Tisch gelegt.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut. Ich bringen jetzt den Antrag zur Abstimmung. Wer ist für diesen Antrag Nummer 212? Wer ist gegen den Antrag? Das ist also die Mehrheit, damit stelle ich fest, dass dieser Antrag 212 mit den Stimmen der Sozialdemokraten abgelehnt wurde.

Der Antrag 213 Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0213*). Wünscht dazu jemand das Wort, oder? Wir haben schon darüber diskutiert, glaube ich, nicht. (*Zwischenruf*) Aha, gut, dann 213. Wünscht jemand das Wort dazu? Herr GR Deutsch bitte.

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

Ich kann mich bei diesem Antrag kurz fassen. Nachdem wir diese Form der Anträge ja bereits mehrfach besprochen haben, dass wir es nicht für sinnvoll halten, automatisch alle Formulare der Jahre 2002 bis 2006 anzufordern, sondern bei konkreten behaupteten Missständen, um den Sachverhalt zu klären, dann die jeweilige Meldung natürlich sofort anfordern würden, können aber dann auch im Rahmen der Befragung der Stabstelle von Frau Dr. Drapalik ja auch grundsätzlich, wenn Sie das wollen, denn das nehme ich an, dass das der eigentlich Grund dieses Beweisantrages ist, über den KAV-internen Vorgang dann auch diskutieren. Wenn es einen konkreten behaupteten Missstand gibt, dann sollte dazu die Unterlage angefordert werden, aber nicht automatisch alle Formulare.

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

GRin Mag. **Antonov**: Ja, Herr GR Deutsch. Wenn es nicht traurig wäre, dann wäre das ja jetzt direkt lustig, wie Sie argumentieren. Einmal so und einmal so. Sie richten es sich ja wirklich, wie Sie es brauchen. Wenn wir konkrete Dokumente anfordern, zum Beispiel zu zwei Suiziden, dann sagen Sie: Nein, das geht nicht. Das sind

konkrete Geschichten. Wenn wir die Formulare über die Meldung besonderer Vorfälle anfordern und wenn Sie sagen: Wir können da nicht alle Formulare anfordern ab dem Jahr 2002. Ja, gehen Sie davon aus, dass es so viele besondere Vorfälle gegeben hat, dass das so viele Formulare sind, dass wir damit nicht fertig werden? Das würde mich jetzt aber wirklich sehr erschüttern. Davon gehen wir nämlich nicht aus. Also, das ist eine zumutbare Menge an Formularen. Und wenn Sie einerseits argumentieren, Sie wollen keine Formulare und keine Dokumente haben, die sich auf konkrete Vorfälle beziehen und andererseits argumentieren, Sie wollen keine Formulare, die sich nicht auf konkrete beziehen, dann komme ich wieder einmal zum Schluss: Sie wollen nichts hören, Sie wollen nichts wissen und Sie wollen nichts ändern. Beweisen Sie uns einmal das Gegenteil und zeigen Sie hier einmal, einmal nur, dass Sie wirklich auf der Aufklärung der Missstände hier interessiert sind, der behaupteten, vielleicht sind es auch keine Missstände. Aber das was Sie machen, Sie blockieren und Sie mauern und Sie nehmen mit Ihrer Mehrheit allen die Möglichkeit wirklich das zu untersuchen, worum es geht. Sie sind daran schuld, wenn die Psychiatrie in ein schiefes Licht gerückt wird.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr GR Hora bitte.

GR **Hora**: Frau Kollegin Antonov!

Ich verstehe Ihre Aufregung natürlich aus Ihrer Sicht. Aber ich verstehe Sie nicht aus der allgemeinen Sicht. Ich habe nämlich wirklich den Eindruck, dass es Ihnen nur mehr darum geht, die Sitzungsdauer immer länger und länger zu machen und gar nicht mehr darum geht, also überhaupt Inhalte auf den Tag zu bringen. Wir haben über 100 Anträge in der Zwischenzeit liegen, es ist ein dichtes Programm. Wir haben kein Problem dieses Programm abzuarbeiten. Aber ich merke, dass Sie eigentlich - und das ist jetzt eine Unterstellung von mir - Sie versuchen krampfhaft, weil Sie eben bis jetzt nichts gefunden haben oder weil Sie bis jetzt selber in Ihren Unterlagen scheinbar nichts haben, versuchen Sie krampfhaft nur Papier zu bekommen und alles durchzulesen und zu schauen, wo eine politische Verantwortung vielleicht möglich wäre und wir haben das da in diesem Rahmen schon diskutiert. Die ersten Anträge waren, ich habe jetzt nachgeschaut, 62 verschiedene Anträge wenn ich das in Papier ummünze, wäre es hier ein hoher Haufen Papier gewesen. (*Zwischenruf*) Man kann es auch elektronisch. Ich kenne die Bemerkung von der Frau Kollegin Pilz schon. Nur, ich habe wirklich den Eindruck, dass es Ihnen nicht darum geht, jetzt ganz konkret, wenn wir also bei diesen Aussagen, die der Kollege



Deutsch jetzt angeführt hat, wer alles zu den Aussagen kommt, wenn es jetzt da ganz konkrete Dinge gibt, wo bei den Aussagen rauskommt, da gibt es Unterlagen, die ganz konkret anzuschauen sind, und das war immer unsere Aussage und bei dieser Aussage bleibt auch unsere Fraktion, dann können wir ganz konkret diese Papiere auf Grund dieser aktuellen Aussagen anfordern. Was jetzt passiert, ist nichts anderes, Sie versuchen diese Untersuchungskommission auszudehnen, dass es einen Zeitablauf gibt oder dass eine Zeitschiene über ein Jahr rauskommt. Wie gesagt, es sind mehr als 100 Anträge in der Zwischenzeit. Denken Sie einmal nach, wie lange die 100 Anträge einmal abgearbeitet werden. Und denken Sie nach, was dann ganz konkret an Arbeitsmaterial notwendig ist. Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Darf ich Sie um eine letzte Wortmeldung bitte, denn wie gesagt, es ist ja (*Zwischenruf*) Ja. Nein. Bitte, Frau GRin Mag. Antonov.

GRin Mag. **Antonov**: Na ja, wir haben ja kein Problem damit, dass wir uns da wirklich die Arbeit antun und die Dinge untersuchen. Wenn Sie ein Problem damit haben, dann sitzen Sie in der falschen Kommission, würde ich sagen. Die Aufgabe dieser Untersuchungskommission ist es die politische Verantwortung zu klären. Und alles was wir hier tun, alles was wir hier anfordern, dient dazu genau diese politische Verantwortung zu klären. Was Sie tun, ist genau das zu verhindern. Und dagegen wehren wir uns. Und Sie werden uns nicht - Sie können es nicht so hindrehen, dass wir diese Kommission hinausziehen, sondern diese Diskussionen, die wir hier haben, die verdanken wir Ihnen. Wir hätten alle diese Unterlagen schon längst haben können, alles was wir angefordert haben. Wir wären jetzt schon viel weiter, wenn Sie nicht immer draufsitzen, blockieren und mauern. Und Sie werden mit dieser Taktik einfahren. Und ich möchte Ihnen vielleicht in Erinnerung rufen. Sie haben heute gehört die Frau Prof. Hummer, die auch gesagt hat unter anderem dass gerade PatientInnen, die Notfälle auslösen die Lücken im System zeigen, das ist nämlich das, worauf es ankommt, die Lücken im System aufzuzeigen und das, was wir hier anfordern, das sind genau die Lücken im System. Aber die wollen Sie ja nicht sehen. Und die Frau Prof. Hummer hat auch gesagt, wer davon ausgeht, dass alles optimal läuft hat schon verlernt zu lernen. Und ich stelle mit Entsetzen fest, dass das bei Ihnen der Fall ist.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: So. Dann bringe ich den Antrag 213 zur Abstimmung. Wer ist für diesen Antrag? Wer ist gegen den Antrag? Dann darf ich feststellen, dass der Antrag 213 mit den Stimmen der Sozialdemokraten abgelehnt ist.

Dann haben wir den Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0214*) der Grünen Nummer 214. Der wurde in die Diskussion schon einbezogen. Daher darf ich abstimmen lassen. Wer ist für diesen Antrag? Wer ist gegen diesen Antrag? Dann darf ich auch festhalten, dass der Antrag 214 mit den Stimmen der Sozialdemokraten mehrheitlich abgelehnt ist.

So. Das waren die Beweisanträge. Und wir haben jetzt noch einen Punkt. Wir sind ja noch nicht am Ende. Wir haben die ersten Gebührenansprüche der Sachverständigen, die Ihnen allen zugegangen sind. Und wir müssen ja über diese Gebührenansprüche entscheiden. Es geht also jetzt, die Vorbereitung war also, dass eben diese Sachverständigen nach dem Gebührenanspruchsgesetz einen Gebührenanspruch haben. Ich versuche es jetzt im Hinblick auf den Zeitablauf ein bisschen kurz zu machen.

Da gibt es einmal den Anspruch Nummer 130 (*Anm.: PRT/00753-2008/0130*) des Herrn Univ.-Prof. Dr. Hinterhuber. Ist wer gegen die Bestimmung der Gebühren in der angesprochenen Höhe? Dann darf ich feststellen, dass dieser Gebührenanspruch einstimmig genehmigt wurde. Und wir werden darüber einen Bescheid erlassen, dass eben der Gebührenanspruch in dieser Höhe zuerkannt wird.

Dann haben wir den Gebührenanspruch Nummer 189 (*Anm.: PRT/00753-2008/0189*) des Herrn Univ.-Prof. Dr. Kunze. Ist da jemand dagegen, dass der in der angesprochenen Höhe zuerkannt wird? Gut. Ist niemand dagegen. Dann darf ich auch festhalten für das Protokoll, dass dieser Gebührenanspruch also genehmigt ist.

Dann haben wir den Gebührenanspruch des Herrn w. Hofrat Univ.-Doz. Prim. Dr. Schöny, Nummer 190 (*Anm.: PRT/00753-2008/0190*). Ist da jemand dagegen, dass der Anspruch in der entsprechenden Höhe zuerkannt wird? Das ist nicht der Fall. Damit ist auch dieser Anspruch entsprechend genehmigt.

Und dann haben wir noch den Gebührenanspruch Nummer 203 (*Anm.: PRT/00753-2008/0203*) des Herrn Prof. Dr. Salize. Ist hier jemand dagegen, dass dieser Anspruch in der beantragten Höhe zuerkannt wird? Das ist nicht der Fall, dann darf ich auch hier feststellen, dass dieser Gebührenanspruch in der beantragten Höhe genehmigt ist.

Gut, dann bedanke ich mich für Ihre Ausdauer.

Die nächste Sitzung haben wir und zwar ist das die 8. Sitzung, am Donnerstag, den 29. Mai um 9.30 Uhr. Und ich darf Sie bitten also diesen Termin zur Kenntnis zu nehmen. Die Einladungen ergehen. Und wie gesagt, zu diesem Tagesordnungspunkt werden Herr Dr. Zeyringer

und Herr Univ.-Prof. Dr. Steinert gehört werden. Gut. Dann bedanke ich mich. Ich darf mich für das nächste Mal entschuldigen, da wird die Frau Dr. Rech den Vorsitz führen. Und ich darf mich dann wieder am 6. Juni bei Ihnen zurückmelden. Ich danke und wünsche noch einen schönen Abend und einen Feiertag.

*(Ende: 19.05 Uhr)*