

Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates

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

25. Sitzung vom 11. Dezember 2008

Wörtliches Protokoll

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|--|--------------------|
| 1. Eröffnung der Sitzung,
Feststellung der Anwesenden | S. 3 |
| 2. Vortrag und Befragung von
Herrn Univ.-Prof. DDr. Christian
Kopetzki | S. 3 bis
S. 22 |
| 3. Zeugeneinvernahme von
Herrn Prim. Dr. Harald DAVID | S. 22 bis
S. 42 |
| 4. Beweisantrag, Diverses | S. 42 bis
S. 43 |
| 5. Weitere Vorgangsweise | S. 43 |

(Beginn um 9.35 Uhr)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich eröffne die heutige 25. Sitzung der Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates betreffend „Gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“

Insbesondere begrüße ich zur Feststellung der Beschlussfähigkeit die anwesenden Mitglieder der Kommission:

GRin Mag. Waltraut Antonov.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Christian Deutsch.

GR Christian **Deutsch**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Marianne Klicka

GRin Marianne **Klicka**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR David Lasar.

GR David **Lasar**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Anica Matzka-Dojder.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Barbara Novak.

GRin Barbara **Novak**: 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 Siegi Lindenmayr

GR Siegi **Lindenmayr**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Zur heutigen Tagesordnung erwarten wir zunächst den Vortrag des Herrn Univ.-Prof. DDr. Christian Kopetzki.

Herr Universitätsprofessor! Ich darf Sie bitten, dass Sie sich zuerst kurz vorstellen. Sie haben eine Präsentation vorbereitet und ich darf Sie bitten, dass Sie uns zu Ihrem Thema „Freiheits-einschränkende Maßnahmen und Handhabung des Unterbringungsgesetzes“ Ihre Meinung darstellen.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Schönen guten Morgen! Danke für die Einladung.

Ich darf mich zunächst vorstellen: Ich bin von der Ausbildung und von der Sozialisation her Jurist, habe allerdings auch Medizin studiert. Ich sage aber immer dazu, dass ich das nicht ausgeübt und daher keinerlei klinische Erfahrung habe. Mein beruflicher Zugang zu den Themen ist ein juristischer und das ist auch meine Schnittstelle zu dem heutigen Thema.

Ich habe mich im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte immer wieder von der wissenschaftlichen Seite her mit dem Unterbringungsrecht und schon früher mit dem alten Anhaltungsrecht beschäftigt und ein paar Dinge dazu geschrieben. Das ist auch der Grund, warum ich gelegentlich die Ehre habe, eingeladen zu werden. Praktische Erfahrung habe ich damit nicht. Ich kann Ihnen nichts Empirisches erzählen, sondern nur, wie man die Rechtslage sehen kann.

Aktuell bin ich an der Universität Wien speziell für die medizinrechtliche Ausbildung der JusstudentInnen tätig. Wir machen das seit ein paar Jahren auch für die StudentInnen der Medizin auf der Medizinischen Universität im Rahmen des neuen Curriculums „Ethik und Recht in der Medizin“, dies stellt eine quantitativ höhere Herausforderung dar. Das ist in etwa mein beruflicher Zugang.

Wenn es Sie interessiert, so hätte ich ein paar Folien, die die Fragen rechtlicher Rahmenbedingungen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betreffen. Ich werde versuchen, es nicht ausufern zu lassen, aber es ist vielleicht ein ganz guter Einstieg in die Thematik.

Das eigentliche Ziel des Unterbringungsgesetzes, das, wie Sie wissen, aus dem Jahre 1990 stammt, ist, das Jahrhundertthema „Körperlicher Zwang in der Psychiatrie“ in einen rechtlichen Rahmen einzubinden, der den aktuellen rechtsstaatlichen Spielregeln entspricht. Das heißt, die Hauptbotschaft ist, dass der Zwang durch das Unterbringungsgesetz nicht ausgeschlossen wird - was auch nicht möglich ist -, sondern er soll gewissermaßen eingefangen, kontrolliert und mit rechtsstaatlichen Spielregeln verknüpft werden. Die Grundbotschaft – aber das gilt für das Verfassungsrecht insgesamt – sollte sein: Körperlicher Zwang nur als letztes Mittel, als ultima ratio, wie wir sagen. Das ist dieser berühmte Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Aber, auf der anderen Seite muss man sehen, die Unterbringung per se ist ja schon definiert als freiheitsentziehende Maßnahme. Eine zwangslose Unterbringung gibt es als solche nicht. Die Frage ist immer nur: Wie viel und unter welchen Bedingungen?

Ein paar Selbstverständlichkeiten, aber man kann sie nicht oft genug sagen, gerade in einer Woche wie dieser, auch die PatientInnen bleiben Grundrechtsträger. Das ist heute eine Banalität,

aber wenn man in die Geschichte zurück schaut, war das nicht immer anerkannt.

Sie kennen vielleicht noch die berühmte Figur, die bis in die 50er Jahre durch die Köpfe gegeistert ist, dass AnstaltspatientInnen, insbesondere psychiatrische PatientInnen, zwar Grundrechte haben, aber sie nicht selbst ausüben können. Wir haben das die Grundrechtsmündigkeit genannt, wo die Grundrechte dann von anderen ausgeübt werden. Was an sich per se schon ein Unding ist. Dieses Argument „Grundrechtsmündigkeit“, das de facto dazu geführt hat, dass die Menschen ihre Grundrechte nicht selbst wahrnehmen konnten, das ist in der Verfassungslehre seit 50 Jahren eigentlich obsolet. Ich erwähne es nur, weil es ein alter Schlagertext aus dem 19. Jahrhundert ist.

Grundsätzlich ist körperlicher Zwang auch im UBG zulässig. Wobei das UBG einen sehr engen Anwendungsbereich hat, es gilt nämlich nur für psychiatrische Anstalten und Abteilungen. Es ist in der Regel schon klar wann das vorliegt. Es gibt Grenzfälle, auf die gehe ich jetzt nicht näher ein, weil sie, glaube ich, im Bereich der Stadt Wien keine Rolle spielen.

Wir haben übrigens seit 3 Jahren ein Gesetz, das ein ähnliches Regelungs- und Kontrollmodell auch unter den nicht psychiatrischen Einrichtungen ausdehnt, das ist das Heimaufenthaltsgesetz, wo sich ganz ähnliche Fragen wie im UBG stellen. Das gilt dann für Altenheime, Pflegeheime, Krankenanstalten.

Ein Dilemma im UBG sind – das sage ich gleich vorweg, weil es auch mit der Beantwortung einiger Fragen wahrscheinlich zusammenhängt – die Rahmenbedingungen, die das Gesetz vorgibt, sie sind sehr, ich würde einmal sagen, sehr, sehr unbestimmt in manchen Fragen. Das ist jetzt keine Kritik an dem Gesetz. Ich meine, es ist das Sicherheitspolizeigesetz - überall, wo es um Gefahrenabwehr geht, sind die Formulierungen meistens in einer solchen Elastizität formuliert, dass die Auslegungen – wir haben vorhin darüber gesprochen: zwei JuristInnen, drei Meinungen – das gibt es natürlich auch im Unterbringungsgesetz in besonderer Weise. Daher divergiert auch die Handhabung regional und nach Anstalt und nach Gerichten ganz beträchtlich. Ich würde einmal sagen, das ist üblicherweise so, weil wir relativ allgemein formulierte Gesetze haben.

Dazu kommt, und das hängt vielleicht ein bisschen mit unseren speziellen Fragen hier zusammen, dass das, was ich jetzt Vollzugsrecht nenne – das ist ein Begriff, den die PsychiaterInnen nicht gerne hören - gemeint sind jene Vorschriften, die den Aufenthalt in der Anstalt näher strukturieren. Nicht die Frage: „Wie komme ich rein?“, sondern: „Wie gehe ich mit den Men-

schen um?“ - dass diese Bestimmungen extrem lückenhaft sind im UBG. Es sind im Grunde drei Paragraphen. Wenn Sie das vergleichen mit anderen freiheitsentziehenden Maßnahmen, wie Strafvollzugsrecht, sogar Fremdenrecht, Schubhaft, so fällt auf, dass das UBG sich hier auf eine sehr punktuelle und cursorische Regelung beschränkt. Das führt dann dazu, dass es auf manche Fragen in Wahrheit keine eindeutige Antwort geben kann.

Ich fokussiere das Thema jetzt auf die Freiheitsbeschränkung. Der Begriff „Freiheit“ gehört zu dem schillerndsten, den wir in der Juristerei haben. Jeder versteht etwas anderes darunter. Freiheit ist ein extrem mehrfach aufgeladener Begriff. Das UBG definiert allerdings schon genauer was es meint. Das UBG regelt drei Bereiche von Eingriffen in Handlungsfreiheitspositionen.

Das ist einmal die Beschränkung der Bewegungsfreiheit und um die geht es hier, wenn ich das richtig verstanden habe. Es ist ein Paragraph, der § 33.

Dann regelt das Gesetz auch Beschränkungen im Verkehr mit der Außenwelt. Gemeint sind Besuch, Telefonate, Post.

Dann gibt es einen dritten Bereich, die medizinischen Behandlungen im engeren Sinn.

Diese drei Themen sind geregelt. Sie sehen an diesen drei Themen schon, es gibt beim stationären Aufenthalt von Menschen, die dort länger und unfreiwillig sind, natürlich eine Fülle von anderen Fragen auch noch, die hier nicht vorkommen. Z.B. die Frage: Sicherung vor gefährlichen Gegenständen? Durchsuchung? Wie schau ich, ob ein Messer vorhanden ist? Diese Fragen können Sie nicht eindeutig klären. Dazu gibt es überhaupt keine Bestimmungen. Das spielt sich alles in einem gewissen rechtsfreien Raum ab.

Ich greife die erste dieser Beschränkungen heraus, nämlich Beschränkungen der Bewegungsfreiheit. Das UBG – übrigens ganz ähnlich wie die verfassungsrechtlichen Grundlagen zum Schutz der persönlichen Freiheit – hat einen sehr engen Begriff von Freiheitsbeschränkungen, was die Bewegung betrifft, es meint nämlich nur die körperliche Bewegungsfreiheit, das sich im Raum bewegen können, egal wie kleinräumig die Beschränkung ist. Also, Freiheit hat hier eine ganz enge Bedeutung im Sinne von körperlicher Bewegungsfreiheit.

Etwas zur Begrifflichkeit, worüber lange gestritten wurde. Der Begriff „Beschränkung der Bewegungsfreiheit“ ist im Gesetz neutral formuliert. Das sagt noch nichts darüber aus, ob es zulässig oder nicht zulässig ist. Es sagt auch nichts darüber aus, ob es einen guten Zweck hat oder nicht. Also, die Frage, ob eine Beschrän-

kung therapeutisch-pflegerisch sinnvoll und vertretbar ist, das schließt noch nicht die Frage aus, ob es eine Beschränkung ist. Es kann sozusagen pflegerisch gute indizierte Beschränkungen oder auch nicht geben. Zwang hat hier nicht notwendigerweise eine negative Bedeutung, aber wenn so eine Beschränkung vorliegt, dann löst das ein Bündel von rechtlichen Folgen aus.

Was sind diese rechtlichen Folgen? Wenn wir zum Ergebnis kommen, es ist etwas eine Freiheitsbeschränkung – ich sage gleich dazu, auch darüber kann man im Einzelfall streiten. Wenn Sie die Judikatur anschauen, werden Sie sehen, eine Fülle von Entscheidungen kreist eigentlich nur um die Frage „ist das überhaupt eine Beschränkung oder nicht?“

Bei den klassischen Erscheinungsformen von körperlichen Zwang wie Netzbett, körperliche Fixierung, Verschließen von Stationen, Verschließen von Anstalten, ist das klar. Ich würde sagen, die Grenzfälle lassen wir jetzt weg. Aber, es ist nicht immer ganz eindeutig, ob etwas eine Beschränkung ist. Wenn etwas eine Beschränkung ist, dann folgt jetzt ein Rattenschwanz von Rechtsfolgen. Es muss zuerst eine juristische Begründung dafür geben.

Das Gesetz stellt zwei Gruppen von Voraussetzungen aus, die kumulativ erfüllt sein müssen. Nämlich inhaltliche Gründe - wir nennen das materielle Gründe -: Warum? Wozu? Ist das Mittel geeignet? Wie lange dauert es? Ich komme noch darauf zurück. Also, praktisch die sachliche Rechtfertigung der Beschränkung.

Es gibt ein Bündel von formellen Gründen. Mit „formell“ meinen wir immer Voraussetzungen, die mit Zuständigkeiten und Verfahren zu tun haben. Also, wer entscheidet darüber und wie geht er dabei vor?

Die dritte Ebene, das ist dann eine ex post Ebene, ist die Überprüfbarkeit. Das ist ja das eigentliche Ziel des UBG gewesen, für diese Beschränkungen ein rechtsstaatliches Kontrollinstrumentarium aufzustellen. Also, im Wesentlichen gerichtliche Überprüfbarkeit durch das zuständige Bezirksgericht. Übrigens, das Bezirksgericht macht hier etwas, was außerhalb der Psychiatrie die Unabhängigen Verwaltungssenaten machen. Genau genommen ist das eine Art Sonderverwaltungsgerichtsbarkeit, im außerpsychiatrischen Bereich, sind das Akte unmittelbarer behördlicher Befehls- und Zwangsgewalt, für die die UVS zuständig wären. Hier hat der Gesetzgeber aus historischen Gründen einen speziellen Weg gewählt und das dem Gericht gegeben, den außer Streit Gerichten, die traditionell immer schon sehr stark mit diesen Aufgaben befasst waren.

Das ist dieser eine Paragraph. Ich zeige ihn nicht, weil die Texte so wichtig sind, sondern

weil Sie daran auch sehen, wie kurz er ist. Dieser eine Paragraph regelt die Frage der inhaltlichen Zulässigkeit von Beschränkungen der Bewegungsfreiheit.

Wenn ich das jetzt im Einzelnen verlesen darf. Ich trenne das zunächst in die inhaltlichen Gründe auf. Es fällt am Text schon dieses „Sowie“ auf, diese eigenartige Verknüpfung mit „so wie“ oder „oder“. Es wird verlangt, dass das Ziel der Beschränkung ein Doppeltes sein muss, zumindest vom Gesetz her. Nämlich, es muss zur Abwehr einer Gefahr dienen. Mit „Gefahr“ meint das Gesetz Selbst- oder Fremdgefährdung von Leib und Leben. So ähnlich wie bei den Unterbringungs Voraussetzungen. Nicht irgendeine Gefahr, sondern Gefahr für Leben oder Gesundheitsschutz und sie muss ernstlich und erheblich sein, das heißt, das muss ein gewisses Gewicht haben und es muss eine gewisse Wahrscheinlichkeit haben, dass sich die Gefahr verwirklicht. Sie sehen an meinen Worten, wo die Schwelle für diese Erheblichkeit ist, ist nicht ganz eindeutig.

Zusätzlich muss die Beschränkung aber eine pflegerische oder therapeutische Indikation haben. Diese beiden Ebenen müssen gleichzeitig erfüllt werden. Das heißt, der therapeutische Zweck oder die pflegerische Indikation würden alleine genügen. Die Schwelle hängt ein bisschen höher, ich brauche auch die eine Gefahr, die damit abzuwehren, wie unbestimmt es auch immer sein mag. Das wären im Wesentlichen die Gründe für die inhaltliche Zulässigkeit.

Drohender Schaden. Dafür muss es objektive Anhaltspunkte geben und die Wahrscheinlichkeit, dass sich das auch verwirklicht. Ausschließen können Sie nie, dass sich etwas verwirklicht. Ich erinnere daran, bis in die 50er Jahre haben die AmtsärztInnen immer die Bescheinigungen ausgestellt, wo darauf gestanden ist: „Die Gefahr kann nicht ausgeschlossen werden.“ Da hat der Verfassungsgerichtshof dann irgendwann einmal gesagt: „Ausschließen kann man es bei uns auch nicht.“ Objektive Anhaltspunkte müssen gegeben sein.

Es gibt in der Judikatur ein paar Beispiele, was jedenfalls nicht genügen würde. Also z.B. Bequemlichkeit des Personals, disziplinierende Beschränkungen, Herstellung von Ruhe und Ordnung. Das sind Beispiele aus der Judikatur. Aber, die Gefahr, dass sich jemand selber etwas antut oder die Gefahr, dass er MitpatientInnen oder das Personal bedroht, das wären klassische Fälle, wo man nicht bezweifeln würde, dass es im Prinzip zulässig wäre.

Die eigentliche Schwierigkeit ist auf dieser letzten Ebene. Es muss nicht nur der Gefahrenabwehr dienen, sondern es muss auch verhältnismäßig sein. Der Verhältnismäßigkeitsgrund-

satz, das ist ein an sich geltender Grundsatz im Verwaltungs- und Verfassungsrecht und meint im Grunde drei Dinge:

Erstens muss das Mittel - hier die Beschränkung - überhaupt geeignet sein, um das Ziel, das man mit ihr anstrebt, zu erreichen. Das ist in der Regel eine empirische Frage. Ob etwas greift, ob ein Mittel funktioniert, das kann die JuristIn nicht beantworten, das ist eine Beurteilung, die aus der klinischen Seite kommen muss. Normalerweise ist darüber nicht wirklich Streit. Es gibt einen einzigen Fall, wo Österreich einmal vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte verurteilt wurde, das war der Fall ... oder zumindest von der Kommission verurteilt wurde, vor dem EGMR hat das dann nicht alles gehalten. Wo interessanter Weise in Frage gestellt wurde, ob das Mittel schon geeignet war, weil die Kommission in Straßburg gesagt hat, dass eine Zwangsmaßnahme über Jahre hindurch, die Eskalation der Situation eher noch beschleunigen würde, weil der immer erregter wurde, statt das Gegenteil, dass das ein ungeeignetes Mittel war. Das wäre ein Beispiel für ein ungeeignetes Mittel.

Die zweite Ebene der Verhältnismäßigkeitsprüfung ist, es muss das gelindeste Mittel sein, das gerade noch für die Zielerreichung geeignet ist. Wir nennen das das ultima ratio-Prinzip, also so viel wie nötig, aber nicht mehr als unbedingt notwendig. Das ist auch eine schwierige Frage, weil was ein gelinderes Mittel im Einzelfall ist, das ist oft nicht so eindeutig, vor allem in so speziellen Situationen. Aber klar ist, was z.B. nicht tauglich ist, wäre Überlastung, Personal-mangel, Bequemlichkeit. Das wären für sich genommen keine Rechtfertigungsgründe für Zwang.

Es gibt dann noch ein paar Bestimmungen, die an sich selbstverständlich betonen, es muss möglichst schonend vorgegangen werden, der Menschenwürdegrundsatz muss gewahrt werden. Was an sich eh klar ist und im Einzelfall in strittigen Fragen uns auch nicht weiter hilft, weil man dann unterschiedliche Konzepte von Würde trifft.

Die eigentliche Frage, die auch in der Judikatur in der Regel im Vordergrund steht ist, welche Mittel muss die Anstalt bereit halten, um diese Forderung nach den möglichst gelindesten Mitteln erfüllen zu können? Das regelt das UBG nicht. Das konnte es auch nicht regeln, weil das nach herrschender Auffassung keine Bundessache ist. Die eigentliche Frage ist: Welche Mittel müssen vorrätig gehalten werden? Wir haben im Heimaufenthaltsgesetz die gleiche Diskussion. Müssen sie Niedrigpflegebetten haben? Wenn ja, wie viele? Hier haben wir ähnliche Fragen: Welche gelinderen Mittel muss die Anstalt bereit

halten? Und vor allem bei Personalfrage welcher Ressourcenschlüssel? Das UBG gibt darüber keine Antwort.

Es ist auch nicht ganz klar, ob allfällige versorgungsrechtliche Regelungen hier wirklich für die Gerichte der Maßstab sind. Die Gerichte wenden im Grunde unklare Maßstäbe an. Der OGH sagt: „Grundsätzlich ist das Fehlen von Ressourcen keine Rechtfertigung“. Es ist schon klar, dass da irgendwo Schluss sein muss mit der Judikatur, weil die Bundesgerichte nicht wirklich definieren können, was der Versorgungsstand in der Psychiatrie ist. Das ist auch nicht ihre Aufgabe. Sie kommen an der Frage nicht herum, weil bei der Beurteilung „Hättest du vielleicht ein gelinderes Mittel gehabt?“, bin ich automatisch in der Frage drinnen „Welches gelindere Mittel hätte ich denn haben sollen?“ Das ist die eigentliche schwierige Frage, auf die gibt es in Wirklichkeit, aus meiner Sicht, keine exakte Antwort.

Das hat auch ein bisschen damit zu tun, dass die Rechtslage hier kompetenzrechtlich so zersplittert ist. Das hilft Ihnen jetzt nicht weiter, aber das UBG – das ist ähnlich wie beim Heimaufenthaltsrecht – regelt im Grunde nur dieses eine Segment des Zwanges und lässt alles andere draußen. Die anderen Fragen: „Welche Versorgungsstruktur muss es geben? Welche Leistungsangebote muss es geben? Wie schaut der Pflege- und Versorgungsstandard aus?“ Das ist nicht mehr Bundessache und dadurch passen diese Rechtsquellen nicht 100 % zusammen. Die Frage „Welche gelinderen Mittel muss die Anstalt haben?“, „Wer definiert was ein gelinderes Mittel ist?“ darüber sagt das UBG nichts.

Was es schon sagt und im Grunde kann man darüber wahrscheinlich einiges lösen: „Alles was hier passiert, muss nach dem aktuellen Stand und den Erkenntnissen der Wissenschaft passieren“. Es gibt das Recht, den Ball eigentlich an die Fachdisziplinen zurück. Jeder der sich damit auskennt weiß natürlich, dass die Antworten, die von den Fachdisziplinen kommen, auch nicht immer eindeutig sind. Es gibt Schulstreite, es gibt dort auch Unsicherheit.

Was man aber unterm Strich sagen kann ist, dass dem weniger eingreifenden Mittel der Vorzug zu geben ist. Im Prinzip sollte ich die weniger eingreifenden Mittel auch haben. Nämlich, wer ist dafür verantwortlich? Das ist der Träger der Anstalt, der eine Organisationsverantwortung hat, dass er jene Ressourcen hat, die er für eine gesetzkonforme Vollziehung braucht. Das sagt sich theoretisch sehr leicht, aber mehr kann man juristisch auch nicht sagen.

Die Frage: Welches Mittel weniger eingreifend ist? Ein Wort dazu. Wir haben im Verfassungsrecht an sich eine Diskussion, die von der

VfGH-Judikatur angestoßen wurde. Der sagt: Grundsätzlich ist ein körperliches Mittel dann weniger eingreifend, je mehr Bewegungsspielraum den Betroffenen noch bleibt. Das wäre so wie bei der russischen Puppe, je kleinräumiger die Beschränkung ist, desto intensiver der Eingriff, als Prinzip. Wenn man das anwenden würde man sagen, na ja, dann wäre das Netzbett an sich der weniger intensivere Eingriff, weil noch Bewegungsräume bleiben, als eine körpernahe Fixierung.

Ich habe mich belehren lassen. Ich würde vorsichtig sein, dass zu absolutieren. Weil es kann natürlich im Einzelfall Gründe geben, dass das nicht stimmt. Das traue ich mich nicht zu beantworten. Es kann Gründe geben, dass für eine konkrete PatientIn es nicht so ist und in Wahrheit eine andere Methode, die weniger – also die Frage, was weniger und mehr eingreifend ist, bedarf letztlich einer Gesamtschau. Ich würde mich da nicht trauen eine generelle Antwort zu geben. Tendenziell würde ich meinen, je kleinräumiger desto intensiver der Eingriff.

Ein paar Beispiele aus der Judikatur, was als unzulässige Beschränkung gilt. Nur damit Sie sehen, wie sich da die Streitverfahren abspielen.

Z.B. Fixierung wegen wiederholten Missbrauchs der Alarmglocke. Da hat der OGH gemeint, das ist überschießend, weil es nicht unbedingt notwendig ist, jemand deswegen zu fixieren.

Z.B. Rauchen im Bett. Da hat der OGH gemeint, es muss gelindere Mittel geben, das Rauchen zu unterbinden, als die körperliche Fixierung.

Oder das schon erwähnte Beispiel, wenn die Beschränkung eher zur Eskalation führt, also Gefahren erhöhend ist, dann ist sie auch ungeeignet, weil es kein Mittel ist.

Oder, wenn durch die Beschränkung neue Gefährdungen entstehen, die vorher gar nicht da waren. Das wäre auch so ein Fall, wo die Beschränkung ungeeignet ist, weil sie kontraproduktiv ist.

Es gibt jetzt ein Bündel von begleitenden Verpflichtungen der Krankenanstalt, wenn sie solche Beschränkungen setzt. Wobei das UBG darüber nicht allzu viel sagt. Nämlich, das Einzige, was Sie aus dem UBG heraus kriegen, sind die Regelungen, wer es anordnet, die Dokumentationspflichten. Was ganz wichtig ist, weil die Dokumentation die Brücke zur Kontrolle ist. Sie können nichts kontrollieren, auch im Nachhinein nicht, kein Gericht kann irgendetwas kontrollieren, wenn die Sachverhalte nicht mehr aufklärbar sind. Das steht im UBG.

Die folgenden zwei Punkte stehen im Gesetz nicht mehr, das kann man jetzt nur als Auslegung nachschieben. Nämlich, selbstverständlich

- aus allgemeinen haftungsrechtlichen Gründen - muss eine Beschränkung zu einer verstärkten Überwachungs- und Überprüfungsverpflichtung führen.

Die Zulässigkeit ist eine laufend zu beurteilende Frage. Es ist ja nicht so, dass man einmal beurteilt, ob eine Beschränkung zulässig ist und dann ist sie es ad infinitum. Sondern, sie ist ja sofort wieder aufzuheben, wenn eine dieser Voraussetzungen wegfällt. Das kann ich nur dann umsetzen, wenn ich eine laufende begleitende Überprüfung mache, ob die Voraussetzungen noch vorliegen.

Die eigentlichen Fragen sind, wie engmaschig ich diese Überprüfung machen muss und wie oft ich nach wem schauen muss. Das sind ja dann genau diese Fragen, die in einem Fall, wo etwas passiert, auftauchen. Da kann man juristisch nur sagen: Na ja, das hängt davon ab, wie wahrscheinlich die Gefahr besteht, dass sich dort eine Gefährdung verwirklicht.

Die Frage der Vorhersehbarkeit. Es gibt einige OGH-Entscheidungen zur Haftung vor Selbstgefährdungen außerhalb der Psychiatrie. Es springt jemand aus dem Aufwachraum einer neurochirurgischen Station und es stellt sich die Frage: „Wieso waren die Fenster nicht gesperrt?“ Da wird dann geprüft werden und zwar konkret aus der ex ante Sicht. Im Nachhinein ist man immer gescheiter, es wird immer ex ante beurteilt, „War aus der Sicht des Personals vorhersehbar, dass das eskaliert, dass der gefährdet ist?“ Wenn es nicht vorhersehbar ist, weil kein Mensch hinein sehen kann in das gültige Verhalten, dann würde das keine Haftung nach sich ziehen, das ist nicht lösbar. Wenn es vom Krankheitsbild oder von der Vorerfahrung mit einer PatientIn oder was auch immer, man zum Ergebnis kommt, eigentlich hätte man auf sie aufpassen müssen, in dem konkreten Fall Neurochirurgie, hat der OGH gesagt: „Na ja, wenn da typischer Weise Leute liegen, die nach einem neurochirurgischen Eingriff eine typische Verwirrtheit haben und Desorientierung, dann ist es vorhersehbar, dass da etwas passiert“. Der hat dann die Haftung bejaht. Aber das muss nicht immer so sein. Wenn wer immer ruhig ist und plötzlich gibt es einen Raptus, den niemand ahnen konnte, dann würde das keine Rechtsverletzung sein.

Die Frage „konkrete Vorhersehbarkeit“ als Maßstab für die Eng- oder Weitmaschigkeit, auch zeitlich, „wie oft muss ich nach dem schauen, wie dicht muss ich das überwachen?“

Ich komme jetzt ganz kurz zu diesen formalen Gründen, die streife ich jetzt nur. Es ist ein Dreiergestirn, das das UBG immer anwendet.

Es muss durch eine ÄrztIn angeordnet werden. Es ist gewissermaßen auch hier das Arzt-

monopol, Pflegepersonal, auch die Delegation an das Pflegepersonal halten wir im Prinzip nicht für zulässig, wenngleich es in der Praxis gewisse Übergänge gibt. Ärztliche Anordnung. Wer das ist, steht nicht im Gesetz, es muss eine Ärztin sein. Das ist eine Frage der internen Dienstenteilung, wer die behandelnde Ärztin ist.

Die Dokumentation mit den Gründen. Wenn man die Gründe nicht dokumentiert, kann ich auch nachher nicht nachprüfen, ob sie hinreichend gegeben waren.

Mitteilung an die VertreterIn. Das ist, wer auch immer, aber im Prinzip im Wesentlichen die PatientInnenanwältIn und eine allfällige SachwalterIn oder sonstige VertreterIn. Das ist auch wieder die Brücke zur Gerichtskontrolle, weil die PatientInnenanwältIn die Möglichkeit hat, dann einen Antrag auf gerichtliche Überprüfung zu stellen. In der Regel macht das die PatientInnenanwältIn. Es gibt kaum Fälle, wo die PatientInnen solche Anträge, statistisch gesehen, stellen.

Zur Kontrolle. Das habe ich erwähnt, dass ist eine Gerichtszuständigkeit, Außerstreit-Verfahren, die hier bei den Kontrollen von Beschränkungen innerhalb der Unterbringung nur auf Antrag passiert. Das ist ein Unterschied zur Kontrolle der Unterbringung als solche, der Zwangsaufenthalt als solcher. Der kommt von Amtswegen in Gang, da leitet das Gericht ein, wenn es eine Meldung kriegt oder sonst davon erfährt. Die Beschränkungen innerhalb der Unterbringung werden nur auf Antrag kontrolliert. Den Antrag kann die PatientIn stellen oder ihre VertreterIn.

Was macht das Gericht dann? Das Gericht prüft die Zulässigkeit. Das steht so lapidar im Gesetz. Da hat es übrigens eine jahrzehntelange Diskussion und ein Dutzend Entscheidung des OGH gegeben, was das jetzt genau heißt „die Zulässigkeit“. Bis vor wenigen Jahren wurde vom Gericht nur die inhaltliche Zulässigkeit geprüft, also im Wesentlichen die Gefährdungsfrage. Seit 5, 6 Jahren prüfen die Gerichte auch die formelle Zulässigkeit, also die Frage, ob die Mitteilungen, die Verfahrensregeln ordentlich dokumentiert waren. Das ist übrigens in anderen Gebieten selbstverständlich. Der UVS prüft auch in jeder Hinsicht. Auch die Schubhaftkontrolle ist in jeder Hinsicht - die Verfahrensfragen sind keine Kleinigkeit. Das Verfahren ist im Grund eines der Schlüssel für die Rechtsstaatlichkeit. Die Gerichte prüfen alles und nicht nur die inhaltliche Zulässigkeit.

Ein zweiter Punkt, der sich durchgesetzt hat. Die Judikatur hat sich hier sehr rechtsschutzfreundlich entwickelt, auch unter dem Einfluss des Bundesverfassungsgesetzes zum Schutz der persönlichen Freiheit. Sie prüfen auch nach

der Beendigung der Beschränkung.

Auch das war ein Jahrhundert lang nicht so. Die alten Anhaltungsgerichte haben immer nur geprüft, ob eine aktuelle Beschränkung noch Aufrecht erhalten werden darf. Sie haben nicht mehr geprüft, ob eine bereits beendete Beschränkung retrospektiv zulässig war. Was dazu geführt hat, dass sie gewisse kurzzeitige Beschränkungen überhaupt nicht mehr kontrollieren konnten, nicht überprüfen lassen konnten, weil die immer schon vorbei waren. Das hat auch relativ lange gebraucht, bis der OGH hier ein Einsehen hatte und diese Judikatur geändert hat. Die jetzige Judikatur sagt, es wird auch ex post geprüft, selbst dann, wenn die Beschränkungen nicht mehr aufrecht sind. Was wir übrigens im öffentlichen Recht sonst ja auch kennen. Die Verwaltungsgerichtsbarkeit in drei kontaktischen Handlungen prüft immer ex post. Das hat mit der ominösen Figur der Beschwer im Zivilprozess Recht zu tun. Die Gerichte haben gesagt, der hat keine Beschwer mehr, weil er eh schon frei ist in gewisser Weise. Und das ist nicht mehr so, es wird auch ex post geprüft. Nur so kommen wir überhaupt da hin, dass man heute auch konkrete, vergangene Maßnahmen überprüfen kann.

Sie sehen an dem Beispiel auch, das Ziel des Rechtsschutzes ist nicht nur oder gar nicht im Wesentlichen die Verhinderung und die Beendigung einer Maßnahme. Weil, wenn sie schon vorbei ist, ist dieses Ziel ja illusorisch. Sondern, es ist der blanke Rechtsschutz, der theoretische Rechtsschutz. Er bekommt verbrieft, es war rechtens oder unrechtens, selbst wenn daraus keine weiteren Folgen mehr entstehen. Er braucht es auch haftungsrechtlich nicht, weil die Amtshaftung er unabhängig von so einem Beschluss geltend machen kann. Es hat eine Befriedungsfunktion, ist ein rein theoretischer Rechtsschutz. Das hat mit Haftung überhaupt nichts zu tun. Es ist auch keine Aussage über Schuld des Personals. Die Zulässigkeitsprüfung ist keine subjektive Beurteilung des Verhaltens des Personals, sondern eine objektive Rechtmäßigkeitskontrolle. Das ist ja etwas, was ... des Vertrauens von der Verwaltungsgerichtsbarkeit, für Nichtjuristen war das lange Zeit nicht wirklich einsehbar, warum man so einen theoretischen Rechtsschutz nach Ende der Beschränkung hat. Was interessant ist, ist, es gibt keine Antragsfrist. Das ist der einzig mir bekannte Bereich einer gerichtsförmigen Kontrolle von Zwangsakten, die antragsfristfrei sind. Das heißt, überall anders haben wir sechs Wochen oder zwei Wochen oder was auch immer.

Auch da hat es vor Kurzem eine OGH-Entscheidung gegeben, die gesagt hat - das ist wörtlich zu nehmen - wenn keine Frist da ist,

dann ist keine da. Das heißt, es hat Fälle gegeben, wo Anträge nach eineinhalb Jahren gestellt wurden. Was die Kontrolle nicht leichter macht, je weiter das weg ist. An sich ist es unbefristet, was zumindest für die Intensität des Rechtsschutzes interessant ist.

Eine Frage, die sich erst vor einigen Wochen geklärt hat, die Frage „Was ist, wenn behauptet wird oder wenn der Verdacht besteht, dass die PatientIn in der Beschränkung oder durch die Beschränkung stirbt?“ Es geht um die Vertretung der PatientInnenanwältIn, weil die die Einzige ist, die da noch einen Antrag stellen könnte, wenn der Betroffene nicht mehr am Leben ist. Da ist die ständige Judikatur an sich so klar wie einleuchtend. Nämlich, Vertretungsverhältnisse enden dann, wenn die VertreterIn nicht tot ist. Das ist an sich eh klar. Die Gerichte haben das kurz zum Auftritt eines Todesfalles vertreten, das ist ein Pech, da ist niemand mehr da und der OGH hat die Entscheidung mit guten Gründen aufgehoben. Ist eine spiegelbildliche Problematik zum Omofuma-Fall, wo das sowohl der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte, als auch der VfGH gesagt hat: „Wenn der Verdacht besteht oder nur die Behauptung im Raum steht, dass der Tod etwas zu tun hat mit jener Beschränkung, die ich bekämpfen will, dann muss die Vertretungsbefugnis aufrecht bleiben, weil sonst komme ich nie zu einem Rechtsschutz.“ Das ist eine Entscheidung vom August. Jetzt wissen wir, dass die PatientInnenanwältIn zuständig bleibt für solche Fälle. Ausnahmsweise! Wenn das kein Konnex Tod/Beschränkung ist, dann nicht. Aber wenn er sie behauptet - ob es wirklich so ist, wird das Gericht klären, weiß man noch nicht, wenn das behauptet wird - bleibt die Vertretung aufrecht.

Es gibt natürlich noch die üblichen sonstigen Kontrollmechanismen, die hier auch greifen. Die PatientInnenanwältIn, nämlich jetzt nicht der nach UBG. Das ist ja leider eine thematische Verwirrung, die der Gesetzgeber hier verbockt hat. Dass es zwei Institutionen mit ähnlichen Benennungen gibt, nämlich die PatientInnenanwältIn nach UBG und die LandespatientInnenanwältIn- und Pflegeanwaltschaft. Aber die wären auch zuständig hier. Allerdings haben sie andere Arten von Instrumentarien, die haben keine Befugnisse zu entscheiden, sondern im Grunde ist das ein Ombudsmann-Instrument.

Die Volksanwaltschaft ist theoretisch auch zuständig, wenn das Land sie für zuständig erklärt hat.

Natürlich geht alles potentiell zum Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte als letzte Ebene, weil das alles Grundrechte der MRK sind, die berührt sie nämlich, vor allem die persönliche Freiheit.

Ein Wort noch zur Abrundung zur Haftung. UBG würde ich gar nicht als Haftung im eigentlichen Sinn bezeichnen, weil es nicht um die individuelle Verantwortung geht. Aber es gibt auch hier eine Haftung, nämlich die klassische zivilrechtliche Haftung, die hier nach Amtshaftungsrecht geht. Auch das war nicht immer unumstritten. bis in die 60er Jahre hat der OGH ohne zu erröten gesagt: „Krankenanstalten sind Privatwirtschaftsverwaltung, daher ist auch in der Psychiatrie Privatwirtschaftsverwaltung und daher keine Amtshaftung.“ Das war an sich absurd und seit den 60er Jahren hat sich die Judikatur gewendet und gesagt im Sonderfall Psychiatrie geht es um hoheitliche Maßnahmen. Egal wie man es nennt, es ist ein unfreiwilliger Akt in Vollziehung der Gesetze und daher ist es selbstverständlich nicht Privatwirtschaftsverwaltung, sondern Hoheitsverwaltung. Damit ist aber auch klar, dass es Bundesverwaltung ist. Das ist im Alltag vielleicht nicht so bewusst, aber der Vollzug des UBG, wie auch des Heimaufenthaltsrechtes ist funktionell gesehen Bundesverwaltung. Auch dann, wenn es von Organen, vom Personal des Rechtsträgers und der kann ja jeder sein, es kann die Stadt Wien, es können auch die Barmherzigen Brüder sein oder der Verein des Roten Kreuzes, wenn die eine Psychiatrie errichten würden.

Ich erwähne da etwas, weil es vielleicht mit der Frage schon auch zu tun hat. Was daraus folgt, das einzige, was klar ist, ist die Haftung. Da gibt es eine Judikatur dazu. Wobei Solidarhaftung nach Amtshaftungsrecht mit dem Träger, Solidarhaftung Bund/Land kommt unterm Strich heraus.

Alle andere Implikationen, die aus dieser Voraussetzung jetzt folgen, sind interessanterweise weder diskutiert unter JuristInnen, geschweige denn irgendwo entschieden, ich erwähne sie jetzt einmal nur, dass ist die Frage der Weisungsbindung, die ja dann funktionell zum Bund weiter gehen müsste. Der Bund will davon auch nichts wissen, aber eigentlich müsste oberstes Organ der Bundesminister für Gesundheit sein.

Die zweite Frage damit zusammenhängend, da müsste aber auch eine gewisse Fachaufsicht weiter gehen, vielleicht sogar auch sanitäre Aufsicht weiter gehen. Wir haben ähnliche Diskussionen damals in Freistadt geführt. Die politische Verantwortung würde die vom Land jetzt nicht ausschließen, weil das Land natürlich als Dienstgeber auch zuständig ist. Funktionell und dann letztlich auch theoretisch könnte so ein Untersuchungsausschuss zum UBG auch im Nationalrat stattfinden Das ist allen nicht wirklich bewusst und es wird auch nicht gelebt. Bundesorgane werden wahrscheinlich sagen: „Ah so?“

Letztlich die Finanzierungsfrage. Ich möchte mich nicht auf finanzverfassungsrechtliche Details einlassen, denn das ist nämlich auch nicht ganz klar. Aber zumindest politisch folgt für mich daraus, dass es dem Bund auch nicht ganz wurscht sein kann, ob für Gesetze, für deren Vollzug er nämlich zuständig ist, ob die ausreichenden Mittel dafür da sind. Wir haben beim HeimAufG diskutiert, bei der Frage, ob genug ÄrztInnen da sind für die ärztliche Anordnung. Der Bund will davon natürlich nichts hören, weil es kostenrelevant ist. Diese Fragen sind vollkommen ungeklärt, aber sie folgen, meiner Meinung nach, aus dieser Zuordnung zur Bundesverwaltung.

Im Schadensfall Amtshaftung des Bundes, Solidarhaftung des Trägers. Wobei hier sowohl immaterieller als auch materieller Schaden zugesprochen wird. Warum? Weil das ja Sonderfall Freiheitsentziehung ist und für die Freiheitsentziehung gibt es eine spezielle Ausprägung im Amtshaftungsrecht. Nämlich im Bundesverfassungsgesetz über die persönliche Freiheit steht drinnen, dass bei Haftung wegen Freiheitsentzug auch für den immateriellen Schaden eindeutig gehaftet wird, also für das bloße Beschränkt sein und verschuldensunabhängig. Das ist ein Sonderfall. Normalerweise ist die Amtshaftung ja nicht verschuldensunabhängig, sondern wie immer brauche ich Schaden, Rechtswidrigkeit, Verschulden. Bei freiheitsentziehenden Maßnahmen ist es verschuldensunabhängig, das heißt, ich brauche überhaupt nicht beweisen, dass wer etwas subjektiv falsch gemacht hat, es genügt die objektive Rechtswidrigkeit. Sofern es um einen Schaden geht, der durch eine Beschränkung herbei geführt wurde.

Delikater Weise nicht umgekehrt. Wenn es um einen Schaden geht, der dadurch entsteht, dass eine Beschränkung zu unrecht nicht verhängt wurde, da gibt es auch eine Amtshaftungsverjährung. Der wäre schuldabhängig, weil das kein Schaden durch die Freiheitsentziehung ist. Das ist eine interessante Differenzierung. Die ergibt sich aus der Zufälligkeit, da sagt das FSG, das Freiheitsschutzgesetz, nur für die Freiheitsentziehung, aber für die positiv gesetzten, einen Sonderhaftungsregime aufstellt und nicht für den umgekehrten Fall, ein Schaden durch die Nichtbeschränkung. Wenn sich jemand dadurch verletzt, dass er nicht im Netzbett oder egal wo war, dann würde das potentiell ja auch haftungsauslösend sein. Also Amtshaftung wegen unterlassener Beschränkung, da gibt es auch einen Fall.

Regressmöglichkeit ist bekannt. Wenn der Bund zum Handkuss kommt, kann er sich am Träger regressiveren. Der Träger kann, unter der engeren Voraussetzung des Dienstnehmerhaftungsrechts, auf den Dienstnehmer zurückgrei-

fen. Allerdings nur wenn grober Fahrlässigkeit und nicht mehr wegen der eigenen Fahrlässigkeit.

Disziplinarrecht gibt es, wie immer, auch. Das ist ein, je nach Bereich, mehr oder weniger zahlloser Bereich. Wobei es unterschiedliche Disziplinarregime gibt. Die ÄrztInnen haben eines nach der Kammer. Aber als öffentlich Bediensteter hat er unter Umständen auch eines nach seinem Dienstrecht.

Die letzte Ebene, die erwähne ich jetzt nur, ist das Strafrecht. Die spielt in der Praxis keine große Rolle. Vor dem Strafrecht hat man zwar die größte Angst, aber wenn Sie die Judikatur anschauen, ist die strafrechtliche Judikatur das seltenste Ereignis. Ich kenne keine rechtskräftige Strafverurteilung aus dem Bereich. Es wäre Freiheitsentzug, der im Raum steht, wenn Bestimmungen verletzt wurden und Körperverletzung, wenn etwas passiert zu den zwei Deliktgruppen.

Interessant ist auch, dass das neue Verbandsverantwortlichkeitsgesetz - Stichwort: Unternehmensstrafrecht mit Kaprun und den Folgen - dass grundsätzlich jetzt auch eine Strafhaftung für juristische Personen vorsieht, also etwa auch für Rechtsträger von Krankenanstalten. Das kann im Krankenanstaltenbereich eine große Rolle spielen, wenn die Voraussetzungen des Verbandsverantwortlichkeitsrechts vorliegen. Aber interessanterweise nimmt das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz die Vollziehung im technischen Sinn, also Hoheitsverwaltung, aus. Das müsste eigentlich zum Schluss führen, dass es für den Bereich der Unterbringung nach UBG keine Verbandsverantwortlichkeit des Rechtsträgers gibt, weil das Hoheitsbereich ist, sehr wohl aber außerhalb des UBG. In der nicht UBG-Psychiatrie schon, aber im UBG-Bereich nein.

Das ist im Wesentlichen das, was ich Ihnen als Einstieg mit bringen wollte.

Zur Handhabung habe ich jetzt nichts. Zur Handhabung, wenn man es jetzt als tatsächliche Vollziehung versteht, kann ich Ihnen jetzt nichts aktuell berichten, weil ich damit nicht wirklich befasst bin. Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr Universitätsprofessor! Ich danke Ihnen vielmals für diesen sehr interessanten Vortrag.

Ich würde an Sie die Bitte richten, dass Sie diese Unterlagen der Kommission zur Verfügung stellen, damit man das auch nachlesen und sich wieder abrufen kann.

Ich darf Sie jetzt bitten, auf die Fragen der Kommissionsmitglieder zu antworten.

Frau GRin Dr. Pilz, bitte.

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

Danke, Herr Universitätsprofessor! Der Vortrag war super spannend.

Ich habe ein paar konkrete Fragen. Sie sagen, dass das Unterbringungsgesetz hinsichtlich der Qualitäten, die geboten werden müssen, hinsichtlich Ausstattung mit Personalressourcen usw. unbestimmt ist. Es verlangt, dass man das gelindeste Mittel anwendet und es verlangt, dass man „state of the art“ betreut.

Jetzt gibt es in Wien, unter vielen Anlässen, für diese Untersuchungskommission, auch den Umstand, dass zwei Menschen während sie untergebracht waren, durch Brandverletzungen zu Schaden gekommen sind.

Da erheben sich für mich jetzt zwei Fragen. Das Konsensdokument der Psychiatrischen Gesellschaft sieht ganz expressis verbis vor, dass potentiell gefährliche Gegenstände wegzuräumen sind. Dass man die Person überwachen muss. Dass die Zimmertür abgeschlossen sein soll, falls die betreuende Person kurzfristig den Raum verlässt und und und. Auch konkret, um die Betretung des Raumes durch andere PatientInnen zu verhindern.

Jetzt wissen wir bei dem einen Fall, als ein Patient im Netzbett sediert schlafend von einer MitpatientIn angezündet wurde, dass da ein völlig ungehinderter Zutritt durch dritte Personen möglich war. In anderem Fall wissen wir, dass die untergebrachte fixierte Person, die Suizidwünsche oder Suizidgefahr geäußert hat, ein Feuerzeug greifen konnte. Es ist unklar, ob es ihr jemand gegeben hat oder ob sie es aus dem Nachtkästchen erwisch hat. Jedenfalls waren auch hier diese Grundsätze nicht gewahrt.

Es sind in beiden Fällen interessante Dinge passiert. In einem Fall und das beeindruckt mich jetzt besonders im Lichte Ihres Vortrags, hat der Krankenanstaltenverbund bezahlt. Er hat eine hohe Entschädigungssumme bezahlt mit Vereinbarung des Stillschweigens. Im Lichte dieser Untersuchungskommission kann man sich auch vorstellen warum. Warum hat er eigentlich bezahlt, wenn die Hoheitsverwaltung ja eigentlich dem Bund die Schuld zugeschoben hätte. Es hätte ja die Forderung gegenüber dem Justizminister – Fragezeichen -, Gesundheitsminister – Fragezeichen -, wohl eher dem Justizminister gegenüber erhoben werden müssen. Wie sehen Sie das?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: An sich wäre es die Finanzprokuratur –

GRin Dr. **Pilz**: Für den Bund, ja.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Der Rechtsträger haftet solidarisch. Nach § 1, Abs. 2 Amtshaftungsgesetz haften immer beide. Das heißt, es ist an sich einmal durchaus nichts ungewöhnliches, dass der Rechtsträger, der organisatorisch zuständig ist, der, dem die Anstalt zuzuordnen ist, den Ball aufgreift und sich z.B. außergerichtlich einigt. Das kommt sonst auch vor. Der Be-

troffen hätte auch die Wahl, er könnte im Grunde beide klagen. Das Recht lässt beide Varianten offen, aber das schließt dann auch ein, dass sich beide außergerichtlich einigen können. Warum sie das tun, das weiß ich nicht. Im Grunde ist das eine Option, die jeder hat. Jeder Beklagte oder von einer Klage Bedrohte hat die Varianten. Es ist juristisch gleichwertig. Es ist eine Frage des politischen Umgangs damit, ob man sagt, ich lasse mich nicht auf ein Verfahren ein oder ich einige mich. Man kann keine ernsthafte juristische Antwort geben, das ist eine politische Entscheidung, ob ich mich vergleiche, freiwillig zahle oder es auf eine Klage ankomme lasse.

GRin Dr. **Pilz**: Die „state of the art“-Grundsätze?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Was der Jurist – ohne sein Fachgebiet grob zu überschreiten – sagen kann, ist, wenn es einen Konsens in der Fachgemeinschaft gibt - sage ich jetzt einmal untechnisch, das wäre Pflegewissenschaft oder vor allem Psychiatrie – dass ein Mittel das Mittel der Wahl ist, lege artis ist, wie auch immer, wie man es auch immer nennt, wenn es den aktuellen Erkenntnissen dieses Faches entspricht, das wissen wir nicht, das würde auch jede RichterIn den Sachverständigen zuschieben und es wurde etwas gemacht, was nicht diesem Konsens entspricht, dann wäre es ein Behandlungsfehler und hier wäre es dann ein Verstoß gegen die Vorschrift, keine Frage. Ob das der Fall ist, das ist die eigentliche Frage. Ob es wirklich diesen Konsens gibt, das traue ich mich nicht zu beurteilen. Solche Papiere haben ja natürlich nur eine begrenzte Bedeutung.

Wenn das, was in dem Dokument der Gesellschaft steht - ich kenne es nicht, aber es gibt viele –die weitgehend konsenterte Fachmeinung der PsychiaterInnen widerspiegelt, dann würde ich sagen, okay, dann ist das auch rechtlich bindend. Wenn das nicht der Fall ist-

GRin Dr. **Pilz**: Darf ich Ihnen das nur erklären. Das ist jetzt das Konsensdokument der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und ist in dem facheinschlägigen Magazin „Psychiatrie und Psychotherapie“ veröffentlicht. Es sind da eine Reihe von PsychiaterInnen, die im Auftrag dieser Gesellschaft das erarbeitet haben. Es ist taxativ aufgelistet, da besteht kein Zweifel, dass hier Dinge –

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Wissen Sie, das Problem ist –

GRin Dr. **Pilz**: Wäre das als das zu werten? Wenn das die Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie –

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Das weiß ich nicht. Die haben keine Rechtssetzungskompetenz. Das hängt im Grunde von der Frage ab, ob es inhaltlich richtig ist, was da drinnen steht.

GRin Dr. **Pilz**: Das beurteilt wer?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Das können nur die Fachleute selber beurteilen. Das kann die JuristIn nie sagen. Es kann heraus kommen, dass sich die streiten. Dass es z.B. verschiedene fachspezifische Auffassungen in der Psychiatrie zu der Frage gibt. Dann würde die rechtliche Relevanz so eines Dokuments sehr schwach werden, weil die Leitlinien sind immer nur ein Indiz dafür, dass das die fachliche Standardmeinung ist. Aber jedes Indiz können Sie sofort aushebeln, wenn Sie ein gegnerisches Dokument mit Gegenmeinungen vorlegen können.

GRin Dr. **Pilz**: Gut, dann frage ich anders herum. Wenn ich jetzt jemand bin, der wegen Suizidgefahr oder anderer Gefährdung, die ich gegenüber jemand anderen ausübe, fixiert bin bzw. im Netzbett liege, hat dann der, der mir das hoheitlich zumutet, eine besondere Obsorgepflicht für mich?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Ich würde einmal sagen: ja, klar hat er die. Das habe ich auch mit „Überwachung“ gemeint. Die Frage ist, wie intensiv muss er sie ausüben? Wie oft muss er nach dem schauen? Wie weit muss er jetzt das Bett aufsuchen?

GRin Dr. **Pilz**: Wenn ich z.B. als psychisch Kranker inmitten von anderen psychisch Kranken fixiert, wehrlos und vielleicht oder oft auch sediert liege. Wie wir aus dem Beispiel in Graz wissen, hat ein Patient aus seiner eigenen psychischen Erkrankungssituation heraus, einem Mitpatienten eine Dose Leberpastete in den Rachen geschoben und der ist gestorben. Muss man als PatientIn damit rechnen oder muss man damit nicht rechnen?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Das ist die entscheidende Frage: Muss ich damit rechnen oder nicht? Genau diese Frage kann ich von der juristischen Seite nicht beantworten. Sondern, es ist eine Frage, ob es gewisse Anzeichen gibt, dass diese Gefahr auftritt. Das kann nur die Psychiatrie sagen.

Wenn mir die Psychiatrie sagt: Ja, bei diesem PatientInnenkollektiv oder bei diesem Krankheitsbild ist das eine ohne weiters zu erwartende Gefahr. Die Frage würde ich jetzt der PsychiaterIn stellen. Wenn sie mir darauf ja sagt, dann würde ich sagen: Gut, dann hast du eine entsprechende Überwachungspflicht und alles zu tun, um diese Gefahr hintanzuhalten. Aber ob das so ist, das kann Ihnen die JuristIn, wenn sie nicht grob über ihre Kompetenzen hinaus geht, im Grunde nicht sagen, weil es eine Frage der fachspezifischen Beurteilung ist.

Das Problem der Richtlinien, das stellt sich ja in allen Bereichen. In die Richtlinien haben wir immer alles großes Vertrauen und das stimmt auch, so lange sie wirklich einen Konsens wider-

geben. Ob das aber so ist, weiß ich nicht. Es gibt Richtlinien, die geben einen wider. Es gibt andere Richtlinien, da kann ich Ihnen fünf andere Richtlinien zeigen, wo etwas anderes drinnen steht. Dann geben sie keinen wider und dann haben sie rechtlichen überhaupt keine Bedeutung.

Im Grunde müsste man das die PsychiaterInnen fragen und ich würde dann nur die Folgeantwort geben können. Ich würde sagen, wenn ihr den Prozess über die Frage X habt, dann kann ich sagen, okay, dann ist das geboten, was der Konsens verlangt. Ob es den Konsens gibt.

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

GRin **Praniess-Kastner**: Herr Universitätsprofessor, vielen Dank für Ihre Ausführungen.

Sie haben – ich gebe das unjuristisch wider – gemeint, das Unterbringungsgesetz ist lückenhaft.

Ich zitiere aus einem Vortrag, den Sie vor der Österreichischen Juristenkommission 2006 zu den Schwachstellen gesagt haben und da haben Sie, genau so wie heute, gemeint: „Gewisse rechtsstaatliche Defizite bleiben im Unterbringungsgesetz und große Bereiche der Ausstattung freiheitsentziehender Maßnahmen werden weiterhin in einem gesetzlich nur schwach durchdrungenen Graubereich angesiedelt.“

Meine Fragen diesbezüglich: Wir haben vorher kurz gesprochen und ich nehme an, Sie haben die Untersuchungskommission und die Fragen, die sich vor allem an das ärztliche Personal gewendet haben, verfolgt. Wie bewerten Sie den Umstand, dass ÄrztInnen in der Psychiatrie sich im Umgang mit schwierigen PatientInnen in Stich gelassen fühlen?

Ich zitiere eine Ärztin, die hier einvernommen wurde. Frau Dr. Jutta Leth hat gemeint: „Wir stehen mit einem Fuß im Kriminal.“

Meine zweite Frage diesbezüglich ist: Welche Maßnahmen müssten denn hier noch zusätzlich gesetzt werden, um dem Personal im Berufsalltag mehr Sicherheit, auch durch die gesetzlichen Bestimmungen, zu gewährleisten?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Ich fange den Ball vom „Kriminal“ auf. Die Angst ist verständlich, aber ich wiederhole jetzt: Nur die Strafbarkeitsbedrohung durch ein Strafverfahren, die ist nicht so groß, wie sie ausschaut. Mir ist ein einziger Fall bekannt, dass vor ungefähr 30 Jahren auf der Neurologie, ich glaube in der Rudolfstiftung, ein Arzt ein Verfahren wegen § 99, Strafgesetzbuch, Freiheitsentziehung, bekommen hat, das übrigens auch eingestellt wurde.

Ich glaube auch, dass das eine der positiven Seiten des UBG ist, dass es den Druck in Richtung Haftung und zwar sowohl Zivil- als auch Strafhaftung, doch deutlich gemindert hat. Weil

es ein alternatives Verfahren, wo gewissermaßen die Emotionen und die Leute, die ihr Recht suchen – ich sage es unjuristisch – ihren Dampf ablassen können, ohne dass das damit Haftungsbedrohung zu tun hat. Aber das ist jetzt nur eine Formulierung. Die Zivilhaftung droht natürlich, wenngleich sie hier auch nicht wirklich dem Personal droht. Dem Personal droht nur der Regress. Der Regress ist aber wesentlich eingeschränkt, weil grobe Fahrlässigkeit ich nicht so schnell habe. Wenn ich z.B. in einer unklaren Frage – ich komme auf das, es ist Vieles unklar – als Personal etwas falsch mache, wo das aber nicht klar war, dann würde ich einmal meinen, selbst wenn dann etwas passiert und der OGH zum gegenteiligen Ergebnis kommt, dann ist das keine grobe, sondern bestenfalls leichte Fahrlässigkeit.

Da kann es zwar sein, dass der Träger zahlt, weil der muss ja verschuldensunabhängig zahlen, aber kein Regress stattfindet. Für das Personal ist im Grunde diese hoheitliche Situation eine komfortable Angelegenheit, weil es die zivilrechtliche Haftung, von den Menschen, die dort tätig sind, komplett wegnimmt. Das ist fast eine Privilegierung, die sich daraus ergibt, die außerhalb dieses Hoheitsbereichs im sonstigen Bereich der Medizin nicht der Fall ist. Da können Sie jede ÄrztIn vor den Kadi ziehen und persönlich zivilrechtlich klagen.

„Im Stich gelassen“. Das verstehe ich, dass sich ÄrztInnen in der Psychiatrie in Stich gelassen fühlen. Nämlich auf der einen Seite hat die Psychiatrie vom Gesetz eine eminente staatsnahe Aufgabe übertragen bekommen, die ihr ja nicht immer lieb ist. Das sind zum Teil, jetzt untechnisch gesprochen, polizeinahe – ich meine jetzt Polizei im Sinn des allgemeinen Verwaltungsrechts – Gefahrenabwehr. Sie hat Aufgaben im Auftrag des Staats zu verfolgen, die im Grunde nicht unbedingt immer genuin dem Fachselbstverständnis entsprechen, daher auch immer wieder die Konflikte. Auf der anderen Seite kriegen sie dafür aber jetzt nicht im ausreichenden Maß klare Rechtsgrundlagen im Umgang mit diesem Zwang.

Ich sage das immer wieder seit 15 Jahren, es ändert nur nichts, weil aus verschiedenen Gründen, die ich, ehrlich gesagt, auch nicht ganz verstehe, sich dieses Unterbringungsgesetz auf einem ganz bestimmten Aspekt, nämlich den Freiheitsschutz fokussiert und dann von den restlichen Dingen eben diese drei Dinge: Beschränkung bei Handlungen im Verkehr mit der Außenwelt, aber schon die Frage „muss ich nach gefährlichen Gegenständen suchen“. Das ist der Klassiker. Sie können es nicht beantworten. Ich kann nur sagen, na ja, natürlich werden sie schauen, ob er ein Messer hat. Aber im Grunde

kann man das nur mehr vom Menschenverstand her beurteilen. Aber sie haben keine Bestimmungen, die z.B. den Regelungen im Sicherheitspolizeirecht über Personenuntersuchungen entsprechen würden. Das fehlt alles.

Insofern verstehe ich, dass die Anstalten und die Leute, die darin arbeiten, sich in vielen Fragen in einem Graubereich bewegen, der unangenehm ist, den sie nicht lösen können, weil das eigentlich der Bundesgesetzgeber lösen müsste und aus verschiedenen Gründen nicht löst.

Wir haben im HeimAufG dasselbe. Das HeimAufG nimmt ein Recht heraus, nämlich die Freiheit und regelt das relativ genau und der Rest bleibt offen.

Ich fürchte nur, ich sehe überhaupt keine Tendenz, dass sich das ändern könnte. Es hat auch ein bisschen mit der nicht klaren Kompetenzfrage zu tun.

Es hat der VfGH eine Entscheidung zum HeimAufG im Kompetenzbereich gefällt, wo er gesagt hat „Bundeskompetenz ist nur der Bereich der Gefahrenabwehr mit dem Mittel des Freiheitsentzugs“. Ich halte die Entscheidung übrigens für falsch, aber das Höchstgericht ist das Höchstgericht.

Wenn man das ernst nimmt, dann könnte der Bund gar nicht mehr regeln als diesen Aspekt. Dann könnte er gar keine Regelung über ein komplettes Vollzugsrecht für die Unterbringung auf die Beine stellen, weil dann nicht einmal mehr klar ist, ob er könnte. Dann sind wir in der beliebten österreichischen Frage, wie die beiden Landes- und Bundeskompetenzen zusammen spielen?

Ich verstehe das gut, ich sehe nur keine wirkliche Lösung. Gewisse Anhaltspunkte zu einer Verbesserung kann man natürlich in der Anstaltsordnung gewisse Regelungen aufnehmen. Wobei natürlich dort auch die Frage auftaucht, streng genommen kann die Anstaltsordnung nicht substituieren, was das Gesetz nicht her gibt. Das ist eine untergesetzliche Rechtsquelle, aber ich würde einmal sagen, für die Praxis kann man das eine oder andere vielleicht in den Anstaltsordnungen regeln und damit ein bisschen mehr strukturieren.

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

GRin **Novak:** Sehr geehrter Herr Universitätsprofessor! Vielen Dank.

Ich muss jetzt gleich hier nachfragen. Bis jetzt war es für mich sehr gut nachvollziehbar und ich wollte Sie jetzt eigentlich fragen: Nachdem Sie gesagt haben, dass das Vollzugsrecht hier sehr lückenhaft ist und sehr viele Rahmenbedingungen nicht vorgibt, die sich aber in der Praxis klar stellen und auch Fragestellungen aufbringen, die jetzt nicht beantwortet sind. Sie haben gesagt,

unter Umständen kann der Bund - der hier die Adresse wäre, um dieses Vollzugsrecht zu beschreiben und der Gesetzgeber das hier festzulegen hat - das vielleicht jetzt gar nicht mehr oder ist vielleicht doch nicht zuständig. Ich merke, dass die Zersplitterung zwischen Bund und Land, gerade in dieser Frage der Gesetzgebung, eine große Rolle spielt. Ich würde Sie jetzt gerne fragen, was Sie vorschlagen würden, was auch an Verteilung hier vielleicht geändert werden müsste? Welche Punkte oder Regelungen der Rahmenbedingungen gesetzlich festgeschrieben werden müssten?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Das ist die Frage an das Christkind.

GRin **Novak**: An den Experten.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Ich glaube, ich werde auf zwei Ebenen antworten.

Persönlich bin ich der Meinung, dass der Bund das kann. Meiner Rechtsmeinung nach, das muss sich erst durchsetzen, aber ich würde sagen, der Bund kann im Bereich der Unterbringung auch alle Details der Durchführung der Unterbringung regeln. Er hat schon einige in den drei Paragraphen geregelt, also könnte er auch 15 Paragraphen machen. Da sollte man sich nicht zu Tode fürchten, vielleicht ficht es jemand in 20 Jahren an, aber bis dahin könnte man es machen. Das ist eine politische Frage, ob man es machen will und dafür wäre der Bund zuständig. Die Frage, warum das in die Richtung nicht geht, weiß ich nicht. Es hat einfach mit einer uralten Tradition zu tun, das war einfach immer so, dass das Anhalterrecht nur diesen Rahmen der Freiheit geregelt hat und das hat man jetzt in zwei, drei Punkten etwas verdichtet, aber offenbar war in den Köpfen nie eine umfassende Regelung über die Durchführung.

Um diesen Kontrast nur einmal plastisch zu machen: Die Durchführung der Unterbringung, „wie gehe ich mit dem Menschen um in diesem freiheitsentziehenden Verhältnis?“, das sind im UBG drei Paragraphen. Manche werden wahrscheinlich sagen: „Na ja, eh gut, ist ja eh alles verrechtlicht.“ Mit diesen drei Paragraphen hängt die Unsicherheit zusammen. Für diese gleichen Fragen gibt es im Strafvollzug immerhin ein eigenes Gesetz, das heißt Strafvollzugsgesetz und das hat 180 Paragraphen und das spricht schon Bänden. Oder die Frage der berühmten Wiederbringung, das hat auch etwas zur Unterbringung. Ist alles nicht geregelt. Das könnte man, meiner Meinung nach, alles im UBG regeln.

Wenn man zum Ergebnis kommt, dass man das nicht kann, dann müsste man sagen, man müsste die Verfassungskompetenzlage so ändern, dass es hier sinnvoll zusammen passende Kompetenzen gibt und die könnte hier nur der Bund haben. Dass man neun verschiedene Un-

terbringungsregime aufstellt, in Zeiten, wo das Ganze europäisch durch die MRK determiniert wird, das hielte ich für absurd. Die Landesgesetzgebung in Ehren, aber ich glaube, hier brauchen wir bundeseinheitliche Dinge. Das bedürfte aber einer Verfassungsänderung. Ich glaube, das ist jetzt zu hoch gegriffen. Ich glaube, der Bund könnte das. Die Frage ist, wie man ihn dazu bringt, dass er es tut.

Habe ich jetzt noch etwas übersehen?

GRin **Novak**: Darf ich eine zweite Nachfrage stellen?

Was für mich bis jetzt in dieser Untersuchungskommission nie in der Deutlichkeit heraus gekommen ist, ist die Frage der Solidarhaftung. Das war für mich auch im Zusammenhang mit dem Beispiel, das die Frau Dr. Pilz immer bringt, sehr wichtig, dass hier das Personal nur bei grober Fahrlässigkeit auch eine persönliche Haftung hätte und das in der Realität sehr selten vorkommt, sondern hier eine Amtshaftung vorliegt. Insbesondere im Zusammenhang mit der Bundeskompetenz, war das für mich ein neuer Bereich.

Würden Sie sagen, dass das auch in der Praxis ein Bereich ist, der dann auch zum Tragen kommt? Dass nicht nur ich diese Erkenntnis neu hatte, sondern auch die Betroffenen überhaupt wissen, dass sie unter Umständen auch beim Bund eine Forderung anstellen könnten oder das in der Praxis nicht so durchgedrungen ist?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Da es ungefähr ein knappes Dutzend, vielleicht eine Spur weniger, Amtshaftungsfälle beim OGH gibt, seit es dieses Rechtsgebiet gibt, schließe ich daraus, dass es offenbar die AnwältInnen wissen und das ist anwaltpflichtig. Ob es den Betroffenen bewusst ist, ist im Grunde egal, weil der Betroffene ja nur die Initiative ergreifen muss, klagen zu wollen. Auf welchem Rechtsweg das passiert und wo das passiert, muss die RechtsanwältIn wissen. Ich bin der Meinung, wenn die nicht ganz daneben ist, dann weiß sie das und wissen sie in der Regel auch.

Was den Leuten oft nicht ganz bewusst ist, ist, dass es der Amtshaftung unterliegt. Aber das kann immer sein, dass einer einmal etwas nicht weiß, weil er annimmt, Krankenanstalten ist üblicherweise nicht Amtshaftung. An sich gehe ich davon aus, dass das eine AnwältIn schon weiß, dass der Hoheitsbereich der Amtshaftung unterliegt, insofern, da das letztlich anwaltpflichtig ist. Dazu gibt es schon zu viele Amtshaftungsfälle, als dass man der Meinung sein könnte, dass das ein okkultes Geheimwissen ist. Wie es mit dem Regress ausschaut, weiß ich nicht. Das entzieht sich dann dem Blick von außen. Wir sehen nur die veröffentlichten OGH-Entscheidungen, aber

wie dann Regressfragen, wie sich unter Umständen wer mit wem vergleicht, das entzieht sich dem Blick von außen.

Eine Bemerkung noch dazu: Noch einmal: Das ist jetzt gar kein Vorwurf ans UBG, weil es wird nie möglich sein Rechtsunsicherheit ganz zu beseitigen. Wir werden immer unbestimmte Verjährungsbegriffe haben müssen. Es wird nie möglich sein, das so auszuformulieren, dass es dann wirklich automatisch umlegbar ist auf die konkreten Fälle. Das wäre eine Illusion. Eine Unsicherheit wird bleiben. Wenn ich ein Personal wäre, würde ich eigentlich in extremen Unsicherheiten meinen Dienstgeber dazu zwingen, mir eine Weisung zu geben. Ich würde das hinauf tragen, auch wenn es unbeliebt ist. Weil das für die Regressfrage eine entscheidende Rolle spielt. Wenn ich auf Weisung gehandelt habe, gibt es keinen Regress mehr. Ich finde es nicht ganz fair, diese Deckung den Menschen die dort arbeiten, zu verweigern. Weil die können das nicht lösen. Und die Lösung wäre, eine von oben synchronisierte Rechtsmeinung herab zu lassen. Das würde den Regress tendenziell ausschließen.

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

GRin Dr. **Pilz:** Das ist jetzt ein wichtiger Punkt, den Sie da sagen. Das heißt, jenen ÄrztInnen im Otto-Wagner-Spital, die sagen, wir würden gerne z.B. eine 1:1-Anordnung erteilen, aber die Personalsituation ist so, dass das gar nicht geht oder es sind im Nachtdienst zu wenige ÄrztInnen da, dass man PatientInnen lückenlos überwachen kann, würden Sie raten, sie sollen diesen Umstand, diesen Missstand nach oben kommunizieren und um Weisung ersuchen?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki:** Ja. Wie sollte die Weisung in der Frage jetzt ausschauen?

GRin Dr. **Pilz:** Die Weisung sollte so ausschauen, dass man sagt, dass man sich von seinen Vorgesetzten anschaffen lässt, dass man unter diesen Mangelverhältnissen immer noch die Behandlung vornimmt. Weil die ÄrztInnen sagen ja immer wieder schriftlich im Dienstweg, dass sie Angst vor Übernahmefähigkeit haben.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki:** Im Grunde stimme ich da jetzt schon zu. Ich würde vor allem den Umstand, dass ich im Grunde mit den Mitteln die ich habe, nicht hundertprozentig in der Lage bin, das zu tun, was eigentlich gefordert ist, permanent zu meinem Träger kommunizieren. Dann schließt das nämlich aus, dass man sagt, „na ja, wieso hast du nicht und wieso hättest du nicht?“ Wenn ich das kommuniziert habe, dann hatte ich auf keinen Fall mehr persönlich, abgesehen von der Amtshaftung, weil wenn ich die

Mittel nicht habe, die kann der Primarius oder das Personal nicht herzaubern. Wenn ich die Mittel nicht habe, dann habe ich sie nicht. Zuständig für die Mittelaufstellung ist der Träger und dessen Grenzen gibt es auch irgendwo. Auf die Art kriegt man den Ball weg, auch wenn man unter Umständen als gelernter Praktiker weiß, dass das auch zu nichts führt. Aber man hat die Verantwortung dann an der richtigen Stelle deponiert und verhindert, dass es dann vom Rechtsträger her heißt „wieso hast nichts gesagt? Wir hätten dir selbstverständlich sofort“ -

GRin Dr. **Pilz:** Im Moment läuft der Streit ja intern beim Personal, wenn VertreterInnen der Pflege dann sagen, wegen der Begehrlichkeiten des Mittelbaus hinsichtlich 1:1 Überwachungsanordnungen, also Sitzwache, fühlen die sich dann wieder personell überlastet, was ja verständlich wäre. Das halte ich für einen wichtigen Rat, der sicher auch beim Personal ankommen wird.

Ich möchte jetzt noch einmal zum UBG zurück kommen, wo Sie gesagt haben, es gibt keine Verjährung der Antragsfrist.

Der eine Patient, der von einer MitpatientIn durch Feuer verletzt wurde, ist kurz nach dem Vorfall im Jahr 2003 zum Wiener PatientInnenanwalt gegangen – Landeskompetenz – und der hat ihm gesagt, es ist kein medizinisches Fehlverhalten festzustellen und hat ihn dann mit Bedauern beschieden, dass hier für ihn im Schadensersatzweg nichts zu holen ist. Jetzt hat er wissend oder in Erfahrung bringend, dass es hier keine Antragsfrist gibt, sich noch einmal an den PatientInnenanwalt gewendet und hat gesagt, also er war damals untergebracht, als das passiert ist und da wurde ihm dann gesagt, also was er tun kann, ist die Zulässigkeit der Beschränkung noch in Frage stellen, aber hinsichtlich eines Schadenersatzes würde das genau gar nichts ändern, denn der Krankenanstaltenträger betrachtet die Sache als verjährt. Würden Sie sich dieser Rechtsauffassung anschließen?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki:** Also, es klingt jedenfalls plausibel. Es sind zwei ganz unterschiedliche Dinge. Die Frage der Haftung, zivilrechtliche und die Frage der unterbringungsrechtlichen Kontrolle des Unterbringungsgesetzes.

GRin Dr. **Pilz:** Er ist im Rahmen sozusagen während seiner Unterbringung verletzt worden. Das ändert an der Verjährung gar nichts.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki:** Das waren Parallelaktionen sozusagen. Ich kann die zivilrechtliche Haftung kombinieren mit der Kontrolle nach UBG oder auch nicht. Das sind zwei ganz parallele Schienen. Unterschiedliche Verfahren. Unterschiedliche Zuständigkeiten. Im einen Fall geht es um individuelle Haftung. Im anderen Fall

geht es nur um die theoretische Feststellung der Rechtmäßigkeit. Diese Fristlosigkeit gilt nur für die Unterbringungsschiene. Die kann ich auch in fünf Jahren noch beantragen. Für die zivilrechtliche Haftung gilt das ganz normale - nämlich das steht ja jetzt hier nicht an - es gilt das ganz normale Schadenersatzrecht, aber unter der Modifikation durch das Amtshaftungsrecht.

GRin Dr. **Pilz**: Eben!

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Aber die Verjährungsregeln sind, wenn ich mich jetzt nicht ganz täusche, die sind die des ABGB, das heißt, wenn die Fristen - das müssten wir jetzt genau schauen -, aber wenn die Verjährungsfrist abgelaufen ist, dann ist sie für die Zivilhaftung abgelaufen. Und das schließt aber nicht aus die unterbringungsrechtliche Kontrolle. Nur, da kriegt er halt dann nur das, oder nicht „nur“, er kriegt dann halt im Extremfall im Fall des Obsiegens die schriftliche Verbriefung, dass es unzulässig war, aber nicht mehr.

GRin Dr. **Pilz**: Ja.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Er würde kein Geld bekommen.

GRin Dr. **Pilz**: Genau! Sie haben vom Verbandsverantwortlichkeitsgesetz gesprochen. Wir haben hier schon mal mit Staatsanwaltschaftsvertreter Mag. Jarosch darüber geredet. Es ist, so wie ich Sie verstanden habe, im Rahmen der Hoheitsverwaltung und so steht es ja auch im Gesetz, nicht schlagend. Aber im Rahmen der sonstigen Handlungsvorgänge in der Psychiatrie, die ja nicht hoheitlich sind, würden Sie das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz auf den Zuständigkeitsbereich der Gemeinde Wien im Rahmen des Krankenanstaltenverbundes für angewendet sehen oder anwendbar sehen?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Ich sehe jetzt keinen Grund, warum es nicht anwendbar sei.

GRin Dr. **Pilz**: Na ja, die Gemeinde Wien sieht viele Gründe. Aber es freut mich zu hören, dass Sie keine sehen.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Ich meine, man müsste - das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz hat ja eine Fülle von relativ kompliziert formulierten Voraussetzungen für diese Strafhaftung. Und das müsste man jetzt im Detail anschauen. Die sind oft gar nicht so - aber grundsätzlich, wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, dann würde es auf jeden Rechtsträger anwendbar sein, der in der Vollziehung der Gesetze tätig ist. Wenn ich mich jetzt richtig erinnere, steht es so drinnen im VBG.

GRin Dr. **Pilz**: Es geht, ich beziehe mich jetzt konkret, wo dort schlicht und einfach Krankenbehandlung stattfindet, die eben nicht hoheitlich vollzogen werden muss, sondern halt weil jemand in dieses Spital geht. Dann sehen Sie das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Ich drücke es jetzt so, wie es halt so ist, ich meine, der erste Reflex ist, ich würde jetzt sofort nachschauen, ob vielleicht irgendwas drinnen steht, was ich jetzt übersehe. Aber ich sehe, da ich es nicht mithabe, jetzt keinen Grund, warum es nicht anwendbar sein sollte im nicht hoheitlichen Bereich auch von Gebietskörperschaften.

GRin Dr. **Pilz**: Sie haben davon gesprochen, dass immer das jeweils im Rahmen des UBG das jeweils gelindeste Mittel der Freiheitsbeschränkung und haben das auf körpernahe, das ist leicht nachzuvollziehen, abgestellt.

Also, das am wenigstens körpernahe ist das Verschließen von Türen. Wir wissen aus der Tradition in Wien, die man durchaus von einem positiven Impetus getragen waren, hier sozusagen möglichst die Psychiatrie aufzumachen, aber wir wissen auch von PatientInnen, die sagen, wenn ich den Impuls verspüre, mir etwas anzutun, würde es genügen, wenn man mich in einen geschützten Bereich bringt und die Tür zusperrt, dann kann ich damit umgehen, dass ich halt nur dort rumgehen kann und so weiter. Das machen auch viele psychiatrische Einrichtungen in Österreich. In Wien ist das nicht der Fall. Da ist man entweder sozusagen frei beweglich oder im Netzbett oder fixiert. Sofern man sich sozusagen nicht an die Auflage nicht wegzugehen hält. Kann man als PatientIn die Forderung erheben oder feststellen: Ich mag nicht in Netzbett, ich mag nicht fixiert werden? Es gibt ja auch in der Psychiatrie sozusagen PatientInnenvereinbarungen, die sozusagen ex ante für Krisensituation auch sinnvoll vereinbart werden können. Kann ich das fordern sozusagen die Beschränkung im Sinne des gelindesten Mittels auf die räumliche und nicht auf die körpernahe?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Also, da das eines der noch klar beantwortbaren Punkte aus dem Gesetz ist, dass das gelindeste geboten ist und ich hätte jetzt keinen Zweifel, dass wenn jetzt nicht ganz besondere Sachverhalte für das Gegenteil sprechen, tendenziell es gelinder ist, einen großräumigere flächigen Raum oder eine Station abzusperrern, als mich in kleine Fixierung zu bringen. Da sehe ich jetzt keinen Grund, wieso das man nicht als gelinder bezeichnet. Dann ist es geboten, das gelindeste anzuwenden und dann kann ich es natürlich auch fordern. Wobei der Rechtsweg, in dem ich diese Forderung, fordern kann - aber die Schiene wäre über das Unterbringungsgesetz. Dazu ist es da. Die rechtliche Verfahrensschiene wäre, das zunächst einmal halt zu diskutieren und wenn sich diese Forderung jetzt unter Führungszeichen nicht umsetzen lässt im amikalen Wege, dass der Betroffene oder sein PatientInnenanwalt einen Antrag bei Gericht stellt auf Kontrolle der kleine-

ren Fixierung, mit dem Argument, die kleinteilige Fixierung ist überschießend, weil es das gelindere Mittel des Abschließens von Räumen gäbe. So würde man hinkommen. Und die Gerichte würden dann diese Frage prüfen. Und würden unter Umständen zum Ergebnis kommen, dass das eine unverhältnismäßige Eingriff ist, weil es gelindere Mittel gegeben hätte.

Aber die Frage ist natürlich immer, ob es gute Gründe gegeben hat für das engere Mittel. Wenn im konkreten Fall eine Gefährdungssituation ist, wo man gut argumentieren kann, dass ich halt kleinteilig beschränkt werden muss, dann kann es schon Gründe geben. Aber das müssen wir dann im Einzelfall prüfen.

GRin Dr. **Pilz**: Es geht darum, dass in Wien dieses Mittel nicht zur Verfügung steht, dass man -

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Es kann ja nicht so schwer sein, eine Türe zuzusperren.

GRin Dr. **Pilz**: Nein. Nein. Nein. Das ist sozusagen Konzept der Wiener Psychiatrie, dass man hier, wenn dann körpernahe beschränkt auf Netzbetten oder Gurten, weil es keine geschlossenen Bereiche gibt. Dazu hat man sich entschieden. Das jetzt ändern zu wollen, weil niemand kann ja auch Wien darin hindern sozusagen Erkenntnisse jetzt umzusetzen.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Ich sehe schon wo das Problem ist. Das Problem ist, also es könnte ein Problem dadurch entstehen, dass das UBG ja - also ich komme jetzt auf etwas, was ich vorher weggelassen habe. Das UBG kennt ja den Begriff des geschlossenen Bereichs. Und geschlossener Bereich ist nach der Judikatur definiert als ständige Verschließung. Die chronisch versperrte Tür wäre ein geschlossener Bereich. Und es ist aber vom UBG her, also im Krankenanstaltenrecht steht das, wenn ich mich richtig erinnere, steht drinnen, erstens: Geschlossene Bereiche sollen nur die Ausnahme sein. Das heißt, es ist schon eine Tendenz da in Richtung eher kein geschlossener Bereich. Insofern würde ich das jetzt einmal nicht kritisieren, wenn ein Anstaltenträger sagt, bei uns gibt es gar keine geschlossenen Räume. Und das zweite ist, wenn ich einen Bereich schließe, indem ich die Türe zusperre, sind automatisch alle PatientInnen, die in diesem Bereich sind, untergebracht. Weil ich nicht mehr differenzieren kann. Das steht auch ausdrücklich im Gesetz. Geschlossene Bereiche dürfen ausschließlich der Unterbringung von PatientInnen von... - ich kann also nicht mischen. Durch die Mischbelegung - und das wird aber unter Umständen das Problem sein. Ich müsste oder könnte das -

GRin Dr. **Pilz**: Dazu hat sich die Psychiatrie in Österreich was überlegt. Im Wagner-Jauregg-Spital in Linz wurde - und das hat hier der zu-

ständige Primar ja auch sehr schon geschildert, Primar Schöny - da gibt es abgeschlossene Bereiche, in die kommen nur die, die sozusagen im Rahmen der Unterbringung dort untergebracht werden sollen und natürlich nur die, die man nicht aus medizinischen Gründen durch Fixierung vor Gewalt gegen sich selber schützen muss. Aber das wurde, finde ich, schlüssig argumentiert, dass man sagt, für manche Menschen ist es gut, wenn sie eine gewisse Zeit dort verbringen. Das kann man sich laienmäßig ja auch vorstellen, wenn man den Impuls hat, Suizid zu begehen, sich aber sozusagen nicht selber aufhängen ginge oder so etwas, dass man daran gehindert wird. Aber ansonsten lesen kann, sitzen kann, herumgehen kann, und was man halt so als Mensch gerne tun. Die Frage ist und das ist, ich will es ja nicht mit Ihnen fachlich diskutieren, sondern rechtlich. Wenn ich sage, wieso steht mir in Wien als PatientIn das nicht zu, diese Möglichkeit, dieses gelindeste Mittel Welchen Rechtsweg muss ich beschreiten, um das zu bekommen?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Also, wenn im Einzelfall die Gefährdung, die von den PatientInnen ausgeht, für mich oder für andere, so ist, dass ich sie bewältigen kann mit dem Abschließen einer Tür, dann ist der weitergehende Eingriff einer körpernahen Fixierung prinzipiell, es sei denn im Einzelfall ist ausnahmsweise - im Prinzip ja nicht zulässig nach dem UBG. Und der Rechtsweg wäre, ich meine zivilrechtlich ist hier kaum was drinnen, weil das ist ja, ich meine theoretisch der Schaden ist ja nicht klar. Ich müsste immer, theoretisch könnte ich einen immateriellen Schaden, führt aber zu nichts. Der Rechtsweg der Wahl, dafür ist ja das UBG da, dass man nicht vor den Zivilgerichten, sondern der Rechtsweg wäre einen Antrag an das zuständige Bezirksgericht auf Prüfung der dann angewendeten Beschränkung mit dem Argument sie ist nicht das gelindeste Mittel im Sinne der Verhältnismäßigkeitsprüfung und solche Verfahren kommen, gibt es hunderte, immer wieder. Das ist ja relativ leicht für die PatientInnen eigentlich auszulösen. Es ist kostenneutral. Er braucht keinen Rechtsanwalt. Das macht der PatientInnenanwalt. Also, das könnte auch -

GRin Dr. **Pilz**: Ich würde jetzt noch fragen, aber wenn es noch -

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

GRin Mag. **Ramskogler**: Sehr geehrter Herr Professor! Liebe Frau Kollegin Pilz, nur ganz kurz.

Also, ich habe noch nie jemanden auf der Psychiatrie kennengelernt, der gemeint hat, dass er suizidal wäre und sich jetzt hinter eine verschlossene Tür begeben möchte, weil das an sich

auch nicht unbedingt abhängig vom Krankheitsbild in dem, gerade bei SuizidalpatientInnen ist es so, dass sie nicht alleine hinter einer verschlossenen Tür sein können.

GRin Dr. **Pilz**: Aber von allein ist ja keine Rede.

GRin Mag. **Ramskogler**: Hinter einer verschlossenen Tür sein sollen.

GRin Dr. **Pilz**: Dort muss man aber nicht allein sein. Dort kann ein Betreuer dabei sein. *(Zwischenruf)*

GRin Mag. **Ramskogler**: Bleiben wir bei den Dingen. Es ist nur so, weil das ist so diese - Sie kennen jetzt vielleicht schon ein bisschen dieses Flair dieser Untersuchungskommission, dass es da unterschiedliche Auffassungen gibt und ich möchte nur, was mich jetzt aus Ihrer Profession insbesondere sehr interessiert: Es gibt ja einen großen Unterschied von der Psychiatrie, wenn es um die Forensik geht. Auf der Forensik, und das ist ja auch unser nächster Zeuge hier, der Herr Prim. Dr. DAVID, der ja dort die Forensik über hat am Pavillon 23, Otto-Wagner-Spital, der mir auch sehr gut bekannt ist. Auf der Forensik haben wir ja verurteilte Straftäter, diejenigen, die verurteilt wurden und als unzurechnungsfähig erklärt wurden, sind dort. Und dort ist es ja so, dass bereits das Gericht ein Urteil gefällt hat und sie sind dort untergebracht. Es ist dort, vor einigen Jahren war das, ein Fall passiert, dass eine solcher Patient eine Ärztin tätlich angegriffen hat, das Messer sozusagen leider in der Küche der Angestellten dort gelegen hat. Was dann auch im Nachhinein entfernt wurde etc., aber trotzdem ist dieser Fall passiert, dass diese Ärztin und auch die Pfleger zu Schaden gekommen sind. Wir haben damals diskutiert, es ist so schwierig und das hat auch noch keine Rechtsmeinung dazu gegeben, dass schon ein bereits verurteilter Täter, der eben so eine Tat begangen hat, deshalb verurteilt wurde und jetzt in der untergebrachten Anstalt sozusagen wieder eine schwere Körperverletzung gemacht hat, nicht mehr zur Rechenschaft gezogen werden kann. Und dort das Personal zum Teil gesagt hat, wie sollen wir damit umgehen, dass diese Personen, die dort vor Ort in Behandlung sind, eigentlich machen könnten, was sie wollen ohne hier rechtlich noch einmal zur Rechenschaft gezogen zu werden oder werden zu können. Wie sehen Sie das? Gibt es tatsächlich keine Möglichkeit hier jenen Täter wieder zu belangen oder zu bestrafen? Also, wo lässt hier das Recht aus, sage ich jetzt? Oder haben Sie da eine andere schlüssige Erklärung?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Da stecken jetzt zwei Fragen für mich drinnen. Nämlich die eine, wie schauts überhaupt aus mit dem Vollzug, ich nenne es weiterhin Vollzugsrecht, also mit den

Regelungen über den Umgang mit diesen forensischen PatientInnen. Und ich würde fast meinen, da ist, was die Rechtsklarheit betrifft, es noch ein bisschen schlimmer als bei den anderen, weil es sich dort nämlich verschiedene Gesetze auch noch überlagern. Mit dem zum Teil nicht klaren Überschneidungsbereichen. Weil das was Sie jetzt angesprochen haben oder was Sie jetzt forensische PatientInnen nennen, wenn man die Lupe schärfer einstellt, zerfallen die wieder in Subgruppen, die ganz unterschiedlichen rechtlichen Status haben. Das kann ein Strafgefangener sein, der in einer Haftpsychose überstellt wird. Es kann ein Maßnahmenhäftling sein, der aus einer Justizvollzugsanstalt für Maßnahmenvollzug kommt. Es kann aber auch einer sein, der noch gar nicht verurteilt ist, sondern erst die vorläufigen Maßnahmen nach der StPO, der also so analog zur U-Haft aber in die Psychiatrie kommt. Und ich kenne hier noch ein paar Beispiele. Und bei jedem gibt es ein bisschen andere Rechtsgrundlagen, die noch viel höllischer unklar sind. Aber in Prinzip gilt für die das UBG. Was an sich auch eine interessante Entscheidung des Gesetzgebers ist. Für Personen, die an sich von einem ganz anderen rechtlichen Regime herkommen, nämlich vom Strafvollzug aus, hier ja schon was getan haben, was ja nicht zutrifft auf die Unterbrachten. Dass man die dann im Vollzugsrecht aus dem sehr feinmaschigen Strafvollzugsgesetz plötzlich in dieses sehr grobmaschige Unterbringungsrecht kippen, mit der Folge, dass man die meisten Fragen, die im Strafvollzug noch beantwortbar gewesen wären, im UBG auch nicht mehr beantworten können. Aber auch das ist ein Punkt, den müsste man, das ist Strafvollzugsrecht eigentlich. Aber das geltende Strafvollzugsrecht verweist über, mit verschiedenen komplizierten, da müssen Sie über einige Paragraphen zusammenblättern bis man sich da halbwegs auskennt. Das Strafvollzugsgesetz verweist wieder zurück aufs Unterbringungsrecht. Also hier ist auch die Rechtslage nicht wirklich so, wie man sie oder wie ich sie eigentlich für rechtstaatlich konform halte. Aber das ist jetzt an die falschen Adressaten. Weil das ist Bundesrecht.

Die Frage mit der zur Rechenschaft ziehen. Also grundsätzlich kann man immer zur Rechenschaft gezogen werden. Nur strafrechtlich ist vermutlich nichts drinnen, weil er unzurechnungsfähig sein wird. Das heißt, die klassische Strafhaftung greift bei dem nicht, weil er die Deliktsvoraussetzungen nicht hat. Bei der Maßnahme würde ich sagen, die Maßnahme kann man theoretisch schon kumulieren. Es bringt nur nichts. Weil ich kann ihn - und selbst wenn ich ihm eine zweite Maßnahme sozusagen anhängen könnte, dann würde der ja unter Umständen

für den Vollzug der zweiten Maßnahme auch wieder in dasselbe Krankenhaus zurückkommen. Also, damit löse ich das Problem ja nicht. Weil ich kann fünf Maßnahmen haben, solange die Vollziehungen immer wieder an denselben Justizabteilungen desselben Krankenhauses stattfinden ist es ein Nullsummenspiel. Insofern glaube ich, das müsste man sich jetzt genau anschauen, wie man Maßnahmen kumulieren kann. Das traue ich mich jetzt nicht sagen. Aber selbst wenn man sie kumulieren kann, bringt es überhaupt nichts, weil dann hätte er halt zwei Maßnahmen theoretisch, parallel verhängt, die würden alle dann immer noch in der selben Anstalt vollzogen werden, sodass sie nichts davon hätten. Also, ich glaube nicht, dass da die Lösung ist. Die Lösung müsste sein, wie man halt - wobei, das Recht, auch wenn es genauer wäre, ja das Grundproblem nicht lösen würde. Dass das eigentlich ganz eigentlich eine Klientel ist, mit spezifischen Problemen nehme ich einmal an.

GRin Mag. **Ramskogler**: Also, wenn ich das richtig verstanden habe, dann würde es aber auch heißen, dass das UBG auf alle zutrifft, egal was für eine Vorgeschichte da ist, eben ob es jemand aus dem Strafrecht kommt oder nicht. Es ist egal, oder?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Normalerweise ja, nämlich nicht in jeder, also das Gesetz unterscheidet da. Die Vollziehung der Unterbringung geht nach UBG. Aber diese für die Grundfrage, ob er überhaupt reinkommt oder nicht, das wird von der Staatsjustizseite gemacht. Es gibt ein Splitting. Aber die eigentlichen Fragen für die Durchführung, also auch für die Behandlung, das geht nach UBG, auch dann wenn sie über das Justizticket hineingekommen sind.

GRin Mag. **Ramskogler**: Also, was die Frage der Behandlung betrifft, wäre die gleich für solche PatientInnen als auch solche PatientInnen, die nicht den forensischen Background haben?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Ja. Und darüber kann man natürlich jetzt diskutieren. Aber das ist jetzt eine reine rechtspolitische Frage, ob die Gleichbehandlung der Justizleute mit den normalen Untergebrachten, ob das sachlich gerechtfertigt ist. Also, darüber kann man natürlich ein Fragezeichen machen. Aber ich will das jetzt nicht endgültig beantworten. Aus psychiatrischer Sicht ist der Unterschied wahrscheinlich weniger groß als aus juristischer Sicht. Aus juristischer Sicht sind für mich Welten dazwischen. Der eine ist ein Straftäter, der andere nicht. Aus psychiatrischer Sicht ist es wahrscheinlich, wenn man das Krankheitsbild vor Augen hat, ist der Unterschiedlich vermutlich marginaler als ich es jetzt sehe.

GRin Mag. **Ramskogler**: Das würde aber juristisch auch bedeuten, hier sind die Sicherheitsmaßnahmen vorgeschrieben von der strafrechtlichen Seite her. Hier muss zu sein. Hier muss die Anstalten geschlossen sein sozusagen. Und bei den anderen Untergebrachten ist es ja nicht eine rechtliche Frage, ob hier eine geschlossene Anstalt vorliegt, sondern es ist eine Behandlungsfrage, ob ich eine untergebrachten PatientIn, die nicht strafrechtlich verurteilt ist, so unterbringe, dass ich sage, ich muss die Türe nicht verschließen, weil ich mich für eine offene Psychiatrie auch der untergebrachten PatientInnen entschlossen habe, oder ich habe hier einen strafrechtlichen Hinweis, nämlich einen forensischen, dass sich sage, diese Abteilung ist klarerweise wie eine Strafvollzugsanstalt geschlossen.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Ja, da würde ich in etwa zustimmen. Es ist die Frage, ob er raus kann wieder. Da ist der Spielraum für die UBG-PatientInnen größer, weil dafür kann ich auch Ausgaben machen oder so, als für Strafgefangene, weil da kann der Anstaltsleiter nicht sagen: „Ich entlasse dich“, weil den kann er höchstens zurückgeben zur Justiz. Insofern ist die Geschlossenheitssituation, das Geschlossenheitsniveau muss etwas höher sein. Aber abgesehen davon ist die Ausgestaltung des Vollzugsrechts gleich. Also alle sonstigen Fragen wie zum Beschränkungsbehandlungen. Ist auch interessant. Also, im Strafvollzugsgesetz gibt es eben Behandlungszwang zumindest theoretisch, während in der Unterbringung gibt es ihn nicht mehr. Oder die Frage des Verkehrs mit der Außenwelt. Es gehört zu den, es hat vor kurzem wieder eine Entscheidung gegeben, weil die ist nach UBG zu beantworten, obwohl die Praxis offenbar anders ist, weil sie eher strafvollzugsrechtliches Usancen in den Justizpavillons, die ich besuche, Trennscheiben, Kojenbezug und wie das alles heißt. Aber rechtlich ist das im Grund völlig schwierig, weil im Grunde müsste man sagen, ja, die müssten ganz gleich behandelt werden, wie die nicht straffällig sind, weil das UBG nicht unterscheidet zwischen den zwei Gruppen.

GRin Mag. **Ramskogler**: Also, so gesehen, Entschuldigung, noch abschließend, so gesehen ist es ja sehr sinnvoll, wenn die Wiener Psychiatrie oder die Behandlung hier entschieden hat mehr oder weniger auch untergebrachte PatientInnen nicht einzuschließen und einzusperren, sondern dementsprechend im Behandlungsmodus der psychiatrischen Behandlung so zu behandeln, dass sie hier nicht auch ein Gefühl des Verurteilten haben, sondern auch dementsprechend ein normales Dasein auf einer Psychiatrie.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Klar. Also, falls da vorher vielleicht der Eindruck herübergekommen ist, ich würde jetzt fürs Zusperrn plädieren –

GRin Mag. **Ramskogler**: Nein. Nicht von Ihrer Seite, Herr Professor!

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Das Zusperrn findet am Besten gar nicht statt. Die Frage war ja nur anders. Solange das geht, ist es okay. Aber es kann die Alternative ja nicht sein, dass ich so alles offen mache, aber dann die Gefährdungen durch Fixierungen lösen muss. Den Fall meine ich. Aber das ist jetzt kein Widerspruch. Grundsätzlich kann die Linie selbstverständlich nicht sein, alles so wie gesperrte Maßnahmenhäftlinge zu führen. Aber wenn ich es im Einzelfall brauche, ist es mir rechtlich dann lieber unter Anführungszeichen die gesperrte Türe als die Personalfixierung.

GRin Mag. **Ramskogler**: Weil da sind wir wieder bei den Beschränkungsmaßnahmen. Und die haben wir ja jetzt schon fast ein Jahr auch diskutiert, dass wir unterschiedlicher Meinungen von Seiten der Opposition auch gegenüber uns sind. Die Beschränkungsmaßnahmen, ob jetzt Fixierung oder Netzbett oder eine Überwachung über Video oder auch eine Sitzbettwache. Also, da sind wir wieder in den Punkten den Beschränkungsmaßnahmen, die hier auf einzelne PatientInnen stattfinden. Und in Linz zum Beispiel haben wir den Herrn Prof. Schöny dagehabet, der uns erklärt hat, dort ist halt die Abteilung geschlossen. Oder ich kenne es auch von Niederösterreich, von Mauer. Dort ist es auch geschlossen. Also, es ist sehr unterschiedlich im Fachbereich. Nur die Geschichte, die hier auch läuft ist ja immer, man soll es im Fachlichen diskutiert haben und dort auch belassen. Ich denke, dass das nicht eine politische Aufgabe an sich ist. (*Zwischenruf*)

Schönen Dank Herr Professor!

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

GRin Dr. **Pilz**: Ja. Also, soweit ich Sie verstanden habe, sieht das Unterbringungsgesetz, das ja auch - taxativ fordert man, beschränkt wird durch einerseits die Behinderung des Hinausgehens durch eine verschlossene Türe und durch körpernahe Beschränkungen. Und die Frage, ob einem in Wien auf Grund durchaus in der Vergangenheit löblich gemeinter Entscheidungen, dieses Mittel genommen wird, dieses gelinde Mittel, kann ja nicht nur eine fachliche Frage sein. Das ist ja, nehme ich wohl an, Frage jetzt, habe ich als PatientIn das Recht, dass auch das gelindeste Mittel angeboten wird.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Ja, Frau Doktor. Im Prinzip ja. Die Frage hängt jetzt zusammen, wie viele Ressourcen muss ich bereit stellen.

Aber das ist ja keine sehr ressourcenlastige Sache.

GRin Dr. **Pilz**: Oh doch.

Univ.-Prof. **Kopetzki**: Oder?

GRin Dr. **Pilz**: Na ja, natürlich kann man sagen, man sperrt ihn einfach jetzt ein Zimmer zu und da sind die vier drinnen, die da untergebracht sind.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Also grundsätzlich

–
GRin Dr. **Pilz**: Aber therapeutisch vielleicht ein bisschen ein Desaster. Also, man muss dann schon was herrichten.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Ich habe das Recht auf das gelindeste Mittel. Das kann man, das ist okay. Aber weniger klar ist jetzt, wie die Ressourcenmittel investiert werden, dass möglichst viele alle immer das möglichst gelindeste Mittel haben. Diese Frage ist nicht mehr ganz klar. Weil erstens nicht ganz klar ist, was der pflegewissenschaftliche Standard ist und auch nicht ganz klar ist, wie viel sozusagen die Leistungspflicht einer Anstalt ist. Man kann immer maximal fordern. Das ist nicht mehr ganz eindeutig. Aber im Prinzip würde ich sagen: ja, habe ich das Recht auf das gelindeste Mittel.

GRin Dr. **Pilz**: Ich will noch einmal auf dieses Dokument zurückkommen. Der Herr Dr. DAVID ist ja eh da, wir werden ihn nachher selber dazu befragen können, welche Qualität dieses Papier hat von der Österreichischen Gesellschaft. Aber ich nehme einmal an, die Frau Prof. Hummer war ja auch da und hat auch bestätigt, dass das Grundsätze sind, auf die sich die Gesellschaft geeinigt hat. Aber würde, wenn Sie sagen, ein Dokument ist erst ein Dokument, wenn es ein offizielles ist, könnte man der Gesellschaft raten, dass man auf der einen Seite den Bund, den Justizminister oder wem immer, das schickt und auf der anderen Seite den verschiedenen Trägern von psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäusern in Österreich auch sagt, Freunde, wir, die Gesellschaft, das ist ja nicht irgendwer, sondern die Österreichische Gesellschaft, haben uns jetzt auf diese state of the art Kriterien geeinigt, da sind sie taxativ aufgelistet, und Bund im Rahmen deiner Hoheitsverwaltung garantiere uns, dass wir die Ressourcen haben, so behandeln zu können, Krankenanstaltenträger stellt Einrichtungen her, Personal, räumlich und so weiter, dass wir das, was wir hier als gesichertes gemeinsames fachliches Wissen sehen, auch umsetzen können. Wäre das ein Weg?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Wenn das, was in dem Papier ist, ich wiederhole mich jetzt glaube ich -

GRin Dr. **Pilz**: Ich gebe es Ihnen dann.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Aber wenn das in dem Papier steht, wirklich einen breiten Fach-

konsens wiedergibt. Wenn. Dann würde ich sagen, dann ist es ein sinnvoller Weg, das zumindest asymptotisch einzumahnen. Ich meine, man kann das nie 100%ig. Aber die Frage ob, kann ich nicht beurteilen. Wenn sich herausstellt, dass das halt die Meinung der Fachgesellschaft ist, aber es gibt noch zwei, drei abweichende Meinungen, in dem Moment bricht das zusammen. Also das Vertrauen. Die Fachgesellschaft kann nicht beschließen, was eine rechtliche Relevanz hat. Sie kann nur den „state of the art“ formulieren.

GRin Dr. **Pilz**: Genau.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Wenn er das wirklich ist, dann hat sie ihn halt dokumentiert damit. Aber ob er es ist, weiß ich nicht.

GRin Dr. **Pilz**: Ich rede jetzt - ich versuche in die Schuhe zu steigen von den handelnden ÄrztInnen und zwar insofern, weil da sind Sie, wenn ich Ihnen das ergänzen darf, vielleicht haben Sie die Information nicht, aber zwei ÄrztInnen im Otto-Wagner-Spital stehen gegenwärtig vor Gericht wegen eines Todesfalles. Also, es ist nicht so, dass man sagt, das ist 20 Jahre nie passiert, also ist das eh irgendwie alles Recht, was nie zur Anwendung kommt. Das hängt wie ein Damoklesschwert über dem Personal. Und zwei ÄrztInnen sind davon betroffen. Also so gesehen könnte man ja sagen, die Gesellschaft tut sich selber was Gutes, wenn sie Klarheit schafft, was hier geboten werden muss.

Daher meine Frage: Kann jetzt, wenn der Bund im Rahmen der Hoheitsverwaltung dafür zuständig ist, dass es hier auch die nötigen Ressourcen gibt im Rahmen fach- und sanitärer Aufsicht, kann der Bund und er wäre das, dann den Krankenanstalten sagen, zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes müsst ihr das, das und das zum Beispiel auf dieser Basis oder auf anderer leisten und an Ressourcen zur Verfügung stellen, damit diese Unterbringung auch sozusagen so abläuft, wie wir das wollen.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Also was der Bund, meiner Meinung nach, sicher kann, er kann im Bereich, in Fragen, die die Vollziehung des UBG betreffen auch Weisungen erteilen wie in der mittelbaren Bundesverwaltung. Ob er es tun wird, ist eine andere Frage, weil die auch nicht alles sehen davon, aber ich würde einmal sagen, das geht. Aber es geht nur soweit das Fragen, die die Vollziehung des UBG betreffen und da sind wir aber jetzt sofort wieder in einem Überschneidungsbereich, weil die Frage welche Ressourcen wer haben muss, zwar eine UBG-Rolle spielt bei der Verhältnismäßigkeitsprüfung, aber genuin eine Anstaltspflege, also eine Landesaufgabe ist. Insofern ist da irgendwo eine Grenze erreicht. Es kann der Bund sicher nicht sagen, „Kauft die und die Mittel ein“. Das wäre

sicher eine Überschreitung der Bundeskompetenz. Aber wo da ganz genau die Grenze ist, ist wahnsinnig schwer zu sagen. In der Vollziehung des UBG kann der Bund Weisungen erteilen. Aber die Ausstattungsfrage ist eigentlich eher Krankenanstaltenrecht als Unterbringungsrecht und die sind nicht ganz exakt trennbar.

Die zweite Frage war die sanitäre Aufsicht.

GRin Dr. **Pilz**: Genau!

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Und die gilt im Grunde - die sanitäre Aufsicht, die bezieht sich auf die Vollziehung des Krankenanstaltengesetzes. Insofern spielt sie wahrscheinlich beim UBG, würde ich einmal sagen, kaum eine Rolle. Die definiert im Krankenanstaltenrecht als Einhaltung der - erster Abschnitt KAG. Die eigentlichen UBG-Fragen würde ich sagen, unterliegen jetzt nicht der klassischen sanitären Aufsicht. Es ist mir wurscht, weil da der Bund ja hier eine viel stärkere Kompetenz hat. Hier überwacht er ja nicht nur Landesvollziehung, sondern hier ist er selber Bundesvollziehung. Hat er eigentlich im UBG-Bereich noch viel mehr als die sanitäre Aufsicht, nämlich er hat ein Weisungsrecht.

Die Frage der Finanzierung, ich habe sie höfentlich vorsichtig genug formuliert. Das ist nicht klar. Für uns auch nicht. Die Frage, was das für die Finanzierungsverantwortung heißt. Das ist eine vollkommen ungeklärte Frage. Also, ich würde nicht so weit gehen, zu sagen, dass man jetzt vom Bund verlangen kann, dass er die ganzen fehlenden Ressourcen für die UBG-Durchführung, für die ordnungsgemäße aufstockt.

GRin Dr. **Pilz**: Aber er könnte eine Weisung geben und sagen, Freunde stellt für die ordentliche Vollziehung des UBG, die und die Einrichtungen her.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Ja, wenn er das tut, bitte sehr. Wenn er das geschickt sagt, Fragen stellt für die ordentliche Vollziehung, dann würde ich sagen, das kann er. Aber wenn er allzu expliziert wird und jetzt sagt: „Kauft die und die Betten ein“, dann würde ich sagen, das kann er nicht mehr. Weil das ist Landessache und es steht ja auch die Frage, wer muss Anstaltspflege zur Verfügung stellen, das ist Landesaufgabe, Paragraph ganz am Anfang Krankenanstaltengesetz. Und das ist ja Dilemma, dass sich diese Grenzen zwischen Landes- und Bundesaufgabe nicht wirklich mit der Rasierklinge hier scharf trennen lassen und in dem Überschneidungsseck sind wir hier genau.

GRin Dr. **Pilz**: Ich will noch -

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Im Grunde wäre es ein Kandidat für eine 15a-Vereinbarung, weil die verwendet man ja meistens dort, wo es genau solche Unklarheiten gibt.

GRin Dr. **Pilz**: Sie haben ganz klar gesagt, das Unterbringungsgesetz sieht eine Beschränkung dann vor, wenn Gefahr gegen das eigene oder fremdes Leben ausgeht. Im Otto-Wagner-Spital werden im Moment jetzt Leitlinien erarbeitet hinsichtlich der Handhabung von Fixierungen und Beschränkungen und da ist in einem internen Dokument, das noch nicht verabschiedet wurde, aber das hier auch schon Debatte war, davon die Rede, dass man fixiert und beschränkt, wenn es zu verbaler Belästigung oder Beschimpfung von mit PatientInnen oder Personal kommt. Ist das im Sinne des Gesetzes?

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Also wenn es so drinnen steht -

GRin Dr. **Pilz**: Steht so drinnen.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Da gibt es Entscheidungen. Also, die verbale Belästigung ist keine Gefahr im Sinne, sondern -

GRin Dr. **Pilz**: Also, das können wir -

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Ich meine, man muss nur -

GRin Dr. **Pilz**: Gleich ausrichten.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Man muss nur vorsichtig sein mit so Aussagen, die dann im Protokoll stehen. Es kann natürlich im Einzelfall eine verbale - Gefahr heißt ja nicht: was macht die PatientIn, sondern was droht von ihr. Was wir unter Gefahr verstehen, ist die Wahrscheinlichkeit, dass künftig ein Schaden passiert. Ich kann mir eine Situation vorstellen, das müsste man einem Psychiater sagen, dass ich in einer konkreten Situation auch aus einem rein verbalen Geschehen eine Gefahrenprognose ableite, weil ich genau weiß zum Beispiel, dass das bei dem immer so anfängt und in der nächsten Minute wird er körperlich aggressiv. Dann kann auch die verbale Beschimpfung eine Prognose stützen in Richtung Gefahrenabwehr. Aber das schlichte Beschimpfen würde ich mit Sicherheit nicht.

GRin Dr. **Pilz**: Es geht ja in diesem Dokument nicht: bei PatientIn X ist es so, dass wenn der beschimpft, weiß man, dann wird das nächste der tätliche Angriff sein, sondern als grundsätzliche Begründung für eine Fixierung wäre die Beschimpfung und Belästigung eine Möglichkeit. Also das sehen Sie als nicht -

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Nein. Das wäre ein Bereich, den ich auch auf die Folie gegeben habe. Das wäre die klassische Disziplinarmaßnahme. Als solches darf es nicht verwendet werden. Das ist auch im Grunde unbestritten. Jedenfalls in der Judikatur.

GRin Dr. **Pilz**: Dankeschön.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut. Da es keine weiteren Fragen mehr gibt, Herr Professor, bedanke ich mich nur ganz herzlich für die Ausdauer und für den wirklich interessanten Vortrag, den Sie uns zukommen haben lasen.

Univ.-Prof. DDr. **Kopetzki**: Ich danke auch.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Wir machen jetzt - ich darf Sie damit verabschieden - wir machen jetzt eine kurze Pause und dann als nächstes ist eben der Herr Primar Dr. DAVID als Zeuge auf der Tagesordnung. Wir sehen uns bitte um 11.30 Uhr wieder. Damit wir also pünktlich auch den Termin wahrnehmen können.

(Sitzungspause: 11.12 Uhr bis 11.32 Uhr)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: So wir setzen nunmehr unsere Sitzung fort. Und ich darf sehr herzlich Herrn Prim. Dr. Harald DAVID begrüßen vom Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital. Und zwar, wie wir schon gehört haben, aus der Abteilung für forensische Psychiatrie und Alkoholranke. Und Herr Prim. Dr. DAVID wird von uns als Zeuge vernommen, zum Thema „Wie wirken sich die räumlichen, personellen und infrastrukturellen Gegebenheiten am Otto-Wagner-Spital auf die „state of the art“ Versorgung der PatientInnen aus?“.

Herr Primar, ich darf Sie daran erinnern, dass Sie als Zeuge unter Wahrheitspflicht stehen. Sie haben jedoch die Möglichkeit, die Beantwortung von Fragen zu verweigern, wenn die Beantwortung, die wahrheitsgemäße Beantwortung für Sie mit Nachteilen verbunden wäre. Ich darf Sie zunächst einmal bitten, dass sie sich kurz vorstellen, insbesondere Ihren beruflichen Werdegang und dann für die Fragen der Kommissionsmitglieder zur Verfügung stehen. Bitte, Herr Primar.

Prim. Dr. **DAVID**: Ja. Ich darf einmal gestehen, dass ich schon ein klein wenig aufgeregt bin, weil ich selten Gelegenheit habe, vor einem so hochrangigen Kreis von Entscheidungsträgern die Leistungen und was die Psychiatrie kann und vielleicht ein bisschen das, was die Psychiatrie braucht, darzustellen. Ich bin sehr froh, dass ich meine Mitarbeiterin, die Frau Kalcher neben mir habe, die mich mit meinen Unterlagen unterstützen wird.

Zu meinem beruflichen Werdegang kann ich sagen: Ich habe in Wien Medizin studiert, in relativ kurzer Zeit. Habe aber eigentlich schon während des ganzen Studiums gewusst, dass ich Psychiater werden möchte. Habe auch schon während des Studiums begonnen psychotherapeutische Selbsterfahrung zu sammeln. Habe dann im Anschluss, weil es so rasch keine Ausbildungsstelle gegeben hat, den Turnus die Ausbildung zum praktischen Arzt gemacht, worüber ich auch sehr froh bin und habe dann zuerst in Gugging und dann an psychiatrischen Universitätsklinik meine Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie gemacht. Habe dort schon in Zu-

sammenarbeit mit Prof. Katschnig über psychiatrische Notfälle gearbeitet. Wir haben da auch regelmäßig die Vorträge für die Ausbildung der Notfallmediziner gemacht. Durfte auch in Gugging wirklich in einer Aufbruchszeit der Psychiatrie dabei sein. Wir waren damals zum Beispiel was absolut einmalig war, mit chronischen PatientInnen auf einen Ausflug nach Triest. Also, ich habe erlebt, wie die das erleben, dass sie nach langer Zeit in der Anstalt endlich frei was gestalten können. Große Aufregung war schon eigenverantwortlich eine Unterschrift zu leisten, zum Beispiel für den Pass. Durfte also wirklich in diesen Aufbruchszeiten der Psychiatrie dabei sein und hier zum Teil auch mitgestalten. An der psychiatrischen Universitätsklinik war ich zuerst auf einer sogenannten Justizklinikstelle, also eine Stelle, die von der Justiz der Klinik refundiert wurde und dafür war man auch in Justizanstalten tätig. Ich habe damals mit wechselnden Kollegen durch einige Zeit die Sonderanstalt Stockerau geleitet. Das war eine Außenstelle von Mittersteig. Nach Abschluss meiner Facharztausbildung gab es dann die Gelegenheit an die damalige Baumgartner Höhe, also jetzt hier Otto-Wagner-Spital zu wechseln, gleich in eine Oberarztposition. Und ich war dann bis '95 als Oberarzt in der zweiten psychiatrischen Abteilung tätig. Und war auch der Vertreter des Abteilungsleiters.

In der ganzen Zeit haben mich verschiedene Interessen begleitet und ich konnte sie im wechselnden Umfang umsetzen. Das eine war immer noch das Interesse an der Allgemeinmedizin. Ich war viele Jahre lang im Ärztekundendienst als Notarzt tätig. Das zweite war die Psychotherapie. Ich habe dann nach verschiedenen Selbsterfahrungen mich einfach interessiert, mir unterschiedliches anzuschauen, die Ausbildung zum Gestalttherapeuten abgeschlossen. Und ich hatte immer schon ein Interesse an Randgruppen. Und es gab dann '95 die Gelegenheit im Fall der Pensionierung meines Vorgängers mich für den Pavillon 23, also für die Abteilung für forensische Psychiatrie und Alkoholranke zu bewerben. Und ich bin dann auch zum Leiter dieser Abteilung bestellt worden.

Was für mich das Faszinosum daran ist, ist dass das zwei Bereiche sind, die von der Struktur her völlig widersprüchlich sind. Das eine ist die Forensik. Da habe ich mit PatientInnen, die durch die Bank nicht freiwillig dort sind, die oft am Anfang nicht einmal verstehen, warum sie da sind, die einen Behandlungsprozess durchlaufen und wenn sie im Rahmen dieses Behandlungsprozess größere Schwierigkeiten gibt, zum Beispiel, dass sie nicht ausreichend mitarbeiten, zum Beispiel, dass es Verzögerungen im Heilungsverlauf gibt, dann dauert der Aufenthalt

dementsprechend länger und weder die PatientInnen noch wir wissen, wie lange es wirklich dauern wird, weil die bedingte Entlassung letztlich vom Gericht und vom externen Sachverständigen abhängt. Völlig konträr bei den Alkoholkranken. Die kommen durch die Bank freiwillig. Die müssen sich anmelden. Sie müssen ihre Motivation belegen. Die wissen auf den Tag genau, wie lange sie bei uns sind und wenn es grobe Regelverstöße gibt, wie zum Beispiel es wird Alkohol in die Abteilung reingebracht oder es wird jemand bedroht, dann müssen wir uns von dieser PatientInnen trennen. Das heißt also, die müssen früher gehen.

Ich habe dann im weiteren Verlauf in verschiedenen Qualitätssicherungsmaßnahmen im Haus teilgenommen, die zum Teil hier auch Thema sein werden und ich denke, ich belasse es dabei einmal und werde dann eventuell noch später auf verschiedene Stationen Bezug nehmen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke vielmals. Bitte Herr GR Lasar.

GR **Lasar**: Danke Herr Primarius für Ihre Ausführungen!

Ich habe folgende Frage dazu zum Otto-Wagner-Spital, wo Sie auch tätig sind. Haben Sie zum Beispiel Personalengpässe in der Versorgung Ihrer PatientInnen im Bereich ÄrztInnenpersonal oder sind Sie ausreichend damit versorgt?

Prim. Dr. **DAVID**: Also, prinzipiell und Sie haben das ja schon mehrfach gehört, wenn man die Zahlen der ÄrztInnenschaft vergleicht, die Berechnungen auch im anderen Personal, dann stehen wir im Vergleich zu anderen Bundesländern und anderen Häusern relativ gut da. Wenn es man es vergleicht mit den bereits dislozierten Einrichtungen im Bereich der Gemeinde Wien, also Kaiser Franz Josef-Spital, SMZ Ost, da sind wir im fachärztlichen, oberärztlichen Bereich über lange Zeit geringer ausgestattet gewesen. Und zwar deswegen, weil die Kollegenschaft eben im Nachtdienst die OberärztInnen für zwei Abteilungen zuständig waren. Seit längerer Zeit und im Hinblick auf die weiteren, bevorstehenden Dislozierungen ist hier ein Veränderungsprozess eingetreten. Das Ziel ist die Eigenbefähigung der Regionalabteilungen, weil wir, wenn sie dann in einem anderen Haus sind auch wieder selbstständig tätig sein müssen. Unter diesem Licht kann ich sagen, dass die Ausstattung mit Personal im Allgemeinen ausreichend war, wenn auch in manchen Bereichen würde ich sagen nicht gerade beglückend, weil natürlich gab es immer wieder Krankenstände, Langzeitkrankenstände, die von anderen Personen dann kompensiert werden mussten.

Und ich muss sagen und damit befinde ich mich vielleicht auch im Gegensatz zu vielen anderen, dass ich auch der Sicht der PatientInnenversorgung über das Arbeitszeitgesetz für ÄrztInnen nicht wirklich glücklich bin, weil es dazu führen kann, ich sage ausdrücklich kann, dass manchmal die Betreuungskontinuität nicht im gewünschten Umfang gewährleistet werden kann. Das teilen wir uns mit allen anderen Fächern der Medizin. Ich darf nur ein Beispiel nennen. Wenn ich als Chirurg heute bei der Visite bei einer PatientIn stehe und sage: „Der gefällt mir nicht ganz“, dann ist das etwas, was ich aus meiner chirurgischen Erfahrung spüren kann, aber wahrscheinlich nicht wirklich nicht genau dokumentieren und schon gar nicht weitergeben kann. Das heißt, wenn am nächsten Tag wer anderer dort steht, dem kann ich zwar vorher sagen: „Schau auf den Herrn Sowieso“, aber den Unterschied kann er vielleicht nicht so merken. Noch schwieriger ist es in der Psychiatrie, wenn ich zum Beispiel als männlicher Arzt ein Patienten habe, der aus einem anderen Kulturkreis kommt und mit Mühe und Not mit ihm vereinbaren kann, dass er bereit ist, ein Medikament zu schlucken. Wenn ich am nächsten Tag, als der, der die Vereinbarung getroffen hat, nicht mehr da bin und es ist womöglich eine jüngere Kollegin da, dann ist es oft schwierig, diese Vereinbarung weiterzutragen.

Also, ich möchte es noch einmal zusammenfassen: Ausreichend. Ja. Mehr wäre natürlich schöner.

GR **Lasar:** Eine Zusatzfrage von mir. Folgendes: Wenn Sie, wie Sie auch gesagt haben, dass es doch ab und zu Engpässe gegeben hat im personellen oder im Pflegebereich, haben Sie, wenn es eben vorgekommen ist, dass Engpässe da waren, die Kollegiale Führung darüber informiert oder nicht?

Prim. Dr. **DAVID:** Prinzipiell ist es so. Es war auch vorher die Frage gegenüber Herrn Professor Kopetzki mit der Organisationsverantwortung und so. Es gibt im Vorhinein erstellte Dienstpläne. Diese Dienstpläne müssen von den Abteilungsleitern vidiert, das heißt also zur Kenntnis genommen werden, das heißt, ich nehme im Vorhinein zur Kenntnis, an diesem Tag ist für meine Abteilung ausreichend Personal vorhanden. Sollte das nicht sein, zum Beispiel auf Grund eines Krankenstandes, dann habe ich auch unter den Bedingungen des Arbeitszeitgesetzes, die Möglichkeit, einer Kollegin zu sagen, „Sie können leider nach ihrem Nachtdienst nicht nach Hause gehen, sie bekommen dafür an einem anderen Tag einen Gutttag.“ Natürlich immer unter dem Aspekt: die Rahmenbedingungen des Arbeitszeitgesetzes müssen eingehalten werden. Das funktioniert üblicherweise gut.

Wenn dieser Ausgleich innerhalb der Abteilung nicht funktioniert, dann kann ich auf andere Abteilungen zugehen und kann dort bitten, ob es einen Ausgleich, einen Austausch geben kann. Und wenn das auch nicht funktioniert, dann wird es selbstverständlich, auch wenn es Probleme gibt, an die Kollegiale Führung weitergeleitet und bis jetzt ist es immer noch so gegangen, dass die Kollegiale Führung beziehungsweise die ärztliche Direktion irgendeine Möglichkeit gefunden hat, dass zum Beispiel die PrimärärztInnen in ihrem Gremium sich zusammensetzen und dort in einem kollegialen Austausch schauen, wo eine Aushilfe, eine Unterstützung möglich ist. Das ist nicht immer leicht. Aber wir haben einen Leitsatz bei uns im Haus, der heißt: Wir bewältigen unsere Aufgaben mit Fairness und organisatorischer Fantasie. Und da ist eben die organisatorische Fantasie gefragt.

Prim. Dr. **DAVID:** Dankeschön Herr Primarius.

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

GRin **Praniess-Kastner:** Ja, vielen Dank für Ihr Kommen Herr Professor!

Prim. Dr. **DAVID:** Nur Primarius. Kein Professor!

GRin **Praniess-Kastner:** Primarius. Ich denke wir werden zur Personalsituation noch später kommen. Sie haben in Ihrer Vorstellung angesprochen, dass Sie an mehreren Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln mitgearbeitet haben und erlauben Sie mir auf den Abschlussbericht des Arbeitskreises psychiatrische IntensivpatientInnen zu sprechen zu kommen. Wenn Sie mit-schauen wollen, dann warte ich kurz, weil ich beziehe mich auf eine Passage auf Seite acht. Und zitiere: „Es besteht im Arbeitskreis völlige Übereinstimmung, dass an den Stationen ausreichende operative und personelle Ausstattungen zum Monitoring beziehungsweise zur Überwachung eventueller RisikopatientInnen vorhanden sein müssen.“ Und auf Seite neun: „Weiters herrscht völlige Übereinstimmung, dass PatientInnen, bei den Komplikationen erwartet werden, in räumlicher Nähe zum Hauptaufenthaltsort des Personals, also zum Stützpunkt untergebracht sein müssen. Die Räumlichkeiten müssen auch ausreichend ausgestattet sein.“ Sind Sie der Meinung, Herr Primarius, dass diese vom Arbeitskreis festgestellten Notwendigkeiten im Otto-Wagner-Spital lückenlos Genüge getan wird? Oder in welchen Bereichen sehen Sie weiteren Handlungsbedarf?

Prim. Dr. **DAVID:** Ich sehe weiteren Handlungsbedarf genau in den Bereichen, wo gerade jetzt auch gehandelt wird. Ich darf zum Beispiel meine eigene Station, den Pavillon 23 nehmen, wo im Parterre es sicher nicht so war, dass die

Überwachungszimmer in unmittelbarer Nähe zum Stützpunkt waren, wo es sicher nicht so war, dass zum Beispiel das Monitoring gesichert war. Wir haben jetzt gerade eine große Baustelle. Ich muss allen meinen MitarbeiterInnen und den PatientInnen danken, dass sie den Lärm und den Staub so aushalten. Wo genau gemacht wird. Also wir werden, wenn diese Baustelle abgeschlossen ist, mehr Einzelzimmer haben. Wir werden Monitoring haben. Und das alles ist in unmittelbarer Nachbarschaft, also die Überwachungszimmer sind dann direkt zugänglich vom zentral gelegenen Stützpunkt.

Ich darf Ihnen nur zur Entwicklung noch sagen, dazu bedarf ja es auch immer verschiedener anderer Rahmenbedingungen. Es hat sich zum Beispiel die Zahl der PatientInnen auf dieser Station seit der Begründung dieser Station, da waren es 20, bis zur Übernahme dieser Station durch mich, da waren es 18, auf jetzt 16 reduziert. Das heißt, allein dadurch ist es möglich geworden, dass schon räumlich anders agiert wird. Also, was noch nicht ist, ist jetzt gerade im Werden und ist schon lange geplant und angedacht. Und ich bin (*Zwischenruf*) - Entschuldigung, einen Satz noch. Ich bin dem Herrn Prof. Kopetzki auch sehr dankbar für das Wort „asymptotisch“. Wir sind immer in Annäherung an Dinge. Es kann nicht sein, dass wir heute ein Papier veröffentlichen und morgen ist es geschehen.

GRin **Praniess-Kastner:** Herr Primarius, vielen Dank. Ich habe nicht zitiert, von wann dieses Protokoll, aus dem ich zitiert habe, war und das war am 30. September 2003. Wenn Sie sagen, es wird jetzt gehandelt, dann hat das sozusagen bis Ende 2008 gedauert, bis Sie jetzt diesen Baulärm ertragen müssen. Was hat das bedeutet jetzt die letzten Jahre für Sie, dass es diese Grundvoraussetzungen, die in dem Protokoll dargelegt sind, nicht gibt?

Prim. Dr. **DAVID:** Das hat bedeutet, dass wir mit der gleichen Aufmerksamkeit und der gleichen Intensität, wie wir es auch schon die Jahre davor, vor diesem Arbeitskreis gemacht haben, auf unsere PatientInnen geschaut haben, und wenn Sie diesen Abschlussbericht zitieren, möchte ich schon noch erwähnen, wie dieser Arbeitskreis ganz wesentlich auch durch die Initiative teils von mir, teils von anderen interessierten KollegInnen zustande gekommen ist. Der ist nämlich dadurch zustande gekommen, dass auf einmal in den Medien die ungeklärten Todesfälle im Otto-Wagner-Spital aufgetaucht sind. Und wir haben sehr gut gewusst, dass wir sorgfältig gearbeitet haben. Es ist ja das alles auch gerichtlich untersucht worden und es wurde ja kein Verschulden festgestellt. Was wir aber als Manko erlebt haben, war, dass wir es nicht sozusagen auf Knopfdruck beweisen konnten. Wir

hatten kein Papier. Wir hatten keine Leitlinien, wo man hätte sagen können, das, was wir gemacht haben, entspricht sowieso dem, was gemacht werden soll. Und der Hauptzweck dieses Arbeitskreises war einmal für uns intern festzulegen, was meinen wir überhaupt, wie es geschehen soll und wie geschehen kann bei uns. Das heißt, es ist weniger darum gegangen etwas drastisch zu verbessern, sondern es ist mehr darum gegangen, zu belegen, dass das, was wir sowieso schon die ganze Zeit gemacht haben, auch dem entspricht, was die Wissenschaft möchte und dann darüber hinausgehend noch einen Verbesserungsbedarf aufzuzeigen.

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

GRin **Klicka:** Dankeschön Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Primar!

Aus den vielfachen Ausbildungen heraus, die Sie abgeschlossen haben, sind Sie ein Experte auf vielen Gebieten geworden. Sie haben sich mit großem Interessen mit vielen Bereichen beschäftigt. Ich möchte jetzt auf die Forensik an und für sich zurückkommen. Es ist ja so, dass die Forensik eine Spezialabteilung sozusagen ist. Also, auch eben nicht die Normalversorgung hineinfällt, sondern es eben jene PatientInnen sind, die auf Grund einer Verurteilung und einer Unzurechnungsfähigkeit auch eingeliefert werden. Es ist sicher noch, denke ich, manchmal, ich weiß es nicht, ich war noch nie dort, ich kenne nur die psychiatrischen Abteilungen, eine Stufe schwieriger mit diesen PatientInnen zu arbeiten. Möglicherweise auch wegen Uneinsichtigkeit. Sie haben schon gesagt, manche wissen vielleicht gar nicht, warum sie dort sind. Und da hätte ich gerne gewusst, welche besondere Herausforderung stellt die Arbeit mit diesen PatientInnen dar? Und wie sieht eine Behandlung bei einer forensischen PatientIn aus? Und gibt es dann eine möglicherweise Heilung oder eine Rehabilitation? Und kommen die PatientInnen dann in eine normale Haftanstalt, wenn dieser Prozess sozusagen vollendet ist? Ich weiß es nicht. Und ich hätte es gerne gewusst. Danke.

Prim. Dr. **DAVID:** Also, prinzipiell muss man, das hat der Herr Professor schon aufgezählt, zwischen drei Gruppen von PatientInnen unterschieden. Das eine sind Straf- und Untersuchungshäftlinge, die in eine psychische Krise geraten oder Symptome einer psychiatrischen Krankheit entwickeln. Die kommen zu uns. Werden bei uns behandelt. Und kommen dann wieder in die Strafanstalt zurück. Genauso wie sie, wenn sie ein chirurgisches Problem hätten, auf eine Chirurgie kämen und nachher wieder zurück. Eine andere Gruppe sind die PatientInnen nach § 429 Absatz 4 des Strafvollzugsgesetzes. Das sind PatientInnen, die vorläufig in den Maß-

nahmenvollzug eingewiesen worden sind. Wo also das Gericht vermutet, es könnte letztlich sein, dass eben eine Zurechnungsunfähigkeit zugestanden wird. Das Gesetz meint, dass das eine Rechtswohltat ist, das Zugestehen der Zurechnungsunfähigkeit. Und die teils bei uns und teils in einer eigenen Abteilung in der Justizanstalt Josefstadt sind, die aber halt manchmal überlastet ist und dann einzelne PatientInnen zu uns schicken. Der Großteil unserer Klientel sind PatientInnen nach § 21 Absatz 1 des Strafvollzugsgesetzes. Das sind also Menschen, die zum Zeitpunkt der Tat auf Grund einer Geisteskrankheit zurechnungsunfähig waren, die eine Tat gesetzt haben, die mit mehr als ein Jahr Strafe bedroht ist und wo zu befürchten ist, dass sie auf Grund ihrer Krankheit weitere schwere Straftaten setzen. Diese PatientInnen sind also schuldunfähig, bekommen also keine Strafe, sondern einen Beschluss zur Einweisung in eine, wie es im Gesetzestext heißt, mit Freiheitsentziehung verbundene vorbeugende Maßnahme. Und diese Maßnahme dauert eine ungewisse Zeit. Wir werden jährlich aufgefordert, dem Gericht einen Bericht zu erstatten über den Behandlungsfortschritt. Und die Behandlung läuft bei uns in ganz kleinen Schritten. Was nämlich ein Phänomen dieser Krankheiten oft ist, ist die ganz geringe Belastbarkeit gegen Veränderungen zum Beispiel. Das sieht also so aus, dass die PatientIn, wenn sie in einem akuten Zustand ist, sich zuerst einmal im Akutzimmer befindet, wenn ihre akute psychotische Symptomatik oder depressive Symptomatik oder affektive Symptomatik abgeklungen ist und wir sehen, dass sie zum Beispiel im Gespräch gut kontaktfähig ist, wenn es zu keine Affektdurchbrüchen mehr kommt, dann wird sie in einen Bereich verlegt, wo sie mit anderen PatientInnen zusammen sein kann. Wenn es dort gut geht, wenn sie sich konzentrieren kann, wenn sie keine groben Schwankungen mehr hat, dann wird begonnen mit Therapiegesprächen und mit der Ergotherapie auf der Station. Und ich will sie jetzt gar nicht im Detail aufzählen. Die letzte Stufe, bevor wir jemanden zur bedingten Entlassung eingeben, ist, dass sie drei Nachtausgänge in der Woche hat, vielleicht auch schon Unterbrechungen der Unterbringung, wo sie also auch mehrere Tage außerhalb der Anstalt verbracht hat, wo sie hoffentlich, wenn sie dazu geeignet ist, eine externe Tagesstruktur hat, einen Kurs, eine arbeitsvorbereitende Maßnahme oder manche von uns haben tatsächlich auch schon eine Arbeit gefunden. Und wenn das alles gut gegangen ist, wenn sie krankheitseinsichtig ist, wenn sie kooperativ ist, wenn sie stabil ist, dann werden wir eine sogenannte positive Eingabe schreiben und dann bestellt das Gericht einen externen Sachverständigen und der bestä-

tigt das entweder oder auch nicht oder schlägt noch verschiedene Behandlungsmaßnahmen vor.

Was wir relativ neu eingeführt haben und da muss ich sagen, da haben wir aus diesem bedauerlichen Vorfall im Oktober 2007 gelernt, ist, dass wir noch standardisiertere Erhebungsinstrumente verwenden - die hat es vorher auch noch nicht gegeben, muss ich sagen - vor Vollzugslockerungen, dass wir also im Team gemeinsam nach verschiedenen Parameter uns anschauen, kann die PatientIn in die nächste Stufe, also kann sie zum Beispiel von den begleitenden Spaziergängen im Areal schon in die Stufe der unbegleitenden Spaziergänge im Areal kommen und wir haben auch sehr differenzierte Prognoseinstrumente, wo wir im Team uns gemeinsam uns anschauen, wieder nach bestimmten vorgegebenen und international validierten Kriterien, ist die PatientIn schon entlassungsfähig und wenn nicht, wo sind die Punkte, an denen mit ihm noch spezifisch gearbeitet werden muss.

Darf ich noch einen Satz hinzusagen? (*Zwischenruf*) Das wesentliche Hindernis für die Rehabilitation ist in vielen Fällen die mangelnde Aufnahmefähigkeit oder -willigkeit der Gesellschaft. Wir haben sicher zu wenig betreute Wohnheime, wir haben sicher zu wenig Arbeitsmöglichkeiten für diese PatientInnen. Wir versuchen es trotzdem mit maximaler Unterstützung der PatientInnen. Und was noch ein wichtiger Satz ist, wenn die PatientIn entlassen ist, dann ist sie nicht einfach draußen und weg, sondern das Gericht hat die Möglichkeit, und verwendet diese auch regelhaft, den PatientInnen eine Weisung für die weitere Behandlung zu erteilen. Das heißt, sie bekommt die Weisung weiter Medikation zu nehmen in kontrollierter Weise, Alkohol abstinent zu sein, an einem bestimmten Ort zu wohnen und so weiter. Das kommt dann auf den Einzelfall an.

GRin **Klicka**: Eine kurze Frage noch, weil wir das vorhin auch gehört haben, in Bezug auf diese Prüfung auch sozusagen nach Ende der Behandlung durch den Patientenanwalt. Sind die Patientenanwälte bei Ihnen auch vor Ort oder wird das alles elektronisch weiter geleitet?

Prim. Dr. **DAVID**: Die Patientenanwälte sind bei uns nur zuständig für die Straf- und Untersuchungshäftlinge. Sie sind nicht zuständig für die PatientInnen nach § 429 und die MaßnahmenpatientInnen, weil wir da sowieso vom Vollzugsgericht kontrolliert werden. Wir berichten dem Gericht jährlich. Es hat auch jede PatientIn die Möglichkeit sich direkt an das Vollzugsgericht zu wenden, wenn sie zum Beispiel eine Behandlungsmaßnahme für nicht angemessen hält. Wir hatten zum Beispiel die Situation, dass ein Pati-

ent der Meinung war, die Depotmedikation sei für ihn nicht angemessen. Dann kam eine Gerichtskommission vom Landesgericht. Es kam ein externer Sachverständiger. Der ist auch zu dem Schluss gekommen, dass die Depotmedikation bei diesem Patienten das angemessene Mittel ist. Und dann durften wir auch mit der Zustimmung des Gerichtes diese Depotbehandlung weiterführen. Was wir von uns aus automatisch machen, wenn wir bei einem Patienten die Depotbehandlung für angemessen halten und der Patient ist nicht einverstanden, dass wir es von uns aus dem Gericht melden.

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

GRin Dr. **Pilz**: Herr Primar, da bleibe ich gleich beim letzten Punkt, den Sie angesprochen haben, was passiert denn, wenn sich eine PatientIn dann im Anschluss an die Behandlung in Ihrer Einrichtung nicht an die Weisung hält?

Prim. Dr. **DAVID**: Da sprechen Sie leider ein dringendes Problem an. Wenn sich ein PatientIn nicht an die Weisung hält, dann sind die Möglichkeiten der Justiz leider sehr träge. Was passiert jetzt? Dass wir dem Gericht Meldung machen und je nach Dringlichkeit entweder per e-mail oder per Brief, manchmal auch direkt telefonisch, und sagen, die PatientIn hat sich nicht an die Weisung gehalten, die ist nicht gekommen. Jetzt muss sie das Gericht laden. Sie hat drei Wochen Hinterlegungsfrist. Dann kommt sie nicht. Dann lädt es sie noch einmal mit Androhung der Vorführung. Dann kommt sie. Dann muss das Gericht ihr nachweisen, dass sie mutwillig die Weisung nicht eingehalten hat. Dann sagt sie, sie war verkühlt oder es war Glätteis oder was auch immer. Das heißt, und da komme ich auf einen Satz, der mir ganz besonders wichtig ist, die Sicherheit, ist, nach meiner Ansicht, nicht durch rechtliche Maßnahmen und auch nicht durch Sicherheitsmaßnahmen zu gewährleisten, sondern die Sicherheit geht eigentlich nur über den persönlichen Kontakt oder hauptsächlich über den persönlichen Kontakt. Das heißt, was zu aller erst einmal passiert ist, dass wir versuchen den Patienten anzurufen, ihn wieder einzuladen her zu kommen, die Bewährungshelfer, der auch nachgehen kann, verständigen und schauen, dass wir heraus bekommen, wie es der PatientIn eigentlich geht.

GRin Dr. **Pilz**: Mir berichten Angehörige, dass genau nichts passiert, wenn sich die PatientIn nicht an die Weisung hält und auch der PSD sagt, dass er sich nicht zuständig fühlt. Das hat dann in die reale Situation geführt, dass Angehörige mit dieser PatientIn überfordert überbleiben und sich niemand in der Nachsorge zuständig fühlt.

Prim. Dr. **DAVID**: Wir fühlen uns zuständig und sind zuständig so lange die Weisung dauert. Die Weisung dauert üblicherweise fünf bis zehn Jahre und kann nach der letzten diesbezüglichen Novelle auch verlängert werden. Dass wir zum Beispiel sagen, der Patient kommt zwar, aber er ist so instabil, er sollte die Weisung noch länger haben. Und das Kontaktangebot von uns gibt es immer. Es gibt auch die Möglichkeit im Notfall zum Beispiel, und das gilt für jeden Patienten, nicht nur für die MaßnahmenpatientInnen, dass die Angehörigen sich an die Polizei und an den Amtsarzt wenden und der dann die Überstellung an die Psychiatrie veranlassen kann. Ich kann mir vorstellen, dass es Einzelfälle gibt, wo auf der einen Seite die Übergänge von der Freiheit und den Freiheitsansprüchen der PatientIn und auf der anderen Seite die Bedürfnisse der Angehörigen nicht ganz in Einklang zu bringen sind. Aber für uns ist es so geregelt, so lange die PatientIn in der Weisung ist, fühlen wir uns zuständig oder wenn wir es nicht sind, es gibt zum Beispiel eine forensische Nachsorgeambulanz. Der PSD fühlt sich für forensische PatientInnen nicht zuständig. Kann ich auch in gewisser Weise nachvollziehen, weil die Forensik ein eigenes Kapitel ist.

GRin Dr. **Pilz**: Ich möchte jetzt noch einmal auf die Personalsituation zurückkommen. Sie haben gesagt, sie ist nicht beglückend. Ich möchte jetzt zitieren aus einem Protokoll einer Sitzung mit der zuständigen ärztlichen Leiterin und Mittelbau und so weiter und da wurde insbesondere bei der Forensische Abteilung von höchster Personalnot gesprochen. Das war dieses Jahr im Juni. 19 FachärztInnen sind weggegangen aus diesem Haus. Das haben wir in anderer Art schon gehört. 15 FachärztInnenstellen wären aktuell unbesetzt. Monatelang keine Nachbesetzungen und konkret sprechen dann KollegInnen der fünften Abteilung über extreme Belastungen im Nachtdienst. Und wir wissen, das beginnt ja ab 13 Uhr. Praktisch drei Viertel der Tages- und Nachtzeit. Also über extreme Belastungen im Nachtdienst und die zusätzliche Versorgung der Forensik und dann sagt eine Kollegin konkret aus der fünften Abteilung, dass es drei sehr kritische Situationen gegeben hätte. Wo zeitgleich sowohl die Forensik als auch die fünfte Abteilung ihre fachärztliche Anwesenheit brauchten. Und eine ArztIn hat sowohl in seiner Tagespräsenz an der Forensik durch Personalmangel, als auch im Nachtdienst, sowohl sekundär- als auch oberärztliche Tätigkeiten auszuführen. Und dass man weiter davon spricht, dass unerfahrene SekundärärztInnen über ihr Limit arbeiten und, und, und. Das ist an alle OberärztInnen gegangen und an die Kollegiale Führung. Trifft das die Situation der nicht

beglückenden Situation? Hier geht es um kritische Situationen.

Prim. Dr. **DAVID**: Die Situation dass die OberärztInnen des Dienstrades E, das derzeit für die fünfte Psychiatrische Abteilung und Forensik und Alkoholikerstation zuständig ist, genau das ist nicht beglückend. Aber es gibt auch ein organisiertes und definiertes back up, wenn nämlich der Oberarzt des Dienstrades E, weil er anderweitige Verpflichtungen hat, nicht zur Verfügung stehen kann, dann hat der Oberarzt oder Facharzt des Dienstrades F einzuspringen und tut das auch. Und ich war heute in der Früh bei mir noch auf der Station und habe mir berichten lassen, dass das gestern stattgefunden hat. Es ist gestern eine Kollegin aus dem Dienstrad F auf die Forensik gegangen, weil eine Begutachtung war und der diensthabende Oberarzt auf der fünften Abteilung eingesetzt war. Und sie hat auch gesagt, das ist gut gegangen und das ist in den ganzen Monaten, die diese Regelung jetzt besteht, ihr zum zweiten Mal passiert. Das heißt, es gibt ein back up-System und natürlich ist es belastend, wenn man mit mehr unerfahrenen MitarbeiterInnen zu tun hat als wenn man FachärztInnen oder fast FachärztInnen als MitarbeiterInnen hat. Aber wir dürfen nicht vergessen zu den Kernleistungen des KAV gehört nicht nur die Behandlung von PatientInnen, sondern auch die Ausbildung. Und das ist auch ein Teil unserer Kernleistungen. Was ich noch dazu sagen möchte, dass das hier eine Situation ist, die sich, kann ich sagen, monatlich verbessern wird, weil ja jetzt die Möglichkeit der Facharztgleichen Dienste eingerichtet worden ist. Also Leute, die schon fast FachärztIn sind, aber schon oberärztliche Tätigkeit übernehmen können. Ich glaube das hat Ihnen auch Frau Dr. Herbeck erzählt. Und es kommt auch schrittweise wieder zu einem Auffüllen der freien Stellen. Was eine Tatsache ist, ist dass ich in meinem Bereich in Folge der einen Verletzung der Kollegin bei dem Vorfall voriges Jahr einen Langzeitkrankenstand mitzutragen hatte. Das ist halt im System der Gemeinde Wien so, dass Langzeitkrankenstände, vor allem weil man ja nicht absehen kann, wie lange die dauern, nicht ersetzt werden, sondern vom vorhandenen Personal mitgetragen werden müssen.

GRin Dr. **Pilz**: Das führt mich zu der Frage, über den Fall möchte ich dann näher sprechen als über den Angriff, der da auf einen Mitarbeiter erfolgt ist, konkret bei Ihnen auf der Forensik sind, meinen Informationen zu Folge, zwei FachärztInnen in jüngster Zeit weg gegangen, haben Sie die nachbesetzen können?

Prim. Dr. **DAVID**: Eine Fachärztin ist in den wohl verdienten Ruhestand getreten und diese Oberarztstelle konnte inzwischen nachbesetzt

werden, dadurch, dass eine andere Kollegin, die schon an der Abteilung war, ebenso die wohl verdiente Oberarztposition eingenommen hat. Eine Stelle ist vorübergehend durch einen Sekundararzt besetzt und eine Stelle konnte ich noch nicht nachbesetzen, weil da die verletzte Kollegin bis Ende November auch im Krankenstand war. Und so lange sie im Krankenstand ist kann ich eben nicht nachbesetzen. Diese Stelle ist jetzt ausgeschrieben. Steht BewerberInnen offen.

GRin Dr. **Pilz**: Es ist schön, wenn jemand sozusagen nachrücken kann in die Oberarztposition. Und wenn jemand in den Ruhestand tritt ist es ja, wie Sie sagen, wohlverdient. Wurde dann die Facharztstelle, wo die Kollegin Oberärztin wurde, wurde die nachbesetzt oder ist die Lücke einfach nur verschoben worden?

Prim. Dr. **DAVID**: Diese Stelle ist die, die jetzt ausgeschrieben ist.

GRin Dr. **Pilz**: Und die andere von der Kollegin, die jetzt Ende November gegangen ist?

Prim. Dr. **DAVID**: Da sitzt jetzt noch vorübergehend, weil man in der Geschwindigkeit niemand anderen gefunden hat, ein sehr fleißiger und kompetenter Turnusarzt drauf. Und in dem Moment, wo diese Stelle frei wird, kann ich sie als Oberarztstelle ausschreiben. Das heißt, prinzipiell ist von meinen ärztlichen Köpfen derzeit einer fehlend.

GRin Dr. **Pilz**: Aber sozusagen die Fachkompetenz ist sozusagen nur durch einen Turnusarzt nachbesetzt worden und nicht durch einen fertig ausgebildeten Facharzt?

Prim. Dr. **DAVID**: Vorübergehend. Aber es sind insgesamt für die drei Stationen meiner Abteilung vier FachärztInnen da (OberärztInnen und FachärztInnen).

GRin Dr. **Pilz**: Es hat hier, und das steht sowohl im Protokoll als auch in der Aussage des Turnusärztevertreters, der Kollege angeführt, dass es doch bemerkenswert ist, dass viele ärztliche MitarbeiterInnen weggehen vom OWS. Und trotz geringeren Lohnes und größerer Entfernung lieber nach Niederösterreich oder ins Burgenland gehen, anstatt im OWS zu verbleiben. Wie sehen Sie denn das im Sinne der Weiterentwicklung des Hauses, wenn es diese Abstimmung mit Füßen gibt?

Prim. Dr. **DAVID**: Ich denke, dass es KollegInnen gibt, und ich habe das dieser Tage mit einem Ergotherapeuten erlebt, die weggehen, weil sie einfach noch etwas anderes sehen und kennen lernen wollen. Ich weiß, dass es KollegInnen gegeben hat, ist schon ein bisschen zurück, FachärztInnen und OberärztInnen, die weggegangen sind, weil sie Primariate bekommen haben. Will ich ihnen nicht wirklich verwehren. Und es gibt sicher KollegInnen, die zum

Beispiel in neu gegründeten Einrichtungen sich ein interessantes Arbeitsfeld erwarten, wo sie vielleicht meinen, oder vielleicht ist es auch wirklich so, mehr mitgestalten zu können als es in einem schon relativ durchstrukturierten Haus möglich ist.

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

GR **Lasar**: Danke schön! Herr Primar, ich habe folgende Frage: Da Sie eingangs erwähnt haben, chronisch alkoholkrankte Menschen, die Sie auch in Ihrem Haus haben, wie viele Betten stehen zur Verfügung für die Alkoholkranken und wie viel von diesen Betten kann man Frauen zuordnen?

Prim. Dr. **DAVID**: Derzeit ist es so, dass wir auf unserem Pavillon 26 Betten für chronische Alkoholiker haben, wobei wir uns als spezialisiert sehen für Langzeitarbeitslose, Langzeitobdachlose, sozial Deprivierte. Das ist so unsere Klientel. Da sind wir sehr gut und haben dafür auch eine, im Vergleich zu anderen Einrichtungen, relative Ausstattung an SozialarbeiterInnen. Etwas Vergleichbares für Frauen gibt es derzeit in Wien nicht. Es gibt aber Kalksburg. Und Kalksburg hat eine relativ neue Frauenstation, wo Frauen, die eine Entwöhnung machen wollen, hingehen können und das wird auch wohl genutzt. Und dann gibt es im Umfeld von Wien noch verschiedenstes: Eggenburg, Ybbs und so weiter. Alkoholkranken Frauen können im Bereich der Gemeinde Wien in Ybbs eine Entwöhnungstherapie machen.

GR **Lasar**: Aber nicht bei Ihnen im OWS?

Prim. Dr. **DAVID**: Nicht bei mir im OWS, aber zum Beispiel in Ybbs oder Kalksburg.

GR **Lasar**: Und warum nicht?

Prim. Dr. **DAVID**: Ich denke, das hat zum Teil historische Gründe. Es hängt ja in erster Linie vom baulichen her die Konstruktion Alkoholikerstation und Forensik zusammen. Es war so, dass der Pavillon 23 anlässlich seiner Gründung nur die Forensik beherbergt hat auf zwei Stationen. Dann ist Göllersdorf gegründet worden. Dann ist eine Station nach Göllersdorf übersiedelt. Es gab also nur mehr das Parterre. Und dann hat man einen schon lange gehegten Plan umgesetzt, weil man endlich die Räumlichkeiten hatte, nämlich dort eine Alkoholikerstation hinein zu machen.

Und dann ist Folgendes passiert: Es ist die Zahl der MaßnahmenpatientInnen laufend gestiegen. Göllersdorf war relativ bald übervoll. Und daraufhin hat die Justiz gesagt, wir brauchen doch wieder den ganzen Pavillon 23 und dann ist die Alkoholikerstation eben abgesiedelt worden. Und ist dann über verschiedene Zwischenstufen, muss ich sagen, vorbildlich generalsaniert in den Pavillon 26 hineingekommen.

Vorbildlich kann ich deswegen sagen, weil der ist sogar auf internationalen Konferenzen unter dem Begriff des gesundheitsfördernden Bauens im Krankenhaus präsentiert und prämiert worden. Für die Frauen, denke ich, wäre es wünschenswert, wenn es auch eine vergleichbare Einrichtung gäbe. Es ist aber eine höchst komplexe Geschichte. Ich denke mir zum Beispiel, dass es weniger Obdachlose Frauen gibt, die sich einer solchen Behandlung unterziehen, weil die Obdachlosigkeit bei Frauen, wenn ich das drastisch formulieren darf, nicht so zum Tragen kommt, weil sie sich von irgendeinem Herren, der ihnen Quartier gibt, prügeln, sexuell ausnützen oder sonst irgendwie verwenden lassen. Da haben sie zumindest noch ein Quartier. Das heißt, nicht dass das eine wünschenswerte Situation ist, aber der Bedarf in dieser Richtung wird etwas weniger angemeldet. Was wir jetzt tun seit einiger Zeit, ist den Bedarf systematisch erheben. Einerseits in den Regionalabteilungen andererseits auch in den Psychosozialen Stationen. Und ich bin dabei das konzeptuell zusammenzufassen. Ich habe schon einmal im Jahr 2003 der damaligen Stadträtin Pittermann-Höcker, ein derartiges Konzept vorgelegt. Ich denke, dass jetzt, wo es so viele Veränderungen im Bereich des OWS gibt, es vielleicht doch eine Möglichkeit geben wird für die Schaffung einer solchen Station. Wobei ich auch so prinzipiell sagen muss, wir können als Fachleute nur den Bedarf anmelden. Ob dann der KAV sagt, wir machen das im OWS oder wir machen das im Krankenhaus Hietzing oder wir machen das im neuen Krankenhaus in Floridsdorf, das muss dann der Träger entscheiden, wo es auch am besten umsetzbar ist. Wir können nur den Bedarf anmelden.

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

GR Ing. Mag. **Dworak**: Herr Primar, ich möchte noch einmal auf die technische und räumliche Ausstattung zurückkommen. Im Jahr 2003, ich darf nur zitieren diese Untersuchung beziehungsweise den Abschlussbericht. In dem Bericht der psychiatrische Intensivpatienten steht, es besteht im Arbeitskreis völlige Übereinstimmung, dass an den Stationen ausreichende apparative und personelle Ausstattung zum Monitoring beziehungsweise zur Überwachung eventueller RisikopatientInnen vorhanden sein müssen. Das steht da drinnen. Und in dem größeren Bericht von 2005, an dem Sie mitgearbeitet haben beziehungsweise federführend gearbeitet haben, das betrifft ja das gesamte OWS, steht noch einmal Ausstattung drinnen. Technische Ausstatte, wie Monitore, Sauerstoffabsauger, ich will nur einzelne Punkte nennen, Fixierhilfen, Videoüberwachungen etc. Und daneben steht

„sofort erforderlich, Problem kein Ersatz.“ Und dann steht über das gesamte Thema, nämlich die räumliche und technische Ausstattung: „Bei der räumlichen Ausstattung ist die Forderung nach Einzelzimmer unmittelbarer Nähe zum Stützpunkt in Sicht, große Aufnahmezimmer mit zwei Eingängen, Aufnahmezimmer vor der Station, Akutzimmer bei Stützpunkten und Glaswand für ein oder zwei Betten.“ Daneben steht: „ist im OWS vom Soll weit entfernt.“ Jetzt haben Sie ja heute gesagt, dass manches in Bewegung gekommen ist. Jetzt meine Frage: Ist es auf Grund Ihrer aus dem Jahr 2005 Studie in Bewegung gekommen beziehungsweise in welchem Zeitraum ist denn das in Bewegung gekommen?

Prim. Dr. **DAVID**: Ich darf einmal voraus schicken, es hat einmal bis 2006 gedauert bis das, was wir hier begonnen haben und wo wir uns dann die österreichweite Kooperation gesucht haben, in ein Konsenspapier gemündet ist. Bis dahin gab es auch noch reichlich Diskussion über einzelne Punkte des Ergebnisses dieses Arbeitskreises. Ein Arbeitskreis ist eine Einrichtung die Informationen aufarbeitet und Vorschläge macht. Aber erst 2006 haben wir dann gemeinsam mit KollegInnen von verschiedenen Einrichtung, unter anderem mit der Frau Professor Hummer dieses Konsenspapier formuliert. Das heißt, allein schon in der eigenen Fachlichkeit hat es eine Zeit gedauert bis man definitive Leitlinien oder richtungsweisende Aussagen getroffen hat. Interessanterweise, das haben wir uns noch einmal angeschaut, ist im Konsenspapier die 1:1-Betreuung nicht so scharf definiert, sondern da ist von ausreichender Betreuung die Rede. Man könnte es so sehen, dass man gesagt hat, dass muss auch im Einzelfall zu entscheiden sein, weil es könnte für den einzelnen Patienten auch lästig und unangenehm sein, wenn die ganze Zeit jemand neben ihm sitzt und schaut. Auch das muss im Einzelfall entschieden werden. Es ist in der Zwischenzeit vieles passiert. Es hat die Generalsanierung vom Pavillon 16 stattgefunden, der genau das umgesetzt hat, was wir hier festgelegt haben. Das hat, meines Wissens, auch am Pavillon 4 mittlerweile die Möglichkeit des Monitorings gegeben. Es ist ein Prozess, der aber auch noch immer im laufen ist. Und ich denke, was man vorher gemacht hat ist, dass man so gut als möglich monitiert hat. Das man so zum Beispiel, und das hat es überall gegeben, die transportablen Pulsoximeter verwendet hat. Das Pulsoximeter ist ein Gerät, das jederzeit über die Sauerstoffsättigung im Blut einer PatientIn Auskunft gibt. Das mir auch über die Herzfrequenz Auskunft gibt. Das noch dazu alarmiert. Ich kann jederzeit, wenn ich hinschauen sehen, wie schaut es mit der Atmung aus und ich kann bestimmte Grenzen einstellen und kann

damit rechnen, dass ich einen akustischen Alarm bekomme, wenn sich da etwas in den Grenzbereichen bewegt. Und der Monitor ist eine weitere Verbesserung. Da muss ich auch sagen, es ist ja wirklich unglaublich, wie rasch die Entwicklung der Medizin geht. Noch vor drei Jahren hat man gesagt, bei der Reanimation ist das Verhältnis Herzmassage zur Beatmung 15:1. Jetzt sagen wir auf einmal es ist 30:1. Das heißt, es ändert sich auch in der Medizin vieles so rasch, dass man nicht automatisch damit Schritt halten kann. Es ist relativ leicht allen MitarbeiterInnen im Kurs beizubringen, dass sie 30 mal statt 15 mal auf das Herz drücken müssen. Es ist weniger leicht die entsprechenden Geräte zu definieren, auszusprechen, einzukaufen, einzuschulen. Das ist ein schrittweiser Prozess.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Ergänzend jetzt. Sie haben ja jetzt so gut wie oder als möglich haben Sie von zwei Pavillons gesprochen von 2006 auf 2008. Jetzt meine Frage: Wie lange glauben Sie, dass dieser Prozess noch dauern wird? Denn auf der einen Seite diskutiert man natürlich auf Grund der Struktur des Spitals unter Umständen eine Absiedlung, auf der anderen Seite, es gibt alles mögliche in der Richtung, sehen Sie zu wenig Finanzmittel, die man ins OWS hier verwendet?

Prim. Dr. **DAVID**: Nachdem ich mit der unmittelbaren Budgetierung nicht so viel zu tun habe, kann ich das nicht sagen. Was ich sagen kann, dass ich für meinen Bereich, für den ich jetzt verantwortlich bin, im Rahmen dieses Umbaues alles kriege, was wir für notwendig halten.

GR Ing. Mag. **Dworak**: In der Forensik jetzt?

Prim. Dr. **DAVID**: In der Forensik und das sogar, obwohl wir wahrscheinlich auch im Zusammenhang mit den Plänen, mit dem Ostteil des Areals in absehbarer Zeit, also in etlichen Jahren, übersiedeln werden. Einen Gutteil der Geräte kann man wahrscheinlich mitnehmen, wenn sie nicht schon überaltet sind. Ich kann nicht abschätzen wie lange es dauert, aber was ich abschätzen kann, ist, dass in der Zwischenzeit für das, was notwendig ist auch den Erfordernissen entsprechend gesorgt wird. Das heißt, es wird keine PatientIn, die einen Sauerstoff braucht, keinen kriegen. Es wird keine PatientIn, die ein Monitoring braucht oder eine dementsprechende Überwachung, keines kriegen.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass Sie hier für das gesamte OWS hier ja die Untersuchung und Präsentation gemacht haben. Und ich nehme an, dass Sie das auch der Stadträtin damals vorgelegt haben. Weil Sie sagen, Sie haben schon 2003 der Frau Stadträtin Pittermann-Höcker etwas vorlegen können und vielleicht besteht offensichtlich jetzt die Möglichkeit, etwas neues

hier der Stadträtin zu präsentieren. Meine Frage geht jetzt dahin: Sie haben zuerst gesprochen von der Unzufriedenheit. Es sind ja etliche weg gegangen und Sie kennen die gesamte Situation im OWS. Sind ÄrztInnen aus der Unzufriedenheit der Situation weg gegangen Ihrer Meinung nach?

Prim. Dr. **DAVID**: Noch eine kleine Korrektur zu Ihrer Frage. 2003 habe ich Frau Stadträtin Pittermann-Höcker das Konzept für die Frauenstation vorgelegt, aber nicht im Zusammenhang mit dem Sedierungsprojekt. Das Sedierungsprojekt war eines, wo wir uns den Auftrag von der Direktion geholt haben und es dann innerhalb relativ kurzer Zeit auch durchgeführt haben. Die kurze Zeit war auch möglicherweise auch mitverursachend dafür, dass es nicht so fundiert war, wie es dann nachher die Arbeit in unserer Fachzeitschrift war. Da haben wir länger Zeit gehabt. Da haben wir ausreichend Zeit für Literaturrecherche und so weiter gehabt. Das Wesentliche an unserem Projekt war eine Erhebung des Ist-Standes und Vorschläge, was wir uns denken, was noch besser gemacht werden sollte.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Jetzt war meine Frage die Unzufriedenheit. Wie weit bei den ÄrztInnen auch Unzufriedenheit mitgespielt haben könnte?

Prim. Dr. **DAVID**: Ich denke Unzufriedenheit der ÄrztInnenschaft und der ganzen Belegschaft muss es einfach geben, weil sie ist in vielen Fällen ein Motor für Veränderungen und Verbesserungen. Dass eine Kollegin eben nach dieser Verletzung meine Station verlassen hat, kann ich gut verstehen. Auch ich würde nicht gerne in ein Haus gehen, wo mir Böses widerfahren ist. So Böses. Und bei den anderen, mit denen habe ich keine Rücksprache gehalten. Weiß also nicht, wer jetzt wirklich aus Unzufriedenheit gegangen ist. Und wer gegangen ist, weil er sich's verbessern kann. Ich weiß von einem Kollegen, der auch ein Jahr bei mir auf der Station war. Ein wirklich kompetenter, fähiger Kollege. Der ist dann nach Waidhofen gegangen. Waidhofen ist eine jüngere Abteilung. Hat auch einen wesentlich jüngeren Primarius, als ich einer bin. Und da kann er vielleicht seine Interessen vielleicht mehr entfalten, als es bei uns möglich gewesen wäre.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Aber es kann ja nicht an Ihnen liegen nehme ich an?

Prim. Dr. **DAVID**: Ich weiß nicht, wie Sie ein Schulterzucken ins Protokoll nehmen?

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

GRin **Matzka-Dojder**: Danke, Herr Vorsitzender! Herr Primarius DAVID, wir haben schon vorher einiges gehört und jetzt auch wieder von Ihnen. Sie gelten für mich, nicht nur für mich auch für die Fachwelt, als ein ausgewiesener

Experte. Als engagierter Experte, wenn es um forensische PatientInnen geht. Ich habe auch nachgelesen, dass Sie in diversen Arbeitsgruppen sind. Meine erste Frage bezieht sich darauf, sind Sie jetzt in diese Veränderungs- und Planungsprozesse eingebunden worden? Haben Sie auch hier Einsicht in diese österreichweite Situation? Können Sie da Vergleiche anstellen? Wie die Situation in Wien ist? Wie die Situation wo anders ist? Wie sie sich darstellt auch im internationalen Vergleich?

Prim. Dr. **DAVID**: Vergleiche kann ich nur in geringem Umfang anstellen aus den kollegialen Gesprächen bei verschiedenen Veranstaltungen, wo man sich trifft. Was ich bedauernd feststellen muss ist, dass es seit einigen Jahren, und ich kann es konkreter eigentlich festlegen, mit der Verabschiedung des Sektionschef Neider, sich die Gesprächsbasis mit der Justiz, sagen wir, lückenhaft gestaltet. Dass wir bei vielen Vorgängen im Justizministerium, die letztlich doch auch auf uns Auswirkungen haben, oft nicht den Durchblick haben, auf welche Informationen oder Vermutungen sich das stützt. Ich denke auch dort sind ExpertInnen am Werk. Und auch dort sind Menschen am Werk, die auch auf die Finanzierbarkeit der Dinge zu schauen haben. Mehr Gemeinsamkeit, will ich ganz allgemein sagen, erschiene mir wünschenswert.

GRin **Matzka-Dojder**: Verstehe ich das richtig, dass sich auch in diesen Veränderungsprozess auch gesetzliche Veränderungen ergeben sollen? Oder geht es da nur um diese vom Bund finanzierten Möglichkeiten der Behandlung und Unterbringung von forensischen PatientInnen?

Prim. Dr. **DAVID**: Die gesetzlichen Möglichkeiten sehe ich da nicht so vordringlich. Ich sehe das Instrument des Maßnahmenvollzugs als durchaus sinnvoll. Wenn es eine Möglichkeit gäbe, Weisungsbrüche ein bisschen straffer rechtlich zu regeln, dann wäre das auch eine sinnvolle Sache. Das, wofür die Gemeinde Wien zuständig ist im unmittelbaren Betrieb eines Pavillons, das funktioniert. Und da ist auch mit den Vorgesetzten eine gute Kommunikation. Wo es nicht so gut funktioniert, ist in der Festlegung der aktuellen Wünsche des Justizministeriums für wen wir eigentlich zuständig sein sollten. Wir haben in der letzten Zeit mehrfach innerhalb kurzer Zeit wechselnde Botschaften bekommen. Nehmt mehr akute, nehmt mehr LangzeitpatientInnen, nehmt mehr Frauen. Das war recht schwierig mit zu vollziehen.

GRin **Matzka-Dojder**: Die Forensik ist ja auch nicht betroffen von diesem Regionalisierungsprozess. Höre ich da aus Ihren Ausführungen heraus, dass Sie von der Justiz klarer definierte Zuständigkeiten brauchen würden, um einfach auch diese Qualitätsstandards im Team

und in Ihrer Abteilung besser oder planbarer zu machen?

Prim. Dr. **DAVID**: Es ist zum Teil, würde ich sagen, eine Stimmungssache. Wenn man arbeitet, dann möchte man gerne wissen, auf welches Ziel man hin arbeitet. Und für wen man wirklich zuständig sein soll. Daraus ergeben sich verschiedene konzeptuelle Maßnahmen. Wenn ich zum Beispiel mehr LangzeitpatientInnen habe, werde ich versuchen, die gruppentherapeutischen Aktivitäten zu intensivieren. Wenn ich mehr akute PatientInnen habe, werde ich mehr Gewicht und mehr Personalressourcen in die Einzeltherapien legen.

GRin **Matzka-Dojder**: Nachdem Sie nicht nur für forensische PatientInnen im OWS zuständig sind, habe ich noch eine Frage betreffend Ihrer Zuständigkeit für die Alkoholkranken. Wie gestaltet sich da für Sie die Zusammenarbeit mit dem Anton Proksch Institut?

Prim. Dr. **DAVID**: Mit dem Anton Proksch Institut, um das Wort wieder zu verwenden, würde ich sagen nahezu beglückend, weil wir uns gegenseitig respektieren. Weil wir wissen, dass wir für unterschiedliche PatientInnengruppen zuständig sind. Oder unterschiedlichen Menschengruppen Angebote machen können. Es besteht ein Erfahrungsaustausch, wobei ich manchmal ein bisschen neidvoll auf das Anton Proksch Institut schaue, weil die einfach mehr Möglichkeiten haben Kongresse zu veranstalten und dergleichen. Wissenschaftlich, was wahrscheinlich auch vom Hintergrund kommt, dass der Professor Musalek ein Wissenschaftler und nicht nur ein Versorger ist. Es gibt PatientInnen, die manchmal bei uns und manchmal dort sind. Prinzipiell zur Unterschiedlichkeit in der Struktur kann ich sagen, das Anton Proksch Institut verlangt von seinen PatientInnen üblicherweise mehr Eigeninitiative. Es gibt Menschen, die gehen von uns weg und gehen lieber ins Anton Proksch Institut, weil sie sagen, bei uns ist das Programm zu dicht. Es gibt immer irgendeine Aktivität, irgendetwas zu tun, eine therapeutische Aktivität. Und es gibt Leute, die vom Anton Proksch Institut zu uns kommen und sagen, bei uns sind sie lieber, weil sie mehr enge Struktur brauchen. Es gibt Menschen mit unterschiedlichen Bedürfnissen.

GRin **Matzka-Dojder**: Und die Zusammenarbeit mit dem Sozialmedizinischen Zentrum Ybbs, wie funktioniert die in dieser Richtung?

Prim. Dr. **DAVID**: Würde ich ähnlich beschreiben. Es gibt PatientInnen, die gehen lieber nach Ybbs. Oder mal nach Ybbs und mal zu uns. Auch da herrscht prinzipiell Konsens. Ein Unterschied ist, Ybbs nimmt aus guten Gründen keine Obdachlosen. Ganz einfach deswegen, wenn bei uns ein Patient beschließt akut abzubrechen,

dann fällt es bei uns in Wien leichter ihm irgend ein Quartier zu organisieren, als es vom dislozierten Ybbs aus geht. Auch die ambulante Nachbetreuung kann derzeit noch bei uns besser gestaltet werden. So viel ich aber weiß, strebt Ybbs eine Ambulanz in Wien an. Dass sie auch ihre PatientInnen hier nachbetreuen können.

GRin **Matzka-Dojder**: Vielen Dank, Herr Primarius auch für die Antworten. Aber vor allem für Ihr Engagement in diesem Metier. Vielen Dank.

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

GRin Dr. **Pilz**: Danke, Herr Vorsitzender! Herr Primar ich möchte jetzt zurückkommen auf die Zusammenarbeit, wo Sie sich weniger beglückt gezeigt haben. Da geht es um die gegenseitige Aushilfe bei eklatantem Ärztemangel. Da gibt es ein Schreiben von sieben ÄrztInnen, das im vergangenen Juni an MitkollegInnen und PrimärärztInnen ergangen ist. Wo man spricht, wegen langem gravierenden FachärztInnenmangel, der durch weitere Abgänge verschärft wird, gibt es Mehrleistungen, die zu erbringen sind, auch durch Kompensation allfälliger Krankenstände. Man fühlt sich am Belastungslimit. Chronischer FachärztInnenmangel. Gehäufte Überstunden in der Kernarbeitszeit, und, und, und. Diese KollegInnen bitten dann, das Schreiben ist an Sie ergangen unter anderem, dass man hier sich gegenseitig unterstützt. Sie haben daraufhin geantwortet am selben Tag noch: „Sehr geehrte Kollegenschaft, leider können die ÄrztInnen der Abteilung für forensische Psychiatrie und Alkoholkranken wegen ähnlich gelagerter Belastungssituation hier keine Unterstützung anbieten.“ Nicht in der grauen Vorzeit, sondern diesen Sommer. Die Frau Kollegin Primaria Wrobel hat dem gleich eingestimmt und hat an die flehendliche Anfrage geantwortet: „Sehr geehrte KollegInnen, da die FachärztInnen der fünften Psychiatrischen Abteilung gemeint haben mit den FachärztInnen der Abteilung für forensische Psychiatrie und Alkoholkranken auch noch in einem Dienstrad zwei Abteilung zu betreuen, kann ich mich leider dem Schreiben vom Herrn Primarius DAVID nur anschließen.“ Die ÄrztInnen, die da geschrieben haben, haben geantwortet: „Ich darf die Absage auf Grund der prompten Antwort als Solidaritätszusage verstehen, welche ich mich dankend und voll ganz anschließe. Wir werden sehen, wie wir auf solche Weise dem Gemeinsamen, auch im Desaster zum Gedeihen verhelfen dürfen.“ Sie haben offensichtlich nur mehr sarkastisch reagieren können. Da geht es um Ihre Abteilung. Da geht es um das, was Sie gesagt haben. Man hilft sich gegenseitig aus. Sieben KollegInnen wollten Ihre Unterstützung. Sie haben dankend abgewunken mit einem

nachvollziehbaren Argument. Nämlich dass Sie ähnlich gelagerte Belastungssituationen haben. Können Sie uns das bitte ausführen? Und wem gegenüber haben Sie den kommuniziert, wie es bei Ihnen aussieht?

Prim. Dr. **DAVID:** Ich habe diese Antwort nicht als sarkastisch erlebt.

GRin Dr. **Pilz:** Nicht Ihre, sondern die von demjenigen, der vom Desaster spricht.

Prim. Dr. **DAVID:** Ja, aber hat sich bei mir bedankt für die Solidarität. Das kann ich schwer als Sarkasmus erleben. In dem ich eben darlege, welche Möglichkeiten wir uns angeschaut haben. Ich haben ja nicht rund weg gesagt, machen wir nicht, sondern wir haben uns unsere Möglichkeiten angeschaut. Es hat auch in anderen Fällen durchaus Situationen gegeben, wo es sehr wohl Aushilfe stattgefunden hat. Wo sehr wohl ÄrztInnen meiner Abteilung auch in anderen Bereichen tätig waren. Zu diesem Zeitpunkt war die Situation, wo die eine Kollegin schon im Krankenstand war und die andere Kollegin noch im Vorpensionskrankenstand. Das heißt, ich hatte in meiner Abteilung damals einen einzigen Oberarzt. Ich hatte FachärztInnen. Es war gerade gut ausreichend um die Arbeit meiner Abteilung zu bewältigen, aber nicht noch zusätzlich in anderen Abteilung auszuweichen. Letztlich gehe ich einmal davon aus, dass es auf irgendeine Weise, die ich jetzt nicht weiß, sei es durch eine Anordnung von oben oder dadurch, dass sich die KollegInnen doch zusammengesprochen haben, doch gegangen ist. Ich darf an ein altes Zitat unseres früheren Direktors erinnern. Auch da gab es bisweilen Situationen, dass auf Grund einer akuten Erkrankung ein Nachtdienst nicht zu besetzen schien. Man hat das Problem an ihn herangetragen und er hat gesagt: „Ihr habt zwei Möglichkeiten. Ihr einigt euch oder ich lose.“ Dann ist immer noch eine Einigung zu Stande gekommen. Natürlich unter Anspannung aller Kräfte. Aber ich darf noch einmal verweisen, wir haben das Arbeitszeitgesetz, wo die Leute dann durchaus auch wieder in den Genuss Ihrer Ruhezeiten kommen.

GRin Dr. **Pilz:** Als Vorgesetzten muss Sie das ja schon beeindrucken, nehme ich an, wenn jemand von Belastungssituationen, die kaum mehr auszuhalten sind, spricht. Es haben jetzt im November und nicht im Juni und nicht vor zehn Jahren die ÄrztInnen, die die Diensträder einteilen, im Dienstweg an Frau Direktor Dr. Kalousek und mit dem Ersuchen es weiterzuleiten an die Generaldirektion davon gesprochen, dass die Arbeitsbelastungen so groß sind, dass man mit Erschöpfung, Burn-out und langen Krankenständen agieren muss. Und dass man als ultima ratio nur die Schließung von Abteilungen und die Aufteilung von PatientInnen auf die

verbleibenden Stationen sieht. Burn-out ist ja wohl was anderes wie eine Unzufriedenheit, die motiviert. Wie sehen Sie das als Vorgesetzter? Haben Sie, wenn Ihnen solche Dinge zu Ohren gekommen sind aus den Reihen des Personals, im Dienstweg Meldung gemacht? Und was ist dann passiert?

Prim. Dr. **DAVID:** Ich habe sicher nie extra im Dienstweg Meldung gemacht, weil das auf Grund guter Kommunikationsstruktur in unserem Haus ohnehin laufend kommuniziert wird. Wir reden ja miteinander. Das ist das eine. Das zweite ist, dass mittlerweile mit der Einrichtung der FachärztInnengleichen Dienste, und das greift bitte seit Dezember, eine Veränderung eingetreten ist. Es können mehr Leute Oberarzt-Dienst machen.

GRin Dr. **Pilz:** Ich sehe jetzt, dass man, was vielleicht im persönlichen für Einzelne ein interessantes Weiterkommen ist, aufwertet. Facharztgleich behandelt oder bewertet als voll einsatzfähige ärztliche MitarbeiterInnen im Sinne der Wahrnehmung von Verantwortung. Aber es fällt mir schon auf, Herr Primar, die räumliche Situation, die Sie schon im Jahr 2003 als nicht ausreichend hinsichtlich der Überwachungsmöglichkeiten qualifiziert haben, ändert sich auch jetzt im November 2008 nicht und die drückende Notsituation im Personalbereich versucht man durch diese Facharztgleiche Verwendung jetzt im Dezember zu lösen. In all den Jahren, von denen wir Akten- und Ordnerweise hören, dass nichts passiert ist, obwohl ÄrztInnen, PflegerInnen, PatientInnen immer wieder von den Folgen dieser Not sprechen, hat man das, was Sie jetzt sagen, was eh alles jetzt ab nun, ab Dezember läuft, hat man das nicht gesagt, hat man das nicht gehört oder haben Sie es nicht gesagt?

Prim. Dr. **DAVID:** Ich kann mich sehr gut erinnern, dass ich schon vor einiger Zeit bei einer Strategiebesprechung unserer Abteilung auf gewisse Anzeichen von Burn-out, auf Möglichkeiten von Burn-out hingewiesen habe. Und in der Strategiebesprechung ist ja doch immer die gesamte Kollegiale Führung gesessen. Und wir haben versucht, uns auf individueller und auch auf institutioneller Ebene zu begegnen. Wir haben geschaut, wo vielleicht Arbeitsbelastungen reduziert werden können. Wo administrative Angelegenheiten verschoben werden können. Das ist nicht unbeachtet geblieben. Und zum Gutteil, denke ich, ist das auch wirklich gut gelungen.

GRin Dr. **Pilz:** Welche Gründe haben denn das Burn-out, von dem so viele ÄrztInnen hier sprechen und auch schriftlich dem Ausdruck verleihen, verursacht? Welche Verhältnisse haben denn zu diesem Burn-out geführt?

Prim. Dr. **DAVID:** Ich denke, das ist individuell höchst unterschiedlich. Zum Beispiel bei einer Kollegin war es so, dass das möglicherweise, ich kann es nicht definitiv sagen, mit meinem Unfall in Zusammenhang stand, wo sie mich vertreten hat über längere Zeit. Der Unfall war schwer planbar.

GRin Dr. **Pilz:** Also, Mehrbelastung und Überschreitung von Arbeitszeiten und so weiter wurden in der Besprechung von der Sie reden, als Gründe für Burn-out genannt?

Prim. Dr. **DAVID:** In der Besprechung, von der ich jetzt gesprochen haben, war es nicht die Überschreitung von Arbeitszeiten, sondern es war zum Teil die Überfrachtung mit administrativen Angelegenheiten.

GRin Dr. **Pilz:** Und wenn man nach dem Nachtdienst da bleiben muss, weil schlicht kein Personal da ist, wozu führt das?

Prim. Dr. **DAVID:** Wenn man dafür eine Ausgleichszeit bekommt, denke ich, ist das etwas, was gut erträglich ist. Es werden ja zum Beispiel nie die 72 Stunden pro Woche überschritten, sondern was überschritten wird, sind die 25 Stunden auf maximal 29 Stunden. Und was in meiner Abteilung die Regel ist, ist, dass ich sage, ich muss ja immer die Mehrstundenbögen unterschreiben, jedes Hierbleiben nach dem Nachtdienst soll durch einen Freizeitausgleich an einem Tag, den sich die KollegInnen selber wählen können, kompensiert werden. Und das Längerbleiben, wenn man einmal statt um 13 Uhr erst um 14 Uhr nach Hause gehen kann, das soll durch bezahlte Überstunden abgegolten werden. Das ist jetzt auch so, dass anscheinend die Limitierung der bezahlten Überstunden, die es früher gegeben hat, gefallen ist. Da haben wir derzeit keine Hindernisse.

GRin Dr. **Pilz:** Der FachärztInnenmangel erlaubt es trotzdem, dass Sie MitarbeiterInnen, die länger bleiben müssen, frei zur Wahl Kompensationszeiten geben, dass Sie sagen, sie können zu Hause bleiben? Haben Sie die Ressourcen das Sie das zusagen können?

Prim. Dr. **DAVID:** Das geht sich aus. Wenn man zum Beispiel sagt, es hat ein Kollege am Dienstag Nachtdienst, am Mittwoch ist der Tag, wo die meisten Besprechungen sind, wo großen Wert darauf gelegt wird, dass er im multiprofessionalen Team dabei ist, da sollte er da bleiben, aber dafür kann er sich den Donnerstag frei nehmen, weil da sind weniger Besprechungen. Oder man kann sich auf der Alkoholikerstation auch Aufnahmen einteilen.

GRin Dr. **Pilz:** Ich möchte jetzt auf das Konsensdokument eingehen, von dem Sie gesprochen haben und von dem ja mit Professor Kopetzki schon die Rede war. Sie haben gesagt, dass ist gereift auch aus diesem internen Ar-

beitskreis, den es hier gibt. Die Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie vertritt die einschlägige FachärztInnenenschaft oder gibt es da eine Konkurrenz Einrichtung, wo dann Herr Professor Kopetzki sagen könnte, na, die Gesellschaften sind sich gar nicht einig oder ist das die Gesellschaft, bei der gemein hin sich die Kollegenschaft vertreten fühlt?

Prim. Dr. **DAVID:** Es ist die Fachgesellschaft der Österreichischen PsychiaterInnen. Früher waren PsychiaterInnen und NeurologInnen in einer Fachgesellschaft. Seit der Fächertrennung gibt es auch zwei Fachgesellschaften, nämlich für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie. Es gibt auch noch andere Fachgesellschaften, die sich aber mehr Detailinteressen widmen, wie zum Beispiel die Österreichische Gesellschaft für Biologische Psychiatrie.

GRin Dr. **Pilz:** Sie haben gesagt, dass die 1:1 Betreuung hier nicht expressis verbis angeführt ist. Es werden, ich habe das gesamte Dokument sehr genau gelesen, aber Sie haben da auf Tabelle 7 eine relativ ausführliche Liste dessen, was hier für fixierte oder isolierte PatientInnen gewährleistet werden soll und das sind schon ein paar Dinge, von denen ich meine, da ist abzuleiten, dass eine Betreuungsperson dabei sein soll. Zum Beispiel - es ist der fünfte Anstrich - der Patient muss die Möglichkeit haben sich mitzuteilen (zum Beispiel Sitzwache). Das ist das eine. Und dann relativ weit unten - der drittletzte Anstrich - die Zimmertüre muss abgeschlossen werden, falls die betreuende Person kurzfristig den Raum verlassen muss, um das Betreten des Raumes durch andere PatientInnen zu verhindern. Daraus schließe ich jetzt Folgendes, korrigieren Sie mich, wenn es nicht stimmt: 1. Es muss eine betreuende Person da sein. 2. Es dürfen andere MitpatientInnen oder Dritte, Unbefugte keinen Zutritt zum fixierten oder isolierten Patienten haben. 3. Man geht nur kurzfristig hinaus, also bleibt in der Regel dort. Welchen Schluss muss ich, wenn ich mich daran halten möchte als jemand, der Psychiatrie tätig ist, ziehen, als dass ich sage, da muss jemand dabei sein, da muss jemand aufpassen, dass niemand hin kann und wenn ich kurzfristig weg bin, muss ich dafür sorgen, dass niemand anderer Zutritt hat?

Prim. Dr. **DAVID:** Das Dabeisein spielt sich nicht immer unmittelbar und persönlich ab, sondern zum Teil auch durch Kameras und andere Überwachungsmöglichkeiten. Das Dabeisein spielt sich nicht nur bei der einen betroffenen PatientIn ab, sondern auch bei den anderen. Bei denen ich ja auch in irgendeiner Weise dabei sein muss. Vielleicht nicht mit der Intensität, aber doch. Und es ist dann im Einzelfall zu schauen, wie viel an Betreuungsintensität braucht die Pa-

tientIn im aktuellen Fall. Dass es natürlich wünschenswert wäre, dass niemand anderer Zutritt hat, das glaube ich auch. Dabei bleibe ich auch. Ich denke nur, dann geht es wahrscheinlich wieder nicht ohne Beschränkung von anderen. Es gibt Sachen, die passieren zum ersten Mal. Es gibt Sachen, auf die ist man einfach nicht gefasst. Man ist zum Beispiel üblicherweise nicht darauf gefasst, dass Menschen, die zu uns kommen oder sogar freiwillig zu uns kommen in Körperöffnungen gefährliche Gegenstände versteckt haben. Wenn ich jetzt davon ausgehe, dass das passieren kann, dann müsste ich eigentlich bei jedem Patienten - und das wäre ein Horrorgedanke für mich -, der zu uns kommt die Körperöffnungen untersuchen.

GRin Dr. **Pilz**: Das verstehe ich, aber manches ist zum Zeitpunkt, wo dieses Dokument erstellt wurde, nicht zum ersten Mal passiert, sondern schon passiert gewesen. Sie konnten auf Erfahrungen, insbesondere im OWS zurückgreifen. Es sind zu diesem Zeitpunkt beide Brandunfälle im OWS schon passiert gewesen, wie das 2006 geschrieben wurde. Die Patientin hatte Zugang zu gefährlichen Gegenständen und sie hat sie nicht in einer Körperhöhle, davon kann man ausgehen, weil sie ja an den Händen fixiert war, also das hat sie von wo anders, also war Zugang durch Dritte möglich und jedenfalls war niemand vom Personal bei ihr. Meine Frage jetzt an Sie, welche der Kriterien auf Tabelle 7 sehen Sie im OWS nicht gewährleistet bei fixierten und isolierten PatientInnen?

Prim. Dr. **DAVID**: Ich möchte diese Frage so allgemein nicht beantworten. Ich kann mir vorstellen, dass einzelne Kriterien in einzelnen Situationen, auf kurze Zeit, nicht vollständig erfüllt sind. Ich würde nicht generell sagen, diese Kriterien sind nicht erfüllt, sondern einzelne Kriterien in einzelnen Situationen auf kurze Zeit.

GRin Dr. **Pilz**: Da frage ich Sie. Wenn jetzt z.B. eine PatientIn im Netzbett oder fixiert ist, ist es üblicherweise so, dass andere PatientInnen keinen Zutritt haben. Oder ist es üblicherweise so, dass andere PatientInnen schon Zutritt haben?

Prim. Dr. **DAVID**: In meinem Bereich sicher nicht. In anderen Bereichen üblicherweise auch nicht. Üblicherweise, denke ich, ist es so, dass sie keinen Zutritt haben.

GRin Dr. **Pilz**: Üblicherweise ist es so, dass PatientInnen – jetzt interpretiere ich Sie, oder ich versuche das zu vollziehen, was Sie sagen – üblicherweise ist so, dass fixierte oder im Netzbett untergebrachte PatientInnen in einem geschützten von anderen unzugänglichen Bereich untergebracht sind. Das ist bei Ihnen so. Durchgängig so?

Prim. Dr. **DAVID**: Ja.

GRin Dr. **Pilz**: Und in anderen Abteilungen ist es überwiegend so oder meistens so?

Prim. Dr. **DAVID**: Ich denke, es ist auf jeden Fall fast überall und fast immer so.

GRin Dr. **Pilz**: Das ist für mich insofern bemerkenswert, als ich ein jüngstes Bild von einem Patienten bekommen habe, der sogar am Gang hinter einem Paravent im Netzbett untergebracht war. Da war nicht nur die Rede von wenigen MitpatientInnen, die Zugang haben, sondern jeder, auch jeder Zeitungsverkäufer, wenn er kommt und Zeitungen verkauft. Jeder kann dort Zutritt haben zu dem Patienten. Sie haben ja an diesem Papier mitgeschrieben im Arbeitskreis. Sind Ihnen diese Verhältnisse, die es jetzt noch gibt in manchen Primariaten, sind Ihnen die bekannt und was haben Sie als Angehöriger der Fachgesellschaft für eine Bewertung dazu?

Prim. Dr. **DAVID**: Also ich pflege üblicherweise nicht durch die anderen Abteilungen zu gehen und zu schauen, ob die alles ordentlich machen. Ich denke, es ist wieder so eine Situation, wo es wahrscheinlich nicht wünschenswert ist, genauso wie auch wo anders Gangbetten nicht wünschenswert sind, wo man aber in einer spezifischen Situation, wo vielleicht alle anderen Betten belegt sind und wo man den Patienten wirklich in nächster Nähe haben will, das vorübergehend eine Notlösung sein kann. Betonung: vorübergehend. Betonung: Notlösung.

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

GRin **Praniess-Kastner**: Vielen Dank, Herr Primarius. Ihre näheren Ausführungen die Personalsituation betreffend hat jetzt beleuchtet, was für Sie eine nicht sehr beglückende Personalsituation ist, wie sich jetzt in der letzten Runde herausgestellt hat und in diesem Zusammenhang eine Frage noch einmal zurückkommend auf die Personalfrage.

Im Arbeitskreis psychiatrische IntensivpatientInnen 2003, aus dem ich schon zitiert habe zur räumlichen Versorgung als auch im Projektauftrag im Jahr 2006 wurde das Thema Personal überhaupt nicht in dem Projektauftrag integriert. Frau Dr. Jutta Leth hat im Rahmen ihrer Aussage kritisiert und auch der OA Dr. Zeyringer - der OA Dr. Zeyringer hat wörtlich gesagt: „Die Frage nach den Personalressourcen war nicht im Projektauftrag enthalten und wurde daher nicht speziell bearbeitet.“ Ich würde sagen: Nicht sehr mutig, weil man auch Fragen beantworten kann, die nicht gestellt werden. Und Frau Dr. Leth hat in ihrer Zeugenaussage gesagt: „Da sehen wir doch einige Dinge, die wir problematisch einschätzen würden z.B. dass man sozusagen so ein Projekt macht und explizit dazu sagt, dass man sich mit der Personalfrage nicht beschäftigt.“ Es ist natürlich so, ich kann einen monitori-

sierten, aber ich kann nicht gleichzeitig, ich weiß nicht vier monitorisieren und dann vielleicht am Pavillon 12 noch einmal vier. Da sind noch Grenzen gesetzt. Und jetzt meine Frage an Sie, Herr Primarius. Welche Meinung vertreten Sie in diesem Zusammenhang? Hätten Sie es nicht für sinnvoll erachtet, sich auch um die Personalfragen im Rahmen der genannten Projekte der zwei Studien um die Personalfragen zu kümmern und diese einer näheren Analyse zu unterziehen?

Prim. Dr. **DAVID:** Absolut nein. Und zwar deswegen, weil wir von der individuellen PatientIn ausgegangen sind. Was braucht die einzelne PatientIn? Wir sind nicht davon ausgegangen, was hat das für die Institution oder für das Haus für Konsequenzen. Sondern wir sind von der individuellen PatientIn, deren Situation wir beschrieben haben, deren körperliche und psychische Voraussetzungen wir beschrieben haben und die daraus abzuleitenden medizinischen und psychiatrischen Notwendigkeiten, ausgegangen. Und ich möchte noch auf eines hinweisen.

Ein Problem, das wir bis jetzt nicht gelöst haben, ist schlicht und einfach ein Nomenklaturproblem. Wir haben uns bis jetzt weder bei uns im Haus noch sonst irgendwo definitiv darauf geeinigt, was ist eine psychiatrische IntensivpatientIn und wir verwenden den – meiner Meinung nach nicht sehr glücklichen Begriff – des psychiatrischen Intensivbettes. Die Frage ist also immer, geht man von der Institution aus oder geht man von der PatientIn aus. Geht man vom Ort der Behandlung aus. Ist eine beatmete bewusstlose PatientIn in der Rettung, eine andere als eine beatmete bewusstlose PatientIn auf der Intensivstation oder eine beatmete bewusstlose PatientIn vorübergehend, die irgendwo in einer Ambulanz einen Zusammenbruch erleidet.

Wir sind also ausgegangen von der Beschreibung der PatientInnen, um bei diesem Bild zu bleiben: Die beatmete Bewusstlose. Um zu schauen, was braucht die. Die braucht Sauerstoff, oder die psychiatrische PatientIn, die braucht eine entsprechende medikamentöse Zuwendung. Die braucht zuerst einmal Deeskalation. Diese Sachen haben wir beschrieben.

GRin **Praniess-Kastner:** Herr Primarius, jetzt eine sehr verwirrt Nachfrage von mir. Hat die medizinische Notwendigkeit für die PatientIn nichts mit der personellen Ausstattung zu tun?

Prim. Dr. **DAVID:** Als nächster Schritt. Aber wir waren als multiprofessionales Team, wir haben uns zum ersten Mal zusammen gesetzt. PsychiaterInnen, InternistInnen, Pflegepersonen, auch von der Anästhesie war jemand dabei. Also jene, die von der Fachlichkeit her mit – jetzt sage ich einmal – Menschen in diesem Zustand vertraut sind. Wir haben uns überlegt, was braucht diese PatientIn, um sicher wieder aus diesem

Zustand hinausbegleitet zu werden. Und das ist zu sehen als eine Art Katalog aus dem dann die Institution weitere Schritte ableiten kann. Und ich möchte noch etwas dazu sagen, wo ich mich z.B. auch im Widerspruch mit einzelnen Mitgliedern des Arbeitskreises befinde. Die Fragestellung, werden diese Bedürfnisse der PatientInnen besser auf einer Regionalabteilung mit entsprechender instrumenteller und konsiliarärztlicher Betreuung oder besser in einer eigenen Einheit, wie immer man die nennen mag, erfüllt. Das ist bis jetzt nicht geklärt. Also ich als Verfechter der Sektorisierung und Regionalisierung glaube, dass das besser auf den Regionalabteilungen passieren soll als in einer eigenen Einrichtung, weil das Ganze ja auch ein Prozess in fluktuierendem Ausmaß ist und ich kann einer PatientIn, wenn es ihr wieder besser geht, wieder auf die Normalstation verlegen und dann geht es ihr wieder ein bisschen schlechter, dann verlege ich sie wieder auf die Überwachung. Da habe ich doch lieber das Wissen und die Möglichkeit, zwar nicht in so intensivem und großem Umfang, aber doch, auf dem Ort, wo sie ist, konzentriert.

GRin **Praniess-Kastner:** Danke vielmals. Ich glaube, es gibt hier ein Missverständnis. Sie haben darauf hingewiesen, dass Sie sich das erste Mal mit den medizinischen Notwendigkeiten also mit den apparativen Notwendigkeiten auseinandergesetzt haben, 2003. Ich habe mich aber in meiner Frage auf den Arbeitskreis 2003, 2005 und 2006 bezogen. Das heißt, auch 2006 ist man noch nicht auf die Idee gekommen, dass die personellen Ressourcen etwas mit den Qualitätsstandards oder mit der qualitativ hochwertigen Betreuung von psychiatrischen PatientInnen zu tun haben könnte?

Prim. Dr. **DAVID:** Das war nicht die Aufgabe des Arbeitskreises. Die Aufgabe des Arbeitskreises war auf die individuelle PatientIn bezogen, zu beschreiben, was sie braucht, um medizinisch psychiatrisch adäquat versorgt zu werden. Diese Informationen haben wir dann noch 2006 mit der Fachgesellschaft abgestimmt und daraus ist das Konsenspapier geworden. Jetzt, wo es ein Konsenspapier gibt, besteht die vom Dienstgeber offensichtlich auch wahrgenommene Verpflichtung, dieses Konsenspapier möglichst gut umzusetzen.

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

GRin Mag. **Ramskogler:** Danke schön, Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Prim. Dr. DAVID!

Wir kennen uns ja auch in einem anderen Zusammenhang, nämlich jenen der Strafvollzugskommission, die eingesetzt ist vom Bundesministerium für Justiz und deren Vorsitzende ich bin und ich möchte nur für die Untersu-

chungskommission und auch für das Protokoll natürlich festhalten, dass es so ist, dass die Strafvollzugskommission jene Kommission ist, der auch einiger Kommissionsmitglieder dieser Untersuchungskommission angehören, wie die Frau Praniess-Kastner oder die Frau Novak, dass wir beauftragt sind vom Ministerium den Pavillon 23, die Forensik jährlich zu kontrollieren. Diese Kontrolle findet ja auch jährlich statt. Und seit ich dabei bin, glaube ich, schon seit 2005, wenn ich jetzt nicht irre, aber schon mindestens 3 bis 5 Jahre würde ich schon sagen, ich weiß es jetzt nicht ganz genau.

Herr Prim. Dr. DAVID, Sie haben auch davon schon gesprochen, dass die Kommunikation innerhalb ihrer ÄrztInnen aber auch ihrer Kollegenschaft eine gute ist. Und ich denke auch die Kommunikation zwischen der Strafvollzugskommission und Ihnen ist eine gute, da wir immer auch Berichte legen an das Ministerium und jene Berichte an das Ministerium alles beinhalten, was die Station 23 betrifft und Anforderungen. Auch wenn es geheißen hat, eben zum Teil - wie Sie schon erwähnt haben -, dass es Engpässe gegeben hat. Auch dieses wurde dem Justizministerium vorgelegt oder eben z.B. Veränderungen baulicher Art notwendig wären und ich möchte mich hier auch darauf beziehen, dass es schon lange ein Thema ist, hier bauliche Veränderungen herbeizuführen und ich auch in Kenntnis gesetzt wurde vom Justizministerium mit einem Schreiben, das ich hier zitieren möchte. Und zwar teilt hier das Justizministerium mit: „Es darf mitgeteilt werden, dass im Zuge der ab Oktober 2008 beginnenden grundlegenden Neukonzeption und des Umbaus des Pavillon 23 durch die Stadt Wien in Zusammenarbeit mit der Justizanstalt Wien-Mittersteig der Sicherheitsinstallationen alle Sicherheits- und Platzmängel im Pavillon 23 behoben werden. Also von dieser Seite her bin ja jetzt informiert. Was mich jetzt vielleicht im Zuge dessen noch interessieren würde, solche Vorhaben dauern eine lange Zeit. So ist das einmal. Und jetzt ist es so weit, dass es auch getan wird. Wurden Sie, Herr Primar bei diesen vorzeitlichen Plänen mit einbezogen? Sind Sie hier von Seiten des Justizministeriums oder des KAV mit einbezogen worden, wie es mit den baulichen Veränderungen und der sicherheitstechnischen Maßnahmen ihres Pavillons gegangen ist?

Prim. Dr. DAVID: Engstens! Von Seiten unserer technischen Direktion, wir sind in mehreren Gruppierungen auch multiprofessional zusammen gesessen. Wir haben uns genau überlegt, wie sollen die umgebauten Stationen ausschauen? Wir haben uns genau überlegt, was brauchen wir. Was wünschen wir uns an Sicherheitsmaßnahmen. Das ist jetzt zum Teil schon

vorhanden und zum Teil gerade im Einbauen. Wir haben z.B. jetzt schon die funktionierende Direktalarmierung der WEGA, wo man nur auf einen Knopf drücken muss und die kommen. Das ist leider bei diesem Vorfall voriges Jahr nicht so reibungslos gegangen. Wir haben gelernt daraus. Es gab und gibt bis jetzt auch diesbezüglich keine spürbaren finanziellen Restriktionen, dass man uns gesagt hätte, das geht nicht, weil das ist zu teuer. Also wir bauen fast die ganze Station 23/2 um. Was die Justiz dabei zu tragen hat ist, dass wir Betten gesperrt haben und sie etwaige Patienten mittlerweile andersweitig unterbringen müssen. Aber der Kontakt mit dem KAV und insbesondere mit unserer technischen Direktion ist sehr eng und das ganze passiert auch in Abstimmung mit Personalvertretung. Dort wo es um Arbeitsbedingungen geht. Wir haben auch in Aufarbeitung des Vorfalls mehrere auch supervisierte Gesprächsrunden gehabt. Immer auch unter dem Hinblick, dass ich sage, Sicherheit entsteht durch den Kontakt. Wo wir uns angeschaut haben, noch einmal angeschaut haben und intensiver angeschaut haben, wie wir die Kontakte mit den PatientInnen gestalten. Es gab ja ohnehin schon immer eine laufende Supervision, eine begleitende. Aber das kam noch zusätzlich. Und wir haben bei uns im Intranet eine Diskussionsplattform eingerichtet, wo auch die MitarbeiterInnen ihre Wünsche und Anliegen bezüglich der Umgestaltung und Neustrukturierung eintragen konnten.

GRin Mag. **Ramskogler**: Also nicht nur hier, Herr Primar höre ich immer wieder was sich tut und dass Sie da im laufenden Prozess der Verbesserungen für die PatientInnen sind, aber auch für die MitarbeiterInnen und natürlich auch egal, ob es den Umbau betrifft oder sonstige Maßnahmen, die zu Verbesserungen beitragen, hier immer getätigt werden aufgrund der Kontrolle, die ja stattfindet auch vom Ministerium und nicht anderer bedürftig ist. Danke schön.

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

GRin Dr. **Pilz**: Ich kann da eh gleich anschließen. Sie haben gesagt, Sie bekommen jetzt hinsichtlich der finanziellen Ressourcen alles, was Sie brauchen. Für die Forensik trifft das Erstens die Kosten für alle Personalausstattungen und da wollte ich Sie in dem Zusammenhang auch fragen, wie gut Sie mit PsychologInnen und anderen MitarbeiterInnen anderer Disziplinen ausgestattet sind und seit wann bekommen Sie denn alles, was Sie brauchen?

Prim. Dr. DAVID: Beim Personal war es so, dass wir anlässlich der Inbetriebnahme der Station 23/3 damals, wo die Justiz noch über Tagssatz abgerechnet hat, genau einen Bedarfsplan

erstellt haben, was wir an Personal bekommen haben. Das ist dann in den Tagsatz eingeflossen und wir haben uns damals ausgerechnet, wie viel Personal wir brauchen und das haben wir bekommen. Ich würde sogar meinen, dass wir in manchen Bereichen sehr gut ausgestattet sind. Also ich habe für insgesamt 36 PatientInnen habe ich plus Ambulanzbetrieb habe ich z.B. 120 Stunden Sozialarbeit. Das ist ein sehr guter Schnitt. Ich habe auch bei den PsychologInnen durchaus ausreichende Kapazitäten.

GRin Dr. **Pilz**: Ist alles besetzt bei den PsychologInnen?

Prim. Dr. **DAVID**: Bei den PsychologInnen sind 20 Stunden momentan nicht besetzt. Bei den SozialarbeiterInnen, da muss ich sagen, da sprechen Sie auch einen wunden Punkt bei mir an, glücklich, ich habe viele kompetente Damen bei mir bei den MitarbeiterInnen, glücklich. Es werden viele davon schwanger, schwierig rechtzeitig innerhalb der Karenzen nach zu besetzen. Dann gibt es bei der Rückkehr Teilzeitarbeitswünsche, denen natürlich nachgekommen wird. Und da gibt es bei der Nachbesetzung manchmal Lücken, wo ich mir ein bisschen ein flexibles Instrument des Personalmanagements wünschen dürfte. Ich habe z.B. jetzt eine SozialarbeiterInnenstelle, die wird am 14. Jänner nach besetzt.

GRin Dr. **Pilz**: Die Frage ist noch unbeantwortet. Seit wann Ihnen alle Wünsche erfüllt werden?

Prim. Dr. **DAVID**: Na ja, im Rahmen des Umbaus. Alles das, was sich als notwendig gezeigt hat.

GRin Dr. **Pilz**: Haben Sie früher keine Wünsche hinsichtlich eines Umbaus geäußert?

Prim. Dr. **DAVID**: Also wir haben schrittweise Veränderungs- und Verbesserungsvorschläge gemacht und denen ist auch immer wieder, manchmal nicht gleich, sondern nach einiger Zeit, nachgekommen worden. Ich verweise nur noch einmal auf die Reduktion der Bettenzahlen z.B. von 18 auf 16. Wir haben dann auch irgendwann einmal gesagt, dass wir die Situation in einem Bereich, wo mehrere PatientInnen auf der Akutstation gemeinsam liegen, verändern wollen durch Raumteiler, dass einfach mehr Intimität ist. Auch das ist tadellos gelungen.

GRin Dr. **Pilz**: Sie haben gesagt, dass die Ergebnisse des Arbeitskreises abgestellt waren auf den Bedarf des individuellen PatientInnen. Der Mittelbau hat die Sache schon ein bisschen systemischer gesehen und hat Fragestellungen zum Sedierungskonzept der Kollegialen Führung intern kommuniziert.

Und hat Fragen gestellt, die ich nehme an, Sie auch interessiert haben müssten. Da steht drinnen im Bezug auf das, was Sie hier vorge-

schlagen haben, dass eine 1:1 PatientInnenüberwachung in der beschriebenen Form Folgen haben sollte. Nämlich Permanenzdienste, andere Einstufungen im Nachtdienst, Bereitschaftsdienste usw. Und sie sagen dann auch eine Reihe von Forderungen, die hier abzuleiten wären, dass man z.B. eine psychiatrische Intensivstation brauchen würde, wo man eine bessere Überwachung von mischtoxierten Sedierungspflichtigen machen könnte und sie sagen, das ist nachvollziehbar, dass in dem vorliegenden Papier die baulichen aktuellen Gegebenheiten nicht berücksichtigt sind, dass z.B. es Pavillons gibt, wo die „Intensivzimmer“ die entlegentesten sind in der Station, weit ab vom Stützpunkt. Haben Sie als Mitwirkender des Arbeitskreises auf diesen Bereich mit Realitäten reagiert?

Prim. Dr. **DAVID**: Der eine Arbeitskreis ist schon abgeschlossen. Schon lange. Dieser andere ist natürlich ist mein Interesse bei diesem Thema und wenn Sie von der psychiatrischen Intensivstation sprechen, so etwas gibt es ja nicht. Es gibt eine Station an der psychiatrischen Universitätsklinik, die heißt halt „psychiatrische Intensivstation“. Hat aber z.B. zum Gutteil Drogenentzüge, also Leute die herumgehen und nicht intoxikiert sind, sondern freiwillig und angemeldet zum Drogenentzug kommen und hat zum Teil multimorbide PatientInnen nach schweren Traumata, wenn sie irgendwo runtergesprungen sind. Solche Probleme.

Ich habe schon vorher gesagt, ich bin gegen eine psychiatrische Intensivstation. Ein schwer Mischintoxikiertes gehört auf eine Entgiftung und dann, wenn er entgiftet ist, dann zu uns. Und die, die leichtere Intoxikationen haben, gehören – meiner Meinung nach und da weiß ich, da bin ich im Widerspruch mit manchen Kollegen – an eine regionale Abteilung und mit entsprechender konsiliarärztlicher Betreuung. Und da möchte ich auf eines hinweisen. Es gab von einem internistischen Kollegen im Arbeitskreis 2003 ein Positionspapier, wo er sich beschwert hat über die Belastung der InternistInnen bei Notfällen, weil eben die InternistInnen nicht nur ihre Station zu versorgen hat, sondern auch in Notfällen auf die Stationen kommen muss, kein Auto hat usw. Jetzt 2008 – um ihnen nur ein bisschen was über das Tempo von Veränderungen zu sagen - haben wir einen Notfallsanästhesisten, wir haben einen Notfallsinternisten, der auf die Stationen geht, um sich die sedierten PatientInnen schon untertags anzuschauen um ein Auftreten von Notfällen zu verhindern. Wir haben die KonsiliarinternistInnen, die auf die Stationen gehen um schon im Vorfeld zu schauen, wer braucht etwas. Und wir haben zusätzlich das Notfallmanagement, das alle MitarbeiterInnen regelmäßig verbindlich und nachprüfbar im Notfallmanage-

ment geschult werden. Das ist bitte für fünf Jahre eine wirklich beachtliche Leistung.

GRin Dr. **Pilz**: Gut, dass sich etwas tut. Werden Sie hinsichtlich der Tabelle 7, die Sie da im Konsensdokument haben, darauf einwirken, dass sie im Otto-Wagner-Spital die Kriterien die hier genannt sind, dass man die auch erfüllen wird? Und wie schätzen Sie das ein, wie lange das dauern wird?

Prim. Dr. **DAVID**: Nachdem das Zusperrern eines Zimmers eine technisch relativ einfache Sache ist, 10 Minuten.

GRin Dr. **Pilz**: Die Frage ist, Sie werden sicher Primar Schöny kennen, der, was die Anforderung, die medizinisch therapeutische Anforderung an einen geschlossenen Bereich in einer Psychiatrie, der würde wahrscheinlich nicht ganz einverstanden sein, mit ihrem Minimalkonzept, nämlich 10 Minuten, um eine Tür zu versperren. Er hat hier, vielleicht können Sie das nachlesen, sehr umfassend berichtet, welche Vorkehrungen es hinsichtlich der räumlichen Ausstattung und der medizinischen Betreuung ein geschlossener Bereich in einer Psychiatrie, um „state of the art“ zu sein heute zu Tage braucht. Vielleicht kenne Sie auch die geschlossene Abteilung im Wagner-Jauregg, das ist nicht das Versperren von Türen. Ich frage Sie daher, welche dieser Kriterien sind noch nicht erfüllt im Otto-Wagner-Spital und wie schätzen Sie ein, was muss dazu getan werden, dass sie erfüllt werden?

Prim. Dr. **DAVID**: Ich darf Sie noch einmal ersuchen nicht generell zum Otto-Wagner-Spital zu fragen.

GRin Dr. **Pilz**: Psychiatrie im Otto-Wagner-Spital!

Prim. Dr. **DAVID**: Auch nicht generell zur Psychiatrie im Otto-Wagner-Spital. Ich habe vorher sehr deutlich gesagt: Manche dieser Kriterien sind nicht immer und nicht überall lückenlos erfüllt. Mit den 10 Minuten, das war jetzt sicher eine grobe Verkürzung. Ich werde es gerne erklären.

Und ich bin froh darüber, dass ich dieses Missverständnis aufklären kann.

Es stimmt nicht, dass wir im Otto-Wagner-Spital auf der Psychiatrie keine geschlossenen Bereiche haben. Es gibt eine geschlossene Station. Das ist der Pavillon 23. Und dann gibt es fakultativ geschlossene Bereiche. Und das Schließen lt. UBG muss ja nicht unbedingt immer die schlosserische Sperre sein, sondern das ist auch und Sie werden das vielleicht auch schon auf der Gerontopsychiatrie berichtet bekommen haben. Auch, dass man eine fluchtgefährdete PatientIn bei der Tür nachgeht und sagt: „Sind Sie so lieb und bleiben Sie da!“ und sie auf diese Weise am Hinausgehen hindert. Da braucht das Schloss gar nicht zugesperrt sein.

Oder, es kann z.B. sein bei einer PatientIn, die eine Reizabschirmung braucht, dass ich mich, und das habe ich in meiner Zeit als Oberarzt damals noch am Pavillon 7 selbst erlebt, dass sich eine Pflegeperson mit einer oder zwei untergebrachten PatientInnen in ein Zimmer setzt. Mit denen Karten spielt oder was auch immer und wenn sie kurze Zeit hinausgeht, die Tür dort zusperrt – nicht ohne sich vorher überzeugt zu haben, dass die in der letzten halben Stunde stabil genug waren, dass man sie einmal auch 10 Minuten allein lassen kann und damit ist das ein fakultativ geschlossener Bereich. Ich habe in Gugging einen geschlossenen Bereich erlebt. Einen permanent geschlossenen Bereich, wo alle PatientInnen untergebracht waren und es gab im Rahmen einer Unterbringungsverhandlung das Problem, dass es eine Patientin mit Multipler Sklerose und Depression gab, die ist im offenen Bereich gelegen und hat gesagt: „Ich würde gerne im geschlossenen Bereich liegen, weil da ist mehr Personal sozusagen unmittelbar dabei.“ Da musste bitte ein – ich will nicht das Wort sagen: Vorwand – aber da mussten gute Begründungen gefunden werden, warum die in den geschlossenen Bereich darf. Das gibt es auf der Baumgartner Höhe nicht. Es gibt fakultativ geschlossene Bereiche und da bin ich wieder beim Beispiel vom Prof. Kopetzki, das jeweils gelindeste Mittel. Das heißt, natürlich kann ich mich auch mit einer PatientIn oder mit zwei in einen Bereich der Station setzen und sagen: „Und Sie wissen eh, sie bleiben jetzt da. Sie dürfen jetzt nicht hinausgehen und wir beschäftigen uns miteinander.“

GRin Dr. **Pilz**: Auf welchen Primariaten gibt es diese fakultativ gesperrten Bereiche?

Prim. Dr. **DAVID**: Ich denke, dass die Möglichkeit dazu in der einen oder anderen Form in vielen Primariaten bestehen wird.

GRin Dr. **Pilz**: Faktisch. Sie berichten jetzt davon, dass es temporär geschlossene Bereiche

–

Prim. Dr. **DAVID**: Fakultativ -

GRin Dr. **Pilz**: Fakultativ aber wohl auch temporär oder? Fakultativ heißt, man sperrt zu wenn man es braucht oder wie ist das zu verstehen?

Prim. Dr. **DAVID**: Fakultativ heißt, man sperrt zu, wenn es nach den Bedürfnissen der Behandlung momentan notwendig ist.

GRin Dr. **Pilz**: Also das heißt, eine Unterbringung. Das ist dann nach UBG dann eine Unterbringung.

Prim. Dr. **DAVID**: Das ist dann eine Unterbringung.

GRin Dr. **Pilz**: - die nicht, und das ist jetzt für mich neu, wir haben ja immer davon gehört, keine einzige Zeugin, kein einziger Zeuge hat

was anderes gesagt, als dass das Otto-Wagner-Spital das Prinzip hat, dass alles offen ist von der Forensik abgesehen und wenn man beschränkt, dann beschränkt man durch Netzbetten oder Fixierung. Jetzt berichten Sie davon, dass Sie hier Zimmertüren versperren. Und meine Frage ist, in welchen Primariaten und wie häufig nach Ihrer Information?

Prim. Dr. **DAVID:** Das kann ich Ihnen nicht sagen, in welchen Primariaten und wie häufig. Ich weiß, dass es prinzipiell möglich ist und wenn Sie das Unterbringungsgesetz und die Auslegungen sich genau anschauen, dann ist auch schon das Zurückhalten der PatientIn, sei es verbal oder averbal, also durch Begleiten oder was auch immer, eine Unterbringung. Das heißt, nicht alle untergebrachten PatientInnen müssen entweder im Netzbett oder im Liegen oder fixiert sein oder bei der Tür hinauslaufen, sondern die Unterbringung kann auch mit anderen Mittel, also z.B. durch Begleiten durch z.B. Aussprechen eines Verbotes: „Sie dürfen jetzt nicht hinausgehen.“, stattfinden.

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

GRin **Praniess-Kastner:** Herr Primar, Sie haben über die bauliche Ausstattung des Pavillon 26 gesagt, der ist perfekt, der Pavillon 26. Alles, was man sich wünschen kann, wurde dort realisiert. Und man kann ihn als gesundheitsfördernden Pavillon bezeichnen. Jetzt haben wir von Ihnen gehört, Pavillon 23/2 wird ebenfalls umgebaut. Und Pavillon 4 und 16, das wissen wir, wurden umgebaut. Welche Pavillon innerhalb des Otto-Wagner-Spitals im Bereich der Psychiatrie sind noch gesundheitsfördernd?

Prim. Dr. **DAVID:** Prinzipiell ist das, was in unseren Abteilungen geschieht - wir sind ein gesundheitsförderndes Krankenhaus, das verschiedenste Implikationen mit sich zieht und speziell die Kriterien des gesundheitsfördernden Bauen sind das erste Mal beim Neubau der Orthopädie verwendet worden. Dann waren wir am Pavillon 26 schon die nächsten und gesundheitsförderndes Bauen heißt, nicht nur Verwenden von ungiftigen Materialien, ansprechende Farben, entsprechende Lichtsteuerungsmöglichkeiten. Also z.B. hat man festgestellt für die MitarbeiterInnen und für die PatientInnen ist es nicht so wichtig, ob es heller oder nicht so hell ist, sondern ob sie die Möglichkeit haben darauf Einfluss zu nehmen. Diese Prinzipien gibt es noch nicht so sehr lange und unser Direktor Aumayr, unser technischer Direktor ist da wirklich ein Vorkämpfer auch international anerkannt. Also ich denke und schon in die Planung des neuen Krankenhauses in Floridsdorf werden diese gesundheitsfördernden Prinzipien mit einbezogen und jeder Neubau, und da geht es jetzt

nur ums gesundheitsfördernde Bauen im KAV, das ist eine Regel, die sich der KAV selbst gegeben hat, muss jetzt nach den Prinzipien des gesundheitsfördernden Krankenhauses stattfinden. Also das ist zuerst am Pavillon, also in der Orthopädie das erste Mal probiert worden. Sicher verbessert und perfektioniert bei uns am Pavillon 26 und ist jetzt ein Konzept, das weitergetragen wird. Und zu diesem Konzept gehört z.B. dass in einem sehr differenzierten Vorgang bei den MitarbeiterInnen die Bedürfnisse erhoben werden. Wir haben auch die PatientInnen und zwar die Alkoholikerstation, die PatientInnen befragt, was sie für Bedürfnisse haben an einem solchen Bau und das wird dann umgesetzt. Also die Möglichkeit mit gestalten zu können, ist so eines der wesentlichen gesundheitsfördernden Kriterien.

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

GRin Dr. **Pilz:** Sie sind als Primararzt in der Forensik auch Teil der Hoheitsverwaltung. Welche rechtliche Stellung bewirkte das? Sind Sie Anstaltsleiter?

Prim. Dr. **DAVID:** Ich bin in erster Linie ärztlicher Abteilungsleiter. Es gibt Kompetenzen, die sonst einem Anstaltsleiter zukommen, die hier auch in meine Kompetenz fallen. Zum Beispiel die Bewilligung von Ausgängen. Zum Beispiel Vollzugslockerungen im allgemeinen. Das ist in Konsens mit der Justiz. Die unmittelbare Anstaltsleitung wie z.B. die Aufsicht über die - jetzt vom rechtlichen her gesehenen - Sicherheitsvorschriften obliegt der Justizanstalt Mittersteig oder z.B. die Diensterteilung der Justizwachebeamten.

GRin Dr. **Pilz:** Wir haben schon über diese Gewalttätlichkeiten gegenüber MitarbeiterInnen in ihrem Primariat gesprochen. Die Kollegin Ramskogler hat das zuerst auch an den Medizinrechtler gerichtet. Die Frage, was es denn heißt, wenn sozusagen es keine Sanktionsmöglichkeiten mehr gibt durch die besondere Situation? Wie können Sie denn für die Sicherheit ihrer MitarbeiterInnen garantieren und welche konkreten Maßnahmen sind denn gesetzt worden im Zusammenhang mit diesem von Ihnen jetzt schon angesprochenen Vorfall?

Prim. Dr. **DAVID:** Wenn ich ironisch wäre, müsste ich sagen, wie lange habe ich jetzt Zeit.

Die Maßnahmen, die wir gesetzt haben, waren erstens einmal, unmittelbar nach dem Vorfall, weil die ärztliche Direktorin und die Leiterin des Büros für Sofortmaßnahmen in der Anstalt - ich bin dann kurze Zeit später mit dem Taxi gekommen, weil ich damals nach meinem Unfall noch an Krücken gegangen bin. Um einmal die Situation vor Ort anzuschauen und das Personal, die MitarbeiterInnen zu unterstützen. Das

Nächste war, und ich spreche jetzt auf der persönlichen Ebene, dass versucht wurde oder das stattgefunden hat, war, dass den betroffenen KollegInnen erstens natürlich sofort medizinische erste Hilfe zugekommen ist und dann im nachhinein Traumatherapie angeboten worden ist. Sie haben also intensivste psychologische Betreuung bekommen und auch in unterschiedlichen Ausmaß wahrgenommen.

Das Nächste war, dass wir dann in einem sehr komplexen Diskussionsprozess zum Teil mit professioneller Begleitung von außen versucht haben, erstens einmal Faktoren zu erheben, wie dieser Vorfall, der für uns völlig unerwartet war, zustande gekommen sein kann. Und zweitens einmal uns überlegt haben, welche Maßnahmen zu treffen sind, um an diesen Faktoren, die wir glauben erkannt zu haben, weiter zu arbeiten.

Ein Ergebnis davon war, z.B. dass wir diese Kriterien der Primaria Kastner für die Vollzugslockerungen hier eingeführt haben und regelmäßig angewendet haben. Was weiter geschieht, ist, dass wir uns schon lange vorher, das hat mit dem Vorfall überhaupt nichts zu tun, angemeldet haben, um bei einem KAV-Vorhaben, nämlich beim Risikomanagement, als Projektstation mitzumachen. Das ist inzwischen zu einem Teil gelaufen. Zum Teil passieren jetzt die EDV-mäßigen Umsetzungen, die man braucht, um dieses Risikomanagement mit Meldekreis und so weiter zu betreiben.

Wir hatten in diesem Zusammenhang auch eine Risikoberatungsfirma bei uns, die Vorort sich den Pavillon angeschaut hat. Die sich mit allen Berufsgruppen unterhalten hat, um zu erheben, wo ist einerseits vom baulichen, vom materiellen her andererseits von den Abläufen her ein mögliches Risiko ist, die sind z.B. draufgekommen, dass wir bezüglich der Besuchsregelungen von Kindern das verändern sollten.

Und was jetzt geplant ist, bedarf ein bisschen einer Vorlaufzeit, ist, dass es noch einmal eine Klausur geben wird mit allen MitarbeiterInnen, wo wir uns anschauen, was hat das alles emotional mit uns gemacht. Was bedeutet das für die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Ich darf Primaria Kastner zitieren, die in einer Arbeit einmal gesagt hat: „Vorfälle mit PatientInnen sind oft auf unterschiedliche Auffassungen im Team zurückzuführen, die einem vorher vielleicht gar nicht so bewusst waren“. Also das ist auf der persönlichen Ebene.

Auf der materiellen Ebene haben wir eben die Installation des Direktalarms zur WEGA. Funktionierte schon. Ich habe es mir heute noch einmal angeschaut und bin ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ich den Knopf ja nicht berühren soll, weil sonst ist das nicht mehr zu verhindern,

dass die kommen. Wir sind gerade dabei, ein Alarmierungssystem zu installieren, wo jede MitarbeiterIn einen Pager bei sich am Körper trägt und wo, wenn sie diesen Pager aktiviert, das einfach durch Ziehen an einem Schnürl passiert, festgestellt werden kann, wo diese Person in Not sich befindet. Und wir sind gerade dabei, ein noch verfeinertes Überwachungssystem mit Video zu installieren. Das bewirkt, dass in dem Moment, wo irgendwer irgendwo Alarm auslöst auch das Bild auf den Überwachungsschirmen, auf den Videoschirmen erscheint. Wir sind derzeit auch noch in einem Abstimmungsprozess mit der Personalvertretung, weil es da natürlich auch um MitarbeiterInnenrechte geht und sind, ich bin aber ganz zuversichtlich, dass wir da zu einem Konsens kommen werden, weil wir in einem guten Kommunikationsprozess sind.

Das sind einmal die wesentlichen Punkte.

GRin Dr. **Pilz**: Hätte der Vorfall verhindert werden können, wenn nicht die Justizwachebeamten mit 16 Uhr Dienstschluss gehabt hätten?

Prim. Dr. **DAVID**: Nein.

GRin Dr. **Pilz**: Es hat bis zu dem Zeitpunkt, dass es die Security jetzt gibt im Otto-Wagner-Spital ja speziell in der Forensik die Klage gegeben, dass die Justizwachebeamten um 16 Uhr Heim gehen.

Was heißt denn das für den Rest der Betreuungssituation?

Prim. Dr. **DAVID**: Das war mehr ein rechtliches Problem und ein Problem des Selbstverständnisses. Es war so, ich darf das auch zur Vorgeschichte sagen. Wir hatten einen Justizwachebeamten rund um die Uhr am Pavillon 23. Und wir hatten einen berechneten Tagsatz für die Justiz. Dann wurde mit Gemeinderatsbeschluss dieser Tagsatz von ungefähr 320 Euro auf 520 Euro, mittlerweile sind es 570 Euro hinaufgesetzt, weil festgelegt wurde, dass die Justiz der Gemeinde Wien den Selbstzahlersatz zu zahlen hat, ohne dass eine Leistungserweiterung stattgefunden hätte.

Für mich gut nachvollziehbar hat die Justiz da unfroh reagiert. Und hat gesagt, dann nehmen wir euch den Justizwachebeamten weg, weil in allen anderen Anstalten Österreichs, sei es in Linz, sei es in Hall, sei es in Mauer-Öhling usw. gibt es den auch nicht. Das ist ein besonderes Entgegenkommen für euch gewesen.

Daraufhin bin ich noch einmal in Verhandlungen getreten und es wurde uns zugestanden der Justizwachebeamte von 7.30 bis 15.30 Uhr unter der Woche, was mir wichtig ist, weil der einfach besser die Kommunikation mit den Justizanstalten für Transporte usw. managen kann. Und die Anstalt, das Haus hat sehr rasch reagiert und hat unmittelbar nach dem Abziehen des Justizwachebeamten für den Rest der Zeit eine Security

organisiert, eine Person für den Rest der Zeit. Wo es Unbehagen gab für die MitarbeiterInnen war, wir haben zum Teil Straf- und Untersuchungshäftlinge und was ist z.B. wenn die am Wochenende, wo sie Ausgang in den Hof haben sollen, wenn der versucht über die Mauer zu entweichen oder sonst etwas, haben wir als Pflegerschaft oder hat die Security die Berechtigung, die der Justizwachebeamte sehr wohl hat, den zurück zu halten z.B.? Mittlerweile ist das geklärt. Da gab es Besprechungen zwischen unserer Rechtsabteilung und dem Justizministerium. Also diese Unsicherheiten gibt es für das Pflegepersonal nicht mehr. Wir haben jetzt eine Securityfirma, eine Person vor Ort in den Zeiten, wo die Justizwache nicht da ist. Die natürlich auch zur Assistenzleistung herangezogen werden kann. Aber um noch einmal auf den spezifischen Vorfall zurück zu kommen. Der Vorfall hat sich in der oberen Station in der Langzeitbetreuungsstation abgespielt, wo es auch vorher keine Security gegeben hat. Also egal, ob einer im Haus gewesen ist oder es keine Justizwache gegeben hat, die halten sich unten im Eingangsbereich auf. Also egal, ob so eine Person da gewesen wäre, ich glaube auch nicht, dass wirklich durch mehr Personalpräsenz dieser Vorfall zu verhindern gewesen wäre.

GRin Dr. **Pilz**: Eine letzte Nachfrage dazu. Es wurde auch seitens des Personals an die Krankenanstalten-Teilunternehmung in einem offenen Brief dazu auch durchaus geklagt, dass keine Konsequenzen für die betroffenen PatientInnen bestehen, weil da steht, dass es manchmal PatientInnen sind, die sehr genau wissen, was sie tun, weil sie ohnehin schon vom Ärgsten betroffen sind, was einem betreffen kann, nämlich durch die Strafjustiz untergebracht und sie dürfen nicht hinaus. Was soll man noch mehr machen. Und das macht eben eine schiefe Ebene in der Kommunikation mit dem Personal. Können Sie das nach vollziehen?

Prim. Dr. **DAVID**: Ich kann es zu einem Teil nach vollziehen. Im speziellen Fall war es ein Patient, der vorher ohnehin schon hinaus durfte und der dann durch verschiedenste äußere Umstände Unsicherheiten, das hat zum Teil mit Unruhen in seinem Heimatland zu tun gehabt, zum Teil mit vielleicht auch widersprüchlichen Aussagen der Justiz, wie es mit unserem Bereich weitergeht, also der ist verunsichert worden. Und es ist halt so, wenn jemand im Maßnahmenvollzug ist, dann ist sein Ziel die bedingte Entlassung. Wenn es im Verlauf dieser Behandlung eine Situation gibt und das gibt es leider bei ganz, ganz wenigen PatientInnen, dass die Voraussetzungen für die bedingte Entlassung nicht erreicht werden, dann darf er halt nicht hinaus. Wenn er in dieser Situation noch

einmal eine Tat setzt, dann darf er halt schon überhaupt nicht hinaus. Das ist der ganze Unterschied. Das heißt, vom Status der Freiheitsbeschränkung gibt es tatsächlich nichts Anderes, nichts Schlimmeres als die unbestimmte Anhaltung. Gleichzeitig gibt es im Unterschied zum Beispiel zu befristeten Haftstrafen die Hoffnung, dass bei guter Mitarbeit, guten Therapieerfolg man doch in absehbarer Zeit schrittweise hinauskommt. Aber es gibt keine Strafe dafür.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Dann danke ich Ihnen sehr Herr Primar. Es gibt keine weitere Wortmeldung. Und ich darf Sie hiermit aus der Zeugenschaft entlassen und danke Ihnen für ihre Aussage und für ihre Geduld.

Prim. Dr. **DAVID**: Danke schön.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich darf noch berichten, dass noch ein Beitrag des Herrn Dr. Heiner Bartuska eingelangt ist. „Mindestversorgung oder Behandlungsstandards? Psychotherapie in der Psychiatrie“.

Den darf ich den Klubs zur Verfügung stellen damit Sie sich das auch zu Gemüte führen und anschauen können.

Und dann gibt es noch einen Beweisantrag (*Anm.: PRT/00753-2008/0423*) der Gemeinderätinnen Dr. Pilz und Mag. Antonov. Und da beantragen die beiden Damen Frau Dr. Mag. Renate Balic-Benzing, die Leiterin des Amtes für Jugend und Familie – MAG 11 als Zeugin zu laden.

Wie gesagt, dazu darf ich aber Folgendes sagen: So etwas hatten wir schon einmal. Ich glaube in der letzten Sitzung, wo ich nicht dabei war, wurde diese Thematik auch diskutiert, dass eben damals die Entbindung der Verschwiegenheitspflicht nicht vorgelegen hat. Dazu wäre jetzt zu sagen.

Erstens einmal rein formal, wenn man einen Zeugen vorlädt, dann hat es auch ein Thema zu geben. Das fehlt aber bei diesem Antrag.

GRin Dr. **Pilz**: Das Thema ist das, was wir das letzte Mal schon bei der ersten Ladung -

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Aber das ist ein neuer Beweisantrag, Frau Dr. Pilz, und über den ist abzustimmen.

GRin Dr. **Pilz**: Gut, dann ziehen wir ihn zurück und bringen ihn das nächste Mal ein mit einer -

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Darf ich Ihnen noch etwas dazu sagen. Ich habe das aus dem letzten Protokoll herausgelesen, es gibt ja auch die Problematik, dass es jetzt hier um die Kompetenz geht.

GRin Dr. **Pilz**: Darf ich Ihnen dazu Literatur anbieten, Herr Vorsitzender.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Das dürfen Sie. Nur wie gesagt, Sie nehmen auf diesen Paragraphen von Herrn Dr. Neuhofer -

GRin Dr. **Pilz**: Der Herr Dr. Neuhofer hat in seinem -

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Seite 286, nehme ich an, haben Sie -

GRin Dr. **Pilz**: Genau, die Jugendwohlfahrt. Und zu der Vollziehung der Gemeinde in diesem Zusammenhang.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Grundsätzlich ist zu sagen, dass das Jugendwohlfahrtsgesetz ein Bundesgesetz ist und dazu gibt es Landesgesetze, die dann sozusagen die Ausführungsgesetzgebung dann behandeln. Nur, wir sprechen hier eigentlich von dem Einflussbereich der Gemeinde Wien. Und nicht vom Land Wien, weil das Landessache ist.

GRin Dr. **Pilz**: Da geht es auch genau um den Zuständigkeitsbereich der Gemeinde hinsichtlich der Kostenübertragung für die Betreuungsleistungen, die in der Jugendwohlfahrt erbracht werden müssen, die in der Gemeindekompetenz tatsächlich beheimatet sind.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Und im Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz, das auf der Grundlage dieses Bundesjugendwohlfahrtsgesetzes erlassen wurde regelt im Paragraph 4 Absatz 1, dass die Durchführung der Landesregierung obliegt. Und im Paragraph 38, 39 dieses Wiener Jugendwohlfahrtsgesetzes steht drinnen, dass für die Kosten das Land Wien aufzukommen hat. Und das heißt, das Ganze findet ja nicht im eigenen Wirkungsbereich der Gemeinde Wien statt, daher geht das so nicht.

GRin Dr. **Pilz**: Darf ich darum ersuchen, dass der Magistrat so freundlich sein soll, dass hinsichtlich der rechtlichen Situation zu prüfen, was jetzt die Kostenübertragung betrifft und die darauf abgeleitete Zuständigkeit der Gemeinde - Herr Mag. Sedlak, vielleicht können Sie das dann machen.

Ich werde einen Antrag stellen, das zu prüfen.

Ich beantrage hiermit mündlich, Herr Kollege Deutsch, okay. Machen wir es ganz formell.

Ich beantrage hier jetzt mündlich, dass der Magistrat möge prüfen, ob die Zuständigkeit bezüglich der Kostenübertragung auf Gemeindeebene gegeben ist und uns da eine schriftliche Stellungnahme zu geben.

Aber das nehme ich doch an, Herr Kollege Deutsch, da werden Sie sich nicht dagegen sperren, dass wir die Rechtssituation klären.

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

GR **Deutsch**: Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Das ist wieder einer dieser typischen Husch-Pfusch-Vorgänge von der Frau Kollegin Pilz. Sie hat den Antrag, der eingebracht wurde vorher eigentlich als obsolet dargelegt, weil sie einen neuen Antrag

einbringen will. Nachdem eigentlich das letzte Mal bereits in der Stellungnahme der Magistratsdirektion sehr genau darauf hingewiesen wurde, dass erstens einmal nicht nur konkrete Vernehmungsgegenstände erforderlich sind, dass darüber hinaus, wenn auch ein neuer Antrag kommen würde, der ohnehin auch zu prüfen wäre, halte ich es nicht für sinnvoll hier weitere mündlich formulierten Anträge a priori vorweg prüfen zu lassen. Sondern wenn Sie möchten, bringen Sie einen neuen Antrag ein. Ich habe es eigentlich nicht für möglich gehalten, dass diese wirklich schlampige Vorbereitung von Anträgen, die bereits das letzte Mal hier von statten gegangen ist noch einmal im Wesentlichen steigerbar ist. Aber so einen inhaltsleeren Antrag einzubringen, ist für mich eigentlich ein weiteres Indiz wie wenig ernst Sie diese Untersuchungskommission nehmen und wie unseriös Sie hier vorgehen.

GRin Dr. **Pilz**: Sind wir froh, Herr Kollege Deutsch, dass Sie so gut vorbereitet sind, dass Sie heute keine Frage an den Zeugen hatten, aber jetzt am Schluss Feststellungen. Wir werden diesen Antrag noch einmal einbringen und wir werden schriftlich im Antragswege ersuchen, dass der Magistrat die Kostenübertragung prüfen wird und bis dahin, Herr Kollege Deutsch, sind Sie so freundlich und tun Sie sich der persönlichen Bemerkungen enthalten. Das ist unpassend und ich würde sagen, ein bisschen unter ihrem Niveau.

GR **Deutsch**: Da spricht die Richtige.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut damit nehme ich zur Kenntnis.

Damit nehme ich zur Kenntnis, dass der Antrag jetzt neu eingebracht wird und gleichzeitig mit einem Ersuchen, das Rechtshilfeersuchen müsste man dann halt irgendwo formulieren, dass dann auch eine Stellungnahme der Magistratsdirektion erfolgt.

Das heißt, es müsste im Rechtshilfeweg passieren. Da müssten wir einen Beschluss fassen darüber.

GRin Dr. **Pilz**: Bei uns schläft auch nie jemand. Bei uns schläft auch niemand während der Sitzung.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Damit darf ich die heutige Sitzung schließen. Und ich darf Sie bitten, die nächste Sitzung findet am Donnerstag, den 18. Dezember um 9.30 Uhr statt. Ich danke vielmals.

(Ende: 13:58 Uhr)