

Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates

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

5. Sitzung vom 30. April 2008

Wörtliches Protokoll

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|--|--------------------|
| 1. Eröffnung der Sitzung,
Feststellung der Anwesenden | S. 3 |
| 2. Vortrag und Befragung von
Frau Dr. Michaela MORITZ | S. 3 bis
S. 17 |
| 3. Vortrag und Befragung von
Herrn Prof. Dr. Hans Joachim
Salize | S. 17 bis
S. 35 |
| 4. Beweisanträge | S. 35 bis
S. 43 |
| 5. Weitere Vorgangsweise | S. 43 |

(Beginn um 9.35 Uhr)

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

Ich darf Sie zur 5. Sitzung der Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates über „Gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“, begrüßen.

Ich darf 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**:

GRin Marianne Klicka.

GRin Marianne **Klicka**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Ingrid Korosec.

GRin Ingrid **Korosec**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR David Lasar.

GR David **Lasar**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Mag. Sonja Kato.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Anica Matzka-Dojder.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Dr. Alois Mayer.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Gabriele Mörk.

GRin Gabriele **Mörk**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Dr. Sigrid Pilz.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Karin Praniess-Kastner.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Mag. Sonja Ramskogler.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Silvia Rubik.

GRin Silvia **Rubik**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Kurt Wagner.

GR Kurt **Wagner**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

Damit darf ich feststellen, dass die Beschlussfähigkeit der Kommission gegeben ist.

Zum ersten Punkt der Tagesordnung darf ich Frau Dr. Michaela MORITZ sehr herzlich begrüßen.

Frau Dr. MORITZ wird einen Vortrag über die

psychiatrische Versorgungslage in Österreich aus Sicht des ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen – halten und wird danach auch für Fragen zur Verfügung stehen.

Frau Dr. MORITZ ist leitende Beamtin bei der ÖBIG Beratungs- GmbH.

Frau Doktor! Ich darf Sie bitten mit Ihren Ausführungen zu beginnen.

Dr. **MORITZ**: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Meine Damen und Herren!

Ich darf vielleicht ein paar kurze Worte zur Gesundheit Österreich, deren Geschäftsführerin ich bin, sagen.

Die Gesundheit Österreich ist eine GmbH im hundertprozentigen Eigentum des Bundes. Die Rechtsfolge des Ihnen schon lange bekannten ÖBIG, des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen. Wir sind unter vielem anderen in Österreich für Planung im Gesundheitswesen zuständig. Sie kennen unseren Ahn des jetzigen Planes, den ÖKAP/GGP - Krankenanstalten- und Großgeräteplan – der nunmehr in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit übergeführt wurde, der mehr als die Krankenanstaltenplanung, nämlich auch andere Elemente und Ebenen der Versorgung umfasst.

Das ist ein Teilbereich unserer Tätigkeit. Die psychiatrische Versorgungslage haben wir einerseits in der Gesamtplanung immer wieder untersucht, darüber hinaus in speziellen Projekten u.a. in Wien, aber auch in anderen Bundesländern.

Wir haben versucht, alles zusammenstellen, was aus unserer Sicht über die Versorgungslage in Österreich bekannt und auch veröffentlichbar ist. Es sind hier durchaus auch Daten, die dem Datenschutz unterliegen, die man so behandeln muss, dass wir sie präsentieren können und nur so weit, wie wir sie präsentieren können.

Wir versuchen Ihnen ein Bild über die Grundlagen der Planung in der Psychiatrie, über die Versorgungslage und über spezielle Fragen, die Sie ganz besonders interessieren, zu geben. Vor allem im Vergleich Wien mit anderen Bundesländern und Gesamtösterreich. Ich denke, das ist ein wichtiges Element Ihrer Diskussion, die Sie hier führen.

Ich darf zuerst zu den Rahmenvorgaben für die Psychiatrieplanung kommen und sie noch einmal zusammenfassen. Sie sind in dieser Form im ÖSG enthalten und bundesweit beschlossen. Das heißt, es bekennen sich Bund, Länder und Sozialversicherung zu diesen Rahmenvorgaben. Hier sind einige Anforderungen und einige grundlegende Standards formuliert. Es ist eigentlich der einzige Fachbereich, in dem wir auch von einer Bedürfnisgerechtigkeit sprechen und nicht nur von der sonst objektivierten Bedarfsgerechtigkeit, die eine Grundlage der

Planung sind. Hier geht es auch um diesen subjektiven Faktor, der eine Rolle spielen muss. Das ist ein ganz wichtiger Punkt.

Ganz wesentlich die Gemeindenähe und die Integration in den Wohnbereich der PatientInnen. Ein Prinzip, das im Grunde für alle Bereiche gilt, aber hier einen besonderen Stellenwert hat ist: ambulant vor stationär. Ein ganz wichtiges Prinzip, wenn man die Versorgung historisch betrachtet, ist die Integration in die Grundversorgung. Wie Sie wissen, haben wir zum Teil noch und hatten österreichweit zentralisierte, psychiatrische, stationäre Versorgungseinheiten, im Grund sind sie es auch noch.

Ganz wichtig: Integration in die anderen Fächer, andererseits Regionalisierung und eine möglichst weitgehende Versorgung aller Angebote und eine Vernetzung in der Region.

Ein wichtiger Punkt, der in den einzelnen Bundesländern systemisch in der Planung bereits respektiert wird, ist die Partizipation von Angehörigen und Betroffenen. Es werden z.B. die Angehörigenverbände zu bestimmten wichtigen Punkten der Planung mit einbezogen.

Einige quantitative Angaben: Was sollte der stationäre Bereich enthalten? Es gibt die Mindestgröße von 30 Betten in einer Vollabteilung. Es muss eine Tagesklinik dem stationären Bereich angegliedert sein. Wir waren eigentlich nicht davon überzeugt, dass es reduzierte Organisationsformen geben soll, wie das in manchen anderen Fächern bereits der Fall ist. Wir meinen, dass in der Psychiatrie Abteilungsmindestgrößen eine wichtige Rolle spielen und weil sich auch nur für eine Mindestgröße die entsprechenden personellen Ausstattungen als sinnvoll erweisen. Der Druck, vor allem eines Bundeslandes, das im Grund noch immer keine gescheite Versorgung hat, nämlich das Burgenland – ich darf Ihnen das hier sagen – hat dazu geführt, dass wir eine reduzierte Organisationsform geplant haben, z.B. einen Fachschwerpunkt zwischen 15 und 20 Betten, die wir aber nicht als eine empfehlenswerte Versorgungsform hier sehen wollen. Aber für den Einstieg eines Bundeslandes in die stationäre Versorgung ist das ein Kompromiss.

Ein wesentlicher Punkt: Konsiliar- und Liaisondienste zu anderen Fachabteilungen und selbstverständlich die Ambulanz.

Ganz wichtig ist in den Rahmenvorgaben auch, dass die Elemente der ambulanten und komplementären Versorgung hier enthalten sind. Psychosoziale Dienste, Wohnen in verschiedenen Formen und Angeboten, Betreutes Wohnen, ambulant Betreutes Wohnen – hier gibt es eine Reihe von verschiedenen Angeboten – Arbeit, Tagesstruktur – auch wieder in unterschiedlichen Angeboten. Sie sehen, es ist nicht zufällig, dass

die niedergelassenen FachärztInnen eigentlich an letzter Stelle in dieser Kette stehen. Sie sind nicht das dominante Element der ambulanten Versorgung. Sie sind ein Element, aber sicher nicht das prioritäre.

Die Dezentralisierung ist seit den 90er Jahren ein ganz wichtiges Ziel der allgemeinpsychiatrischen und der gerontopsychiatrischen Versorgung. Das wird ganz massiv von uns unter dem Prinzip empfohlen: Bettenreduktion ist sicher wichtig, hat auch stattgefunden, Bettenreduktion kann nur stattfinden, wenn die komplementären Einrichtungen im ambulanten Bereich vorhanden sind. Ich erinnere an die Geschichten, die wir von vor 30 Jahren kennen, wo genau das der Mangel war bei der Reduktion der Betten und der Öffnung der psychiatrischen Krankenanstalten.

Das heißt, ambulante komplementäre Versorgung muss sichergestellt sein, dann Bettenreduktion und jedenfalls Dezentralisierung der Versorgung, heraus aus den zentralen Einheiten, in die Krankenanstalten. Wir waren eigentlich von Anfang an eher in der Position, dass wir gesagt haben, es sollten die Schwerpunkt-Krankenanstalten sein. Auf Grund vieler Kompromisse in Bezug auf die Versorgung und Standardsicherstellung usw. ist das nicht durchzuhalten gewesen. Jedenfalls muss es in die Allgemeinversorgung mit der Dezentralisierung gehen. Ich werde Ihnen dann zeigen, wie weit das in Österreich fortgeschritten ist. Die Schritte werden gemacht und das ist auch ein überraschendes Ergebnis, das daraus folgt. Nämlich, dass wir eine stärkere Inanspruchnahme der stationären psychiatrischen Versorgung haben, seit wir diese Dezentralisierung haben. Das heißt, offensichtlich ist das Labeling, die Stigmatisierung ein solch wesentlicher Punkt bei den zentralen stationären Einheiten gewesen, dass sie gefürchtet waren hier freiwillig hinein zu gehen. Das hat sich aber bei der Integration in die Regelversorgung geändert.

Der Planungsrichtigwert der Bettenmessziffer beträgt zwischen 0,3 und 0,5 Betten pro 1 000 Einwohner. Das beinhaltet die Erwachsenen-Akupsychiatrie, die akute gerontopsychiatrische Versorgung, die akute Behandlung von Abhängigkeitskrankheiten, der akute Entzug. Und beinhaltet nicht die Kinder- und Jugendpsychiatrie, nicht die chronische Versorgung und alle langfristigen Versorgungsformen. Hier geht es um die akute Erwachsenen-Psychiatrie.

Insgesamt kann man sagen, aber wir werden darauf noch eingehen, dass sich die Belagsdauer massiv gesenkt hat, dass die Zahl der Aufnahmen gestiegen ist. Das ist keine Überraschung, dass wir im gesamten stationären Bereich, aber hier speziell und massiv, weil wir von

sehr hoher Belagsdauer ausgegangen sind und die Betten sind massiv reduziert worden. In etwa so schaut die Landschaft von den Rahmenvorgaben aus.

Konkret für die psychiatrische Planung, die über die Gesamtkrankenanstaltenplanung hinaus geht und meistens noch gesondert in den Bundesländern durchgeführt wird, gibt es selbstverständlich auch Leitlinien, die für uns gelten und die wir zur Grundlage in der Planung nehmen. Das sind Bedürfnisorientierung, Bedarfsgerechtigkeit, dezentralisierte, regionalisierte und wohnortnahe psychiatrische Versorgung. Ziel, bei Gott nicht überall erreicht, ist die höchstmögliche Vollversorgung für jede Region. Wir reden hier in den Regionen der Bundesplanung, also den 32 Versorgungsregionen in Österreich.

Versorgungsverpflichtung für jede Region wäre ein Ziel. Vorrang ambulant vor stationär.

Ein ganz wichtiges Ziel, das schrittweise und in manchen Bundesländern systematisch eingerichtet wurde, ist die Koordination aller Einrichtungen und Dienste. Gerade dann von besonderer Bedeutung, wenn man viele verschiedene Träger in der Versorgung hat. Einzelne Bundesländer – ich werde Ihnen das dann zeigen – haben solche Koordinatoren auch schon eingerichtet.

Eine weitere Leitlinie ist die Eingliederung der Psychiatrie in die allgemeine medizinische und auch soziale Versorgung, was vor allem den komplementären ambulanten Bereich betrifft.

Was wir jetzt aus der bundesdeutschen Diskussion immer mehr hier herein bekommen – eine meiner Meinung nach wichtige Anregung, Sie bekommen nach mir eine Information über diese Situation – ist der Versuch auch gemeindepsychiatrische Verbände einzurichten. Das heißt, vor und zur Planung Koordination und Evaluation des Versorgungsangebotes in den Regionen. Da geht es vor allem um diesen Vernetzungsgedanken und um die vielen derzeit vorhandenen Schnittstellen. Wir kennen das in Österreich nicht nur aus der Psychiatrie, dass wir in der gesamten Versorgung viele Schnittstellen haben und die MinisterInnen versuchen dann immer, das zu Nahtstellen umzufunktionieren. Die Nahtstelle wäre eigentlich schon ein wesentlicher Schritt, die haben wir sicherlich noch nicht erreicht. Es wäre eine sehr gute Anregung, hier solche Verbände einzurichten. Erinnern Sie sich, wir haben die Diskussion um Gesundheits- und Sozialsprengel insgesamt schon sehr lange, sind bei uns nur nicht auf fruchtbaren Boden gefallen. In der Psychiatrie hat das aber eine ganz große Bedeutung, hier eine Vernetzung von Trägern, Niedergelassener, vor allem auch Allgemeinmediziner, weil die ja meistens der erste Anlauf für PatientInnen, hier einzurichten. Wir beobachten

diese Entwicklung in Deutschland sehr interessiert und versuchen hier Elemente auch zu übernehmen.

Ein ganz wichtiger Punkt: Einbeziehung der Betroffenen, der Angehörigen habe ich genannt. Die HPE ist in einigen Bundesländern an der Planung beteiligt.

Ich hoffe ich bin nicht zu schnell? Dann sagen Sie es bitte.

Wir haben einige wenige Punkte hier zusammengefasst: Wie schaut es aus im Bundesländervergleich was die Planung, die Koordination und die Dezentralisierung der stationären Standorte betrifft? Da sehen Sie, dass Planung etwas ist, wo Wien ein absoluter Vorreiter war. Die Planung 1979 hat zu einem Zeitpunkt stattgefunden, wo die anderen nicht einmal gewusst haben, was Planung ist. Das muss man sagen, das war eine wirklich revolutionäre Tat, die dann allerdings auch dazu geführt hat, dass über weite Strecken nicht rolliert oder hier keine Maßnahmen gesetzt wurden.

2002 wurden wir beauftragt, eine Ist-Standaufnahme zu machen, aber keine Planung. Ich denke, dieser enorme Vorsprung hat in der langen Zeit natürlich dazu geführt, dass man – es war eine sehr fortschrittliche Planung – von dieser Planung gezehrt hat. Wie Sie sehen, sind die anderen sehr viel später aufgewacht. Die Ersten sind gekommen: Tirol 1993 und Niederösterreich 1995. Da war sehr lange gar nichts, aber sie hatten natürlich dann auch aktuellere Planungen.

Das ist der Punkt Planung und die zweite Jahreszahl ist immer Evaluierung oder weitere Schritte der Planung. Da haben wir auch kein durchgehendes Bild. Es gibt Länder, die seit längerer Zeit nichts gemacht haben in der Evaluierung und sehr spät begonnen haben.

Psychiatrie-Koordination ist etwas Neues, ich habe das schon gesagt. Kein Wunder, dass das Burgenland, das an sich wenige Angebote hat, das hat. Hier geht es darum, den Mangel zu koordinieren. Steiermark und Tirol haben solche Koordinationen. Das läuft sehr gut und ist ein wichtiges Element einer integrativen Versorgung.

Dezentralisierung. Hier haben wir eigentlich nur ein Bundesland, das die Dezentralisierung voll durchgeführt hat, das ist Oberösterreich mit 5 Standorten, gefolgt von Niederösterreich mit immerhin 4 von 5 Standorten, St. Pölten ist noch nicht eingerichtet.

Wir haben eigentlich keine wirklich durchgehende Entwicklung in diesem Bereich. Burgenland, das zwei Standorte geplant hat, hat derzeit praktisch einen halben Standort in Eisenstadt und sollte in Oberwart noch einen zweiten Standort einrichten, das sind aber relativ kleine Einheiten.

Wien hat hier seine Dezentralisierung sehr bald schon durchgeführt. Ich komme auf 7 geplante Standorte, wenn ich das nachzähle. Das müssen Sie verifizieren. Wir haben drei bereits eingerichtete Standorte im Kaiser Franz Josef Spital, im SMZ-Ost und natürlich auch im Otto-Wagner-Spital als einen Standort. Wir haben einen Standort in Wien Nord geplant. Es fehlen die Standorte für den 3. und 11. Bezirk, das wäre meiner Meinung nach Einzugsgebiet Rudolfstiftung und 13. und 23. Bezirk. Genau genommen gehen mir die inneren Bezirke ab. Hier haben wir das AKH. Ich glaube, dass da auch angedacht wird, dass man hier eine spezielle Zuordnung trifft. Meiner Meinung nach sind hier im Grunde 7 Standorte geplant. Sie wissen das aber sicherlich besser.

So weit Basiselemente dessen, was man im österreichischen Vergleich Versorgungsplanung und Versorgung nennen könnte. Hier sei noch einmal hervorgehoben: Wien war der Vorreiter.

Ein zweiter wichtiger Punkt: Wie schaut es mit dem Soll der Bettenmessziffern und den Bettenmessziffern Ist-Stand aus? Bettenmessziffer sind immer die Anzahl der Betten pro 1 000 Einwohner. Wir haben gesagt, für die Erwachsenen-Psychiatrie ist es 0,3 bis 0,5 Erwachsenen-Akutpsychiatrie. Es ist sehr schwierig überhaupt die Betten auseinander zu klauben. Glauben Sie mir das, wir sind gerade dabei, das für ganz Österreich zu machen. Tatsächliche Betten sind nicht immer genau zuordenbar auf den ersten Blick und auch in der Statistik kann man sie nicht so verwenden, wie man sie kriegt. Wir haben derzeit ein eigenes Projekt laufen. Wir hoffen, dass das jetzt stimmt, was wir Ihnen hier präsentieren.

Wir haben 0,3 bis 0,5 Betten für die Erwachsenen-Psychiatrie. Österreich gesamt haben wir im Ist-Stand 0,4 Betten, Wien hat 0,43 Betten, also liegt sehr gut in der Versorgungssituation, jedenfalls unauffällig. Sie sehen hier Burgenland mit 0,06 Betten und auch Niederösterreich mit einer sehr niedrigen Bettenmessziffer, die beiden Länder, die für Wien von Bedeutung sind.

Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hier sind wir am Beginn eines Aufbaus in ganz Österreich. Durch die Trennung der Fächer hat sich hier ein neuer Bedarf an Zuordnung ergeben. Die Bettenmessziffer ist bei 0,08 bis 0,1. Österreich hat 0,05 und Wien liegt genau dort. Es ist hier noch ein zusätzlicher Bedarf gegeben. Der Ausbaubedarf besteht in ganz Österreich, nur in Kärnten, das eine spezielle Tradition in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat, haben wir hier eine relativ gut erreichte Bettenmessziffer.

Was die Abhängigkeitskrankheiten betrifft, so haben wir eine Österreich Gesamtbettenmessziffer von 0,11, das Soll ist 0,18. Hier liegen Wien

und Vorarlberg ordentlich darüber. In Wien ist das wahrscheinlich mit Kalksburg zu erklären, das aber auch Nicht-Wiener PatientInnen betreut und in Vorarlberg ist das ebenso. Maria Ebene ist ebenfalls eine Einheit, die sogar über die Bundesgrenzen hinaus betreut.

Wenn wir uns jetzt Wien und Gesamtösterreich ansehen, so ist Wien in der Erwachsenen-Psychiatrie jedenfalls gut versorgt, hat keinen unauffälligen Nachholbedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - das ist, wie Sie sehen, praktisch in ganz Österreich der Fall. Bis auf ein zwei Bundesländer, weil Niederösterreich jetzt auch etwas eingerichtet hat - und liegt überdurchschnittlich bei den Abhängigkeitserkrankungen.

Durchschnittliche Belagsdauer und Wiederaufnahmeraten. In der Psychiatrie hängen die eng zusammen. Es gibt unterschiedliche Philosophien. Es gibt kurze Belagsdauer und hohe Wiederaufnahmeraten und genau das Gegenteil.

Sie haben in der ersten Spalte die durchschnittliche Belagsdauer pro Fall, das heißt, pro einzelnen Spitalsaufenthalt. In der zweiten Spalte die durchschnittliche Belagsdauer pro PatientIn pro Jahr. Wir haben hier überall das Jahr 2006. Dann haben Sie die Wiederaufnahmerate, die Aufnahmen pro Jahr, nach Bundesländern und Österreich insgesamt. Das sind alle Aufnahmen mit psychiatrischer Hauptdiagnose an psychiatrischen Abteilungen. Wir haben je nach Bundesländern psychiatrische PatientInnen mit psychiatrischer Hauptdiagnose, die auch an anderen Fachabteilungen aufgenommen werden. Das sind an den psychiatrischen Abteilungen.

Hier sehen wir, bei Österreich gesamt haben wir eine durchschnittliche Belagsdauer von 21,7 Tagen pro Fall. Wien hat 27 Tage und liegt hier etwas höher. Die durchschnittliche Belagsdauer pro PatientIn und Jahr ist in Österreich 33,5 Tage, in Wien 42,6 Tage und die Wiederaufnahmerate ist im Durchschnitt 1,62 in Österreich gesamt, Wien 1,58.

Sie sehen hier Unterschiede, die sich immer irgendwie im Zusammenhang mit der Belagsdauer erkennen lassen, auch in der Erwachsenen-Psychiatrie - bei der Kinderpsychiatrie ist das noch viel ärger - ist der Zusammenhang viel stärker.

Wenn wir kürzere Verweildauern haben - wenn Sie sich hier Tirol mit 10 Tagen und insgesamt 26 Tagen pro Jahr anschauen - so sind es 2,6 Aufnahmen. Hier haben wir offensichtlich Behandlungsphilosophien, die durchschlagen. Wien bei der Wiederaufnahme praktisch genau im Durchschnitt, bei der Belagsdauer etwas höher, aber das liegt alarmierend hoch, es gibt etliche Bundesländer die höher liegen.

Bei den Kindern und Jugendlichen ist es inte-

ressant, dass Wien ein absoluter Ausreißer ist. Sie haben dasselbe System: Durchschnittliche Belagsdauer pro einmal, durchschnittliche Belagsdauer pro Jahr und die Wiederaufnahmen. Da haben wir in Wien eine Situation, die ich eigentlich für einen Ballungsraum durchaus für positiv halten würde. Wir haben extrem kurze Belagsdauer mit einem Gesamtjahres-Aufenthalt, durchschnittliche Belagsdauer pro PatientIn, die relativ niedrig liegt, aber eine hohe Aufnahmequote. Ich glaube oder wir meinen, dass es sich hier um Null-Tagesaufenthalte handelt, die als Aufnahmen codiert werden. Das heißt, ein großer Teil der kinderpsychiatrischen PatientInnen wird offensichtlich tagesklinisch mit Null - Tagesaufenthalten fast ambulant behandelt und da würde ich sagen, dass ist in einem Ballungsraum eigentlich eine sehr positive Erscheinung, weil hier relativ kurze Erreichbarkeiten sind und weil man Kinder nicht unbedingt stationäre lange aufnehmen muss. Wenn Sie sich z.B. anschauen - und da sind enorme Unterschiede - Vorarlberg hat 52,8 Tage pro individuellem Aufenthalt, 70 Tage im Jahr ist ein Kind oder Jugendlicher im Durchschnitt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dann sind das über zwei Monate. Ich denke, da sieht man schon deutliche Unterschiede in der Behandlungs- und Betreuungsphilosophie. Meiner Meinung nach, ein positives Ergebnis für Wien.

Ich will Sie jetzt nicht mit langen Tabellen belasten. Wir haben ganz genau geschaut, wie die Krankenhaushäufigkeit psychiatrischer PatientInnen an allen Abteilung ist, an psychiatrischen Abteilungen, an Kinder- und Jugendpsychiatrie-Abteilungen und an anderen Abteilungen, wo auch in Wien ungefähr 500 pro Jahr liegen in nicht psychiatrischen Abteilungen.

Ich kann Ihnen gerne die einzelnen Daten liefern, wenn Sie das wünschen. Aber es sind relativ lange Tabellen.

Deutlich ist, dass in Wien die Krankenhaushäufigkeit in allen Varianten, außer, wie schon erwähnt, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter dem Bundesdurchschnitt liegt, also immer zwischen 84 und 95 % des Bundesdurchschnittes. Wenn man sich das bei den Fällen anschaut, also pro Aufenthalt, dann liegt Wien extrem über dem Bundesdurchschnitt, aber mit kurzer Verweildauer. Bezogen auf PatientInnen liegt die Krankenhaushäufigkeit auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter dem Bundesdurchschnitt. Nach wie vor sind ein Teil der psychiatrischen PatientInnen in nicht psychiatrischen Abteilungen. Das ist ganz unterschiedlich und variiert massiv nach einzelnen Bundesländern. Wien liegt aber 8 % unter dem Bundesdurchschnitt. Wien mit einer quantitativ guten Ausstattung hat trotzdem noch immer

500 PatientInnen, die in anderen Abteilungen liegen, aber es liegt unter dem Bundesdurchschnitt. Das ist ein Phänomen, das immer noch vorhanden ist.

Ich hoffe, dass ich das deutlich genug erklärt habe. Vielleicht unterbrechen Sie mich, wenn das nicht der Fall war.

Wie ich den Medien entnehmen konnte, sind ein ganz wichtiges Thema die PatientInnenströme in der Psychiatrie. Ich konnte immer entnehmen, dass alle BurgenländerInnen in Wien liegen. Das ist nicht wahr. Das entspricht nicht der Realität, wie Sie hier sehen können. Was die burgenländischen betrifft, so haben Sie die Anteile, in welchem Bundesland die PatientInnen behandelt werden, jeweils nach Bundesland. Das heißt, 40 % der burgenländischen PatientInnen werden in Niederösterreich behandelt. 37 % der burgenländischen PatientInnen werden in der Steiermark behandelt und 21 % der burgenländischen PatientInnen werden in Wien behandelt. Das ist ein Anteil von 1,7 PatientInnen in Wien, also ein sehr geringer Anteil bezogen auf die GesamtpatientInnenanzahl in Wien. Genau so viel wie Oberöreicher und über die redet überhaupt niemand, auch dort ist der Anteil 1,7 % an den PatientInnen in Wien. Was die niederösterreichischen PatientInnen betrifft, so werden 13 % in der Psychiatrie in Wien behandelt, das sind 9,1 % aller in Wien behandelte PatientInnen. Das ist seit 2001 auch gesunken, unter anderem deswegen, weil Niederösterreich Tulln eingerichtet hat und einige andere Standorte, aber im Prinzip stabil. Es ist sinkend, aber nicht schwankend. Insgesamt werden in Wien 85 % der WienerInnen behandelt und der Rest 14,6 % sind andere PatientInnen. Das ist ein Anteil der für Wien steigt. Wir hatten 2001 83 % und 2006 85 %. Das heißt, der Anteil von sogenannten GastpatientInnen in der Psychiatrie ist in Wien sinkend. Er ist, was das Burgenland betrifft, marginal und mit Oberösterreich gleich. Wobei wir nicht wissen, welche PatientInnen die OberöreicherInnen sind, ob das eine spezielle Versorgung ist oder ob das vielleicht in der - nein, es ist Akutpsychiatrie, es kann auch nicht Entwöhnung sein. Wir haben das nicht nachgeprüft.

Das heißt 1,7 % der PatientInnen, die in Wien versorgt werden sind BurgenländerInnen, 9,1 % sind NiederöreicherInnen. Ich glaube, ein nicht den Annahmen entsprechendes Ergebnis, zumindest ist das in den Medien immer so kolportiert worden.

PatientInnenströme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hier haben wir einen etwas höheren Anteil aus dem Burgenland. Wir haben burgenländische PatientInnen, die zu 28 % in Niederösterreich behandelt werden, zu 47 % in

der Steiermark, also der überwiegende Teil, die Hälfte der burgenländischen PatientInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in der Steiermark behandelt und 21 %, ein Fünftel, wird in Wien behandelt, das macht 2 % der PatientInnen die in Wien behandelt werden aus.

Was die NiederösterreicherInnen betrifft, so ist das etwas höher. Was den Anteil betrifft, sind es 12 % der niederösterreichischen PatientInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die in Wien behandelt werden. Das ist ein sinkender Anteil, weil z.B. Tulln jetzt eine Kinder- und Jugendpsychiatrie eröffnet hat und das wird weiter sinken. Das macht 13,8 %, also mehr als in der Erwachsenen-Psychiatrie aus.

Natürlich, bei einer noch nicht erreichten Bettenmessziffer, auf jeden Fall zu beachten, aber dennoch sehen Sie, auch hier ist es immerhin so, dass doch 83 % der PatientInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie WienerInnen sind und 17 % kommen aus anderen Bundesländern.

In allen Fachrichtungen, da ist die Psychiatrie wieder dabei, haben wir ein etwas anderes Bild die GastpatientInnen betreffend.

BurgenländerInnen 1,8 % und NiederösterreicherInnen 15,2 % aller Fälle in Wiener Krankenanstalten. Das heißt, wir haben diese alte Regel, die wir immer wieder kennen, in etwa 80 % WienerInnen, 20 % GastpatientInnen. Wir haben es ein bisschen geringer, es sind 18,5 % GastpatientInnen, aber es bewegt sich in etwa in diesem Feld. Das ist ein weitaus höherer Anteil an GastpatientInnen in allen Fächern als in den psychiatrischen Fächern. Das ist sozusagen einmal das Hauptergebnis.

Das waren die PatientInnenströme. Wir kommen jetzt zu dem Wenigen, was wir über die Ausstattung sagen können. Wir haben in der Krankenanstaltenstatistik, in der Kostenstellenrechnung Daten über das Personal. Sie sehen, dass hier ganz altmodische Begriffe verwendet werden. Wir sind darüber auch gestolpert, aber noch steht das so in der Krankenanstaltenstatistik drinnen. Wenn Damen und Herren aus der Gesundheits- und Krankenpflege da sind, wird es ihnen wahrscheinlich den Magen umdrehen.

Wie schaut das aus? Es wurde immer wieder – ich habe das aus den Medien so mitbekommen – gesagt, dass in Wien und vor allem im Otto-Wagner-Spital eine schlechte personelle Ausstattung sei. Wenn Sie sich jetzt die offizielle mehrmals plausibilitätsgeprüfte Statistik anschauen - Statistik sind die Meldungen, die dann überprüft werden vom Träger, vom Land und vom Bund - dann schaut es folgendermaßen aus: Wir haben jetzt alle psychiatrischen Abteilungen in Österreich im Vergleich zum Otto-Wagner-Spital, das heißt, da sind auch die kleinen Abteilungen mit 30 Betten dabei, die

sozusagen zumindest theoretisch eine bessere Ausstattung haben müssten und die müssten dann in das Gewicht reinfallen.

Wenn Sie sich die Summe anschauen: ÄrztInnen auf tatsächlich aufgestellt Betten, dann ist Österreich 0,13 und Otto-Wagner-Spital 0,14, also guter Durchschnitt.

Wenn Sie sich das diplomierte Krankenpflegepersonal, das steckt nämlich im Krankenpflegefachdienstpersonal der alten Definition, anschauen, dann ist in Österreich 0,44 im Otto-Wagner-Spital 0,57, also ordentlich über dem Durchschnitt. Medizinisch-technisches Personal im Durchschnitt, Sanitätshilfspersonal wie das hier genannt wird, also sind Pflegehilfe, SHD, MTF, auch im Durchschnitt.

In den bedeutenden Bereichen ÄrztInnen und Pflegepersonal über dem Durchschnitt und stark über dem Durchschnitt im Otto-Wagner-Spital im Vergleich mit Österreich.

Jetzt kommen wir zu den Aufnahmen ohne Verlangen in psychiatrischen Krankenhäusern. Wo es gleich den Hinweis gibt, dass es das im Grunde in jedem Bundesland noch gibt, außer im Burgenland, weil, da es das ohnehin nicht gegeben hat. Im Grunde gibt es in jedem Bundesland noch eine zentrale Einheit, mehr oder weniger vergleichbar mit dem Otto-Wagner-Spital. Da diese Zahlen nicht aus der Krankenanstaltenstatistik kommen, sondern aus einer eigenen Studie – ich weiß nicht, ob Sie sie haben, die wir Ihnen aber gerne zur Verfügung stellen -: „Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes“ letzter Stand ist bis 2005, haben wir auch hier Zahlen aus dem Jahre 2005.

Da kann man sagen, dass Österreich insgesamt in etwa über alle Typen hinweg ca. 25 % Aufnahmen ohne Verlangen hat. In psychiatrischen Krankenhäusern 26 %, weil das hängt auch damit zusammen, dass viele neu gegründete dezentrale Aufnahmen zu Beginn sich noch nicht über diese Unterbringung getraut hat und das erst langsam aufbauen. Das heißt, es ist noch immer traditionell eher in diesen alten Einheiten die Aufnahme ohne Verlangen überwiegend, während die neuen Einheiten das noch nicht so haben.

In allen Bundesländern haben wir eine Steigerung des Anteils über die Jahre. Z.B. waren es Wien 2002 17,4 %, 2004 18,6 % und 2005 – das sehen Sie jetzt in der Spalte – 19,4 % gewesen, also ein Fünftel.

Wenn Sie sich jetzt die anderen großen Einheiten ansehen, so haben wir einen großen Unterschied. Wenn Sie sich Tirol anschauen 10,8 %, das ist ein Ausreißer. Dann haben wir aber Bundesländer, in denen das über ein Drittel ist. Etwa Salzburg und Vorarlberg und immerhin

30 % in Niederösterreich. Es ist unterschiedlich, aber Wien liegt hier, abgesehen von dem Ausreißer Tirol, mit 20 % im unteren Feld und unter dem bundesweiten Durchschnitt.

Sie sehen, Kärnten hat noch das Zentrum für seelische Gesundheit im Landeskrankenhaus Klagenfurt. Niederösterreich hat das Krankenhaus Mauer Öhling. Oberösterreich hat, trotz der Dezentralisierung, die Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg noch immer als die zentrale Einheit. Salzburg hat die Christian-Doppler-Klinik, Steiermark die Landes-Nervenlinik Sigmund-Freud, Tirol die Landes-Nervenlinik Hall, Vorarlberg das Landes-Nervenkrankenhaus Valduna - die haben ohnehin nur ein Haus.

Diese alte Systematik existiert noch in einer gewissen Weise in jedem Bundesland.

Auch ein ganz wichtiger Punkt: Die Anteile der Sterbefälle in psychiatrischen Abteilungen.

Das ist ja ein Entlassungsgrund im LKF, ist objektiv dokumentiert in der Krankenanstaltenstatistik. Wir haben das jetzt nach Bundesländern und auch den Jahren 2001 bis 2006, weil das für oder für diese Diskussion hier ein wesentlicher Punkt ist.

Da sehen Sie auch Schwankungen die sonderbarer Weise, und wir können uns das überhaupt nicht erklären, in mehreren Bundesländern stattgefunden haben.

Wir haben, wenn wir uns 2001 anschauen, 0,8 % bundesweit, in Wien 0,5 %. Also, es liegt sehr weit unten, dann ist es gestiegen auf 1,0 und 0,9 %. Sie sehen 2002 und 2003 auch in anderen Bundesländern, die sonst sehr niedrig liegen, z.B. in Niederösterreich. Die Steiermark liegt eigentlich immer hoch. Aber auch Vorarlberg 2002 plötzlich gestiegen ist.

Wir haben nachgedacht was das sein kann. Normalerweise würden wir bei einer Diagnose sagen, es ist hat sich in der Verrechnung etwas verändert und dadurch ist das Dokumentationsverhalten anders, das kann natürlich bei den Sterbefällen nicht der Fall sein. Hat es Grippe-Wellen für besonders anfällige Personen gegeben, das können wir nicht erklären. Wir haben in diesen zwei Jahren eine massive Steigerung in mehreren Bundesländern, die sich auch auf den Bundesdurchschnitt ausgewirkt hat und dann ist das wieder gesunken auf 0,6 %, im Bundesdurchschnitt 0,5 % und 0,4% bis 2006. Wien liegt überwiegend unter dem Bundesdurchschnitt und im Jahr 2006 im Bundesdurchschnitt. Wenn Sie sich z.B. die Steiermark anschauen, so liegt die weitaus höher und zwar im Gesamtverlauf. Wir wissen nicht, warum es diese Unterschiede gibt. Tatsache ist, dass es hier ein unauffälliges Bild für Wien gibt, bis auf diese Steigerung 2002, die aber mit anderen Bundesländern teilt.

Insgesamt haben wir eine sinkende Tendenz.

Wenn Sie sich den österreichischen Durchschnitt anschauen von 0,8 % auf 0,4 %, das ist eigentlich, bis auf die Ausreißer, hinunter gegangen.

Es hat, das habe ich auch den Medien entnommen, die Frage gegeben: Haben wir zu viel oder zu wenig PsychiaterInnen?

Wir haben uns einmal angeschaut, wie es mit den FachärztInnen Ausbildungsstellen aussieht. Wir haben hier, klarerweise, die meisten Ausbildungsstellen in Wien. Das sind die, die außerhalb des AKH sind. Dazu kommen, das habe ich nur als mündliche Information, daher habe ich es nicht hingeschrieben, 23 Ausbildungsstellen zu den 54 im AKH. In der Steiermark kommen Plus 10 dazu und Innsbruck habe ich nicht herausgekriegt, das werden weniger sein, das werden 6 Stellen oder so sein. Die kann man noch dazu rechnen, wir haben diese Ausbildungsstellen aus der Statistik der Ärztekammer und die AKH-Ausbildungsstellen nicht dabei.

Das heißt, wir haben hier insgesamt 237 Ausbildungsstellen in Österreich und Wien, gefolgt von Niederösterreich. Oberösterreich hat bei weitem den höchsten Anteil an Ausbildungsstellen, wenn man die auf der Klinik noch dazu rechnet.

Nun hat es die Frage gegen: Zu wenig FachärztInnen? Ich kann Ihnen berichten, unsere letzte ÄrztInnenbedarfsstudie wurde mit den Daten von 2004 gemacht, die nächste wird erst 2009 oder 2010 sein. Wir haben 2004 überhaupt keinen Mangel an psychiatrischen FachärztInnen festgestellt, eher eine gute Versorgung. Wobei wir davon ausgehen, dass die Anzahl der § 2-KassenärztInnen kein wirklicher Indikator für eine gute Versorgung von psychiatrischen PatientInnen ist, aus den bekannten Gründen. Hier brauchen Sie fachübergreifende, professionsübergreifende integrierte Versorgung. Der niedergelassene Facharzt/Fachärztin ist für die Medikamenteneinstellung sicher sehr wichtig. Sie sehen auch hier, dass das in keinem Bundesland eine bedeutende Rolle spielt. Wir haben in Gesamtösterreich § 2-KassenärztInnen 0,13% auf 1 000 EinwohnerInnen, in Wien 0,16 %. Das ist auch nicht wesentlich mehr, so wie in anderen Fächern, das muss man auch sagen. Während wir in Wien sonst überbordend viele FachärztInnen haben, haben wir das hier nicht.

Wir haben einen enorm hohen Anteil an WahlärztInnen, die bekanntlich, wie wir wissen, in solchen Fächern nicht besonders Versorgungswirksam sind. Zwar eine steigende Versorgungswirksamkeit dieser WahlärztInnen, aber in der Psychiatrie, würde ich sagen, ist das nicht unbedingt das, was jetzt für die Versorgung von ganz entscheidender Bedeutung wäre.

Wir können jetzt nicht wirklich sagen, dass wir von einem zusätzlichen großen Bedarf spre-

chen können. Es gibt einen Aspekt, der vielleicht eine Rolle spielt. Unsere Prognosen sind noch von der klassischen Situation ausgegangen. Wir haben mit der jetzt sich aufbauenden Psychosomatik, mit den psychosomatischen Einheiten mit der psychiatrischen Rehabilitation, die wir jetzt auch in dem Reha-Plan mit hinein nehmen, natürlich zusätzlichen Bedarf, noch dazu in Bereichen, die weniger anstrengend sind als die allgemein psychiatrische Vollabteilung. Das heißt, es wird einen Sog geben von Psychiatern in diese anderen Angebote. Das könnte unter Umständen hier zu Engpässen führen, das muss man sich dann genauer anschauen. Unser jetziger Stand ist, von einer Unterversorgung können wir im Moment nicht ausgehen.

Jetzt komme ich abschließend zum Lückenhaftesten in unseren Informationen, nämlich zur außerstationären psychiatrischen Versorgung in den Bundesländern. Ehrlich gesagt, das Härteste, was ich Ihnen liefern kann, ist das da. Nämlich die Information, was es wo gibt bzw. nicht gibt. Die Quantifizierung des Angebotes ist im Grunde nicht möglich. Ich zeige Ihnen das dann noch.

Sie haben hier Abkürzungen, die in der Legende erklärt sind. Es geht um die Beratungsdienste, um die Notdienste, Kriseninterventionen, um Wohnversorgung, sämtliche Wohneinrichtungen mit abgestufter Betreuung und Mobile Wohnbetreuung, Tagesstrukturen, Tagesstätten in verschiedenen Formen. Es gibt auch sehr spezielle und unterschiedliche Ausformen, da ist nichts standardisiert. Es gibt Klubeinrichtungen, Eingliederungshilfen vor allem was die Arbeit betrifft, Arbeitstraining, Beschäftigungsprojekte, Geschützte Werkstätten. Was ich mit Sicherheit sagen kann, ist, dass Wien alle Angebote hat. Es wäre auch überraschend, wenn das nicht so wäre in einem so großen Ballungsraum. Es ist jedenfalls das, das wichtigste Ergebnis: Wien hat alle Angebote, alle anderen Bundesländer haben die Angebote unterschiedlich lückenhaft, von unterschiedlicher Bedeutung, die Lücken sind ja nicht gleich bedeutend.

Z.B. ist die Beratung und Betreuung natürlich ein wichtiger Punkt. Der Notdienst ein ganz wichtiger Punkt. Krisenintervention, den haben auch drei Bundesländern nicht.

Wohnmodelle haben alle Bundesländer. Allerdings, wenn man dann in die Details geht, schaut es schon unterschiedlich aus. So kann man das wieder einzeln vergleichen.

Fakt ist: Wien hat die gesamte Vielfalt des Angebotes.

Zur Erinnerung. Wir haben auch eine unterschiedliche Betrachtungsweise. Sie haben ihre 8 Psychosozialen Versorgungsregionen, wir haben Wien im Einverständnis mit dem Land nur

in drei Versorgungsregionen geteilt, die auch in der Krankenanstaltenplanung so verwendet werden. Wir können das auch nur in dieser Systematik betrachten. Das ist die Versorgungsregion 92 West, 91 Süd und Transdanubien. Sie sehen, Wien allein, was die Krankenanstalten betrifft, welches Ungleichgewicht hier besteht. Aber, das wissen Sie ohnehin.

Jetzt noch nach unserer Systematik, also Versorgungsregion 91 bis 93, schaut ein bisschen unterschiedlich aus. Wir haben in der Versorgungsregion 91, das ist Versorgungsregion Mitte, also Süd und Mitte, mit dem 2. und 20. Bezirk auch noch dabei, alle Angebote. Wir haben in den anderen Versorgungsregionen nicht alle Angebote, wobei natürlich der Notdienst zentralisiert ist. Das ist auch in Ordnung. Unterschiedliche wichtige Angebote sind nicht in allen Regionen. Aber das ist nicht Ihre Systematik, das muss ich dazu sagen, das ist unsere Systematik.

Schlussendlich als Letztes: Der Versuch Plätze pro EinwohnerInnen zu quantifizieren und da sehen Sie, das funktioniert im Moment nicht. Wir haben zum Teil keine Angaben. Wir haben in Wien unterschiedliche Angaben. Der PSD zählt eher Leistungen als Plätze. Das können wir wieder mit anderen nicht vergleichen. Das heißt, das Bild ist sehr schwer zu vergleichen und in ein Gesamtbild zu bringen.

Wenn Sie sich anschauen, es ist tricky. Wenn Sie sich die Steiermark anschauen: Wohnen insgesamt, haben Sie 8 Plätze pro 10 000 EinwohnerInnen. Wenn Sie sich aber therapeutisch strukturiertes Wohnen anschauen, dann sind nur mehr 0,7 Plätze. Da muss man schon sehr genau schauen und analysieren, weil die Zahlen allein einem da sehr wenig sagen.

Das war ein letztes Bild. Insgesamt kann ich sagen, in den zentralen Fragen liegt von der quantitativen Seite her Wien im Durchschnitt, über dem Durchschnitt in einer sehr guten Situation. Probleme, die auftreten können vom quantitativen Angebot her, von den Zahlen her, nicht begründet werden. Vielen Dank. (*Allgemeiner Beifall.*)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Sehr geehrte Frau Doktor! Ich danke Ihnen für den Vortrag und bitte Sie jetzt, auch noch für Fragen zur Verfügung zu stehen.

Wenn ich mich richtig erinnere, ist jetzt die sozialdemokratische Fraktion dran? – Gut, ist in Ordnung.

Bitte, Frau Dr. Pilz.

GRin Dr. **Pilz**: Danke, Frau Dr. MORITZ.

Ich steige gleich in meine Fragen ein. Ihre umfassenden Informationen kriegen wir als Powerpoint-Präsentation. Da ist noch vieles drinnen, was wir im Detail anschauen wollen.

Jetzt möchte ich doch einige Fragen stellen. Sie haben festgestellt, dass man in Wien 1979 zwar stark angefangen hat, Vorreiter war - ich subsumiere - und dann stark nachgelassen hat, weil man sich auf den Lorbeeren ausgeruht hat, die man mit seiner Planung Ende des letzten Jahrhunderts erworben hat. Sie haben 2002 – das habe ich gelesen – eine Bestandsaufnahme gemacht. In der Bestandsaufnahme sind viele Baustellen Ihrerseits definiert, was man tun müsste. Stichwort: Dezentralisierung, Stichwort: bessere Angaben, insbesondere zur ambulanten Versorgung usw.

Das aus 2002 ist mittlerweile ein bisschen angejährt, ist aber im Wesentlichen noch aktuell, da haben sich relativ wenige Dinge getan. Ich möchte in dem Zusammenhang auch fragen, ob Sie es als Problem sehen, dass man hier auf die Koordination der Psychiatrie in Wien verzichtet, dass wir keine Psychiatrie-Koordination haben? Dass wir die Partizipation von Angehörigen und Betroffenen nicht nur in der Vergangenheit nicht realisiert haben, sondern - auch hier im Ausschuss immer wieder Thema - auch künftig in keiner Weise wollen?

Jetzt zu Ihren Zahlen. Sie haben gesagt, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie kurze Belegsdauer, kurze Aufenthaltsdauer, hohe Aufnahmezahlen haben und dass 83 % der Kinder- und Jugendlichen Wiener PatientInnen wären. In diesem Zusammenhang ist meine Frage: Wie habe Sie jene Kinder und Jugendliche gerechnet, die durchaus häufig und chronisch in der Erwachsenen-Psychiatrie nach wie vor untergebracht werden? Wie rechnen Sie die? Wie werden die bei Ihnen beurteilt? Das ist eine der zentralen Fragen, die wir hier stellen. Ich war gestern bei einer Veranstaltung zum Thema „Psychiatrie“, es ist nach wie vor so in allen Erwachsenen-Psychiatrien in Wien, dass weiterhin Kinder- und Jugendliche aufgenommen werden müssen, weil es zu wenig Kapazitäten am Rosenhügel und im AKH gibt. Ein notorisches Problem, dass auch fachlich schwierig ist.

Sie haben betont, dass es nicht besonders viele burgenländische PatientInnen in Wien gibt, auch das war gestern Thema. Allerdings sind die, die da untergebracht sind, besondere PatientInnen, nämlich jene PatientInnen aus dem Nordburgenland. Das Problem, vielleicht hat sich das in den Medien noch so verdeutlicht, da geht es nicht um die schiere Masse, weil das Burgenland als solches ist ja ein Bundesland und das Nordburgenland ist ein Teil dessen. Es geht darum, dass es die Schwierigsten sind. Das war gestern auch im AKH ein großes Thema, dass man den Eindruck im Otto-Wagner-Spital hat, andere machen Rosinenpicking, während die Schwierigsten und durch Unterbringung natürlich

auch in einer akuten Krise befindlichen PatientInnen ausnahmslos aus dem Nordburgenland nach Wien kommen.

Sie haben hinsichtlich der Personaldaten mit 0,14 im Otto-Wagner-Spital im Vergleich zu 0,13 in Österreich eine gute Bilanz oder eine zumindest gut durchschnittliche Bilanz gezogen. Haben Sie damit gerechnet, welche ÄrztInnen im Turnus sind oder vor allem differenziert, welche in FachärztInnenausbildung sind und welche ÄrztInnen durch Dauerkrankenstände aus dieser Statistik herausfallen? Ich nehme an nein, weil sonst da nicht einfach nur „ÄrztInnen“ gestanden wäre.

Hinsichtlich der KassenärztInnen, von denen Sie sagen, dass sie kein Indikator in der Stadt sind, das teile ich mit Ihnen. Nichtsdestoweniger weiß ich z.B. aus den Ambulanzen des AKH, dass man eine Behandlung nicht übernimmt, weil man im AKH keinen Versorgungsauftrag hat und daher nur PatientInnen nimmt, die in Studien passen oder sonst für das AKH zur Forschung sinnvoll sind. Das man einfach Zetteln mit niedergelassenen KassenärztInnen austellt, von denen uns die PatientInnen berichten, da es aus PatientInnensicht zu wenig niedergelassene ÄrztInnen mit Kassenvertrag gibt, dass das die Entsendung ins Nirwana ist.

In dem Zusammenhang möchte ich auch betonen, dass ich es für ein zentrales Problem halte, dass Wien keine Angaben zur ambulanten Versorgung durch den PSD macht. Diese Blackbox, die Sie schon 2002 in Ihrer Bestandsaufnahme konstatiert haben, dass Sie über Vieles schlicht keine Information haben, die hat sich hier noch einmal deutlich gemacht, dass Wien einfach keine Angaben macht. Sie sagen aber, dass ambulant vor stationär da als eine zentrale Rolle gesehen werden muss. Die Frage ist, ob Sie sich auch institutionell zufrieden geben, dass man hier aus Wien nichts weiß.

Was Allerletztes. Sie haben davon gesprochen, dass die Versorgung hinsichtlich Bettenmessziffern im Otto-Wagner-Spital gut wäre. Haben Sie schon Strukturqualitätskriterien für die Psychiatrie entwickelt? Wir haben beim vorletzten Termin von der hohen Qualität der Ausstattung z.B. im Wagner-Jauregg-Spital gehört, wo man 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle hat, wo klar ist, dass sich keine PatientInnen geschlechtlich gemischt Waschräume teilen müssen. Wo man ausreichend Monitoring hat. Wo man Intensivüberwachungseinheiten hat und und und. Das sind Dinge, die wir speziell im Otto-Wagner-Spital bemängeln.

Nur zur Erinnerung: 4-Bett-Zimmer, gemischte Waschräume zur Benutzung, mangelhaftes Monitoring, tiefsedierte PatientInnen die, weit ab

von Stützpunkten, fixiert sind usw.

Die Frage: Gibt es Strukturqualitätskriterien und wie würde da das Otto-Wagner-Spital abschneiden?

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

Dr. **MORITZ**: Frau Dr. Pilz! Ich habe nicht gesagt, dass sich Wien auf den Lorbeeren ausgeruht hat. Es hat 1979 geplant und hat wesentliche Elemente einer Planung, die dann andere 2002 durchgeführt haben, nämlich Dezentralisierung und komplementäre extramurale Versorgung ja schon 1979 geplant. Da ist auch umgesetzt (*Zwischenruf*) damals eingerichtet worden. Es ist auch die Dezentralisierung eingeleitet worden, natürlich in Stufen, aber das ist auch nicht mein Geschäft.

Wir haben 2002 die Bestandsaufnahme gemacht und Wien hat nicht schlecht abgeschnitten, es hat Punkte gegeben.

Ich möchte da auch nicht missverstanden werden. Ich sage nicht, dass Wien auf den Koordinator verzichtet. Neuere Planungen haben einen Koordinator schon vorgesehen. Wien hat ja nicht aktiv verzichtet, sondern hat noch nicht diesen Schritt getan. Ich würde den gerade bei der Vielfalt der Anbieter als sehr gut empfinden. Aber, das ist ein guter Rat von mir und weiter nichts. Ich kann nicht sagen, dass Wien verzichtet hat.

Was die Partizipation von Angehörigen betrifft, so wäre das auch für einen nächsten Plan der gute Rat von der MORITZ, aber das hat nichts damit zu tun, dass jemand darauf verzichtet hat. Es ist das Thema nicht gestellt gewesen und da möchte ich nicht missverstanden werden.

Was die Kinder- und Jugendpsychiatrie betrifft und Null-Tagesaufenthalte, so sehe ich keinen kritischen Punkt dabei.

GRin Dr. **Pilz**: Der kritische Punkt war, ob Sie in der gesamten Statistik zur kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Versorgung jene PatientInnen mit gerechnet haben, die nicht auf der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren?

Dr. **MORITZ**: Nein, die haben wir nicht speziell mitgerechnet.

GRin Dr. **Pilz**: Das wäre aber relativ relevant, weil relativ viele, relativ oft in zwar diagnostischen ...

Dr. **MORITZ**: ... in ganz Österreich.

GRin Dr. **Pilz**: Ich will ja nicht, dass Sie das jetzt verteidigen, das es so ist, sondern will von Ihnen wissen, ob sie die schlicht und einfach in Rechnung gestellt haben, dass sehr viele Kinder ...

Dr. **MORITZ**: Nein, (*Zwischenruf*) nach Geburtsjahr.

GRin Dr. **Pilz**: Aha, dann will ich einfach sagen, damit ist die Statistik schwierig, wenn Kin-

der nur deshalb nicht gerechnet werden, weil sie auf der Erwachsenen-Psychiatrie sind, dann ist das auch eine Aussage.

Dr. **MORITZ**: Was hat das mit der Bettenmessziffer zu tun?

GRin Dr. **Pilz**: Wenn wir zu wenig Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben in Wien, dann bedeutet das, dass man regelmäßig Kinder und Jugendliche in der Erwachsenen-Psychiatrie unterbringen muss, dann muss sich das in der Planung anschauen. Die Frage war, ob Sie es einberechnet haben?

Dr. **MORITZ**: Wir haben Geburtsdaten der PatientInnen, aber danach haben wir es nicht ausgewertet, das ist ja in diesem Zusammenhang nicht üblich. Man kann sicher schauen, wie viele Jugendliche auf Erwachsenen-Abteilungen liegen. Allerdings ist das wahrscheinlich in vielen Bundesländern viel ärger als in Wien, traditionell, da gibt es oft gar keine Unterscheidung. Was nicht heißt, dass das gut ist, das ist gar keine Frage.

Was aber der Punkt ist: Die Bettenmessziffer hat nichts damit zu tun. Denn die Bettenmessziffer geht auf Bevölkerung in einem bestimmten, in dem Fall Altersgruppe. Da ist es klar, dass nicht nur in Wien, sondern fast in ganz Österreich, bis auf Kärnten und jetzt Niederösterreich, hier ein Nachholbedarf besteht, der sich aus der Trennung von Kinder- und Jugendneuropsychiatrie ergeben hat. Das ist unzweifelhaft.

Man kann das hin und her jonglieren. Wenn man im Wihelminenspital diese Einheit dazu rechnet, werden die Bettenmessziffern höher, dafür habe ich aber nichts in der Kinder- und Jugendpsychosomatik. Da beißt sich die Katze in den Schwanz. Die Situation ist klar, hier gibt es einen Bedarf, der wahrscheinlich auch steigen wird in der nächsten Zeit. Das ist schon klar. Ich denke, das ist allen bewusst und okay.

Das häufige in der Erwachsenen-Psychiatrie gelegen wird, wird sicher stimmen. Ich kann es weder bestätigen noch kann sagen, dass das nicht der Fall sei.

Was das Nordburgenland betrifft, so weiß ich, dass viele nordburgenländische PatientInnen bisher in Mauer Öhling und in Gugging waren und jetzt viele in Tulln landen. Das wird schon stimmen, dass ein hoher Anteil UnterbringungspatientInnen im Otto-Wagner-Spital sind.

GRin Dr. **Pilz**: Alle PatientInnen aus dem Nordburgenland müssen ins Otto-Wagner-Spital.

Dr. **MORITZ**: Was wollen Sie damit sagen? Sie haben trotzdem nur 20 %.

GRin Dr. **Pilz**: Die Frage war ja nicht, dass es so schier viele Burgenländer sind. Das ist im Burgenland schwierig, weil ich glaube, ganz Burgenland ist irgendein Bezirk bevölkerungsdichtemäßig, ungefähr so groß ...

Dr. **MORITZ**: Wie Favoriten.

GRin Dr. **Pilz**: ... wie Favoriten. Da geht es nicht um die Zahl, sondern da geht es darum, dass das Otto-Wagner-Spital leidet, die Ärzteschaft beklagt, dass die schwierigsten PatientInnen selektiv ins Otto-Wagner-Spital kommen. Also war es nicht die schiere Zahl, sondern die Umstände, die Schwierigsten werden im Otto-Wagner-Spital untergebracht. Damit muss klar sein, dass war auch der Punkt, den wir kritisiert haben. Nicht, dass das Nordburgenland versorgt werden muss, weil so viele sind es nicht. Es geht um die Schwierigsten.

Dr. **MORITZ**: Wir wollten uns das ansehen, wir haben aber nicht die Postleitzahlen der PatientInnen, weil das ein spezielles Thema ist, das haben wir nicht in der Krankenanstaltenstatistik, sondern nur in dieser Unterbringungsgesetz-Studie. Ich kann Ihnen leider nicht sagen, wie hoch der Anteil der Burgenländer am Otto-Wagner-Spital und an den untergebrachten PatientInnen ist. Tut mir leid, aber das wird sicher stimmen, das ist sicher richtig.

Die Situation der ÄrztInnen, Turnus, Ausbildung, Dauerkrankenstände. Wir nehmen die Statistik und wir vergleichen die Statistik. Das heißt, das ist dieselbe Statistik in Wien wie in allen anderen Bundesländern, daher sind die Krankenstände dort wie da. Die ÄrztInnen in Ausbildung sind selbstverständlich dabei, das ist gar keine Frage.

KassenärztInnen. Ich möchte das nicht kommentieren und provozieren Sie mich nicht, dass ich es kommentiere. Wenn am AKH mit einer ÄrztInnendichte, die Ihresgleichen sucht, PatientInnen ein Zettel mit einem § 2-KassenärztIn in die Hand gedrückt wird. Das will ich nicht kommentieren. Ich glaube nicht, dass der/die § 2-KassenärztIn für PatientInnen, die im AKH landen, die Alternative ist. Ohne einen § 2-KassenfachärztIn nahetreten zu wollen, aber die brauchen wahrscheinlich ein integriertes Angebot und das kann wahrscheinlich nicht die Alternative sein.

Noch einmal der PSD. Das Problem ist, dass der PSD sehr penible Berichte macht, aber hier lediglich Leistungen in seinen Berichten beschreibt und das ist nicht die Systematik, die wir für den österreichischen Vergleich haben. Es gab z.B. in den PSD-Berichten keine Angaben über ÄrztInnen, diplomiertes Personal usw. Daher haben wir nicht die Vergleichsmöglichkeiten. Ich kann dazu nichts sagen.

Was die Strukturqualitätskriterien betrifft, so gibt es im ÖSG Kriterien für die Psychiatrie. Die würden aber selbst in einer so detaillierten Form, wie sie die Länder nie beschließen würden, solche Punkte nicht enthalten, wie sie genannt haben. Das würde zu keinem Beschluss kommen.

Strukturqualitätskriterien beziehen sich auf personelle Ausstattung, auf räumliche Ausstattung. Das haben wir sicher in der Psychiatrie, nicht in der Beschlusslage zwischen Bund und Ländern. Das ist die Situation.

Wir haben für die Kinder- und Jugendpsychiatrie den Entwurf für Strukturqualitätskriterien, der wird bei der nächsten Revision des ÖSG verhandelt. Die Tiefe und der Detaillierungsgrad ist Beschlusslage.

GRin Dr. **Pilz**: Würden Sie es sinnvoll finden, da hinsichtlich der medizinischen Ausstattung Strukturqualitätskriterien zu machen?

Dr. **MORITZ**: Das würde ich schon finden. Aber wenn Sie sich heute das Wagner-Jauregg anschauen, das vor zwei Jahren fertig geworden ist und ein wunderschöner Repräsentationsbau des Landes ist und es ist jedem zu vergönnen dort zu arbeiten und dort, wenn es sein muss, PatientIn zu sein. Aber das können Sie schwer vergleichen mit der Situation Otto-Wagner-Spital, Pavillons alt. Das ist eine Ist-Situation. Ich kann da nicht sagen, das Wagner-Jauregg ist bestens ausgestattet und es muss jetzt das Otto-Wagner-Spital auch so ausschauen. Das wird so nicht sein, das halte ich nicht für realistisch.

Übrigens eine Bemerkung am Rande: Den Narrenturm hat man trotzdem im Wagner-Jauregg, es ist ein runder Turm. Man kommt eben nicht los von dem Klischee.

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

GR **Lasar**: Danke schön, Frau Dr. MORITZ, für diese wirklich sehr aufschlussreichen Ausführungen.

Ich habe zwar keine Fragen, aber meine Bitte ist, kriegen wir diese Powerpoint-Präsentation als Skript zur Verfügung gestellt?

Dr. **MORITZ**: Die steht Ihnen schon zur Verfügung, die ist hier hergeschickt worden.

GR **Lasar**: Danke vielmals.

Dr. **MORITZ**: Die Unterbringungsgesetz-Studie ebenfalls. Ich habe Sie mit gebracht, sie müsste vervielfältigt werden.

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

GRin **Korosec**: Frau Dr. MORITZ! Recht herzlichen Dank für die wirklich sehr interessanten Ausführungen.

Ich komme auf den Bericht 2002 zurück. Du hast gesagt, dass dieser Bericht damals auch besprochen wurde. Wobei ich vorweg sagen möchte, dieser Bericht 2002, den haben wir als Opposition natürlich nie gesehen. Das ist sehr bedauerlich und das sage ich deshalb, weil vielleicht man in der Zukunft da anders umgehen kann. So ein Bericht wird für die Mehrheitsfraktion, für die Frau Stadträtin, gemacht. Der kostet auch Geld, es würde mich interessieren, was so

ein Bericht kostet und dann wird er irgendwo schubladisiert, weil ja leider Gottes von den vielen Maßnahmen, die in diesem Bericht drinnen stehen, sind genau diese Kritik, die die Opposition heute anbringt.

Ich habe mir den sehr genau durchgelesen, ich habe ihn leider erst vor zwei Tagen bekommen. Da ist auf der Seite 105 sehr, sehr Vieles angeführt und da sind auch die nächsten Schritte angeführt, die gesetzt werden sollen.

Das war im Jahr 2002. In der Zwischenzeit haben wir das Jahr 2008 und von diesen nächsten Schritten ist in Wahrheit nichts umgesetzt. Das ist jetzt einmal meine Kritik.

Es steht auch in dem Bericht, dass die nächsten Schritte festgehalten, dass mit VertreterInnen der Stadt in Sitzungen besprochen wurde, was aus gesundheitsplanerischer Sicht in der psychiatrischen Versorgung in Wien zu verbessern sei.

Konkret: ambulant vor stationär, die Schnittstellenproblematik, der Koordinator – auch der ist damals verlangt worden – Sie haben das sehr deutlich und zu Recht gesagt, dass ein Psychiatrie-Koordinator für Wien dringend erforderlich wäre. Seit 2002 ist nichts passiert.

Ich wollte von dir wissen: Hat es da Nachfolgeaufträge gegeben? Hat man euch nach dem Jahr 2002 von der Frau Stadträtin noch einmal beauftragt das weiter zu überprüfen? Oder hat man 2002 das zur Kenntnis genommen, hat zwar in einer Sitzung festgelegt: ja, das wird man ändern? Weil, tatsächlich sind im Interesse der PatientInnen eine Reihe von Dingen zu verändern – und das war's dann.

Die nächste Frage: Was kostet so eine Studie?

Zu den Kennziffern ÄrztInnen und Fachpersonal, die laut Statistik sehr gut ausschauen. Die Fakten sind natürlich anders, weil - die Kollegin Pilz hat das schon gesagt – im Otto-Wagner-Spital die langen Fixierungen, Gitterbett usw. damit zusammen hängen, dass beim Pflegepersonal Mangel ist. Jetzt wissen wir, es gibt sehr viele Krankenstände, aber, dass wird es wahrscheinlich in anderen Bundesländern auch geben, weil es auch ein sehr schwieriger Dienst ist.

Mich würde interessieren: Sind da die systematisierten Stellen gemeint oder die tatsächlichen? Wir wissen, dass in Wien ungefähr 10 % Abweichung zwischen den systematisierten Betten und den tatsächlichen Betten ist. Das hätte ich auch gerne gewusst. Danke.

Dr. **MORITZ**: Eine Liste aller Arbeiten die wir gemacht haben ist zugegangen, also nicht nur für Wien, sondern insgesamt in der Psychiatrie. Diese Liste müsste aufliegen.

Wir, als ÖBIG und dann GÖG, haben seit 2002 zur Psychiatrie für Wien nichts mehr ge-

macht, meines Wissens.

Was diese Studie gekostet hat, weiß ich wirklich nicht auswendig, das ist keine Frage des Nicht-Sagen-Wollens, ich weiß es nicht. Aber ich kann das gerne nachliefern, wenn das gewünscht ist, wenn wir es noch finden. Ich glaube, wir bewahren die Belege so lange auf.

Ob jetzt umgesetzt oder nicht, ist nicht keine Frage an mich, das ist eine Frage an die Politik und die Trägerschaft.

Die Zuordnung Personal zu Betten bezieht sich auf die Krankenanstaltenstatistik, auf die Kostenstellenstatistik, das heißt, das sind die gemeldeten Stellen zu tatsächlich aufgestellten Betten. Ob es da Abweichungen gibt, das kann ich nicht sagen, ich habe keine andere Statistik zur Verfügung. Das ist aber zumindest österreichweit vergleichbar, weil das überall dieselbe Systematik ist.

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

GRin **Klicka**: Frau Dr. MORITZ! Herzlichen Dank für die umfassende Präsentation.

Wir haben alle den Bericht von 2002 erhalten. Es ist doch schon eine längere Zeit her und daher war es für uns aufschlussreich heute die revidierten Daten in Richtung 2006, wie Sie uns sie präsentiert haben, auch vor Augen zu haben.

Grundsätzlich haben Sie schon gesagt, dass Wien ein den 70er Jahren eine Vorreiterrolle eingenommen hat. Begonnen 1979, 1980 dann auch das erste Bundesland, die erste Stadt war, die im ambulanten Bereich die Einrichtungen geschaffen hat und diese in den letzten Jahren auch ausgeweitet hat.

Es ist so, dass der PSD ausgegliedert ist und wir dort im Vorstand des Kuratoriums sind und jährlich alle Berichte und Unterlagen erhalten. Das System für Sie ist nicht kompatibel und daher können Sie die genauen Zahlen und Daten natürlich nicht nennen. Wir wissen, dass in den Ambulatorien 131 000 Einzelleistungen im Jahr an ca. 5 500 PatientInnen erfasst werden. Das zeigt, dass sowohl der stationäre Bereich, als auch der ambulante Bereich sehr gut zusammen arbeiten. Schnittstellen kann man immer verbessern, das wissen wir. Genau so, wie man Personalforderungen immer stellen kann. Denn, wer will nicht mehr leisten und mehr tun können und daher auch höhere Forderungen stellen, es lässt sich nicht daran rütteln.

Zu dieser Situation im Burgenland, die sich erst im Herbst 2007 ergeben hat, hat man natürlich zunächst einmal erkennen und abwarten müssen, wie wird sich die Situation entwickeln. Die Frau Dr. Pilz wird nach dem gestrigen Vortrage sehr wohl Recht haben, wenn sie sagt, ja, vielleicht kommen nach Tulln – sage ich jetzt einmal angenommen – jene PatientInnen, die

leichter zu „handeln“ sind und vielleicht landen im Otto-Wagner-Spital auf Grund des FachärztInnenrufes und der vorhandenen Einrichtung auch vorwiegend jene PatientInnen, die einen sehr hohen Betreuungsbedarf haben, weil sie eine sehr schwierige Erkrankung haben.

Der Krankenanstaltenverbund hat in Wien dieser Richtung auch reagiert und im Otto-Wagner-Spital 18 neue Dienstposten geschaffen. Sowohl im ärztlich-medizinischen Bereich als auch im Bereich des Pflegepersonals, um diesen möglichen Ansturm aus dem Burgenland und dieser steigenden PatientInnenzahl entsprechen zu können.

Die Planung, die in Wien vorliegt, Sie haben gesagt, Sie haben Ihre 3 Regionen von der Bundesseite her, wir in Wien gehen noch immer von 8 Regionen aus. Da schaut dann die Dichte und die Häufung ein bisschen aus. Sie wissen ganz genau, wir wissen alle, wie westlastig einfach gesagt auf Grund der hundertjährigen Entwicklung unserer Spitalseinrichtungen Wien noch immer ist und wir sehr gezielt in den letzten Jahren dagegen gearbeitet haben. Wenn wir nur an die Neurologie denken und an die vielen Umsiedlungen, aber jetzt schon im Otto-Wagner-Spital eine Regionalisierung durch die 6 psychiatrischen Abteilungen vorgenommen. Diese Regionalisierung wird sich weiterhin durchführen lassen und wirklich in die Regionen, das heißt vor Ort, kommen, durch den Bau des Krankenhauses Nord, wo dann die nördlichen Bezirke Wiens abgedeckt sind und auch für den 3. Bezirk, als einen inneren Bezirk und den sehr großen 11. Bezirk, der östlich liegt, im Bereich der Krankenanstalt Rudolfstiftung, dann eine Möglichkeit besteht, die 5. Psychiatrische Abteilung dort regional vor Ort unterzubringen.

Der 12., 13. Und 23. Bezirken werden im Krankenhaus Hietzing mit dem Neurologischen Zentrum Rosenhügel auch lokal in diesen großen Bereich hinüber wandern. Ich denke, dass sind Ziele, die man, wenn wir jetzt für einen Abschnitt zurückdenken von 2000 bis 2008 heute und wir das Ziel 2014, spätestens 2015 im Auge haben, also in etwa den gleichen Zeitraum, wie in der Vergangenheit, den wir gerade betrachten, auch darstellt.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Darf ich Sie dann bitten, zur Frage zu kommen.

GRin **Klicka:** Ich wollte mich auch noch für diese Ausführungen bedanken und auf die bundesgesetzlichen Verpflichtungen in der Psychiatrie zurückkommen, die in Plänen niedergeschrieben sind.

Ob Sie diese angemessen halten auf Grund der gesellschaftspolitischen Entwicklung oder ob es von bundesgesetzlicher Seite her auch noch Anpassungen bedarf?

Dr. **MORITZ:** Ich möchte noch eine Bemerkung zum Burgenland machen. Die Situation mit dem Burgenland ist erstens so, dass der Anteil der burgenländischen PatientInnen mit 1,3% aller PatientInnen sehr gering und dass wir zwei Standorte in Aufbau haben. Eisenstadt bei den Barmherzigen Brüdern ist mehr oder weniger schon angelaufen in einer noch auszureifenden Einheit und es soll in Oberwart, das wird allerdings eher der Steiermark zugute kommen, ebenfalls eine Versorgung geben.

Was ich aber schon bemerken möchte: Das Burgenland hat eine sehr gute extramurale Versorgung. Univ.-Prof. Dr. Dantendorfer - wird zumindest den Spezialisten bekannt sein – hat das aufgebaut hat und hier wird einiges aufgefangen. Ich würde mich, entschuldigen Sie, dass ich das so legere sage, nicht da auf den BurgenländerInnen aufhängen.

Ich glaube, nach allen Daten die wir haben, kann es schon sein, dass vielleicht der/die eine oder andere ZwangsaufnahmepatientIn hier landet. Aber im Großen und Ganzen ist das jetzt nicht ein Massenansturm von den schwierigsten PatientInnen aus dem Burgenland, da sollte man objektiv bleiben. Das ist sicherlich nicht so ein Problem und das wird sich laufend verringern.

Die Dezentralisierung in Wien ist ja bekannt und das sie früh eingeleitet wurde, dazu kann ich gar nichts sagen, außer, dass das immer ein wesentlicher Faktor der Wiener Planung war, ebenso wie die komplementäre extramurale Versorgung.

Was die Bundesregelungen betrifft und die Vereinbarungen in der 15a-Vereinbarung zum ÖFG, so denke ich, dass das nicht das Problem ist. Wenn ein Problem deutlich ist, so ist es sicher in ganz Österreich der Bedarf an Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgungseinheiten. Das ist etwas, wo wir einen dringenden Nachholbedarf haben und wo wir auch nicht jonglieren können. Wir brauchen die Kinderpsychosomatik, genau so wie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aber das, bis auf wenige Ausnahmen, Sie haben das gesehen, in ganz Österreich.

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

GRin Dr. **Pilz:** Noch zwei kurze Fragen.

Sie haben eine, was für jemand der so ausschließlich mit Planung beschäftigt ist doch relevante Frage ist, gesagt, Sie wissen jetzt nicht genau, ob wir nach 5 oder 7 Regionalisierungen planen. Das ist auch tatsächlich eine zentrale Frage in Wien. Wie wird das AKH in den Versorgungsauftrag eingebunden? Sie haben jetzt irgendwie vermutet, dass das AKH im Rahmen der Dezentralisierung eine Rolle spielen wird.

Dr. **MORITZ:** Das habe ich nicht gesagt.

GRin Dr. **Pilz**: Sie haben gesagt, es gibt das Krankenhaus Nord und die Rudolfstiftung und Hietzing, sozusagen die drei Bereiche. Dann haben Sie gesagt, für die inneren Bezirke und dann haben Sie irgendwie „AKH“ in den Raum gestellt. Wie auch immer. Das AKH hat mit seinen psychiatrischen Abteilungen jetzt eine Funktion, aber es ist nicht in den Versorgungsauftrag eingebunden.

Frage an Sie: Wären Sie dafür, dass das AKH – über die Konstruktion mit der Medizinischen Uni wissen wir bescheid, aber davon unabhängig: Meinen Sie, das AKH soll mit seiner unfassbaren hohen ÄrztlInnendichte – das teile ich mit Ihnen, dass man dort viel Personal hat, das auch viel machen könnten – würden Sie diese Einbindung in den Versorgungsauftrag begrüßen?

Frage: Wieso nehmen Sie es von Ihrer Planungsrolle und Kompetenz und Zuständigkeit so einfach hin, dass der PSD irgendwie tausende Leistungen für so und so viele tausende PatientInnen zählt? Ich bin im Vorstand des PSD und es ist mir seit Jahren ein Dorn im Auge und ein ständiger Anlass für Kritik, dass wir eine Art von Leistungsdokumentation haben, die zwar ziemlich akribisch ist, aber am Schluss ziemlich wenig aussagt. Ich halte das für eine überkommene Art des Berichtswesens, sage das so oft ich kann. Jeder der mich kennt im Vorstand weiß das, es hilft nur nichts. Da kann man sagen, ob es die Sigrid Pilz von der Opposition weiß, ist eh wurscht. Aber wenn die Frau Dr. MORITZ von der Zentralen Planungseinheit Österreich das nicht weiß und dann hier eine Powerpoint-Präsentation macht, es gibt keine Angaben, wir wissen nichts zur zentralen Aufgabe der ambulanten Versorgung. Wenn Sie das sagen müssen, können Sie da nicht einmal ein paar Leuten Beine machen, dass da bessere Zahlen geliefert werden?

Dr. **MORITZ**: Bin ich der liebe Gott?

Wir haben hier sicherlich das Problem, dass die Versorgung, die noch dazu eher in die reine Länderkompetenz fällt und das ist auch beim PSD der Fall, natürlich sich nicht bundesweit standardisieren lässt, das ist der Förderalismus, der sich speziell auch, wie in vielen anderen Bereichen, auswirkt. Wir können nicht sagen, es müssen hier Daten in von uns vorgegebener standardisierter Form abgegeben werden. Das betrifft alle Länder. Es ist ja insgesamt nicht gut vergleichbar.

GRin Dr. **Pilz**: Wäre es sinnvoll das zu tun?

Dr. **MORITZ**: Natürlich wäre das sinnvoll. In der Altenpflege beginnt man hier zu standardisieren. In der Psychiatrie ist das leider noch nicht passiert. Aber das ist kein Wiener Problem, das ist ein Förderalismusproblem.

Der 2. Punkt war das AKH. Entschuldigen Sie, das ist jetzt meine Privatmeinung, wir haben darüber keine Arbeiten gemacht. Ich glaube nicht, dass das AKH als solches auf Grund seiner gesetzlichen Situation in die regionale Versorgung so ohne weiteres ohne große Probleme einzugliedern ist.

Wir haben aber die inneren Bezirke in der Regionalisierung mitzudenken. Es gebe aus unserer Sicht, wir haben das diskutiert, aber das ist nicht Gegenstand einer Diskussion mit der Stadt gewesen, zwei Lösungsmöglichkeiten.

Entweder kann etwa auf dem Gelände des AKH eine Versorgung für diese inneren Bezirke einrichten oder – was durchaus auch denkbar wäre – wenn man den 3. Bezirk her nimmt und eine Versorgungseinheit im Bereich der Rudolfstiftung plant, dass man dort die inneren Bezirke dranhängt. Ich glaube, dass das auf Grund der Erreichbarkeit eine akzeptable Lösung wäre. Ich weiß nicht, ob das jetzt schon Gegenstand der Planung in der Stadt ist.

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

GRin **Korosec**: Frau Dr. MORITZ, liebe Michaela! Ich habe noch eine kurze Frage und zwar betreffend PsychotherapeutInnen.

Gibt es da Studien, gibt es da Statistiken? Wir haben schon einige Vorträge gehabt und unter anderem war der Herr Univ.-Prof. Dr. Pritz hier, der uns gesagt hat, dass die Psychotherapie ganz, ganz entscheidend ist. Dass 80 % bis 90 % der PatientInnen, die psychiatrisch betreut werden, auch Psychotherapie brauchen.

Jetzt wissen wir, dass der PSD hier besonders schlecht abschneidet, da gibt es vier PsychotherapeutInnen für ganz Wien und auch im stationären Bereich die Therapieangebote sehr gering sind.

Da hätte mich interessiert, gibt es da eine Statistik österreichweit, dass man sehen kann, wie schneidet hier Wien ab?

Dr. **MORITZ**: Im Vergleich gibt es da nichts. Die Psychiatrie hat ganz unterschiedliche Angebotsformen. Wir haben das in Oberösterreich eher als Fachleistung. Es gibt auch von der Finanzierung hier ganz unterschiedliche Formen. Vergleichbar haben wir da nichts zur Hand im Moment.

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

GR. Dr. **Mayer**: Lässt sich statistisch erkennen, welche Diagnosen hauptsächlich zur stationären Unterbringung führen?

Hat der Bundesgesetzgeber einen Bedarf zur Adaptierung der Anpassung in seiner Verpflichtung innerhalb der Psychiatrie?

Hand in Hand geht damit: Wie schaut es mit den LKF-Berechnungen im Schweregrad zur Un-

terbringung aus?

Dr. **MORITZ:** Wir haben in dieser Statistik keine Diagnosen.

Bundeskompentenz im Bereich der Psychiatrie.

GR. Dr. **Mayer:** Die Verpflichtung des Bundesgesetzgebers an und für sich.

Dr. **MORITZ:** LKF - die Quantifizierung der Bepunktung ist Ländersache. Wir haben bekanntlich neun verschiedene LKF-Systeme und wie weit jetzt der LKF-Punkt die Kosten abdeckt ist reine Ländersache. Die Anzahl der Punkte pro Diagnose wird zwischen Bund und Ländern vereinbart. Hier ist die Bundeskompetenz keine hervorragende im Finanzierungssystem und schon gar nicht in der Umsetzung des Finanzierungssystems.

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

GR **Wagner:** Liebe Frau Dr. MORITZ! Liebe Michi!

Ich habe diesbezüglich eine konkrete Frage bzw. eine Anmerkung. Wenn das vielleicht auch fallweise heruntergespielt wird, so glaube ich, dass auch im Otto-Wagner-Spital in den letzten Jahren hier einiges weitergegangen ist. So wurde meines Wissens nach und auch die Mitglieder des Gemeinderates wurden in etlichen Debattenbeiträgen darüber informiert, dass seit dem Jahre 1998 etwa 150 Personen aus der geschlossenen Psychiatrie des Otto-Wagner-Spitals aus dem stationären Bereich an private Trägerorganisationen im Prinzip übersiedelt wurden.

Haltest du diesen Schritt für eine zielführende Maßnahme?

Ich muss dazu sagen, nach meinen damaligen Informationen, die mir auch viele Angehörige mitgeteilt haben, war dieser Schritt nicht unumstritten. Viele Angehörige waren damals der Meinung, dass sie auch geglaubt haben, dass PatientInnen im stationären Bereich hier besser aufgehoben wären als draußen bei privaten Trägerorganisationen betreut zu werden. Jetzt haben auch wir, die wir keine Fachexperten sind, zu Beginn auch ein bisschen Sorge gehabt, dass nicht, wie in vielen anderen fachtechnischen Bereichen in der Medizin, hier ein Trägereffekt wieder eintritt, nämlich dass man sie kurzfristig zwar draußen hat, aber sie dann wieder zurück in die stationäre Versorgung wandern. Nach meinem Letztstand der Informationen ist es aber so, dass kein einziger Patient wieder zurück in die stationäre Betreuung muss, sondern, dass diese 150 Personen heute draußen bei privaten Trägereinrichtungen, unterschiedlich nach ihren Betreuungsmodalitäten, nach der Betreuungsbedürftigkeit, betreut werden.

Sollte dieser Weg auch deiner Meinung nach

als ein Weg weitergegangen werden? Oder bist du eher der Meinung, dass man genau abwägen sollte, wer draußen und drinnen stationär betreut wird?

Dazu meine zweite Frage: Weißt du aus deinen persönlichen Untersuchungen und Erfahrungen, in welchen Bundesländern gibt es welche vorherrschenden Traditionen in der Psychiatrie? Gibt es in den Bundesländern mehr offene oder geschlossene Psychiatrien? Kann man hier von einer gewissen Regel sprechen, von einer gewissen Vorgangsweise?

Dr. **MORITZ:** Völlig unumstritten. Wir haben das in der Bettenmessziffer genau berechnet und jeweils Anteile berechnet und da ist um die PatientInnen gegangen, die bis 100 Tage und die, die darüber Aufenthalt hatte. Es hat früher PatientInnen gegeben, die viele hundert Tage in der Psychiatrie waren. Das gibt es nicht mehr und gibt es in ganz Österreich nicht mehr. Das ist ein wesentlicher Punkt. Es ist eigentlich der lebenslange Psychiatriepatient ja Gott sei Dank nicht mehr vorhanden. Die konnten - und das müsste eigentlich auch die schärfsten Gegner überzeugen - in unterschiedlichsten Wohnformen wie Betreutes Wohnen bis zum Pflegeheim, in allen verschiedenen Stufen, je nach Alter, in dem sie in diese Veränderung gekommen sind - untergebracht werden. Das wird ja für die nächsten Generationen überhaupt kein Thema mehr sein. Es wird keine DauerlangzeitpatientInnen mehr geben. Die relativen LangzeitpatientInnen werden die gerontopsychiatrischen PatientInnen, vor allem die dementen PatientInnen, sein, die über einen gewissen Zeitraum durch ihre sehr aufwendige Betreuung dann stationär in der Endphase untergebracht sein werden. Aber sonst wird das nicht mehr stattfinden. Ich glaube, das ist österreichweit nunmehr erledigt. Darüber diskutieren nicht einmal mehr die schlimmsten Zweifler.

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

Frau Doktor! Ich darf mich bei Ihnen, vor allem für die Geduld bei der Beantwortung der Fragen, sehr herzlich bedanken. (*Allgemeiner Beifall.*)

Dr. **MORITZ:** Das gehört dazu.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:**

Wir machen jetzt eine kurze Pause bis 11.35 Uhr. Dann darf ich Sie wieder bitten Ihre Plätze einzunehmen.

(*Sitzungspause: 11.19 Uhr bis 11.42 Uhr*)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** So, ich darf nun Herrn Prof. Dr. Hans Joachim Salize, den Vorstand der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung am Zentralen Institut für seelische Ge-

sundheit in Mannheim sehr herzlich begrüßen und ihn als Sachverständigen bitten, eine Darstellung der aktuellen Standards im Bereich der Psychiatrie und der spezifischen Charakteristika des Fachgebiets der Psychiatrie zu geben. Ich glaube, Sie haben eine Präsentation vorbereitet. Und ich darf Sie, Herr Professor, bitten, mit Ihrem Vortrag zu beginnen.

Prof. Dr. **Salize**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren!

Ich darf mich für die Einladung bedanken, die ja auch einer Wertschätzung meiner Expertise darstellt und ich hoffe, dass ich mit meinen Ausführungen etwas dazu beitragen kann, dass Ihre Kommission Ihre Ziele erreicht.

Sie haben die Themen schon genannt, über die ich mich auszulassen gedenke. Die Themen habe ich destilliert aus den Fragenkatalogen, die mir vorab zugesandt wurden. Einiges, vor allem den ersten Teil betreffend, ist die Allgemeine Versorgungsstruktur im Bereich der Psychiatrie und die Standards, dürfte ein bisschen Eulen nach Athen getragen sein, weil auch mein Vorgänger, meine Vorrednerin hier sich da drüber schon ausgelassen hat. Aber ich werde versuchen, dass auch in einem internationalen Kontext zu stellen, damit Sie Ihre Schlussfolgerungen über die österreichische Lage oder die Wiener Lage ziehen können.

Vielleicht noch ein kurzes Wort zu meiner Person, dass Sie sich mich auch richtig einordnen können. Ich bin von Haus aus Soziologie und habilitiert im Fachgebiet psychiatrische Epidemiologie, das heißt, ich bin kein Kliniker und kein Therapeut und behandle die Themen aus der Perspektive des Versorgungsforschers. Ich habe seit 20 Jahren eine Arbeitsgruppe im Bereich der psychiatrischen Versorgungsforschung und sehe das Ganze also aus der epidemiologischen und aus der versorgungsforschenden Perspektive, nicht aus der Einzelfall- oder klinischen Perspektive. Dazu hatten Sie ja auch schon etliche Experten hier vor Ort, die da darüber dann Ihnen auch entsprechend Auskunft gegeben haben.

Eine der Fragen, die Sie mir zugesandt haben, bezog sich da drauf, was denn eigentlich die psychiatrische Versorgungsforschung denn so forscht. Und ich habe als Eingangsfolie hier kurz aufgelistet, welche Themenbereiche oder welches Programm die psychiatrische Versorgungsforschung denn bearbeitet. Das ist vor allem natürlich die Analyse der Effektivität von neuen, aber auch von etablierten Versorgungs- und Behandlungsansätzen. Das geht von der einzelnen therapeutischen Maßnahme, wie wirken Neuroleptiker zum Beispiel bis hin zu mehr systemischen Fragestellungen, die Enthospitalisierung oder die Fragmentierung der psychiatri-

schen Versorgung, oder wie wirkt ein gemeindepsychiatrischer Verbund. Das Stichwort ist heute Morgen schon einmal gefallen. Also, das ist wohl vor allem das Hauptaufgabengebiet. Also, wie wirkt Versorgung und deckt sie den Bedarf? Dann geht es sicherlich auch da drum, schlecht bzw. gar nicht versorgte Bevölkerungsgruppen zu identifizieren und deren Bedarf zu beziffern. Das ist der klassisch, epidemiologische Ansatz, in dem man Bevölkerungsstudien untersucht, ob bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie hoch die psychiatrische Morbidität in bestimmten Bevölkerungsgruppen ist und ob sie entsprechend versorgt ist. Das sind so Bevölkerungsgruppen, Risikogruppen wie zum Beispiel psychisch kranke Wohnungslose, die gerne durch das Raster fallen. Oder andere Risikogruppen, in der allgemeinärztlichen Versorgung, die eigentlich einer psychiatrischen Versorgung bedürfen, aber diese nicht oder nur schlecht erhalten.

Dann geht es in der Versorgungsforschung sicherlich auch um die Politikberatung, um die Entwicklung von Indikatoren und Anhaltzahlen - das ja das Thema heute Morgen war - die dann in die Versorgungsplanung einfließen und für eine bedarfsgerechte Versorgung sorgen sollen. Ein schwieriges Thema, wie heute Morgen deutlich geworden ist. Denn Anhaltzahlen lassen sich natürlich immer nach zwei Richtungen interpretieren. Wenn es nur zwei denn überhaupt sind. Also, dazu werde ich gleich noch ein bisschen berichten.

Und ein weiterer Bereich, noch ziemlich wenig abgedeckter Bereich, ist auch die Ermittlung und Analyse von den Kosten der Versorgung und der Kosteneffektivität, dessen was man denn dann neu implementiert oder was aktuell bereits angeboten wird. Da drüber gibt es erstaunlich wenig Forschung, obwohl es letztlich immer der springende Punkt bei allen versorgungsplanerischen Aktivitäten ist. Gibt es genug Geld dafür? Und ist das Geld denn richtig investiert? Das ist sicherlich ein Versorgungsbereich, der in der Zukunft deutlich anwachsen wird und an Bedeutung gewinnen wird.

Das hat Frau Dr. MORITZ schon deutlich ja ausgeführt. Also, die psychiatrische Versorgung, wenn man dann generelle Trends definieren will. Dann geht es sicherlich immer noch um den Abbau von psychiatrischen Betten, um die Verkleinerung und Modernisierung von Anstalten alten Typs oder von psychiatrischen Großkrankenhäusern. Das ist ein noch nicht abgeschlossener und wahrscheinlich auch nie abzuschließender Prozess in allen Ländern, die eine Psychiatriereform durchgeführt haben. Es geht um den Aufbau gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen, um den Betrieb ambulanter Versorgung, vorstationärer Versorgung, um das

leisten zu können. Es geht immer noch um die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken in allen Beziehungen, rechtlich wie auch von den Versorgungsstandards her. Und es geht noch immer um die Eingliederung der Psychiatrie in die Phalanx der somatisch-medizinischen Fächer.

Das sind kurz aufgelistet die Elemente einer zeitgemäßen psychiatrischen Versorgung, die natürlich sehr viel weiter reichen als in den körpermedizinischen Fächern. Da genügt in der Regel eine gut ausgebaute stationäre Versorgung und ambulante ärztliche Einrichtungen. Hier haben wir den stationären Sektor, der deutlich stärker spezifiziert ist als auch in der somatischen Medizin, Tages-, Nachtkliniken zum Beispiel. Dann den großen Bereich der ambulanten Versorgung, zu dem die Institutsambulanzen als das wesentlichste Element zählen, Kliniken, zum Beispiel. Dann den großen Bereich der ambulanten Versorgung, zu dem die Institutsambulanzen als wesentliches Element zählen. Die niedergelassenen Psychiater, Fachärzte, die zumindest in Deutschland, heute Morgen war das ja auch Thema, eine bedeutsame Rolle spielen. Auch die niedergelassenen Allgemeinärzte haben eine hohe Funktion im psychiatrischen Versorgungsnetz, als Gatekeeper, als diejenigen, die die PatientInnen dann in die Fachdienste verweisen. Sozialpsychiatrische Dienste oder Zentren, in Österreich heißen die Psychosoziale Dienste, spielen eine deutliche Rolle. Die niedergelassenen Psychologen und Psychotherapeuten. Ein großer Sektor in Deutschland. Und dann auch noch weitere Spezialdienste, selbstständige Ergotherapeuten und so weiter. Dann der große Bereich der rehabilitativen Versorgung, der die Bereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit abdeckt in einer Vielzahl von spezialisierten Diensten und Einrichtungen, vom therapeutischen Wohnheim in therapeutische Einzelwohnung, psychiatrische Familienpflege, dann die ganzen arbeitsrehabilitativen Einrichtungen, Dienste bis hin zu Selbsthilfefirmen. Der Bereich der Tagesstruktur, der mit einer Vielzahl von Einrichtungstypen abgedeckt wird. Tagesstätten, PatientInnenklubs und so weiter. Und dann last not least die, die ich hier informelle Versorgung genannt habe, informell deshalb, weil sie keine staatliche Förderung erhalten in der Regel, die aber zur Versorgung dazugehören, das sind dann die Betroffenen- und Angehörigenorganisationen, die hier zu nennen wären. Und deren Einbezug in die Versorgungsplanung in den meisten Ländern immer noch defizitär ist und verbesserungsfähig ist. Aber das ist auch ein schwieriges Thema.

Diese Einrichtungen und Sektoren stehen natürlich in einem Zusammenhang. Es gibt vielfältige Wechselwirkungen zwischen diesen Einrich-

tungen und Bereichen, die sehr schwer zu analysieren sind. Das bedeutet aber, dass man nie einen einzelnen Sektor, die Krankenhausversorgung oder eine einzelne Einrichtung analysieren oder bewerten kann, ohne dass man die sie umgebenden Einrichtungen mitbeurteilt und die Wechselwirkung PatientInnenströme, Kooperationsstrukturen mitbewertet und analysiert. Und das macht die ganze Geschichte sehr schwierig. Und der Fachterminus, der sich da herausgeprägt hat international, ist der der Versorgungsfragmentierung. Diese Vielzahl von Bedarf und Bedürfnissen, die durch eine Vielzahl hochspezialisierter Einrichtungen bedient oder abgedeckt werden, haben zu einem fast undurchdringlichen Dschungel, und das ist fast auch schon ein Fachterminus, geführt, der wirklich nur sehr schwer in seinem Zusammenwirken zu bewerten ist. Also, diese Verwirrung, die daher auf der Folie ausstrahlt, betrifft nicht nur PatientInnen, die sich in dem Dschungel zurecht finden müssen, sondern auch KlinikerInnen, TherapeutInnen, Angehörige des professionellen Versorgungssystems, VersorgungsplanerInnen, PolitikerInnen und auch VersorgungsforscherInnen. Und genau dieses Geflecht und die Kooperationsbeziehung sind dann in der Tat eines der Hauptaufgabengebiete der Versorgungsforschung und auch eines der Hauptprobleme der psychiatrischen Versorgungsforschung. Sodass also immer noch auf eine Reihe oder auf eine geringe Zahl von Indikatoren zurückgegriffen wird, wenn es denn darum geht, ein nationales oder regionales Versorgungssystem zu charakterisieren und der Hauptindikator ist immer noch die Bettenzahl. Das hat in den Ausführungen Frau Dr. MORITZ ja auch breiten Raum eingenommen. Und Sie sehen hier schlicht die Entwicklung über die Zeit in Deutschland während 30 Jahren. Also, die Psychiatriereform ging Mitte der 70er in Deutschland los. Das haben Sie von den Vorreden anderer ExpertInnen sicherlich erfahren. Der damalige Bettenbestand lag deutlich über 100 000 und ist jetzt auf deutlich weniger als die Hälfte geschrumpft. Mit einem kleinen Gipfel noch als die Wiedervereinigung mit den Ländern der ehemaligen DDR stattfand. Aber Sie sehen, dass das auch sehr schnell in die Entwicklung integriert worden ist und der Bettenabbau in Deutschland immer noch vonstatten geht.

Parallel zu dieser Verringerung der Zahl der Betten geht auch eine Verringerung der Verweildauer in diesen Betten einher. Auch dieser Mechanismus ist heute Morgen bereits beleuchtet worden. Sie sehen hier die mittlere Verweildauer Die rote Kurve wäre die Erwachsenenpsychiatrie inklusive der Suchtbehandlung in Deutschland, die grüne Psychiatrie ohne Suchtbehandlung.

Und Sie sehen auch hier eine mehr als Halbierung der Verweildauer innerhalb von 10 Jahren in Deutschland. Und das führt zu diesem Trend dann natürlich, dass die Zahl der Fälle deutlich zunimmt. Je kürzer, also je früher die Entlassung erfolgt, desto eher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine PatientIn wieder ins Krankenhaus eingewiesen wird. Ein Mechanismus, der politisch gewollt ist. Der von einigen als Drehtürpsychiatrie bezeichnet wird und in der Tat besteht in der Fachwelt eine Debatte, ob die Enthospitalisierung in der Psychiatrie international möglicherweise bereits zu weit getrieben worden ist, also ob diese Entwicklung hier auch negative Konsequenzen hat. Das ist eine Debatte, die hält an. Sie ist nur sehr schwer zu beantworten, weil es natürlich nur sehr schwer mit globalen Indikatoren zu belegen ist. Da muss man immer auf den Einzelfall oder auf die Einzelregion schauen, ob das denn hier in einem angemessenen Gleichgewicht ist, die Bettenzahl mit den außerstationären Diensten oder ob da hier ein Defizit besteht in der einen oder in der anderen Richtung. Ähnlich wie heute Morgen Frau Dr. MORITZ habe ich hier nur zur Illustration die aktuellen Anhaltszahlen in Deutschland aufgezeigt. Ich habe sie unter großen Mühen und ich kann hier Frau Dr. MORITZ nur aus der Seele sprechen, dass das sehr schwierig ist hier zu validen Zahlen zu kommen, zusammengestellt für die Publikation, die vor Kurzem erschienen ist in einem europäischen Vergleich, die noch die ähnliche Zahlen für Großbritannien, Italien und Frankreich zusammengestellt hat. Nur zur Illustration. Also, dass da natürlich auch Lücken bleiben und hier noch die Personalzahlen, da ist ersichtlich, dass in Deutschland also die Psychologen und die psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte also einen großen Anteil haben mit fast 15 000 solcher, die niedergelassen sind und im ambulanten Bereich die Bevölkerung versorgen.

Nun gut, solche Zahlen beschreiben die Ist-Situation. Aber selbst mir würde es schwerfallen zu sagen, ist das jetzt nun, beschreibt die eine gute Situation oder eine schlechte Situation. Die Frage ist, decken solche Ziffern, wie sie hier erscheinen den Bedarf ja oder nein. Und das ist in der Tat die Gretchen-Frage und die ist nur sehr schwer zu beantworten. Mit dieser sicherlich auch europaweit guten Ausstattung in allen Bereichen, erreichen wir in Deutschland trotzdem nur eine geschätzte, muss man sagen, Behandlungspräferenz in den bedeutsamsten psychischen Störungen bei der Schizophrenie, da ist der Auslastungsgrad noch einigermaßen vertretbar mit 80 % der PatientInnen, die behandlungsbedürftig sind und eine Form der Behandlung erhalten. Auch bei den riesigen ausgebauten ambulanten Sektor gerade was die Psy-

chotherapeutInnen angeht, werden die PatientInnen mit Depressionen, die eine Behandlung eigentlich bedürften, nur zu 50 % versorgt. 50 % völlig unbehandelt, unerkannt zum Teil auch. Und beim Alkoholismus ist die Rate natürlich noch beschämender. Da ist die Behandlungspräferenz gerade mal bei 10 %. Also, das wären auch nur grobe Schätzwerte, weil man ja naturgemäß über die PatientInnen, die nicht in Behandlung sind, natürlich auch nur wenig weiß. Aber das wären Werte, an denen man die aktuellen Anhaltszahlen oder das, was vorgehalten wird, dann tatsächlich bewerten kann oder bewerten sollte auf einen sehr groben Level natürlich. Aber man darf nie außer Acht lassen, was denn mit dem vorhandenen Angebot denn tatsächlich erreicht wird. International ist das, obwohl die Ideologien, was die psychiatrische Versorgung angeht oder die Paradigmen, obwohl da weitgehend Einheit und Einklang besteht, nämlich dass gemeindepsychiatrische Versorgung das Modell ist. International bestehen deutliche Unterschiede in der Umsetzung. Das sehen Sie hier an diesem globalen Indikator psychiatrische Bettenzahl. Den ich hoffentlich jetzt genügend problematisiert habe in seiner Aussagekräftigkeit. Für Österreich ist die Zahl schon ein bisschen älter. Heute Morgen Frau Dr. MORITZ hat 0,4 Betten pro tausend Einwohner genannt als aktuelle Zahl. Sie sehen, in Deutschland sind wir im Moment bei 0,6 ungefähr. Sie sehen, Dänemark hat mehr als Deutschland und Österreich. Finnland auch, immer die hochgelobten skandinavischen Länder, deutlich mehr Betten. Die südeuropäischen Länder Italien 0,1 Betten, mit seiner berühmten Psychiatriereform, die die Psychiatrie, die stationäre Psychiatrie faktisch abgeschafft hat. In Portugal 0,3. Auch Spanien eine geringe Bettenzahl. Was sagt uns das aus? Ist viel gut? Ist wenig gut? Wir wissen es nicht. Wir wissen nur, dass deutliche Unterschiede in den psychiatrischen Versorgungskonzepten international bestehen. Das sieht man auch hier an dieser Übersicht, die aus einer jüngeren Forschungsarbeit, an der ich beteiligt war, entstammt. Das ist hier Indikator "Kosten". Der große Gleichmacher Geld. Also, das, was die Versorgung einer PatientIn, die an Schizophrenie leidet, im Schnitt in den genannten europäischen Großstädten gezahlt bzw. investiert wird. Und Sie sehen da doch ganz erhebliche Unterschiede. In der Schweiz ist alles teuer. Aber es wird auch viel gemacht. Die unterschiedlichen Balkenabschnitte sind die unterschiedlichen Versorgungssektoren. Der unterste Balkenabschnitt ist die stationäre Versorgung, also die Krankenhausversorgung. Dann der helle mit den roten Zahlen, ist das was bei medikamentöser Versorgung gezahlt wird. Der etwas hellere darüber

liegende Abschnitt ist die ambulante Versorgung und der dunklere, grauere obere Abschnitt die rehabilitative und Wohnversorgung. Und Sie sehen selbst, obwohl das kaufkraftbereinigt ist hier also durchaus vergleichbar, dass es ganz unterschiedliche Versorgungskonzepte bestehen, vor allem was den ambulanten und rehabilitativen Bereich angeht, Was einigermaßen homogen ist und vergleichbar ist, ist noch die Kosten für die medikamentöse Versorgung, deshalb sind die Zahlen hier auch ausgeschrieben und rot. Das ist noch einigermaßen europaweit vergleichbar, wobei natürlich im Falle von Granada in Spanien hier 30 bis 40 % des Budgets für eine PatientIn für Medikamentenkosten gezahlt werden, während es in der Schweiz oder auch bei uns in Mannheim oder auch in Schweden, in Lund ein deutlich geringerer Anteil ist. Auch hier die Frage: Ist viel gut? Oder ist die Situation in Spanien, die mit extrem wenig Mittel auskommen oder auskommen müssen, ist die günstiger oder deutlich schlechter? Und wer trägt denn die Versorgungslast da, wo offensichtlich wenig für das außerstationäre Wohnen ausgegeben wird? Im Falle von Spanien ist es relativ eindeutig, da sind es die Familien, die die Versorgungslast tragen. Was auch kulturell kaum hinterfragt wird, weil da die Kinder bis sie heiraten sowieso zu Hause wohnen. Da wird niemand auf die Idee kommen zu fragen, wir haben ein krankes schizophreses Familienmitglied. Ja, da muss in der Gemeinde, muss was implementiert werden, damit er da versorgt wird. Natürlich bleibt der zu Hause. Und wird da aus mit familiären Mitteln versorgt. Das heißt, dass also die Bewertung regionaler oder nationaler Versorgungsstrukturen an Hand von globalen Messziffern oder Anhaltzahlen nur sehr eingeschränkt möglich ist. Und das wurde heute morgen ja auch deutlich, auch in der Diskussion dann anschließend. Erforderlich ist die genauere Analyse im regionalen Maßstab der Interaktion der vorhandenen Angebote und Dienste, wie die lokalen Überweisungs- oder Verweisungsstrukturen sind, die PatientInnenströme, wie Frau Dr. MORITZ das genannt hat. Es müssen Versorgungshemmnisse strukturelle oder informelle identifiziert werden. Vernachlässigte PatientInnengruppen. Wo gibt es welche? Wo sind die? Wo gehen die hin? Psychisch kranke Wohnungslose wandern in der Regel aus ländlichen Regionen in die Großstädte. Raumartnerische Gegebenheiten spielen eine Rolle. Gerade hier in Österreich. Die abgelegenen Alpentäler, ich glaube in Tirol gibt es Untersuchungen, dass mit Fahrzeit von länger als einer halben Stunde zu einer deutlichen Reduzierung der Inanspruchnahme von Diensten führt. Versorgungstraditionen sind wahrscheinlich das Hauptproblem. Das, was vorgefunden

wird, ist der größte Determinante, der aktuellen Versorgungssituation. Ausbildungsstandards und Personalschlüssel spielen natürlich eine große Rolle.

All das trifft nicht nur für die Allgemeinpsychiatrie zu, sondern auch und natürlich und im besonderen Maße für das Problem der Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie.

Und ich denke, bevor ich mich da näher dazu auslasse, ist es doch einmal hilfreich vor Augen zu führen, dass die legalisierte Anwendung von Zwang einzigartig in der Psychiatrie ist unter den medizinischen Disziplinen. Das findet in fast kaum einer anderen körpermedizinischen Disziplin statt, dass legalisiert Zwang angewandt wird. Und es ist der unzulängliche, aber immer noch unverzichtbare Versuch, eigentlich sich widersprechende Prinzipien in irgendeiner Form auszubalancieren oder in Einklang zu bringen. Und das sind die Prinzipien, die Sie hier auf der Folie aufgelistet sehen. Die weitest mögliche Wahrung der grundlegenden Menschen- und PatientInnenrechte der Betroffenen. Das heißt, deren Recht auf Freizügigkeit und Selbstbestimmung. Gleichzeitig soll das Recht der Betroffenen und auch die Notwendigkeit nach einer fachgerechten Behandlung sichergestellt werden. Auch bei fehlender Krankheitseinsicht. Und es geht da drum, die Sicherheit und körperliche Unversehrtheit der Betroffenen zu wahren. Also wie auch von Unbeteiligten und letztendlich auch der Gesellschaft, das heißt, es geht um die Verhinderung von eigen- und fremdaggressiven Verhalten, Suizidalität und solcher Probleme. Das ist nicht vereinbar miteinander. Das ist einfach so. Und es geht da drum, in einem permanenten Diskussionsprozess diese sich widersprechenden Prinzipien auszubalancieren. Das betrifft den Einzelfall wie auch die versorgungsplanerische oder gesellschaftliche Ebene. Und dieser Prozess, mit dem schlägt sich die Psychiatrie rum, seitdem es die moderne Psychiatrie gibt. Das wird auch nicht so aufhören. Man muss es schlicht akzeptieren. Und dieser Diskussionsprozess ist zu begrüßen.

Auch die Veranstaltung ist Teil eines solchen Prozesses. Und deshalb etwas Positives. Dass diese Diskussion kontrovers und lautstark geführt wird, liegt auch in der Natur der Sache, weil ja schließlich vitale Interessenlagen und sich widersprechende Interessenlagen hier betroffen sind. Das wäre manchmal hilfreich, wenn die Diskutanten sich dies vielleicht doch vor Augen führen würden, dass letztlich alle am gleichen Strange ziehen. Auch wenn die Interessenlagen durchaus unterschiedlich sind.

Also, einfache Wahrheiten sind hier sicherlich nicht zu erhalten. Und einfache Bewertungen, das ist gut und das ist schlecht, da sollte man

sich auch davon verabschieden bei diesem Thema. Also, es ist einfach ein komplexes. Auch was den Zwang angeht, kann man sich nicht nur auf die Allgemeinpsychiatrie beschränken, sondern muss sehen, dass da auch andere Sektoren eine Rolle spielen und hier ist eine Diskussion gerade erst im Beginn, dass hier schwierige PatientInnen aus der Allgemeinpsychiatrie zunehmend in die Forensik abgeschoben werden, dass auch im Strafvollzug sich psychisch Kranke wiederfinden, die eigentlich in Behandlung gehören. Und Sie können sich vorstellen, da diese Sektoren noch deutlicher von einander abgegrenzt sind als die Sektoren innerhalb der Allgemeinpsychiatrie, dass hier natürlich eine Gesamtschau und eine Analyse dieser Wechselwirkungen und dieser PatientInnenverschiebung noch sehr viel schwieriger ist, also diese Debatte beginnt in der Fachwelt gerade und sollte deutlich intensiviert werden.

Wir haben, was das angeht, also gerade diese übergreifende Sicht in den letzten Jahren für die Europäische Kommission mehrere europaweite Studien durchgeführt, die diese Bereiche abgedeckt haben, also die zivilrechtliche Unterbringung, die Situation im Bereich der Forensik und die Versorgung psychisch kranker Gefängnisinsassen, alle unter der Leitung meiner Arbeitsgruppe und unter Beteiligung der EU-Mitgliedsstaaten mit der gleichen Methodik, was zumindest eine Diskussionsgrundlage und eine Vergleichsgrundlage ergibt über die Europäischen Länder hinweg, was denn da im Moment der Stand der Dinge ist und ob sich da Trends ablesen lassen.

Und ich habe Ihnen vor allem die Ergebnisse und die Daten aus der ersten Studie, der zivilrechtlichen Unterbringung, weil das ja das Hauptthema der Untersuchungskommission ist, zusammengefasst, damit Sie sehen können, also wie Österreich sind in die gesamteuropäische oder in die Situation in der EU einordnen lässt. Ich beschränke mich dabei auf die 15 Mitgliedsstaaten vor der EU-Erweiterung im Mai 2004, die anderen Studien haben wir unter Beteiligung dann auch der Länder aus Osteuropa durchgeführt, aber die fanden noch statt oder wurde begonnen, als die EU noch 15 Mitgliedsstaaten hatte. Also ist das die Vergleichsbasis. Wenn man sich nun die Psychrietiagesetze anschaut in diesen 15 Ländern, dann stellt man fest, dass die alle doch relativ jung sind. Es gibt kaum Psychrietiagesetze oder Unterbringungs-gesetze, die vor 1980 verabschiedet wurden und noch Gültigkeit haben. In Deutschland ist das zum Teil der Fall. Weil Deutschland, ähnlich wie Österreich, föderal organisiert ist und jedes Bundesland sein eigenes Psychrieti- oder Unterbringungs-gesetz hat, und da ist die Situation

heterogener und fast noch schwieriger als in Europa. Also bundesdeutsche Zahlen sind immer problematisch, weil sie aus den 16 Ländern zusammengesucht werden müssen. Aber das nur nebenbei. Also, hier ist auf der gesetzgeberischen Ebene doch eine deutliche Belebung zu verzeichnen, wenn man das so ausdrücken will, das heißt, die Situation ändert sich und es bestünde auch die Möglichkeit, neuere Entwicklungen gesetzgeberisch abzubilden, da offensichtlich die Gesetze häufiger verändert werden oder neue verabschiedet werden. Also die Möglichkeit auf gesetzgeberischer Ebene zu reagieren, besteht offensichtlich über Europa hinweg. Und wir werden sehen, ob die fachliche Diskussion tatsächlich widerspiegeln.

Hier sind die Hauptkriterien aufgezeigt, die in den einzelnen Ländern für eine unfreiwillige Unterbringung vorliegen müssen notwendigerweise. Das ist natürlich in allen Ländern das Vorliegen einer psychischen Störung oder psychiatrischen Erkrankung. Das ist die notwendige Voraussetzung. Dann gibt es eine Reihe von Ländern die Eigen- und Fremdgefährdung als zusätzliches, notwendiges Kriterium gegeben sehen wollen, damit jemand unfreiwillig in die Psychiatrie eingewiesen werden kann. Dazu gehört Österreich, dazu gehört auch Deutschland. Es gibt eine Reihe von Ländern, die behandeln als zusätzliches Kriterium Eigen- oder Fremdgefahr oder aber ein bestehender psychiatrischer Behandlungsbedarf, der nicht gedeckt ist als Kriterium für eine unfreiwillige Unterbringung. Und in den drei unten genannten Ländern Italien, Spanien und Schweden reicht schlicht das Vorliegen eines Behandlungsbedarfs, der attestiert werden muss, der nicht gedeckt ist oder nicht gedeckt wird, aus welchen Gründen auch immer, um jemanden unfreiwillig in die Psychiatrie, in die stationäre Psychiatrie einzuweisen. Also ganz unterschiedliche Grundvoraussetzungen. Und auch das Basiskriterium psychischer Störung ist in so gut wie keinem Gesetz in irgendeiner Form definiert oder spezifiziert. Also, da ist dann global die Rede von psychischer Störung auch noch sehr althergebrachte Termini finden sich da wieder, die also fachlich schon lange überholt sind. Und auch die Länder, die in irgendeiner Form irgendeine psychische Störung nur benennen auch, gebrauchen da keinesfalls die Nomenklatur nach dem ? 10, die in der Fachwelt gegenwärtig gang und gäbe, also gar nicht hinterfragt wird. Das heißt, die Psychrietiagesetze geben den handelnden Akteuren eigentliche keine Rechtsicherheit, sondern verlegen die Verantwortung und die Definition dessen, was denn unter einer psychischen Störung zu verstehen ist in die Hände derjenigen, die vorab die Maßnahme ausführen. Umso wichtiger ist dann natürlich auch die ei-

gentliche Begutachtung oder Diagnostik und da stellt man fest, dass es wirklich in einigen Ländern durchaus nicht von einem ausgebildeten psychiatrischen Facharzt durchgeführt werden muss, sondern dass ein Arzt jeden Faches und jeden Ausbildungsgrades dazu befähigt ist, eine psychiatrische Begutachtung, die ja weitreichende Folgen für den Betroffenen haben kann, durchführen kann. Das muss nicht so sein. Das sollte man immer anmerken. Die eigentlichen Versorgungsstandards sind sicherlich anders. Aber die gesetzliche Grundlage sieht in den Ländern, die hier aufgelistet ist und in Deutschland sind es wieder nur einige Bundesländer, vor, dass ein gerade mal von der Uni kommender Allgemeinmediziner durchaus ein psychiatrisches Gutachten anfertigen kann, dass einen Betroffenen für einige Zeit geschlossen unterbringt. Österreich ist da deutlich vorbildlich, indem es nicht nur einen, sondern zwei FachärztInnen benennt, die unabhängig voneinander dieses Gutachten anfertigen müssen. Beide müssen Psychiater sein. Einer der Vorgesetzte des Anderen, soweit ich das Unterbringungsrecht entsprechend richtig interpretiert habe.

Dann, das ist auch ein ganz bedeutsamer Punkt, die Unterscheidung zwischen einer unfreiwilligen Unterbringung und einer unfreiwilligen Behandlung. Das wird durchaus nicht in allen EU-Ländern als unterschiedliche Modalität angesehen, zumindest auf der Gesetzesebene. In den Ländern, die sich hier Recht sehen, wird stillschweigend oder wenn man das Gesetz entsprechend interpretiert, davon ausgegangen, dass mit einer unfreiwilligen Unterbringung auch die Zwangsbehandlung der PatientIn einhergehen kann. Ohne, dass die PatientIn dann noch mal gesondert oder eine Rechtinstitution noch mal gesondert zustimmen muss. Während die Ländern auf der linken Seite und Österreich gehört dazu, hier durchaus in den Gesetzen hier von unterschiedlichen Vorgängen oder Modalitäten ausgehen. Und wenn ich Ihr Gesetz wieder richtig interpretiert habe, muss die Behandlung noch einmal besonders genehmigt werden. Das ist zwiespältig zu sehen. Einerseits ist diese Unterscheidung zwischen Unterbringung und Behandlung, unterstützt die natürlich die Selbstbestimmungsrechte der PatientIn, auf der anderen Seite, wenn eine PatientIn zwangsweise eingewiesen ist, sie sich aber nicht behandeln lässt und dieses Recht durchsetzt, dann reduziert es letztendlich die Psychiatrie auf eine, die eigentlich eine therapeutische Disziplin ist, die ja eigentlich behandeln soll und das ist auch ihr Behandlungsauftrag auf eine schlichte Verwahreinstitution, die also die PatientIn nur davon abhält, dass er sich oder anderen was antut. Also, ob das eine adäquate Funktion der Psychiatrie

denn ist, ist zumindest diskutierbar. Also auch hier, man kann nicht sagen, das ist gut, wenn zwischen diesen beiden Funktionen unterschieden wird, oder es ist schlecht. Es hat alles seine zwei Seiten. Das sind die Behandlungsmaßnahmen, die in den Gesetzen erwähnt werden. Wenn man da einen Trend ablesen will, dann sieht man, kann man vielleicht sagen, dass sich die Gesetze gerne rauswinden, indem sie auf doch exotischeren Behandlungsrahmen, die also relativ selten Anwendung finden, hier sich da drüber auslassen, aber über die gängigen zwangsweisen Behandlungsmaßnahmen doch lieber den Mantel des Schweigens breiten. Also, auch hier den Beteiligten keine Rechtsicherheit geben. Also, Sie sehen, was da Psychochirurgie, Elektrokrampftherapie, Zwangsernährung, also es sind sicherlich nicht die häufigsten Zwangsmaßnahmen, die angewandt werden, aber dazu finden sich Textstellen in den Gesetzen während die häufigeren Maßnahmen dann doch nicht erwähnt oder definiert werden. In Österreich finden sich die Termini "Heilbehandlung" und "operative Eingriffe" als Behandlungsmaßnahmen, die spezifisch im Gesetzestext so erwähnt werden. Das gleiche betrifft die Zwangsmaßnahmen. Also, physikalische Maßnahmen, Isolierung, Beschränkung der Bewegungsfreiheit oder medikamentöse Sedierung, sehr selten überhaupt nur erwähnt, geschweige denn definiert. Also, dass da klar Behandlungsrichtlinien draus erfolgen würden aus dem Gesetzestext, also das ist eine deutliche Gesetzeslücke.

Vieles ist unterhalb der Gesetzesebene, in Gerichtsbeschlüssen, in Anwendungsbestimmungen, in Leitlinien definiert, die durchaus Bände einnehmen und schwierig zu interpretieren sind oder wo sich auch schwierig dann in der konkreten Situation dann tatsächlich auch eine Behandlungsleitlinie ableiten lässt. Die Gesetze jedenfalls definieren das nicht. Das führt zu dem Schluss, dass sich aus den europäischen Unterbringungsgesetzen weder eine Präferenz noch ein ... bestimmter Maßnahmen, Zwangsmaßnahmen ableiten lässt. Es ist davon auszugehen, dass all diese Maßnahmen, die hier aufgelistet sind und die Liste ist möglicherweise oder wahrscheinlich noch nicht einmal vollständig, dass alle diese Maßnahmen Anwendung finden in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union. Die Frage ist, in welcher Häufigkeit und in welchem Maße und ob diese Maßnahmen adäquat angewendet werden und mit dem Fragezeichen hinter dieser Frage hört dann auch meine Ausführung auf. Ich erzähle noch ein bisschen andere Dinge. Aber das ist die Gretchenfrage oder die entscheidende Frage. Also, in welchem Ausmaß finden diese Maßnahmen statt? Und da drüber gibt es schlicht keine nationalen Statistiken. Es

gibt zwar weitgehend in fast allen Ländern die Vorschrift der Protokollierung dieser Maßnahmen, aber die werden, wenn überhaupt, auf der Einrichtungsebene aggregiert und zusammengefasst, aber keinesfalls dann auf die nächsthöhere Ebene, die regionale oder die nationale, emporgehoben und veröffentlicht und vergleichbar gemacht. Wenn Sie das hätten, wenn Sie solche Zahlen hätten und wir haben heute Morgen nach solchen Zahlen gefragt, wären Sie besser dran. Ich wäre auch besser dran. Frau Dr. MORITZ wäre besser dran. Aber es gibt es nicht. Es gibt es nicht nur in Österreich nicht, es gibt in ganz Europa nicht. Das war eine unserer Empfehlungen an die Europäische Kommission, also solche Leitlinien und Standards und Definitionen auch einzuführen und zumindest mittelfristig da darauf hin zu arbeiten, dass solche Zahlen europaweit vorgelegt werden. Aber, wie Sie wissen, ist die EU sehr zurückhaltend, was die Gesundheitsversorgung der Mitgliedsstaaten angeht. Das ist die Hoheit der Mitgliedsstaaten und deshalb sind die in dem Bereich mit Vorschlägen, was denn in den Mitgliedsstaaten geschehen soll, sehr zögerlich und sehr zurückhaltend.

Gut. Noch ein paar weitere Informationen über die Praxis der Unterbringung. Die letztendliche Entscheidung liegt nicht in allen Ländern, wie Sie und wie ich es gewohnt bin, in der Hand von nichtmedizinischen Instanzen, also von RichterInnen, StaatsanwältInnen, Ordnungsbehörden oder sonstigen Institutionen, die man nach dem Prinzip der Gewaltenteilung annehmen sollte, dass die letztendlich unterscheiden. Sondern es gibt auch einige Länder, die das ganze als rein medizinisches Verfahren ansehen und die letztendliche Entscheidung, ob die PatientIn nun geschlossen bleibt oder nicht, in der Hand der behandelnden oder einer unabhängigen ÄrztIn liegt. In Deutschland und Österreich entscheidet die RichterIn und das hat sich bewährt und man muss nicht hinterfragen. Aber es gibt Ländern, die das Ganze doch als innermedizinisches Verfahren betrachten.

Auch eine unabhängige RechtsvertreterIn oder PatientInnenanwältIn ist nicht in allen Ländern, sondern nur in einer Minorität der Ländern in den Unterbringungsgesetzen vorgeschrieben. Das ist in Ihrem Unterbringungsgesetz prominent hervorgekehrt. Das ist auch gut so. Aber es sind nur 40 % der damaligen 15 EU-Mitgliedsstaaten, die Ähnliches in ihren Unterbringungsgesetzen vorschreiben, sodass man davon ausgehen muss, dass in solchen Ländern, wo das nicht vorgeschrieben ist, dass da durchaus auch die PatientIn das Verfahren ohne Beistand durchstehen muss, oder es möglicherweise von seinen finanziellen Voraussetzungen abhängt, ob sie sich eine AnwältIn oder RechtsvertreterIn

leisten kann oder nicht.

Ich komme zu ein paar Zahlen. Das hier sind die Fristen der vorläufigen oder der Notfallmedizin Unterbringung, also die Dauer, wie lange eine PatientIn untergebracht sein darf, bis die RichterIn oder die Instanz, die die letztendliche Entscheidung trifft, dann die Entscheidung tatsächlich treffen muss und Sie sehen, das ist auch heterogen. In einigen Ländern gibt es überhaupt keine Notfallsprozedur. Da muss die RichterIn sofort hinzugezogen werden, oder die EntscheiderIn. In Österreich sind das vier Tage. In Belgien kann die notfallsmäßige Unterbringung bis zu zehn Tage dauern. In den meisten Ländern ist es ein bis zwei Tage. In Deutschland gibt es Bundesländer mit einem Tag, zwei Tagen und in dem Bundesland, aus dem ich komme, dauert die Frist drei Tage maximal. Das ist nicht ganz irrelevant, weil das der entscheidende Zeitraum ist, zudem die PatientIn durchaus auch die Einsicht gewinnen kann, ich bleibe lieber freiwillig. Wie freiwillig, das sei dahingestellt. Aber in dieser Frist werden viele potentiell unfreiwillige Maßnahmen umgewandelt in eine freiwillige Unterbringung. Also das hat Einfluss auf die epidemiologischen Zahlen. Insofern je länger desto wahrscheinlich niedrige Zwangseinweisungsraten.

Hier die maximale Dauer der initiierten und regulären Unterbringung, das heißt, wie lange das Urteil oder der Entscheid der RichterIn oder der entscheidende Behörde denn Gültigkeit behaupten kann, bis die Unterbringungsgründe dann wieder bestätigt werden müssen. Und Sie sehen da eine ganz erhebliche Heterogenität. In Belgien kann, was nicht heißt, dass es in jeden Fall so ist, die maximale, die initiale Unterbringung bis zu zwei Jahre andauern, bis die Unterbringungsgründe wieder diskutiert und entschieden werden müssen. Das ist in der Praxis natürlich nicht so. Aber das Recht sieht diesen langen Zeitraum vor. In Italien, das ist das andere Extrem, müssen die Unterbringungsgründe jede Woche neu bestätigt oder eben verworfen werden. In den anderen Ländern liegt es zwischen diese beiden Extremen. In Deutschland dauert in die Initialunterbringung maximal 12 Monate, in Österreich, bei Ihnen ist es drei Monate.

Dies hier wäre ein Indikator dafür, wie die Gesetze mit der Fachdebatte denn tatsächlich Schritt halten. Die außerstationäre Zwangsbehandlung ist eine fachliche Option, die in der Fachwelt derzeit diskutiert wird als Alternative zu einer stationären Unterbringung. Die sicherlich nicht für alle PatientInnen Anwendung finden kann. Aber zumindestens gibt es eine Debatte und auch Studien darüber, einige wenige beginnende Studien, ob die außerstationäre Zwangsbehandlung eine effektive Option ist für bestimm-

te PatientInnengruppen. Und Sie sehen, dass hier lediglich ein Viertel der EU-Staaten diese Option in ihrem Gesetz überhaupt erwähnt. Das heißt, dass sie diese außerstationäre Option regelt, sondern, dass sie überhaupt Kenntnis davon nimmt, dass es so eine Option geben könnte. Das ist natürlich die Anwendung ist abhängig von einer Infrastruktur. Das ist völlig klar. Und die ist auch in den Ländern, die diese Option in ihren Gesetzestexten verankert haben, natürlich nicht gegeben in ausreichendem Maße. Aber die Majorität der EU-Länder nimmt in ihren Unterbringungsgesetzen noch nicht mal Kenntnis von dieser Möglichkeit, währenddessen in den USA zum Beispiel in jedem Bundesstaat diese Option gesetzlich verankert ist und auch angewandt wird. Der Grund dessen waren offensichtlich finanzielle Gründe, also es schlicht billiger. Aber da ist die Entwicklung doch deutlich weiter als in Europa. *(Zwischenruf)* Bitte? *(Zwischenruf)* Die außerstationäre Zwangsbehandlung, dass die PatientIn verpflichtet wird, bestimmte Behandlungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, die eben nicht sein Einschluss in einem stationären Krankenhaus erfordern. Einnahme der Medikation im Extremfall, Fußfessel zum Beispiel. Bewegungseinschränkung ist denkbar. Umstrittene Maßnahme, aber immerhin. Also, es gibt solche Entwicklungen, die in der Fachwelt diskutiert und erprobt werden, die aber noch ihren Niederschlag in den europäischen Unterbringungsgesetzen gefunden haben.

Das sind die Zahlen über die Zwangseinweisungen in den EU-Mitgliedsstaaten. Es ist uns gelungen in diesen Studien zeitrein über die 90er Jahre hinweg zusammenzutragen. Nicht in allen Ländern aber doch in vielen. Das sind die absoluten Häufigkeiten. Und Sie sehen, dass das auf unterschiedlichem Niveau stattfindet. Aber das ist natürlich abhängig von der Größe und der Bevölkerungszahl der Länder. Deutschland ist das bevölkerungsreichste EU-Mitgliedsland und hat deshalb logischerweise die meisten Zwangseinweisungen in Europa. Frankreich genauso. Also hohe Zahlen, weil sie große Populationen haben. Aber was ablesbar ist, ist dass die absoluten Häufigkeiten in den bevölkerungsreichen EU-Ländern deutlich angestiegen sind während den 90er Jahren und dass das auch in den weniger bevölkerungsreichen Ländern, das ist die selbe Grafik nur mit einer anderen Auflösung, damit man die kleineren Ländern ein bisschen besser identifizieren kann. Dass es auch also in den schwächer besiedelten oder weniger bevölkerungsreichen EU-Ländern der Fall ist. Also auch die ganz kleinen Länder, das ist maßstabsbedingt hier, wo die Linie relativ gerade erscheint ist doch ein Anstieg zu verzeichnen. Das sind die absoluten Zahlen. Die Zwangsein-

weisungen pro Jahr.

Und dieser Anstieg darf nicht missinterpretiert werden, obwohl der auch in der Fachwelt durchaus als Indikator eines zunehmenden Zwangs in der Psychiatrie interpretiert wird. Das hier ist eine relativ heiß diskutierte Veröffentlichung im deutschen Ärzteblatt, die ein Psychiater geschrieben hat, wo er schlicht die absoluten Zahlen interpretiert hat, in der Richtung, dass Zwangseinweisungen zunehmen und dass die, Sie sehen es hier, wenn Sie genauer hinschauen, die Rechtsänderungen erinnern an Regelungen totalitärer Staaten, die die absolute Sicherheit des Staates und seiner Einrichtungen auf Kosten der Rechte des Individuums zum Ziel haben. Also starke Argumente gebraucht, aus der schlichten Fehlinterpretation, muss ich sagen, der steigenden absoluten Zahlen. Weil natürlich diese Zwangseinweisungszahlen, die absoluten Häufigkeiten dem selben Mechanismus unterliegen, den ich Ihnen vorhin dargestellt habe an dem Abbau der Bettenzahlen und der Steigung des absoluten Anstiegs der Einweisungen in die Psychiatrie, ob freiwillig oder unfreiwillig. Ich erkläre das gleich im Einzelnen noch mal deutlicher. Das heißt, man kann die absoluten Zahlen nicht interpretieren, sondern muss sie erst mal überhaupt gewichten und hier sind die bevölkerungsbezogenen Raten, die Unterbringung pro 100 000 EinwohnerInnen, die einen Vergleich über Ländergrenzen hinweg ermöglichen. Und Sie sehen, die überaus hohe Heterogenität hier der Unterbringung pro 100 000 EinwohnerInnen. Also von 6 in Belgien bis zu 218 in Finnland. Das ist also ganz unterschiedlich, was hier festzustellen ist. Aber auch das ist noch nicht die geeignete Maßzahl, sondern entscheidend ist - und das war heute Morgen in der Diskussion auch schon Thema - der Prozentanteil an allen stationären psychiatrischen Aufnahmen, die zwangsweise erfolgen. Das wäre die Maßzahl, die eigentlich die adäquate ist, weil sie nämlich die Zwangseinweisungen an der Situation der jeweiligen nationalen Psychiatrie misst und auch das über Ländergrenzen hinweg vergleichbar macht. Sie sehen hier, Österreich 1999 war die letzte Zahl, die wir hier erfasst haben. Wir haben heute Morgen gehört, dass das mittlerweile auf 25 % angewachsen ist. In Deutschland liegen wir immer so um die 15, 16 %. Mit deutlichen Unterschieden auch zwischen den Bundesländern. Und Sie sehen, dass zum Beispiel in Schweden 30 % aller Aufnahmen in die stationäre Psychiatrie unfreiwillig beginnen. Und wie es dann weitergeht, das lässt sich natürlich nur schwer erfassen, dass es hier immer nur die konkrete Maßnahme bei Aufnahme in die Psychiatrie, die hier vorgelegen hat.

Wenn man diese Quote, der Anteil, der Pro-

zentsatz an den stationären Aufnahmen, die zwangsweise erfolgen über die Zeit ansieht, dann ergibt sich dieses Bild hier und da ist der Trend doch deutlich anders als bei den deutlich ansteigenden absoluten Zahlen. Sie sehen, in den meisten Ländern über die 90er Jahre hinweg doch ein gleichbleibenden Anteil der Unterbringungsquoten an den Aufnahmen in die Allgemeinpsychiatrie auf unterschiedlichem Level, was eine unterschiedliche Praxis deutlich nahe legt in den einzelnen Ländern. Aber doch immerhin schaffen es die meisten Länder also den Anteil des Zwangs oder der Zwangsunterbringung halbwegs stabil auszubalancieren mit ihrer ständigen Veränderung der psychiatrischen Versorgungsstruktur, die über die 90er Jahre hinweg in den meisten Ländern doch immer noch zu verzeichnen war.

So. Vielleicht noch einmal diesen Zusammenhang, weil er doch auch in der Fachwelt offensichtlich nur schwer zu verstehen ist. Das hier sind die absoluten Häufigkeiten bzw. die Unterbringungsquoten auf die Bevölkerung bezogen in Deutschland, mit dem deutlichen Anstieg der absoluten zwangsweisen Unterbringung. Aber das ist die untere Kurve, die Sie eben gesehen haben, die ist hier unten mit kleinerem Maßstab noch einmal abgebildet. Aber die Gesamtaufnahmen in die Psychiatrie steigen natürlich ebenso an und vielleicht sogar noch im stärkerem Maße an, sodass also das Verhältnis der unteren Kurve zu der oberen Kurve, der zwangsweisen Unterbringung zu allen Unterbringungen halbwegs stabil bleibt und das ist die Quote, die Sie hier für Deutschland über die 90er Jahre hinweg sehen, der Prozentsatz der unfreiwilligen Unterbringungen in der Psychiatrie, die immer in Deutschland zwischen 14 und 15 % schwankt.

So. Dann gibt es in Deutschland zumindestens, in Österreich nehme ich an ist es ähnlich, das Problem, das sind ja alles Zahlen aus der Justizberichterstattung, also Unterbringungsentscheidungen, die die Justiz dokumentiert, dass dies nicht nur für die Allgemeinpsychiatrie gilt, sondern auch für den Pflegeheimsektor. Also, da werden geriatrische PatientInnen untergebracht und auch mit entsprechenden Maßnahmen in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden müssen. Und dieser Sektor sorgt für eine große Dunkelziffern, weil es sich aus Justizzahlen nicht oder nur sehr schwer herausrechnen lässt, wie viele der Unterbringungen denn jetzt die Allgemeinpsychiatrie betreffen oder den Pflegeheimsektor. Das ist die eine Schwierigkeit.

Und dann ist die Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen der eigentlichen Unterbringung, also der Zwangseinweisung und den frei-

heitseinschränkenden Maßnahmen während eines stationären Aufenthaltes, der durchaus insgesamt in seinem Rechtsstatus sehr freiwillig erfolgen kann. Auch das ist sehr schwer abzulesen und wir haben uns in einer mühevollen Prozedur versucht, diese verschiedenen Bereiche zu unterscheiden und Sie sehen hier die hellblauen Balkenanteile, das sind wieder die Zahlen für Deutschland, das sind die eigentlich Zwangseinweisungen in die Psychiatrie. Der rote Anteil sind die Zwangseinweisungen im Pflegeheimsektor. Der violette Anteil darüber sind die freiheitseinschränkenden, rechtlich genehmigten freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der Psychiatrie und die obersten Balkenanteile sind die gleichen Maßnahmen im Pflegeheimsektor. Das sind Schätzmodelle. Ganz schwierig. Aber man kann zumindestens unterscheiden zwischen den eigentlichen Unterbringungen und den freiheitseinschränkenden Maßnahmen und das, was das Bild hier suggeriert bei aller Einschränkung, wie gesagt, es sind Schätzmodelle, Zahlen kriegt man da kaum, könnte man einen Anstieg der freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der Psychiatrie verzeichnen. Auch hier würde ich, wenn ich mich als Fachmann bezeichnen darf, doch hinterfragen, ob dieser deutliche Anstieg auf eine Zunahme des Aktes des tatsächlichen Zwanges zurückzuführen ist oder ob der nur bedeutet, dass der Anteil der sogenannten hidden couragen, das heißt der Maßnahmen, die früher erfolgten, ohne dass sie rechtlich abgesichert waren, dass die durch die Verschärfung oder durch die Verschärfung der Fachdebatte oder auch durch rechtliche Bestimmungen legalisiert worden sind. Also, die Frage ist völlig offen. Ich würde dazu tendieren, dass dieser Prozess tatsächlich auch stattfindet. In welchem Ausmaß kann ich nicht sagen. Dass also Maßnahmen, die früher einfach vorgenommen worden sind, eigentlich einer rechtlichen Absicherung bedurften, dass die zu einem gewissen Anteil nun mittlerweile häufiger richterlich genehmigt werden und das natürlich zu einem Anstieg der Zahlen führt, der aber zum Teil dann auch durchaus auf ein Artefakt zurückzuführen wäre. Also, dass der Anteil der tatsächlichen Maßnahmen möglicherweise nicht so stark ansteigt oder vielleicht sogar gleich geblieben ist. Das ist völlig unbekannt.

Wenn man es genauer wissen will, dann muss man auf selektive Forschungsergebnisse zurückführen, das heißt, auf lokale Studien, wenn man mehr wissen will über diese Maßnahmen, die dann in einzelnen Einrichtungen durchgeführt werden und ich haben Ihnen ein paar Studien rausgesucht. Relativ bekannt ist die von Thilmann Steinert aus Süddeutschland, der bei 36 000 PatientInnen festgestellt, dass die zu

10 % fixiert, isoliert oder sediert worden sind, im Schnitt 5,4 Mal pro Einzelfall und die mittlere Dauer einer solchen Maßnahmen zehn Stunden gedauert hat. Wobei es da sehr hohe Variationen gibt. Aber man muss genauer hinschauen. Und das hat Herr Steinert getan. 28 % dieser 10 % haben PatientInnen betroffen, die an organischen Psychosen gelitten haben, also an Demenzen, die also eigentlich ja also eine besondere Klientel darstellen, sage ich es einmal so, und das für die Beurteilung dieses Anteils 10 % die solche Maßnahmen erlitten haben, dass da der case mix der Station, das heißt, die Diagnosestruktur eigentlich entscheidend ist. Also, das muss man mitbeurteilen. Sie sehen das bei der Studie aus Oslo. Das war eine akut psychiatrische Station, die sicherlich weniger Demenzen aufnimmt als das in den Krankenhäusern in Süddeutschland war und da ist der Anteil dann 14 %, die Zwangsmaßnahmen erleiden mussten. In drei Universitätskliniken in Finnland waren es 32 %. In den USA auch in Notfallstationen 8 % der Fälle die Fixierung mit einer mittleren Dauer von 3,3 Stunden erlitten haben, 16 % Zwangsmedikation.

Also auch hier muss man sicherlich genauer kucken, was für PatientInnen sind das eigentlich, die untersucht worden sind und kann nicht die absoluten Zahlen nehmen. 32 % in Finnland. In Finnland wird mehr Zwang ausgeübt als in Süddeutschland. Also das wären sicherlich Schlussfolgerungen, die nicht zulässig sind aus solchen Studien. Das sind immer selektive Stichproben, die man also auch entsprechend interpretieren muss.

Heute morgen war eine Frage nach den Störungsbildung von zwangsuntergebrachten PatientInnen. Auch hier muss man zurückgehen auf einzelne Forschungsprojekte. Da drüber gibt es in den nationalen Statistiken auch keine Zahlen. Also das wird schlicht nicht gesammelt und Sie sehen hier eine auch selektive Auswahl von solchen Studien in einzelnen Ländern. Das klassische Krankheitsbild ist sicherlich das der Schizophrenie oder der Psychosen, die bei den häufig Zwangseinweisungen, Zwangsmaßnahmen zur Anwendung kommen. SuchtpatientInnen sind zum Teil PatientInnen an den Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden. Affektive Störungen, das sind dann hauptsächlich Manien, bei denen das zur Anwendung kommt. DemenzpatientInnen, Persönlichkeitsstörung, wenn Sie so wollen und wenn Sie mir den despektierlichen Ausdruck gestatten. Das wären die üblichen Verdächtigen oder die üblichen Krankheitsbilder, die man erwarten würde. Aber, was Sorge bereitet, sind sicherlich hier die weißen Flecken auf der Landkarte, also die Balkenanteile zu den 100 %, die wenige schwere psychische Störungen

repräsentieren müssen, weil die schweren chronischen Störungen die unten genannten Anteile darstellen und hier wäre tatsächlich die Frage: Sind den Zwangsunterbringungen bei den Krankheitsbildern, die hier repräsentiert sind, tatsächlich das Mittel der Wahl und adäquat? Die Frage kann ich nicht beantworten. Aber solche Fragen wären abzuleiten aus solchen Forschungsergebnissen.

Dann noch die letzte Folie oder die letzte inhaltliche Folie mit Zahlen, die Geschlechterverteilung. Sie sehen in einigen Ländern ist die Geschlechterverteilung fifty-fifty, was zwangsuntergebrachte PatientInnen angeht. Das sind auch wiederum Forschungsergebnisse, keine nationalen Statistiken, während es eine Reihe von Ländern gibt, bei denen das Verhältnis männlich zu weiblich ungefähr 2/3 zu 1/3 liegt. Und hier lässt sich tatsächlich in Korrelation oder in Assoziation zu der Unterbringungsgesetzgebung herstellen, denn die Länder, die das Gefährdungskriterium in der Gesetzgebung niederlegen, bei denen werden tatsächlich mehr Männern herausgefiltert, weil aggressives, fremdaggressiveres Verhalten vor allem hauptsächlich oder häufiger bei männlichen Patienten anzutreffen ist als bei weiblichen. Und offensichtlich spiegelt sich das dann auch, wenn man das Kriterium anlegt, in den Unterbringungsrate wider. Während, wenn dieses Kriterium nicht so stark angewandt wird, zu einer ausgeglichenen Geschlechterverhältnis führt, was die Unterbringungsrate angeht.

Das wären dann die Schlussfolgerungen, die zu ziehen wären. Die werden Sie sicherlich nachvollziehen können. Die Gesetzgebung und die Versorgungsroutine unterscheidet sich stark innerhalb der Mitgliedsstaaten der EU, was die Zwangsbehandlung und Zwangsunterbringung angeht. Eine Harmonisierung, das ist immer das Ziel, wenn die EU Studien finanziert, können wir denn einheitliche Handhabung der Problematik in Europa erreichen. In dem Fall ist eine Harmonisierung mittelfristig sicherlich nur sehr schwer erreichbar. Ob sie wünschenswert ist, sei dahingestellt.

Die Mechanismen, wie die Gesetzgebung die tatsächliche Praxis beeinflusst, sind weitgehend im Dunklen. Da interagieren eine ganze Reihe von Faktoren, die ich vielleicht angedeutet habe, aber viele die auch unbekannt bleiben, die hier erforscht werden müssten. Mein Motto auf best practise - auch so ein typischer EU-Ausdruck - die wollen immer wissen, wo ist denn was implementiert, was empfehlenswert wäre, auch im Hinblick auf die Osterweiterung. Was können wir den Ländern, die neu zur EU hinzukommen, denn empfehlen, wie sie ihre entsprechende Praxis umgestalten sollten. Aber das kann man aus dem, was in Europa im Moment vorzufinden

ist, sicherlich nicht ableiten.

Also, dass nur bleibt, dass die Minimalstandards in der Unterbringungsgesetzgebung die Menschenrechtsprinzipien und die diversen UN und EU Chartas natürlich berücksichtigen sollen und das tun sie. (*Zwischenruf*) Dass die Regeln einer rechtsstaatlichen Entscheidungsfindung gewahrt bleiben müssen und angewendet werden müssen und dass die zeitgemäßen fachlichen Standards der Versorgung psychisch Kranker berücksichtigt und widergespiegelt werden müssen. Und da denke ich, ist noch einiges zu tun.

Wenn man ansetzt und das ist jetzt wirklich meine letzte Folie, zur Verbesserung der Praxis denn benennen will, dann wären das wahrscheinlich diese hier. Entscheidendes aus meiner Sicht ein guter Personalschlüssel. Das Ganze ist abhängig von – vor allem die freiheitseinschränkenden Maßnahmen – von einer adäquaten Personalausstattung. Dieses Personal, die diese Maßnahmen durchsetzen müssen, muss regelmäßig geschult werden. Deren Tätigkeit sollte aufgewertet werden, es sollte ein Feedback stattfinden, damit hier auch einzelne individuelle Missbrauchsvorgänge möglichst ein Riegel vorgeschoben wird. Der adäquate Umgang mit Zwang sollte in die Ausbildungsgänge aller betroffener Berufsgruppen, vom Pfleger bis zur Ärztin und bis zur RichterIn aufgenommen werden. Auch das ist nicht die Regel. Es sollten nationale Leitlinien des Umgangs mit Zwang formuliert werden. Das wäre eine Aufgabe der medizinischen Fachgesellschaft. Die Protokollierungsstandards sollten definiert sein, sollten eingehalten werden, sollten überprüft werden. Unabhängige Besuchskommissionen zur Qualitätssicherung sind sicherlich ein gutes Mittel. Die nationale Berichterstattung sollte verbessert werden. Nach möglichst einheitlichen europäischen Standards. Und dass wir mittelfristig auch zu regelmäßigen internationalen Vergleichen kommen.

Damit wäre ich mit meinen Ausführungen am Ende und danke für Ihre Aufmerksamkeit. (*Allgemeiner Beifall.*)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr Professor, ich danke Ihnen für Ihren Vortrag und bitte Sie nun, noch für Fragen aus der Kommission zur Verfügung zu stehen.

Gibt es eine Wortmeldung? Meldet sich wer zu Wort? (*Zwischenruf*) Bitte, also nachdem der Herr Lasar momentan nicht da ist, darf ich Sie bitten, Frau GRin Praniess-Kastner.

GRin **Praniess-Kastner**: Vielen herzlichen Dank, Herr Prof. Salize, für Ihren ausführlichen Vortrag und vor allem die Zusammenschau der internationalen Standards, die Sie uns gegeben haben. Vielleicht vorweg einmal eine konkrete

Frage oder der Versuch eine Frage oder eine Richtung zu konkretisieren. Sie haben ja zu den Zwangsmaßnahmen festgestellt, dass es keine Präferenz gibt. Sie haben die internationalen Vergleiche ausführlich dargestellt, aber eben erwähnt, und das stand auch auf der Folie zu lesen, dass es da keine Präferenz gibt der Zwangsmaßnahmen der einzelnen unterschiedlichen, die wir auch von Wien kennen.

Und jetzt eine Frage an Sie: Gibt es international aber trotzdem eine erkennbare Richtung, wohin es mit den Zwangsmaßnahmen geht, einerseits der Fixierungen und andererseits der medikamentösen Zwangsmaßnahmen sozusagen? (*Zwischenruf*)

Prof. Dr. **Salize**: Also, es gibt auf der Ebene der Gesetzgebung keine Präferenz oder keinen Trend, der ablesbar wäre. Und in der Praxis dürften solche identifizierbar sein, im Konjunktiv, wenn es denn da drüber Zahlen oder repräsentative Studien gäbe. Also, ich denke, ich gehe jetzt sicherlich nicht zu weit, wenn ich sage, dass alle europäischen Psychiatrien, oder die die mit solchen Maßnahmen beschäftigt sind, natürlich versuchen, so wenig wie möglich Zwang auszuüben in der konkreten Maßnahme. Das ist abhängig von Rahmenbedingungen. Sicherlich korreliert das mit der Verfügbarkeit von Personal, wie stark das Ausmaß von Zwang ist. Das wage ich schon einmal zu hypothetisieren hier.

Also, man muss auf das Feld der Spekulationen gehen, wenn man Trends ablesen will. Aber ich würde einen Trend zu weniger Zwang, dass der zumindest in der Absicht aller Beteiligten ist, dass man den konstatieren könnte. Wie sich das niederschlägt in einzelnen Maßnahmen, das ist eine schwierige Frage. Also, das Netzbett ist ja hier symbolhaft und das ist nicht nur hier symbolhaft, sondern auch in anderen ähnlichen Vorfällen in anderen Ländern als ein Ausdruck von inadäquaten Zwang. Ob man das so bewerten kann oder soll, müsste man tatsächlich Informationen da drüber haben, in welchem Ausmaß es angewandt wird und ob es im Einzelfall adäquat oder inadäquat ist. Und diese Informationen stehen uns schlicht nicht zur Verfügung.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke schön. Frau GRin Mag. Ramskogler bitte.

GRin Mag. **Ramskogler**: Ja, danke schön Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Prof. Salize!

Ich bin ganz, ganz froh darüber über Ihre Ausführungen, weil ich auch schon das letzte Mal bei der Untersuchungskommission, wir hatten die Ehre, hier auch den Herrn Prof. Schöny oder andere Professoren international zu befragen. Wenn es darum geht, dass wir hier über eben - und Sie haben auch den guten Ausdruck gesprochen, wir sprechen ja hier über die Psy-

chiarie und Zwangsmaßnahmen, das heißt, das ist ein außerordentliches, schwieriges, komplexes Feld. Und Sie haben auch gesagt, es gibt keine einfachen Wahrheiten dazu. Und es gibt kein schwarz-weiß. Es gibt eigentlich einen Graubereich, den Sie hier meiner Ansicht nach sehr gut dargestellt haben, weil es ja auch einen unterschiedlichen Zugang europaweit gibt, was Zwangsunterbringungen und Zwangsbehandlungen betrifft. Und Sie eben auch erwähnt haben, dass zum Beispiel in einem Land und dazu zählt sich Österreich, Eigen- oder Fremdgefährdung dazu ausreicht, um Unterbringungsmaßnahmen zu tätigen. Und ich kann aus eigener Erfahrung sagen, dass hier auch, Sie haben hier vier Tage auf ihre Statistik für Österreich, es an und für sich so rasch wie möglich bei Unterbringungen der Fall ist, dass der Richter, der Psychiater und auch Angehörige zugezogen werden, wenn es um Unterbringungen von PatientInnen geht und dass es auch hier Fälle sind, und das möchte ich auch in expliziter Form der Kommission hier auch so darstellen, dass es hier Fälle sind, von PatientInnenschicksalen, wo man sagen muss, die unter einer Zwangseinweisung in das Spital kommen, auf die Station kommen, in einem außerordentlichen Ausnahmezustand und dann eben befunden wird, zum einen eben Methoden anzuwenden, die von einer medikamentösen Sedierung bis zu einer Netzbettverwahrung sozusagen sind, aber auch eben dann dementsprechend mit der Person umzugehen ist und das vor allem menschlich. Und das ist der Punkt, meiner Ansicht nach. Also, wir beschäftigen uns hier, wie Sie gesagt haben, nicht mit einer Materie, wo es so locker zu sagen ist, da gibt es best practise, also was mache ich mit diesen Personen und jetzt habe ich das Schema A und ich kann dann Schema B anwenden. Und es ist alles in Ordnung. Nein, so ist es nicht. Es sind Einzelfälle. Und es sind Einzelfälle und Ausnahmefälle, die ganz individuell zu prüfen sind. Was mir so wichtig ist, ist dass wir hier eine Debatte führen, wo auch früher ganz anders behandelt wurde und jetzt ganz anders behandelt wird. Das heißt, wir haben auch psychiatrisch in der Behandlungsmethode unterschiedliche Zugänge. Früher ist zum Beispiel der soziale Aspekt, die sozialen Faktoren sind überhaupt nie berücksichtigt worden. Heute spricht man von einer Psychosozialen Versorgung, wo es absolut positiv und zukunftsorientiert ist, weil früher hat man soziale Aspekte bei psychischen Erkrankungen nicht berücksichtigt. Also, das ist ein absoluter Fortschritt, den man auch hervorheben sollte bei der ganzen Debatte.

Mir ist es wichtig hier vielleicht von Ihrer Seite.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Darf ich Sie

jetzt vielleicht um die Frage bitten?

GRin Mag. **Ramskogler**: Gerne! Gerne, ich werde mich bemühen, genauso wie bei der Opposition auch meine Ausführungen hier darzustellen. Ich möchte gerne dahin gehen und zwar: Welche Kriterien sehen Sie, Herr Prof. Salize, insbesondere wenn es darum geht, Behandlungsmethoden anzuwenden? Gibt es hier spezielle Behandlungsmethoden, die Sie absolut ausschließen würden, wenn es um Zwangsbehandlungen geht? Oder sagen Sie, es ist auch in der Fachwelt und das war letztes Mal eben so die Debatte, durchaus so, dass noch nicht ganz klar ist, in welchen Ländern welche Behandlungen angewandt werden oder nicht? (*Zwischenruf*)

Prof. Dr. **Salize**: Also, wie Sie selbst sagen, ist der Einzelfall tatsächlich das Entscheidende. Ich würde hier aus meinen Kenntnisse der epidemiologischen Lage nicht ableiten, dass europaweit einzelne Maßnahmen nicht mehr angewandt werden. Ich meine, Sie haben die Erfahrungen mit den berühmten Netzbetten hier in ihrem eigenen Versorgungsgebiet gemacht. Ein Trend der – ich kann es nur noch einmal betonen – es ist sicherlich bei allen Betroffenen das Ringen um möglichst wenig Zwang. Mit Betroffenen, meine ich in dem Fall die Professionellen, die entscheiden oder den Zwang tatsächlich ausüben müssen.

Das würde ich als Trend unterschreiben. Aber, dass einzelne Maßnahmen hier präferiert oder weniger präferiert werden, das wäre schon zu weit aus dem Fenster gelehnt. Das ist in der Tat die Einzelfallabwägung. Überlegen Sie selbst, wenn Sie Opfer oder wenn an Ihnen bewegungseinschränkende Maßnahmen getroffen werden müssen. Was wäre Ihnen lieber, ob Sie ans Bett gefesselt werden oder ob Sie zu mindestens sich im Bett noch bewegen können und das Netz drum herum ist, dass Sie sich herumdrehen können und kratzen können, oder was auch immer? Also das ist eine Entscheidung, die muss im Einzelfall getroffen werden und da kann man hier nicht pauschal sagen, das ist gut und das ist schlecht und das ist zu verwerfen und das ist zu empfehlen. Das ist die falsche Ebene hier.

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

GRin Dr. **Pilz**: Ja, danke. Irgendwie fasse ich Ihre Aussagen zusammen mit „nichts Genaues weiß man nicht“, weil Sie gemeint haben, man kann nicht aus ihren Zahlen herauslesen, was ist gut, wenn es häufige oder seltene Aufnahmen gibt in stationäre Betreuung und ich wollte Sie fragen, ob Sie Forschungen haben, wo diese Interaktion zwischen den verschiedenen Diensten und Angeboten qualitativ untersucht wurde.

Weil sozusagen, das was Sie jetzt getan haben war sozusagen das schiere Zahlenverhältnis. Aber haben Sie untersucht, ob es einen Zusammenhang gibt, dort wo, sehr gut – oder ich denke da an die Schweiz zum Beispiel, wenn ich da ihre Balken anschau – wo es eine sehr gut ausgebaute ambulante Wohnung und Arbeit usw. Betreuung gibt. Welchen Einfluss das auf die stationäre Aufenthaltshäufigkeit und Dauer bzw. auch, Frage: Hat es auch eine Auswirkung auf allfällige Zwangsmaßnahmen? Gibt es da mehr oder weniger? Das ist die 1. Frage.

Und das zweite ist, dass eine Statistik für mich widersprüchlich ist, wie wohl ich sie nicht in Frage stelle. Sie haben gesagt, oder ich sehe noch das Bild vor mir. In Italien gibt es ganz wenig stationären Aufenthalt. Das hat mit der Psychiatriereform zu tun. Das ist völlig klar. Aber, gleichzeitig ist Italien jenes Land in dem schon das Vorliegen eines Behandlungsbedarfes Grund für eine Einweisung darstellt. Da denke ich mir, das müsste eigentlich das Scheunentor in die stationäre Aufnahme sein. Warum gibt es sozusagen diese Voraussetzung schierer Behandlungsbedarf im Gegensatz zu Österreich, wo man zum Beispiel fremd- oder selbstgefährdend sein muss. Warum wird da nicht mehr aufgenommen oder warum hat man dann so ein Gesetz?

Meine nächste Frage ist, das Spannungsverhältnis zwischen unfreiwilliger Unterbringung und dem Recht auf die eigene Krankheit. Also wer hat jetzt sozusagen hier gibt es eine Deutung so halt des Psychiaters auf der einen Seite, der sagt, „Sie sind krank und daher müssen Sie behandelt werden“. Wie steht das im Zusammenhang mit dem auch in vielen Ländern postulierten Recht auf eigene Krankheit. Wozu führt das im Konkreten für die Menschen?

Sie haben gesagt, im österreichischen Gesetz ist aufgeführt operative Eingriffe als eine taxative Heilbehandlung und operative Eingriffe. Wissen Sie, ist das singulär in Österreich der Fall, weil Sie Österreich hier mit dieser Spezifität angeführt haben? Und dann noch einmal zur Frage Netzbett, Gitterbett und Fixierungen usw.:

In welchen europäischen Staaten gibt es faktisch Gitterbetten? In welchen europäischen Staaten gibt es faktisch Netzbetten? Und wo gibt es weder das eine noch das andere?

Sie haben gesagt, dass die außerstationäre Zwangsbehandlung in vielen Gesetzen unter anderem in Österreich nicht erwähnt ist, das ist sehr wohl ein Thema. Kann man davon ausgehen, dass es daher verboten ist, weil es nicht erwähnt ist? Oder, dass man sich einfach nicht darum kümmert? Und wie schaut das in anderen Mitgliedsstaaten aus?

(Prof. Dr. Salize unterbricht: Ich komme dann

langsam nicht mehr mit. Vielleicht sollten Sie ...)

Ich rede immer nur lang, weil ich viele Fragen habe, aber nicht, weil ich selber reden möchte.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Vielleicht machen wir noch eine Runde, Frau Dr. Pilz.

GRin Dr. **Pilz**: Zwei weitere Fragen habe ich noch.

Sie haben gesagt, dass in Österreich 25 von 100 Aufhalten Unterbringungen sind. Ich habe ihrem Buch entnommen, dass Österreich im Spitzenfeld liegt. Hat sich das inzwischen geändert? Weil ich jetzt auf ihr Buch verweise, da sagen Sie expressis verbis Österreich liegt in Europa an der Spitze. Und die letzte Frage:

Sie haben gesagt, die Prävalenz ist zum Teil schrecklich. Bei Alkohol nur 10 % behandelte Krankheiten. Was würden Sie sehen, wo liegt da hinsichtlich einer guten Versorgungsarbeit der Ausbaubedarf im ambulanten oder stationären Bereich?

Prof. Dr. **Salize**: Ich dachte eigentlich, dass ich die Vielzahl Ihrer Fragen - ich hoffe ich bekomme Sie noch alle zusammen - während des Vortrages schon beantwortet habe, aber ich bin gerne bereit noch einmal auf Einzelheiten einzugehen.

Die Korrelation von Zwang und einer guten außerstationären Versorgung haben Sie das Beispiel Schweiz gebracht. Die lässt sich so einfach jetzt nicht ziehen. Das war Ziel meiner Eingangsausführung, dass hier also in dem Bereich über den wir sprechen, so viele Kontextfaktoren eine Rolle spielen, dass man also nicht sagen kann, wenn viel hilft, hilft viel. Und reduziert eben unerwünschte Phänomene wie Zwang. Die Verhältnisse sind äußerst komplex und bedürfen einer tieferführenden Analyse, die also kaum angestellt wird und ich bezweifle, ob solche einfachen Zusammenhänge tatsächlich auch hier nachweisbar wären. Also gute Unterbringung im Wohnsektor, ob das Zwang reduziert, wenn die Betroffenen, die Risikofaktoren familiäre Streitigkeiten sind, dann hilft auch Wohnversorgung da nur bedingt, also um diesen Risikofaktor für eine zwangsweise Unterbringung zu reduzieren. Also das wäre wünschenswert, wenn man solche Zusammenhänge identifizieren könnte, dann mit den entsprechenden Maßnahmen dann steuern könnte. Das ist nicht so.

Italien ist und bleibt ein Phänomen in der Tat. Ich kann die Frage nicht beantworten. Ich kann ihren Zusammenhang den Sie herstellen, nachvollziehen. Das ist eine berechtigte Frage. Aber ich weiß nicht, wie es geregelt oder wie es gehandhabt wird. Wo die Patienten verschwinden. Auch in Spanien und Portugal ist die Frage, wo sind die Patienten. Ist die Überzeugungskraft der südeuropäischen Kollegen größer, dass die Patienten freiwillig bleiben. Spielt in Italien die Rol-

le, dass jede Woche der Richter überprüfen muss, ob die Zwangsmaßnahmen noch berechtigt ist. Hat das Einfluss auf die epidemiologischen Raten. Ich kann es ihnen nicht sagen. Ich weiß es nicht.

Die unfreiwillige Unterbringung und das Recht auf eigene Krankheit. Was haben Sie da problematisiert? Können Sie es noch einmal kurz wiederholen?

GRin Dr. **Pilz**: Sozusagen, in einigen Gesetzen – ich habe sie jetzt nicht auswendig – wird das Recht auf eigene Krankheit höher geschätzt im Gegensatz zu anderen Ländern wie z.B. Italien, wo man sagt, die schiere Behandlungsbedürftigkeit ist schon ein Grund für Unterbringung. Zu welchen konkreten Resultaten kommen da die einzelnen Mitgliedsstaaten hinsichtlich ihrer Praxis der psychiatrischen Versorgung?

Prof. Dr. **Salize**: Also sie bewerten es schon sehr unterschiedlich, das ist sehr deutlich geworden. Das hat die Konsequenz, dass in Ländern, die diese Unterscheidung treffen, die Behandlung noch einmal besonders genehmigt werden muss. Das es noch ein richterliches Verfahren gibt, die die Behandlung - und das betrifft auch die beiden Termini, die Sie hier in Österreich noch einmal herausgegriffen haben - operative Eingriffe und Heilbehandlungen, die schlicht und einfach noch einmal genehmigt werden müssen und dann durchgeführt werden. In anderen Ländern braucht man diese Genehmigung dazu dann nicht. Es dürfte nicht die Konsequenz sein, dass ein Patient in einen lebensbedrohlichen Zustand gerät in solchen Ländern, wo dieses Recht auf eigene Krankheit dann höher gewertet wird und der Patient hier größere Verfügungsgewalt darüber hat. Ich denke, da wird es auch Modalitäten oder Verfahrensweisen geben, die dem Patient dann vor dem lebensbedrohlichen Zustand bewahren.

Netzbetten, Gitterbetten. Ich hätte auch bevor ich hier eingeladen worden bin möglicherweise leichtfertigerweise gesagt, in Österreich gibt es so etwas nicht. Deshalb werde ich mich hüten hier zu sagen, ob es in anderen Ländern solche Praktiken gibt oder nicht. Ich komme relativ gut herum in Europa und sehe psychiatrische Einrichtungen von innen. Aber natürlich wird man, wenn man Teil einer offiziellen Delegation ist, nicht in die Schmutzdecke geführt. Das ist völlig klar. Auch in Rumänien bekommt man Trakte gezeigt, wo noch die goldenen Waffelhähne von Ceausescu in den Badezimmern zu finden sind und nicht die problematischen Einrichtungen und Ecken. Darüber gibt es keine Zahlen. Und wenn es denn so ist, dass tatsächlich auf einen Personal- oder Pflegenotstand hinweist diese Praxis, die ja dann nicht aus Mithilfe oder bösen Willen der Beteiligten ap-

pliziert wird, dann dürfte das auch nicht in nationalen Statistiken niederschlagen. Dann steht ja noch mehr Grund, das dann auf der lokalen oder regionalen Ebene zu lösen oder die Praxis beizubehalten. Also darüber gibt es keine Zahlen. Das ist das beschämende Ergebnis aus all diesen Untersuchungen, die ich durchgeführt habe. Und das ist auch sehr schwierig. Das wird aus den Ausführung von heute Morgen deutlich, hier nationale Statistiken zu generieren überhaupt. Also, da ist der übliche Unwille der Beteiligten an der Front noch ein Formblatt auszufüllen, mit einzukalkulieren, die Vergleichbarkeit dieser Daten, die Standardisierung all diese Probleme. Also, es wäre natürlich wünschenswert, solche Zahlen zu haben. Damit wären wir aber an der gleichen Situation, dass die Debatte über die Praxis auch geführt werden muss dann auf der Personengrundlage natürlich, aber das löst das Problem letztlich nicht. Es macht die Diskussion ein bisschen leichter. Aber die Diskussion wird weiter bestehen.

War es das? Ob Österreich Spitze ist oder nicht? Ich habe darauf hingewiesen, dass wie man hohe Einweisungsraten oder niedrige Einweisungsraten besser nicht nach dem Schema hoch = schlecht und niedrig = gut interpretieren sollte. Darum würde ich so einen Terminus Österreich liegt an der Spitze, das hat ja schon so eine ..., also vermeiden.

Gut wir meinten natürlich völlig ohne ... mittlerweile das Buch ist schon wieder drei Jahre her. Ist die Rate noch einmal gestiegen. Ich kann den Trend in den anderen Ländern seit Erscheinen des Buches eben nur zum Teil überschauen. Also, ich denke man sollte die Diskussion inner-national führen und nicht „im Vergleich zu“. Das sollte deutlich geworden sein. Österreich ist nicht besser oder schlechter als Italien. So ein Vergleich ist schlicht nicht zulässig.

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

GR **Lasar**: Danke, Herr Professor für die Ausführung ihrer power point Präsentation. Aber meine Frage wird sich noch einmal kurz auf diese Netzbetten beziehen, weil die haben Sie auch hier präsentiert. Sie haben es hier auch angeführt gehabt als Netz- und Gitterbetten.

Meine Frage jetzt gezielt dazu. Sind das heute noch internationale Standard, ja oder nein?

Prof. Dr. **Salize**: Internationale Standards sind nicht definiert. Das sollte deutlich geworden sein. Es gibt keine Zahlen darüber und die Praxis lässt sich nicht beziffern, ob Netzbetten zur Anwendung kommen oder nicht. Es lässt sich nicht sagen. Es gibt einen Trend zu weniger Netzbetten, ja dazu fehlt schlicht die Erkenntnisgrundlage. Es wäre wünschenswert, dass es die gibt, aber sie ist nicht vorhanden. Und meine

These ist, alle diese Maßnahmen finden Anwendung. Und in welchem Ausmaß, in welcher Rangfolge, darüber gibt es keine Informationen. Sie können aus den Studien über Zwangsmaßnahmen, die durchgeführt worden sind, von denen ich in eine der letzten Folien einige aufgezeigt haben, Sie können da heraus möglicherweise ablesen, was die Kollegen zu zählen als würdig empfunden haben. Da sind keine Netzbetten erschienen. Wenn Sie da heraus ablesen wollen, dass es einen Trend zu weniger Netzbetten gibt oder dass es kein Standard ist, dann ist es die Interpretation. Ich weiß, dass die klinischen Kollegen, die hier gesessen haben in den vorigen Kommissionen, in den vorigen Runden, dass die relativ dezidiert dazu Stellung bezogen haben. Aber gerade das Beispiel hier von Wien lehrt mich hier in dieser Bewertung zurückhaltender zu sein. Also, wenn so etwas in Wien Anwendung findet, wobei ich nicht beurteilen kann, ob das adäquat oder inadäquat war, das muss die Einzelfallbewertung ergeben, dann würde ich es nicht ausschließen, ob Netzbetten auch in anderen österreichischen Regionen Anwendung finden und auch in anderen Ländern noch Anwendung finden.

GR **Lasar**: Also nehme ich an, dass es international noch immer – ich will jetzt nicht sagen Standard, das ist bei ihnen gestanden, Standard – aber es ist international werden Netzbetten noch immer angewendet.

Prof. Dr. **Salize**: Für das Protokoll lege ich Wert auf den Hinweis, dass ich nicht gesagt habe, dass Netzbetten Standard sind.

GR **Lasar**: Das war in ihrer Powerpoint-Präsentation.

Prof. Dr. **Salize**: Ich möchte aus den Unterbringungsgesetzen nicht ablesen, ob es eine Präferenz oder einen prinzipiellen Bann einzelner Maßnahmen gibt. Also es steht in keinem Unterbringungsgesetz in Europa, so weit ich sie kenne, Netzbetten sind nicht mehr fachgerecht und adäquat und sind deshalb auszuschließen bei der Applikation von Zwangsmaßnahmen. Das ist nicht so. Also die Gesetzgebung gibt keine Rechtsgrundlage diesbezüglich.

GR **Lasar**: Danke schön.

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

GRin **Matzka-Dojder**: Ja, Herr Professor, vielen Dank für diese detaillierten Ausführungen.

Ich habe noch eine Frage, vielleicht habe ich sie ein bisschen überhört betreffend der stationären Aufenthaltshäufigkeit in der Rolle der Angehörigen.

Ich habe gehört, die Angehörigen sind auch ein wichtiges soziales Ressource, können aber auch ein Risikofaktor sein. Und meine Frage ist, gibt es Untersuchungen bzw. Vergleiche über

die Angebote bzw. Einbindung der Angehörigen in die integrierte Versorgung und dieser Aufenthaltshäufigkeit?

Prof. Dr. **Salize**: Das gibt es ganz gewiss nicht. Inwieweit das die Zwangseinweisung oder Zwangsmaßnahmen beeinflusst. Auch hier ist es eine monokausale Korrelation, die ich glaube wird man nie nachweisen können. Weil die Kontextfaktoren wirklich so heterogen und so vielfältig sind, dass man es nie auf eine einzelne Sache zurückführen kann, das hilft dazu, dass Zwangsmaßnahmen weniger werden. Generell ist der Einbezug der Angehörigen und auch der Betroffenen defizitär. Das habe ich eingangs genannt.

Die EU ist da relativ vorbildlich, aber sie hat es auch einfach, weil sie keine Versorgung leisten muss. Also in alle Erörterungen in psychiatriepolitische oder versorgungspolitische Hinsicht werden Angehörigen- und Betroffenenverbände einbezogen. Prinzipiell sind die relativ stark in den Sitzungen vertreten. Vertreten auch ihre heterogenen Meinungen durchaus stark. Das ist wie ich finde in Ordnung. Es macht den Diskussionsprozess schwieriger, aber in den nationalen Planungsgremien ist die Situation doch deutlich heterogener. Also, da sind Angehörigenverbände doch maginalisierter als ich das auf EU-Ebene beobachte.

GRin **Matzka-Dojder**: Gibt es hier vergleichbare Möglichkeiten bzw. dass es auch Angehörigenverbände als Einbeziehungsmöglichkeiten thematisieren. Gibt es da Zusammenhänge und Untersuchungen?

Prof. Dr. **Salize**: Gibt es nicht. Wir haben einige Forschungsprojekte, einige Vorhaben für die wir noch eine Finanzierung finden wollen, müssen, die diese Frage etwas näher beleuchtet. Also ich halte das für eine Ressource die noch nicht ausgelotet ist und wo wertvolle Hinweise kommen können nicht nur auf die Praxis der Zwangsmaßnahmen, sondern auf die generelle Versorgungspraxis. Aber der Schatz ist noch nicht gehoben, man kennt ihn nicht.

GRin **Matzka-Dojder**: Dieser Anspruch für diese soziale Ressource kenne ich aus der Pflegeforschung, ist im europäischen Vergleich auch noch nicht untersucht worden?

Prof. Dr. **Salize**: Nein, ich kenne nur kleinere Studien. Da besteht noch Handlungsbedarf.

GRin **Matzka-Dojder**: Danke schön.

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

GRin Dr. **Pilz**: Die österreichischen Juristen, die sich mit der Unterbringung beschäftigen sind in diesem Punkt schon etwas detaillierter und genauer was jetzt sozusagen das Ziel des Gesetzes ist, hinsichtlich des Zwanges, dass man z.B. immer nur das gelindeste Mittel anzuwen-

den hat. Dass Zwang die ultima ratio sein muss und dass der Zwang verhältnismäßig sein soll. Und hinsichtlich der Frage, welche Methoden angewendet werden, hat man sich an „state of the art“ zu orientieren. Was nun natürlich wieder jetzt das Feld in die Medizin zurück gibt, was ist „state of the art“?

In dem Zusammenhang möchte ich Sie fragen: Es kann im Rahmen und es ist ja ein Anlass unter vielen anderen für diese Untersuchungskommission, wenn jemand im Rahmen von Zwangbehandlungen und Zwangsunterbringung und Zwangsmaßnahmen Schaden erleidet. Sie haben es vielleicht mitverfolgt. Es hat hier schwere Brandunfälle in einem Wiener Spital gegeben. Sehen andere Gesetze in Europa für solche Fälle Schadenswiedergutmachung vor und was ist sozusagen die Folge in anderen europäischen Ländern, wenn Gefährdung durch die Zwangsmaßnahme für den Patienten entsteht? Also im konkreten Fall, wenn jemand in einem Netzbett liegt und ein anderer zündet ihn an, was in einem Fall der Fall gewesen ist. Wird das irgendwo geregelt oder ist das sozusagen, was in Wien seitens des Spitalerhalters versucht wurde damit abzutun? Pech gehabt! Selbst verschuldet! Oder konnte nicht verhindert werden.

Gibt es hinsichtlich der Wiedergutmachung Schadenersatz usw. in anderen Gesetzen hier Vorkehrungen?

Prof. Dr. **Salize**: Das weiß ich nicht. Es ist auch eine relativ exotische Frage, wenn man sich die Philosophie hinter den Zwangsmaßnahmen näher ansieht. Zwangsmaßnahmen sind bei all dieser Widersprüchlichkeit die ich versucht habe darzustellen, zielen aber darauf ab, Schaden abzuwenden und nicht Schaden hervorzurufen. Also in wie weit dann ein tatsächlich - und das müsste von einer unabhängigen Kommission festgestellt werden - hier ein Fehlverhalten oder eine Falschbehandlung stattgefunden hat. Was ich in keinsten Weise beurteilen kann oder will hier, dann unterliegt das vermutlich den gleichen Richtlinien, wie eine Fehlbehandlung in einer somatischen Disziplin. Würde ich annehmen.

Ich kenne aber kein Unterbringungsgesetz in dem explizit eine mögliche inadäquate Zwangsbehandlung schadenersatzmäßig geregelt ist.

GRin Dr. **Pilz**: Und 2. Frage. Sie haben gesagt, die Frage, ob Netzbett, Gitterbett, Fixierung usw. das ist nicht taxativ aufgezählt. Gibt es irgendwelche und vor allem nicht ausgeschlossene, also nicht einzelne Methoden der Zwangsmaßnahmen. Gibt es Dinge wie Elektroschock z.B., gibt es irgendwo in irgendwelchen Unterbringungsgesetzen in Europa ein Ausschluss von Behandlungsmethoden oder

Zwangsanwendungen?

Prof. Dr. **Salize**: Ich bin kein Jurist und habe sämtliche Unterbringungsgesetze Europas hier im Kopf und könnte Ihnen da sagen, hier wird das angewandt und hier wird das verboten. In der Regel sind die Unterbringungsgesetze hier in dem Bereich sehr vage. Sie haben es selbst genannt, der Ball wird in die Psychiatrie zurückgespielt mit so eleganten Formulierungen nach den gegenwärtigen Standards, die vorherrschen. Und damit hat es sich in der Regel. Das ist die Haupteckkenntnis aus dieser europäischen Analyse, dass hier wenn es ums Detail geht und wenn es um einzelne Maßnahmen geht die Gesetze natürlich keine Leitlinien bilden oder bieten.

GRin Dr. **Pilz**: Halten Sie das für eine befriedigende Situation?

Prof. Dr. **Salize**: Ich halte es für eine verständliche Situation.

GRin Dr. **Pilz**: Ich habe Sie gefragt, ob es eine befriedigende ist. Versuchen Sie einmal eine Aussage zu machen, die Sie auch festlegt.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Bitte, es sollte schon sachlich bleiben.

Prof. Dr. **Salize**: Das nehme ich nicht persönlich.

Die Standard wechseln in der Tat.

Die Psychiatrie ist eine Endlosbaustelle, was die rechtlichen Regelungen und was die fachlichen Standards angeht. Die Situation verändert sich ständig. Was auch zum Teil an den epidemiologischen Zahlen, die vorgelegt worden sind deutlich geworden ist. Das heißt, ein Gesetz das dezidiert sagen würde, Netzbetten ja, Gurte nein, wie auch immer wäre binnen kurzem wahrscheinlich wieder hoffnungslos veraltet. Je spezifischer diese Gesetze würden desto starrer wäre dann auch die Praxis. Wenn Sie das in ihren Gesetzen drinnen stehen hätten, dürfte es diese Kommission hier nicht geben. Weil eben nicht um die best practice gerungen wird und das ist, was die Gesetze letztlich abbilden und nicht verunmöglichen sollten. Dass also die Beteiligten an dem Prozess, das heißt die Justiz, die Versorgungsplanung, die Politik und die Psychiatrie sich in einem permanenten Prozess um die konkrete Praxis bemühen. Und in der Tat wäre was Standard, Behandlungsstandard angeht, die Fachgesellschaften, also die Medizin, dann oder die Psychiatrie hier gefordert. Und zu mindestens in Deutschland sind Leitlinien was das angeht im Gespräch, in der Diskussion in der Fachgesellschaft die dann natürlich auch nicht die 10 Gebote sind die dann für alle Ewigkeit gültig sind. Die in dem permanenten Veränderungsprozess in dem die Psychiatrie angepasst werden.

GRin Dr. **Pilz**: Ich habe einen konkreten Grund, warum ich Sie das frage. Es ist nämlich

so, dass konkret in Wien im Otto-Wagner-Spital Personal vor dem Richter steht, weil ihnen vorgeworfen wurde, dass im Rahmen des Monitoring von Patienten hier offensichtlich fahrlässig oder was immer gehandelt hätten und der Punkt ist sozusagen, wenn man das Personal allein lässt und daher auch meine doch sehr fordernde Frage an Sie, dann sagt das Personal, das war in der gestrigen Debatte so im AKH. Sie haben dann den Eindruck, die letzten sind die, die sozusagen in jeder Hinsicht die Rechnung bezahlen müssen. Daher die Frage an Sie, wo gibt es denn die Grundlage auf der das Personal seine schwierige Arbeit machen kann. Wenn Sie sagen, das kann kein Gesetz vorgeben. Leitlinien in den Gesellschaften gibt es nicht. Wer gibt denn dann dem Personal den sicheren Boden, der sie nicht dann individuell haftbar und in dem konkreten Fall strafbar macht?

Prof. Dr. **Salize**: Natürlich gibt es Ausführungsbestimmungen. Es gibt Anordnungshierarchien. Es gibt in die Gesetzgebung. Es gibt Richtlinien, die protokolliert werden soll. Es gibt einen Rahmen, in dem sich die Ausführenden bewegen. Wie weit oder wie eng der ist und wie gut oder wie schlecht der ist, ist Gegenstand dieser Untersuchung. Ob da jemand jetzt seine Pflichten verletzt hat, das vermag und will ich auch nicht beurteilen. Wenn es ein Gerichtsverfahren dazu gibt, ist es Gegenstand dieses Verfahrens das herauszufinden, selbstverständlich.

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

GR **Lasar**: Danke schön.

Nur eine kurze Frage noch. Was verstehen Sie, sehr geehrter Herr Professor, unter einem festen Zimmer und einem weichen Zimmer?

Prof. Dr. **Salize**: Das war eine Sammlung von Terminologien, die sich in der Forschungsliteratur in der Debatte finden lässt. Die sind Ausdruck dessen, dass es hier auch an Standard fehlt. Früher gab es den Ausdruck „Gummizelle“, den habe ich bewusst vermieden. Das ist ihre Interpretation. Es gibt den Ausdruck „Time out Raum“, die vermutlich alle die selbe Vorgehensweise beschreiben. Dass jemand aus einer konkreten Situation herausgenommen wird und in ein Zimmer gebracht wird in dem er geschützt vor sich und andere vor ihm.

(Zwischenruf)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Darf ich Sie bitten nicht zu stören. Bitte, Herr Professor.

Prof. Dr. **Salize**: Ja ich war eigentlich am Ende. Das sind auch regionale oder lokale Bezeichnungen, die da Einfluss finden die konkrete Ausgestaltung ist durchaus heterogen und unterschiedlich diese Maßnahmen oder Modalitäten oder Bezeichnungen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr GR

Deutsch hat sich zu Wort gemeldet.

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

Ich möchte nur der Vollständigkeit halber richtig stellen, dass zu dem tragischen Brandunfall, den die Frau Kollegin Dr. Piltz angesprochen hat, der Krankenanstaltenverbund nie gesagt hat, Pech gehabt, so wie Sie das vorhin formuliert haben. Das ist eigentlich eine unglaubliche Unterstellung, sondern natürlich selbst auch eine Untersuchung eingeleitet hat und die Staatsanwaltschaft hat natürlich diese Untersuchungen geführt. Aber ich möchte schon zur Frage kommen.

Sie haben in Ihrer Präsentation angesprochen, dass eines der wesentlichen Ziele das ist, dass es zu einer Gleichstellung psychisch Kranker mit jenen kommt, die somatisch krank sind und nachdem Sie ja viele europaweite Untersuchungen durchgeführt haben, wollte ich Sie fragen zur Thematik Entstigmatisierung der Krankheit in der Bevölkerung. Kann man sagen, welche Erfahrungen es in anderen Mitgliedsländern der Europäischen Union gibt? Welche Maßnahmen gesetzt wurden, um dieses Ziel zu erreichen, weil es ja ganz wichtig ist Ängste vor Therapien auch abzubauen?

Prof. Dr. **Salize**: Das ist richtig. Das war auch in den letzten Jahren Ziel verschiedener Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen. Die WHO hat eine Antistigma Kampagne gefahren. In Deutschland gibt es eine, die die Fachgesellschaft trägt. Das war ein deutliches Thema der Psychiatrie in den letzten Jahren und ist es immer noch. Und es ist natürlich schwer, solche gesellschaftlichen Trends zu beziffern oder abzulesen, in wie weit sich solche Maßnahmen dann tatsächlich niederschlagen. Es geht da ja auch um Jahrhunderte alte Vorurteile, die zum Teil auch nicht an die Personen gebunden, sondern mit Institutionen zusammenhängen. Jeder von uns kennt die Bezeichnung für die lokale Psychiatrie, also, mit der man als Kind bedroht wird, „wenn du dich nicht anständig verhältst dann kommst du“ usw. also das sind alles tiefliegende Geschichten, die sich nicht in kurzen Zeiträumen revidieren lassen. Aber man kann schon sagen, dass bestimmte Krankheitsbilder wie z.B. Depressionen also deutlich entstigmatisierter sind als noch vor 10 oder 15 Jahren. Wozu Verschiedenes beiträgt. Sehr hilfreich sind da auch immer, wenn sich irgendein Prominenter zu solchen Krankheiten bekennt und zeigt, dass das jedem passieren kann und das ist nicht so eine Schmutzkrankheit in sozialen Randgruppen oder die besondere Risikogruppen befällt. Bei der Schizophrenie ist das deutlich schwieriger. Also, da ist das Stigma wohl am größten. Alkoholismus ist ein ganz besonderes Feld in dem

Fall. Das ist gesellschaftlich entstigmatisiert und individuell stigmatisiert. Also ein weites Feld, in dem es zu agieren gilt und an dem die Psychiatrie auch arbeitet.

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

Herr Professor, dann darf ich mich bei Ihnen sehr herzlich für ihre Ausführungen und für die Beantwortung der Fragen bedanken. Und darf Ihnen noch einen schönen Aufenthalt in Wien wünschen.

Prof. Dr. **Salize**: Vielen Dank.

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

(Beifall)

Wir machen eine Pause von 10 Minuten, bitte.

(Sitzungspause: 13.34 Uhr bis 13.45 Uhr)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Wir setzen fort. Es gibt neue Beweisanträge und es gibt auch noch Beweisanträge über die die zurückgestellt wurden. Da man den Vortrag des Herrn Univ.-Prof. DDr. Mayer abwarten wollte.

Vorerst darf ich noch bekannt geben, dass da ein Schreiben abgegeben wurde. Ich darf das Schreiben in Kopie den Klubs zur Verfügung stellen. Das ist von einer „Gesundheit verbindet“, was immer das sein mag. Es ist noch ein zweites Schreiben. Dann darf ich Ihnen die zwei Schreiben an die Klubs weiterleiten.

Wir haben die Beschlussfassung über den Antrag von Frau GRin Korosec und Frau GRin Praniess-Kastner (Anm.: PRT/00753-2008/0021), der schon längere Zeit zurückliegt. Und da geht es um den Antrag Herrn Robert Seidl als Zeugen zu laden und wollte fragen, ob es dazu Wortmeldungen gibt?

Da gibt es keine Wortmeldung. Ich bringe daher den Beweisantrag zur Abstimmung.

Wer ist gegen diesen Antrag?

Wer ist für den Antrag? -

Das ergibt sich daraus. Also dann darf ich festhalten. Herr Lasar, Sie sind dagegen oder dafür? -

Da geht es darum, beantragt Herrn Robert Seidl, das ist schon der zurückgestellte Antrag....

GR **Lasar**: Ich bin deshalb dagegen, wenn es einen Fall gibt, der jetzt bezüglich Seidl ist, dann sage ich, okay. Wenn es nicht natürlich andere Beweismittel gibt, so wie es uns der Herr Univ.-Prof. DDr. Mayer gesagt hat das letzte Mal, wenn es kein anderes Mittel dazu gibt, dann würde ich natürlich zustimmen. Aber in diesem Fall ist ja der Fall noch nicht einmal sage ich jetzt, auf dem Tisch. Wir haben nicht einmal noch Zeugen befragt, die zu diesem Fall etwas sagen können. Also sage ich, ich werde mich

danach halten was der Herr Verfassungsjurist Univ.-Prof. DDr. Mayer gesagt hat und werde mit Nein stimmen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut, dann stelle ich fest, dass dieser Antrag mehrheitlich abgelehnt wurde mit den Stimmen der sozialdemokratischen Fraktion und der freiheitlichen Fraktion.

Der nächste Beweisantrag ist der Antrag (Anm.: PRT/00753-2008/0030) von Frau GRin Dr. Pilz und Frau GRin Mag. Antonov, wo beantragt wird, Herrn Dr. Alexander Widter, Rechtsanwalt als Zeugen zu laden. Der einen Patienten vertreten hat oder vertritt.

Möchte hier noch jemand etwas dazu sagen, eine Wortmeldung? -

Nein, dann bringe ich den Antrag zur Abstimmung.

Wer ist gegen diesen Antrag? -

Für den Antrag sind ÖVP und Grüne. Dann stelle ich fest, dass dieser Antrag eben abgelehnt wurde. Mehrheitlich mit den Stimmen der sozialdemokratischen Fraktion und der freiheitlichen Fraktion

Dann haben wir einen Beweisantrag der Frau GRin Dr. Pilz und Frau GRin Mag. Antonov (Anm.: PRT/00753-2008/0031). Da geht es auch um die Landung des Herrn Peter Kampits als Zeugen.

Wünscht dazu jemand das Wort. Der Herr Kampits ist...

GR **Wagner**: Nur die Begründung bitte.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Frau Helene Kampits, die Mutter des Zeugen, erlitt schwere Verletzungen als sie durch die PSD vom Otto-Wagner-Spital zu einem Besuch in ihre Wohnung gebracht wurde. Sie wurde unbegleitet und unbetreut auf der Straße zurückgelassen, weil die Betreuungsperson auf Parkplatzsuche war. In Folge dessen stürzte sie schwer und erlitt Kopfverletzungen die erst verspätet im Wilhelminen Spital behandelt wurden. Im Otto-Wagner-Spital hatte man der Patientin fremde, viel zu große Schuhe für den Ausgang gegeben. Dies war einer der Auslöser des Sturzes. Und durch die Einvernahme des Zeugen kann die Untersuchungskommission wertvolle Informationen über die Betreuungsqualität, Ressourcenlage und die Sicherheit von PatientInnen intra- und extramuralen Bereich der Wiener Psychiatrie gewinnen.

Das ist die Begründung.

Gut dann bringe ich jetzt den Antrag zur Abstimmung.

Wer ist gegen diesen Antrag? -

Wer ist für den Antrag? -

Dann stelle ich fest, dass dieser Antrag mehrheitlich abgelehnt wurde mit den Stimmen der sozialdemokratischen Fraktion und der freiheitlichen Fraktion.

Damit hätten wir also die zurückgestellten Anträge behandelt und kommen jetzt zu den weiter eingelangten Beweisanträgen.

Und zwar sind das die Anträge (*Anm.: PRT/00753-2008/0170*) von Frau GRin Dr. Pilz und Frau GRin Mag. Antonov, wo hier beantragt wird den ärztlichen Direktor i.R. Univ.-Prof. Dr. Heinz-Eberhart GABRIEL als Zeugen zu laden.

Wünscht dazu jemand das Wort? - Das ist nicht der Fall.

Dann bringe ich den Antrag zur Abstimmung.

Wer ist für diesen Antrag? -

Gut dann darf ich feststellen, dass dieser Antrag einstimmig angenommen wurde.

Der nächste Antrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0171*) von Frau GRin Dr. Pilz und GRin Mag. Antonov lautet dahingehend: Herrn Univ.-Prof. Dr. Georg Bauer, den ehemaligen professorischen Vorstand des Instituts für Gerichtliche Medizin in der Sensengasse, als Zeugen zu laden. Betreffend ungeklärte Todesfälle usw.

Wünscht dazu jemand das Wort? -

Bitte Herr GR Deutsch.

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

Betreffend diesem Antrag möchte ich festhalten, dass wir diesem Antrag deshalb nicht die Zustimmung geben werden, weil es nicht die Aufgabe der Untersuchungskommission ist Todesfälle im Otto-Wagner-Spital zu klären. Das wäre die Aufgabe der Kriminalpolizei bzw der Staatsanwaltschaft. Es wird in der Begründung auch auf den ärztlichen Direktor Herrn Dr. Gabriel verwiesen, wo wir vorhin ja auch den Antrag auf Ladung beschlossen haben. Und der 3. Grund ist, ich würde mir vom ehemaligen professorischen Vorstand des Instituts für Gerichtliche Medizin hier keine Antworten erwarten, was die Personalsituation im Otto-Wagner-Spital betrifft bzw. auch keine Auskünfte über den intra- und extramuralen Bereich.

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

Frau GRin Dr. Pilz, bitte.

GRin Dr. **Pilz:** Die ungeklärten Todesfälle im Otto-Wagner-Spital haben ja nicht nur die gerichtliche Seite, sondern auch die Seite und das ist hier auch aufgeführt Sicherheit von PatientInnen und Personal und Fehlerkultur im Krankenanstaltenverbund. Insofern ist für mich nicht nachvollziehbar, dass Sie das ablehnen wollen. Denn in einem modernen Spitalsmanagement ist Fehlerkultur unabdingbar. Und zur Fehlerkultur gehört auch, dass man unbeschadet allfälliger Gerichtsverhandlungen nachschaut, welche Rahmenbedingungen Fehler möglich machen und welche sie vermeiden und dazu ist der Zeuge aus unserer Einschätzung nach sehr wichtig. Weil sich nämlich die Gerichtsmedizin genau aus

diesem Grund an das Otto-Wagner-Spital gewendet hat, um hier aufmerksam zu machen, dass sie den Eindruck haben, dass gehäufte Todesfälle in jedem Fall untersuchungs- und beachtenswert sind und es tut mir sehr leid, dass die SPÖ findet, da muss man nicht hinschauen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Danke. Wenn niemand mehr das Wort wünscht, dann bringe ich den Antrag zur Abstimmung.

Wer ist für diesen Antrag? -

Danke schön.

Wer ist gegen den Antrag? -

Dann darf ich feststellen, dass dieser Antrag mit den Stimmen der freiheitlichen Fraktion und der sozialdemokratischen Fraktion abgelehnt wurde.

Der nächste Antrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0172*) von Frau GRin Dr. Pilz und Frau GRin Mag. Antonov lautet dahingehend Herrn Mag. Josef Wegenberger von der Gesellschaft für Wirtschaftspsychologie und Organisationsdynamik als Zeugen zu laden.

Wünscht dazu jemand das Wort? -

Bitte Herr GR Lasar.

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

Wir werden diesen Antrag ablehnen, deshalb, weil der Herr Verfassungsjurist Univ.-Prof. DDR. Mayer letztes Mal in seinen Ausführungen uns erklärt hat, dass der PSD nicht hier Ziel dieser Kommission ist.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Danke.

Bitte Frau GRin Dr. Pilz.

GRin Dr. **Pilz:** Herr Kollege Lasar!

Herr Univ.-Prof. DDR. Mayer hat eindeutig, auch auf Nachfrage meinerseits, deutlich gemacht, dass es darum geht, dass die Frau Stadträtin in ihrer Eigenschaft als Präsidentin des PSD für ihre politische Verantwortung auch im Bezug auf den PSD einzustehen hat und daher ist die Ladung des Herrn Mag. Wegenberger in diesem Zusammenhang zu sehen, denn es geht hier um die Evaluation der Leistungen jener Einrichtung für die die Frau Stadträtin im Rahmen ihrer politischen Position verantwortlich ist.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Wünscht noch jemand das Wort? - Herr GR Deutsch, bitte.

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

Das Wortprotokoll steht ja bereits von der letzten Sitzung erfreulicherweise zur Verfügung. Da können Sie nachlesen, dass der PSD und wenn hier so dezidiert angeführt ist auch die Evaluierung und Planung im Bereich des PSD nicht Gegenstand dieser Untersuchungskommission ist und deshalb werden wir auch diesen Antrag ablehnen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** So, dann

bringe ich den Antrag zur Abstimmung.

Wer ist für diesen Antrag? -

Wer ist gegen den Antrag? -

Dann darf ich feststellen, dass dieser Antrag mehrheitlich mit den Stimmen der sozialdemokratischen Fraktion und der freiheitlichen Fraktion abgelehnt wurde.

Der nächste Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0173*) eingebracht von Frau GRin Dr. Pilz und Frau GRin Mag. Antonov. Er lautet dahingehend, dass Frau Christa Obczovsky die Leiterin der Stabsstelle für Qualitäts- und Beschwerdemanagement im OWS als Zeugin zu laden.

Wünscht dazu jemand das Wort? -

Herr GR Deutsch bitte.

GR **Deutsch**: Zum Antrag 173 hätten wir folgenden Vorschlag. Dass dieser Antrag heute noch nicht zur Abstimmung kommt, sondern zurückgestellt wird. Deshalb, weil wir bereits eine sehr große Anzahl an Ladungen aus dem Otto-Wagner-Spital beschlossen haben. Es hat keine einzige Befragung noch stattgefunden. Wir haben uns ja beim letzten interfraktionellen Gespräch auch darauf verständigt, dass wir mit dieser Befragung dann im Juni beginnen wollen und würde daher auch im Sinne der Ausführungen von Herrn Univ.-Prof. DDr. Mayer von letzter Woche abwarten, ob dann diese Befragung noch erforderlich ist oder ob wir den Sachverhalt bereits klären konnten. Wenn das nicht der Fall ist, dass wir den Sachverhalt klären konnten, haben wir überhaupt nichts dagegen, dass es zu einer weiteren Ladung kommt. Wir halten aber nichts davon hier alle die jetzt in diesem Bereich tätig sind einmal automatisch zu laden ohne zu wissen, ob wir vielleicht überhaupt dann noch Fragen haben. Also wir würden es deshalb nicht ablehnen. Sondern der Vorschlag wäre, dass wir diesen Antrag zurückstellen.

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

GRin **Korosec**: Herr Kollege Deutsch!

Ich halte diesen Antrag für besonders wichtig. Immerhin geht es da um die Stabsstelle, um die Leiterin der Stabsstelle für Qualitäts- und Beschwerdemanagement im Otto-Wagner-Spital und wenn Sie da sagen, Sie stellen es zurück und nehmen vielleicht andere Zeugen, die vielleicht nicht so wichtig sind vorher, also das finde ich eigentlich unglaublich. Ich sage Ihnen das schon ganz deutlich. Es ist nicht ein Antrag der ÖVP. Aber es zeigt so deutlich, dass Sie sicher eine Zeugin, die vieles zu berichten haben wird, und Sie müssten größtes Interesse daran haben, als Mehrheitsfraktion, dass gerade die Stabsstelle für Qualitäts- und Beschwerdemanagement frühzeitig gehört wird. Ich hätte eher erwartet, dass Sie sagen, stellen wir vielleicht jemand

anderen, irgendeinen Sachverständigen zurück, der nicht unbedingt noch notwendig ist. Aber, dass Sie gerade das jetzt zurückstellen, zwar nicht ablehnen, aber zurückstellen, halte ich eigentlich für ungeheuerlich.

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

GRin Dr. **Pilz**: Ich möchte hier nur sagen, dass die Frau Korosec in jeder Hinsicht Recht hat. Es ist nicht zu verstehen, warum Sie ausgerechnet dort, wo es um zentrale Verantwortung geht hier nicht die Ladung ganz ohne weitere Hinhaltenakt hier akzeptieren und es ist für mich nicht nachvollziehbar, wie Sie das jetzt tun können.

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

Bitte Herr GR Deutsch!

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

Ich würde Sie schon darum bitten, dass Sie diese Untersuchungskommission ernst nehmen. Nämlich, wenn die Frau Kollegin Korosec der Meinung ist, man könnte andere, die wir bereits beschlossen haben, hinten anreihen, dann möchte ich schon daran erinnern, dass wir diese Ladungen bereits beschlossen haben. Wir lehnen es ja nicht ab. Aber ich würde es einmal für wirklich sinnvoll halten, dass wir jene Ladungen die bereits beschlossen wurden auch hören. Dass wir die kollegiale Führung hören. Die interne Revision des KAV und so weiter. Das ist absolut kein Widerspruch. Aber deshalb nochmals den Vorschlag, dass wir es zurückstellen und dann im Sinne der Ausführungen des Herrn Univ.-Prof. DDr. Mayer festhalten, ist der Sachverhalt geklärt. Wenn ja, dann ist es nicht notwendig. Wenn wir der Meinung sind, er ist nicht fertig erklärt, dann werden wir natürlich diesem Antrag zustimmen.

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

GRin Dr. **Pilz**: Wir nehmen jetzt zur Kenntnis. Wir müssen es zur Kenntnis nehmen, dass Sie weder Patienten noch Angehörige noch Anwälte laden wollen. Wir nehmen es zur Kenntnis. Wir nehmen aber nicht zur Kenntnis, dass Sie hier jemanden, der für das Beschwerdemanagement im Haus zuständig ist, nicht meinen, dass das jemand ist, der unabdingbar hier notwendig ist. Und wir nehmen auch nicht zur Kenntnis, dass Sie sich nicht mit der Leiterin der Stabsstelle für Qualität beschäftigen wollen. Das ist eine ...

GR **Deutsch**: Das habe ich nicht gesagt.

GRin Dr. **Pilz**: Sie haben gesagt, vielleicht ist es nicht notwendig. Sie wollen weder die Angehörigen hören. Sie wollen weder die Anwälte hören und Sie wollen auch nicht die Person hören die für Beschwerde zuständig ist. Überlegen

Sie sich das gut, welches Signal Sie der Bevölkerung geben. Die Leute, bei denen die Missstände eingebracht werden sollen oder die selber die Missstände formulieren oder sich Stimme dafür verschaffen wollen, die wollen Sie alle nicht hören und das wird die Bevölkerung sicher mit Erstaunen zur Kenntnis nehmen.

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

GR **Wagner:** Frau Kollegin Dr. Pilz. Es wird wahrscheinlich sinnlos sein, aber ich versuche es trotzdem noch einmal in einem Anlauf. Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass wir Vorhaltungen, die inhaltlich nicht stimmen nicht so auf uns sitzen lassen. Kollege Deutsch hat in keiner Weise gesagt, dass wir die betreffende Kollegin nicht hören wollen. Er hat nur argumentativ das getan, was Sie hier auch nachdenklicher Weise tun sollten, aber ich nehme zur Kenntnis, dass Sie hier halt einen anderen Weg gehen wollen und bitte hören Sie mit einem auf, hier irgendwelche Fraktionen hier in gute und böse Mitglieder einer Untersuchungskommission einzuteilen, weil die einen etwas tun, was die anderen nicht wollen. Wir sind alle mündig genug und auch als politische Parteien, dass wir wissen was wir tun und da brauchen wir keine Belehrungen, auch nicht von ihrer Person und auch nicht von Seiten der Grünen Fraktion.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Gut, dann darf ich vielleicht eines noch sagen. Wenn wir jetzt den Beweisbeschluss fassen, haben wir immer noch die Möglichkeit wegen den Ladungen, in welcher Reihenfolge die passieren, nachträglich in der Besprechung mit den Klubs das festzulegen, für welchen Zeitpunkt diese Zeugin geladen werden kann. (GRin Dr. Pilz: Guter Vorschlag!)

Ich bringe daher den Antrag jetzt zur Abstimmung. Und frage, wer ist gegen diesen Antrag? -

Wer ist für den Antrag? -

Dann darf ich feststellen, dass dieser Antrag mit den Stimmen der sozialdemokratischen Fraktion abgelehnt wurde.

Der nächste Beweisantrag (Anm.: PRT/00753-2008/0174) von GRin Dr. Pilz u. GRin Mag. Antonov. Hier geht es um die Beischaffung von diversen Unterlagen, die den Fraktionen in Kopie innerhalb der nächsten 4 Wochen zur Verfügung zu stellen sind.

Wünscht dazu jemand das Wort?

Herr GR Deutsch bitte.

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

Es wird hier Bezug genommen auf eine Präsentation, die im Vorstand des PSD erfolgt ist. Die uns ja allen bekannt ist. Warum jetzt Unterlagen angefordert werden sollen, die dem zu

Grunde liegen würde ich jetzt einmal für nicht nachvollziehbar halten, weil wir diese Unterlagen für unsere Tätigkeit in der Kommission auch nicht benötigen und daher werden wir diesen Antrag ablehnen.

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

GRin Dr. **Pilz:** Diese Unterlage, die deshalb zu Stande gekommen ist, weil wir nachhaltig und wiederholt darauf aufmerksam gemacht haben, dass man hinsichtlich der Arbeit des PSD eine Valorisation dringend nötig hatte. Die besteht aus einer power point Folienpräsentation da steht relativ wenig drauf. Es wurde aber die Gesellschaft für Wirtschaftspsychologie mit einer umfassenden Aufarbeitung, es wurden Interviews und alles mögliche gemacht. Ich möchte für die Klärung der Verantwortung der Frau Stadträtin für die Versorgung im Rahmen ihrer Ausübung ihrer Präsidentschaft im PSD die Unterlagen, die handlungsleitend sein sollen, um hier im PSD eine Weiterentwicklung zu ermöglichen. Und es gibt für mich keinen nachvollziehbaren Grund, warum man, Herr Kollege Deutsch, eine teure Studie in Auftrag gibt, um sie dann nicht den verantwortlichen Gremien weder dem Vorstand noch hier der Untersuchungskommission vorzulegen. Das ist eine Art von Erkenntnisgewinnung und Politikberatung die Geldverschwendung ist und ich möchte, dass man das hier vorlegt.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Noch eine Wortmeldung?

Frau GRin Klicka, bitte.

GRin **Klicka:** Ich möchte darauf hinweisen, dass dieses Projekt, diese Unterlage, im Auftrag vom PSD erfolgt ist und wir haben von Herrn Univ.-Prof. DDr. Mayer gehört, dass der PSD nicht zu prüfen ist. Sie können diese Fragen alle an die Frau Stadträtin stellen in ihrer Funktion als Präsidentin, aber nicht an den PSD, dass er diese Unterlage beistellt. Der PSD ist nicht ein Teil des Prüfauftrages.

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

GRin Dr. **Pilz:** Frau Kollegin Klicka!

Es ist mir absolut nicht nachvollziehbar wie man – und das hat Herr Univ.-Prof. DDr. Mayer ganz deutlich gesagt – wie man die Verantwortung der Frau Stadträtin in ihrer Funktion als Präsidentin des PSD prüfen soll, wenn man nicht weiß, was der PSD so tut. Das ist der 1. Punkt. Das müssen Sie uns noch einmal erklären, wie die Präsidentschaft, ohne, dass man hier irgendwelche Fragen stellen kann und dann auch substanziell die Frau Stadträtin auch fragen kann, zu den Aufgaben, die sie dort hat und im übrigen, wir alle oder viele die hier sitzen – du hast es, ich habe es als Mitglieder des Vorstan-

des und darüber hinaus, wissen wir nicht ein einziger Referent oder Referentin, der hier aufgetreten ist, hat gesagt, man kann die stationäre von der ambulanten Versorgung trennen. Und wenn jetzt die SPÖ den Weg geht, dass man sagt, wir schauen uns nur das an, wozu man uns zwingt und wenn wir beim PSD eine Möglichkeit finden ihn herauszunehmen aus der Prüfung, dann schauen wir uns die integrierte psychiatrische Versorgung in Wien einfach nicht an, weil wir nicht wollen, dass uns da jemand hineinblickt. Das ist eine Haltung die ist unerträglich.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: So, wenn es keine Wortmeldung mehr gibt dann bringe ich den Antrag zur Abstimmung?

Wer ist für diesen Antrag? -

Wer ist gegen den Antrag? -

Dann stelle ich fest, dass dieser Antrag mehrheitlich mit den Stimmen der sozialdemokratischen Fraktion und der freiheitlichen Fraktion abgelehnt wurde.

Der Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0175*) von Frau GRin Dr. Pilz und Frau GRin Mag. Antonov lautet dahingehend, dass eben auch diverse Unterlagen in den Fraktionen innerhalb der nächsten 4 Wochen in Kopie zur Verfügung zu stellen sind. Und zwar betreffend die Generaldirektion der Unternehmung Krankenanstaltenverbund, sowie der Teilunternehmung TU 1, sowie aus der MUW.

Wünscht jemand das Wort dazu?

Herr GR Deutsch, bitte.

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

Ich hätte zunächst eine Frage an die Antragsteller betreffend den Punkt 2, wo sie von verschwundenen Akten, Aktenmanipulationen, Herausschneiden von Aktenteilen reden. Woher wissen Sie das?

GRin Dr. **Pilz**: Wenn Sie Google oder APA bemühen, dann werden Sie feststellen, dass das in den Medien abgedruckt war und seitens des KAV nicht dementiert.

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

GR **Deutsch**: Dann würde ich vorschlagen, dass wir, nach dem es ja so ist, dass wir die interne Revision auch bereits beantragt und geladen haben, dass wir diese Befragung durchführen, aber nicht alle Unterlagen, den gesamten Schriftverkehr wieder in dieser generalisierten Form annehmen und daher werden wir diesen Antrag ablehnen.

GRin Dr. **Pilz**: Darf ich nachfragen. Ich habe das jetzt nicht verstanden. Das ist doch durch die Medien gegangen. Der Vorwurf besteht, es gäbe hier Aktenmanipulationen und herausgeschnittene Aktenteile. Warum wollen Sie den Vorgang dazu hier nicht hören? Warum? Ich

verstehe es nicht.

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

GR **Deutsch**: Das Problem ist, Frau Kollegin Dr. Pilz, dass Sie über etwas sprechen, was ich nicht gesagt habe. Ich habe gesagt, dass es betreffend den Punkt 2, den Sie angesprochen haben, wo Sie sich auf die Internetsuche Google reduzieren, dass wir dieses Thema ansprechen können, wenn wir den Leiter der Internen Revision hier befragen. Der ist ja auch bereits geladen. Aber es nicht zulässig ist und darauf hat auch letzte Woche Univ.-Prof. DDr. Mayer hingewiesen, den gesamten Schriftverkehr völlig undifferenziert und unpräzise anzufordern. Das heißt, wenn es um dieses Thema geht, sprechen wir es in der Befragung an, aber wir brauchen dafür nicht den gesamten Schriftverkehr und jeden Brief.

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

GRin Mag. **Ramskogler**: Ich bitte nur nachdrücklich feststellen, wir befinden uns hier in einem ernstzunehmenden Gremium meiner Ansicht nach und allein die Frage oder die Antwort deinerseits aus dem Google und das liest man halt so. Wir können auch nicht, wenn wir es ernst nehmen, in der Debatte der Psychiatrie und der Behebung von Mängel nicht nach den Zeitungen oder im Google – weil ich kenne auch die Argumentationen, die da laufen von wegen Narrenturm und könnt's euch nicht erinnern und Psychiatrie und eigentlich müssten Zeugen in Zwangsjacken hier vorgeführt werden, solche Diskussionen laufen leider auch im Google und in der ganzen Medienlandschaft, im Internet, also es gibt viele Hinweise und wenn wir all diesen Hinweisen – so wie du jetzt sagst, na schaut's halt im Google nach ein bisschen, weil da gibt es ja diese Hinweise, gehen wir dem nach – also ich sage hier nur eines. Wir nehmen diese Sache sehr ernst und nicht so irgendwie Tralala und das möchte ich aufs Schärfste zurückweisen hier nicht fachliche Inhalte auf den Tisch zu legen, sondern nur irgendwelche Behauptungen die einfach nicht untermauerbar sind.

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

GRin Dr. **Pilz**: So, ich nehme zur Kenntnis, man lädt den ehemaligen Vorstand für Gerichtsmedizin nicht, der dazu etwas hätte sagen können. Das ist nämlich nicht APA-Meldung, sondern der hat das Otto-Wagner-Spital aufmerksam gemacht, dass es hier Todesfälle gibt, die er – und zwar in seiner Eigenschaft nicht Tralala, sondern als Vorstand der Gerichtsmedizin – für aufklärungswürdig hält. Ich möchte ihn laden und damit wir hier ganz sachlich reden.

Dazu gibt es Unterlagen. Genau zu dieser Sache. Es hat im Jahr 2003 in diversen Medien Berichte zu dieser Sache gegeben und es gibt von der Gerichtsmedizin die Bestätigung, dass es – und da gibt es O-Ton auch in den Medien und das wird nicht dementiert seitens des Personals der Gerichtsmedizin – dass diese Sorge der Gerichtsmedizin ganz ausdrücklich geäußert wurde, dass es hier unklare Todesfälle gibt. Wenn ich jetzt weiter zur Kenntnis nehmen muss, dass in den Medien berichtet wird, dass hier Akten verschwunden wären und dass man hier Aktenteile herausgeschnitten hätte, dann möchte ich, dass wir anhand nicht von Google oder APA, sondern anhand der Unterlagen des Krankenanstaltenverbundes schauen, welches Ergebnis die Untersuchung dazu ergeben hat. Denn ich gehe davon aus, ich gehe dringend davon aus, dass das gemacht wurde. Und dieses Ergebnis hätte ich hier gerne vorgelegt.

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

GR Dr. **Mayer**: Wäre entsetzlich, wenn das so wäre, aber ich frage mich, ob wir da das richtige Gremium sind, ob das nicht eine Sache der Staatsanwaltschaft wäre, weil das ist ja strafrechtlich relevant, was hier behauptet wurde und ich würde eigentlich Sie, Herr Vorsitzender, auffordern zu handeln.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich bringe diesen Antrag zur Abstimmung.

Bitte Herr GR Lasar.

GR **Lasar**: Ich wollte auch etwas dazu sagen.

Mir ist eigentlich genauso wie dem Herrn Kollegen Mayer eines unklar. Wenn man bitte so wie es hier steht, seit dem Jahr 2003 – wie es hier steht – auffallende Häufigkeit von Todesfällen mit ungeklärten Ursachen. (*GRin Dr. Pilz: Im Jahr, nicht seit. Im Jahr*) im Otto-Wagner-Spital gegeben hat, ja dann frage ich mich wirklich eines, sind hier keine Anzeigen gemacht worden seitens der Polizei? Nein, die Stadträtin brauche ich da nicht fragen. Entschuldigen Sie. Da müsste ja der Arzt handeln. Und wenn das ein ungeklärte Todesursache ist, müsste der Arzt – nach meiner Rechtsauffassung – eine Anzeige machen bei der Staatsanwaltschaft. Weil, das kann ja nicht sein, dass die Frau Stadträtin – ich will sie jetzt hier bei Gott nicht verteidigen – aber von meiner Rechtsauffassung, dass man die Stadträtin informiert die Gerichtsmedizin und die Frau Stadträtin muss dann handeln und geht zur Polizei oder zur Staatsanwaltschaft und macht dort bitte eine Anzeige. Also ich sage, wenn das stimmt, ist das ein Fall – ich will jetzt nicht einen Juxnamen nennen, aber das ist bitte mehr als aufklärungswürdig, warum hier die Polizei und die Staatsanwaltschaft nicht gehandelt hat. Aber das ist mit Sicherheit kein Fall hier für die Kom-

mission. Weil ich bin auch kein Kriminalist, der das jetzt hier aufklären kann. Bitte, also das möchte ich schon festhalten, wenn man das weiß, bitte, und da kann ich auch nur jetzt den Herrn Notar vielleicht auffordern hier eine Handlung auch zu setzen, dass hier die Staatsanwaltschaft eingeschaltet wird.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Die hätte eigentlich schon damals eingeschaltet werden müssen und nicht erst jetzt. 2003 das ist schon etwas länger her.

GR **Lasar**: Also, wenn Sie das nicht machen, werden wir heute die Anzeige bei der Staatsanwaltschaft machen, wenn es hier mysteriöse Fälle gegeben hat oder ungeklärte. Das weiß ich nicht. Ich war 2003 leider nicht da.

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

GRin **Korosec**: Kolleginnen und Kollegen der Mehrheitsfraktion!

Ich würde Sie bitten einmal zu erklären, welches Interesse haben Sie, dass das nicht hier bekannt ist. Wenn Sie überzeugt sind, es ist ohnehin alles in Ordnung verlaufen, was ich auch hoffe, aber wir sind eine Untersuchungskommission, da ist einiges passiert und ich frage Sie jetzt überhaupt nicht polemisch, sondern erklären Sie mir, welches Interesse haben Sie, wenn Sie an der Aufklärung interessiert sind – was ich ja annehme – dass wir diese Unterlagen, diesen Schriftverkehr, der ja stattgefunden hat, nicht erhalten. Also es ist mir nicht verständlich und daher bitte ich Sie, das zu erklären.

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

Frau Mag. Antonov, bitte.

GRin Mag. **Antonov**: Sehr geehrte Damen und Herren von der SPÖ!

Der Kollege Lasar hat es zufällig genau auf den Punkt gebracht. Er braucht nicht die Stadträtin zu fragen, sondern er möchte wissen, was ist passiert. Genau darum geht es. Wenn Sie sich erinnern, Herr Univ.-Prof. DDr. Mayer hat immer wieder darauf hingewiesen, was haben wir in der Untersuchungskommission zu tun. Wir haben die politische Verantwortung zu klären. Wir müssen uns fragen: Was hat die zuständige Stadträtin gewusst? Was konnte sie wissen? Was hätte sie wissen müssen?

Und genau das geht aus diesem Schriftverkehr, den wir hier anfordern hervor oder auch nicht hervor. Wir glauben aus den Unterlagen müsste hervorgehen, welche Meldungen sind gemacht worden. Welche Meldungen sind insbesondere an das Büro der Stadträtin gemacht worden. Und das ist genau die Frage, die wir hier zu klären haben. Und wenn Sie, meine Damen und Herren von der SPÖ, diese Anträge auch wieder ablehnen, dann sind Sie an einer

Aufklärung der politischen Verantwortung nicht interessiert.

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

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

Den Vorwurf, dass wir nicht daran interessiert wären die politische Verantwortung zu klären möchte ich wirklich auf das Schärfste zurückweisen. Die Frage der Frau Kollegin Korosec muss ich Ihnen ehrlich sagen, ich habe den Eindruck, Sie haben an den letzten Sitzungen nicht teilgenommen. Denn hier haben wir uns ausführlich mit dem Vorgang der Untersuchungskommission und besonders in der Befragung von Herrn Univ.-Prof. DDR. Mayer auch um die rechtlichen Rahmenbedingungen dieser Untersuchungskommission auch auseinandergesetzt. Ich halte aber gleichzeitig fest, dass in der Stadtverfassung vorgesehen ist, dass wenn es um strafrechtlich relevante Dinge es sich handelt - und das ist ja in diesem Fall eindeutig gegeben - wenn Sie von mysteriösen Todesfällen sprechen, dann ist das nicht die Aufgabe der Untersuchungskommission, sondern der zuständigen Behörden und auch der Staatsanwaltschaft. Und das ist der Grund, warum wir diesen Antrag ablehnen. Wie ich auch vorhin bereits darauf hingewiesen habe, dass laut der Aussage von Herrn Univ.-Prof. DDR. Mayer es nicht zulässig ist den gesamten Schriftverkehr aus Jux und Tollerei anzufordern, sondern es müsste ebenfalls hier präzise benannt sein. Ich habe aber gleichzeitig auch darauf hingewiesen vorher in meiner ersten Wortmeldung, dass wir betreffend der verschwundenen Akten, wie Sie behaupten, das im Internet lesen konnten, also Sie wissen es ja auch nicht, sondern Sie haben das im Internet – ja. Sie wissen es nicht und es geht in dieser Untersuchungskommission um gesichertes Wissen und nicht um Vermutungen und das werden wir auch dem Leiter der Internen Revision fragen, den wir ja bereits beantragt haben. Diesen Antrag aber selbst werden wir ablehnen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Gut, dann bringen wir den Antrag zur Abstimmung.

Wer ist für diesen Antrag? –

Wer ist gegen den Antrag? -

Dann stelle ich fest, dass dieser Antrag mit den Stimmen der sozialdemokratischen Fraktion und der freiheitlichen Fraktion mehrstimmig abgelehnt wurde.

Der nächste Beweisantrag - da wird sich wahrscheinlich eine ähnliche Diskussion ergeben – (Anm.: PRT/00753-2008/0176) stammt auch von Frau GRin Dr. Pilz und Frau GR. Mag. Antonov – da geht es auch um die Beischaffung von Unterlagen innerhalb von 4 Wochen und wünscht dazu jemand das Wort?

Keine Diskussion. Gut.

Dann bringe ich den Antrag zur Abstimmung. Wer ist gegen diesen Antrag? -

Dann darf ich feststellen, dass dieser Antrag einstimmig angenommen wurde.

Der nächste Beweisantrag (Anm.: PRT/00753-2008/0177) von Frau GRin Dr. Pilz und Frau GRin Mag. Antonov. Da geht es auch um die Beischaffung von Unterlagen, die den Fraktionen binnen 4 Wochen in Kopie zur Verfügung zu stellen sind.

Wünscht dazu jemand das Wort?

Herr GR Deutsch, bitte.

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

Ich war eigentlich überrascht, muss ich sagen, diesen Antrag lesen zu können, weil es sich hier um die Fußball-Europameisterschaft 2008 handelt. Ich habe ihn dann zweimal durchgelesen und habe eigentlich feststellen können, dass wir uns, nachdem im Einsetzungsantrag für die Untersuchungskommission davon die Rede ist, konkrete Missstände aufzuklären bzw. eine allfällige Fehl- und Unterversorgung festzustellen, wir uns mit diesem Antrag nicht auseinandersetzen können. Die Europameisterschaft beginnt meines Wissens Anfang Juni. Richtet sich also in die Zukunft. Wüsste daher auch nicht, welchen Sachverhalt wir hier klären sollten. Das was Sie in der Begründung angegeben haben, muss ich ihnen sagen, ist eine übliche Personalevaluierung. Das ist die Tätigkeit in jedem Unternehmen, dass man sich immer wieder die Frage stellt, hat man ausreichend Personal. Wo braucht man an der einen oder anderen Stelle vielleicht noch mehr. Das ist eigentlich die übliche Tätigkeit in jedem Unternehmen. Also nichts besonders Aufregendes. Der Beweisantrag betrifft eigentlich unsere Tätigkeit nicht, sondern eine Fußball-Europameisterschaft 2008 die im Juni beginnen wird.

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

GRin Dr. **Pilz:** Die Vorbereitungen für die Fußball-Europameisterschaft 2008 laufen jetzt und müssen jetzt laufen und es ist seitens des Personals wiederholt und nicht nur von einer einzigen Ärztin geäußert worden, dass man nicht vorbereitet ist. Und es liegt in der Verantwortung der Frau Stadträtin eine ausreichende Vorsorge zu treffen und der Beweisantrag hat uns deshalb hier zu interessieren, weil die Frage, ob man hier eine Mangelversorgung durch schlechte Vorbereitung konstatieren muss uns auch hier zu interessieren hat. Wir tagen ja länger als die Fußball-Europameisterschaft und dann wird es sich hoffentlich nicht beweisen, dass wir sie brauchen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Herr GR

Lasar, bitte.

GR **Lasar**: Danke schön.

Eine Frage, Frau Kollegin!

Wäre es nicht besser, wenn Sie den Antrag zurückziehen würden und wir würden den gemeinsam im Gesundheitsausschuss stellen? Oder in einer Anfrage an die Frau Stadträtin? Weil ich glaube, wir haben so viele Anträge jetzt, wenn wir uns jetzt schon befassen, was sein könnte und sein wird, dann weiß ich nicht, was in nächster Zukunft sein wird vielleicht an Anträgen. Ich kann diesem Antrag sicher nichts abgewinnen, wenn wir den jetzt heute stellen. Vielleicht im August oder September sage ich, vielleicht, ist in Ordnung, aber sicher nicht heute. Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: GR Wagner, bitte.

GR **Wagner**: Ich kann dem Kollegen Lasar im Prinzip nur recht geben und darauf hinweisen, dass die Untersuchungskommission sich nicht zum Ziel gesetzt hat, so unter dem Motto vorzugehen, was ich schon immer sagen oder fragen wollte, sondern jene Fragen oder jene Probleme, die man auch künftig glaubt, dass sie vielleicht eintreten könnten – ich weiß es ja nicht – sind in jenen Gremien zu stellen, die vom Gesetz her und von unseren Vorgaben her vorgesehen sind und ich würde Sie auch einladen, wenn Sie wirklich Interesse an der inhaltlichen Klärung haben, diese Frage im zuständigen Gemeinderatsausschuss zu stellen, aber nicht hier in der Untersuchungskommission zu kommen mit so einem Antrag, mit der Begründung.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Nachdem es keine Wortmeldung mehr gibt, bringe ich den Antrag zur Abstimmung.

Wer ist für den Antrag? -

Wer ist gegen den Antrag? -

Dann darf ich wieder feststellen, dass dieser Antrag mehrheitlich mit den Stimmen der sozialdemokratischen Fraktion und der freiheitlichen Fraktion abgelehnt wurde.

Dann gibt es einen Antrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0181*) von Frau GRin Korosec und Frau GRin Praniess-Kastner, wo beantragt wird, die umgehende - längstens jedoch bis zur 7. Sitzung der Untersuchungskommission – Beschaffung der Unterlage „Master- und Zeitplan“ für Investitionen im Otto-Wagner-Spital, wobei diese Unterlage den einzelnen Fraktionen jeweils in Kopie zur Verfügung zu stellen sind.

Gibt es dazu eine Wortmeldung?

Frau GRin Klicka, bitte.

GRin **Klicka**: Danke schön, Herr Vorsitzender!

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass in den Berichten des Krankenanstaltenverbundes über die bereits erfolgten Maßnahmen vierteljährlich

auch sozusagen referiert wird und das alles dargestellt wird. Auch haben wir am 24. April 2008 die Beantwortung auf das Amtshilfeersuchen des Krankenanstaltenverbundes bekommen. Sie haben hier alle Tabellen. Sie haben alle Unterlagen bis ins kleinste Detail, welche Investitionen erfolgt sind, nicht nur im Otto-Wagner-Spital, sondern auch in den anderen Einrichtungen und die anstehenden Investitionen die in der Zukunft liegen, sind wieder nicht Gegenstand des Antrages der Untersuchungskommission, da sie sich nicht auf diesen Zeitraum beschränken. Das heißt, die zukünftigen Renovierungsarbeiten und die zukünftigen Maßnahmen im Otto-Wagner-Spital werden im Gesundheitsausschuss und auch wieder in den Akten des Krankenanstaltenverbundes, wenn es große Maßnahmen sind, auch im Finanzausschuss zu finden sein.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke.

Frau GRin Korosec, bitte.

GRin **Korosec**: Der Beweisantrag wurde deshalb gestellt, weil im Gesundheitsausschuss die Frage an den Generaldirektor gestellt wurde und er hat lapidar gesagt, es gibt einen Master- und Zeitplan. Näheres war ihm nicht zu entlocken und Sie haben schon recht Frau Kollegin Klicka, wir haben vor zwei Tagen - glaube ich oder vor einigen Tagen – Unterlagen bekommen über die könnte man jetzt noch sehr lange diskutieren und wir werden auch diskutieren, weil sie sehr unvollständig sind. Aber nachdem das Otto-Wagner-Spital mit 500 Betten das größte Spital ist für psychiatrisch kranke Menschen und sicher noch ein Jahrzehnt auf jeden Fall so sein wird wie es jetzt ist, ist es wichtig und notwendig für die Patienten, dass es hier zu Veränderungen kommt und es betrifft z.B. auch das Jahr 2008, wo keine Unterlagen vorliegen und soweit mir bekannt ist, ist der Ausschuss eingesetzt worden im Jahr 2008. Und daher glauben wir, und das ist auch wieder etwas, das ich nicht verstehen kann, warum Sie sich generell gegen alles wehren. Hier geht es um Unterlagen um festzustellen wie ist die Weiterentwicklung. Was wird getan für die Patienten, die im Otto-Wagner-Spital sind und Sie wehren sich, egal was es ist. Wenn Sie irgendetwas ablehnen können, lehnen Sie es schon ab und verweisen an Gremien, wo dann halt lapidare Antworten gegeben werden. Es war nicht mehr. Der Generaldirektor hätte ja sagen können, jawohl so ist der Plan. Wir haben vor im Jahr 2008 das zu machen und im Jahr 2009, wenn der große Masterplan und Zeitplan da ist. Er hat es nicht gemacht. Er hat nur lapidar gesagt, ja es gibt eine Masterplan und Zeitplan.

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

GR **Wagner**: Herr Vorsitzender! Frau Kollegin Korosec!

Jetzt sind Sie, und das unterstreiche ich jetzt positiver Weise, schon so lange auch Mitglied im Gemeinderat und im zuständigen Ausschuss. Sollten Sie mit einer Anfragebeantwortung - egal wer sie beantwortet - nicht einverstanden sein, dann haben Sie in ihrer zuständigen Ausschusstätigkeit die Möglichkeit nach der Wahl- und Geschäftsordnung auch nachzufragen. Darüber hinaus haben Sie sogar die Möglichkeit pro Fall dreimal zu hinterfragen, insgesamt nach der Wahl- und Geschäftsordnung, und ich frage mich, wenn Sie mit der Antwort des Herrn Generaldirektors so nicht einverstanden waren, wieso Sie nicht im Prinzip eine Zusatzfrage gestellt haben? Und ich bin überzeugt, dass der Herr Generaldirektor ihnen darauf auch eine Antwort gegeben hätte. Also ich würde ihnen vorschlagen, wenn das wirklich für Sie ein Problem ist, stellen Sie es bei der nächsten Gemeinderatsausschusssitzung des Gesundheitsausschuss zur Diskussion. Fragen Sie dort und ich verspreche ihnen und ich glaube das auch, dass der Herr Generaldirektor ihnen eine erschöpfende Antwort geben wird.

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

Dann bringe ich den Antrag zur Abstimmung.

Wer ist für diesen Antrag? -

Wer ist gegen den Antrag? -

Dann darf ich feststellen, dass dieser Antrag mit den Stimmen der sozialdemokratischen Fraktion abgelehnt wurde.

Damit hätten wir die Beweisanträge für heute abgeschlossen.

Ich muss noch auf die Anträge der Frau Mag. Antonov zurückkommen und nach den Ausführungen des Herrn Univ.-Prof. DDr. Mayer muss ich festhalten, dass die Untersuchungskommission ein Kollegialorgan ist, das ihre Willensbildung durch Abstimmung herbeiführt und dann nach außen in Erscheinung tritt und zwar nicht in Form eines Bescheides, sondern in Form eines Berichtes an den Wiener Gemeinderat und dass mir als Vorsitzenden nur die Verhandlungsleitung aber, kein Stimmrecht und schon gar kein Entscheidungsbescheidrecht zusteht.

So, das war abschließend und das auch zur Erläuterung. Danke.

Nun bleibt mir nur mehr festzuhalten, dass die nächste Sitzung der Kommission am Donnerstag, den 15. Mai 2008 um 13.00 Uhr stattfindet.

Auf der Tagesordnung steht der Vortrag von Frau Univ.-Prof. Dr. Karin Gutierrez-Lobos und der Vortrag von Herrn Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata.

Frau GRin Korosec, bitte.

GRin **Korosec:** Wir haben einen Beweisantrag eingebracht, wo bis zur 5. Sitzung zugesagt

wurde, die Unterlagen zu bekommen. Wir haben sie noch nicht erhalten.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Das darf ich auch einmal festhalten, dass von meinen MitarbeiterInnen sehr prompt gearbeitet wird. Ich die ganzen Rechtshilfeersuchen und Ladungen per Boten bekomme, die von mir auch gleich wieder beantwortet und erledigt werden, sodass also von hier kein Versäumnis vorliegt. Nur muss man natürlich darauf warten, dass wir die Unterlagen auch zur Verfügung gestellt bekommen und ob Sie Fristen setzen oder im Beschluss Fristen setzen, das ist für die Behörde oder Ämter, die das beistellen eben auch in Folge eines bestimmten Umfangs eben nicht verbindlich.

Ich habe gerade mitgeteilt erhalten, die Unterlagen sind angefordert worden. Sind auch bereits urgiert worden und es ist mitgeteilt worden, dass der Antrag 161 in der nächsten Sitzung vorliegen wird. 152 ebenfalls und 137. Also das sind drei Anträge, die hier noch offen sind.

(GRin Korosec: Also 137 ist es. Das heißt nächste Woche! Bis zur nächsten Sitzung?)

Ja.

(GRin Korosec: Das wäre interessant, wenn wir das auch erfahren, nicht? Ich habe nie angenommen, Herr Vorsitzender, dass es an ihnen oder an dem Team liegt, das kann man nur loben.)

Ich möchte einmal festhalten, dass da sehr rasch gearbeitet wird. Und wie gesagt, das Ersuchen der Behörden ist eben schwer und es steht hier, dass die Akten sehr umfangreich sind und daher auch die Beischaffung Zeit erfordert.

(GRin Korosec: Ich würde bitten in Zukunft, dass man vom Büro eine Information bekommen wenn es nicht zeitgerecht kommt. Das wäre schon zu empfehlen.)

Ich werde das dann immer in der Sitzung bekannt geben.

Ich darf Sie auch darum bitten, dass Sie eben dann ausreichend Frist zur Verfügung stellen bei ihren Beweisanträgen. Wie gesagt, wenn wir 14tägige Intervalle haben, dann ist das kein Problem, aber nachdem wir jetzt die letzte Zeit immer wöchentlich und in der letzten Zeit war es weniger als eine Woche und da wird die Frist halt sehr knapp und da würde ich Sie bitten, dass Sie das bei ihren Antragstellungen auch berücksichtigen.

(GRin Korosec: Gut.)

Dann bedanke ich mich und darf die heutige Sitzung schließen.

(Ende: 14.34 Uhr)