

Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates

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

11. Sitzung vom 19. Juni 2008

Wörtliches Protokoll

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|---|--------------------|
| 1. Eröffnung der Sitzung,
Feststellung der Anwesenden | S. 3 |
| 2. Vortrag und Befragung von
Herrn Univ.-Prof. Dr. Ernst
Berger | S. 3 bis
S. 25 |
| 3. Vortrag und Befragung von
Herrn Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c.
Siegfried Kasper | S. 25 bis
S. 46 |
| 4. Allfälliges | S. 46 |
| 5. Weitere Vorgangsweise | S. 47 |

(Beginn um 9.35 Uhr)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Guten Morgen meine Damen und Herren!

Ich darf Sie sehr herzlich zur heutigen 11. Sitzung begrüßen.

Ich darf für das Protokoll insbesondere wieder die Mitglieder der Untersuchungskommission betreffend „Gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“ begrüßen:

GRin Mag. Waltraut Antonov.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Christian Deutsch.

GR Christian **Deutsch**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Marianne Klicka.

GRin Marianne **Klicka**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Ingrid Korosec.

GRin Ingrid **Korosec**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR David Lasar.

GR David **Lasar**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Barbara Novak.

GRin Barbara **Novak**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Veronika Matiasek.

GRin Veronika **Matiasek**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Anica Matzka-Dojder.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Karlheinz Hora.

GR Karlheinz **Hora**: 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 Erika Stubenvoll.

GRin Erika **Stubenvoll**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Silvia Rubik.

GRin Silvia **Rubik**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Kurt Wagner.

GR Kurt **Wagner**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Damit darf ich auch gleichzeitig die Beschlussfähigkeit der heutigen Sitzung feststellen.

Wir haben heute zum 1. Tagesordnungspunkt

Herrn Univ.-Prof. Dr. Ernst Berger, den ich herzlich begrüße, eingeladen. Er ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sowie Universitätsprofessor.

Herr Univ.-Prof. Dr. Berger wird uns heute über Darstellungen zur Versorgungspsychiatrie bei Kindern und Jugendlichen in Wien Auskunft geben.

Herr Professor, ich sehe, Sie haben eine Präsentation vorbereitet. Ich darf gleich vorausschicken, dass Sie den Kommissionsmitgliedern diese Unterlagen zur Verfügung stellen.

Sie sind als sachverständiger Zeuge geladen, was bedeutet, dass Sie, wenn man die Betonung auf „Zeuge“ legt, unter Wahrheitspflicht stehen und natürlich bei den nachfolgenden Fragen die Möglichkeit haben, Fragen, die für Sie persönliche Nachteile bringen würden, nicht beantworten zu müssen.

Herr Professor! Darf ich Sie bitten, mit Ihrem Vortrag zu beginnen.

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Ich danke, Herr Vorsitzender. Meine Damen und Herren Gemeinderäte!

Ich habe den Ladungsauftrag „Darstellung zur Versorgungspsychiatrie“ dahin verstanden und interpretiert, dass Sie eine umfassende Darstellung der Entwicklung und der Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Wien erwarten. Ich habe meiner Präsentation den Titel „Kinder- und Jugendpsychiatrie in Wien, Planungen, Entwicklungen, Versäumnisse“ gegeben.

Ich fange mit einem ganz kurzen Einstieg über den Hintergrund des Themas an, nämlich die Frage: Um welche Quantität eines Problems kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung handelt es sich? Wovon reden wir?

In der Literatur wird der Begriff „Auffälligkeit von Kindern und Jugendlichen“, als der weitest gefasste Begriff verwendet, der mit einer Quantität zwischen 10 und 30 % angegeben wird. Nun könnte man berechtigterweise bei einer so breiten Streuung sagen, was bringt diese Zahl? Die Tatsache bei der breiten Streuung ergibt sich daraus, dass natürlich ein Begriff „Auffälligkeit“ auch nicht haarscharf und auch nicht wissenschaftlich genau definierbar ist.

Wenn man dort herunter rechnet, wie viel an psychischen Störungen quantitativ vorhanden ist, aus dieser Gesamtzahl von Auffälligkeiten, dann geht man durchschnittlich von etwa 7 % der Kinder und Jugendlichen aus. Noch geringer ist die sogenannte Inanspruchnahmepopulation, das heißt, ungefähr 3 bis 4 % von Kinder und Jugendlichen, das heißt, die Hälfte derer, die eine psychische Störung haben, kommen auch tatsächlich zu kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungseinrichtungen.

Wir wissen aus der Sozialpsychiatrie, dass

diese Inanspruchnahme mit der geografischen Entfernung abnimmt und dass die Zahl jener, die in den stationären Bereich zur Behandlung kommen, noch einmal die Hälfte davon ausmacht, also ca. 1,5 %. Sie sehen also, dass wir zwischen der ersten Zahl von 10 bis 30 % und der Zahl derer, die zur stationären Behandlung kommen, eine beträchtliche Diskrepanz festzustellen haben.

Die Frage, die immer wieder gestellt und diskutiert wird: Haben sich die Häufigkeiten psychischer Störungen in den letzten Jahren verändert? Es wird immer von einer gravierenden Zunahme berichtet. Die wissenschaftliche Literatur bestätigt das nicht. Wir finden in globaler Betrachtung über die letzten 50 Jahre in der wissenschaftlichen Literatur keine Zu- oder Abnahme psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen.

Ich stütze mich dabei auf eine Meta-Analyse eines Teams um Schulte-Markwort, der Kinder- und Jugendpsychiater in Hamburg, der seit dem Jahre 1950 bis 2000 die wissenschaftlichen Publikationen evaluiert hat und hier ebenfalls zwischen 10 % und 30 % die Angaben findet und das insgesamt unverändert über den Zeitraum von 1950 bis 2000. Also, von einer globalen Zunahmetendenz können wir auf Grund der wissenschaftlichen Daten nicht ausgehen.

Wenn wir diese Daten umrechnen auf österreichische und wiener Verhältnisse, so haben wir davon auszugehen, dass wir bei einer Zahl von Kindern und Jugendlichen – die statischen Zahlen enden nicht mit dem 18. Lebensjahr, der jetzigen Großjährigkeit, sondern mit 19. Lebensjahr – haben wir von einer Zahl von etwa 327.000, 330.000 Kindern und Jugendlichen auszugehen. Das bedeutet, dass wir von etwa 23.000 jungen Menschen zwischen 0 und 19 Jahren mit psychischen Störungen auszugehen habe - das ist die Zahl von 7 %, die ich zuerst angeführt habe - und von einer grundsätzlichen Inanspruchnahmezahl von etwa 11.500 jungen Menschen.

Worauf kann man sich, angesichts dieser Zahlen, in der Konzeption von Versorgungsstrategien stützen? Ich zitiere hier eine kanadische Publikation aus dem Jahre 1986, die schon damals davon spricht, dass es um eine Optimierung des Einsatzes kinderpsychiatrischer Kompetenzen geht, da die Zahl von Kinderpsychiatern nie ausreichen wird, um die Behandlungsbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen alleine abzudecken. Das heißt, hier wird bereits darauf hingewiesen, dass jedes Versorgungskonzept immer auf Kooperation verschiedener Berufsgruppen zu orientieren ist.

Welche Krankheitsgruppen haben wir ins Auge zu fassen? Ich habe Ihnen hier die Daten der

Abteilung, die ich 17 Jahre lang geleitet habe, aus den letzten Jahren kurz heraus kopiert. Die häufigsten Diagnosen sind reaktive Störungen, sind Psychosen und sind Persönlichkeitsentwicklungsstörungen mit gewissen Schwankungen. Hier habe ich nur die letzten Jahre 2003 bis 2006 heraus kopiert, aber im Wesentlichen decken diese drei Gruppen den Hauptanteil der Störungshäufigkeit ab.

Nun machen wir ganz kurz einen Blick nach Deutschland, auf die dortige Versorgungssituation, um uns auf einen Hintergrund beziehen zu können.

Das erste Faktum, das hier zu erwähnen ist, dass die FachärztIn für Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenes medizinisches Sonderfach in Deutschland im Jahre 1969 eingeführt wurde. Das ist nicht unwesentlich für das Verständnis der Versorgungssituation, denn – ich werde noch später darauf kommen – in Österreich haben wir diesen Status erst 2007 erreicht. Das haben Sie von meinen VorrednerInnen zum Thema „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ bereits gehört.

Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken in Deutschland, ohne dass ich da jetzt auf Details eingehe, es geht mir nur darum, die Verteilungssituation eines Netzwerkes zu zeigen, das ganz Deutschland umspannt, mit vielen, vielen, vielen Standorten von Kliniken. Ähnlich sieht es mit der extramuralen Versorgung aus, das heißt, außerhalb des stationären Bereiches. Dort finden wir auch Tageskliniken, natürlich etwas mehr in Ballungsbereichen, aber trotzdem, über ganz Deutschland ein verteiltes Netz von Kliniken. Ebenso in Blick auf Ambulanzen, die ebenfalls über ganz Deutschland verteilt sind. Als drittes Faktum, die Existenz von Praxen von niedergelassenen ÄrztInnen. All jene Strukturen haben sich seit 1969, seit der Existenz der FachärztIn Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt. Das heißt, Deutschland blickt diesbezüglich auf 40 Jahre Entwicklung zurück und hat dementsprechend auch ein anderes Versorgungsnetz, das wir in Österreich in dieser Form nicht haben.

Nun, wie sind die Planungen und Entwicklungen in Österreich gelaufen? Sie haben sicher schon gehört, dass im Jahre 1975 das Additiv-fach Kinder- und Jugendneuropsychiatrie eingeführt wurde. Wenn Sie hier auf die Folie schauen, dann sehen, dass Planungen dieses Zusatz-faches bereits 1964 begonnen haben. Also, dort liegt ein Zeitraum von 11 Jahren, von Beginn der Planungen bis zur Umsetzung, dazwischen. Im Jahre 1975 wurde dann in der Ärzteausbildungs-verordnung die Kinderpsychiatrie, Kinderneuropsychiatrie – ich betone das, weil ich darauf noch öfter zurück kommen werde – als Teilgebiet von Sonderfächern „Psychiatrie, Neurologie, Kinderheilkunde“ eingeführt. Das war ein Fort-

schritt, weil es damals mit diesem Additivfach gelungen ist, die Quellströme, aus denen sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie gespeist hat - und so weit ich aus dem Protokollen entnommen habe, hat Ihnen Kollege Prof. Dr. FRIEDRICH darüber schon berichtet – zusammenzuführen. Aber, in den folgenden Jahren hat sich gezeigt, dass diese Konstruktion des Additivfaches, die damals wahrscheinlich gar nicht anders möglich gewesen wäre und ein Fortschritt war, sich in den folgenden Jahren als absolut unzureichend erwiesen hat, um die weitere Entwicklung in diesem Fachgebiet tragen zu können.

Trotzdem sind natürlich auf dem Hintergrund dieses Additivfaches bereits Planungsschritte unternommen. 1991 hat das Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizinsoziologie einen ersten Bericht über Stand und Entwicklung der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Österreich erstellt. 2004 hat dann das Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Rahmen der Planung „Psychiatrie“ ebenfalls über die Versorgungsstrukturen der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie ein Konzept erstellt.

In diesem Strukturmodell, das aus dem Bericht des Ludwig-Boltzmann-Instituts 1981 stammt, können Sie natürlich die Details nicht lesen, darum geht es mir auch nicht, mir geht es nur darum Sie darauf hinzuweisen, dass entsprechend der Aussage in der kanadischen Publikation die Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nie isoliert betrachtet werden kann, sondern dass hier unterschieden wird zwischen einem inneren Bereich, dem Kernbereich A, einem Vorfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie und einem Umfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In diesen äußeren Zirkeln, im Vorfeld und im Umfeld, befinden sich zahlreiche Institutionen des psychosozialen Feldes. Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung ist immer nur zu denken in der Wechselwirkung zwischen diesen verschiedenen Zonen, die hier dargestellt wurden.

Zwei Zahlenzitate aus dem Bericht des ÖBIG aus dem Jahre 2004. Wobei ich hier darauf hinweise, das ÖBIG hat sich damals entsprechend der damaligen Rechtssituation auf Kinder- und Jugendneuropsychiatrie bezogen. Das heißt, die Zahlen sind mit der jetzigen Rechtssituation nicht 1:1 vergleichbar, weil der neurologische Versorgungsteil mit der Schaffung des eigenen Sonderfaches herausgekommen ist. Aber trotzdem ist es ein gewisser Bezugspunkt, vor allem es ist der einzige österreichweite akkordierte Bezugspunkt.

Sie sehen hier, dass die Zahl der niedergelassenen ÄrztInnen in Österreich – Sie erinnern sich an die eine Folie aus Deutschland, wo ganz Deutschland überzogen war mit ÄrztInnenpraxen

- hier natürlich eine völlig andere Situation haben. Hier ist der Soll-Stand von niedergelassenen FachärztInnen für die einzelnen Bundesländer aufgegliedert und hier dem Ist-Stand gegenüber gestellt. Sie sehen, im Ist-Stand gibt es insgesamt 55 FachärztInnen, allerdings nur 13 FachärztInnen mit einem § 2-Kassenvertrag, das heißt, nur die kann man als relevant versorgungswirksam rechnen.

Ich würde jetzt, nach meinem Ausscheiden vom Rosenhügel, unter der Gesamtzahl niedergelassener Kinder- und JugendpsychiaterInnen mitgezählt werden, habe aber eine Ordination, die einen halben Tag in der Woche geöffnet, das ist nicht versorgungswirksam. Insofern ist es wichtig, zwischen diesen beiden Zahlen zu unterscheiden.

Das ÖBIG hat auch Behandlungsplätze in Österreich ausgewiesen. Wobei Behandlungsplätze bedeutet – hier ist absichtlich ein übergeordneter Begriff gewählt worden, der in der Versorgungsplanung immer mehr an Gewicht bekommt – es wird nicht von Betten gesprochen, sondern von Behandlungsplätzen, die auch tagesklinische Plätze umfassen. Sie sehen auch dort wieder den Ist-Stand nach Bundesländern aufgegliedert. Wenn wir uns hier auf Wien konzentrieren, dann wird hier von einem Ist-Stand von 84 ausgegangen, von einem Soll-Stand anhand der Bettenmessziffern 0,08 bis 0,1 pro Tausend Einwohner, von 124 bis 155 und daraus wird ein Fehlbestand für Wien von 40 Betten errechnet. Es ist allerdings auch hier noch einmal darauf hinzuweisen, dass hier die Neurologie in diese Zahl inkludiert ist, dass das nicht mehr 1:1 umzulegen ist. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Zahl in Niederösterreich mittlerweile so nicht mehr stimmt, weil in Niederösterreich zwei kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen mit, ich glaube, insgesamt 40 oder 50 Betten eröffnet wurden, was auch für die Versorgungssituation in Wien relevant ist, weil bis dahin Wien einen nennenswerten Teil der Versorgung Niederösterreichs des Umfeldes mitgetragen hat. Das heißt, hier hat sich auch ein wenig geändert. Ich will damit nur sagen, dieser Fehlbestand Minus 40 ist nicht 1:1 auf die heutige Situation umzusetzen, aber er ist eine Bezugszahl, die mit allerdings für die Planungen für die Konkretisierung nochmals umrechnen soll. Das sollte heißen, der Weg zum Sonderfach, da ist mir der „Weg“ verloren gegangen.

Im Jänner 1997 wurde ein entscheidender Schritt in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gemacht. Und zwar dadurch, dass es uns gelungen ist, im damals neu eingeführten LKF-System, dem System zur leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung, die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu etablieren. Wir hatten da-

mals große Sorgen, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie aus dem LKF-System heraus fällt und das hätte unsere Abteilungen finanziell umgebracht. Wir haben daher sehr aktiv seitens der Fachgesellschaft Kinder- und Jugendpsychiatrie darauf hingewirkt, dass es hier zu einer Berücksichtigung kommt.

Wenn ich hier sage, wir haben sehr aktiv darauf hingewirkt, dann will ich damit auch deutlich machen, dass wir in den vielen Jahren in der Arbeit um unser Fachgebiet die Illusion verloren haben, dass Schreiben von Berichten allein irgendeinen Effekt hat. Wir wissen, dass Politik nicht so funktioniert, dass man administrative Berichte abgibt und dass dann die entsprechenden Dinge passieren. Sondern, sich in Politik und Fachpolitik einzumischen heißt auch, sich aktiv zu engagieren, über das Schreiben von Berichten hinaus. Wir haben als Fachgesellschaft damals, heute würde man sagen: Lobbying betrieben, intensivstes Lobbying betrieben für unser Fach, um die entsprechenden Finanzierungsgrundlagen ins LKF hinein zu bekommen. Niemand hat das von uns verlangt, niemand hat das wollen, wir haben es trotzdem getan.

Auch im Jahre 1997 haben wir dann die ersten Sondierungsgespräche mit der Frau Bundesministerin Hostasch um dieses Sonderfach geführt. 1998 sind wir dann in den ersten Novellierungsentwurf der Ärztekammer für die ÄrztInnenausbildungsordnung hinein gekommen, noch als Sonderfach Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. Es hat dann noch einmal 9 Jahre gedauert, bis im Februar 2007 das Sonderfach jetzt als Kinder- und Jugendpsychiatrie tatsächlich umgesetzt wurde. Wenn Sie zurückrechnen, 1964 die ersten Planungen für das Additivfach, das 11 Jahre auf sich warten hat lassen und dann noch einmal 10 Jahre von den ersten Planungen „Sonderfach“ bis zur Realisierung, dann sind das schon beträchtliche Zeiträume und dann sind das auch beträchtliche Versäumnisse, auf die man hier zurückblicken muss, die ganz Österreich betreffen.

Mit dem Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde der neurologische Teil unseres Faches in ein neues Additivfach ausgegliedert, das allerdings von der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus zugänglich ist.

Ich komme jetzt zum nächsten Teil und spreche über Planungen und Entwicklungen in Wien. Die Entwicklungen in Wien gehen weit zurück. 1951 wurde eine 12-Betten-Station an der Neurologisch psychiatrischen Universitätsklinik - damals war es noch eine gemeinsame Klinik „Neurologie und Psychiatrie“ unter der Leitung von Dr. Walter Spiel – eingerichtet.

1975 wurde aus diesem Kern dann die Uni-

versitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters mit insgesamt 32 Betten, wobei diese 32 Betten auch den neurologischen Teil mitzuversorgen hatten. Das war damals die einzige stationäre Einrichtung und blieb es auch durch viele, viele Jahre hindurch in Wien. Und es war und ist auch heute noch die einzige Universitätsklinik in Österreich. Auch das muss man sagen, ist ein Versäumnis, ein gesamtösterreichisches Versäumnis, dass es hier in diesem Land nur eine einzige Universitätsklinik gibt.

Erst 1997 haben wir dann unter meiner Leitung, ich habe 1990 die Leitung der Abteilung am Rosenhügel übernommen, dort eine Kinder- und Jugendneuropsychiatrische Abteilung etabliert. Vorher hieß es ja „Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder“. Das war nicht nur ein Namenswechsel, sondern das war auch ein Strukturwechsel mit Umakzentuierung der Aufgaben und 17 der dort vorhandenen 53 Betten waren ab diesem Zeitpunkt dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewidmet. Das heißt, von 1975 bis 1995, gab es ausschließlich die 32 Betten im Kernbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Klinik, ab 1997 dann auch definiert 17 weitere Betten mehr.

Dazwischen allerdings gab es schon Planungsschritte. Im Jänner 1979, damals noch unter Stadtrat Dr. Stacher, wurde erstmals eine Enquete über die neuropsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgehalten. Ich habe die entsprechenden Unterlagen hier, die wurde auch in den „Wiener Kommunalen Schriften“ publiziert. Wenn Sie wollen, kann ich Ihnen gerne in der Diskussion die Kernaussagen aus dieser Enquete über die Versorgungsplanung dann zitieren.

Ich habe Ihnen hier noch die Bettenauslastung der Abteilung am Rosenhügel eingeblendet. Ein Überblick über die Jahre 2000 bis 2006, wir haben sie natürlich auch länger. Wenn Sie hier die gelbe Linie betrachten, das ist die kinder- und jugendpsychiatrische Station C 2, das andere sind die neurologische Station und die behindertenpsychiatrische Station. Aber da wir hier über Kinder- und Jugendpsychiatrie reden, konzentrieren Sie sich bitte auf die gelbe Linie.

Sie sehen, dass die Bettenauslastung in diesen Jahren zwischen 60 % und etwa 68 % geschwankt hat. Das heißt, die Abteilung war, abgesehen - die kinder- und jugendpsychiatrische Station - abgesehen von manchen Zeiten, die es durchaus gab und in denen es dann wienweit tatsächlich zu Bettenknappheit kam, über den Gesamtzeitraum des Jahres nie voll ausgelastet, quantitativ. Das heißt nicht unbedingt, dass das eine Aussage über qualitative Strukturen und Angebote ist. Aber quantitativ insgesamt ist es nicht so gewesen, das wir hier eine ständige

Vollauslastung gehabt hätten. Das heißt, es ist davon auszugehen, dass dort, über weite Strecken, immer wieder auch Versorgungsreserven vorhanden gewesen sind.

Ausgehend von dieser Etablierung der kinder- und jugendneuropsychiatrischen Abteilung und kinderpsychiatrischen Station, welche Akzente haben wir in diesen Jahren in der Weiterentwicklung gesetzt? Wir haben dort ein ambulantes Betreuungsmodell über die Betreuung von Kindern substanzabhängiger Mütter etabliert, das 2006 und auch in einigen anderen Publikationen publiziert wurde. Ich darf durchaus auch mit Stolz sagen, dass es sich hier um ein zumindest europaweites Einzelmodell handelt. Es gibt in ganz Europa kein Modell, das diesen umfassenden Ansatz eines Betreuungsnetzwerkes, das wir 1995 starten konnten, etabliert hat. Ein Betreuungsnetzwerk, in das die medizinischen Fächer der Geburtshilfe, der Psychiatrie, der Neonatologie und der Sozialarbeit etabliert waren. Und im Zentrum die Kinderneuropsychiatrie, deren Aufgabe die Begleitung der neurologischen und psychosozialen Entwicklung von Kindern von substanzkonsumierenden, also drogenabhängigen Müttern gewesen ist. Dieses Modell gibt es nach wie vor.

Wir haben etwa ab 2001, um die Abteilung am Rosenhügel herum, ein kinder- und jugendpsychiatrisches Drogenversorgungskonzept etablieren können, das Teil des Wiener Drogennetzwerkes ist. Sie sehen, von niederschweligen Stufen zur ambulanten und zur stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Betreuung, in Kooperation mit den Langzeiteinrichtungen der Drogeneinrichtungen.

Diesem Modell lag und liegt ein Behandlungskonzept zu Grunde, das nach folgenden Richtlinien aufgebaut wurde:

Der Vermeidung der Etikettierung als DrogenpatientIn. Das schien uns besonders wichtig und auch effektiv, vor allem für Jugendliche, die an der Schwelle zur Abhängigkeit stehen. Und das ist im Jugendalter doch bei weitem die größere Zahl.

Wir haben aus diesem Grund eine integrierte Behandlung an einer offenen jugendpsychiatrischen Abteilung angeboten, sowohl im Bereich der Ambulanz als auch der Station. Das Konzept beruhte auf intensiven Behandlungsperioden für kurze Zeitspannen, mit der Ermöglichung von Weichenstellungen und Übergängen für die Weiterbetreuung in sehr unterschiedlicher Weise.

Das Strukturkonzept, das Sie hier kurz sehen können, an der Ambulanz ging es einmal darum an Harm Reduction zu arbeiten, das ist auch in der internationalen Drogenarbeit heute das primäre Ziel. Nicht die Drogenfreiheit in erster Linie, natürlich dort, wo es möglich ist schon,

aber primär Harm Reduction zu betreiben, die Motivlage zu klären und die Behandlungsvorbereitungen zu etablieren, das heißt, den Entzugsbeginn in der Ambulanz bereits einzuleiten.

Ein Teil der PatientInnen wurde dann stationär aufgenommen, zu einem intensiveren kinder- und jugendpsychiatrischen Clearing und einer Therapieplanung. Von dort konnte es dann als eine Variante in eine stationäre Langzeittherapie gehen, als andere Variante in eine ambulante Langzeitbetreuung.

Manchmal war es auch nicht anders möglich, als in die ambulante Substitution überzugehen. Das heißt, nicht die Drogenfreiheit zu erzielen, sondern Substitutionsbehandlung weiter zu planen. Die stationäre Phase war nicht obligat und ist nicht obligat, sondern es gab durchaus auch Wege von der Ambulanz direkt in die Langzeitstrategien.

Hier sehen Sie die typischen KlientInnen, das war eine Evolutionsstudie, Jugendliche zwischen 13. und 18. Lebensjahr, Leitsubstanz Opiate mit einer medianen Opiat-Anamnese von 11 Monaten. Wobei die KlientInnen, die wir betreut haben, immer aus einem Umfeld kamen, das noch gewisse Ressourcen im familiären oder im gleichaltrigen Bereich gezeigt hat, die aber alle an der Schwelle zur Abhängigkeit bzw. zur rezenten Abhängigkeitsentwicklung waren.

Betreuungsziele habe ich schon gesagt: Harm Reduction, jugendpsychiatrisches Clearing und natürlich die Therapie der Komorbidität. Denn bei vielen Jugendlichen, den allermeisten, finden wir das Drogenproblem nicht als isoliertes Problem, sondern finden dahinter eine zweite jugendpsychiatrische Diagnose, die den Weg in den Substanzkonsum eigentlich gebahnt hat.

Ein drittes Projekt, das wir in diesen Jahren etablieren konnten und durch einige Jahre auch realisieren konnten, war das Wiener Modell „Sozialtherapeutische Wohnplätze“, das wir in Kooperation mit dem Wiener Jugendamt etabliert hatten. Sozialpädagogische Wohngemeinschaften können durch zusätzliche Ressourcen die Betreuung schwieriger KlientInnen übernehmen. Dadurch gelingt die Vermeidung von Ausschluss und Abbruch. Die Pilotphase dieses Projektes war 1998 bis 2000, die Realisierungsphase von 2000 bis 2006. Darüber gab es übrigens auch einen Beschluss des zuständigen Gemeinderatsausschusses für die Finanzierung dieses Projektes durch Verdoppelung des Tagsatzes im Rahmen dieses Projektes. Realisierungsphase 2006 deshalb, weil es derzeit eine Neugestaltungsperiode gibt.

Ich habe in den letzten Wochen auch Gespräche mit den zuständigen KollegInnen aus dem Jugendamt geführt und die Chancen sind nicht schlecht, dass es tatsächlich zu einer Neu-

gestaltung und zu einer Etablierung dieses oder eines ähnlichen Modells in absehbarer Zeit kommen könnte.

Die Ziele dieses Projektes waren, dass Jugendliche, die in solchen Wohngemeinschaften und auf solchen Wohnplätzen aufgenommen wurden, aktuelle Krisen bewältigen konnten, eine Reduktion psychosozialer Beeinträchtigungen, eine Verarbeitung psychosozialer Traumata und die Rückführung in die Familie oder in ein Standardsetting der Sozialpädagogik.

Im Jahre 2002 wurde dann von der damaligen Gesundheitsstadträtin Dr. Pittermann der Auftrag zur Etablierung eines Versorgungsprojektes, einer Optimierung der kinder- und jugendneuropsychiatrischen Versorgung erteilt. Ich wurde zum Projektleiter bestellt. Dieses Projekt ist von 2002 bis 2006 gelaufen. Das Projekt hieß auch hier noch „Kinder- und jugendneuropsychiatrische Versorgung“. Der Zwischenbericht zu diesem Projekt wurde im Jahre 2004 vorgelegt und wurde auch dem Gesundheitsausschuss des Wiener Gemeinderates vorgelegt.

Das Konzept dieses Projektes stützte sich auf eine ganze Reihe von Vorarbeiten. Auch hier möchte ich Ihnen wieder deutlich machen, wie lang Geschichte von Entwicklungen dauert.

1982 wurde ich von der Stadt Wien beauftragt, ein Konzept zur ambulanten Versorgung in der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, ein Modell eines kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes der Stadt Wien zu erstellen. Dieses Konzept wurde dann im Wiener Stadtse-nat behandelt und nicht realisiert. Das ist der Teil, den ich weiß, ich weiß keinen Hintergrund, warum das damals nicht umgesetzt wurde. Dort ging es um die Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Jugendwohlfahrt.

1991, habe ich schon erwähnt, gab es dann den Endbericht des Ludwig-Boltzmann-Institutes für Gesundheitssoziologie.

Im April 1998 wurden wir aufgefordert, in der 9. Arbeitssitzung der gesundheitspolitischen Kommission des Wiener Gemeinderates über den Stand der Entwicklung Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Entwicklung des Faches insgesamt zu berichten. Auf diesem Hintergrund, 2 Jahre später, hat Stadtrat Dr. Rieder eine Anfragebeantwortung im Wiener Gemeinderat über die kinder- und jugendneuropsychiatrische Versorgung vorgelegt.

Dann haben wir, von der Fachgesellschaft Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, ein intensives Lobbying begonnen. Wir haben als Fachgesellschaft im Oktober 2000 Memorandum zu kinder- und jugendneuropsychiatrischen Versorgung vorgelegt und Herrn Stadtrat Dr. Rieder übermittelt. Wir haben im November 2000 ein Positionspapier über die psychotherapeutische

Versorgung in Wien entwickelt und Herrn Stadtrat Dr. Rieder und Frau VBgmin Laska übermittelt.

Und 2001 dann der neubestellten Stadträtin seitens der Fachgesellschaft einen Vorschlag, aufbauend auf diese Vorarbeiten, zur Strukturplanung der kinder- und jugendneuropsychiatrischen Versorgung vorgelegt. Das war dann der Anlass für die Beauftragung des Projektes „Kinder- und Jugendneuropsychiatrie“ im Jahre 2002.

Die Ausgangspunkte, die ich als Projektleiter formuliert habe, bezugnehmend auf den aktuellen Stand im August 2001, waren Folgende:

Die gegenwärtige Bettenstruktur – das ist der stationäre Bereich – stellt keine befriedigende Versorgungssituation dar. Vor allem, weil die Zuständigkeiten bzw. Überschneidungen, insbesondere mit der pädiatrischen Versorgung, unklar definiert sind.

Weil es keine klaren Personalpläne für die Personalstruktur im Bereiche der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie gab.

Im ambulanten Bereich habe ich folgende Mängel habe in den Vordergrund gerückt:

Im Bereich der mittel- und langfristigen Behandlung, sowie der Liaisondienste bestehen gravierende Defizite, die Angebote für ambulante Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen sind unzureichend. Und das Schnittstellenmanagement an den Überschneidungsbereichen zu den Institutionen des Vorfeldes und des Umfeldes – ich beziehe mich dabei auf das Kreismodell des Ludwig-Boltzmann-Institutes – sind unzureichend konzipiert und modelliert.

Dieses Projekt wurde dann in folgende Projektteile gegliedert:

Die Umsetzungsschritte in einem Projekt „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ im AKH.

Einem zweiten Projektteil „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ im Bereiche der TU 1 - damals hat es TKP geheißen - sowie der stationären kinderneurologischen Versorgung. Dann der Bereich Liaisondienst und Nahtstellen, insbesondere zur allgemeinen Psychiatrie und zur Jugendwohlfahrt. Da es aber ein kinder- und jugendneuropsychiatrisches Projekt gewesen ist, hat die kinderneurologische Versorgung, aber auch der Bereich der Frühförderung und der Angebote für behinderte Kinder dort eine Rolle gespielt. Und als spezielle Bereiche die Themen der Alkoholintoxikation von Kindern, die nicht erst im Jahre 2007 diskutiert wurde, sondern die wir schon damals im Projekt als einen Brennpunkt definiert habe. Und der Bereich der drogenkonsumierenden Kinder und Jugendlichen.

Ich habe Ihnen, weil ich erst aus früheren Diskussionen und Protokollen weiß, dass das Thema der Mitversorgung Kinder und Jugendli-

cher in der allgemeinen Psychiatrie hier in dieser Kommission eine Rolle gespielt hat und spielt, die damaligen Zahlen aus dem Projektbericht hier heraus kopiert.

Ich habe im Zeitraum Juli bis Oktober 2002, die Mitversorgung Kinder und jugendlicher PatientInnen in der allgemeinen Psychiatrie in den Jahren 2000 und 2001 abgefragt, gegliedert nach den Einrichtungen SMZ-Ost, Otto-Wagner-Spital und KFJ. Dort war eine Gesamtzahl der PatientInnen unter dem 18. Lebensjahr über Jahre, eine Summe von 141 PatientInnen und davon 30 nach dem Unterbringungsgesetz.

Ich habe damals, in meiner Verantwortung als Projektleiter, unter diesem Punkt darunter geschrieben, dass diese Situation nicht befriedigend und wünschenswert ist, aber, dass ich diese Situation angesichts der Zahl, um die es geht – 140 PatientInnen in zwei Jahren – auch nicht als dramatisch bewertet habe. Auch wissend, dass es Versorgungsmodelle gibt, auch international, in denen Kooperation zwischen der stationären Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenen-Psychiatrie als Standard definiert sind.

Es gibt in der Schweiz solche Kooperationsmodelle. Es gibt in Deutschland solche Kooperationsmodelle. Allerdings als eigens definierte Struktur und nicht als Zufallsaufnahmen, das muss man schon hinzufügen, dass hier natürlich diese Situation nicht die wünschenswerte ist. Aber wissend, dass man auch über solche Versorgungsmodelle nachdenken kann, habe ich damals auch festgestellt, dass ich diese Zahl nicht als akut bedrohlich sehe.

Ich habe Ihnen hier, weil das auch einer der Brennpunkte der Diskussion, auch in den vergangenen Anhörungen gewesen ist, auch die Leitlinien zur Weiterentwicklung der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendwohlfahrt definiert. Ich lese es Ihnen wörtlich vor, weil sie mir ganz besonders wichtig erscheint:

„Ausgangspunkt ist die gemeinsame Sichtweise, dass das Grundprinzip der sozialen Integration psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, die Basis der Kooperation der beiden Institutionen ist. Das bedeutet, dass die Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher - die zentrale Aufgabe der Kinder- und Psychiatrie - bei Bedarf, aber keinesfalls in jedem Fall und andauernd unter dem Dach der Kinder- und Psychiatrie zu erfolgen hat. Dementsprechend ist die Kooperation der beiden Institutionen in jenem Bereich besonders wichtig, in dem es Überschneidungen der fachlichen Zuständigkeit gibt.“

Ich habe, bevor ich im Projekt - auch gestützt auf Kooperationsgespräche mit der MAG 11 -,

diese Formulierung hier schriftlich festgehalten habe, das auch mit der Frau VBgmin Laska akkordiert gehabt. Das heißt, darüber gab es auch auf der politischen Ebene eine Übereinstimmung.

Einer der Bereiche, der im Zuge der Projektentwicklung auch Weiterentwicklung erfahren hat, war die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung im Psychosozialen Dienst, die ich auch weiterhin leite. Damals wurde ein kinder- und jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik im 23. Bezirk eingerichtet, das damals von der Frau Stadträtin Dr. Pittermann als dringliches Projekt definiert und von ihr dann eröffnet wurde.

Wir haben bereits im November 2002 die Vorlaufphase mit einem jugendpsychiatrischen Tageszentrum begonnen.

Im November 2003 ist dann die Bewilligung nach dem Krankenanstaltengesetz erteilt worden, sodass wir dann eine nicht bettenführende Krankenanstalt führen konnten, die eine Ambulanz, eine Tagesklinik und einen Liaisondienst am Standort im 23. Bezirk anbietet und auch nach wie vor in dieser Form in Betrieb ist.

Das Angebot dort ist eine offene Ambulanz, ein Liaisondienst zu sozialpädagogischen Wohngemeinschaften und eine Tagesklinik mit 10 bis 12 tagesklinischen Behandlungsplätzen, akzentuiert im Bereich der eher jugendlichen PatientInnen zwischen 12 und 18 Jahren. Wir haben dort eine Behandlungsdauer von etwa 6 bis 12 Wochen, Einzelgruppentherapien und ein strukturiertes Tagesprogramm.

Im Jahre 2006 wurde damals unter der Stadträtin Mag. Renate Brauner dieses Projekt „Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung“ beendet. Es war von Anfang an ein Projektlauf von 4 Jahren vorgesehen. Ich muss allerdings feststellen, dass dieses Projekt damals nicht als abgeschlossen betrachtet werden konnte. Aber es war eine stadträtliche Entscheidung, dieses Projekt zu diesem Zeitpunkt zu beenden.

Ich habe noch in der letzten Phase als Projektleiter zum Wiener Krankenanstaltenplan 2006 eine offizielle Stellungnahme abgegeben, in der ich, am 2. März 2006 an die MA 15 gerichtet, festgehalten habe: „Im Hinblick auf den dringenden Bedarf zur Entwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sollte der ursprüngliche Entwurf des ÖBIG für die diesbezüglichen Planungen der Stadt Wien herangezogen werden.“

Ich habe deshalb „der ursprüngliche Entwurf des ÖBIG“ geschrieben, weil dieser Entwurf dann nicht in den letztlich, auch jetzt noch gültigen Strukturplan Gesundheit, in den ÖSG übernommen wurde. Aber er war im Entwurf des ÖBIG für den ÖSG drinnen, wurde dann auf der Ebene der Strukturkommission des Bundes,

letztlich durch die Bundesländer, heraus moniert und ist jetzt nur mehr mit dem Begriff „die Strukturplanung für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden nachgereicht“ enthalten.

Ich halte das für eine absolut problematische und dramatische Situation, dass ein neuentwickeltes Fachgebiet im österreichischen Strukturplan Gesundheit nicht den Stellenwert bekommt, der es möglich machen würde, die fachlichen Entwicklungen auch tatsächlich in Versorgungsstrukturen umzusetzen.

Ich habe in der Stellungnahme darauf hingewiesen, dass Wien grundsätzlich die Möglichkeit hätte, das trotzdem zu tun, auch ohne den ÖSG. Aber das war damals nicht so.

Mein Akzent war die Nennung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Leistungsangebotsplan und im Wiener Krankenanstaltenplan, die Aufnahme des entsprechenden Abschnittes unter Punkt II, kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung und die Aufnahme der Strukturqualitätskriterien, die von ÖBIG auch schon vordefiniert waren, hier hineinzunehmen.

Ich komme zum Ende des Jahres 2006. Ich habe dann mit Anfang des Jahres 2007 die Leitung am Rosenhügel zurückgelegt und habe in meinem letzten Jahresbericht – ich habe jedes Jahr seit 1990 einen Jahresbericht geschrieben und habe es auch, denke ich, an einen großen Teil der hier anwesenden GemeinderätInnen versandt – Folgendes zusammengefasst, auch das zitiere ich wörtlich:

„Die Spezialisierung und Differenzierung der verschiedenen Arbeitsbereiche“ - das bezieht sich jetzt auf die Kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung am Rosenhügel - „die unter anderem zur Etablierung des eigenen Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie und des Additivfaches Pädiatrische Neurologie geführt hat, ließ schließlich den gemeinsamen Rahmen der Abteilung am Rosenhügel zu eng werden. Eine Fortführung der unterschiedlichen Aufgaben unter einem gemeinsamen Dach ist nicht mehr möglich. Dies war bereits im Jahre 2000 klar und fand seinen Niederschlag in diversen Konzepten, die ich als Projektleiter für die kinder- und jugendneuropsychiatrische Versorgung dem Krankenanstaltenverbund und der Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales vorgelegt habe. Bedauerlicherweise war es nicht möglich, diese Entwicklung zeitgerecht zu realisieren, nämlich zeitgerecht für den Zeitpunkt Sonderfach im Februar 2007. Ich habe damals abschließend festgestellt: Das wird die zentrale Aufgabe der nächsten Jahre bleiben.“

Nun abschließend ganz kurz zur Entwicklung ab 2007.

Frau Stadträtin Mag. Wehsely hat Dr. Max FRIEDRICH und mich gemeinsam beauftragt

einen Bericht über die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Wien zu erstellen. Der Auftrag erging, wenn ich mich recht erinnere, im März 2007. Wir haben diesen Bericht im August 2007 vorgelegt. Gerüchteweise habe ich gehört, dass Ihnen dieser Bericht mittlerweile vorliegt.

Ich habe auch gehört, dass da ein Missverständnis war, weil der Kollege Dr. FRIEDRICH, der die Endfassung des Berichtes vorgelegt hat, eine Fußnote drauf geschrieben hat, dass dieser Bericht zur internen Verwendung bestimmt ist. Das ist insofern ein Missverständnis, da dieser Bericht als Auftrag einer Arbeitsgruppe erteilt wurde, die von der Frau Stadträtin Mag. Wehsely gemeinsam mit Jugendwohlfahrt, Kinder- und Jugendpsychiatrie, einberufen wurde und der Kollege Dr. FRIEDRICH der Meinung war, dass dieser Bericht dann in dieser Arbeitsgruppe endredigiert werden wird. Deshalb hat er den im August übermittelten Bericht als „zur Verwendung für die Stadträtin“ deklariert. Es war nie daran gedacht, das als einen internen Bericht oder einen Geheimbericht zu handeln.

Ich habe hier aus diesem Bericht die mittelfristigen Planungsziele herausgeschnitten, die wir definiert haben. Die mittelfristige Planung hat von den aktuellen Defiziten auszugehen. Die relevantesten Versorgungsdefizite sind: Der Mangel an nachstationären Betreuungsressourcen seitens der Jugendwohlfahrt. Sie erinnern sich, dass ich darauf hingewiesen habe, dass dieses Projekt der sozialtherapeutischen Wohnplätze zu diesem Zeitpunkt nicht existiert hat, sondern beendet war und jetzt erst wieder neu gestartet wird. Daraus ergab sich in erster Linie dieser Mangel an nachstationären Betreuungsressourcen.

Weiters ein Mangel an Kapazität für stationäre Aufnahmen nach dem UBG. Ich habe darauf hingewiesen, dass wir insgesamt quantitativ das Jahr über am Rosenhügel immer wieder Reserven hatten, aber, ich habe dort auch gesagt, dass das nicht immer heißt, dass das qualitativ ausreichend gewesen ist. Es war tatsächlich so, dass für den Bereich der Anwendung des Unterbringungsgesetzes wienweit hier immer wieder auch Probleme aufgetreten sind, die nun rasch zu lösen waren.

Weiters ein Mangel an stationären Ressourcen für mittelfristige rehabilitative Behandlungen, das heißt, für Aufenthalte von etwa 3 bis 6 Monaten. Es war eines meiner zentralen Anliegen im Projekt „Kinder- und Jugendneuropsychiatrie“ diesem Bedarf Rechnung zu tragen, aber da die Umgestaltung dann doch deutlich langsamer gegangen ist, als ich das erwartet hatte, konnte dieser Bedarf, der schon 2001, 2002 definiert war, nicht rasch genug realisiert werden und bestand somit 2007 noch immer.

Weiters Defizite an regionalen ambulanten und teilstationären Angeboten, sowie an mobilen Interventionsmöglichkeiten.

Ein Teil dessen wurde mit der Schaffung der Tagesklinik abgedeckt. Aber das Konzept war natürlich, dass es, so wie 1982 entwickelt, mehrere solche Ambulanzen mit Tageskliniken über Wien verteilt geben soll. Eine wurde entwickelt, andere sind noch ausständig.

Bezogen auf diese mittelfristigen Planungsziele, haben wir kurzfristige Maßnahmen vorgeschlagen, damals mit einem Zeithorizont Ende 2008, Schaffung der organisatorischen Bedingungen an beiden bestehenden Abteilungen – Rosenhügel und AKH – von je 4 Betten für eine rechtskonforme und den Qualitätsstandards entsprechende stationäre Aufnahme nach dem UBG. Damit ist gemeint, dass die Anwendung der Kategorie intensiver Behandlung nach dem LKF-Modell gewährleistet ist, weil diese intensive Behandlung eine 24-Stunden-Beaufsichtigung durch MitarbeiterInnen des multidisziplinären Teams gewährleistet.

Die kooperative Festlegung der Aufteilung der Versorgungsaufgaben zwischen den beiden bestehenden kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen. Sie wissen vermutlich, dass die beiden Abteilungen auch unterschiedliche Profile haben, weil die Universitätsklinik natürlich auch Forschungsaufgaben hat und dass dann auch immer wieder in der Realität der Niederungen der Alltagsarbeit auch zu gewissen Reibungsverlusten in der Frage führt: Wer nimmt diese oder jene PatientIn auf? Daher also hier die gemeinsame Formulierung von Dr. FRIEDRICH und mir, dass es notwendig ist, diese Funktionen kooperativ zu definieren.

Dann die Einrichtung eines Liaisondienstes für die allgemein psychiatrischen Abteilungen. Dieser war aber auch und den gibt es mittlerweile, für die Einrichtungen der Jugendwohlfahrt gedacht.

Die Einrichtung eines mobilen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes und die Konkretisierung der Planungen des PSD zur Erweiterung der ambulanten und teilstationären Angebote. Das bezieht sich auf dieses Defizit an regionalen, ambulanten und teilstationären Angebote. Das heißt, die Weiterentwicklung der ambulanten und teilstationären Strukturen.

Damit bin ich am Ende meiner Präsentation. Ich kann abschließend feststellen, dass mit dem Auftragsbericht im Jahre 2007 auch wieder ein neuer Start der Weiterentwicklung erfolgt ist und dass manches von dem was, wir hier mit dem Zeithorizont 2008 definiert hatten, auch in Umsetzung gegangen ist.

In Umsetzung gegangen ist die Erweiterung insbesondere des Liaisondienstes. In Umset-

zung gegangen ist die Neustrukturierung am Rosenhügel. Die Dinge sind im Laufen.

Ich darf mit der Feststellung schließen, dass es mir hoffentlich gelungen ist, Ihnen zu zeigen, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie zwar als eigenes Sonderfach ein junges Fach ist, nämlich gerade einmal ein Jahr alt. Aber, dass die Geschichte dieses Faches bis in die 50er und 60er Jahre zurückreicht. Dass die Entwicklungen österreichweit langsam gelaufen sind. Dass sie in Wien – das habe ich nicht allzu deutlich heraus arbeiten können, weil ich dazu die entsprechenden Zahlen aus den österreichischen Bundesländern gebraucht hätte – immer ein kleines Stückchen weiter gewesen ist als in den anderen Bundesländern.

Deswegen, weil wir da die Universitätsklinik gehabt haben. Deswegen, weil wir ein Ballungszentrum sind. Wir waren immer ein kleines Stückchen voraus. Aber die Versäumnisse, die insgesamt in Österreich durch die langsame Entwicklung aufgetreten sind, von denen war Wien insgesamt leider auch nicht verschont. Aber, was wir feststellen können ist, dass es über all die Jahre immer wieder Schritte zur Entwicklung, Neuanläufe, Etablierung von Einzelprojekten, von erfolgreichen und auch international beachteten Einzelprojekten gegeben hat. Und das wir derzeit auch sehen, dass die Entwicklung wieder langsam aber doch in Schritten weiter geht. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit. *(Allgemeiner Beifall.)*

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr Professor! Ich danke für Ihre Ausführungen.

Ich bitte Sie jetzt, für Fragen aus der Kommission zur Verfügung zu stehen.

Ich darf Sie nochmals bitten, Sie habe eine Entbindung von Ihrer Verschwiegenheit eingeholt und ich wollte Sie nur darauf hinweisen.

Frau GRin Dr. Pilz, bitte.

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

Danke schön Herr Prof. Berger, für den ausführlichen Vortrag.

Lieber Ernst! Du hast speziell auf den Zwischenbericht im Februar 2004, hinsichtlich deines Auftrages als Projektleiter zur Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie abgestellt. Ich habe mir das im Vorfeld dieser heutigen Sitzung noch ganz genau angeschaut und habe festgestellt, dass hier ganz ausführlich – und du hast das jetzt auch erwähnt – die Defizite und Mängel, nicht nur hinsichtlich der bettenführenden Stationen, sondern auch der Aufgabe der Jugendwohlfahrt usw. definiert sind. Ich habe keinen Endbericht in meinen Unterlagen gefunden.

Das ist meine erste Frage: Gab es einen Endbericht? Warum hat die Frau Stadträtin Mag.

Brauner das Projekt im Jahr 2006 für beendet erklärt? Was war der Anlass für dieses Ende?

Wenn ich das Papier von 2004 mit dem Papier, das jetzt mit Prof. Dr. FRIEDRICH und dir zusammen erstellt wurde, vergleiche, dann habe ich den Eindruck: Sisyphus ist handlungsleitend. Denn, man hat schon im Jahr 2004 klar erkannt woran es mangelt. Im Jahr 2008 sind die Probleme weitgehend noch vorhanden. Was ist auf der politischen Ebene passiert?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Ich habe nicht über die Entwicklungen auf der politischen Ebene an dieser Stelle zu urteilen und zu berichten.

Das was ich feststellen kann ist, dass von diesem Projekt dann noch zwei weitere Zwischenberichte vorgelegt wurden. Im Jahre 2005 ein zweiter und ein dritter Zwischenbericht und dass es deshalb keinen Endbericht gab, weil dieses Projekt eben nicht durch eine Endsituation abgeschlossen und beendet wurde, sondern durch die Mitteilung, dass das Projekt als beendet zu betrachten ist. Über die Motive kann ich auch nichts berichten, weil ich darüber nicht informiert bin. Es ist tatsächlich so, dass in den Jahren etwa 2005 bis 2007, hier eine gewisse Stagnation der Entwicklung eingetreten ist.

Der Begriff „Sisyphus“ - nun ja, ich habe deutlich gemacht, in dieser Rolle haben wir uns schon ganz heimisch gefühlt seit dem Jahre 1970 in ganz Österreich. Wir sind wie der Sisyphus gelaufen, hinauf gerollt, hinunter gefallen. Ja, 2005 bis 2007 gab es eine gewisse Stagnation.

Als langgedienter Beamter kann ich aber darauf hinweisen, dass in dieser Zeit auch ein großer Umbau im Gesundheitswesen in Wien passiert ist. Der Krankenanstaltenverbund wurde in seiner Leitungsebene neu besetzt, Stadträtin neu besetzt. Ich weiß, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht der Nabel der Welt ist und dass in dieser Zeit, sagen wir einmal, Wichtiges zu tun gewesen ist. Ich war sehr froh, als im Jahre 2007 dann die neue Stadträtin diesem Bereich wieder zunehmend Aufmerksamkeit zugewandt hat. Wir haben natürlich dann zurück gegriffen auf das Wissen aus dem Jahre 2005 und haben das in den neuen Bericht mit einfließen lassen.

GRin Dr. **Pilz**: Für uns ist heute die Kinder- und Jugendpsychiatrie tatsächlich der Nabel der Welt und für viele Eltern, Kinder und Betroffene muss es der Nabel der Welt sein, wenn es darum geht Kinder gut zu versorgen.

Es hat in den Jahren 2005 bis 2007 eine Stagnation gegeben. Da war ja nicht nur die Frau Stadträtin Mag. Brauner betroffen, sondern ganz speziell und das deckt sich auch mit den Informationen, die wir von anderen hier geladenen ExpertInnen gehört haben, besonders

schlecht war die Anbindungssituation zu den Nachsorgestrukturen und der Jugendwohlfahrt. Du schreibst 2004 in diesem Bericht, welche eklatanten Defizite hinsichtlich der Versorgung und Nachsorge hier vorhanden sind. Das haben uns dein Nachfolger Prim. Dr. Gössler und Prof. Dr. FRIEDRICH ebenfalls bestätigt.

Welche Auswirkungen hat es für Kinder und Jugendliche, wenn es nicht möglich ist, sie nach einem stationären Aufenthalt z.B. am Rosenhügel, gut zu versorgen, weil die Kinder- und Jugendwohlfahrt nicht die entsprechenden Einrichtungen bereit stellt? Oder, wie mir vom Personal des Rosenhügels gesagt wurde, sich manche auch schlicht als nicht zuständig erklären? Was heißt das für die Betroffenen?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Ich kann hier die Antwort geben, die, glaube ich, meine VorrednerInnen auch schon gegeben haben, zumindest habe ich das den Protokollen entnommen.

Das bedeutet, dass sich die stationären Aufenthalte von Kindern und Jugendlichen verlängern. Es gibt einzelne Fälle, in denen auch seitens der RichterInnen, die dann über die Verlängerung der UBG-Maßnahme zu entscheiden hatten, dieser Punkt auch in der richterlichen Entscheidung dezidiert benannt und kritisiert wurde. Darüber gibt es gar nichts zu deuteln. Die Tatsache, dass keine entsprechenden Nachsorgeeinrichtungen im Sinne von hochbetreuten Wohnplätzen zur Verfügung stehen, ist ein ganz höchst bedauerlicher Umstand. Bedauerlich für die MitarbeiterInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber natürlich in erster Linie auch für die PatientInnen und ihre Angehörigen.

GRin Dr. **Pilz**: Ich habe jetzt zu deinen Anmerkungen hinsichtlich der Bettenauslastung in den Berichten 2000 bis 2006 noch eine Anmerkung.

Du sprichst davon, dass sie zwischen 60 und 80 % gelegen ist. Das deckt sich dann rein sachlich nicht mit der Tatsache, dass wir wissen, dass Kinder und Jugendliche durch Wien mit der Rettung transportiert werden, um dann schlussendlich in einer Erwachsenen-Psychiatrie zu landen.

Ich habe, weil mich das auch interessiert hat, im vergangenen Jahr ausführliche Gespräche mit dem Personal am Rosenhügel geführt. Da hat man mir gesagt, es geht nicht nur um die schiere Bettenzahl, sondern um die Ressourcen, wie viele SozialarbeiterInnen, PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen usw. da sind.

Es geht auch um den Umstand, dass zum Zeitpunkt deiner Primariatstätigkeit die Situation noch so war, dass so verschiedene unterschiedliche PatientInnengruppen im selben Bereich waren. Die neurologischen PatientInnen, die Kleinen und die Großen. War das vom Versor-

gungsstandpunkt überhaupt vernünftig, solange auf dieses Konzept zu setzen, wenn man weiß, man hat drei verletzbare Gruppen beieinander, die nicht unbedingt zusammen passen? Wurde durch eine politische Entscheidung diese Schwierigkeit abgenommen?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Wenn ich mit dem letzten Punkt anfangen darf. Deshalb habe ich ja meinen Jahresbericht aus dem Jahre 2006 zitiert, in dem ich festgehalten habe – ich habe ihn dort projiziert gehabt – dass die Situation der Konzentration von drei Bereichen, die sich zwischen 1990 und 2000 so weit in sich spezialisiert haben, dass die Situation, dass diese drei Bereiche unter einem Dach sind, spätestens ab dem Jahre 2000 nicht mehr wünschenswert gewesen ist. Das war einer der Gründe, warum ich so sehr gedrängt habe. Ich habe dann immer wieder gesagt, wir haben auch Lobbying betrieben, warum ich so sehr gedrängt habe, dass es zu einer Strukturänderung kommt.

Deshalb wurde dann auch das Projekt „Kinder- und jugendneuropsychiatrische Versorgung“ in die Wege geleitet. Dort ist unter dem Unterkapitel „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, das ich hier nicht detailliert ausgeführt habe, aber das ich Ihnen gerne noch zitieren kann, TKP oder heute TU 1, dieser Punkt auch ausführlich konzipiert worden, wie die Weiterentwicklung der Abteilung am Rosenhügel vor sich gehen soll.

Nämlich, durch eine Übersiedlung der behindertenpsychiatrischen Einheit in den Bereich der Erwachsenen-Psychiatrie, das sind ja erwachsene PatientInnen. Durch eine Übersiedlung der kinder- und jugendneurologischen Aufgaben entsprechend der neuen Fachkonzeption und damit einer Erweiterung der kinder- und jugendpsychiatrischen Kernangebote und insbesondere der Schaffung einer zweiten Station für mittelfristige rehabilitative Betreuung. Da es bis Ende 2006 leider nicht gelungen ist, das umzusetzen, ist dann tatsächlich ein gewisser Druck in der Gesamtversorgungskonzeption entstanden, der nicht wünschenswert gewesen ist. Deswegen habe ich geschrieben, das wird die Aufgabe der Entwicklung der nächsten Jahre sein.

Du hast aber noch auf die Diskrepanz zwischen der Bettenauslastung, die ich dargestellt habe und der Tatsache, dass es in den Niederungen der Alltagsarbeit darauf immer wieder zu unliebsamen Situationen, der Wanderung von PatientInnen gekommen ist, hingewiesen. Ich habe schon, als ich auf diese Auslastungszahl eingegangen bin, darauf hingewiesen, dass diese quantitative Darstellung nicht unbedingt eine Aussage ist, die übersetzbar ist auf die Frage der Qualität. Dort gab es tatsächlich immer wieder Situationen, dass wir PatientInnen hatten, die nach dem LKF-Modell der intensiven Be-

handlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedürfen. Diese intensive Behandlung ist im LKF-Modell über Personalressourcen sehr klar definiert, über 24-Stunden-Verfügbarkeit einer Betreuung aus dem multidisziplinären Team. Da war es tatsächlich so, dass es immer wieder Situationen gab, in denen die Zahl dieser Betten – wir hatten auf dieser Station 4 Betten für die intensive Behandlung – ausgelastet gewesen ist, sodass wir PatientInnen, die dieser Betreuungskategorie, dieser Intensitätskategorie bedürfen, zu diesem Zeitpunkt dann nicht mehr aufnehmen konnten und dann ist es tatsächlich manchmal zu unliebsamen Wanderungssituationen gekommen.

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

GR **Lasar**: Herr Professor, danke sehr für Ihren Bericht oder Ihrem Vortrag, den Sie uns hier gebracht haben.

Ich habe kurzerhand drei Fragen an Sie. Was wurde eigentlich bei der damaligen Stadträtin Mag. Brauner – damals war sie Gesundheitsstadträtin – umgesetzt? Wie sehen Sie die Versorgungssituation heute in der Kinder- und Jugendpsychiatrie? Was müsste sofort, nicht kurzfristig – ich sage es ein bisschen von einer Forderung her – umgesetzt werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie? Es wurden in den letzten Jahren Konzepte nicht oder fast nicht umgesetzt. Wie sehen Sie das und was müsste man hier sofort angehen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Ihre erste Frage war, was in der Zeit der Stadträtin Mag. Brauner umgesetzt wurde? In dieser Zeit gab es in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung keinen wirklichen Schwerpunkt. Dort sind andere Sachen im Vordergrund gestanden. Das war für uns, als Kinder- und JugendpsychiaterInnen, natürlich nicht erfreulich, keine Frage. Aber, wie gesagt, wir haben als MitarbeiterInnen des Krankenanstaltenverbundes schon die Notwendigkeit eingesehen, dass es hier zu diesem Zeitpunkt auch andere Schwerpunkte gibt. Das sind unterschiedliche Perspektiven. Es gibt auch Zeiten, in denen ich mit Kollegen aus der Internen Medizin diskutiere, die mir sagen, es ist ganz, ganz dringlich, dass bei ihnen das und das passiert und im Gesamtkonzept der Weiterentwicklung ist das in dem Moment kein Schwerpunkt. Das ist für uns nicht erfreulich gewesen und auch nicht für die PatientInnen in diesem Bereich. Der Krankenanstaltenverbund ist mehr als die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wenn ich zuerst gesagt habe, es ist nicht der Nabel der Welt, dann heißt das, dass es für mich sehr wohl der Nabel der Welt ist, denn ich arbeite seit 35 Jahren auf diesem Gebiet. Ich weiß, dass es Phasen gibt, in denen

das nicht im Zentrum steht.

Die Frage der Sofortumsetzung. Da darf ich noch einmal auf das verweisen, was ich projiziert habe. Die Sofortmaßnahmen aus dem Bericht Berger/FRIEDRICH aus dem Jahre 2007, das waren die, die ich dort aufgeführt habe. Dort ist mittlerweile einiges in Umsetzung begriffen. Das ist die Intensivierung des Liaisondienstes zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendwohlfahrt. Das ist die Umgestaltung am Krankenhaus Rosenhügel. Die Strukturänderung, ab 2000 geplant, ist jetzt mittlerweile im Gange, die ist noch nicht fertig, aber sie ist im Gange. Das heißt, dort passiert im Moment einiges.

Ich würde Ihnen in der Formulierung nicht folgen wollen, dass nichts passiert ist in diesen Jahren. Denn das hieße ja auch, dass ich meine Rolle als Projektleiter für Kinder- und Jugendpsychiatrie überhaupt nicht erfüllt hätte. Ich denke, die Projekte, die wir hier dargestellt haben und die wir etablieren konnten in all den Jahren, die sind nicht nichts. Dass eine Stadt, ein europaweit einmaliges Modell für die Betreuung von Kindern drogenabhängiger Mütter etabliert. Dass wir die Situation der Betreuung drogenkonsumierender Jugendlicher wesentlich entspannen konnten durch die Etablierung des Modells der ambulanten und stationären Betreuung, in Kooperation mit dem Drogennetzwerk. Dass wir eine Tagesklinik einrichten konnten, die erste und einzige in Österreich in dieser Konstruktion, das ist nicht nichts.

Wie gesagt, ich habe mir schon 1982 gewünscht, dass es solche Tageskliniken gibt und realisiert wurde sie 2002. Ich wünsche mir jetzt, dass es nicht eine, sondern dass es drei solche Tageskliniken gibt. Aber nichts ist es nicht.

GR **Lasar**: Danke schön.

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

GRin **Korosec**: Herr Dr. Berger! Recht herzlichen Dank für Ihre äußerst interessanten Ausführungen.

Natürlich hat man schon heraus gehört, und das hätte ich gerne von Ihnen konkret noch einmal gewusst. Es ist schon ein Armutszeugnis für die Politik, wenn Sie sagen, Sie mussten so viel Lobbying betreiben. Gott sei Dank, haben Sie das betrieben. Das heißt, es hängt dann immer an dem Menschen, Gott sei Dank, haben Sie es gemacht, waren Sie aktiv, haben nicht locker gelassen. Es sollte umgekehrt sein. Die Politik müsste aktiv werden und müsste eigentlich zu den Fachleuten gehen und müsste sagen, das brauchen wir, da müssen Konzepte erstellt werden.

Es war umgekehrt. Sie mussten es machen und es hat schon sehr lange gedauert. Wenn ich

nur daran denke, eine Tagesklinik – die wir jetzt Gott sei Dank haben – 1982, 20 Jahre sind ins Land gezogen und Sie haben das jetzt erreicht. Herzlichen Dank Ihnen dafür, dass Sie eben nicht nachgegeben haben und dass Sie so aktiv waren.

Ich kann Ihnen nur sagen, die Opposition bekommt diesen Jahresbericht und all das, was Sie hier anführen, nicht. Weil Sie in einigen Bereichen gesagt haben, das ist weiter gegangen, sehr vieles wird an uns nicht weiter gegeben. Aber, auch das ... (*Zwischenruf*) Ja, 2004! Aber, ich habe von den Jahresberichten, die jedes Jahr gemacht werden, gesprochen. (*Zwischenrufe*) Frau Kollegin Klicka! Es gibt keinen Grund zur Aufregung. Wir diskutieren hier und das kann man jetzt durchaus sagen.

Vielleicht kann man in Zukunft mehr informieren. Ich höre nicht gerne, wenn man dann sagt, die Politik hat nichts gemacht, das stimmt, aber es ist die Mehrheitspartei, die sich dann doch sehr lange bitten lässt und es sehr, sehr viele Jahre dauert und Gott sei Dank engagierte Menschen am Werk sind, um dann doch etwas zu realisieren. Diesen Vorwurf kann ich Ihnen nicht ersparen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Zur Frage, bitte.

GRin **Korosec**: Aber jetzt zum Konkreten. Sie haben in dem Bericht mit Prof. Dr. FRIEDRICH einiges angeführt, was sofort erledigt werden muss. Ich meine, die 4 Betten am Rosenhügel und im AKH, die sind aufgestockt worden. Sie haben auch das mittelfristige und langfristige Konzept angeführt und man hat es heute wieder gesehen.

Haben Sie da irgendwelche Zusagen erhalten, dass es hier zu rascheren Umsetzungen kommt? Ich denke jetzt z.B. an Wohnplätze, wie man sie für Erwachsene hat oder für die Übergangsschulplätze oder ganz besonders für die psychotherapeutischen Aufgaben. Weil wir auch von Prof. Dr. Pritz gehört haben, dass es in diesem Bereich einen sehr, sehr großen Mangel gibt und die Psychotherapie sicher ein ganz wichtiger Faktor ist. Da hätte ich gerne gewusst, ob es da schon Signale gibt, dass man mittelfristig jetzt zügig weiter geht, aber nicht so wie in der Vergangenheit? Wenn man jetzt erkannt hat, wie wichtig es ist, Gott sei Dank, dass man jetzt zügiger voran geht und ob es da bereits gewisse Termine gibt?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Frau GRin Korosec! Die Fragen der politischen Ebene, die Sie angesprochen haben, die sind nicht mein Gegenstand hier. Ich werde dazu nicht Stellung nehmen.

Die Fragen, die Sie zuletzt konkret gestellt haben, kann ich gerne beantworten. Hinsichtlich der Kooperation zwischen Kinderpsychiatrie und

Jugendwohlfahrt gibt es, wie soll ich sagen, zum jetzigen Zeitpunkt deutliche Signale, dass sich konkrete Weiterentwicklungen ergeben. Sprich: Ich höre in den Gesprächen mit den MitarbeiterInnen der Jugendwohlfahrt, mit den leitenden MitarbeiterInnen, dass es in Bälde zu einem Ausbau sozialpädagogischer Angebote kommen wird und zu einer Aufstockung der personellen Ressourcen zur intensiveren Betreuung in diesem Bereich.

Die Frage der psychotherapeutischen Versorgung. Nun, zu der habe ich in meinem dritten Zwischenbericht zum Projekt noch einmal im Juli 2005 Stellung genommen. Dort habe ich, damals noch an die Frau Stadträtin Mag. Brauner, zur psychotherapeutischen Versorgung berichtet, dass ich - damals noch als Projektleiter - am 21. Juni 2005 ein Gespräch mit der Interessengemeinschaft Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Wien - das ist eine Plattform von verschiedenen Psychotherapieeinrichtungen - geführt habe. Ich habe die zentralen Anliegen der Interessengemeinschaft hier in fünf Punkten zusammengefasst. Ich habe dann auf diesem Hintergrund vorgeschlagen:

Durchführung einer Bedarfserhebung im Rahmen der Bereichsleitung Gesundheitsplanung.

Schaffung einer ARGE Kinder- und Jugendpsychotherapie in Analogie zur früheren ARGE Frühförderung. Damals war mein Vorschlag, unter Federführung der Bereichsleitung Gesundheitsplanung, dieses ressortübergreifende Thema im Bereich der Stadt Wien zu bündeln. Mir sind von dort weg keine weiteren Entwicklungen bekannt geworden.

GRin **Korosec**: Danke.

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

GRin **Novak**: Sehr geehrter Herr Professor! Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen.

Ich möchte gleich mit meiner ersten Frage anschließen an die Wortmeldung der Frau Kollegin GRin Korosec und Sie nochmals fragen, sind Sie und der Herr Prof. Dr. FRIEDRICH zur Frau Stadträtin Mag. Wehsely gegangen und haben gebeten einen Bericht zu schreiben? Oder ist die Frau Stadträtin Mag. Wehsely an Sie und den Herrn Prof. Dr. FRIEDRICH heran getreten, um diesen Auftrag ausführen und diesen Bericht zu verfassen? Das wäre meine erste Frage, weil hier das Thema aufgekommen ist, wer wird aktiv?

Der zweite Punkt, den ich gerne nachfragen möchte, betrifft die Darstellung, die Sie an die Wand projiziert haben, zu mittelfristige Zielsetzung und kurzfristige Maßnahmen, wenn ich das jetzt richtig so gelesen habe. Das stammt aus dem besagten Auftragsbericht, der uns zur Ver-

fügung gestellt wurde, nach der Aussage des Herrn Prof. Dr. FRIEDRICH. Hier gibt es einige Punkte, die Sie jetzt schon beantwortet haben, dass sie umgesetzt wurden. Da ist der Liaisondienst dabei und auch bei der Bettenfrage. Als Zeitziel haben Sie auf der Wand stehen gehabt: bis Ende 2008.

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Bei den kurzfristigen.

GRin **Novak**: Ja, ja, bei den kurzfristigen Maßnahmen.

Ich würde gerne von Ihnen eine Einschätzung haben, wenn das möglich ist, ob Sie das Gefühl haben, dass das erreichbar ist, dass an diesen noch offenen Punkten bis Ende 2008 gearbeitet wird? Und ob auch an den mittelfristigen Maßnahmen, den Fernzielen, so wie sie da auch drinnen stehen, auch schon gearbeitet wird?

Meine letzte Frage bezieht sich auf das Thema der Einrichtungen mit der Kinder- und Jugendwohlfahrt. Wir haben das letzte Mal und das vorletzte Mal schon sehr im Detail darüber gesprochen, was es an Bedarf gibt oder was es braucht, welches Setting so eine Einrichtung haben sollte oder könnte und auch in welcher Größe und von welcher Größe wir sprechen?

Ich komme aus dem Bereich des Ressorts der Frau VBgmin Laska und weiß, dass wir ungefähr 800 Kinder in unserer Versorgung haben, die auch psychotherapeutisch in unterschiedlichen Settings betreut werden, aber auch Bedarf an intensiven Betreuungen oder weniger intensiven Betreuungen haben.

Für mich ist jetzt wichtig zu wissen, welche Zielgruppe braucht jetzt welche Art von Einrichtung? Wie soll die geführt werden? Ist das eine einzelne Einrichtung der Jugendwohlfahrt? Ist das eine gemeinsame Einrichtung?

Herr Kollege Dr. Gössler hat das letzte Mal gesagt, es geht um so etwas wie eine Rehabilitation, die interdisziplinäre besetzt sein müsste. Da hätte ich einfach gerne von Ihnen im Detail gewusst, um was geht es konkret?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Ich kann gerne auf diese drei Fragen antworten.

Der Start der weiteren Planungen und Umsetzungen im Jahre 2007 war natürlich eine Initiative der Frau Stadträtin Mag. Wehsely, die uns diesen Auftrag erteilt hat und die vorhergehend diese interdisziplinäre Arbeitsgruppe einberufen hat. Das wiederum war kein Zufall, weil die Frau Stadträtin Mag. Wehsely, bevor sie Stadträtin wurde, Vorsitzende des Ausschusses für Jugendwohlfahrt im Ressort der Stadträtin Laska gewesen ist. Es hat in dieser Funktion mit ihr auch immer wieder, schon über Jahre, Gespräche und Kontakte gegeben. Sie war über diesen Bereich in dieser Funktion sehr genau informiert. Sie war diejenige, die damals als Ausschussvorsitzende diesen Beschluss des Gemeinde-

ratsausschusses getragen und umgesetzt hat für die Etablierung der sozialtherapeutischen Wohnplätze und für das Finanzierungsmodell. Das heißt, sie war absolut eingearbeitet in dieses Thema. Ich war daher auch nicht überrascht, dass sie dann die Initiative ergriffen hat zu sagen: Jetzt soll es wieder weiter gehen, weil jetzt die Möglichkeiten dazu bestehen.

Nun die Frage der Zeitperspektive und der Umsetzung der Ziele. Ich bin ein gebranntes Kind, weil ich habe als Funktionär der Gesellschaft Kinder-, Jugendpsychiatrie meinen KollegInnen immer wieder im Jahresabstand gesagt, also nächstes Jahr gibt es das Fach Kinder-, Jugendpsychiatrie. Und das war nicht unproblematisch, weil die KollegInnen ihre persönlichen Lebensplanungen ja darauf ausgerichtet haben und ich bin dann ja immer als Lügner oder als Patschachter da gestanden gewissermaßen, der das nicht umsetzen kann. Also, ich bin ein bisschen vorsichtig mit so Aussagen, was wann umgesetzt sein wird. Aber das, was ich sagen kann, ist, ich habe den Eindruck, dass wir hinsichtlich der kurzfristigen Ziele ganz gut im Zeitplan liegen. Was tatsächlich jetzt mit 31. Dezember 2008 auf der Bühne sein wird, kann ich nicht so genau sagen. Aber es ist Bewegung in der Sache und wir sind insgesamt – würde ich meinen – nicht schlecht im Zeitplan.

Dritter Punkt, die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendwohlfahrt. Worum geht es eigentlich, war Ihre Frage. Was sind die zentralen Punkte? Das ist aus der großen Zahl, die Sie genannt haben von etwa 800 JugendwohlfahrtsklientInnen, die auch psychotherapeutische Betreuung haben, eine ganz kleine Gruppen an deren Versorgung jetzt wieder gearbeitet wird, nämlich eine Gruppe von etwa, sagen wir, 10 bis 20 Jugendlichen, die einer intensiven kooperativen Betreuung zwischen den beiden Bereichen Kinder-, Jugendpsychiatrie und Jugendwohlfahrt bedürfen. Wir greifen dort auf die Erfahrungen zurück, die wir in dem Betreuungsmodell sozialtherapeutische Wohnplätze, über das ich berichtet habe, ja bereits machen konnten. Wir haben dieses Betreuungsmodell auch evaluiert. Wir wissen etwa, was gebraucht wird. Wir wissen, wie die Umsetzung erfolgt. Und wir sind in Begriffe jetzt in Gesprächen mit der Jugendwohlfahrt auch an einer Neuetablierung zu arbeiten. Der Gedanke, das gibt es erst im Rohkonzept, das ist noch nicht ganz designt, aber wir haben im Herbst geplant, dass dann etwa zu einer Modellierung zu bringen, die dann auch umsetzbar ist im Jahre 2009. Weil dann voraussichtlich auch in der Jugendwohlfahrt die entsprechenden personellen Ressourcen vorhanden sein werden. Also, zu überlegen wiederum in Wohngemeinschaften mögli-

cherweise in zwei, vielleicht drei Wohngemeinschaften eine kooperative Struktur zu konzipieren, in der Jugendpsychiatrie und Jugendwohlfahrt in einer noch rechtlich zu definierenden Form gemeinsam Verantwortung tragen soll, um die Betreuung zu gewährleisten. Auch dort können wir auf Erfahrungen zurückgreifen.

Ich habe im Rahmen des Psychosozialen Dienstes, im Jahre '86 glaube ich war das, eine ähnliche Wohngemeinschaft für behinderte Jugendliche in der Hernalser Hauptstraße geführt. Dort haben wir schon Erfahrungen gesammelt mit einer solchen kooperativen Verantwortlichkeit zwischen Medizin und Pädagogik und wir werden auch auf diese Erfahrungen zurückgreifen. Also, in diese Richtung geht das und es ist nicht nebulos, sondern es schaut so aus, dass wir im Herbst 2008 konkrete Modelle vorlegen können, die 2009 – hoffe ich – umsetzbar sind.

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

GRin Dr. **Pilz:** Danke schön. Wir beschäftigen uns mit dem Zeitraum seit 2002 hier. Und meine Frage an dich jetzt ganz konkret: Kannst du, basierend auf deinem fachlichen Hintergrund und auch dem Diskurs, der in der Scientific Community läuft, sagen, dass in Wien in diesem Zeitraum die Versorgung von psychisch kranken Kindern, im Hinblick auf stationäre Versorgung, ambulante Nachbetreuung bzw. sozialpädagogische Anschlussversorgung, Psychotherapie usw., dass das „state of the art“ war?

Univ.-Prof. Dr. **Berger:** Ich bin über die Verwendung des Begriffes „state of the art“ in diesem Kontext nicht besonders begeistert, weil der Begriff „state of the art“ sich im Wesentlichen auf Behandlungsrichtlinien, also auf Behandlungsmaßnahmen bezieht und seltener auf Versorgungsstrukturen angewandt wird. Nun, die Behandlungsmaßnahmen, die wir in diesen Jahren umsetzen konnten, die waren im Wesentlichen, von Ausnahmen abgesehen, dem Behandlungsstandard, die international vorgesehen sind, entsprechend.

Die Betreuungsstrukturen und das habe ich ja darauf bereits hingewiesen, waren nicht immer so und nicht zu allen Zeiten so, dass die wünschenswerten Betreuungsangebote auch realisiert werden konnten. Aber dort ist es wissenschaftlich selten so, dass man den Begriff „state of the art“ dort verwendet.

GRin Dr. **Pilz:** Ich kann das ganz konkret machen. Wenn es jetzt so ist und ich habe da einige Hinweise bzw. Berichte auch vom Personal, insbesondere aus dem Otto-Wagner Spital, wenn da berichtet wird von den Odysseen, die Kinder und Jugendliche hinter sich bringen müssen. In die Rettung hinein, auf den Rosenhügel hinauf, herumtelefoniert, wo sie wohl unterge-

bracht werden und dann fahren sie wieder durch die Stadt. Um dann im Otto-Wagner-Spital oder einen anderen Regionalabteilung möglicherweise in einer abgewohnten Station Mehrbettzimmer, gemischt geschlechtliche Stationen, unzureichende Sanitärräume, wo man dann auch als Mädchen Männer trifft usw. Ist das jetzt in einem durchaus alltagssprachlichen „state of the art“, ist das „state of the art“? Kann man das sozusagen auch aus seiner Fachlichkeit rechtfertigen? Und wenn man es nicht kann, wer ist daran schuld?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Nun, die Situation, die du beschreibst, ist nicht wünschenswert. Die gab es in Einzelfällen, leider auch wiederholtermaßen. Einer der wesentlichen Hintergründe für diese Situation, einen habe ich schon benannt gehabt, das war die Tatsache, dass die qualitativen strukturellen Bedingungen, insbesondere für die stationäre Betreuung intensiv zu betreuender PatientInnen nicht immer ausreichend vorhanden waren. Und das hat wiederum damit zu tun, dass der Strukturwandel an der Abteilung am Rosenhügel relativ langsam vor sich gegangen ist.

Ein zweiter Hintergrund dafür hat damit wenig zu tun, sondern der war der langsamen Entwicklung des Sonderfaches zuzuschreiben, denn und jetzt muss ich leider sehr ins Detail gehen, um verständlich zu machen, um was es da geht.

Das Fachgebiet war bis zum Februar 2007 repräsentiert durch ein Additivfach Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. Für die Aufnahme oder die Beurteilung, ob eine PatientIn nach dem Unterbringungsgesetz aufzunehmen ist, ist an der Schwelle zum stationären Bereich bis zu diesem Zeitpunkt nur ein Facharzt für Psychiatrie und Psychiatrieneurologie zuständig gewesen. Nun, das hat dazu geführt, dass zum Beispiel sowohl am Rosenhügel als auch an der Universitätsklinik natürlich immer wieder Situationen waren, in denen ein fachlich vollkommen komplett ausgebildeter Kollege im Oberarztendienst gewesen ist, der seit Jahren das Fachgebiet Kinder-, Jugendneuropsychiatrie vertreten hat, weil er das Additivfach besaß, aber sein Zugang zum Additivfach über die Pädiatrie erfolgt ist. Damit hat er rein rechtlich diese Kompetenz der Beurteilung nicht gehabt. Und das waren tatsächlich absolut unbefriedigende Situationen, dass dann zum Beispiel die Rettung den Rosenhügel angefahren ist, am Rosenhügel eine OberärztIn Dienst gemacht hat, die PädiaterIn mit dem Additivfach Kinder-, Jugendneuropsychiatrie war, aber die Beurteilung nicht vornehmen konnte. Die dann am Otto-Wagner-Spital die KollegIn, die dort Dienst hat, anrufen musste und sagt: „KollegIn, jetzt kommt die Rettung mit einer PatientIn zu dir, bitte beurteile du, ob diese Pati-

entIn unterzubringen ist nach dem Unterbringungsgesetz“. Und dann ist unter Umständen dann noch ein weiterer Schritt an die Klinik erfolgt, weil die Versorgungs- und die Anfahrtsysteme auch für die Rettung auf Grund dieser Situation absolut undurchsichtig gewesen sind. Nun, der wesentliche Teil dessen, muss ich festhalten, weil das war ja auch die Zeit, in der ich als Kinder-, Jugendpsychiatrieprojektleiter dafür auch eine gewisse Verantwortung zu tragen hatte und die Situation trotzdem nicht ändern konnte, weil auf dem Hintergrund dieser unbefriedigenden FachärztlInsituation ich auch keinen Weg gesehen habe, wie dieses Problem zu lösen wäre.

GRin Dr. **Pilz**: Ich meine, das ist für Eltern alles vielleicht absolut eine Erklärung, aber nicht nachvollziehbar. Ich habe jetzt ein konkretes Beispiel, wo zwei Jugendliche eine halbe Nacht entweder mit lauter Leuten guten Willens am Otto-Wagner-Spital herumgesessen sind und man dann versucht hat, an den Rosenhügel und wieder zurück. Das kann doch nicht so sein, dass man das den Kindern und Jugendlichen zumutet und auch dem Personal, sowohl im Otto-Wagner-Spital wie am Rosenhügel. Da steht von einem mühsamen Prozedere der Kontaktaufnahme, Polizeimannschaft, 50 Minuten Wartezeit. Jede bemüht sich und trotzdem sitzen zwei Kinder, Jugendliche in extremer Krise zwischen den Institutionen.

Hast du/habt ihr das der jeweiligen zuständigen StadträtIn mitgeteilt von dem Fall, von ich hier jetzt spreche? War das in der Zeit der Stagnation zwischen 2005 und 2007? Was hat die zuständige StadträtIn, konfrontiert mit solchen Fällen durch euch oder durch das Otto-Wagner-Spital, als Reaktion unternommen?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Also, zur ersten Feststellung, die teile ich natürlich, dass es absolut unbefriedigend und entwürdigend und ja, kann man jede Steigerung jetzt noch dazufügen, für PatientInnen und ihren Angehörigen ist in solchen Situation zu stehen, wie du sie beschrieben hast. Darüber gibt es auch für mich überhaupt keine Diskussion. Ich habe schon versucht, deutlich zu machen, es gibt zwei Elemente, die Ursache dafür gewesen sind. Das eine ist ein strukturelles Element und das zweite ist ein über Wien deutlich hinausgehendes, das mit dem schon hier öfter beklagten Umstand der langsamen Entwicklung des Sonderfaches zu tun hat. Und für dieses zweite Problem, das in vielen dieser Fälle die reale Ursache für diese Wanderschaften gewesen ist, für die habe ich damals auch keine Lösungsvorschläge machen können. Natürlich haben wir, ich kann mich jetzt nicht erinnern, ob Einzelfälle, aber ich glaube sogar, dass es Einzelfälle gab, weil ja über solche Situatio-

nen es dann auch Beschwerden an das Stadtratbüro gab, die dann an mich zur Stellungnahme ging. Sei es als Projektleiter oder sei es als Abteilungsvorstand. Aber auch in diesen Situationen konnte ich nichts anders tun, als nachprüfen, ob die beteiligten Strukturen und Institutionen und Personen ihren Möglichkeiten und Vorschriften entsprechend gehandelt haben und dann feststellen können, die trotzdem bestehenden Defizite haben andere Ursachen und nicht das Fehlverhalten von Einzelpersonen. Strukturell insgesamt habe ich natürlich auf diese Dinge hingewiesen. Ich kann mich auch erinnern, an ein Schreiben an den damaligen Generaldirektor Hauke, wo ich über diese Probleme einmal berichtet habe. Ich konnte allerdings für diesen Punkt tatsächlich keinen Lösungsvorschlag machen, weil der der Fachkonstruktion geschuldet war. Und wir waren extrem unglücklich, dass sich die so lange hingezogen hat. Ich war übrigens, darf ich dazu auch noch sagen, einmal zu einem Gespräch bei den PrimarInnen und OberärztInnen am Otto-Wagner-Spital eingeladen und habe dort die gleiche Antwort gegeben, weil ich auch denen nichts anderes vorschlagen konnte, wie man mit der Situation umgehen soll.

GRin Dr. **Pilz**: Herr Prof. FRIEDRICH hat immer wieder auch dazu Stellung genommen auch politisch, sozusagen politisch aus seiner Fachlichkeit politisch. Und er hat gemeint, dass der schlichte Ausbau der Kapazitäten der Bettenausbaus sowohl am Rosenhügel als auch im AKH dieser Not jedenfalls für die Betroffenen abhelfen würde. Hast du den Vorschlag nicht gemacht?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Nein, weil ich sehe das auch nicht so. Ich habe das so nie gesehen. Ich war nie der Meinung, dass die Bettenquantität das entscheidende Problem in der Wiener Versorgung gewesen wäre, sondern dass es um die qualitativen Strukturen

GRin Dr. **Pilz**: So habe ich aber auch Friedrich verstanden.

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Okay. Ja. Ja. Also, qualitativ ja, nicht ...

GRin Dr. **Pilz**: Also, Ressourcenausbau. Wäre das keine Ansage?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Ressourcenausbau im Sinne einer Optimierung und Verbesserung der qualitativen Strukturen, weil zum Beispiel, ich habe ja schon darauf hingewiesen, wenn ich am Rosenhügel eine Bettenreserve habe von etwa 20, 25 % das Jahr über, dann kann ich schwer argumentieren, ihr müsst nur die Betten erweitern, weil dann habe ich nichts davon, wenn ich trotzdem nur vier Betten für die intensive Behandlung habe und diese vier Betten auf der gleichen Station sind wie die PatientInnen, die dann drei und sechs Monate dort sind, dann

nützt es mir überhaupt nichts, wenn ich diese Situation noch verdopple. Sondern es geht um die qualitative Verbesserung. Es ging um die Forderung, die Ressourcen, die am Rosenhügel nach Umstrukturierung vorhanden gewesen wären und vorhanden sind, eine Rehabilitationsstation zu machen und die Quantität von UBG-Angeboten im Sinne der intensiven Behandlung für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erweitern. Das war die eigentliche Zielsetzung.

GRin Dr. **Pilz**: Warum hat man das nicht früher gemacht?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Das kann ich nicht beantworten. Ich habe ja darüber berichtet, dass ich diese Dinge berichtet habe und dass ich froh bin, dass die Dinge jetzt in Gang kommen. Wieder in Gang kommen.

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

GRin **Matiasek**: Danke für Ihre Ausführungen, Herr Professor!

Meine Frage bezieht sich auf das Otto-Wagner-Spital und die Missstände, das kann man ja wohl so bezeichnen, vor allem in der Unterbringung, auch was die ganzen räumlichen Strukturen und so weiter betrifft, ist sicher für Kinder ja etwas besonders belastendes, für Kinder- und Jugendliche, für alle PatientInnen, aber ich denke doch, die jüngeren PatientInnen sind da ja ganz besonders sensibel. Diese Zustände sind ja lange bekannt. Waren ja lange bekannt. Und haben hier nicht jetzt mit dieser Sonderausbildung und so weiter zu tun. Wie groß war da eigentlich der Druck und wie hat man als Fachmann für Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie hat man da reagiert und wie ist umgegangen worden mit der Kritik auch an der zweifellos ja auch notwendigen, sagen wir, guten Unterbringungssituation gerade für psychisch kranke PatientInnen?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Die Frage, wie von unserer Seite damit umgegangen wurde, kann ich dahingehend beantworten, dass wir erstens einmal alles daran gesetzt haben, diese Aufenthaltsdauern so kurz wie möglich zu halten und in der Zeit dieser Aufenthalte auch mit den KollegInnen am Otto-Wagner-Spital zu kooperieren. Ganz konkret war es so, dass die OberärztInnen meiner Abteilung zumindest telefonischen Kontakt gehalten haben zur Unterstützung und Beratung der dortigen OberärztInnen. In vielen Fällen aber auch ganz konkret dorthin gefahren sind, gemeinsam die PatientIn gesehen, gemeinsam besprochen haben, wann die Übernahme an unsere Abteilung oder an die Klinik möglich sein wird. Daraus entstand ja dann auch der Gedanke, den wir im Bericht 2000 formuliert haben, einen Liaisondienst für die Erwachsenenpsychiatrie einzurichten, weil es trotzdem klar ist, dass wir wahrscheinlich auch in Zukunft eine Situation

haben werden, wo es trotzdem immer wieder mal zu einer Aufnahme von Kindern und Jugendlichen oder sagen wir von Jugendlichen, von Kindern hoffe ich doch nicht im Bereich der allgemeinen Psychiatrie, wo das der Fall sein wird und es ja, das muss ich auch feststellen, auch wenn es nicht wünschenswert ist, rechtlich nicht untersagt ist. Weil so die fachliche Zuständigkeit des Facharztes für Psychiatrie nicht altersmäßig begrenzt ist, auch nicht mit der Etablierung des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der verliert seine Zuständigkeit nicht fachlich auch Kinder und Jugendliche zu behandeln. Das heißt, wir haben, um das noch einmal festzuhalten, in diesen Situationen sofort, sehr rasch und intensiven Kontakt mit den erwachsenen psychiatrischen KollegInnen gehalten und haben uns bemüht, dass die dortigen Aufenthalte nicht länger als, sagen wir mal, drei Tage in etwa - manchmal war es kürzer und manchmal war es ein bisschen länger gewesen - sind und haben dann die PatientInnen übernommen.

GRin **Matiasek**: Danke. Darf ich noch fragen, wie denn der Übergang von Kindern - ich meine, das ist ja zwar jetzt nach dem Geburtsdatum - gibt es da eine Schnittstelle? Aber im Wesentlichen ist es ja ein fließender Übergang für eine PatientIn, ob sie jetzt 18,5, 19 oder 21 Jahre ist. Wie ist es denn bestellt sozusagen mit dieser Übergangsvorsorge, wenn einer nicht mehr in den Bereich Kinder und Jugendliche hineingeht und dann zu den Erwachsenen fällt? Wo gibt es da Probleme oder wie wird das gehandhabt, wie man da einen möglichst sanften Übergang schafft?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Das ist eine ganz wichtige Frage, die Sie da stellen und ich kann noch nicht wirklich gut darauf antworten. Aber nicht auf Grund struktureller Defizite, sondern weil die Kooperation zwischen den beiden Fächern jetzt mit der Neugestaltung des Fachgebietes auch wieder neu modelliert werden muss. Wir sind in Gesprächen mit den KollegInnen der Erwachsenenpsychiatrie, auch im Zusammenhang mit der FachärztInnenausbildung, FachärztInnprüfung. Und müssen über diese Dinge, wie soll ich sagen, damit es nicht zu flapsig klingt, nachdenken ist zu wenig, aber die Planungen konkret machen. Ich muss aber sagen, wir sind dort in guter Gesellschaft. Das ist ein allgemeines, auch internationales Problem. Über dieses Thema wird auch in Ländern immer wieder geredet und neu gestaltet, die schon lange das Fachgebiet Kinder-, Jugendpsychiatrie haben. Ich weiß, dass in Deutschland, wo es das seit 1969 gibt, an vielen Orten auch unterschiedliche Lösungen der Kooperation gefunden werden. Zum Beispiel Kollege Resch, der ja in den Wien seine Ausbildung gemacht hat, jetzt ordinarisch

in Heidelberg ist, hat vor einigen Jahren eine Station eingerichtet, eine solche Übergangsstation, die auf der Erwachsenenpsychiatrie zu Hause ist, wo Jugendliche dort betreut werden, gemeinsam mit jungen Erwachsenen. Also, da gibt es mehrere Lösungsmodelle. Und wir sind im Begriff, das für Wien brauchbarste daraus herauszuarbeiten, sind aber noch nicht so weit, dass das wirklich gut läuft.

GRin **Matiasek**: Danke.

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

GRin **Praniess-Kastner**: Vielen Dank Herr Vorsitzender! Herr Primar Fritz Berger!

Vielen Dank für Ihre Ausführungen bisher. Ich habe zwei Fragen an Sie, die sich auf den ÖBIG-Bericht beziehen. Der ÖBIG hat vorgeschlagen in seinem Bericht und auch Frau Dr. Moritz hat es hier an dieser Stelle in der Untersuchungskommission gesagt, dass es eine PsychiatriekoordinatorIn geben sollte, dass das wünschenswert wäre. Eine Frage jetzt an Sie speziell dazu: Würden Sie sich so eine PsychiatriekoordinatorIn auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wünschen? Und wie funktioniert die Schnittstelle derzeit zwischen stationärer Versorgung, PSD, MA 11 und niedergelassenen ÄrztInnen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie derzeit?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Sekunde. Ich notiere nur. Das erste war die Frage nach der PsychiatriekoordinatorIn und das zweite war die Schnittstelle zwischen, Sie haben drei oder vier.

GRin **Praniess-Kastner**: Stationäre Versorgung, MA 11, PSD und niedergelassene ÄrztInnen.

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Gut. Zur Frage PsychiatriekoordinatorIn. Also, ich denke für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie eine eigenen Kinder- und JugendpsychiatriekoordinatorIn zu bestellen, schiene mir wenig hilfreich. Ich glaube nicht, dass der wirklich eine relevante Funktion hätte. Für den Gesamtbereich Psychiatrie, ja dort gibt es verschiedene Modelle. Ich weiß, dass das auch in Wien immer wieder diskutiert wurde. Nur, es gibt zweifellos gute Argumente für ein solches Modell, eine PsychiatriekoordinatorIn. Es gab aber auch andere Diskussionen, nämlich RegionalkoordinatorInnen einzusetzen. Nicht einen zentralen, sondern für die verschiedenen Versorgungsregionen und dort könnte ich mir dann vorstellen, wäre auch das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie wahrscheinlich gut anbindbar. Man braucht da wahrscheinlich keine eigene KoordinatorIn.

Nun, die Schnittstelle. In Wirklichkeit haben Sie mehrere Schnittstellen benannt. Zwischen stationär und ambulant, PSD, Jugendwohlfahrt und niedergelassenen Bereich. Wenn ich zur letzten Schnittstelle niedergelassener Bereich

komme. Ja, die ist ganz, ganz schwierig. Aus verschiedenen Gründen. Erstens einmal ist die Schnittstelle zwischen dem öffentlichen Gesundheitssystem und dem Bereich der niedergelassenen ÄrztInnen in allen Fächern schwierig. Sie kennen die Diskussion, dass man dort ein gemeinsames Dokumentations- und Informationssystem etabliert. Um das zu verbessern, dass es Übergangsbetreuungen gibt etc. Das ist bei uns nicht anders. Es ist nicht wirklich viel besser. Zweitens ist das deshalb nicht besser, weil es ja, Sie haben ja die Zahlen gesehen, nahezu keine niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaternInnen gibt, das heißt wir müssen mit anderen Fachgebieten kooperieren. Was die Sache nicht erleichtert.

Die Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendwohlfahrt. Nun, da gibt es derzeit Gesprächsplattformen auf den verschiedenen Ebenen, wo diese Versorgungsplanung von der ich zuerst geredet habe, besprochen wird. Aber es gibt keine definierten Strukturen dieser Schnittstellen, dieser Schnittstellenmanagements. Aber es gibt im Bereich der Sozialarbeit diese Brückenfunktion, die SozialarbeiterInnen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden, das ist Ihnen wahrscheinlich bekannt, bis vor kurzem von der Jugendwohlfahrt gestellt. Das waren sogenannte VerbindungssozialarbeiterInnen zum stationären Bereich. Das Modell wurde jetzt umgeändert, und diese SozialarbeiterInnendienstposten wurden in den Krankenanstaltenverbund übernommen. Und machen jetzt die Brücke hinaus. Das sind beides brauchbare Modelle. Mir hat das ursprüngliche besser gefallen, weil ich 30 Jahre damit gelebt habe. Ich glaube, das ist gescheitert, wenn von draußen die Brückenfunktion gemacht wird. Aber gut. Hauptsache es gibt sie und Hauptsache sie wird gemacht. Das Schnittstellenmanagement dort passiert in erster Linie durch die SozialarbeiterInnen.

Habe ich eine Schnittstelle jetzt noch vergessen?

GRin **Praniess-Kastner**: Nein. An und für sich nicht. Ich habe erwähnt MA 11 und PSD.

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: MA 11 und PSD. Nun, die passiert in erster Linie über das Jugendpsychiatrische Ambulatorium mit Tagesklinik. In erster Linie über den dort zur Koordination etablierten Liaisondienst und die Kontakte dorthin, die teilweise über mich, teilweise über den dortigen ärztlichen Leiter, den Herr Dr. Oberarzt Steinberger laufen.

GRin **Praniess-Kastner**: Vielen Dank. Eine ganz kurze Nachfrage, weil Sie die SozialarbeiterInnen in den Spitälern erwähnt haben. Wissen Sie, wie viele SozialarbeiterInnen aktuell in den Wiener Spitälern Dienst machen?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Generell oder in der Jugendpsychiatrie?

GRin **Praniess-Kastner**: Kinder- und jugendpsychiatrisch.

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Kinder- und jugendpsychiatrisch. Also, da würde ich mich nicht gerne festnageln lassen, weil das gerade in einer Übergangsphase ist und verändert wird. Aber wenn ich es richtig sehe, müssten es nach wie vor etwa zwei an der Uniklinik sein und zwei an meiner ehemalige Abteilung.

GRin **Praniess-Kastner**: Vielen Dank! Danke!

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

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

Wenn ich den Zeitraum dieser Untersuchungskommission betrachte, um den es geht, nämlich seit dem Jahr 2002, so waren in diesem Zeitraum, was die politische Verantwortung auf Bundesebene betrifft, die Ministerinnen Rauch-Kallat und Kdolsky die jeweils zuständigen Gesundheitsministerinnen. Und Gehrler und Hahn die zuständigen WissenschaftsministerInnen. Und ich sage das deshalb, weil Sie darauf hingewiesen haben auch auf die gesamtösterreichische Situation, auf Versäumnisse, wie Sie gesagt haben, in ganz Österreich und dass es insbesondere den Facharzt Kinder- und Jugendpsychiatrie erst seit dem Jahr 2007 gibt. Sie haben gesagt, dass es nur eine einzige Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich gibt und die gibt es in Wien. Also, auch hier gehandelt werden können. Oder dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie im österreichischen Strukturplan Gesundheit, der ebenfalls vom Gesundheitsministerium erstellt wird, nicht den entsprechenden Stellenwert aufweist. Gleichzeitig konnte ich den Ausführungen entnehmen, dass in Wien unabhängig von den österreichweit schwierigen Rahmenbedingungen Schritt für Schritt Konzepte erarbeitet wurden, weiter entwickelt wurden und auch wenn die Kolleginnen Pilz und Korosec immer wieder versuchen, für den Zeitraum 2005 bis 2007 hier eine Mangelsituation zu konstruieren, haben Sie ja selbst darauf hingewiesen, dass es in dieser Zeit im Krankenanstaltenverbund durch den Umbau des gesamten Gesundheitswesens - wir haben ja viele Debatten damals auch über das Geriatriekonzept beispielsweise geführt, die gesamte Neustrukturierung des Krankenanstaltenverbundes - eben diese neue Schwerpunktsetzung gegeben hat. Aber ich habe den Ausführungen auch entnommen, und das hat man ja auch bei dieser Powerpoint-Präsentation sehr gut sehen können, dass natürlich immer an einer weiteren Optimierung gearbeitet wird und das ist

ja unser aller Ziel. Auch die wir hier in der Untersuchungskommission sitzen. Aber, wenn Wien nicht nur über den Durchschnitt, sondern eindeutig hier vor allen anderen Bundesländern liegt, das ist mir besonders auch wichtig festzuhalten, dass es von Seiten der politischen Ebene in Wien immer wieder Initiativen und Schritte gegeben hat, wo auch die FachexpertInnen dazu aufgerufen waren, hier Entscheidungsgrundlagen und Expertisen auch zu erstellen.

Meine Frage, die sich jetzt anschließt. Es ist soweit. *(Zwischenruf)* Meine Frage, die sich jetzt anschließt, ist die, weil es eben auch um die bundesweiten Rahmenbedingungen, in denen eben auch Wien tätig ist, es auch geht, ob Ihnen Initiativen, Maßnahmen auch von Seiten des Bundes von den beiden erwähnten Ministerien bekannt sind, um die gesamtösterreichische Situation zu verbessern?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Also, ich habe hier darauf hingewiesen, dass die Entwicklung einerseits der FachärztIn Kinder- und Jugendpsychiatrie ein eigenes Sonderfach ist und zweitens auch der strukturellen Rahmenplanungen durchaus über all die Jahre mehr als zu wünschen über gelassen haben und dass die Entwicklungen in allen Bundesländern wahrscheinlich deutlich rascher gelaufen wäre, wenn die Bundesentwicklungen die entsprechenden Schritte gemacht hätten. Nun sind natürlich auf dieser Ebene auch vielfache und geteilte Verantwortlichkeiten vermutlich zu definieren und die Frage der Entwicklung des österreichischen Strukturplans Gesundheit ist ja auf Grund der Tatsache, dass Gesundheit in unserer Verfassung eine föderale Angelegenheit ist, auch ein sehr komplexes Problem. Aber keine Frage. Um auf den Punkt Ihrer Frage zu kommen, die mangelnde Geschwindigkeit der Entwicklung dieser beiden Punkte FachärztIn und Strukturplanung auf der Bundesebene war natürlich ein wesentlicher Hemmnisfaktor. Keine Frage.

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

GRin Dr. **Pilz**: In dem Papier vom Zwischenbericht 2004 steht hinsichtlich der Grundsatzentscheidung zur Durchführung des Projekts, und ich zitiere wörtlich, „Grundsätzlich wird auch noch festgestellt, dass es zu keiner personellen Vermehrung, welche durch die Umsetzung dieses Projekts bedingt wäre, kommen darf.“ Das waren offensichtlich die Knebelrahmenbedingungen.

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Wo steht das?

GRin Dr. **Pilz**: Das steht. Das hat Seite, was soll das jetzt heißen? 8? Kann das 8 heißen? Das ist so schlecht gedruckt.

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Zeigen Sie mir den Punkt?

GRin Dr. **Pilz**: Nein 5. Es ist 3.1.2.1 Projekt Kinder- und Jugendpsychiatrie. *(Zwischenruf)* AKH. Die Grundsatzentscheidung zur Durchführung dieses Projektes fiel bei einer Besprechung über die stationäre und teilstationäre Versorgung im KAV im August 2003 und zitiere da jetzt aus dem Protokoll: „Grundsätzlich wird auch noch festgestellt, dass es zu keiner personellen Vermehrung, welche durch die Umsetzung dieses Projektes bedingt wäre, kommen darf.“ Über den gleichen Zeitraum sagt Prof. FRIEDRICH, dass die Personalnot gravierend war. Das weist die ÖBIG-Studie aus, dass die Personalnot gravierend ist. Was kann man machen, wenn man in einem Projekt an den wichtigsten Dingen eh nichts tun darf? Das ist meine erste Frage. Und die zweite Frage, und ich habe dann noch eine dritte. Ja, bleiben wir einmal bei der. Die ist eh schwierig genug. Und ich stell dann die andere danach.

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Die Antwort ist gar nicht so schwierig. Also, erstens einmal gab es eine Entwicklung, eine auf der personellen Ebene in den Jahren davor zu einem Zeitpunkt, wo das nicht zu erwarten gewesen ist und zwar eine positive, muss ich sagen. Das war, ich weiß nicht mehr genau das Jahr, muss aber etwa gewesen 1993/94. Generaldirektor Nägler. Eine wienweite Reduktion der ÄrztInnendienstposten im gesamten Krankenanstaltenverbund und damals hat der Stadtrat Rieder entschieden, dass im Bereich meiner Abteilung am Rosenhügel eine Aufstockung der ÄrztInnendienstposten erfolgt, damit wir endlich - und das war schon mühsam genug, keine Frage - einen doppelt besetzten ärztlichen Nachtdienst und einen dauernden OberärztInnendienst einrichten konnten. Das muss etwa 1994 gewesen sein. Damals war ich beträchtlichen Angriffen ausgesetzt, auch auf der Ebene unseres Krankenhauses, weil die beiden anderen Abteilungen, die Erwachsenen-neurologischen Abteilungen ÄrztInnen abgeben mussten und ich einen dazu gekriegt habe. Das war auch im Krankenhaus nicht ganz einfach. Also, in einer Zeit der wienweiten Reduktion haben wir etwas dazu gekriegt. Da war ich sehr dankbar, weil bis dahin, muss ich auch dazusagen, habe ich in einem dauernden telefonischen Bereitschaftsdienst sozusagen den Hintergrundoberärztendienst gemacht und das war tatsächlich eine sehr schwierige Situation. Und ich war dankbar dafür, dass es dann eine OberärztIn gegeben hat. Nun, zu diesem Zeitpunkt, der hier angesprochen wird, das was ich hier zitiere, war eine Besprechung bei der Frau StRin Pittermann mit allen relevanten Beamten des Krankenanstaltenverbundes. Dort wurde tatsächlich für die Umsetzung diese Rahmenbedingung definiert und ich habe versucht, in diesem Rahmen eine

Lösung zu finden und ich denke, es war ein Lösungsvorschlag, der umsetzbar gewesen wäre. Ich habe es nicht nur für einen vertretbaren, sondern für einen fachlich sinnvollen Ansatz gefunden, nämlich durch eine Umverlagerung von Ressourcen aus der Kinderabteilung im Wilhelminenspital, die dortige de facto kinderpsychiatrische Station, den sogenannten Jugendkrisenpavillon in den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Rosenhügel zu verlagern und dadurch fast kostenneutral diese Rehabilitationsstation einzurichten. Das war dann aus verschiedenen Gründen der administrativen Umsetzung nicht machbar. Aber das wäre ein Weg gewesen unter diesen Rahmenbedingungen eine Lösung zu finden. Nun, klar wäre es auch wünschenswert gewesen, wenn es geheißen hätte, man kann diese neue Struktur aufzubauen und auf neue Ressourcen zurückzugreifen. Darüber wäre ich nicht böse gewesen.

GRin Dr. **Pilz**: Zweite Frage. Welche Erfolge für die psychische Entwicklung eines Kindes, eines Jugendlichen können denn gezeitigt werden, wenn sie auf den von mir beschriebenen und geeigneten Strukturen einer Erwachsenenpsychiatrie untergebracht werden? Was heißt das für ein möglicherweise suizidales Kind?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Also, die Frage ist nur mit Blick auf die ganz konkrete psychische Situation eines Kindes und Jugendlichen zu beantworten. Wenn die Jugendliche. Also, das kann sich sehr unterschiedlich gestalten. Das kann für eine Jugendliche, der zum Beispiel auf Grund von Suizidalität sediert werden muss, mäßig relevant sein, weil er in dieser Zeit von seiner Umwelt ohnehin relativ wenig mitkriegt. Das kann für einen anderen durchaus eine Belastungssituation sein. Wobei ich immer davon ausgegangen bin und das auch selber so dort wahrgenommen habe, denn manchmal habe ja ich selber den Liaisondienst dorthin gemacht, dass die KollegInnen auf der Erwachsenenpsychiatrie sich bemüht haben, die dortige Betreuungssituationen so zu gestalten, dass diese PatientInnen nicht in einem Riesenzimmer mit zehn psychotischen anderen PatientInnen liegen. Die es zwar auf der Station gab, aber dass die Zimmergestaltung meistens so gewählt wurde, dass das möglichst wenig Belastung in dieser Zeit für die PatientInnen bedeutet.

GRin Dr. **Pilz**: Nächste Frage. Frau StRin Pittermann hat dich beauftragt, für jenen Patient, der im Otto-Wagner Spital Opfer eines Brandunfalls wurde, weil er von einem Mitpatienten im Netzbett befindlich angezündet wurde. Du hast damals begutachtet für die Frau StRin Pittermann. Warum wurdest du beauftragt und was war dein Ergebnis?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Ich weiß nicht, um welchen Patient es geht.

GRin Dr. **Pilz**: Es handelt sich um jenen Patient, der im Jahr 2003 in einem Netzbett gelegen ist und ein Mitpatient ist gekommen und hat ihn und eine Mitpatientin in einem anderen Zimmer angezündet und hat mitgeteilt, er möchte Suizid - im Nachhinein hat er mitgeteilt, er wollte Suizid begehen und andere mitnehmen. Jener Patient, von dem ich spreche, ist schwerstens verletzt worden, hat eine schwere Brandwunde am Bein erlitten und hat eigentlich nur durch die Tatsache, dass der, der das gemacht hat, Alarm geschlagen hat, eine Chance gehabt, das auch zu überleben. StRin Pittermann hat dich beauftragt um ein Gutachten. Ja. Was kannst du dazu sagen?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Ja also, dazu kann ich sagen, dass mir diese Geschichte absolut fremd ist. Die kenne ich überhaupt nicht. Ich habe daher über diesen Vorgang ganz sicherlich auch keine gutachterliche Äußerung gemacht.

Aber die Frage, in welcher Form ich involviert wurde in solchen und ähnlichen Fällen, die kann ich natürlich beantworten. Die Frau StRin Pittermann hat mich gebeten, ihr in verschiedenen allgemeinen psychiatrischen Fragen beratend zur Seite zu stehen, zurückgreifend auf die Tatsache, dass ich ja auch Facharzt für Psychiatrie und nicht nur für Kinder- und Jugendpsychiatrie bin. Und hat mich um persönliche Beratung gebeten. Ich war also in einem formalen nicht definierten Status persönlich beratend für psychiatrische Fragestellungen immer wieder herangezogen worden. Ich habe in solchen Fällen dann aus dem Stadtratbüro Unterlagen übermittelt bekommen und meine Aufgabe bestand eigentlich in allen Fällen nicht darin, das war nicht die Frage an mich, zur Gesamthematik Stellung zu nehmen, sondern die Frau Stadträtin dahingehend zu beraten, ob der Lauf, der in den Akten beschrieben wird, irgendwelche Unzukömmlichkeiten aufweist. Und möglicherweise und ich habe dann in diesen Fällen, habe auch in meinen Stellungnahmen sehr peinlich darauf geachtet zu sagen, ob ich die Hintergrundgeschichte kenne oder ob ich nur die Akten, die mir übermittelt wurden, überprüfen kann. Und habe dann meistens gesagt, ich kenne zum Beispiel - solche Dinge habe ich in Erinnerung - kenne den Beschwerdebrief der PatientIn nicht, kenne die Akten, die seitens MA 15 oder Otto-Wagner Spital erstellt wurden, die sehe ich durch und dann habe ich zum Beispiel in solchen Situationen dann geschrieben, die Erklärungen des Krankenhauses, der Krankenhausdirektion erscheinen mir nachvollziehbar oder nicht nachvollziehbar. Aber an den konkreten Fall, an einen Patient, der im Netzbett verletzt wurde, kann ich

mich nicht erinnern und ich habe da allgemein ein ganz gutes Gedächtnis. Also, den Fall selber kannte ich sicher nicht.

GRin Dr. **Pilz**: Ich würde es nicht erwähnen, wenn das nicht in den Unterlagen, die mir der Patient zur Verfügung gestellt hätte, angeführt wäre. Und du bist, so meine Information dazu, zu dem Schluss gekommen, dass seitens des Krankenhauserhalters kein Verschulden festzustellen ist.

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Also, so habe ich das sicher nicht formuliert. Ich habe einen Akt hier, weil ich vermutet habe, dass es um einen Patienten gehen könnte, zu dem ich eine Stellungnahme gemacht habe. Also, ich habe einen Akt, ich weiß nicht, ob das dieser Patient ist, der unter dem Aktenzeichen GGS 118/04 gelaufen ist, wo ein längerer Akt mit zwei Stellungnahmen von mir enthalten ist und in all diesen Fällen habe ich Stellung genommen immer nur zu den Erklärungen des Krankenhauses und die Hintergrundgeschichte, auch wenn Sie jetzt noch einmal darauf hinweisen, die kenne ich nicht. Ich habe sicher zu einem solchen Vorgang mit einer Verletzung sicher nicht Stellung genommen.

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

GRin **Matiasek**: Ja, in der Studie, die Sie präsentiert haben im Zuge des Vortrags war die geografische Nähe zu Einrichtungen ganz offensichtlich auch, und das ist auch leicht nachvollziehbar, sozusagen ein Faktor für die Inanspruchnahme von Betreuung im Fall, dass man sie eben braucht. Jetzt würde ich gerne wissen, wir haben, und das ist ja schon öfters gelobt worden, die eine Tagesklinik in Liesing, mehr oder weniger vielleicht doch ein exponierter Bereich in Wien. Wie weit sozusagen sind die geografischen Strukturen und die Positionierung der einzelnen Versorgungseinrichtungen und das ist ja besonders im ambulanten Bereich wichtig, denke ich, in Wien zufriedenstellend oder wo sehen Sie da Verbesserungsmöglichkeiten?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Nun, darauf gibt es zwei Antworten. Erstens einmal, dass in der sozialmedizinischen Versorgungsplanung geografische Nähe nicht über Luftlinien definiert wird, sondern über Verkehrswege. Und in diesem Sinne ist die Tagesklinik in Liesing nicht so schlecht positioniert. Wir sind fünf Gehminuten von der Endstation der U6 entfernt, das heißt relativ gut erreichbar und erfüllen damit eine Versorgungsfunktion zumindest für den Bereich Südwesten Wiens gut zugänglich. Und dass das nicht ausreichend ist für den Norden und Osten Wiens, ja gar keine Frage. Und schon zu Zeiten der Frau StRin Pittermann war in Planung die nächste derartige Struktur im Norden Wiens zu eröffnen und in den jetzigen Gesprächen ist ja

auch in den Planungen von der Frau StRin Wehsely festgelegt worden, dass die nächste kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungseinheit im Norden Wiens, also im Wesentlichen im Krankenhaus Nord eingerichtet werden soll. Also, insofern nicht befriedigend, aber nicht so weit weg, wie man es sich vorstellen würde, weil ganz gut erreichbar ist mit der U6.

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

GRin **Rubik**: Danke schön Herr Professor!

Wir haben zuerst gehört und zwar der ÄrztInnenfachmangel liegt auch daran, dass es also Versäumnisse in den letzten Jahren der Bundesregierung des Gesundheitswesens gegeben hat, in Kombination mit der Ärztekammer und jetzt haben Sie aber in Ihrem Auftragsbericht 2007, was ich in Ihrem Vortrag gesehen und gehört habe, Mängel aus Kapazitäten für stationäre Aufnahmen nach dem Unterbringungsgesetz. Jetzt meine Frage: Die Ausbildung zur FachärztIn dauert ja ungefähr 6, 7 Jahre, mit Praxis sind es dann bald 10. Der Bericht ist jetzt aus 2007. Und der FachärztInnenmangel aus den letzten Jahren resultierend aus Versäumnissen nicht auf unserer Ebene ergibt also einen ÄrztInnenmangel. Wie kann man dieses Problem jetzt lösen? Wie wäre da die Übergangsmöglichkeit trotz ÄrztInnenmangel eine gute Lösung zu finden? Und meine zweite Frage wäre: Wie würde es Ihrer Meinung nach aussehen, wenn wir keinen FachärztInnenmangel österreichweit hätten? Wie wäre da Ihr Stand der Meinung nach wienweit, burgenländerweit und auch im Vergleich zu Deutschland, weil Sie ja gezeigt haben, dass Deutschland also ein sehr großes Versorgungskonzept da hat? Danke.

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Also, zur zweiten Frage. Ich habe gar keinen Zweifel, dass wenn es diese FachärztIn schon früher gegeben hätte, dass wir dann auch bessere Versorgungsstrukturen hätten, weil Deutschland zeigt, wie Sie richtig sagen, ja dass mit dieser FachärztInnenkonzeption seit '69 ein suffizientes Versorgungssystem dort aufgebaut werden konnte. Nun, ich habe ja deutlich gemacht, unser Bemühen um die neuen FachärztInnen hat etwa begonnen, ich glaube '96 habe ich die ersten Gespräche dafür notiert gehabt, von dort weg würde ich sagen, gibt es eine politische Verantwortlichkeit, weil ab dort haben wir darauf hingewiesen. Davor würde ich sagen, waren viele der Meinung, dass das Additivfach als Konzept ausreicht, weil es das zum Beispiel auch in Italien gegeben hat und da hat man gesagt: „Na gut, vielleicht ist das eh eine ganz gute Konstruktion, dieses Additivfach“. Ab '96 haben wir darauf hingewiesen, dass das nicht mehr ausreichend

ist. Ab dort gibt es politische Verantwortlichkeiten dafür.

Ihre erste Frage habe ich jetzt, weil ich die zweite so lange beantwortet habe -

GRin **Rubik**: Sie haben in Ihrem Bericht jetzt von 2007 geschrieben, Mängel an Kapazitäten. Wie man diese Übergangslösung treffen kann. Bis genug FachärztInnen ausgebildet sind.

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Nun. Wir versuchen das ja zu tun. Sowohl seitens der Fachgesellschaft als auch in Gesprächen mit der Frau Stadträtin. Die Frau StRin Wehsely hat bei den Planungsgesprächen, von denen ich schon geredet habe, alle aus dem medizinischen Bereich aufgefordert, sprich Generaldirektor, TU1-Direktorin etc. alles daran zu setzen, um die Ausbildungskapazitäten möglichst auszuschöpfen, die von der rechtlichen Seite her gegeben sind. Das hat zur Folge gehabt, dass zwei Dienstposten im Rahmen des Krankenanstaltenverbundes geschaffen wurden, die derzeit an die Klinik zugeordnet sind, weil nur die entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen nach der derzeitigen Konzeption gegeben sind, diese Facharztausbildung durchzuführen. Soweit ich weiß, sind diese beiden Dienstposten jetzt schon besetzt oder gerade in Besetzung begriffen. Dann haben wir die Planung mit Ende des Jahres 2008, die Möglichkeit im Rahmen der Tagesklinik die dort vorhandenen Ausbildungsressourcen zu nutzen. PSD-Tagesklinik, weil es eine nicht-bettenführende Krankenanstalt ist, können wir dort nach Ärztegesetz nur 12 Monate ausbilden. Aber wir haben schon einen Bewerber für diesen Zeitpunkt. Also, ich bin guter Hoffnung, dass wir mit Ende 2008, Anfang 2009 dort auch eine Ausbildungsstelle besetzen können. Und die dritte Ebene, die mit Wien unmittelbar nicht nichts zu tun, ist die Ebene von der Ihnen ja schon Prof. FRIEDRICH berichtet hat. Ich habe das dem Protokoll entnommen. Die Gespräche mit der Ärztekammer. Das Bemühen darum und auch dort bin ich unmittelbar involviert, weil ich Vorsitzender der Ausbildungskommission der Fachgesellschaft bin und die Verhandlungen mit der Ärztekammer in dieser Funktion führe. Dort das Verhältnis 1:1 FachärztIn zu Auszubildende für eine gewisse Periode zu entkoppeln. Aber diese Gespräche sind noch leider an keinem fruchtbaren Punkt angelangt.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Bitte. Wir haben eigentlich schon die Zeit überschritten, Herr Prof. Kasper ist schon da.

GRin Dr. **Pilz**: Aber ich habe noch eine Frage.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Aber eine letzte kurze Frage.

GRin Dr. **Pilz**: So ist es halt. Ich habe einfach noch eine Frage.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Aber eine kurze Frage, Frau Dr. Pilz bitte.

GRin Dr. **Pilz**: Du hast als Gutachter für die Frau StRin Pittermann in solchen Vorfällen, diese Tätigkeit hast du ausgeübt. Hast du daher sozusagen eine klare Haltung hinsichtlich der Notwendigkeit von Überwachung von tiefsedierten, fixierten oder untergebrachten beschränkten PatientInnen? Wir haben jetzt in den letzten Tagen gehört, dass eine 1:1 Überwachung in Europa „state of the art“ ist und das auch das Konsenspapier der Fachgesellschaft behauptet hat. War das für dich handlungsleitend in deiner Gutachtertätigkeit?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Zwei Antworten darauf. Erstens einmal: Diese inhaltlichen Standards teile ich vollinhaltlich. Das war ja auch der Grund, warum ich immer betont habe, im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass die UBG-Behandlung, also die Unterbringung nur vor dem Hintergrund der Rahmenstruktur intensiver Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gemacht werden kann, weil dort die 24-Stunden-Betreuung personell auch entsprechend abgesichert ist. Und mir war es immer ganz besonders wichtig, auch in den Verhandlungen auf der Bundesebene, ÖBIG etc. das zu betonen und nicht zu sagen: „Unterbringungsbetten ganz generell“, sondern immer zu sagen: „Unterbringungsbetten heißt Strukturkriterien zu definieren, nämlich nach den Kriterien der intensiven Betreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.“ Das haben wir auch so gehandhabt.

Nun, aber deine Frage bezog sich ja nicht darauf, sondern auf meine Beratungstätigkeit. Dort muss ich noch einmal die Begrifflichkeit auch schärfen. Ich habe nie ein Gutachten erstellt. Sondern ich habe die Funktion die Frau StRin Pittermann in Einzelfällen persönlich zu beraten, in administrativen Prozessen wahrgenommen.

Die Frau StRin Pittermann hat bei Fragestellungen aus dem Bereich der Psychiatrie, in der sie sich als Internistin nicht wirklich zu Hause gefühlt hat, in der Regel zwei Schritte gemacht. Sie hat, und das ist auch den Akten, wenn du solche kennst, zu entnehmen, sie hat einen Vermerk darauf gemacht, erstens den Weg an die MA 15, die zuständige Sanitätsbehörde und zweitens steht dann drauf Berger, üblicherweise in einigen solcher Fällen. Und ich habe mehrerer solche Akten erhalten und habe dann die mir übermittelten Akten geprüft. Eine solche Fragestellung ist an mich nie gestellt worden. Und ich habe auch zu Betreuungsstandards in der Psychiatrie nie Stellung zu beziehen gehabt. Ich kann dort vielleicht noch als Hintergrundinformation hinzufügen, die Frau StRin Pittermann hat mich ja persönlich gefragt, ob ich die Funktion

eines offiziellen Beraters für diesen Bereich übernehmen kann. Und ich habe das abgelehnt, weil ich gesagt habe, ich bin Kinder- und Jugendpsychiater; was ich tun kann, ist sie persönlich bei Einzelfragen zu beraten. Aber die offizielle Beratung, und dort wäre natürlich die Stellungnahme zu solchen Fragen hineingefallen, die habe ich abgelehnt, weil ich als Kinder- und Jugendpsychiater trotz meines Faches Psychiatrie zu diesen Fragen nicht Stellung nehmen wollte, weil die mein Aufgabengebiet auch weit übersteigen.

GRin Dr. **Pilz**: Ich wollte jetzt schlicht wissen, ob du jetzt sagen kannst, wie du das siehst, ob sedierte, fixierte.

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Ja natürlich. Ja selbstverständlich. Das habe ich ja einleitend gesagt. Also, selbstverständlich.

GRin Dr. **Pilz**: Und die Verantwortung, wenn dann was passiert, liegt deiner Meinung nach bei wem?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Äh. Wenn was passiert?

GRin Dr. **Pilz**: Wenn, wie im konkreten Fall, jemand der offensichtlich nicht durch eine Sitzwache oder sonst eine geeignete Betreuung versorgt war und daher zu Schaden kommt, weil ein Mitpatient so etwas macht. Wir haben ja den schrecklichen Fall in Graz jetzt aktuell gesehen. *(Zwischenruf)* Wer ist. Wir reden jetzt über das, was im Otto-Wagner Spital passiert ist. Wer trägt die Verantwortung für solche Vorfälle?

Univ.-Prof. Dr. **Berger**: Das ist nicht ganz einfach zu beantworten, weil diese Frage zwei Seiten hat. Das hat die eine Seite der Verantwortlichkeit, nehme ich eine PatientIn auch dann auf, wenn ich weiß, ich habe im Moment nicht die entsprechenden Ressourcen vorhanden. Das wird üblicherweise dann der Begriff der Einlassungsverantwortlichkeit gewählt. Aber als Arzt sehe ich die Situation so, dass ich sage, diejenige, die am wenigstens drunter leiden darf, ist die PatientIn. Das heißt, es ist dann meine Verpflichtung als Abteilungsvorstand, die Ressourcen in solchen Situationen so zu bündeln, dass ich eine vertretbare Betreuungssituation gewährleisten kann. Auch wenn ich eine PatientIn einmal über die Ressourcen hinauf aufnehmen muss. Das war die schwierige Situation, die hier heute schon zur Diskussion stand, nämlich die Frage, dass dann PatientInnen mal durch die Gegend geführt wurden, weil bei uns die Ressourcen nicht ausreichend vorhanden waren. Das waren immer sehr, sehr schwierige Situationen.

Das zweite ist die Frage der strukturellen Verantwortlichkeit. Die hat mit der unmittelbaren Entscheidungssituation wenig zu tun. Die strukturelle Verantwortlichkeit. Nun, die liegt natürlich bei den Organisationsstrukturen des Kranken-

staltenverbundes, die entsprechenden strukturellen Bedingungen für diese Betreuungsintensität zu schaffen.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Gut. Danke vielmals Herr Professor für Ihre lange Geduld in Beantwortung der Frage. Und ich darf jetzt einmal Ihnen noch einmal danken und für 10 Minuten Pause plädieren. Und dann darf ich Sie bitten, wieder pünktlich zu sein, da der Herr Prof. Kasper schon anwesend ist und auf seinen Auftritt wartet. Danke vielmals.

(Sitzungspause: 11.44 Uhr bis 12.05 Uhr)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: So. Ich darf jetzt ganz herzlich Herrn Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Siegfried Kasper begrüßen. Den Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Und Herr Professor, Sie sind heute hier um uns zum Thema „Darstellung der aktuellen Standards im Bereich der Psychiatrie und der spezifischen Charakteristika des Fachgebiets der Psychiatrie im Konnex zu anderen medizinischen Fachgebieten“ Auskunft zu geben und zwar als sachverständiger Zeuge. Da Sie also auch nicht nur Sachverständiger, sondern auch Zeuge sein werden hinsichtlich der Fragen, die dann die Kommissionsmitglieder an Sie richten werden, darf ich Sie darauf hinweisen, dass Sie also diese Antworten unter Wahrheitspflicht beantworten müssen. Und aber auch das Recht haben, die Aussagen zu verweigern, wenn die Beantwortung für Sie persönliche Nachteile bringen würde.

Sie haben eine Präsentation vorbereitet, wie ich sehe und ich darf Sie bitten, Herr Professor, wenn Sie mit der Präsentation beginnen.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper**: Herzlichen Dank Herr Vorsitzender Dr. Baumgartner! Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Ich freue mich, dass ich bei Ihnen bin und mit Ihnen über die Psychiatrie sprechen darf. Sie haben da diesen Titel gegeben, den ich hier auf diesem Diapositiv dann wiedergegeben habe und ich bin auch in der Zwischenzeit die Protokolle durchgegangen, die es im Internet wortwörtlich nachzulesen gibt, sodass ich hoffe, dass ich zumindest meinen Beitrag einen anderen Aspekt Ihnen einmal zeigen kann, gemäß dem Titel den Sie mir gegeben haben.

Zuerst zu meiner Person vielleicht ganz kurz. Ich komme selbst aus Salzburg. Habe dann in Innsbruck studiert, dann in Freiburg und dann in Heidelberg und bin dann lange Zeit in Deutschland gewesen, 17 Jahre, habe meine Facharztausbildung am Zentralinstitut für seelische Gesundheit, so heißt es, wo eine sozialpsychiatrische Modelleinrichtung, die damals 1974 eröffnet wurde. Da habe ich meine Facharztausbil-

dung gemacht. Bin nach Heidelberg weitergegangen. Das ist so eine ehrwürdige, ältere Klinik, wo es vorwiegend um das Erleben der PatientIn gegangen ist. Dann bin ich nach Washington D.C. gegangen, an das National Institut of Mental Health, zu dem wir nach wie vor gute Beziehungen haben. Das ist eine weltweit einzigartige Forschungseinrichtung, die sich sehr viel eben mit diesen gesamten medizinischen Erkrankungen beschäftigt. Dann bin ich als leitender Oberarzt nach Bonn gegangen. Und von Bonn dann nach Wien als Ordinarius 1993 berufen worden. Ich sage das deswegen, weil ich glaube, dass ich sehr viele Systeme gesehen habe, gerade im deutschsprachigen Raum. Ich bin zurzeit auch der Präsident der Weltgesellschaft für biologische Psychiatrie, so heißt es. Und im Zusammenhang dessen sehe ich erneut sehr viele Krankenhäuser, nicht nur in Europa, sondern auch im asiatischen oder im amerikanischen Ausland, sodass ich gerne auch den Blickwinkel zu anderen Gesichtspunkten schließen kann.

Auf diesem Diapositiv, glaube ich, sieht man ganz schön unseren althehrwürdigen Kaiser Josef II - ich halte Ihnen keinen Vortrag über Geschichte, aber das ist wichtig, glaube ich - der gesagt hat: „Psychiatrie ist ein Teil der Medizin.“ Er war ein weiser Mann und hat den Narrenturm neben dem alten Allgemeinen Krankenhaus gebaut. Also, eine wunderbare, ein für diese Zeit revolutionäre Sache, die leider zum Teil dann wieder ein bisschen vergessen wurde. Und ab und zu, wenn man so fragt: „Was ist die Psychiatrie?“, dann können viele gar nicht unterscheiden, was der Unterschied zwischen PsychologIn, PsychotherapeutIn, PsychiaterIn ist. Aber wir haben in Wien eine sehr lange Tradition, dass Psychiatrie ein Teil der Medizin ist. Ich bin sehr froh, dass die psychiatrische Klinik hier angesiedelt ist und nicht in diesen großen Türmen, weil wir zum Beispiel Garten haben und insgesamt diese großen Türme, glaube ich, vom Psychohygienischen nicht so gut wären, als wenn sie einfach hier eben eine so eine Klinik wie hier zur Verfügung hat.

Das Stichwort heißt gemeindenaher Psychiatrie, das wurde von meinen Vorrednern schon alles gesagt. Letztendlich ein Gedanke, den ich in Deutschland eben ab 1976 auch miterlebt habe und mitgeholfen habe, dass an jedem Allgemeinkrankenhaus möglichst auch eine psychiatrische Abteilung sein sollte. Und da darf ich vorweg sagen, diese Entwicklung hat in Österreich etwas später eingesetzt, aber hat eingesetzt und es wird jetzt zunehmend weiter dann auch verfolgt.

Erlauben Sie mir am Beginn zu sagen, das Spezifische der Psychiatrie im Vergleich zu den anderen medizinischen Fachgebieten ist, dass

wir ein Stigma-Problem haben, das heißt, psychiatrische PatientInnen und auch die ÄrztInnen sind stigmatisiert. Hat früher so geheißen: „Die ÄrztIn, na gut, aus der wird nichts, aber ein Psychiater, das kann er immer noch werden“, nicht und so weiter. Und psychiatrische PatientInnen: Ist in der Kronen Zeitung einmal gestanden: „Ich habe nur eine Zuckerkrankheit und musste neben einem Drogensüchtigen in der Ambulanz warten.“ Na, undenkbar, dass man gesagt hätte, „Ich habe Zuckerkrankheit und musste neben einer Morbus Hodgkin PatientIn sitzen.“ Undenkbar. Dass die drogenkranken PatientInnen natürlich sehr wohl psychiatrisch ernstzunehmende Krankheiten sind, brauche nicht sagen. Also, wir haben ein Stigma-Problem, das dem gesamten Sachgebiet, genauso den Betreuern sozusagen anhängt, dass manche sagen: „Ja gut, der hat sich den Beruf nur gewählt, weil er selber riesenprobleme hat, sondern würde er nie Psychiater werden. Also, diese ganzen Sachen brauche ich nicht.“ Karl Kraus brauch ich Ihnen auch nicht zitieren. Das ist weit verbreitet. Nestroy hat einmal so schön gesagt: „Was nicht sein darf, ist nicht.“ Also, das ist ein weltweites Problem. Nicht nur wir in Wien haben das, dieses Stigma-Problem. Darum gibt es große Anti-stigmakampagnen von der Weltpsychiatrischen Gesellschaft initiiert zum Beispiel, um dieses Stigma abzubauen. Und da ist es eben ganz wichtig, dass man sich immer vor Augen hält, Psychiatrie ist ein medizinisches Fachgebiet, wie wir seit langer Zeit wissen und erlauben Sie mir diese kritische Bemerkung, für die psychiatrischen PatientInnen und auch für die in der Psychiatrie Tätigen ist das ganze Umfeld dieser Untersuchungskommission bis jetzt mehr schädlich als das es hilft. Es verstärkt das Stigma, das wir mit unseren PatientInnen haben. Ich sehe PatientInnen, die zu mir kommen und sagen: „Ja, Herr Doktor, werde ich dann gleich angebunden? Lande ich gleich im Netzbett?“ Es wird immer die gesamte Wiener Psychiatrie in einen Topf geworfen. Ich möchte vorweg sagen, wenn es irgendwo Missstände gibt, bei uns oder im anderen Krankenhaus, sollte das schonungslos aufgedeckt werden. Keine Frage. Aber die gesamte Wiener Psychiatrie immer in einen Topf zu werfen ist sicherlich nicht richtig. Das Ganze schlägt auch Wellen. In Deutschland, im deutschsprachigen Raum, wenn ich irgendwie zu Tagungen fahre, sagen mir Kollegen: „Sag, was ist denn los bei euch in Wien? Habt ihr Mittelalter? Oder was ist denn los bei euch in Wien?“ Weil natürlich die Berichterstattung auch in diese Länder dann geht. Also, diese gesamte Berichterstattung und die ganzen Fragestellungen, die damit aufgeworfen wurden. Ich weiß, es sind wahrscheinlich positive Intentionen. Bis jetzt ist

es für die psychiatrischen Kranken und für die Beteiligten eher schädlich.

Ich darf Ihnen ein paar Diapositive zeigen. Zum nächsten Diapositiv noch vielleicht einmal ganz kurz als Präsident der Weltgesellschaft einer der größten Gesellschaften, die es in der Psychiatrie gibt, besuche ich sehr viele Länder, da weht die Österreichische Fahne wunderbar oben. Es gibt dann auch die World Psychiatric Association und die World Association of Rehabilitation, sodass ich sehr viele Krankenhäuser sehe und darf sagen, ich glaube, wir haben in Österreich, im Speziellen in Wien einen sehr, sehr guten Standard, der sich nicht gegenüber, zum Beispiel, Deutschland verstecken darf. Was ich besonders gut finde, was ich zum Beispiel in anderen Arbeitsstellen erlebt habe, dass eine große ungünstige Zusammenarbeit zwischen Universitätsklinik einerseits und Landeskrankenhäusern andererseits ist, es ist in Wien in einer ausgezeichneten Kooperation gelöst, schon bevor Frau Dir. Kalousek auf der Baumgartner Höhe war. Das war immer ein sehr kollegialer und sehr fairer Austausch, wie ich ihn eigentlich aus Deutschland gar nicht kannte. Da hat es immer geheißt: Die auf der Uniklinik suchen sich die Rosinen aus und wir haben dann die anderen zu behandeln. Hier ist es ein Zusammenarbeiten auch in der Arbeit von verschiedenen Guidelines.

Ich möchte Ihnen die Haupterkrankungen noch einmal vorstellen, mit der wir zu tun haben. Sie sehen hier schizophrene Erkrankung, bipolare Erkrankung. Das sind Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit der Demenz, behaviour and psychological symptoms and dementia. Depression und Angststörungen. Das sind Daten, die von der Weltbank erhoben wurden und die uns zeigen einerseits, wie viel Betroffene davon sind und auf der anderen Seite, wie das jährliche Wachstum dieser Erkrankungen ist. Also, seelische Erkrankungen nehmen zu und auf der anderen Seite, das Bedauerliche, das Interesse an der Psychiatrie nimmt ab. Das ist eine Schere, die sehr wohl diskutiert wird. Es gibt Arbeiten im American Journal darüber. Es gibt in verschiedenen europäischen Ländern Fragen: „Wie kann man dem begegnen.“ Ich kriege aus Deutschland viele Anfragen: „Hast du nicht irgendwelche Assistenten, die du mir schicken könntest. Ich habe so und so viel unbesetzte Stelle“ und so weiter. Das heißt, da sollte die Politik möglichst bald daran denken, wie man dieser Schere begegnet, dass die seelischen Erkrankungen mehr werden. Es ist auch so, wenn man 1950 geboren ist, ist es besser als wenn man 1970 geboren ist. Rein diese Kohortenstudien, die durchgeführt wurden, die epidemiologischen zeigen, je später man geboren wurde, desto höher ist die Wahr-

scheinlichkeit, dass man eine dieser Haupterkrankungen kriegt. Das sind Depression und Angststörungen.

Nun, welche Erkrankungen haben wir vorwiegend dann - hier fehlt der ganze Suchtbereich noch aus dem ganzen Bereich heraus, aber vorwiegend dann - mit schizophrenen und bipolaren Erkrankungen und in letzter Zeit auch mit Demenzerkrankungen. Depressionen, Angststörungen sind vorwiegend dann im ambulanten Bereich dann behandelt.

Hier ein Schema, wie man die Psychiatrie verstehen kann. Ich darf Ihnen auch die Homepage hier von unserer Klinik noch einmal zeigen. Die Amerikaner sind sehr plakativ, sodass sie auf einer ihrer Tagungen dann dieses schöne Cartoon gezeichnet haben. Mind meets brain. Ich habe noch dazu gefügt und Gene, also „genes“, das heißt, man sollte möglichst das Wissen der Psychiatrie mit der Psychotherapie und der „neuroscience“ mit einbauen und was ganz wichtig ist für politische Überlegungen. Wahrscheinlich sind die Überlegungen der „neuroscience“: wie wir die Krankheit verstehen, wie wir sie besser behandeln können. Ich werde Ihnen ein paar Beispiele zeigen. Dann richtungsweisend und auch in dem Zusammenhang, dass es eine medizinische Erkrankung ist.

Nun, wenn ich Ihnen so sage: „Seelische Erkrankungen sind Gehirnerkrankungen“, werden wahrscheinlich manche von Ihnen sagen: „Um Gottes Willen der fällt ins Mittelalter zurück.“ Es ist nicht so wie es Griesinger zum Beispiel vor 200 Jahren gesagt hat: „Es sind Gehirnerkrankungen“, sondern man muss das integrieren, das Wissen von der einen Seite, das Wissen von der anderen Seite. Was in der Psychiatrie sehr viel weiterbringen wird, dass wir dieses komplizierte Organ Gehirn besser verstehen, spezifischere Behandlungsmöglichkeiten, nicht nur pharmakologischer Art, aber sozialpsychiatrische Bemühungen zum Beispiel, dass man weiß, aha, diesen Menschen kann bis dort rehabilitieren und nicht weiter. Was man zum Beispiel in der Kardiologie weiß oder in der Onkologie weiß, dass man sagt: „Da gibt es dann verschiedene Stadien und der wird in dieser Richtung rehabilitiert, wenn das komplizierte Organ eben zum Teil nicht mehr zulässt.“

Ich darf Ihnen ein Statement zeigen, dass ein Direktor von dem National Institute of Mental Health vor kurzem auf der amerikanischen Tagung der Psychiatrie gezeigt hat. Aber das Dia will da jetzt nicht hineinspringen. Das ist ganz interessant, wieso das nicht will. Aber es wird hoffentlich. Hier ist es schon. Halt. Jetzt springt es gleich doppelt, dreifach. So, hier ist es. Jetzt ist er ganz durcheinander gekommen. Aber jetzt ist er schon wieder da. Das ist der Prof. Tom

Insel, heißt er, mit dem ich vor langer Zeit gearbeitet habe. Das ist, wie gesagt der Direktor des National Institute of Mental Health, die bedeutendste Einrichtung kann man so sagen, die man so weltweit wahrscheinlich findet. Sein Statement auf dem amerikanischen psychiatrischen Meeting in Washington D.C. im Mai, dass das eben seelische Erkrankungen, Gehirnerkrankungen sind. Auf jeden Fall diejenigen, die dann in Krankenhäuser sind. Es ist keine Erkrankung, wo es Läsionen gibt, wie zum Beispiel beim Morbus Parkinson, wo dann Dopamin Neurone zu Grunde gehen. Mock zum Beispiel, wenn man das so aus der Presse berichten darf. Sondern es sind eine Störung von verschiedenen Regelkreisläufen, wo dann verschiedenen Gehirnbezirke betroffen sind. Es ist immer die Frage: Hat es die Natur so angelegt oder ist es dann durch die Nurture, durch die weitere Fortentwicklung, durch die Entwicklung in der Primärfamilie und so weiter entstanden? Das wird untersucht. Ich werde ein Beispiel zeigen. Ganz wichtig hat er auch festgehalten, dass die gegenwärtigen Behandlungen noch unzureichend für unsere PatientInnen sind. Auch in den USA. Die sind unzureichend. Das ist keine Frage. Und dann ein wichtiger Gesichtspunkt, dass die Forschungsergebnisse, die man so erforscht noch nicht genügend die tägliche Praxis mit eingehen. Das war also sein Statement, wo er eine ganze Stunde drüber geredet hat. Und es ist ganz wichtig, dass man sich das noch einmal vor Augen hält. Nun, welche so „Guidelines“ gibt es? Da gibt es zum Beispiel diese „World Federation of Societies of Biological Psychiatry Guidelines“. Die kann man hier frei auf dieser Webpage herunterladen. Wie gesagt, ich bin Präsident dieser weltweiten Gesellschaft, wo versucht wird, die gesamte psychopharmakologische Behandlung auch unter Gesichtspunkt der Psychotherapie und Rehabilitation zusammenzufassen. Nun, das ist der weltweite Gesichtspunkt.

Wie schaut es in Wien aus? In Wien setze ich mich, seit ich hier bin, sehr viel ein, dass die Fortbildung und Kooperation mit sämtlichen Fachgebieten passiert. Sie sehen hier ein wunderschönes Bild von unserem AKH. Und wie passiert das? Wir machen Konsensus-Statements zu allen wichtigen Krankheitsgruppen, Depressionen, Schizophrenie und so weiter. Können Sie hier lesen. Die kann man erneut auch auf unserer Homepage, wenn Sie wollen, frei abrufen. Wie schaut das aus, so ein Papier? Zum Beispiel medikamentöse Therapie der Depression. Das können Sie jetzt leider nicht lesen, aber es sind sämtliche Unikliniken in Österreich, Landeskrankenhäuser, Frau Dir. Kalousek zum Beispiel, Frau Prim. Wrobel ist dabei und Frau Prim. Rießland-Seifert. Also, es sind alle, sagen

wir, namhaften Leute darinnen vertreten und man versucht sich zusammzusetzen und einen Standard zu erarbeiten. Nachdem ich auf der anderen Seite auch Präsident der anderen, der weltweiten Gesellschaft bin, darf ich Ihnen sagen, diese Standards, die da drinnen sind, die sind nicht anders als wie sie weltweit vertreten werden, Das heißt, es ist in einer sehr fruchtbaren Kooperation entstanden, sodass wir da, glaube ich, auf neuestem Gesichtspunkt sind. Wie gesagt, ich habe Ihnen Depression gezeigt. Das gibt es auch zur Schizophrenie. Bipolare Erkrankungen, Demenzerkrankungen, Suchterkrankungen, die Sie jederzeit nachlesen können.

Da drinnen wird es natürlich mordsmäßig kompliziert. Aber da möchte ich das Diapositiv nur so zeigen, dass jetzt man zum Beispiel - Internisten unterhalten sich über die Halbwertszeit der Medikamente. Diese Fragen gibt es bei uns genauso. Das heißt, das Verhältnis zur Nachbarmedizin ist so, dass wir natürlich genauso in solchen Kategorien denken müssen und das sind zum Beispiel die Hauptmedikamente, die Antidepressiva verwendet werden, hier noch einmal ausgedrückt.

Ja. Das sind die Österreichischen Fachgesellschaften, das wäre die Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Das wäre die Fachgesellschaft für Psychiatrie und biologische Psychiatrie, das wäre die Österreichische Gesellschaft für Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie, wo sich die mit solchen Fragestellungen beschäftigen und wo ich zum Beispiel, aber auch Frau Prim. Wrobel, die hier im Raum sitzt, auch mitbeschäftigen. Was findet man da drinnen? Zum Beispiel plakativ dargestellt, die älteren Medikamente haben eine Rehospitalisationsrate von 40 %, die neuen Medikamente kann man drücken auf 20, 25 %, das heißt, auch auf Grund dieser Untersuchungen, die da durchgeführt wurden, sieht man, dass immerhin noch 25 % einen Rückfall kriegen. Aber die Daten sind gar nicht so schlecht, wenn Sie das mit Diabetes, mit Hypertonus, da gibt es in der Pharmakaökonomischen Literatur „Numbers needed to treat“ heißt diese Zahl da zum Beispiel. Das heißt, diese PatientInnen muss man behandeln, dass man eine positive PatientIn hat. Da liegen wir in der Psychiatrie gar nicht so schlecht. Da sind wir zum Beispiel sehr viel besser als in der Behandlung mit Tatinen zum Beispiel, wo man die Blutfette absenken kann. Sind wir durchaus mit diesem Bereich zum Beispiel in dem Bereich der Diabetesbehandlung, Asthmabehandlung oder Hypertonusbehandlung. Es ist natürlich in der Psychiatrie eine eigenartige Sache, dass man dann auch in wissenschaftlichen Journalen solche Arbeiten liest, wie diese hier, die Sie wahrscheinlich noch nie

gesehen haben in dieser Form, aber die so im Februar, März alle Zeitungen durchgegangen sind „Antidepressiva wirken nicht“. Sie können sich vielleicht noch erinnern. Das ist basierend auf so einer Arbeit. Ich möchte lieber nicht im Detail darauf eingehen. Ich sage nur, die ist methodisch so schlecht, dass sie lieber nicht diskutiert werden sollte, aber trotzdem. Es ist auch so ein Phänomen, dass das über die ganze Welt geht und ich komme wieder aufs Stigma zurück. Es wäre undenkbar, dass so eine Arbeit gäbe zum Beispiel für die Antihypertensiva, für die Behandlung für den hohen Blutdruck. „Antihypertensiva wirken nicht“, das ist undenkbar, dass das so wäre. Also, diese Arbeit, die 2008 erschienen ist, um nur ein Beispiel zu sagen, hat von den verfügbaren etwa 200 Studien ungefähr 9 Studien hereingenommen und von denen hat sie gesagt: „Na da wirkt es nicht so gut.“ Aber es ist nur ein Beispiel wie das Stigma arbeitet.

Nun zu den depressiven PatientInnen. Das ist eine Aussage von einer Patientin. Das ist nicht dieselbe Patientin. Das ist eine Schauspielerin in dem Sinne. Aber diese Aussage hört man sehr oft. „Ich würde die Depression mit jeder anderen Erkrankung eintauschen und sie nicht meinem ärgsten Feind wünschen.“ Und das sollte uns noch einmal vor Augen sein im Zusammenhang mit den Nachbardisziplinen, dass bei einem Menschen mit einer seelischen Erkrankung das Gehirn betroffen ist. Also, das Organ, das mit der Umwelt kommuniziert, das ist keine Knieerkrankung, keine Lebererkrankung. Die Lebererkrankung ist schlimm genug, aber man kann sich noch ausdrücken, den anderen sagen: „Hier tut es weh und so und so tut es weh.“ Bei einer Gehirnerkrankung ist gerade dieses Organ, das kommunizieren soll, ist dann erkrankt und kann nicht mehr adäquat mit der Umwelt dann kommunizieren.

Nun die Frage, wie geht man diese Erkrankung an. Da ist es leider so, dass viele meinen: „Na ja, am besten soll man die gar nicht behandeln.“ So wie dieser Artikel, der da durchgegangen ist. Also Antidepressiva wirken überhaupt nicht. Oder das Stigma: „Am besten geht man gar nicht zu Psychiatrie hin, weil die sperren einen sowieso alle ein und sind alle ganz schrecklich“ und so weiter. Wichtig ist, dass man sich vor Augen hält, das ist eine schöne Untersuchung aus Nordamerika. Wenn man die PatientInnen jetzt längere Zeit nicht behandelt, zum Beispiel sechs Monate, ein Jahr, zwei Jahre, drei Jahre, dann wird die Krankheit immer schlechter. Na, Sie sagen, na eine wunderbare Einsicht da, dass die Krankheit schlechter wird. Aber auf der anderen Seite ist es so, dass die PatientInnen nicht zur Behandlung gehen. Und dieses Modell könnte ich Ihnen durchaus auch für den Hyper-

tonus zeigen zum Beispiel. Man weiß, wenn man den hohen Blutdruck nicht einstellt, nach einer Zeit, zuerst ist es ein labiler Hypertonus, dann ist es ein fixierter Hypertonus, dann kommt es zur Bindegewebeinwanderung und so weiter und dann kommt es zum Herzinfarkt. Das heißt, früher hat man nur den Herzinfarkt behandelt. Jetzt behandelt man schon den diastolischen Wert, wenn er über 90 geht zum Beispiel. Und so ähnlich ist es bei auch bei uns in der Psychiatrie, dass man eben frühzeitig effektiv behandeln sollte.

Die Frage, die immer wieder diskutiert wird: „Sind Lebensereignisse oder ist es was anderes?“ Das ist eine ganz interessante Untersuchung. Der Kollege hat untersucht auf der einen Seite das Risiko an der Depression zu erkranken, „risk per months“. Das sind die verschiedenen Monate. Und auf der anderen Seite, ob Lebensereignisse, das heißt, Life Events damit im Zusammenhang stehen. Dort ist es auch ganz ähnlich wie beim Hypertonus und beim Diabetes. Am Anfang der Erkrankung spielen Lebensereignisse eine größere Rolle im Vergleich zu den späteren Ereignissen. Ein Diabetiker entgleist später sehr viel leichter, wenn er Schwierigkeiten am Arbeitsplatz hat oder in den Partnerbeziehungen wie am Anfang, weil am Anfang die Reservekapazität noch deutlicher da ist. In der Praxis schaut das so aus: Wenn man eine PatientIn fragt, die ungefähr sieben, acht Episoden hat: „Gab es irgendetwas Aufregendes jetzt vor dieser Phase?“ Sagen sie: „Na eigentlich nichts. Es gab nichts Aufregendes. Nette Familie. Alles ganz gut.“ Aber vor 20 Jahren hätten Sie fragen sollen. „Das hat mich ordentlich aufgeregt, als dieses und jenes Ereignis eingetreten ist.“ Das heißt, wenn man das jetzt untersucht, da verändert sich die Biologie im Laufe der Zeit. Das möchte man gar nicht so wahrnehmen. Aber jetzt zeige ich Ihnen jetzt zum Beispiel Befunde vom Hypocampus von einem Gehirnteil, dann würde man bei dieser PatientIn sehen, dass der etwas kleiner ist. Das heißt, etwas dann zusammengeschrumpft ist.

Nun, wie schaut es aus mit der Behandlung? Das sind Daten, die im oberbayerischen Raum erhoben wurden vom Kollegen Hegerl. Der jetzt auch gemeinsam einen Kampf gegen die Depression so eine Kampagne in Wien hier macht. Und da sehen Sie die Daten für Deutschland. Kann man ganz leicht auch auf Österreich übersetzen. In Deutschland sind es 80 Millionen. Bei uns sind es 8 Millionen. Also die Prozentzahlen stimmen immer etwa. Das Erschreckende ist, dass zum Schluss ungefähr nur 4 % in einer Behandlung sind. Von den Menschen, die eigentlich einer Behandlung zugeführt werden sollen und die Zahlen sind für Österreich noch

nicht in dieser Sauberkeit erhoben worden. Die sind so um den Kreis um Rosenheim erhoben worden. Ich glaube nicht, dass es in Wien sehr viel anders sein wird. Aber es könnte natürlich noch gemacht werden.

Nun, für die Depression, was haben wir für Medikamente zur Verfügung? Jede Menge. Ich sage zu meinen PatientInnen immer, sie haben sich die richtige Krankheit und den richtigen Zeitpunkt ausgesucht. Da sind sie ganz erstaunt über die paradoxe Intervention. Aber ich sage, wenn Sie es in den 60er Jahren bekommen hätten, hätten sie die älteren Medikamente gehabt. (*Heiterkeit*). Die Depression ist die am besten untersuchte Medikation. Und hier sind wir den richtigen Weg gegangen, dass es immer nebenswirkungsfreiere Medikamente gibt. Nun, wie schaut es aus? Welche werden verwendet? In Österreich werden 65 % der sogenannten SSRI, der hat so einen Wiederaufnahmehemmer, verwendet. Trizyklika, Typ Blauensteiner, wo sie ihre Ehemänner ins Jenseits befördert hat, (*Heiterkeit*) 10 % in etwa. Nur ist die Frage, was ist das jetzt für ein Land hier? Trizyklika 43 %, FSRI 23 %. Ich darf Ihnen sagen, die zwei Länder sind nicht weit auseinander. Weiß nicht, ob Sie es erraten können. Das ist zum Beispiel das deutsche Nachbarland. Die PatientInnen sind 100 %ig die gleichen. Das ist keine Frage. Aber die verwenden plötzlich ganz andere und die älteren Medikamente, also kann ich sagen, für Österreich haben wir Verhältnisse, die in etwa mit USA vergleichbar sind. Da ist der Trizyklika Anteil ungefähr 4, 5 %. Also, so gesehen für den Bereich der Antidepressiva eine bessere Versorgung. Ich möchte Ihnen jetzt die Neuroleptiker zeigen. Da ist es auch so, dass wir besser dastehen als zum Beispiel in Deutschland.

Womit das zu tun hat, hängt sicher mit dem Gesundheitssystem zusammen. Wir haben diese charmante Lösung mit den drei Boxen, in Deutschland gibt es ganz andere Gesetze, von denen ich nur hoffe, dass wir die nicht kriegen. Die sogenannten Seehofer-Gesetze sind eine Katastrophe, weil dann letztendlich in die Arzt-PatientIn-Beziehung eingegriffen wird und der Arzt gezwungen ist, der PatientIn das billigste zu geben, weil er sonst das aus seiner eigenen Tasche zahlen muss. Also wenn hier so viele PolitikerInnen zusammensitzen, denken Sie bitte an meine Worte. Das ist vielleicht nicht gerade das beste System, aber das was jetzt in Deutschland ist, ist mit Sicherheit kein sehr gutes. Da klagen alle, ich habe es am Anfang noch mitbekommen, ein ...system.

Wie denkt die Bevölkerung über die verschiedenen Medikamente und da ist es so, dass die Meinung der Bevölkerung über die Medikamente keine sehr gute ist.

Eine Untersuchung von Stefanek "Meinung in der Bevölkerung" – und das können Sie im eigenen Kreis gerne auch einmal überprüfen, wenn Sie fragen, wie schaut es aus mit den psychiatrischen Medikamenten, der Großteil sagt: „Die bewirken Sucht, verändern die Persönlichkeit und sind schlechter als wie gut“.

Ich darf sagen, gerade heute in der Früh habe ich mit einer PatientIn gesprochen, die hat gesagt - schwere Depression -: „Aber ich möchte die Medikamente absolut nicht nehmen.“ Wenn sie eine Lungenentzündung gehabt hätte, hätte sie gesagt: „Herr Doktor, was haben sie für ein neues Präparat, dass diese schreckliche Krankheit weggeht“. Nur mit den seelischen Erkrankungen, so was darf man nicht nehmen, weil es sonst schädlich ist. Das ist eine Umfrage, erneut müssen wir uns wieder auf den deutschen Raum beziehen, eine vergleichbare Untersuchung kann ich ja nicht zeigen.

Nur, woher kommt das, das kommt wahrscheinlich noch – ich möchte dem Sigmund Freud nicht zu viel da hier Schaden zufügen, aber er hat ganz gerne Kokain verschrieben, hat es auch selbst brav genommen – das kommt noch aus einer Zeit, als man die Kokain-Therapie, die Opium-Therapie gemacht hat, keiner der PatientInnen ist danach süchtig geworden. Aber es kommt auch aus einer Zeit, als man noch nicht so gute Medikamente hatte und denken Sie noch einmal an meine Worte, dass seelische Erkrankungen ja nicht sein dürfen. Es gibt jetzt Untersuchungen zu neueren Präparaten, wo man ganz genau weiß, wo diese Präparate wirken, eben im Gehirn, nicht irgendwo, sondern im Gehirn.

Jetzt darf ich Ihnen noch eine der Untersuchungen zeigen, die sehr groß diskutiert wird, weltweit, das ist eine Untersuchung, die vom National Institute of Mental Health, von der Modelleinrichtung in USA, durchgeführt wurde im amerikanischen Raum bei niedergelassenen ÄrztInnen und die konnten feststellen, obwohl die PatientInnen adäquat behandelt wurden, in dem Fall Depressive, es könnten natürlich Schizophrene auch Studien zeigen, dass ungefähr 67 % noch immer Symptome haben, 67 %. Also ein Drittel in etwa hat eine Remission erreicht, wenn Sie noch einmal die Analogie zur Organmedizin haben wollen, also einen Blutdruck von 130/80. Das soll man erreichen. Das heißt, alle diese haben noch Symptome. Ich glaube, dass es in Österreich nicht so schlimm ausfallen würde wie in USA. Ich glaube, dass die Versorgung bei uns besser ist als in den USA, so ich glaube, dass man schon da höhere und bessere Zahlen hat, aber so sind die Zahlen in etwa angesiedelt.

Nachdem ich Ihnen mehrmals gesagt habe, die seelischen Erkrankungen sind Gehirnerkran-

kungen, und bitte mit dieser Einschränkung, dass natürlich das psychosoziale Umfeld enorm wichtig ist, aber nur wenn das erkrankte Organ nicht richtig reagieren kann, dann kann natürlich diese Erkrankung nicht gesunden. Das sind solche verschiedene Gehirnbezirke, die wir ausführlich untersuchen. Nur zur Information, die Depression ist keine Unteraktivität des Gehirns, sondern ist eine Unteraktivität des Gehirns im torsolateralen präfrontalen Cortex und in diesen Bereichen eine Überaktivität. Und andere Gehirnbezirke, zum Beispiel der Hippocampus, wo man meint, der hat nur was mit der Demenz zu tun und dann der Amygdala, dem ganz wichtige Kerngebiete, die wir zum Beispiel im Zusammenhang auch mit klinischen Untersuchungen dann bei unseren PatientInnen untersuchen. Ich habe Ihnen schon gesagt, wenn man die Depression nicht richtig behandelt, dann kommt es, dass der Hippocampus zum Beispiel zurückzieht.

Ich kann mich erinnern, da habe ich einmal mit einem Journalisten gesprochen, habe so mit ihm geredet, sagt er: „Wissen sie, sie sind ein gescheiter Professor, aber man versteht sie nicht“. Dann habe ich zum ihm gesagt, na also wenn sie es noch einfacher haben wollen, letztendlich ist die Depression eine Cortisolvergiftung des Gehirns, sagt er: „Wunderbar, jetzt verstehe ich sie“. – Also das heißt, das Stresshormon Cortisol ist erhöht und führt letztendlich dazu, dass dieser Hippocampus dann schrumpft. Interessanterweise schizophrene PatientInnen haben keine Cortisolvergiftung, obwohl die nach außen hin, würde man meinen, sehr viel gestresster erscheinen, da ist die Störung woanders, da liegt sie im Dopaminsystem und sollte auch so berücksichtigt werden.

So kann man unsere Forschungsergebnisse zusammenfassen: Der Hirnstamm ist das Organ, das nachher sich über das Gehirn dann die serotonerge Synapsen dann verbreitet, und da ist eines unserer Gehirne, die wir dann zum Beispiel im Rahmen der Positron-Emissions-Tomographie darstellen. Sie sehen hier das Kleinhirn, Sie sehen die Augen, hier sehen Sie den Temporallappen und da sehen Sie, das ist eine Computer-, so eine 3D-Darstellung. Das kann man dann durch die modernen Methoden auch auseinanderlegen und kann dann feststellen, aha hier im ...hirn ist eine Aktivität, hier im Amygdala ist eine Aktivität und das sind so die Forschungsrichtungen, die heutzutage weiter entwickelt werden. Ich sage immer zu meinen AssistentInnen, wenn wir jetzt zum Beispiel eine PatientIn haben, wo wir nicht wissen, ist es ein Hypochonder, ist es kein Hypochonder, Magenbeschwerden, schicken wir in hinüber zur Gastroenterologie, er schluckt einen Schlauch,

dann kommt ein wunderbares Bild zurück, da sieht man das Ulkus, sagen wir aha, kein Hypochonder. Hier ist das Ulkus.

Und wenn sich die Psychiatrie auch einmal so darstellen kann, was wir in der Forschung natürlich können, dass die Störung eben hier und dort liegt, dann wird die Akzeptanz der Psychiatrie größer werden, das heißt, wir präsentieren uns auch mehr als ein organmedizinisches Fach. Und ich glaube und bin überzeugt davon, dass es uns dadurch auch gelingt, mehr Nachwuchs für den psychiatrischen Beruf zu finden. Und ich bin ganz begeistert, dass ich so was Ihnen hier zeigen kann und da darf ich sagen, sind wir auch weltweit einer der führenden Einrichtungen das darzustellen.

Um Ihnen nur eine Krankheit zu zeigen, das ist jetzt die soziale Phobie, das sind diejenigen, die keine Vorträge halten, aber auch diejenigen, die zum Beispiel im Pausenraum nicht mit anderen reden können, nicht telefonieren können, da würde man meinen, das ist ja wirklich etwas, was eher sozusagen den PsychotherapeutInnen gehört oder sonst jemandem gehört. Die Therapie ist sicher eine psychotherapeutische, aber wenn Sie jetzt einmal den Serotonin-Rezeptor anschauen, das ist eine gesunde Kontrollperson, rot heißt immer viel Aktivität, blau heißt wenig Aktivität – das sehen Sie mit einem Blick, dass bei dem weniger stark ausgeprägt ist, sozusagen die ideologische Verfügbarkeit.

Die verschiedenen Medikamente, die wir untersuchen, zum Beispiel, hier werden die in Österreich am meisten verwendeten Medikamente Citalopram und Escitalopram – wunderbar, dass man das hier darstellen kann, dass die ihre Wirkung auf dem Amygdala entfalten, sodass sie – das wäre nachher die Placebogruppe, wo keine solche Medikamente eingenommen wurden, also ein deutlicher Hinweis noch einmal.

Die Depression ist eine Systemerkrankung, genau so wie die Schizophrenie, ist auch eine Systemerkrankung. In dem Fall geht es von dem Hypothalamus, Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse aus, vom Gehirn aus, im System der übergeordneten Drüse wird dann die Nebennierenrinde stimuliert, da wird dann vermehrt Katecholamine ausgeschüttet, führt dann letztendlich zu einer Veränderung der Herz-Kranz-Gefäße, in weiterer Folge dann zur Plättchen-Aggregation und dann in Nachfolge vermehrt auch Bindegewebs- und Lipid-Einlagerung. Das heißt, die Depression muss als Systemerkrankung genau so wie die schizophrene Erkrankung gesehen werden.

Hier ein Diapositiv, das ganz wesentlich unser Denken auch beeinflusst hat und das ganz wichtig ist in der renommierten Zeitschrift "Science" erschienen. Das ist die Frage, ist es die

Umwelt oder die darunterliegende Biologie. Ein Kollege in England hat das sehr schön zusammengefasst, hat ein großes Klientel an gesunden Menschen der Allgemeinbevölkerung, also einfach Allgemeinbevölkerung und untersucht. Man kann genetisch etwas robuster ausgestattet sein – Serotonin-Transport, ist alles ganz kompliziert, aber die Serotonin-Transporter kann robuster ausgestattet sein und weniger robust. Jemand, der mehrere Kinder hat, weiß ganz genau, der eine ist sensibler, der andere ist wenig sensibel. Interessanterweise, wenn man die „life event“ hernimmt, dann ist es so, die etwas weniger robust ausgestattet wurden, haben zum Großteil dann Depressionen und auch Suizide, Suizidversuche und interessanterweise auch haben dann, wenn sie in der Kindheit nicht gut behandelt wurden, vermehrt Depressionen, also ein schönes Beispiel für so eine Gen-Umwelt-Interaktion. Nur, was heißt das für die Praxis und für die Zukunft, wahrscheinlich werden wir in Zukunft unsere PatientInnen genetisch typisieren, um festzustellen, ob das jetzt eher jemand ist, der eine geringere oder eine robustere Ausstattung hat, können sagen, die „research grant“, die jetzt zum Beispiel von den USA vergeben wurden, gehen alle in diese Richtung der Resilience-Forschung. Resilience heißt Widerstandsfähigkeit, und das ist ein ganz wichtiger Gesichtspunkt, dass man diese Untersuchungen so durchführt.

Zum Schluss noch zur Suizidalität. Ein ganz wichtiger Gesichtspunkt, der uns immer damit beschäftigt und da die PsychiaterInnen auch in den Verruf kommen, dass sie Medikamente geben, die gar nicht wirken sollen, und wenn sie wirken, Typ Blauensteiner, dann die PatientInnen ins Jenseits befördern. Eine der wesentlichsten Untersuchungen ist von Prof. Angst aus Zürich, der ist inzwischen 82 Jahre alt und hat über 40 Jahre gewissenhaft Schweizer gesammelt. Die weltweit größte Kohorte, die eben ganz deutlich zeigt, wenn die PatientIn behandelt ist, und da sind alle möglichen Behandlungen dieser hoch signifikant besser dran als wie unbehandelt, im Zusammenhang mit Suizid, aber auch anderen organmedizinischen Erkrankungen, kardiovaskulären Erkrankungen und Neoplasmen, weil natürlich klar ist, wenn einer eine klinische Erkrankung hat, dann lässt er sich schlechter behandeln als wie ein anderer.

Österreich ist in Bezug auf Suizid immer noch an dritter Stelle, aber es wird besser, die ungarischen und finnischen Nachbarn sind noch weiter oben. Es wird günstiger, in Zeiten von 1980 bis 2002, eine Untersuchung haben wir am AKH zum Beispiel durchgeführt, die mit einer besseren Versorgung im Zusammenhang steht. Auch für Ungarn wir dieser Trend so beschrieben und

Schweden ist ein anderes Land, wo das auch eindeutig so dargestellt wurde. Also hier liegen wir österreichweit gut im internationalen Querschnitt.

Ich weiß nicht, ob Sie sich noch erinnern, vor einem Jahr ist dann auch so gesagt worden, dass die Antidepressiva anscheinend Suizidalität hervorrufen würden - ich weiß nicht, ob Sie diese Pressemeldung so verfolgt haben - besonders bei Kindern. Und mein Vortrag ist ja der Vergleich zu den medizinischen Nachbardisziplinen. Wahrscheinlich die wichtigste Arbeit, die hier erschienen ist, die von Simon "American Journal of Psychiatry" Anfang letzten Jahres und in Amerika verfügen Sie über große HMO's, Help-Management-Organisations, das heißt, ein ganzer Landstrich wird von keiner Firma mehr oder weniger versorgt. Hoffentlich kriegen wir das System nicht auch noch einmal, es ist auf jeden Fall billiger, das System. Aber die haben auf jeden Fall die Möglichkeit, die Menschen vor und nach der Einstellung zu untersuchen, und da zeigt sich natürlich das Phänomen aller PatientInnen, dass diejenigen, die vor der Einstellung auf Antidepressiva mehr Suizidgedanken und Suizidversuche haben als nachher. Sie werden sagen, ja das ist eine allgemeine Tatsache, wieso sagen sie uns das. Ja, wenn man jetzt zum Beispiel nur hernimmt, nach Einstellung auf Antidepressiva, dann sagt man, das ist ja wirklich unerhört, der hat ja da im ersten Monat mehr als wie im fünften Monat. Aber noch einmal, wenn Sie sich überlegen, wenn der jetzt eine Lungenentzündung hätte, eine Pneumonie, also die Tendenz war, die man auch in den österreichischen Medien gelesen hat, "Antidepressiva machen suizidal", ist gestanden; ausgehend vom angloamerikanischen Raum, New-York-Times usw. haben das natürlich besonders gern geschrieben. Können Sie sich vorstellen, dass so eine derartige Sache wäre, dass zum Beispiel "Antibiotika verursachen Pneumonie" – wäre nicht möglich. Ist genauso wie eine Lungenentzündung, bevor man zum Arzt geht, hat man mehr Zeichen einer Lungenentzündung, man verwendet Antibiotika und nach einer Zeit wird es weniger. Wenn man aber nur in der Zeit danach misst, dann ist es so, dass man sagt, ja am Anfang ist mehr. Klar, nach einer Woche Behandlung mit einem Antibiotikum hat er mehr Zeichen einer Lungenentzündung als wie fünf Monate danach.

Also so einfach und so verdreht werden interessanterweise in der Psychiatrie immer die Daten und die Medien greifen das willig auf und das ist wieder ein Stigma in dieselbe Geschichte hinein. Hier sind die Daten zum Beispiel bei Kinder und Jugendlichen dargestellt und da ist es natürlich noch sehr viel deutlicher, dass die vor-

her mit Symptomen kommen, die dann abklingen. Also noch einmal ein Beispiel des Stigmas und wie die Daten immer falsch dargestellt werden. Nach dieser Untersuchung haben natürlich „British Medical Journal“ usw. gesagt: „Ja, das stimmt alles nicht, so quasi. Die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ hat gesagt: „Ja, man kann doch wieder Antidepressiva geben“. Nur das liest ja dann gar niemand mehr, in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ ist so ein kleinerer Absatz drinnen, vorher aber riesengroße Letter, die da drinnen gestanden sind.

Nun wo werden wir in Zukunft landen mit der Psychiatrie? Ich bin mir nicht sicher, ob ich es noch erleben werde, in meinen noch kommenden zehn Jahren, wo ich in der Psychiatrie tätig sein werde, aber wir werden sicherlich die PatientInnen subtypisieren, wir werden sie subtypisieren wahrscheinlich auf Grund von verschiedenen neurobiologischen Gegebenheiten genetischer Art. Mit der Genetik haben wir im deutschsprachigen Raum große Schwierigkeiten auf Grund unserer Vergangenheit, die noch keine 60 Jahre her ist, wo man leider die seelisch Kranken dann leider auch ermordet hat, muss man sagen. Skandinavische Länder, englische Länder haben das Problem überhaupt nicht, die sagen, selbstverständlich „subtype your patients“. Genetik ist bei uns nur ganz was anrühiges, aber in diese Richtung wird es gehen, dass man dann den Gehirnstoffwechsel untersucht und sagt: „Das ist eine PatientIn, der auf diesen Typ von Medikamente anspricht.“ Aber bitte verstehen Sie mich nicht falsch, ich möchte nicht nur für die Biologie sprechen, das hat auch große Auswirkungen auf die psychosoziale Rehabilitation, weil das Organ muss natürlich vorher charakterisiert sein, dass man weiß, wohin man ihn rehabilitieren kann, was man zum Beispiel bei muskuloskelettalen Erkrankungen weiß oder beim Herzinfarkt weiß, der braucht dieses Reha-Programm, das heißt, er braucht spezifische Medikamente für verschiedene Programme. Sie können sich gut vorstellen, dass die ganze Medizin dadurch nicht billiger wird, sondern die wird wahrscheinlich sehr sehr viel teurer werden.

Aber vielleicht zum Schluss noch ganz wichtig: Wenn man in seelische Krankheiten nicht investiert, dann ist es schlecht, weil dann wird es noch teurer, weil ein unbehandelter PatientIn ist unvergleichlich teurer als ein behandelter PatientIn.

Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf Fragen von Ihnen. Danke schön.

(Allgemeiner Beifall.)

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr Professor, ich bedanke mich ganz herzlich für diese

interessanten Ausführungen und würde Sie jetzt bitten, auf die Fragen zu antworten.

Als Nächste ist die Frau GRin **Matiasek** dran. Ich bitte Sie.

GRin **Matiasek**: Danke, Herr Professor, für Ihren durchaus sehr ausführlichen und sehr sehr fachspezifischen Vortrag.

Ich möchte vielleicht nur eines gerade rücken, weil Sie gemeint haben, diese Untersuchungskommission wäre für die Psychiatrie und ihr Umfeld schädlich. Es denkt hier, glaube ich, niemand daran, jetzt Fachärztliches als solches zu bewerten oder wirklich die Errungenschaften, die auch gemacht worden sind, auch nicht natürlich Medikamente oder ihre Verabreichung oder ihre Wirkung, das steht uns nicht an und das können natürlich nur FachärztInnen. Dennoch gibt es, und das ist ganz einfach so, gewisse strukturelle Probleme, über die wir diskutieren und reden wollen und wo wir auch Verbesserungen erreichen wollen. Sie selbst haben etwa angesprochen das Problem beim Personal. Es gibt Personalmangel. Es ist einfach schwierig und das wissen wir, das ist ja nicht nur bei den ÄrztInnen so, sondern alle, die in diesem Umfeld beschäftigt sind, und da darf ich Ihnen vielleicht gleich die Frage stellen: Es hat ja nicht, glaube ich, nur allein mit der Stigmatisierung oder dann hoffentlich mit einer Besserung, wenn die Entstigmatisierung der Psychiatrie fortschreitet, zu tun, sondern es gibt ja sicher andere Gründe auch, warum leidet gerade die Psychiatrie in ihrem ganzen Bereich an so einem eklatanten Personalmangel und was könnte man kurzfristig dagegen tun und wo kann da auch die öffentlich Hand eingreifen.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper**: Ja, vielen Dank für diese Frage.

Ich glaube, ich habe selbst nicht über Personalmangel gesprochen, aber wenn Sie mich fragen, was man tun kann, also ich habe natürlich eine große Wunschliste, das ist keine Frage. Auf der anderen Seite bin ich auch Realist, dass ich weiß, was zur Verfügung steht, und mehr Personal würde sicherlich nicht schaden, genauso wie in anderen medizinischen Bereichen. Aber wenn man noch einmal die gesamte Landschaft sich anschaut in Europa und im deutschsprachigen Raum, dann glaube ich, stehen wir in Wien hier nicht so schlecht da. Und das sind dann letztendlich politische Entscheidungen, wo die Personalressourcen herkommen, also ich würde es begrüßen, wenn es mehr Personal gebe, sagen wir so.

GRin **Matiasek**: Danke.

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

GRin **Praniess-Kastner**: Herr Professor, danke für Ihre Ausführungen.

Ich habe eine Frage bezüglich der Zusammenarbeit mit den nachsorgenden Einrichtungen des PSD. Vorausschicken möchte ich aber, dass, wenn man mit PatientInnen und Angehörigen, die im AKH behandelt wurden, spricht, mit psychisch erkrankten Personen, dann wird das AKH immer sehr lobend erwähnt.

Ich wollte Sie fragen, die erste Frage habe ich schon gestellt, die zweite dazu: Was muss man als PatientIn vorweisen, um sozusagen im AKH behandelt zu werden. Wo unterscheiden sich PatientInnen vom AKH, die psychisch erkrankt sind von jenen, die im Otto-Wagner-Spital behandelt werden. Ganz konkret der Hintergrund meiner Frage ist, gibt es bestimmte Kriterien, die eine PatientIn erfüllen muss, um im AKH behandelt zu werden oder suchen Sie sich einige PatientInnen aus und die anderen werden in anderen Versorgungseinrichtungen der Stadt behandelt.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Ja, vielen Dank für die Frage.

Sie wissen, wir gehören im AKH nicht zur Regelversorgung. Ich meine auch, dass das gut ist für ein Universitätsspital, dass wir nicht zur Regelversorgung gehören. Die Universitätsklinik Frankfurt zum Beispiel gehört zur Regelversorgung und kann nicht mehr die Breite darstellen für die StudentInnen, die sie für den StudentInnenunterricht dann braucht, sodass ich das nicht unbedingt jetzt favorisieren würde. Durch unsere geografische Lage mitten in der Stadt würde es bedeuten, wenn wir in die Regelversorgung einbezogen werden würden, dass wir vorwiegend wahrscheinlich mit Suchterkrankungen zu tun hätten und zum Beispiel Depression, Angsterkrankungen dann wahrscheinlich nicht mehr zu uns kommen würden.

Und nun welche Kriterien muss man haben, darf ich vorwegschicken, unser Auftrag ist ja einerseits PatientInnenversorgung, andererseits Forschung, Lehre, sodass wir versuchen, das gesamte Spektrum für unsere StudentInnen, die sehr eindrucksvoll große Zahlen sind, die auf uns zukommen, dann denen auch anbieten können. Und welche Kriterien sind, wenn man zu uns kommt, da haben wir eine Ambulanz und über diese Ambulanz werden die PatientInnen aufgenommen und es gibt dann Wartelisten und die Wartelisten werden abgearbeitet und meistens bevorzugt wir dann auch PatientInnen, die schon einmal bei uns waren, dass die dann – aber es wird keine PatientIn in dem Sinne abgewiesen. Und natürlich wenn – wir haben eine Spezialeinrichtung dann auch für Drogenerkrankungen, vorwiegend Detoxifikation und auf unserer Intensivstation, sodass die dann auch damit bestückt werden.

Wieso das AKH so lobend erwähnt wird, das mag vielleicht auch damit zusammenhängen, dass wir in der Tat natürlich im Vergleich zum Otto-Wagner-Spital eine höhere, auch personelle Ausstattung haben und verschiedene auch unspezifische Faktoren anbieten – Vorlesung, StudentInnenunterricht – bei uns ist immer viel los, auf gut deutsch, und sehr häufig ist es dann auch so, dass die PatientInnen das dann auch genießen, dass immer irgendwelche Menschen um sie herum sind, also das heißt, bei uns ist einfach ein umfassenderes, größeres Angebot.

Ich darf aber erwähnen, dass wir zum Beispiel für die Langzeitbehandlung nicht zuständig sind und dass wir die PatientInnen dann ins Otto-Wagner-Spital verlegen. Zum Beispiel haben wir auch keine gerontopsychiatrische Tagesstätte, sodass wir die dorthin verlegen würden. Das heißt, ich finde die Zusammenarbeit gerade mit dem Otto-Wagner-Spital sehr sehr positiv und ich darf sagen aus meiner früheren Erfahrung, die ich in Heidelberg oder auch Bonn gehabt habe, dass die auf einem sehr kollegialen und sehr freundlichen Niveau stattfindet. Zum Beispiel übernehmen wir dann auch PatientInnen, dadurch dass wir eine Intensivstation haben, auf unsere Intensivstation. Wenn dann die KollegInnen sagen, das geht aus irgendwelchen Gründen bei denen nicht und genauso übernehmen die von uns PatientInnen, wenn wir sagen, aus diesen und jenen Gründen kann die PatientIn bei uns jetzt nicht so günstig behandelt werden.

GRin **Praniess-Kastner:** Vielen Dank. Und zur ersten Frage. Ihre Zusammenarbeit mit den nachsorgenden Einrichtungen, also dem PSD konkret?

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Ja, konkret. Also die Nachsorgeeinrichtungen PSD ist vor allem bei den schizophrenen Erkrankungen notwendig und dann orientieren wir uns, in welchem Bezirk die PatientIn lebt, und da möchte ich sagen, ohne dass jetzt irgendjemanden schönzureden, hat Wien wirklich eine einzigartige Versorgung. Eine sehr positive Versorgung, dass es uns eigentlich immer gelingt, die Sektoren dann die PatientInnen dort hinzuschicken, dass er in einer tagesklinischen Behandlung oder einer ambulanten Behandlung dann weitergeführt wird. Bei depressiven und Angsterkrankungen stellt sich die Frage nicht, weil die meistens zu niedergelassenen ÄrztInnen gehen. Also insofern hat mich das richtig gefreut wie ich nach Wien gekommen bin, diese Zusammenarbeit und den Psychosozialen Dienst zu sehen.

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

GRin **Matzka-Dojder:** Vielen Dank, Herr Vorsitzender.

Herr Professor! Vielen vielen Dank für diesen eindrucksvollen Vortrag.

Sie haben Ihren Vortrag schon so begonnen, indem Sie gesagt haben, das Problem Stigma - und ich sehe das als Gesundheitspolitikerin und auch als jemand, der schon sehr lange im Gesundheitswesen tätig ist, somit vor allem bei älteren PatientInnen und kenne diese Problematik der Stigmatisierung der Institutionen und auch der damit befassten Personen und wenn es ein Ergebnis dieser Debatten mit den Experten hier in dieser Untersuchungskommission, aber auch unter Beteiligung der Medien, geben kann, dann ist es also mein Wunsch, eine Entstigmatisierung psychisch erkrankter Menschen und eine bessere Annahme der vorhandenen Angebote.

Und ich habe Ihren Vortrag ganz genau verfolgt und Sie haben etwas gesagt betreffend Forschungsergebnisse, und zwar, dass es fast schon Ergebnisse gibt, die man in der Angebotsplanung und in der integrativen Versorgung der Menschen noch nicht so eingebunden hat.

Meine konkrete Frage an Sie: Was können wir tun, was sind sozusagen die Zukunftsszenarien in der Versorgung in der Psychiatrie, um diese Forschungsergebnisse besser einbinden zu können, um eben diesen Antistigmazprozess voranzutreiben. Wie sehen Sie das aus Ihrer Sicht?

Sie haben auch gesagt, dass wir im nationalen und internationalen Vergleich durchaus gut dastehen, also dass die Forschungsergebnisse, die Sie auch in der Welt erfahren und mit Ihren MitarbeiterInnen vorangetrieben haben, in die Versorgung einbinden möchten.

Also meine konkrete Frage – wie gesagt – ist, wie können wir diese besser für die Langzeitplanung der Versorgung einbinden? – Meine erste Frage.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper**: Also vielen Dank auch für Ihre Frage.

Ich darf nochmals erwähnen, dieses Dia habe ich Ihnen bewusst gezeigt, es kommt von Prof. Insel vom NIH, wahrscheinlich einer der berühmtesten Persönlichkeiten im heutigen Zeitraum. Das heißt, es ist kein Wiener Problem, aber es ist auch ein Wiener Problem, sagen wir so, aber es ist ein weltweites Problem. Ich darf das noch einmal ganz einfach sagen, wenn ich jetzt irgendwo mit Freunden zusammensitze, dann heißt es meistens: "Also Siegfried, du musst ein großes Herz haben, weil machen kannst ohnedies nichts". So was muss man sich von gebildeten Leuten anhören, sage ich, ich weiß nicht, so groß ist mein Herz gar nicht und machen kann ich eigentlich sehr viel. Und der Chirurg schneidet den Darm heraus und dann sieht er die PatientIn nie mehr und bei uns sind es eben chroni-

sche Erkrankungen der Kreisläufe. Das heißt, ich meine, man kann sehr viel machen.

Nur Ihre Frage war, was können Sie als PolitikerInnen tun, dass diese Forschungsergebnisse besser umgesetzt werden. Ich glaube, da gibt es zwei ganz wichtige Ansatzpunkte: Einerseits Öffentlichkeitsarbeit und diese Öffentlichkeitsarbeit, die kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden durch verschiedene Szenarien, und auf der anderen Seite Arbeit mit ÄrztInnen. Das heißt, wenn Sie als PolitikerInnen zum Beispiel dann Öffentlichkeitsarbeit unterstützen oder die Tagungen unterstützen, wäre einmal ein Gesichtspunkt. Und so in dieser Richtung, glaube ich, so viel können Sie als PolitikerInnen gegen das Stigma tun.

Und darf ich Ihnen noch einmal sagen, also es erscheint mir enorm wichtig, wenn jetzt zum Beispiel irgendein PolitikerIn einen Herzinfarkt kriegt, um Gottes willen, soll er ja nicht kriegen, aber wenn er einen kriegt und der Kardiologe heilt ihn, heißt es, erstens einmal, der Politiker hat sich ordentlich eingesetzt und der Kardiologe ist ein toller Typ, der hat ihn geheilt und Sie sind an der Frontpage drauf und sagen dies und das.

Wenn jetzt eine PolitikerIn eine Depression kriegt, heißt es, na ja bei dem haben wir schon immer gesehen, das stimmt nicht so ganz und der Psychiater ist mit ihm natürlich nicht auf der Frontpage drauf. Nur was sagt uns das? Das sagt uns eigentlich so deutlich, dieses Stigma, nicht dass Sie mich falsch verstehen, dass ich gerne auf der Frontpage stehe, ich habe nichts dagegen, aber da gab es den Herrn Hochner zum Beispiel, mit dem habe ich sehr gut zusammengearbeitet und der hat sich da vollkommen geoutet und das wäre natürlich. Also solche Fälle sind für uns immer ganz ganz wichtig, die sich positiv äußern, und es gibt auch einige SchauspielerInnen, die sich positiv äußern. Aber das heißt, Öffentlichkeitsarbeit unterstützen, wie es ja zum Teil hier auch schon recht gut geschieht und dann den psychiatrischen Aspekt immer mit bedenken. Denn die eigenartige Entwicklung – es war vor kurzem in der Schweiz, da haben sie gesagt: „Ja wissen sie, Depression, das lässt sich nicht gut verkaufen, Burnout ist viel besser“ – und in der Schweiz, wo es am besten funktioniert, ist es seelischer Infarkt. Seelischer Infarkt, das darf man wieder haben und das ist was aktives, Burnout ist nichts anderes als eine Depression mit diesen ganzen Veränderungen. Aber das heißt, man sollte auch helfen, und da sind wir sicher gerne bereit, das also mit zu gestalten, solche Öffentlichkeitsarbeit zu machen.

GRin **Matzka-Dojder**: Dann habe ich noch eine Frage betreffend dieser Freiwilligkeit und dieser PatientInnen, die nach dem Unterbrin-

gungsgesetz in den Institutionen behandelt werden. Wir wissen das auch schon von den vielen Vorträgen Ihrer Expertenkollegen, wie hoch diese Freiwilligkeit ist. Also im Otto-Wagner-Spital weiß man, ist es zwischen 80 und 85 %, im AKH ist diese freiwillige Annahme der Angebote durchaus auch höher. Die Problemfälle sind eben diese, die nicht freiwillig, so wie Sie gesagt haben, oder versteckt zur Behandlung gehen und meine Frage: Finden Sie die derzeitige österreichische Gesetzeslage als ausreichend? Ist das Unterbringungsgesetz, so wie es jetzt ist, für Sie als Experte gut anwendbar?

Und die zweite Frage in diesem Zusammenhang sind eben diese einschränkenden Maßnahmen. Wir wissen das auch schon von Experten und aus unseren Recherchen, dass es hier wohl vergleichende Literatur gibt, dass es Literatur gibt, aber keine vergleichende Literatur gibt, also wenn es um diese einschränkenden Maßnahmen geht. Und wir haben von allen Experten gehört, dass die einschränkenden Maßnahmen nach dem Unterbringungsgesetz die PatientInnen negativ erleben. Und meine Frage an Sie ist, können Sie diese Unterschiede zwischen den unterschiedlichsten einschränkenden Maßnahmen uns ein bisschen näher erklären? Gerade diese einschränkenden Maßnahmen tragen auch zur Stigmatisierung der Institutionen und der behandelnden Personen bei, wenn sie in einer Institution sind bzw. das Feedback, was sie einer Institution nachher geben.

Und können Sie uns sagen, ob es hier aus Ihrer Erfahrung im Vergleich, welche Maßnahmen, einschränkende Maßnahmen in welcher Situation und in welcher Form zur Anwendung kommen? Ich weiß, das ist eine, durchaus nur eine Expertendiskussion und die soll auch als solche bleiben, aber ich würde es gerne hören, wie das von Ihnen gesehen wird. Soll es da ein breites Spektrum an diesen praktizierten Kulturen in den Maßnahmen weiter geben oder soll es hier, ich will nach wie vor betonen, dass hier weder sich die Politik einmischen soll, aber sollen es hier Standards in der Anwendung bzw. Rahmenrichtlinien geben?

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Ja, das ist natürlich eine Zentralfrage, eine ganz wichtige Frage, aber hat mit meinem Vortrag, glaube ich, insofern was zu tun, dass wir uns wirklich vor Augen halten müssen, ein Mensch wird fixiert, weil er eine Gehirnerkrankung hat, der hat eine schwerste intensivpflichtige Gehirnerkrankung. Wenn man den ersten Schritt nicht macht, glaube ich, braucht man gar nicht weiterreden, weil, er wird nicht aus disziplinären Gründen fixiert. Also disziplinär gibt es nicht, disziplinär kann er entlassen werden, das heißt, wenn er ununterbrochen immer weiter Alkohol konsumiert usw.

Aber er wird fixiert auf Grund einer ärztlichen Entscheidung, auf Grund einer Gehirnstoffwechselstörung, die behandelt werden muss. Also nicht disziplinär, das ist ganz wichtig.

Und dann gibt es natürlich die unterschiedlichsten Formen der Beschränkung. Wie gesagt, ich habe an unterschiedlichen Plätzen gearbeitet und besuche unterschiedliche Krankenhäuser. Als ich 1993 nach Wien gekommen bin und aus Deutschland gewohnt war, am Abend, wenn ich nach Hause gehe, sperre ich die Station zu und habe bis morgen in der Früh eine Ruhe und es kommt keiner heraus. Habe ich mir gedacht, das kann ja heiter werden, hier kann man keine Stationen zusperren, das heißt, ich werde bald in der Zeitung stehen, dass da die PatientInnen irgendwo was angestellt haben. Das finde ich sehr fortschrittlich, dass wir so ein Gesetz haben hier in Wien und wir haben nicht mehr Suizide, als wie in vergleichbaren anderen Krankenhäusern. Und Suizid ist ja die große Sorge, die wir haben, genauso wie der Chirurg fürchtet, dass die Wunden dann nach der Operation zum Eitern beginnen. Das heißt, es ist sehr fortschrittlich und sehr human, finde ich, und finde es im Nachhinein unverständlich, auch wenn ich jetzt auf irgendwelche Stationen komme, da ist zugesperrt, gibt es natürlich schreckliche Szenarien, brauche ich Ihnen gar nicht erzählen – Rumänien, Türkei usw., wenn man da hinkommt, schrecklich, aber es ist sehr fortschrittlich. Nur ist die Frage, was macht man dann. Es brauchen die PatientInnen auf Grund einer medizinischen Indikation dann eine Freiheitsbeschränkung, weil sie eine Gefahr für sich selbst oder für andere sind. Ich darf sagen, für uns ÄrztInnen ist es immer eine sehr auch unschöne Maßnahme und wir sagen das den PatientInnen so, natürlich auch den Angehörigen, also am einfachsten wäre es für uns, zu sagen: „Also bitte gehen sie, damit haben wir nichts zu tun“. Aber das können wir nicht, genauso wie der Intensivmediziner eine PatientIn mit ihrem diabetischen Koma nicht liegen lässt, sondern der behandelt den auch so.

Dann ist die Frage, welche Freiheitsbeschränkung macht man. Macht man eine Fixierung, macht zum Beispiel ein Netzbett oder was – vor kurzem war ich an der Havard-University, ich war ganz entsetzt, die haben noch eine Gummizelle. Also eine Gummizelle habe ich überhaupt noch nie gesehen, das finde ich ganz schrecklich, also eine Gummizelle, wo die PatientIn mit dem Kopf gegen die Wand laufen kann. Also das finde ich ganz schrecklich. In Havard haben sie zum Beispiel - habe ich gesagt: ihr habt viele gut aussehende junge Männer hier, die machen alle Bodybuilding oder was ist da bei euch los“, weil das waren lauter durchtrainierte Polizisten waren das, die da herumgelaufen

sind, und wenn irgendein PatientIn sich dann eben nicht richtig benommen hat, dann haben die ihn sozusagen niedergedrückt.

Was wir machen, auch gemeinsam mit dem Otto-Wagner-Spital, ist, dass wir ein Deeskalationstraining machen, zum Beispiel Deeskalationsgruppen aufbauen, die alle Berufsgruppen mit einbezieht, ÄrztInnen, Schwestern, ErgotherapeutInnen, dass man also im Vorfeld schon das abpuffert. Also sehr viel ist getan, dass man das im Vorfeld abpuffert.

Ich bin schon alt genug, dass ich sagen kann, als junger Psychiater, ich habe eine psychoanalytische Ausbildung in Heidelberg gemacht, bin selbst sieben Jahre auf der Couch gelegen, und da war es unser Stolz, dass man dem PatientIn keine Medikamente gibt, dass man kraft seines Wortes oder sonstiger Interaktionen die PatientIn geheilt hat, was meistens dazu geführt hat, dass man mit dem in Ringkämpfe verwickelt war mit der PatientIn. Das heißt, man soll frühzeitig schon der PatientIn auch die notwendige Medikation geben, dass es zu so einer Eskalation gar nicht kommt, also vorbeugend. Also was gemacht werden sollte, ist Deeskalationstraining, dass man die Zeichen wahrnimmt, wenn die PatientIn laut redet oder zum Beispiel Gewalt in der Vorgeschichte hat, dass man so was dokumentiert und sagt, das ist ein schwieriger PatientIn und dann, wenn man sich zur Beschränkung entscheidet, dann entscheidet, was man an dem jeweiligen Krankenhaus besser findet – Fixierung, Netzbett. Wichtig fände ich, wenn man eine Beschränkung macht, dass man diesem PatientIn einen anderen Menschen zur Seite stellt, mit dem er aber idealerweise gut auskommen soll, dass es keine Tortur für ihn ist. Wichtig erscheint mir dann auch noch einmal, dass die PatientIn und die Angehörigen das vermittelt bekommen, dass das keine disziplinäre Maßnahme ist, sondern eine medizinische Maßnahme.

Das ist dann, wie gesagt, Geschmackssache, was man nimmt, das eine oder das andere. Wir haben bei uns die meisten Anhaltungen auf der sogenannten Intensivstation, eine psychiatrische Intensivstation, wo die PatientInnen dann auch monitiert werden, dass Herz-Kreislauf, Puls-Oximeter und sonstige Sachen gemacht werden, damit möglichst nichts passiert. Es gibt dann so Standard Operating Procedure – SOP's, wo genau festgehalten wird, wie oft dann der Pfleger, der Pfleger muss alle 15 Minuten da hingehen, das abzeichnen, dass er ihn gesehen hat, dass man das auch dokumentieren kann und das erscheint mir eine wichtige Sache.

Wenn Sie mich fragen, was kann man noch beitragen? Was für mich nach wie vor nicht sehr verständlich ist, wo ich mich natürlich auch nicht

sehr beliebt mache, wieso wird ein und dieselbe PatientIn, wenn sie in der Psychiatrie ist, angehalten, wenn sie in der inneren Medizin ist und festgebunden ist, wird sie nicht angehalten. Um Gottes willen, wenn das meine internistischen KollegInnen hören, dann werden sie sagen: „Was haben Sie da für Ideen“, aber ein und dieselbe PatientIn, wenn sie von der inneren Medizin kommt – Sie müssen sich das so vorstellen, wenn das ein älterer PatientIn ist – also ein Steckgitter, ist er schon angehalten. Oder wenn man ihn, damit er nicht vorne herunterfällt, dass man ihn zum Beispiel mit dem Handtuch da ein bisschen am Stuhl festbindet, damit er nicht vorne herunterfällt, ist er angehalten. Maßnahmen, die in der anderen Medizin – ich meine eigentlich, dass zur Entstigmatisierung beitragen würde, ganz gleich, wo der liegt, wenn er freiheitsbeschränkt wird, muss er angehalten sein. Das führt natürlich praktisch dazu, dass die PsychiaterIn dann auf die Innere Medizin, auf die Gynäkologie, auf die Onkologie gehen muss, und wenn der onkologische PatientIn zu uns kommt, ist er angehalten, wenn er dort ist und angebunden, ist er nicht angehalten. Zum Beispiel das wäre ein Gesichtspunkt. Ich weiß nicht, ob es opportun ist, so was zu machen, ich glaube, helfen würde es niemanden richtig, wenn man das so machen würde, aber ein Gesichtspunkt wäre es allemal.

GRin **Matzka-Dojder**: Wenn ich das so richtig verstanden habe, eine interinstitutionelle Zusammenarbeit mit den FachärztInnen aus der Psychiatrie würde auch sozusagen eine Normalisierung der Erkrankten und eine bessere Annahme dieses Zustandes hervorrufen.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper**: Ja.

GRin **Matzka-Dojder**: Und dazu würden wir eine gesetzliche Änderung brauchen oder?

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper**: Ich bin mir nicht sicher, ob man das machen sollte, weil das Leben dann, dann verschwendet man vielleicht irgendwelche Energien, die man woanders besser einsetzen sollte, aber das wäre so ein Gesichtspunkt, den wir nie so ganz verstehen.

Es ist interessant, überhaupt, wenn wir auch noch einmal auf die Sprache zu sprechen kommen, Sonderklassenregelung zum Beispiel. Wenn einer auf der Intensivstation ist in der inneren Medizin, gilt selbstverständlich die Sonderklassenregelung, wenn er bei uns fixiert ist, gilt sie plötzlich wieder nicht. Das ist auch ein Phänomen, ein Randphänomen, aber geht in die Richtung Diskriminierung, dass man eben da die intensivmedizinische Behandlung nicht anerkennt, im anderen Fachgebiet erkennt man sie an.

GRin **Matzka-Dojder**: Danke.

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

GRin Mag. **Antonov:** Herr Professor, ich möchte noch einmal zurückkommen zum Beginn Ihres Vortrages, wo Sie gemeint haben, dass diese Kommission, die Untersuchungskommission und die öffentlichen Diskussionen eher schädlich sind denn hilfreich. Das ist eine Diagnose, die Sie uns als erster Experte hier gestellt haben und ich wage auch zu behaupten, dass das eine umstrittene Diagnose ist. Wir haben hier von ExpertInnen, die mit uns hier gesprochen haben, auch andere Meinungen gehört. Da ist davon gesprochen worden, dass zur Entstigmatisierung gerade auch öffentliche Diskussion beiträgt und nicht das Versteckhalten.

Ich glaube auch, dass zur Entstigmatisierung eine Auseinandersetzung mit dem Zustand der Psychiatrie dazu gehört, dass eine Auseinandersetzung dazu gehört, gibt es strukturelle Mängel, wenn ja, wo sind diese, und dass so eine Diskussion selbstverständlich auch in der Öffentlichkeit geführt werden können muss. Sie haben vorhin selbst das Beispiel angeführt und das war auch ein Beispiel eines Experten, dass es auch für die Entstigmatisierung der Psychiatrie hilfreich wäre, wenn etwa PolitikerInnen, sonstige bekannte Persönlichkeiten sich auch öffentlich zu psychiatrischen Erkrankungen bekennen würden.

Sie haben, wenn Sie meinen, dass diese Kommission eher schädlich als hilfreich ist, welche Maßnahmen würden Sie uns sonst empfehlen, strukturelle Missstände aufzuklären?

Sie haben auch gesagt, dass Sie selbstverständlich Missstände schonungslos aufdecken wollen. Kennen Sie auch die Zustände, die uns Ihr Kollege Prof. FRIEDRICH geschildert hat. Würden Sie Ihr positives Bild von der Psychiatrie in Wien auch auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie legen? Kennen Sie die Verhältnisse im Otto-Wagner-Spital? Kennen Sie da Missstände, haben Sie da von Missständen irgendjemanden auch Meldung gemacht?

Und dann habe ich noch eine Frage auch zu Ihrem Vortrag. Sie haben vor allem von Medikamenten gesprochen, Sie haben vor allem darüber gesprochen, wie zum Beispiel Antidepressiva auch Ablehnung hervorrufen. Sie haben aber eigentlich überhaupt nicht über vieles andere gesprochen, das auch in der Psychiatrie in der Öffentlichkeit Ablehnung hervorruft und dass meines Erachtens vor allem deshalb Ablehnung hervorruft, weil zu wenig darüber bekannt ist. Also wenn man über Netzbetten, über andere Fixierungsmaßnahmen diskutiert und ernsthaft diskutiert, wenn man weiß in der Öffentlichkeit, dass das Maßnahmen sind, die im Interesse der PatientInnen notwendig sind und wenn man

weiß, dass sie so kurz wie möglich eingesetzt werden, so wenig wie möglich und wenn man dann noch weiß, dass gewährleistet sein muss, dass die PatientInnen, die diesen Maßnahmen ausgesetzt werden, auch wirklich gut begleitet werden, dann würde das meines Erachtens sehr viel dazu beitragen, diese Ablehnung gegenüber diesen Maßnahmen abzubauen.

Da würde mich auch Ihre Einstellung dazu interessieren.

Vielleicht habe ich Sie da falsch verstanden, Sie haben gesagt, fixiert werden gehirnkranken Menschen. Ich war ja der Meinung, dass PatientInnen fixiert werden, wenn sie sich selbst oder andere gefährden.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Vielen Dank. Darf ich das vielleicht zum Schluss ganz aufgreifen. Also ich darf noch einmal sagen, der Phänotyp, wenn man das so sagen kann, ist das Verhalten der PatientIn. Ist genauso wie die PatientIn, der eine Gelbsucht hat, er ist gelb, aber der Schaden liegt in der Leber drinnen. Das heißt, der Phänotyp, mit dem wir zu tun haben, ist das psychische Ausdrucksbild und die PatientIn ist deswegen so gereizt, aggressiv, dann auch gegen sich selbst gefährdet, weil er eine Störung des Gehirnstoffwechsels hat. Das muss man ganz klar sagen. Er macht das nicht, um irgendwie die Großmutter zu beleidigen oder sonst irgendwelche Sachen, sondern das ist ein aktueller Schaden. Wenn man diese Opfer, die sich suizidieren, untersucht, was der Kollege in New York zum Beispiel macht, Dr. Man zum Beispiel, der untersucht die Gehirne. 99 % haben schwerste Veränderungen des Gehirnstoffwechsels. Ich habe es auch nicht ganz so geglaubt, als ich ein junger Assistent war, habe ich gesagt, na wieso sollen die da irgendwie was verändert haben, habe denen Blut abgenommen und habe sie verglichen mit anderen PatientInnen. Die suizidalen PatientInnen haben erniedrigte Serotoninspiegel gehabt. Da könnte man sagen, na ja, brauchst ja nur mehr das Blut abnehmen der PatientIn, brauchst ja gar nicht mehr reden mit ihm. Das ist natürlich nicht der Grund dazu, also selbstverständlich muss man reden. Aber nur die Grundlage ist, dass die Störung, die eine medizinische Störung haben, verglichen mit einer PatientIn mit einem Asthma oder einer Zuckerkrankheit, darum werden sie dann fixiert.

Sie haben eine ganze Reihe von Fragen gesagt. Ich darf vielleicht am Anfang noch sagen, ich habe in meinem Vortrag am Anfang als Vorspann gesagt, dass ich die Berichterstattung um diese ganze Gemeinderatskommission als extrem negativ erlebt habe, auch habe ich mich in einem Leserbrief bei der "Wiener Zeitung" dazu ausgedrückt. Ich war entsetzt, muss ich sagen, wie reißerisch das dargestellt wurde und es wäre

unmöglich, dass eine PatientIn nach einer Gehirnoperation gezeigt worden wäre, da könnte man auch schreckliche Bilder zeigen, oder PatientInnen, die auf der Notfallsstation in einem nassen Bett drinnen liegen zum Beispiel, um die letzten Vitalfunktionen herauszuholen, aber da war eine reißerische Stimmung in der Presse, die ist mir ganz unheimlich geworden und ich habe mich gefragt, in was für einer Zeit wir leben, dass wir so eine Berichterstattung dann haben. Aber die Presse war da unbeirrt, die hat sich gedacht, das lässt sich gut verkaufen und dann verkaufen wir es in dieser Richtung, weil sonst liest es ja niemand.

Und die Einzelnen, mit denen ich gesprochen habe, die waren auch ziemlich uneinsichtig dann in diesem Zusammenhang, sodass sich diese Kommission noch einmal bewusst sein sollte, dass sie so was ausgelöst hat und so viel habe ich gesagt, es liegt mir nicht an, irgendjemanden zu sagen, sie ... keine Untersuchungskommission sagen, das ist nicht meine Aufgabe, das zu sagen.

Welche Mängel gibt es, welche könnte man strukturell verbessern?

Ich habe das im Internet gelesen, was Kollege FRIEDRICH gesagt hat. Ich bin Erwachsenenpsychiater, habe mit der Kinderpsychiatrie nichts zu tun. Frage mich nur, wieso bei uns drogenkranke Kinder behandelt werden auf der Erwachsenenpsychiatrie, wieso die nicht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden. Also das muss der Kollege FRIEDRICH für sich selbst lösen, wieso er das macht. Wir sind gerne zur Kooperation bereit und tun auch jugendliche Drogenkranke behandeln, obwohl es nicht unser engeres Fachgebiet betrifft, aber wir können die natürlich genauso gut behandeln. Also so große Mängel kann ich in der Erwachsenenpsychiatrie auf gar keinen Fall sehen. Natürlich habe ich eine große Wunschliste, die ich gerne abarbeiten würde, aber die sind nicht in dieser Größenordnung, dass man sagt, man muss jetzt das als so große Mängeln darstellen, sondern das sind organische Prozesse, die wachsen können, die man in der Diskussion dann auch versucht zu erreichen.

Nun Sie fragen mich, ob ich die Missstände in den anderen Krankenhäusern kenne. Ich kenne das Otto-Wagner-Spital sehr gut, weil ich öfters dort zu tun habe im Rahmen von einer Vortragstätigkeit oder Kooperationstätigkeit, wenn wir Konsense machen. Ich spreche natürlich selbstverständlich auch mit den PatientInnen, wo sie sich wohler fühlen, ob sie sich da oder dort wohler fühlen; interessanterweise gibt es manche PatientInnen, die sich am Otto-Wagner-Spital wohler fühlen, manche fühlen sich bei uns wohler. Insgesamt, glaube ich, schätzen die Patien-

ten, dass bei uns mehr insgesamt, wie ich zuerst gesagt habe, vielleicht Betrieb ist, dass den ganzen Tag Studenten und sonstige Leute da sind, sodass man sich überlegen könnte, ob es nicht hilfreich wäre, dass insgesamt eben die personelle Ausstattung am Otto-Wagner-Spital verbessert werden könnte. Das würde sicherlich ganz gut helfen.

Und dann haben Sie mich zum Schluss noch gefragt, wenn ich das richtig verstanden habe, welche Maßnahmen ich setzen würde, dass die Ablehnung gegenüber den Netzbetten geringer wäre. Ich glaube, so was kann auch –

GRin Mag. **Antonov:** – gegenüber Fixierungsmaßnahmen allgemein.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Ja, ich habe es zuvor schon gesagt, es ist die unangenehmste Tätigkeit für uns, so Fixierungen zu machen. Ich kann mich erinnern, mein Chef in Heidelberg, der hat mit den PatientInnen immer so gesprochen: "Lassen Sie sich freiwillig behandeln, sonst kommen Sie ins Landeskrankenhaus, weil wir machen keine Fixierungen". – Zum Beispiel hat der solche Sachen gesagt.

So rede ich natürlich mit den PatientInnen nicht, aber das ist klar. Es ist die unangenehmste Aufgabe und man sollte möglichst schauen, dass es nicht so weit kommt. Und wann kommt es soweit, wenn die PatientIn zum Schluss mit Blaulicht dann eingeliefert wird und dann eben diese Fixierungsmaßnahme notwendig ist. Und da könnte man, glaube ich, durch Öffentlichkeitsarbeit dazu beitragen, dass seelische Erkrankungen eben behandelbare Erkrankungen sind, also sehr häufige Erkrankungen sind, behandelbare Erkrankungen sind und medizinische Erkrankungen sind, dass die PatientInnen vielleicht frühzeitig einer geeigneten Therapie zugeführt werden. Insgesamt sind die Fixierungen ja deutlich weniger geworden im Zusammenhang mit der besseren Behandlung. Das ist keine Frage. Und auch in unserem täglichen Alltag werden sie weniger, wenn man jetzt so 20-Jahres-Zeiträume anschaut.

Also das wäre sicherlich durch Destigmatisierung günstig. Nur ich weiß nicht, wie man das angeht, man kann natürlich keine Netzbetten zeigen und solche fixierten Menschen zeigen, genauso wie man keine IntensivpatientInnen zeigt, die ein diabetisches oder ein Leberkoma haben, die schauen alle auch nicht gut aus.

Vielleicht noch einmal die Analogie. Ich war sehr froh, dass ich das Thema bekommen habe. Es würde, glaube ich, keiner Presse einfallen, einen Onkologen als Sadisten zu bezeichnen oder des Missstandes, wenn der ihm Zytostatika gibt und der PatientIn fallen die Haare aus. Da würde man sagen, das ist eine unangenehme Nebenwirkung, aber die wachsen wieder nach.

Aber irgendwie ist das mit den seelischen Erkrankungen so etwas, dass da die Presse so drauf springt, und dann diese leider notwendige Maßnahme, die meiner Meinung nach Fixierung oder Netzbett sein kann; Gummizelle mit irgendwelchen Bodyguards - da würde ich mich recht unwohl fühlen, wenn solche Verhältnisse wären, wo es zum Beispiel in Amerika gang und gäbe ist, im angloamerikanischen, in England ist das leider auch der Fall. Also ich bin froh, dass wir keine Gummizellen haben. Das wäre sicher der falsche Gesichtspunkt.

Ich persönlich, wenn Sie mich fragen, ich halte Fixierung besser, weil dann die Ein- und Ausfuhr bei den PatientInnen gesichert ist. Aber Sie haben diesen schrecklichen Fall in Graz mitbekommen, wo der andere Mitpatient dem eine Semmel und eine Konservendose in den Rachen gesteckt hat. Auch unter dieser Fixierung dann sind schreckliche Sachen leider zu beobachten.

GRin Mag. **Antonov:** Ich möchte noch einmal zurückkommen. Sie haben in Ihrer Beantwortung jetzt auch gesagt, dass PatientInnen sich bei Ihnen vielleicht wohler fühlen auch als in anderen Krankenhäusern, weil viele Menschen um sie herum sind. Ich meine, das ist wahrscheinlich auch eine Geschmackssache, wem es lieber ist, dass 10 Leute ums Bett herumstehen oder wer lieber doch mit einer ÄrztIn Tête-à-tête ist. Das klingt aber auch ein bisschen so, als könnten sich PatientInnen aussuchen, in welches Krankenhaus sie sich begeben.

Können Sie ausschließen, dass PatientInnen, die sich an Ihre Ambulanz wenden, unbehandelt abgewiesen werden? Das würde mich interessieren.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Ja, das kann ich mit Sicherheit ausschließen. Es wird jeder PatientIn dokumentiert, der bei uns in die Ambulanz kommt und es wird ihm ein Behandlungsangebot gemacht, das zum einen eine fachärztliche ambulante Behandlung ist oder, wenn es dann aus dem schizophrenen Formenkreis ist, dann eben die PSD-Behandlung oder eine stationäre Therapie zum Beispiel am Otto-Wagner-Spital oder an einem anderen Schwerpunktkrankenhaus.

GRin Mag. **Antonov:** Und alle PatientInnen, die Sie an niedergelassene ÄrztInnen, an den PSD verweisen, werden dort auch tatsächlich behandelt, also auch nach stationärem Aufenthalt oder kommt es vor, dass PatientInnen wieder zu Ihnen kommen und sagen: „Ich habe aber jetzt keine Behandlung oder es dauert noch oder ich muss warten, was soll ich jetzt machen?“

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Also auf Grund der knappen Personalressourcen können wir keine dauerhafte ambulante Behandlungen anbieten. Wir sagen es unseren PatientInnen

auch so direkt, wir sind ein Ausbildungskrankenhaus. Sie haben eine längerfristige Erkrankung, sie sind besser beim PSD oder beim Niedergelassenen aufgehoben, weil nach einem halben Jahr rotiert wieder eine andere ÄrztIn in der Ambulanz und da haben Sie wieder eine andere ÄrztIn. Das heißt, eine kontinuierliche Langzeitbehandlung machen wir nicht in unserem Krankenhaus. Da sind wir auch von der ärztlichen Direktion angehalten, verständlicherweise, dass wir das nicht machen könnten, weil sonst würden wir das personell gar nicht schaffen.

Seelische Erkrankungen sind alles chronische Erkrankungen, die alle einer längerfristigen, jahrelangen Betreuung bedürfen.

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

GR **Lasar:** Danke schön. Herr Professor, ich war bei Ihrem Vortrag leider nicht anwesend, aber das was ich jetzt bei Ihnen vernommen habe, ja, was soll ich jetzt in kurzen Worten sagen, an und für sich ist ja alles in Ordnung.

Aber ich habe da schon einige Fragen an Sie. Zum Beispiel, wo ich mich berufe auf den Herrn – leider verstorbenen ehemaligen – Patientenanwalt Dr. Dohr, der eigentlich schriftlich bestätigt hat, nicht mir, aber einer PatientIn, dass es einen Personalmangel im Otto-Wagner-Spital ja gibt.

Und dann habe ich folgende Frage: Wenn Sie die Fixierungen, diese Netzbetten und andere als, wie soll jetzt sagen, nicht die idealsten sind, haben Sie Vorschläge zum Beispiel an moderne Sachen, ich weiß nicht, welche es da geben sollte, aber gibt es hier Entwicklungen in der Zukunft, wie man die Leute nicht eben fixieren muss. Sie lehnen eine Gummizelle ab oder ich habe schon gehört nicht Gummizelle, das sind die sogenannten weichen Zimmer und es gibt ja auch harte Zimmer, das habe ich auch, also nicht heute, aber in den letzten Sitzungen hier auch vernommen, aber wie sehen Sie jetzt das. Gibt es jetzt einen Personalmangel oder nicht?

Und meine Frage auch dahingehend, woran glauben Sie, liegt es gerade, dass es Mängel, ich sage jetzt Mängel, weil Sie sagen, es gibt ja keine in der psychiatrischen Versorgung im Otto-Wagner-Spital jetzt offensichtlich doch gibt nach meiner Meinung und nach vielen anderen ExpertInnenmeinungen ja genauso. Und ich möchte es jetzt nicht in die Länge ziehen, aber wenn ich hier jetzt zum Beispiel einen Auftragsbericht habe, den habe ich gestern bekommen, den haben wir ja alle bekommen, wo zum Beispiel unter "kurzfristige Maßnahme" steht, dass man unbedingt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie pro Abteilung vier Betten braucht. Wie stehen Sie dazu, braucht man die jetzt, braucht man die nicht oder ist wieder einmal alles bestens?

Das wären meine Fragen an Sie, Herr Professor.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Ich darf noch einmal auf den Titel meines Vortrages zurückkommen, ich bedaure, dass Sie zu spät gekommen sind, der Titel meines Vortrages hat geheißen "Bezug der Psychiatrie zu den medizinischen Nachbardisziplinen und Erarbeitung von Konsensus usw.". Ich bin nicht gefragt worden über Personalressourcen zu sprechen, kann aber gerne was dazu sagen.

Also erstens einmal, ob das Otto-Wagner-Spital einen Personalmangel hat, ich habe das Otto-Wagner-Spital nicht untersucht, da kann ich nichts dazu sagen. Also da bin ich auch nicht dazu berufen, das zu sagen. Ich bin kein Versorgungsforscher, kein Epidemologe, da war der Kollege Wancata von meiner Klinik, die Frau Kollegin Amering da und die haben Ihnen das sagen können.

Ich darf nur aus meiner persönlichen Vergangenheit sagen, ich habe an verschiedenen Krankenhäusern gearbeitet, dass ich diesen Personalmangel, also das ist vergleichbar mit anderen Krankenhäusern, die ich zum Beispiel aus Deutschland kenne, und was ich mir vorstellen könnte, was vielleicht helfen würde, dass die ÄrztInnen vielleicht auch mehr bezahlt bekämen, dass sie auch nachmittags dort sein könnten zum Beispiel. Das wäre eine Überlegung, die ich hätte.

Dann die Frage Vorschläge – Fixierung. Wir kommen leider nicht umhin, dass wir die PatientInnen in irgendeiner Form freiheitsbeschränken sollten und solche Sachen wie weiche Zimmer, harte Zimmer, wie ich sie aus Holland und, wie gesagt, aus den USA kenne, die finde ich ganz unmenschlich und finde ich auch nicht richtig, weil da die PatientInnen dann ganz sich selbst und einer Kamera überlassen sind und man ja überhaupt keinen menschlichen Kontakt zu ihnen mehr aufbauen kann. Also wir kommen leider nicht um Fixierungen herum. Genauso wie der Intensivmediziner auch in der inneren Medizin nicht um eine Beschränkung herumkommt, weil sich der sonst dauernd eben die Katheter herauszieht, also da gibt es leider nichts und man kann das nur so lösen, dass man eben dann diesem fixierten Menschen einen anderen Menschen zur Seite stellt im Sinne einer Sitzwache oder permanent schaut, dass da nichts passieren kann.

Wie schnell das ganze passiert und auch aus der einen PatientIn, die ich sehr gut kenne - ich weiß nicht, ob ich den Namen sagen kann, aber die sich dann angezündet hat, die habe ich dann selbst bei uns behandelt, die hat mir das ausführlich geschildert, dass ihr ein anderer PatientIn ein Feuerzeug zusteckt, ist natürlich eine

Katastrophe. Aber das sind Sachen, wo man schwer was machen kann, das geht ruck zuck und wahnsinnig schnell.

Ich möchte nicht sagen, dass alles paletti ist. Es ist durchaus auch verbesserungsfähig und ich habe auch einige Vorschläge gemacht, wie man es verbessern kann. Nur, ich komme noch einmal darauf zurück, ich bin mir nicht sicher, ob diese große, auch sicherlich sehr aufwendige Untersuchungskommission das richtige Mittel ist dafür. Sie werden dann zum Schluss sehen, was herauskommt. Ich hoffe, es kommt für die Psychiatrie was dazu heraus. Zurzeit werden die psychiatrischen PatientInnen mehr stigmatisiert, mehr diskriminiert als wie in der Zeit vorweg, weil natürlich die Presse nur solche Horrormeldungen aufzeigt. Vielleicht gelingt es Ihnen ein positives Bild von der Psychiatrie zu zeigen, also diese paar wenigen PatientInnen, die wir leider aus medizinischen Gründen fixieren müssen, ist nicht die Psychiatrie. Ich habe Ihnen die Zahlen gezeigt von der Psychiatrie. Die Psychiatrie besteht nicht nur aus diesen paar wenigen PatientInnen, die Psychiatrie hat ein sehr viel umfassenderes Klientel.

Und zur Kinderpsychiatrie – da glaube ich, soll der Prof. FRIEDRICH lieber was dazu sagen, da bin ich nicht berufen, dazu etwas zu sagen.

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

GR Ing. Mag. **Dworak:** Herr Professor, Sie haben zuerst gesagt, dass die Zusammenarbeit mit dem PSD hervorragend sei. Wie haben Sie das dann festgestellt? Haben Sie da Rückmeldungen bekommen oder gibt es Berichte, tauschen Sie Informationen regelmäßig aus? Das wäre jetzt der erste Bereich die Zusammenarbeit mit dem PSD.

Und der zweite Bereich, er hängt natürlich auch hier unmittelbar zusammen zum Thema Qualitätsarbeit. Sie sind natürlich auch, vielleicht auch vor allem in der Forschung tätig, wie sehen Sie denn Ihre Arbeit jetzt zum Thema Qualitätsarbeit und wie schaut diese Qualitätsarbeit in der Zukunft aus und gibt es Ihrer Meinung nach Unterschiede zwischen dem AKH in der Qualitätsarbeit und dem Otto-Wagner-Spital?

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Die Zusammenarbeit kann ich wirklich als vorbildlich bezeichnen und ich sage es noch einmal, um nicht da jetzt irgendjemanden - um mir Freunde zu machen oder so, ich habe mehrere Zustände erlebt – Mannheim, Heidelberg, im Zusammenhang mit Wiesloch Zusammenarbeit, große tiefe Feindschaften, wo man gar nicht hingegangen ist und so gar nicht gemacht hat. Wie machen wir das in Wien – wir machen gemeinsame Konsensusstatements. Ich habe Ihnen ein paar ge-

zeigt, die sind alle selbstverständlich mit dem Otto-Wagner-Spital gemeinsam entstanden. Wir machen „state of the art“ - Fortbildungen von der Wiener Ärztekammer, wo zum Beispiel jetzt im Herbst die eine über Schizophrenie, eine über Demenz, die mit Frau Direktor Dr. Kalousek, auf der anderen Seite mit Herrn Prim. Dr. Frühwirth, der jetzt in Eisenstadt ist, zum Beispiel gemeinsam gemacht wird. Wir machen gemeinsam in den verschiedenen Gesellschaften – österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, wo selbstverständlich das mit dem einen oder anderen im Vorstand bestückt wird oder die österreichische Gesellschaft für Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie – das ist ein Modellprojekt, das als Qualitätssicherung dient, bei der alle Nebenwirkungen, die im Krankenhaus an Psychopharmaka auftreten, dokumentiert werden und in eine internationale deutschsprachige Datenbasis eingeschleust werden, der Deutschland, Schweiz und Österreich angehört. Nicht alle Kliniken, einige Kliniken, aber nur, um die Größenordnung zu sagen, sind etwas 50.000 PatientInnen, die im deutschsprachigen Raum überwacht werden und wenn zum Beispiel eine Hyponatriämie bei irgendeinem Präparat auftritt, dann kann man zu dieser Datenbasis auch Zugriff gewinnen und das dann auch entsprechend ausarbeiten.

Das heißt, ich darf noch einmal zu mir sagen, ich bin nicht vor allem in der Forschung tätig, wenn Sie meine Publikationstätigkeit sehen, widme ich mich sehr viel der Fortbildung und sehr viel auch der postpromotionellen Weiterbildung. Forschung ist eigentlich der Gesichtspunkt, aber mir ist es immer sehr wichtig, dass man diese Forschung auch in die Praxis übersetzt. Das heißt, „translation over research“, das ist eines meiner Spezialgebiete auch wo ich mich damit beschäftige, sodass ich sehr wohl auch sehe.

Und natürlich haben wir an der Universität größere Personalressourcen, das ist keine Frage, sodass der Austausch regelmäßig stattfindet. Um Ihnen ein Beispiel zu sagen: Wir haben seit einem Jahr, seit einem halben Jahr, eine Ausbildungsakademie gegründet für die neuropsychopharmakologische Weiterbildung von ÄrztInnen in der Ausbildung. Das wird von der Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie veranstaltet; da ist die Leiterin davon die Frau Prim. Butterfield-Meissl, der Prim. Friedl der Stellvertreter und wir sind von der Universität gemeinsam in der Gesellschaft dann auch als Vortragende mit dabei, und das ganze findet am Otto-Wagner-Spital statt. Da haben wir uns geeinigt, dass es nicht bei uns in der Uni stattfindet, sondern dort stattfindet, um ein Zeichen zu set-

zen, dass eben das Landeskrankenhaus uns wichtig ist.

GR Ing. Mag. **Dworak**: Ich möchte aber jetzt was nachfragen. Es geht mir hier eher um die Qualität, um das Qualitätsmanagement und auch zuerst beim Psychosozialen Dienst. Gibt es hier standardisierte Prozesse? Sind hier automatisierte Berichte, also dort Formulare - Sie haben auch zuerst von SOP gesprochen – gibt es hier wirklich einen kontinuierlichen und einen dauernden Bericht, eine Berichtsabstimmung und bekommen Sie auch die Berichte von den PatientInnen, eine Rückmeldung.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper**: Da darf ich dazu sagen, das geht nach der ärztlichen Schweigepflicht gar nicht, dass wir einen Arztbrief an einen andern Arzt weitergeben. Das dürfen wir gar nicht, also der PatientIn muss damit einverstanden sein und muss sein schriftliches Einverständnis dazu geben, also die ärztliche Schweigepflicht gilt auch zwischen den ÄrztInnen, also so eine Berichterstattung, eine umfassende, die ist gar nicht möglich und finde ich auch gar nicht gut, weil alle diese Berichterstattungen für die psychiatrischen PatientInnen bis jetzt immer negativ waren in der einen oder anderen Richtung. Ich möchte Ihnen das nicht zu sehr verdeutlichen, aber es sind natürlich einige Versicherungen, die haben großes Interesse an solchen Datenbasen usw., also das wäre gar nicht wünschenswert. Wenn zum Beispiel eine PatientIn vom Otto-Wagner-Spital zu uns kommt, nachher schreiben wir dort hin und fordern das Krankenblatt an, wenn die PatientIn einverstanden ist, dann kriegen wir es, wenn er nicht einverstanden ist, kriegen wir es nicht, und umgekehrt auch. Aber es gibt keinen Automatismus und den finde ich auch gar nicht wünschenswert, dass wir den haben.

Dann zur weiteren Berichtsabstimmung SOP. Das ist ein etwas moderneres Instrument, um Ihnen das nur zu verdeutlichen. Wir haben jetzt am AKH erstmals, mit Stichtag 30. Mai versuchen wir, SOP's zu den Hauptdiagnosen und deren Behandlungsschemata zu erarbeiten, eine Riesendiskussion. Herr Vizedirektor Dr. Zielinski hat sich das ans Revers geheftet und möchte das unbedingt machen. Wir haben es jetzt verabschiedet. Es gab große Diskussionen, die für unser Haus gelten und ich glaube, es würde den Rahmen sprengen, wenn man das auch über größere Kreise machen sollte.

Ich beschäftige mich sehr viel mit Guidelines oder „state of the art“-Veranstaltungen. Bei diesen Guidelines und „state of the art“-Veranstaltungen ist ganz wichtig, dass das kein Kochrezept sein soll, weil letztendlich ist jede ÄrztIn, der das Medikament verschreibt, persönlich dafür verantwortlich und haftbar, was er jetzt

verschreibt. Und Guidelines sind Richtlinien, ob er sich daran halten soll, ist die andere Frage, aber man kann es ihm nicht vorschreiben und sollte es ihm auch nicht vorschreiben, weil die PatientIn sehr unterschiedlich ist und die eine PatientIn mag gerade die eine Kombination von dem einen mit dem anderen Medikament benötigen. Also ist eine wichtige Diskussion, auch wenn ich Ihnen diese World Guidelines zeige, dann sind das keine juristisch verpflichtenden Sachen, sondern soll zusammenfassen, was verfügbar ist und so was haben wir auch gemeinsam mit den KollegInnen vom Otto-Wagner-Spital in den Guidelines, die ich Ihnen gezeigt habe, „state of the art Veranstaltungen“ zusammengefasst, dass es leicht erhältlich ist.

Es gibt aber solche Überlegungen, so fast totalitäre Überlegungen gibt es in den USA, das sind die HGM – Health Management Organisation. Da schaut das so aus, da kommt ein Finanzholder und sagt: „Mississippi, ich garantiere Ihnen die psychiatrische Versorgung für Mississippi, das kostet so und so viel Millionen Dollar.“ Der Staat Mississippi schließt es ab und sämtliche psychiatrischen Sachen sind da drinnen. Dann fängt dieser mit den Pharmaindustrien zu verhandeln an und sagt, schauen Sie, wir nehmen zwei Antidepressiva auf. Nicht 25, wie bei uns, sondern zwei und wenn sie uns die nicht billig geben, dann nehmen wir das andere Medikament. Das heißt, die amerikanische Versorgung ist da eine mittlere Katastrophe, weil bei uns kann der aus 27 wählen, dort kann er aus zwei wählen. Und die haben – nachher kann man sich wunderbare Forschungsdaten regenerieren, wie ich Ihnen gezeigt habe, mit 67.000 PatientInnen die Suizidalität untersuchen. So was wird hoffentlich bei uns nicht kommen, das ist ein ziemlich totalitäres System und führt letztendlich zu einer Reduzierung der Angebotsmöglichkeiten.

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

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

Sehr geehrter Herr Professor! Ich möchte Ihnen noch einmal für diesen exzellenten Vortrag auch danken, der uns wieder sehr deutlich auch gezeigt hat, dass einerseits im Bereich der Prävention noch sehr viel getan werden muss, weil eben offensichtlich die psychischen Erkrankungen sehr häufig sind. Auf der anderen Seite aber nur eine kleine Gruppe von psychisch erkrankten Menschen auch wirklich von sich aus Hilfe annimmt und schon in einem frühen Stadium, wo natürlich auch die Medikamente noch viel besser greifen, dann in die Behandlung kommen.

Auf der anderen Seite werden natürlich sehr viele Personen in einem Akutzustand, glaube ich auch, in das AKH kommen und da stellt sich für mich die Frage, die Medikamente, die Pharmakologie hat natürlich auch durch Wissenschaft und Forschung sehr gute Medikamente entwickeln können. Gibt es die Möglichkeit, auch mit solchen chemischen Beschränkungsmaßnahmen auszukommen oder ist es wirklich notwendig, auch in den unterschiedlichen Eskalationsstufen diese physischen Beschränkungsmaßnahmen einzusetzen? Und wenn Sie jetzt von Ihrer Abteilung, von Ihrer Klinik sprechen, wie lange ist die durchschnittliche Dauer von solchen physischen Beschränkungsmaßnahmen bis Medikamente dann auch greifen?

Und eine zweite Frage möchte ich noch anknüpfen. Wir haben auch im Vortrag von Herrn Prof. Steinert sehr viele Bilder von Beschränkungsmaßnahmen unterschiedlichster Art gesehen, eben vom Niederringen, so wie es in Großbritannien oft häufig der Fall ist, bis zu nassen Tüchern, Wickeltüchern. Ich habe für mich auch durch die Diskussion auf den Kongressen oft und auch durch das Lesen von Publikationen mir jetzt meine eigene Meinung gebildet und da denke ich, dass viele dieser Maßnahmen schon auch aus Tradition heraus, aus einer Entwicklung der jeweiligen Psychiatrie in den unterschiedlichen Ländern in den letzten eineinhalb Jahrhunderten oder hundert Jahren entstanden sind und dass aus diesem Grund auch an unterschiedlichen Maßnahmen festgehalten wird.

Konnten Sie diese selbe Erfahrung machen oder haben Sie eine andere Begründung dafür? – Danke.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Wenn Sie fragen, ob die physische Einschränkung notwendig ist, könnte man nicht auch die chemische Einschränkung machen, da darf ich Sie erinnern, da gab es immer den Ausdruck "chemische Zwangsjacke", dann kommt man in diese Diskussion hinein. Nur ob jetzt physische Zwangsjacke, chemische Zwangsjacke – das ist alles sekundär, wenn man einmal primär noch einmal davon ausgeht, dass das eine Störung des Gehirnstoffwechsels ist bei den PatientInnen und um das so einfach zu sagen, schauen Sie, wenn ich einen Schalter hätte bei den PatientInnen, den ich umlegen könnte und dann ist er wieder normal, dann würde ich den Schalter betätigen. Den Schalter gibt es nicht.

In einer Sprache noch einmal ausgedrückt, also wir leben ja in den Bergen, nicht in Wien, aber wir haben einen Bezug zu den Bergen, ich erkläre das immer so, das ist, wie wenn eine Lawine den Berg hinuntergeht, die verwüstet unten einiges und man erreicht es nicht, wenn man einfach wieder so Lawinenverbauungen

macht, oder den Norddeutschen kann man sagen, da kommt Wasser ins Land herein usw. Diese Krankheit hat den Hirnstoffwechsel verwüstet, kann man so sagen. Und das wissen wir auch, dass sich die Nervenzellen wieder verbinden müssen, eine Neurogenese, Synaptogenese – ist nicht so, dass man jetzt ein Medikament wie ein Chirurg einsetzt, poing und dann wird es besser, und das muss sich schön langsam wieder verschalten. Das heißt, keine Frage, die PatientIn braucht eine physische Beschränkung, auch unter dem Aspekt, dass die Medikamente leidern nicht so rein sind. Das heißt, wenn man das Gehirn beruhigt, tut man leider auch die Muskeln relaxieren zum Teil, dann stürzt die PatientIn zum Beispiel. Da haben wir oft die PatientInnen, die so herumtorkeln, stürzen und sich nachher Knochen brechen. Auch um diese sekundären Sachen zu verhindern, brauchen wir es leider auch.

Und wenn Sie mich fragen, die genaue Dauer von der physischen Beschränkung – ich habe das jetzt, im Rahmen der umfangreichen Auskünfte habe ich die Zahl nicht hundertprozentig parat, kann sie aber gerne nachliefern, meine Assistentin hat mir drei solche Ordner zurechtgelegt, die habe ich aber nicht alle mitgenommen, sonst hätte ich es dabei, aber wenn Sie die genaue Zahl haben wollen, darf ich Sie Ihnen sagen. Meiner persönlichen Erfahrung nach, und ich schaue mir alle Beschränkungen auch persönlich an, sind diese PatientInnen nicht länger als ein paar Tage physisch dann auch beschränkt und innerhalb dieser Tage dann auch stundenweise. Das heißt, dass man sie stundenweise, und dann ist es ganz wichtig, dass immer jemand mit denen eben dann auch spazieren geht usw.

Und dann die letzte Frage. Sie haben gesagt, das mit der Tradition, glaube ich, ist Ihnen eine ganz wichtige Sache. Wie man es gewohnt war, so führt man es weiter. Es ist nur die Frage, was man gewohnt war. Also wenn ich da höre, niederringen – da werde ich ganz grantig, ich als junger Assistent musste noch niederringen. Das war meine Aufgabe, weil ich eben jung und kräftig war und niederringen, und das passiert Gott sei Dank sehr sehr selten. Also Niederringen ist immer da der Fall, wenn man die PatientInnen längere Zeit eben nicht richtig auch behandelt hat, und auf der anderen Seite nasse Tücher, Wickeltücher – habe ich vor kurzem eine Einrichtung in Chicago besucht, da war ich froh, dass ich in Wien bin und nicht mit diesen 2,20 m Basketballspielern zu tun habe, die unter Kokainrausch hereinkommen, wenn ich die hier hätte, dann würde ich mir schon irgendwelche Securitygards wünschen, aber die Tradition spielt eine wesentliche Rolle. Nasse Tücher, Wickeltücher

finde ich alles schrecklich, also für mich kommt eigentlich Fixierung, 3-Punkt-Fixierung, 5-Punkt-Fixierung oder eventuell Netzbett in Frage. Ich bin selbst eher für die 3- und 5-Punkt-Fixierung. Habe es ausführlich auch oft mit den KollegInnen vom Otto-Wagner-Spital diskutiert und deren Argumente sind mir auch zugänglich. Meine Argumente waren immer in dieser Richtung, als Mediziner muss ich schauen, dass der genügend trinkt und das auch wieder ausscheidet und darum war mir diese eine Methode lieber. Ich muss sagen, in den Institutionen, wo ich gearbeitet habe in Mannheim, eine Modelleinrichtung der Universität Heidelberg, gab es eine Intensivstation, die einzige im ganzen deutschsprachigen Raum. Jetzt ist in Wien die zweite usw., also es gibt sehr wenig solche Intensivstationen und, wie gesagt, in Heidelberg konnte man die Station zusperren und der Chef hat gesagt, wenn ihr nicht brav seid, kommt ihr ins Landeskrankenhaus. Die sind dann einfach weggeschickt worden, das heißt, man hat dort weniger gebraucht. Und in Bonn, wo ich da war, da konnte man es auch zusperren die ganze Station und da war man sich sicher, dass die PatientIn eben die Station nicht verlässt, was aber letztendlich für einen Großteil der PatientInnen dann eine unnötige Beschränkung war.

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

GRin Dr. **Pilz:** Danke schön. – Herr Professor, Sie haben gesagt, Ihr Schwerpunkt ist der Zugang zu anderen Disziplinen, also das interdisziplinäre und der Konsensbildungsprozess in Ihrem Fachgebiet. Ich beziehe mich auf das Dokument "Prävention und Management von psychiatrischen Notfällen im stationären Bereich", ein Konsensdokument der Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, datiert vom Mai 2006 und da steht im Hinblick auf Umgang mit fixierten und isolierten PatientInnen:

"Es ist darauf zu achten, dass die PatientIn weder sich noch andere gefährdet. Potentiell gefährliche Gegenstände, wie Messer, Feuerzeuge, Flaschen usw. sind nicht im PatientInnenzimmer zu belassen. Die Zimmertüre muss abgeschlossen werden, falls die betreuende Person kurzfristig den Raum verlassen muss, um das Betreten des Raumes durch andere PatientInnen zu verhindern." –

Sie kennen die Patientin, die da verletzt wurden, schwerstens verletzt wurde, ja persönlich. Nichts von alledem wurde eingehalten im Otto-Wagner-Spital als es zu dem Brandunfall gekommen ist, weder hat man darauf geachtet, dass sie sich oder andere gefährden kann, weil es ist nicht sicher, woher das Feuerzeug stammt, potentiell gefährliche Gegenstände hat man nicht aus ihrem Gefahrenbereich weggeräumt und

schon gar nicht war eine Person da, die darauf geachtet hat, dass sie sich selbst nicht gefährden kann oder dass gar ein anderer PatientIn zu ihr Zutritt hatte. Die betreffende Patientin ist fixiert, sediert, im Kreise der MitpatientInnen gewesen und es gab niemanden, der unmittelbar an ihrer Seite war und so wurde sie zu einem Drittel ihres Körpers schwerstens verbrannt, und deshalb waren die Dinge in der Zeitung, Herr Professor, und nicht deshalb, weil man Zwangsmaßnahmen, sondern weil im Rahmen von Zwangsmaßnahmen etwas passiert ist.

Und da frage ich Sie: Wer trägt auf Basis dieses Konsensdokumentes Schuld, wer hat Schuld an diesem Vorfall?

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Ich darf sagen, ich kenne die Patientin, kenne sie aber nicht so genau, dass ich alle Details genau kenne. Ich glaube, dieser Vorfall war 2004 oder 2005 und diese Publikation ist jetzt 2006 – wer sind die Autoren gewesen von dem, wissen Sie das.

GRin Dr. **Pilz:** Lauter renommierte KollegInnen aus Ihrem Fachkreis: Hummer, die war schon da, Conca, Wittek, Nedubil, Harald David, Wlassak, Schanda, Fleischhacker. Die Haute Volée der Psychiatrie.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Genau, nur dass wir die richtige Publikation meinen.

Ich müsste mir den Fall genau anschauen, und ich nehme an, dass das ja auch eine forensische Konsequenz hatte, dass es da wahrscheinlich auch Anklagen geben wird. Also ich glaube, der richtige Ort für so was ist das Gericht, dass die das nachher verhandeln sollten und dann genau feststellen sollten, wer da einen Fehler gemacht hat.

GRin Dr. **Pilz:** Ich frage Sie fachlich. Ich frage Sie fachlich: Wenn So etwas in Ihrem Umfeld passieren würde, würden Sie sagen, hat man hier genügend Aufsicht geleistet. Ich rede jetzt nicht von dem, was im konkreten Fall für die strafrechtliche - nebenbei hat der Krankenanstaltenverbund, wie Sie sicher wissen, gesagt, er trägt keine Schuld - aber letztlich auf Basis dieser Übereinkunft der Fachgesellschaft das halten. Wer trägt für fixierte PatientInnen, die sich nicht wehren können, die Verantwortung? Eine ganz grundsätzliche Frage.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Grundsätzlich ist es immer die PrimärärztIn, das ist die Letztverantwortliche und die muss feststellen, ob die derzeit gängigen Gepflogenheiten eingehalten werden.

Ich möchte nur zu bedenken geben, eben jemanden zu fixieren, also das Anzünden geht innerhalb von Sekunden, wenn ihm jemand das zusteckt und die zündet das an, geht innerhalb von Sekunden, man kann es auch verstecken

usw., also das müsste genau analysiert werden, wie es dazu gekommen ist, und letztendlich hat die PrimärärztIn die Verantwortung. Das muss ich meinen MitarbeiterInnen auch täglich sagen.

GRin Dr. **Pilz:** Im konkreten ist ja gerade im Otto-Wagner-Spital seitens der Ärzteschaft die Sorge geäußert worden, wiederholt und auch offiziell, dass sie Einlassungsfahrlässigkeit begehen könnten, weil sie eben die nötigen Ressourcen nicht haben. Und in dem Zusammenhang eine zweite fachliche Frage.

Die Ärzteschaft reklamiert auch oder viele ÄrztInnen, dass ihnen ein intensivmedizinisches Bett in ihrem unmittelbar zugänglichen Bereich und entsprechende Laboreinrichtungen fehlen, dass es so ist, dass man die sedierten PatientInnen, wo es Atemprobleme geben kann usw. usw., einfach auf normalen Regionalabteilungen unterbringen muss und nicht die Möglichkeit hat, entsprechend die Intoxikation zu untersuchen bzw. dann die intensivmedizinische Überwachung zu leisten. Ist das „state of the art“, teilen Sie die Sorgen dieser KollegInnen?

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Nun ich habe Ihnen gesagt, eine intensivpsychiatrische Station gibt es bei uns in Wien am AKH. Ich bin mir nicht sicher, ob die in Mannheim noch existiert, ich glaube, die haben sie inzwischen aufgelassen, das wäre die zweite gewesen. Das heißt, man kann nicht „state of the art“ sagen, dass es so was gibt. Ich bin froh, dass ich sie bei uns habe, weil ich glaube, dass seelisch kranke PatientInnen, die zusätzlich auch noch körperliche Beschwerden haben, die genannte Patientin war zum Beispiel bei uns. Ein typischer Fall bei uns in der Intensivstation, weil die auf einer normalen dermatologischen Intensivstation nicht gut behandelt hätte werden können, die wären nicht zurecht gekommen mit dem ganzen Gedankengut, das sie da geäußert hat.

Das heißt, es ist gut, wenn so was zur Verfügung steht. Es ist die Frage, ob es jedes Krankenhaus haben muss, da bin ich mir nicht sicher, ob jedes Krankenhaus haben sollte. Und die Einlassungsfahrlässigkeit muss jede ÄrztIn für sich selbst entscheiden. Das ist ein Terminus technicus, wenn er sagt, diese Einlassungsfahrlässigkeit, dann muss er es seinem Chef sagen und der Chef muss reagieren, und wenn er es ihm nicht sagt, dann kann der Chef nicht reagieren. Also das ist eine ganz klare Sache. Wenn eine AssistentIn zu mir sagt, es ist Einlassungsfahrlässigkeit, dann muss ich sofort reagieren und muss irgendwas machen, ansonsten dann bin ich selber schuld.

GRin Dr. **Pilz:** Sehen Sie ein Strukturproblem darin, wenn ÄrztInnen sagen, sie können jemanden nicht beurteilen hinsichtlich des Medikamentencocktails, den die PatientIn schon im Körper

hat, wenn sie kommt und Sie müssen dazu noch sedieren und es fehlen Ihnen schlicht und einfach die Mittel. Labor usw. Würde das für Sie im Bereich der Einlassungsfahrlässigkeit sein, wenn man dann sagt, und jetzt geht man sozusagen in die Blackbox der Vorintoxikation noch unsere Medikamente. Ist das Einlassungsfahrlässigkeit unter Umständen?

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Einlassungsfahrlässigkeit ist immer dann, also ich bin kein Jurist, aber vielleicht können mich da einige – also wenn die PrimärärztIn sagt und du musst das trotzdem machen und die AssistentIn sagt, Herr Primar, das geht nicht, weil ich mich nicht auskenne hinten und vorne bei der PatientIn und er sagt, du musst das trotzdem machen, dann ist es mehr oder weniger eine Einlassungsfahrlässigkeit, aber die Intensivbehandlung richtet sich meistens symptomatisch. Wenn jetzt einer kommt, dann ist es zwar gut, wenn man weiß, was er drinnen hat, ist sehr gut, wenn man das weiß, aber diese Möglichkeit haben wir auch nicht schneller die Medikamentenspiegel zu bestimmen, das dauert auch bei uns eine Weile bis wir die Spiegel haben und sie richtet sich ganz konkret nach der Atmung, nach dem Kreislauf und nach der Herzaktivität. Diese drei Dinge muss er überwachen.

GRin Dr. **Pilz:** Welche Mindestüberwachungserfordernisse sehen Sie, wenn Sie jemanden sedieren und fixieren, was muss jedenfalls gewährleistet sein an Überwachung?

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Bei der Sedierung, wenn eben die PatientIn zusätzliche Beschwerden hat, dann haben wir die Möglichkeit zum Beispiel einen Monitor, um Herz-Kreislauf zu überwachen, aber der Großteil der PatientInnen, die auf unseren nicht Intensivstation sind, die werden eben dann durch regelmäßige Schwesternbesuche die Vitalfunktionen überwacht.

GRin Dr. **Pilz:** 1:1-Überwachung ständig bei tief Sedierte, Fixierte gibt es bei Ihnen nicht?

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Das gibt es zurzeit bei uns nicht, nur auf der Intensivstation. Also wenn wir die Entscheidung treffen, dass er eben so schwer krank ist, dann kommt er auf die Intensivstation.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Gut, wenn es anscheinend keine weitere Wortmeldung mehr gibt, dann darf ich mich bei Ihnen, sehr geehrter Herr Professor, sehr herzlich bedanken für die Beantwortung der Fragen.

Ich darf für die Kommission noch mitteilen, bei mir hat sich ein Herr Dr. Otto Buxbaum gemeldet und hat mir auch CD's, CD-Roms, ich weiß es nicht was, zukommen lassen. Und, wie gesagt, die werde ich, wie gesagt, telefonisch hat er mich kontaktiert und ich habe ihn gebeten,

dass er mir diese CD-Rom in vierfacher Ausfertigung – oder CD oder DVD, was immer es ist, ich weiß es nicht – in vierfacher Ausfertigung zur Verfügung stellt, die ich dann den einzelnen Klubs zur Verfügung stellen werde. Ich würde Sie bitten, dass Sie sich das anschauen, ob das für Sie von Bedeutung ist. –

Bitte, Frau Dr. Pilz-

GRin Dr. **Pilz:** Ich kenne den Herrn gar nicht, aber der hat Ihnen jetzt ein Set gegeben.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Ein Set, ja.

GRin Dr. **Pilz:** Ist es vielleicht – ich meine, wir haben Ressourcen auf Ebene, ich hoffe sehr, des Büros, dass man die dort vervielfältigen, dass man –

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Jeder Klub kriegt eine.

GRin Dr. **Pilz:** Die machen wir. Er hat es viermal -

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Ich habe den Wunsch geäußert, dass er mir das vierfach zur Verfügung stellt, weil ich nicht weiß, ob die Ressourcen hier im Haus bestehen, dass man solche Sachen auch vervielfältigen kann.

GRin Dr. **Pilz:** Das hat er vierfach gemacht?

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Ja, er hat das vierfach gemacht. Und ich werde jeder Fraktion eine dieser CD's oder CD-Roms oder was immer das ist, zur Verfügung stellen.

Herr Professor, darf ich Sie vielleicht noch fragen, kennen Sie den Herrn Dr. Buxbaum?

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Der schreibt sich mit "x"?

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Ja.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Nicht sehr gut. Mir ist er irgendwo einmal untergekommen, aber ich kann nichts Konkretes sagen. Darf ich fragen, wieso Sie mich fragen?

GRin Dr. **Pilz:** Weil er sich auf Sie bezieht in seinem Schreiben an uns.

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. **Kasper:** Keiner, mit dem ich, glaube ich, jemals persönlich gesprochen habe. Aber ich glaube, er schreibt ganz gerne irgendwie.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Den Eindruck habe ich auch. Aber, wie gesagt, es wurde an mich gerichtet und ich leite es weiter. Die Klubs können dann sehen, ob das für sie etwas bringt und ob es Material ist, das für sie von Interesse ist. Also meine Aufgabe ist es nur, das an Sie weiterzuleiten.

Gut, dann darf ich noch -

Bitte, Herr GR Dworak.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Darf ich nur, bitten, den Brief als Kopie auch, den Sie bekommen haben ...

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Sie kriegen den Schriftverkehr auch dann.

GR Ing. Mag. **Dworak:** Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Herr Professor, ich danke vielmals und wir schließen damit die Sitzung (*Allgemeiner Beifall.*) und ich darf nur festhalten, dass wir uns das nächste Mal am 17. Juli 2008 um 9.30 Uhr sehen und hier haben wir die ersten Zeugen, und zwar Frau Dr. Jutta Leth und Herrn Obersenatsrat Dr. Ludwig Kaspar, zum Unterschied von Kasper.

Damit ist die heutige Sitzung geschlossen. Ich danke Ihnen vielmals.

(Ende: 14.02 Uhr)