

# Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates

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

**26. Sitzung vom 18. Dezember 2008**

---

### Wörtliches Protokoll

#### Inhaltsverzeichnis

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1. Eröffnung der Sitzung,<br>Feststellung der Anwesenden                              | S. 3              |
| 2. Diverses   | S. 3              |
| 3. Zeugeneinvernahme von Herrn<br>Univ.-Prof. Dr. Richard Frey                        | S. 3 bis<br>S. 18 |
| 4. Zeugeneinvernahme von Herrn<br>Patientenanwalt Hon. Prof.<br>Dr. Konrad Brustbauer | S. 18<br>S. 46    |
| 5. Weitere Vorgangsweise  | S. 46             |



(Beginn um 9.35 Uhr)

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

Ich darf die heutige 26. Sitzung der Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates betreffend „Gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“ eröffnen.

Frau Vorsitzender-Stvin Dr. Rech lässt sich entschuldigen und hat mich ersucht, Ihnen ein angenehmes, frohes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch ins Neue Jahr zu wünschen.

Der erste Zeuge, Herr Univ.-Prof. Dr. Frey, wird sich etwas verspäten.

Als 1. Tagesordnungspunkt darf ich den Beweis Antrag (Anm.: PRT/00753-2008/0430) der Grünen zur Kenntnis bringen.

Frau GRin Dr. Pilz und Frau GRin Mag. Antonov haben neuerlich den Antrag gestellt, Frau Dr. Mag. Renate Balic-Benzing zu laden. Sie soll im Speziellen zur Aufklärung der im Antrag auf Einsetzung einer Untersuchungskommission genannten folgenden Punkte beitragen:

Budgetäre Dotierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch das Wiener Budget, sowie die Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel aus dem Zentralbudget der Stadt Wien in diesem Bereich.

Wie wir bereits das letzte Mal festgestellt haben, ist diese Kompetenz der Kostentragung in besonderem auf Grund des Wiener Jugendwohlfahrtsgesetzes 1990 Ländersache. Nachdem das Landessache ist, entzieht sich dieses Thema der Zuständigkeit unserer Kommission. Daher darf ich diesen Beweis Antrag, wie schon das letzte Mal, aus formellen verfassungsmäßigen Gründen zurückweisen.

Frau GRin Dr. Pilz, bitte.

GRin Dr. **Pilz**: Ich nehme das mit Bedauern zur Kenntnis, aber ich nehme es natürlich zur Kenntnis. Wie wohl ich darauf hinweisen möchte, dass wir uns schon einmal einstimmig für die Ladung der Frau Dr. Mag. Balic-Benzing ausgesprochen haben. Damals war die Rechtslage auch nicht anders. Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Das ist richtig. Aber, wie gesagt, es wurde dann im Nachhinein geklärt. Durch die Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht hat sich dieses Problem dann eröffnet und damit wurde die Problematik auch offen- und aktenkundig für unsere Sitzung.

Ich begrüße zur Feststellung der Beschlussfähigkeit die anwesenden Mitglieder der Kommission:

GRin Mag. Waltraut Antonov.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Christian Deutsch.

GR Christian **Deutsch**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Marianne Klicka

GRin Marianne **Klicka**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Ingrid Korosec.

GRin Ingrid **Korosec**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Hedwig Petrides:

GRin Hedwig **Petrides**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Veronika Matiasek.

GRin Veronika **Matiasek**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Siegi Lindenmayr

GR Siegi **Lindenmayr**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Dr. Alois Mayer.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Gabriele Mörk.

GRin Gabriele **Mörk**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Dr. Sigrid Pilz.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Karin Praniess-Kastner

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Mag. Sonja Ramskogler.

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

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GRin Silvia Rubik.

GRin Silvia **Rubik**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**:

GR Kurt Wagner.

GR Kurt **Wagner**: Ja.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich darf feststellen, dass wir beschlussfähig sind.

Ich darf nun Herrn Univ.-Prof. Dr. Richard Frey von der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie begrüßen.

Herr Universitätsprofessor! Sie sind hier als Zeuge geladen. Sind sie von der Verschwiegenheit entbunden?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Ich entschuldige mich für die Verspätung.

Ich habe das Schriftstück zur Entbindung von der Verschwiegenheit von der Direktion des Allgemeinen Krankenhauses hier.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich würde Sie bitten, uns dieses Schriftstück zur Verfügung zu stellen.

Ich darf darauf hinweisen, dass Sie hier als Zeuge vor der Kommission zu folgendem Gegenstand vernommen werden:

Personalsituation, Qualitätssicherung und „state of the art“-Versorgung, Sicherheit von PatientInnen und Personal, bauliche und Infra-

strukturelle Gegebenheiten in den Psychiatrischen Einrichtungen der Gemeinde Wien.

Sie haben als Zeuge die Wahrheit zu sagen. Eine Falschaussage könnte zu strafrechtlichen Konsequenzen führen. Sie haben jedoch die Möglichkeit die Antwort auf Fragen zu verweigern, deren wahrheitsgemäße Beantwortung für Sie mit Nachteilen verbunden wäre.

Herr Universitätsprofessor! Ich darf Sie bitten, dass Sie uns vorerst einen Überblick über Ihren beruflichen Werdegang zur Kenntnis bringen und dann für die Fragen der Kommissionsmitglieder zur Verfügung stehen.

Herr Universitätsprofessor, bitte.

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Guten Morgen!

Ich habe nach dem Medizinstudium 1989 im Allgemeinen Krankenhaus an der Universitätsklinik für Psychiatrie mit der Facharztausbildung begonnen und diese Facharztausbildung 1995 abgeschlossen. Ich bin somit Facharzt für Psychiatrie und Neurologie. Das hat sich mittlerweile verändert, ich darf mich jedoch als Facharzt für Psychiatrie und Neurologie mit dem Schwerpunkt der Psychiatrie bezeichnen.

Ich habe dann als Oberarzt an der Psychiatrischen Intensivstation – in Wien als Psychiatriestation 0 4 C bekannt – gearbeitet. In dieser Zeit habe ich auch an der Notfallmedizin bis 1998 gearbeitet und habe mir durch meine dortige Tätigkeit und auch an der Psychiatrischen Intensivstation 0 4 C das Zusatzfach für Intensivmedizin erworben.

Diese oberärztliche Funktion übe ich bis heute aus, ich leite also diese Funktionseinheit. Mit 8 Betten ist diese Einheit nicht sehr groß, aber, immerhin die einzige Psychiatrische Intensivstation in Wien. Im Jahr 2004 habe ich habilitiert.

Ich darf anmerken, dass ich verheiratet bin und zwei Kinder habe.

Zusammenfassend: Seit meiner fachärztlichen Tätigkeit bin ich tatsächlich durchgehend oberärztlich an der Psychiatrischen Intensivstation zuständig.

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

Frau GRin Korosec, bitte.

GRin **Korosec**: Danke, Herr Vorsitzender.

Sehr geehrter Herr Universitätsprofessor! Wir haben im Rahmen der Untersuchungskommission schon mit einer Reihe von ZeugInnen gesprochen, die sich mit der Intensivmedizin im Otto-Wagner-Spital beschäftigen. Im Besonderen hat der Herr OA Dr. Meisermann in einer Reihe von Punkten Kritik geübt.

Z.B.: sedierte PatientInnen liegen zum Teil weit ab von Schwesternstützpunkten, teilweise mangelnde technische Ausstattung im Bereich Monitoring, aus der sich die Notwendigkeit einer 1:1 Betreuung ergibt, Aufgabenverfrachtung an

die Interne im Otto-Wagner-Spital.

Er hat am 11. September 2008 gemeint: „Es wird jetzt auf uns sehr stark Druck ausgeübt, dass wir jetzt psychiatrische Überwachungen machen. Das ist so, wie wenn man einen Menschen einen VW-Käfer zur Verfügung stellt und sagt: Fahren Sie bitte 170 km/h. Das ist natürlich für uns eine sehr schwierige Situation.“

Er hat auch gemeint: Fehlen von Intensivbetten, nur 7 Intensivbetten für ein Großkrankenhaus mit 800 Betten ist äußerst gering.

Dr. Meisermann meinte auch: „Das derzeitige Vorgabenschema ist so, dass wir, wenn die somatischen Probleme überhand nehmen, die Leute auf unsere Station nehmen sollen. In dem Moment, wo sie überwachungspflichtig sind - und der Übergang kann oft innerhalb von Minuten passieren – müssen wir sie wiederum weiter transferieren. Sie müssen sich vorstellen, wir haben in der Nacht nur einen Transportdienst für 30, 35 Pavillons zur Verfügung. Wir müssen die Rettung von auswärts für diesen Transfer rufen. Wir müssen dann ein Intensivbett organisieren, das müssen wir auch selbst tun. Sie können sich vorstellen, dass der Faktor Zeit in diesem Fall kritisch ist für uns.“

Herr Universitätsprofessor! In diesem Zusammenhang meine Frage:

Wie bewerten Sie diese Rahmenbedingungen der intensivmedizinischen Betreuung im Otto-Wagner-Spital?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Ich muss Sie jetzt fragen: Sprechen Sie von Intensivmedizin innerhalb der Psychiatrie? Vermutlich nicht, denn es gibt ja keine Intensivstation innerhalb der Psychiatrie im Otto-Wagner-Spital.

GRin **Korosec**: Genau das ist es.

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Da gibt es diese Rahmenbedingung noch nicht. Ich bin überzeugt davon, dass die KollegInnen - da meine ich die ÄrztInnen, auch die Pflegepersonen und andere Berufsgruppen wie z.B. SozialarbeiterInnen - im Otto-Wagner-Spital einen möglichst guten Job tun, ich kenne die auch größtenteils persönlich.

Die Rahmenbedingungen könnten besser sein und wenn sie besser wären, dann wäre noch mehr Sicherheit für unsere PatientInnen gewährleistet. Im Detail könnten sedierte PatientInnen auch ohne apparative Überwachung – was man unter „Überwachung“ versteht, darauf können wir vielleicht auch noch zu sprechen kommen – ohne apparatives Monitoring der Vitalfunktionen, ohne Überwachung durch Kamera zurechtkommen, wenn man sich die Mühe macht Sedierung zu graduieren, wenn Sedierung so weitreichend ist, dass ein Wecken erforderlich ist. Wir sprechen von einer sedierten PatientIn, wenn ein Mensch müde ist, müde durch die Medikation. Wenn Sedierung so weit geht, dass

jemand schläft, spricht man von einer Somnolenz. Wenn bloße Ansprache nicht reicht, um den Menschen zu wecken, spricht man von einem Sopor. Wenn Schmerzreize nicht ausreichen, spricht man von einem Koma. Wenn eine Patientin somnolent soporös ist, dann braucht man, meines Erachtens, ein Monitoring der Vitalfunktionen, um die Sicherheit der PatientIn zu gewährleisten. Oder einen Personalstand, der ermöglicht, durch frequente Kontaktaufnahme mit der PatientIn immer wieder zu evaluieren, wie die Bewusstseinslage ist. Eine PatientIn, die ein ruhiges Atemmuster hat, sich im Schlaf bewegt, eine Hautcolorid wie eine Gesunde hat, nicht synodisch ist und so laufend durch ausreichend Personal beobachtet wird, ist die Realität auf einer Psychiatrie. Die Realität an der einer Psychiatrie ist nicht ein apparatives Monitoring bei jedem, ganz und gar nicht und das muss auch nicht sein.

Wenn eine PatientIn in eine kritische Verfassung kommt, man wahrnimmt, dass man rütteln muss, damit sie wach wird oder sie sich so ganz und gar nicht bewegt oder dass das Atemmuster ein solches ist, dass zu befürchten ist, dass eine Atemträgheit im Sinne einer reduzierten Atemzucktiefe und einer reduzierten Atemfrequenz besteht – das ist auch beobachtbar – dann muss man die PatientIn rasch monitieren und muss dann natürlich auch wissen, was man macht, wenn die PatientIn ateminsuffizient ist.

GRin **Korosec:** Herr Universitätsprofessor! Halten Sie 7 Intensivbetten im Otto-Wagner-Spital - ungefähr 800 Betten gibt es grundsätzlich in diesem Großkrankenhaus - für ausreichend?

Univ.-Prof. Dr. **Frey:** Ja. Richtige Intensivbetten halte ich für ausreichend.

GRin **Korosec:** Über wie viele Intensivbetten verfügt das Allgemeine Krankenhaus?

Univ.-Prof. Dr. **Frey:** Über 8 psychiatrische Intensivbetten.

GRin **Korosec:** Und wie viele Betten haben Sie?

Univ.-Prof. Dr. **Frey:** 8 Betten. In der Psychiatrischen Abteilung der ganzen Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie 120 Betten.

GRin **Korosec:** 120 Betten gegen 800 Betten?

Univ.-Prof. Dr. **Frey:** Gut, dass Sie darauf zu sprechen kommen. Die Psychiatrische Intensivstation im Allgemeinen Krankenhaus nimmt so ungefähr – ich mache es mir relativ einfach, aber es stimmt ungefähr genau – 33 % an PatientInnen, vielleicht sogar etwas weniger. Sagen wir ein Drittel aller PatientInnen kommt von unserer

Psychiatrie, von psychiatrischen Allgemeinstationen, wo PatientInnen so krank werden, dass sie auf der Psychiatrischen Intensivstation

übernommen werden.

Ein weiteres Drittel kommt von Intensivstationen des Allgemeinen Krankenhauses, insbesondere nach Unfällen durch Selbsttötungsversuche und nach Selbsttötungsversuchen durch Intoxikation oder im Rahmen von hirnorganischen Erkrankungen, die sich aus organischen Erkrankungen ergeben. Ein Beispiel: Eine PatientIn hat einen Motorradunfall – ob schuldig oder nicht ist ganz egal – und ist nach der operativen Versorgung komplett verwirrt.

Ein Beispiel: Eine PatientIn hat eine Chemotherapie und verträgt die Chemotherapie nicht und wird dabei so verwirrt - man spricht hier streng medizinisch von einem Delir -, dass die Sicherheit der PatientIn durch ihre Unruhe, durch ihre Verwirrtheit nicht gewährleistet ist bzw. auch die organmedizinische Therapie im Sinne der Chemotherapie dann verunmöglicht wird durch die psychiatrische Erkrankung. Dann übernehmen wir die PatientIn aus einer organmedizinischen Station des Allgemeinen Krankenhauses.

Ich muss den ganzen Tag sehr viel telefonieren und werde sehr viel gefragt, ob wir übernehmen können und um Rat gebeten. Aber es ist ja längst nicht so, dass wir unsere psychisch Kranken nur aus unserer psychiatrischen Abteilung übernehmen.

Das restliche Drittel kommt von psychiatrischen, auch internistischen oder unfallchirurgischen Abteilungen im Osten von Österreich.

GRin **Korosec:** Trotzdem, Herr Universitätsprofessor, Sie haben 8 Intensivbetten für 120 Betten. Am Otto-Wagner-Spital sind 7 Intensivbetten für 800 Betten.

Univ.-Prof. Dr. **Frey:** Dann möchte ich es ganz einfach sagen: Es ist die Frage, ob das Otto-Wagner-Spital sich dann auch zuständig fühlt für den ganzen Osten von Österreich? Ich fühle mich ja für den ganzen Osten von Österreich und für das Allgemeine Krankenhaus, wo es alle Fachrichtungen gibt, zuständig.

Wenn Sie jetzt meinen, eine Psychiatrische Intensivmedizin oder intensive care Überwachungsstation. Wenn Sie mich fragen, ob das für die psychiatrischen PatientInnen, die in der Psychiatrie im Otto-Wagner-Spital aufgenommen werden, reicht, dann sage ich: ja.

GRin **Korosec:** Das sind 800 Betten und 7 Intensivbetten.

Univ.-Prof. Dr. **Frey:** Ja, es könnten mehr sein, aber es könnte ausreichen.

GRin **Korosec:** Wie verstehen Sie dann die Aussage von OA Dr. Meisermann, der sagt: „Wenn jemand dann überwachungspflichtig wird, das kann innerhalb von Minuten passieren, müssen wir weiter transferieren, weil wir keinen Platz haben. Wir müssen in Wien herum telefonieren, damit wir ein Intensivbett bekommen, müssen

dann den Transport organisieren, da vergeht sehr viel Zeit.“

Also das kann es doch nicht sein, dass man sich –

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Ich kenne die Gegebenheiten im Otto-Wagner-Spital nicht so. Aber, Sie konfrontieren mich jetzt mit dem offenbaren Faktum, dass im Otto-Wagner-Spital auf der Psychiatrie 7 intensivmedizinische Betten sind, die nur diesen 800 PatientInnen gewidmet sind. Ich weiß darüber nichts.

Welche Intensivbetten meinen Sie? Meinen Sie die auf der Pulmologie? Oder meinen Sie die –

GRin **Korosec**: Das ist ein Missverständnis. Diese 7 Intensivbetten sind für das gesamte Otto-Wagner-Spital, also nicht nur auf die –

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Ich wollte nicht widersprechen. Weil meiner Kenntnis nach ist es ja so, dass es diese 7 Betten an der Psychiatrie nicht gibt.

GRin **Korosec**: Nein, es gibt keine Intensivstation.

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Sie haben mich so gefragt, als würde es sie schon geben.

Die gibt es nicht. Würde es sie geben, rein für die Psychiatrie gewidmet, würde ich meinen, dass 7 oder 8 Betten ausreichen können. Die gibt es nicht. Also gibt es die Betten auf der Intensivstation der Pulmologie. Die kenne ich alle, die reichen natürlich nicht. Weil dort liegen die PatientInnen, die an Tuberkulose oder sonst etwas erkrankt sind.

GRin **Korosec**: Genau das ist es. Da sind wir uns schon einig. Danke.

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Würden Sie das Otto-Wagner-Spital um 7 oder 8 Intensivbetten nur für die Psychiatrie aufrüsten, müsste man der Gemeinde Wien sehr dankbar sein.

GRin **Korosec**: Eine Intensivstation wäre sehr positiv?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Ja.

GRin **Korosec**: Danke.

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

GRin **Rubik**: Danke schön.

Herr Universitätsprofessor! Meine Frage geht in die Richtung: Sie sind Leiter der Intensivstation. Können Sie uns ganz kurz erzählen, wie die Ausstattung der Intensivstation aussieht und mit welcher Gerätschaft sie bestückt ist?

Meine nächste Frage wäre: Gibt es auf Ihrer Intensivstation auch maschinelle Beatmung?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Es gibt keine maschinelle Beatmung. Das ist eine speziell der Psychiatrie gewidmete Intensivstation und PsychiaterInnen dürfen nicht beatmen. Ich dürfte, weil ich ein Zusatzfach für Intensivmedizin habe. Bin aber in Beatmung auch nicht mehr so geübt, weil wir an

der Psychiatrischen Intensivstation nicht beatmen. Wir behandeln und pflegen unsere PatientInnen mit dem Anspruch, dass die Atmung intakt bleibt. Wir verwenden Atemhilfen, aber keine invasive Atemunterstützung.

Meines Wissen, haben auf dieser Station vor allem einen besseren Pflegepersonalstand – man sagt ja auch Intensivpflegestation – als jede andere Psychiatrie in ganz Österreich. Ich bin dafür sehr dankbar. Die Pflegepersonen haben teilweise eine Zusatzausbildung in Intensivmedizin oder Intensivpflege, teilweise eine Zusatzausbildung für Psychiatrie, teilweise beides. Die Pflegepersonen sind Gold wert.

Wir haben tagsüber für 8 Betten 5 Pflegepersonen, eventuell 6 Pflegepersonen, wobei allerdings die Stationspflegeleitung inkludiert ist. Wir haben in der Nacht – wenn ich Nacht sage, meine ich von 19 Uhr bis 7 Uhr – 2 Intensivpflegepersonen.

Vom Apparativen haben wir HP-Monitoring, also von Hewlett Packard. Wir monitieren die Sauerstoffsättigung über eine transkutane Messung meistens an der Fingerspitze.

Wir haben ein Monitoring der Respiration, wo sie auf Parameter zur Atemzucktiefe und zur Atemfrequenz kommen.

Wir haben ein EKG-Monitoring.

Wir müssen teilweise PatientInnen über Magensonde ernähren.

Teilweise, aber eher selten, über parenteralen Zugang und zwar zentralvenösen parenteralen Zugang. Wenn wir das machen monitieren wir üblicherweise auch den zentralvenösen Druck.

Wir haben die üblichen Schutzfixierungssysteme Segufix.

Wir haben die Möglichkeit an der Station in einem kleinen Labor Blutkörperanalyse zu machen. Der Sauerstoffpartialdruck und auch das Messen des Partialdruckes von Kohlendioxid sind wichtig, um eine Atemfunktion zu beurteilen. Das können wir auf der Station ad hoc. Wir haben in diesem kleinen Labor auch die Möglichkeit, die Elektrolyte Natrium-, Kaliumchlorid zu qualifizieren. Wir haben auch die Möglichkeit PatientInnen – das war früher mehr als jetzt, weil sich die Therapiestrategien erweitert haben – auch mit Lithium zu behandeln. Eben etwas weniger als früher, aber doch. Wir haben die Möglichkeit Lithium zu bestimmen.

Dann haben wir – das kann ich Ihnen nicht vorenthalten – auch einen Eingriffsraum für Elektrokonvulsionstherapie.

Wir haben eine eigene PhysiotherapeutIn.

Wir sind personell sehr gut ausgerüstet. Wir können mit drei ÄrztInnen am Tag rechnen.

Wenn Sie bitte nicht übersehen wollen, wir haben ein eigenes Intensivdienststrad. Wir haben

den Luxus, dass wir für diese Station, auch außerhalb der Kernarbeitszeit von 16 Uhr bis 8 Uhr, immer eine Ärztin haben. Die ist auch zuständig, wenn auf einer anderen Station eine Patientin ein akutes Problem, entweder wegen seiner Krankheit *sui generis* entwickelt oder im Rahmen vielleicht auch eines Behandlungsproblems und eines Sedierungsproblems.

Wir haben Beatmungsmaschinen um CPAP-Beatmung zu machen, Continuous Positive Airway Pressure. Da bläst man die Luft, aber dem eigenen Atemrhythmus folgend, mit einem gewissen Druck in die Bronchien, in die Atemwege, um eine Entfaltung der Lunge besser zu gewährleisten. Das müssen wir aber relativ selten zur Anwendung bringen.

GRin **Rubik**: Danke.

Ich hätte noch eine weitere Frage an Sie. Das war jetzt wirklich intensiv. Diese Intensivstation umfasst ja sehr viele Möglichkeiten.

Ich glaube, Sie haben es anfangs schon erwähnt, es umfasst aber nicht nur Aufnahme psychisch Kranker Notfälle, sondern wie Sie gesagt oder wie ich es verstanden habe, auch noch Unfallchirurgie und Suizid und - wie heißt das jetzt, jetzt fällt es mir nicht ein?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Vergiftung?

GRin **Rubik**: Ja.

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Das ist eine gute Frage, weil ich da etwas klarstellen kann.

Wir unterscheiden verschiedene psychiatrische Erkrankungen. Sie wissen vielleicht, dass in die psychiatrische Diagnostik heutzutage, also seit ungefähr 10 Jahren, nach dem ICD-10, International Classification of Diseases, in die Diagnose nichts von der Ethnologie einfließt oder weniger als früher. Früher hatten sie die Diagnose „neurotische Depression“ oder „endogene Depression“. Vielleicht hat das jemand von Ihnen schon gehört, aber davon sind wir heute abgekommen. Wir beschreiben eine Depression, die klassische Depression, die mutmaßlich auch biologisch verursacht ist - dies ist auch für einen Laien sehr einsichtig - als die episodische Depression. Weil, warum sollte ein Mensch, der so ausgeglichen ist wie jetzt unsereiner – beispielsweise plakativ formuliert – in einer Woche so schwer depressiv sein und vielleicht in einem halben Jahr manisch sein? Da hat man immer endogene Störung gesagt, das manisch depressive Kranksein. Das denkt man schon seit hundert Jahren, dass das auch ein biologisches Ungleichgewicht im Gehirn ist.

Während einer Belastungssituation bei einer reaktiven Depression, wenn man etwas Furchtbares erlebt hat oder in einem schlechten Milieu ist, hat man gesagt, neurotische oder reaktive Depression. Heutzutage trifft man diagnostisch diese Differenzierung letztlich nicht mehr, weil

man weiß, dass auch das Psychosoziale auf die Biologie wirkt. Das was wir da erleben, ist dann letztlich gespeichert und kann mehr oder weniger prägend sein und ist aber auch letztlich biologisch manifestiert. Nach dem das alles verschränkt und unser psychosoziales Umfeld uns täglich verändert, letztlich auch die Biologie des Gehirns oder gerade diese, treffen wir diese Unterscheidung nicht.

Wenn Sie unterscheiden wollen, könnten Sie endogene Erkrankungen, das wären die Schizophrenie und die manisch depressiven Krankheiten, unterscheiden von Neurosen. Tut man heutzutage nicht mehr so.

Und dann, das ist die Antwort, die lange, Entschuldigung. Es gibt auch die organischen Psychosen. Wenn eine organische Noxe, also Schädigung, aufs Gehirn trifft, dann haben Sie ein organisches Psychosyndrom. Wenn es akut ist, haben Sie ein akutes organisches Psychosyndrom, das heißt Delir. Ein Delir ist immer mit einer Bewusstseinsstörung verknüpft, aber nicht unbedingt quantitativ, so dass der müde wird und komatös. Sondern, das kann auch qualitativ sein, im Sinne einer Bewusstseinsengung oder einer Verwirrtheit. Die organischen Störungen, die können im Gehirn liegen, z.B. bei einer Enzephalitis oder einer Hirnblutung.

Wenn ich jetzt plötzlich nur mehr Unsinn reden würde, könnten Sie annehmen, dass irgendetwas in meinem Gehirn ist, z.B. eine Hirnblutung oder eine Enzephalitis oder Vieles mehr. Oder es kann die Schädigung auch außerhalb des Gehirns sein, z.B. bei Stoffwechselerkrankung. Wenn ich jetzt plötzlich völlig konfus bin, könnten Sie z.B. zuerst den Blutzucker messen, vielleicht bin ich Diabetiker. Oder, wenn mein Herz nicht funktioniert, kann mein Hirn nicht funktionieren.

Deswegen habe ich diesen Job an der Psychiatrischen Intensivstation so gern und dieses relativ viele Psychiaterwissen um Organmedizin, weil ja alles was im Körper auch nur irgendwo passieren kann auch aufs Hirn wirken kann. Diese irgendwo passierenden Dinge, die organisch fassbar sind und die Psyche des Menschen stören, das nennt man, wenn Sie differenzieren wollen, die organischen psychiatrischen Erkrankungen und Psychosen. Das ist letztlich die Spezialität auf der Station.

Wenn Sie sagen, die kommen wegen irgendetwas anderem – das haben Sie richtig verstanden – bis hin zu einer Chemotherapie bei Krebs, dann meine ich, die kommen aber nur dann zu uns, wenn sich ihre organische Störung auch psychisch sehr auswirkt.

Die Station 4 C versteht sich als Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Organmedizin bzw. Intensivmedizin und ist insofern einzigartig.

In Australien z.B. machen PsychiaterInnen organmedizinisch nichts. Wenn da irgendetwas ist, kommen die sofort auf eine z.B. Diabetologie und dort müssen die Leute schauen, dass sie mit dem psychisch fertigen Menschen irgendwie zurechtkommen. Das ist in Österreich insgesamt anders und auf unserer Station natürlich besonders anders.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Haben Sie noch eine Zusatzfrage?

Frau GRin Rubik, bitte.

GRin **Rubik**: Eine Zusatzfrage wollte ich noch stellen.

Herr Universitätsprofessor! Sie haben gesagt, Sie kriegen auch aus der Umgebung Wiens PatientInnen. Können Sie uns sagen, wie viele PatientInnen aus der Umgebung Wiens zu Ihnen kommen bzw. zum Vergleich, wie viele PatientInnen kriegen Sie aus dem Otto-Wagner-Spital?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Das ist die Frage, was Sie mir jetzt gestatten - ich könnte jetzt sagen, ich kann es Ihnen nicht sagen, weil ich es nicht ganz genau weiß. Aber ich habe Erfahrung und ich lehne mich sicher nicht zu weit aus dem Fenster, wenn ich sage, dass wir aus Niederösterreich und Burgenland ungefähr, wenn ich ehrlich bin, muss ich ja sein, nur 5 % der PatientInnen haben. Aus dem Otto-Wagner-Spital also auch sicher nicht mehr als 5 % der PatientInnen, muss man sagen.

Wir kommen ungefähr auf 33 %, wenn Sie wissen wollen, wie viele kommen nicht aus dem Allgemeinen Krankenhaus. Sei es aus dem Allgemeinen Krankenhaus Pool der Organmedizin oder aus dem Allgemeinen Krankenhaus Psychiatrie, dann haben wir insgesamt 33 %. Es kommen nicht nur aus dem Otto-Wagner-Spital PatientInnen, sondern wir haben manchmal welche aus dem SMZ-Ost und allen die Sie kennen. Es kommen eben auch welche aus Intensivstationen innerhalb Wiens. Z.B. kommen manche von der großartigen Vergiftungs-Station – nein, Vergiftung sollte man nicht sagen, sondern Toxikologische Station des Wilhelminenspitals. Die haben auch Intensivstatus, OA Dr. Schmid.

Ich sage Ihnen, es kommen 5% bis 8 % aus dem Otto-Wagner-Spital und nicht mehr.

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

GRin Dr. **Pilz**: Danke.

Herr Universitätsprofessor! Es ist natürlich gut zu wissen, wenn jetzt irgendeiner von uns da vom Stuhl kippen würde, wir wären bei Ihnen in allerbesten Händen.

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Da haben wir einen guten Draht gefunden, danke.

GRin Dr. **Pilz**: Was halten Sie denn vom psychiatrischen Intensivbett vulgo Netzbett?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Unser psychiatrisches

Intensivbett impliziert bei konkret 25 % bis 30 % der PatientInnen auch eine Schutzfixierung. Wir schützen die PatientInnen dann, wenn sie nur dann behandelbar sind, wenn sie geschützt sind. Der Vorteil der Schutzfixierung ist, dass die PatientInnen dann behandelbar werden. Nicht nur im intervenösen Konzept, sondern auch im Monitoring und in der Pflege.

Was ich bis jetzt dargestellt habe, darf Sie nicht verleiten zu glauben, dass wir keine Schutzfixierung verwenden. Im Vergleich zum Netzbett hat die Schutzfixierung den Vorteil, dass man eine nicht kooperationsfähige PatientIn – es ist mir unheimlich wichtig zu sagen: Es geht nicht darum, dass sie nicht will, sondern die kann einfach nicht – dann zuverlässig behandeln kann. Wenn Sie eine Patientin im Netzbett mit sehr weitgehend fehlender Kooperationsfähigkeit behandeln wollen, dann wird sie es einfach nicht zulassen. Kurz gesagt - Sie verstehen wahrscheinlich was ich meine, was da alles vorkommen kann - also Essen vielleicht abwehren, Trinken vielleicht abwehren. Pflege vielleicht abwehren, Medikamente zu schlucken vielleicht abwehren, intravenöse, intramuskuläre Behandlung abwehren.

Das heißt, meines Erachtens ist das Netzbett eine brauchbare Alternative für Menschen, die weitgehend kooperationsfähig sind und vielleicht im Rahmen von Impulsivität plötzlich unberechenbar sehr ausladend sind. Oder Menschen, die sich vielleicht vor Sturz nicht selbst schützen können, in einer Phase ihrer psychischen Erkrankung sind, wo sie benommen sind oder vielleicht auch wirklich körperliche Erkrankungen mit sich bringen wie z.B. bei einer Demenz, wo man dann so hochtaumelt oder hochtaumeln will und dann aus dem Bett fällt, aber ansonsten recht kooperativ ist, also die Pflegepersonen heran lassen, die ÄrztInnen heran lassen und mit sich tun lässt. Ich meine, wenn Sie wissen, dass das Kriterium für die Unterbringung die Gefährdung ist, dann kann man sich natürlich vorstellen, dass für tatsächlich gefährdete PatientInnen die Schutzfixierung eine sicherere Methode ist.

Einerseits um die PatientIn vor sich selbst und andere mit Verletzungen zu schützen. Andererseits auch, um die zuverlässige Behandlung bei einer nicht einsichtsfähigen Patientin zu gewährleisten. Ich finde es akzeptabel, wenn Netzbetten verwendet werden. Warum auch nicht? Ich meine, es ist ja eine Erweiterung der therapeutischen Palette.

GRin Dr. **Pilz**: Gibt es im Allgemeinen Krankenhaus Netzbetten oder nicht?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Nein.

GRin Dr. **Pilz**: Weil Sie sie therapeutisch nicht für sinnvoll erachten oder warum nicht?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Weil wir sie für verzicht-



bar erachten. Vor allem auch wegen der Psychiatrischen Intensivstation. Weil wir an der Psychiatrischen Intensivstation durch unsere Personaldichte die Möglichkeit haben, genau solche PatientInnen, vielleicht dann einmal nicht zu fixieren und durch die Gegenwart der Pflegeperson, der Physiotherapie, der ÄrztIn, letztlich mehr oder weniger 1:1 Kontakt zu halten.

Dann ist natürlich auch das Monitoring ein Vorteil. Wenn sie eine PatientIn apparativ mit einem Pulsoximeter monitieren und Sie empfehlen ihr aus ärztlicher Indikation eine Bettruhe und sie macht sich auf aus dem Bett zu gehen oder zu fallen, dann haben Sie einen Alarm, weil sich der Clips von der Fingerkuppe löst.

Sie können eher ohne Netzbett auskommen, wenn Sie eine spezialisierte Station mit Personal und Monitoring haben. Umgekehrt können Sie aber im Netzbett wieder nicht monitieren. Das ist übrigens auch etwas, was gegen das Netzbett spricht, dass Sie nicht monitieren können. Was für das Netzbett spricht ist, dass man die PatientIn auch vor anderen schützt, das ist z.B. etwas, was für das Netzbett sprechen kann.

GRin Dr. **Pilz**: Vor anderen? Dass sie vor anderen geschützt ist?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Ja, vor anderen.

GRin Dr. **Pilz**: Wenn das Netzbett in der Öffentlichkeit steht. Aus dem Otto-Wagner-Spital habe ich hier unlängst einer anderen Zeugn ein Bild präsentiert, wo das Netzbett mit einer PatientIn drinnen am Gang steht und rundherum ein Paravent, um vor Blicken zu schützen.

Halten Sie das für eine adäquate Unterbringungssituation?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Schauen Sie, ich bin eher ein wohlmeinender Mensch. Die haben wahrscheinlich wenig Platz gehabt. Natürlich ist es nicht günstig, Sie skizzieren ein Bild, wo der Blick auf die PatientIn verstellt war. Das ist nicht gut, weil theoretisch könnte es sein, dass sie bewusstlos ist.

GRin Dr. **Pilz**: Das führt mich zu meiner nächsten Frage -

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Im Übrigen ist es auch nicht gut, weil die PatientIn natürlich sehr leidet, wenn sie gar nichts sieht. Das ist übrigens auch ein Vorteil, wenn sie schutzfixieren und einen hohen Personalstand haben, dann fühlen sie sich nie vergessen. Es ist natürlich schlimm für eine PatientIn, die schutzfixiert ist und 5 bis 10 Minuten keinen Menschen sieht, weil insbesondere in der Wahnsymptomatik könnte man wirklich glauben, man ist vergessen und das ist natürlich entsetzlich.

GRin Dr. **Pilz**: Uns berichten PatientInnen und Angehörige, dass manche stundenlang fixiert unbetreut im Otto-Wagner-Spital sind.

Ich möchte auf die Rahmenbedingungen, von

denen Sie gesprochen haben, zurückkommen. Ich konnte Ihrer Argumentation, was Sie mit dem Netzbett können oder nicht können, gut folgen.

Im Otto-Wagner-Spital ist in mehreren, vor allem in den alten abgewohnten Pavillons, die Situation so, dass die Netzbetten oder fixierte PatientInnen weit weg vom Schwesternstützpunkt untergebracht sind. Dass nicht gewährleistet ist, dass nicht andere dritte Unbefugte Zutritt haben. Also Netzbetten oder fixierte PatientInnen in Zimmern sind, wo auch andere da sind, wo jeder rein und raus gehen kann.

Wie schätzen Sie so eine Situation hinsichtlich des Gefahrenpotentials und der Verantwortung der diensthabenden Mann- und Frauschaft ein?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Da haben es die PatientInnen und das Personal schwer und es wäre gut, wenn man etwas ändern könnte. Ich muss schon sagen, dass PatientInnen, die beschränkt sind, sei es durch Netzbett oder auch durch Fixierung, in den Zimmern sein sollten, die nahe dem Stützpunkt sind. Und dass man eine Netzbettbehandlung auch mit Monitoring im Sinne von Kameramonitoring vergesellschaften sollte, meines Erachtens.

GRin Dr. **Pilz**: Sie haben für mich als Nichtmedizinerin, sehr gut die unterschiedlichen Implikationen von Sedierung nachvollziehbar dargestellt. Es ist klar, wenn jemand leicht sediert ist, dann ist er sozusagen in seiner psychischen Situation stabilisiert und dass da kein 1:1 Monitoring notwendig ist. Das sind nicht die Fälle, die ich hier speziell inkriminiere. Sondern, da geht es schon um tiefe Sedierung, wo sich Menschen gar nicht gut selber helfen können.

Da haben mir ÄrztInnen aus dem Otto-Wagner-Spital von ihrer Sorge berichtet, wenn da jetzt jemand im Netzbett ist und oder auch nur fixiert ist, dass dann mangels der Ausstattung und mangels Monitoring und 1:1 Betreuung und mangels Blutgasanalyse usw. -

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Mangels Kamera vielleicht auch usw.

GRin Dr. **Pilz**: Mangels, mangels, mangels Menschen in diesen tiefen Sedierungsgrad fixiert in Regionalabteilungen untergebracht sind und dass bei der Fixierung, vor allem bei einer Fünf-Punkt-Fixierung, die an sich anempfohlen ist, es dann zu Atemverflachung kommen kann, das merkt man dann gar nicht und plötzlich kommt ein Mensch in eine lebensbedrohliche Situation.

Können Sie als Intensivmedizinischer Psychiater verantworten, dass es diese Art von Unterbringung gibt?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Eine klare Frage an mich. Schauen Sie, ich habe Ihnen gesagt, ich bin seit 1995 auf der Station und bin stolz und glücklich darüber. Ich würde es nicht verantworten wollen. Wenn man es so gewöhnt ist, wie ich

es gewöhnt bin, will ich es nicht verantworten wollen.

Man muss natürlich schon sehen, dass, wenn man 800 Betten im Otto-Wagner-Spital betrachtet, so insgesamt, je nach Psychiatrischer Abteilung, geht man von 5 bis 30 % an untergebrachten PatientInnen aus. Das ist länderspezifisch unterschiedlich, vielleicht sind im Otto-Wagner-Spital so ähnlich wie im Allgemeinen Krankenhaus 10 %. Im Otto-Wagner-Spital werden es vielleicht mehr sein als bei uns oder auch nicht mehr, das weiß ich nicht.

Für das was dort nötig ist und mit den PatientInnen an Behandlung und Pflege gemacht wird, passiert eigentlich bemerkenswert wenig. Das spricht für die Kenntnisse, Fertigkeiten und auch für die Einstellung der PsychiaterInnen.

Wenn Sie eine Fallzahl von PatientInnen haben, wo wirklich etwas passiert ist, dann können Sie annehmen, wenn Sie all diese Möglichkeiten der Pflegebetreuung, der ärztlichen Betreuung und des Monitorings hätten, dass die Fallzahl besser wäre.

Ich würde es nicht verantworten wollen. Ich habe aber Verständnis für diejenigen, die es verantworten müssen.

GRin Dr. **Pilz**: Das ist eine hohe Belastung und hohe Verantwortung unter vormodernen Bedingungen, würde ich den politischen Schluss ziehen. Dazu kommt noch, jetzt habe ich Ihnen aufmerksam zugehört, dass es im Allgemeinen Krankenhaus ein Nachdienst der Intensivmedizin gibt. Vielleicht kann ich noch flüstern „ich will ins AKH“, wenn ich eines Tages in so einer Situation bin. Das sage ich jetzt sehr persönlich und ich würde es fast jeder WienerIn raten. Aber so darf es eigentlich nicht sein.

Da möchte ich Ihnen jetzt die Situation im Otto-Wagner-Spital dem gegenüber stellen. Dass im Nachdienst die TurnusärztInnen ab 13 Uhr zuständig sind. Und dass wir, weil wir keine FachärztInnendienstposten im Otto-Wagner-Spital besetzen können, TurnusärztInnen haben, die zum Teil frisch von der Universität kommen, noch gar kein einschlägiges Vorfach haben, sich allein mit 60 PatientInnen ab 13 Uhr unter diesen, auch technischen - Monitoring - Bedingungen, alleine sehen und dann zur diensthabenden FachärztIn, die wiederum vielleicht ihren Supervisor hat, der dann wirklich ausgebildet ist, gehen kann.

Sind das Rahmenbedingungen, unter denen man Verantwortung übernehmen kann und zuzumuten darf?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Sie haben sich über die Rahmenbedingungen - wenn ich davon ausgehe, dass das so ist wie Sie sagen, dann ist es nicht optimal, aber verantwortbar ist es. Weil das zeigt ja die Erfahrung, dass den PatientInnen

dort geholfen wird und dass, wie ich meine, an Nottfällen wenig passiert.

GRin Dr. **Pilz**: Es hat zwei Brandunfälle gegeben, wo Menschen schwer zu Schaden gekommen sind. Das ist das Eine.

Das Zweite ist, wie man sich denn als fixierte PatientIn fühlt? Ich stelle mir das jetzt vor: Man ist unter solchen Bedingungen im Kreise von MitpatientInnen, die aus guten Gründen in der Psychiatrie sind, fixiert. Wir kennen das Beispiel aus Graz mit dieser Dose Leberpastete, die einem Patienten in den Mund geschoben wurde und der ist verstorben. Weil bis jetzt relativ wenig passiert ist, kann man das Risiko tragen?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Wenn Sie mich fragen, ob man das Risiko tragen kann, sage ich natürlich ja, weil ich sonst die ganze Psychiatrie in Frage stellen würde.

Vor den KollegInnen, die im Augenblick das Risiko tragen, habe ich Respekt. Das Risiko ist nicht – ist sehr, sehr klein, aber es ist da. Natürlich kann man Risiko immer minimieren. Ich sehe zwei Aspekte. Auf der einen Seite möchte ich bei Gott niemand, der eine weniger gut ausgerüstete Station als „meine“ leitet, schlecht machen. Auf der anderen Seite habe ich natürlich die Stoßrichtung, dass ich will, dass es auch überall besser wird.

Wenn Sie mich jetzt als den letzten Psychiater fragen, wenn Sie unbedingt einen Psychiater für das Otto-Wagner-Spital brauchen und ich müssten den Job jetzt 1, 2, 3, 4, 5, 6 Wochen machen, würde ich ihn auf jeden Fall machen. Ich würde ihn machen. Aber so Dinge, dass die schutzfixierten oder im Netzbett liegenden PatientInnen so nahe wie möglich am Stützpunkt sind, würde ich schon gleich versuchen. Das passiert wahrscheinlich auch.

GRin Dr. **Pilz**: Dann wäre der Patient nicht verbrannt, der weiß Gott weit weg (*Diskussion*) ja, zwei tragische Fälle haben wir (*Diskussion*) und die Unterbringung in Netzbetten fernab des Stützpunktes ist nach wie vor der Fall. Außer man stellt sie am Gang.

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

GRin **Matiasek**: Herr Universitätsprofessor! Wir haben uns im Zuge dieser Untersuchungskommission - weil es untrennbar mit der PatientInnenversorgung ist - mit der Vor- und Nachsorge außerhalb der Klinik darüber unterhalten.

Wie beurteilen Sie die Situation der Einrichtungen, der Plätze, der personellen Ausstattung betreffend der Betreuung psychisch kranker PatientInnen nach einem Klinikaufenthalt, im Hinblick darauf, dass sie ihre Medikamente regelmäßig einnehmen können, dass sie nicht verwahten, was ja eine große Gefahr ist? Wie sehen Sie hier die Ausstattung der Einrichtungen

in Wien an?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: In Wien und Österreich ist ja die Situation international gesehen phantastisch. Das ist ja unglaublich! Die Leute sind alle versichert, kriegen die Behandlung, sei es aus organmedizinischen oder psychiatrischen Gründen, über die Krankenkasse. Es ist phantastisch. Es gibt Ambulatorien, den Psychosozialen Dienst, es gibt KassenärztInnen, es gibt PrivatärztInnen. Sie können über 24 Stunden eine Ambulanz in einer psychiatrischen Abteilung aufsuchen.

Im internationalen Schnitt ist es so, dass die Gäste, die uns besuchen, das gar nicht fassen können. Wenn Sie z.B. die Vereinigten Staaten hernehmen, da können Sie auf eine psychiatrische Abteilung nur kommen, wenn Sie schon auf der Bahre liegen. Wie es ambulant ist, kann ich Ihnen nicht so genau sagen, aber sicher nicht so gut wie bei uns.

Ich kann sagen, dass wir für jede PatientIn einen ambulanten Behandlungsplatz in Wien finden können. Die Frage ist, ob wir im Stande sind - sei es jetzt auf einer Station oder in einer Ambulanz - die Kooperationsbereitschaft der PatientIn so weit zu unterstützen, dass sie auch wirklich hingeht. Diese Verantwortung liegt in den Händen einer möglichst guten ÄrztIn, dass sie eben einen Zugang zur KlientIn findet, nicht von oben herab, sondern verständnisvoll und respektvoll, dass die dann auch die Therapie macht. Wenn sie bereit ist, findet sie einen Therapieplatz. Dass es da natürlich weniger gute und besonders gute ÄrztInnen gibt, ist auch ganz klar. Ich würde sagen, mit den ambulanten Behandlungsplätzen sind wir in Wien gesegnet.

Es kann natürlich immer alles noch besser werden und das würde ich mir auch wünschen. Es wird wahrscheinlich auch besser, weil ich hoffe, es geht in die Richtung. Aber ich finde es ist gut.

GRin **Matiasek**: Wir haben hier auch schon anderes gehört, vor allem was die Betreuung besonders schwieriger Fälle betrifft. Würden Sie die Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch so sehen? Wie weit haben Sie damit zu tun und können Sie das einschätzen? Sind Sie da auch zufrieden?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Danke, dass Sie mir die Möglichkeit geben. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie, verzeihen Sie mir, da muss ich Ihnen sagen, das weiß ich nicht. Das weiß ich wirklich nicht.

Vielleicht interessiert Sie das, ich muss sagen, da habe ich mich auch darauf vorbereitet.

Wir haben heuer interessanterweise auf unserer Station nur zwei Jugendliche aufgenommen. Die waren zwischen 16 und 18 Jahre, also dem Erwachsenenalter nahe. Letztes Jahr waren

es 6 Jugendliche - ich meine jetzt auf der Station 4 C - wegen besonders schwerer Erkrankung im Sinne eines Delirs, also einer Verwirrtheit, wo die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht ausreichend zurechtgekommen ist. Ich kann die Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht weiter beurteilen.

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

GRin **Praniess-Kastner**: Vielen Dank, Herr Professor, für Ihre Ausführungen! Und ich freu mich für Sie, dass, wenn internationale Delegationen kommen, die das AKH als vorbildlich bezeichnen. (*Zwischenruf*) Das freut mich für Sie, dass Sie dort arbeiten können und perfekte Rahmenbedingungen vorfinden, wie Sie uns erzählt haben. Sie haben aber auch gesagt, wenn Sie der letzte Psychiater wären in Wien und gefragt werden würden, ob Sie im Otto-Wagner-Spital arbeiten würden, dann würden Sie das für ein, zwei, drei, vier, fünf, sechs Wochen machen. Würden sich bereit erklären. Was würden Sie machen, wenn Sie länger im Otto-Wagner-Spital arbeiten müssten als sechs Wochen?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Also, da war viel Rhetorik dahinter. Ich würde auch länger und nicht nur als letzter Psychiater. Also, wenn sich - (*Zwischenruf*) Was ich dort machen würde? (*Zwischenruf*) Na ja, ich würde sicher, und auf das wollen Sie hinaus, also ich würde auch Akutzimmer schaffen, wo mehr Pflegebetreuung und mehr operatives Monitoring möglich ist. Das würde ich dort durchsetzen. (*Zwischenruf*) Das wäre auch eine der Bedingungen, wenn man mich dort haben wollte. Aber das könnte ich eben ja in sechs Wochen nicht machen und auch in einem Jahr nicht so schnell. Aber - (*Zwischenruf*) Aber ich würde es probieren. Ich würde mich ja dafür einsetzen. Zur Not würde ich mir einen Monitor kaufen und würde ihn in ein Zimmer stellen.

GRin **Praniess-Kastner**: Ja, vielen Dank Herr Professor, für diese auch humorvolle Ausführung jetzt. Sie können sich aber vorstellen, wie das für Ihre KollegInnen ist, die seit Jahren urgieren, dass etwas gemacht werden soll, dass etwas notwendig ist. Sie haben ja auch gesagt, für die PatientInnensicherheit ist es ganz, ganz notwendig, die Apparate zur Verfügung zu haben, die man braucht für Intensivüberwachung. Danke für Ihre Ausführungen und ich denke, Sie haben Verständnis für Ihre KollegInnen, die das jahrelang bereits urgieren und kein Gehör gefunden haben.

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Ja, habe ich sehr. Ja. Und wenn man dann einmal diese Möglichkeiten hat, dann entwickelt man sich auch. Man entwickelt sich dann auch in Richtung ExpertIn im

Umgang mit diesem Equipment, sei es jetzt in der Geräteschulung oder in der Interaktion mit den Pflegepersonen, die dann mehr sind und auch besonders geschult sind und gesondert geschult werden.

GRin **Praniess-Kastner:** Von einem der ZeugnInnen haben wir, nicht nur von einem der ZeugnInnen haben wir auch gehört, anschließend jetzt an Ihre Feststellung, man entwickelt sich. Man entwickelt sich einfach in die Richtung, dass man sehr, sehr engagiert ist und die Gefahr hat, ein Burn-out zu bekommen oder man entwickelt sich, dass man einfach sich mit diesem System abfindet und irgendwann so abstumpft, dass man nichts mehr verlangt, weil man einfach festgestellt, dass man jahrelang kein Gehör gefunden hat.

Univ.-Prof. Dr. **Frey:** Ein großes Problem. Ja. Richtig. Das stimmt.

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

GRin **Klicka:** Danke, Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Professor!

Sie sind ja auch Experte im Umgang mit Stress, also für Stressmanagement, haben ja auch dazu wissenschaftliche Arbeiten verfasst und es ist gerade so, dass bei den helfenden Berufen, also Helfer sich nicht unbedingt gerne helfen lassen, wozu auch die Gesundheitsberufe zählen. Ich bin im Lehrberuf seit 39 Jahren tätig und weiß, dass es dort ähnlich gelagert ist, dass man sich natürlich eine Schwäche einmal selbst nicht so sehr eingestehen möchte, aber auch vor anderen Schwächen nicht zeigen oder eben die Stärken hervorkehren möchte.

Der Umgang und die Pflege mit psychiatrischen PatientInnen, glaube ich, stellt eine ganz besondere Herausforderung auch im Bereich der Medizin dar und dazu zählen sicherlich dort auch die Nachtdienste. Es wurde im Otto-Wagner-Spital immer schon sehr, sehr viele Fortbildungsveranstaltungen auch angeboten, um die MitarbeiterInnen immer wieder auch zu stärken und zum Stressabbau beizutragen. Es sind die Teambesprechungen, es sind die Supervisionen, es ist die Schulung im Deeskalationsmanagement, die Sie sicherlich auch sehr gut kennen und es ist ein großer Ausbau in den letzten VVVJAHREN?? auch im Bereich der Fehlerkultur passiert, dass sowohl Fehler als auch Beinahefehler sehr gut aufgezeichnet wurden und in den Teambesprechungen auch immer nachbesprochen werden, damit man einerseits Fehler verhindert kann - wir sind alle Menschen, man wird sie nicht grundsätzlich auf Null setzen können - aber das man es auch besser lernt, sie zu bewältigen und vor allem, wenn Fehler passieren, eine psychologische Nachbetreuung der

MitarbeiterInnen stattfindet, die dort vor Ort tätig sind.

Es ist bedauerlich, dass die Frau GRin Dr. Pilz nicht gut informiert ist oder oft ein Bild zeichnet, dass schon lange nicht mehr existiert. Wir wissen alle, dass bei den Nachtdienststrädern schon 2007 begonnen wurde und 2008 fortgesetzt wurde, dass mit 1. April zwei Regionalabteilungen bereits umgestellt werden konnten, mit den facharztgleichen Nachtdiensten und dass jetzt mit 8. Dezember die weiteren beiden Stationen, die dritte und die sechste psychiatrische Abteilung umgestellt werden konnte. Es sind diese facharztgleichen Nachtdienste sehr gut mit der Frau Dr. Herbeck, der Dr. Aulehla vom KAV koordiniert worden, auch den Primarii und auch die Frau Dr. Leth vom Mittelbau, die ja auch bei uns Zeugin war, hat das sehr gelobt und daran teilgenommen, an dieser Entwicklung. Es sind das ja nicht TurnusärztInnen, die erst seit wenigen Monaten tätig sind, sondern TurnusärztInnen, die bereits ihre Facharztausbildung theoretisch abgeschlossen haben und ganz kurz oder knapp vor dem Gesamtabschluss stehen, das heißt, auch schon praktische Erfahrungen haben und durch dieses Aufstocken und diese facharztgleichen Dienste ist nun eine Betreuung im Nachtdienst auf allen Stationen möglich. Und das ist ganz, ganz wichtig, dass nicht noch während der Nacht von einem Pavillon zum anderen gewechselt werden muss. *(Zwischenruf)*

Grundsätzlich glaube ich, dass zum Stressabbau natürlich auch ausreichend Personal dazu gehört. Sie haben selbst gesagt, also in vielen Bereichen sind wir in Wien gut ausgestattet und es ist auch so, dass 2007 bereits ein Ausbau geplant war und auch dieser Ausbau durchgeführt wurde. Wir haben 18 FachärztInnen mehr, wir haben 18 MitarbeiterInnen in der Betreuung und Pflege mehr, das heißt, dass natürlich auch dieser Ausbau wesentlich dazu beigetragen hat -

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Darf ich Sie dann bitten zur Frage zu kommen, Frau Gemeinderätin! *(Zwischenruf)*

GRin **Klicka:** FachärztInnen - *(Zwischenruf)* Fach - *(Zwischenruf)* FachärztInnenstellen - *(Zwischenruf)* Stellen. Wir haben noch nicht alle besetzt. Aber wir haben - *(Zwischenruf)* Nein.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Bitte!

GRin **Klicka:** Großteils haben wir sie auch schon besetzt. *(Zwischenruf)*

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Bitte. Darf ich Sie - *(Zwischenruf)*

GRin **Klicka:** Ich komme jetzt zu meiner Frage, weil das eng mit diesem Stress auf den Stationen eben zusammenhängt und ich wollte nur dieses falsche Bild, das von der Frau GRin Dr. Pilz gezeichnet wurde, das sicherlich vor einigen Jahren noch existiert hat, aber auch die

Psychiatrie ist in ständiger Entwicklung begriffen, richtig stellen.

Ich würde Sie nun ersuchen, uns zu sagen, was Sie auf Ihrer Station als Führungspersönlichkeit zum Stressabbau Ihrer MitarbeiterInnen beitragen können und welche Maßnahmen in Zukunft weiter ausgebaut oder getroffen werden sollen.

Univ.-Prof. Dr. **Frey:** Also, ich muss Ihnen sagen, für mich als Psychiater kann es keine bessere Situation geben, als Damen und Herren, die auf der einen Seite sagen, es gibt für die Psychiatrie schon Vieles. Und das stimmt auch. Und andererseits gibt es welche, die noch mehr haben wollen. Also, was kann es besseres geben? Es soll mehr und mehr geben. Und das tut den psychisch Kranken sicher gut. Sie wissen, dass psychische Erkrankungen sehr häufig sind und Komabilitäten haben mit verschiedenen anderen Erkrankungen.

Übrigens, weil Sie gesagt haben, helfenden Personen gehen nicht gern zum Psychiater. Das trifft uns irgendwie alle. Es ist halt einmal so, dass sich jeder Mensch im Rahmen seiner Intimität als Experte seiner eigenen Psyche versteht. Weil man spürt sich und man hat seine Wahrnehmungen. Und die hat man eben selber. Das ist der Unterschied zu psychischen Problemen, zu Erkrankungen, zu psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Organmedizin. Wenn Sie was am Herz haben oder auf der große Zehen, dann legen Sie sich in die Hände der ZehenexpertIn oder der HerzexpertIn, und die kann machen - wenn Sie reflektieren, können Sie eine zweite, dritte Meinung einholen. Aber man muss wirklich verstehen, dass ein Mensch sich auch als Experte seiner psychischen Situation versteht. Und deswegen gehört da ein sehr einfühlsamer Umgang, wenn man helfen will. Also, man muss versuchen, den Menschen zu verstehen und vor allem Respekt bieten. Ich würde meinen, in aller Bescheidenheit, dass ich diesen Ansatz habe und als Arzt lebe. Und daraus ergibt sich ein gewisses Engagement. Ich meine, ich habe das Glück gehabt, dass ich in einem Setting arbeite, wo viel da ist. Teilweise habe ich es geerbt. Danke an den Oberarzt Presslich und an den Vorstand, teilweise habe ich manches dann weiter vorangetrieben. Ich würde meinen, dass die beste Hilfe gegen Burn-out, in dem kleinen Bereich, wo ich zuständig bin, ist die Hilfe gegen Burn-out, dass wir engagiert sind, also dass wir wirklich bei jedem versuchen, am Gas zu stehen und das Beste zu machen. Also wirklich unser Engagieren. Dann haben wir Bettenvisiten, Sitzvisiten. Wir besuchen gemeinsam Fortbildungsveranstaltungen. Wir haben ein Sommerfest. Wir haben ein Weihnachtsfest und so weiter. Also, wir verstehen uns halt. Und ich glaube, es ist gut

für ein Team, wenn derjenige, der es leitet, engagiert ist. Das, glaube ich, ist wichtig.

GRin **Klicka:** Danke vielmals. Es ist ja nicht nur der Umgang sozusagen mit Stress der MitarbeiterInnen, sondern auch in den meisten Fällen der Umgang mit Angehörigen, die ja auch in dieser Situation meistens auf Grund dieser Erkrankung ihres Angehörigen unter Stress leiden. Wie kann man Angehörigen helfen, solche Situation besser zu verkraften?

Univ.-Prof. Dr. **Frey:** Na ja, in einem Team ist es übrigens auch wichtig, dass man jeden wahrnimmt. Weil ich denke, jemand ist ein schlechter Arzt als Leiter einer Station, wenn er nicht wahrnimmt, dass die Physiotherapeutin was Wichtiges sagen oder dass die Pflegeperson was Wichtiges sagen will, was Sinnbringendes. Und es ist meistens Sinn bringend. Das heißt, man sollte jeden wahrnehmen. Man soll nicht irgendwie einen Dünkel haben und sich da als Oberarzt fühlen, der nur anschafft.

Und genauso sollte man natürlich die Verwandten wahrnehmen. Man muss die Verwandten wahrnehmen. Das ist sehr gut, wenn man auf die Verwandten von selbst zugeht und nicht wartet bis die Verwandten auf einen zugehen. Und dann ist es natürlich für die Verwandten auf der Station, auf der ich tätig bin, die Verwandten unserer PatientInnen halt oft eine enorme Entlastung, dass diese PatientInnen jetzt in Sicherheit sind. Auch wenn die Sicherheit unter anderem durch die Schutzfixierung gegeben ist. Die sind einmal froh, dass die jetzt endlich behandelt werden. Dann kriegen sie mit, dass sich da viele Leute kümmern und sind entlastet. Und dann hören sie, dass halt andere PatientInnen in einer ähnlichen Situation waren, dass ihnen geholfen werden konnte und dann kommuniziert man mit den PatientInnen und das kriegen die Angehörigen auch zu hören. Und man spricht auch zu dritt, mit den Angehörigen und PatientInnen etc. Also, man bindet die Angehörigen weiter und muss ihnen primär vermitteln, dass man zuversichtlich ist. Ich meine, es ist unheimlich wichtig, dass man den Verwandten Zuversicht gibt und es ist ganz wichtig, dass man ihnen näher bringt, dass man das irgendwie auch schon erlebt hat und dass es auch wieder gut werden kann. Und man darf ihnen auf keine Fall vermitteln, dass man das Ganze jetzt als Katastrophe erlebt, nicht wahr. Also, man muss das Gefühl vermitteln, dass man damit umgehen kann. Und das ist natürlich für die PatientIn und für den Verwandten sehr entlastend dann. Also, ich muss sagen, das ist ganz klar ein Gütesiegel der Station, die ich leiten darf, dass wir so gut wie nie Beschwerden haben, obwohl wir Schutzfixieren, obwohl wir haben Ankantheter legen müssen zur ... und so weiter, obwohl wir, das bin ich Ihnen

noch schuldig, tatsächlich auch manchmal tage-lang schutzfixieren. Aber wir haben den Kontakt mit den PatientInnen, gleichzeitig mit dem PatientInnenanwalt. Die PatientIn darf sich nicht nur gezwungen fühlen, sie muss einfach auch immer wieder die Möglichkeit haben, Zugeständnisse zu bekommen. Sie muss begreifen, dass sie auch mitbestimmen kann, nicht wahr, auch mit ihrer möglichst guten Motivation etc. etc. Also der Umgang mit den Verwandten ist ganz wichtig. Also einerseits für das Wohl der KlientIn, andererseits für das Wohl der Krankenanstalt natürlich. Weil wenn sich die Verwandten alle beschweren, dann hat man viel Arbeit oder hätte man viel Arbeit.

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

GRin **Klicka:** Eine kurze Frage hätte ich noch zur Ergänzung. Es ist ja so, dass psychisch kranke PatientInnen nicht krankheitseinsichtig sind, das liegt auch im Bereich der Erkrankung und dass natürlich psychische Erkrankungen wie Sie richtig vorhin schon gesagt haben, natürlich nicht so greifbar auch für Laien sind wie somatische Erkrankungen, wenn man sagt, man hat eine Magenoperation oder Gallenoperation, in der Richtung.

Auch der Krankheitsverlauf und die Krankheitsdauer ist, glaube ich, bei psychischen Erkrankungen für Laien nicht so sehr abschätzbar und einsehbar, weil es ja doch auch ein sehr langer Zeitraum sein kann. Wie meinen Sie, dass man in der Öffentlichkeit auch noch mehr Bewusstsein für diese Krankheit schaffen kann und zur Entstigmatisierung beitragen kann?

Univ.-Prof. Dr. **Frey:** Also, es ist natürlich ähnlich wenn man die Behandelbarkeit der psychischen Erkrankungen feststellt, also, dass geholfen werden kann, dann ist es dienlich, wenn man psychisch Kranke nicht abwertet, sondern immer auch bemüht ist, ihre Stärken zu erfassen und im Einverständnis mit den Klienten auch darüber zu sprechen, vielleicht darüber zu schreiben. Dann ist es natürlich auch dienlich, wenn man die Häufigkeit der psychischen Erkrankungen darlegt, weil die sind ja sehr häufig, damit fühlt man sich auch nicht mehr isoliert und vielleicht damit auch nicht mehr so stigmatisiert. Und wenn die Öffentlichkeit realisiert, dass der Gemeinderat, die Politik, wie auch immer, viel für die Psychiatrie tun, dann wertet das natürlich die Psychiatrie auf und das verbessert die Behandlungsmöglichkeiten. Es ist natürlich nicht dienlich, aber es ist geschieht ja nicht nur das, es geschieht ja auch viel Gutes. Was schon auch geschieht, dass schutzfixierte PatientInnen abgebildet werden, mancher wird das dann so begreifen, dass die so gefährlich, dass man sie, oder vielleicht auch durchgehend so gefährlich

sind, dass man sie wegsperren muss. Das ist natürlich furchtbar. Oder für manche stellt sich dann dar, dass die ÄrztInnen vielleicht böse Menschen sein könnten. Also, das ist natürlich nicht dienlich. Aber sicher dienlich ist zu zeigen, dass sich die Öffentlichkeit für diese Menschen, die psychische Probleme haben, interessiert und damit holt man sie aus der Isolation und aus der Stigmatisierung heraus.

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

GRin Dr. **Pilz:** Herr Professor!

Ich möchte dort wieder zurückkommen, was das zentrale Thema war, deswegen wir um Ihre Ladung gebeten haben, nämlich Ihre Kompetenz hinsichtlich der Überwachung von sedierten PatientInnen. Sie haben am 28.10.2003 einen Vortrag gehalten im Otto-Wagner-Spital, entnehme ich dem Arbeitskreis, der dazu getagt hat. Sie haben jetzt gesagt, Sie würden, wenn Sie sechs Wochen und länger im Otto-Wagner-Spital arbeiten, zur Bedingung machen, dass Sie Ausstattung bekommen. Ich nehme an, Sie haben das damals auch schon gesagt.

Univ.-Prof. Dr. **Frey:** Mittel- und langfristig ja. Kurzfristig würde ich die Verantwortung auch so tragen, wie sie jetzt ist.

GRin Dr. **Pilz:** Aber ich habe Sie richtig verstanden, dass Sie mittel- und langfristig dann an der Veränderung der Verhältnisse arbeiten würden.

Univ.-Prof. Dr. **Frey:** Ich würde mich sehr bemühen. Ja.

GRin Dr. **Pilz:** 2003 ist in diesem Papier, das uns hier vorliegt zu diesem Arbeitskreis, dass ohnehin das alles, was Sie jetzt sagen schon angeführt. Also, ich nehme an, das war einerseits Ausfluss Ihres Vortrages, aber andererseits auch der übrigen Arbeiten, die da gemacht wurden, da steht alles drinnen: 1:1 Überwachung, Akutzimmer, intensivmedizinische Betreuung und so weiter. Es hat sich nichts geändert hinsichtlich dieser Forderungen. Haben Sie mit der ÄrztlInnenschaft im Otto-Wagner-Spital dann in der Folge von diesem Arbeitskreis über die Nichterreichung dieser Ziele kommuniziert? Wussten Sie, dass man zwar einen Arbeitskreis gegründet hat und dann nichts verändert hat?

Univ.-Prof. Dr. **Frey:** Na, da gibt es divergierende Aussagen, ob man was erreicht hat oder vielleicht auch ein bisschen was erreicht hat. Wir haben ja gehört, dass manches vielleicht doch erreicht worden ist. Da sind sich die KollegInnen, mit denen ich ja laufend kommuniziere im Rahmen verschiedener Sitzungen, Symposien und ähnlichem. Ich bin ja auch zum Beispiel in der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie Mitglied. Also, es ist auf keinen Fall all das passiert, was man sich gewünscht hat und auf kei-

nen Fall ein Optimum erreicht, nicht wahr. Also, wir wollen ein Optimum erreichen. Das ist nicht erreicht seit dem Jahr 2003. Und ich weiß zum Beispiel auch, welcher Herr Primarius da besonders engagiert war. Der ist nicht zufrieden. Der hätte schon gerne mehr erreicht und hat sich auch bemüht. Das ist mir ganz klar. Ich persönlich habe vielleicht einen Fehler oder eine Schwäche. Ich persönlich habe hier also so überregional jetzt nicht wirklich agiert. Bin aber auch nicht dazu aufgefordert worden.

GRin Dr. **Pilz**: Eben. Das will ich Ihnen auch gar nicht persönlich jetzt vorhalten. Sie haben gesagt, Sie sind Mitglied in der Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie.

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Ja

GRin Dr. **Pilz**: Sie kennen bestimmt dieses Konsensdokument.

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Ja

GRin Dr. **Pilz**: Das ist 2006 in der Zeitschrift Psychiatrie und Psychotherapie erschienen.

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Über tiefe Sedierung und Fixierung.

GRin Dr. **Pilz**: Genau. Prävention und Management von psychiatrischen Notfällen im stationären Bereich. Ja?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Ich sehe es.

GRin Dr. **Pilz**: Nur damit auch für das Protokoll klar ist, wovon ich spreche, da hat die Frau Prof. Hummer, ein Kollege Kotscher, Witteczek, Nedopil - alles österreichische Namen - David, Vlasak, Schanda und Fleischhacker mitgearbeitet. Die stehen hier. Wir haben das letzte Mal oder war es das vorletzte Mal? – genau mit Prof. Kopietzki darüber geredet, was ist denn „state of the art“. Das ist hier auch immer ein Thema herinnen und die Frage in dem Zusammenhang, das steht in diesem Konsensdokument unter Tabelle sieben: „Umfang mit fixierten und isolierten PatientInnen“ eine ganz lange Liste, was alles „to do“ ist eigentlich und da steht also, man muss die PatientInnen in einen eigenen Bereich, man muss 1:1 beobachten, vor neugierigen Blicken und Unbeteiligten abschirmen, Sitzwache, alle gefährlichen Gegenstände aus dem Weg räumen. Für einen Laien absolut nachvollziehbar und eigentlich fast verständlich.

Dieses Dokument, das würde ich Sie jetzt fragen, welche Relevanz hat denn dieses Dokument oder vergleichbare Dokumente, wenn sie Konsensdokumente sind? Sind die dann eine Richtschnur, auf die sich jede PsychiaterIn verlassen können sollte und sagen: Freunde wir haben das ausgearbeitet, ich möchte Arbeitsbedingungen, wo ich das alles leisten kann. Es ist mir nämlich wichtig in dem Zusammenhang zu sagen, mir geht es darum sehr persönlich den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal die Arbeitsbedingungen zu verschaffen, damit sie ihre Ver-

antwortung auch ernstlich wahrnehmen können. Und da sind ein paar Dinge taxativ festgelegt. Welche Verbindlichkeit hat das und kann eine ÄrztIn im Falle, dass was passiert, sagen: Das war gefordert. Ich habe es nicht bekommen und daher kann ich es auch nicht verantworten, wenn was passiert ist.

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Es sind Leitlinien, an die man Forderungen knüpfen kann. Das ist sicherlich eine Hilfe, wenn man an Menschen herantritt, die Forderungen erfüllen können, die die Autorität haben, diese Forderungen zu erfüllen. Ja, dann würde man sich an diese Leitlinien halten. Wenn man natürlich in einem Arbeitsfeld ist, wo diese Leitlinien nicht erfüllt sind, dann muss man dennoch für die PatientIn das Bestmögliche tun. Und genau das geschieht. Man könnte die Psychiater dazu anhalten, mehr Druck zu machen. Nur ist die Frage wie. Es ist natürlich gut, wenn diese Leitlinien - aber für Tiefsedierte wohlgemerkt, das geht in Richtung Bewusstlosigkeit, und eben gleichzeitig Fixierte - erfüllt werden. Wobei diese Tabelle etwas nach dem entweder oder - also es muss nicht alles gleichzeitig erfüllt werden.

GRin Dr. **Pilz**: Sie haben gesagt, weil diese Leitlinien. Also, ich nehme Ihnen ab und kann das auch nachvollziehen, dass man vor Ort als verantwortliche PsychiaterIn das Beste tun soll und kann, egal unter welchen Bedingungen. Ich habe verschiedene Dokumente aus dem Otto-Wagner-Spital, wo die ÄrztInnenschaft auf unterschiedlichen Führungsebenen darauf aufmerksam macht, dass diese Rahmenbedingungen, die sie dringend brauchen, nicht gegeben sind und es wird sehr eindringlich aufmerksam gemacht auch allen Belangsendungen zum Trotz, die hier gehalten werden, gibt es ein Dokument vom 30.10.08, also ganz aktuell, wo die Dienstplanverantwortlichen aller Regionalprimariate im Psychiatrischen Zentrum im Otto-Wagner-Spital davon sprechen, dass der Umstand, dass hier in den letzten 2,5 Jahren 20 FachärztInnen das Haus verlassen haben und diese FachärztInnenposten zur Zeit nicht beziehungsweise mit TurnusärztInnen besetzt sind, dass sie das als personellen Engpass empfinden und sie sagen, es gibt hier daraus Konsequenzen, mangelnde Tagespräsenz, Doppelversorgung von Primariaten, Defizit in der Ausbildungsqualität, vermehrte Erschöpfung der Dienstmannschaften, Burn-out, Krankenstände und so weiter und so weiter. Sie schreiben auch hier, dass sie schriftlich darauf hingewiesen haben, dass sie nicht mehr in der Lage sind, diese Mehrleistungen zu erbringen und dass sie Angst haben, dass sie Übernahmefähigkeit unter den gegebenen personellen und räumlich lokalen Besonderheiten des Otto-Wagner-Spital begehren.

Was halten Sie denn von so einem Hilfeschrei? Und was müsste Ihrer Meinung da passieren? Und können Sie das nachvollziehen?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Ich finde den Leitfaden gut und finde Hilfeschreie adäquat. Ich kann nicht genau sagen, wie sehr berechtigt dieser ist, weil ich die Zustände im Otto-Wagner-Spital nicht so kenne. Ich kenne aber, indem ich die Zustände kenne, kenne ich auch ganz viele PatientInnen, die dort gut behandelt worden sind, natürlich, weil sonst würden wir nur über Komplikationen sprechen. Aber mögliche Komplikationen sind ja das Thema heute. Für mich ist das ein zweischneidiges Schwert. Weil ich will hier auf keine Fall so auftreten, dass ich missinterpretiert werden könnte, dass ich den ÄrztInnen im Otto-Wagner-Spital unter den dort gegebenen Umständen die Arbeit nicht zutraue. Ich meine, das stimmt überhaupt nicht. Ich sehe, dass dort die PatientInnen gebessert entlassen werden. Ich meine, ich sehe es nicht oft, aber ich weiß, dass es so ist. Ich habe nicht den Einblick, wie es dort ist, aber ich traue ihnen einiges zu, um nicht zu sagen alles und so traue ich ihnen auch zu, Forderungen zu stellen, Forderungen, die gerechtfertigt sind und die sich auch an Leitlinien orientieren. Und ich würde mich für die PatientInnen und auch für die KollegInnen freuen, wenn diese Forderungen erfüllt werden. Es muss natürlich nicht jedes Bett so ausgerüstet sein, wie es in der Tabelle steht. Aber kann man abwägen, was braucht man dort, was braucht man da. Aber ja bitte aufrüsten. Dann geht es den PatientInnen besser. Und das haben Sie ja angesprochen, dann geht es sicher auch den KollegInnen besser, die dort arbeiten.

GRin Dr. **Pilz**: Sie haben gesagt, und das kann ich auch aus meinen Gesprächen teilen, dass sich Jede und Jeder sehr bemühen unter den Bedingungen, die sie vorfinden. Aber hier wird gesprochen von Einlassungsfahrlässigkeit. Dass sie Sorgen haben, dass sie sozusagen eine Aufgabe übernehmen, der sie aus Gründen, die sie dargelegt haben, nicht gewachsen sind. Können Sie das nachvollziehen? Vielleicht noch -

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Ich kenne die Einlassungsfahrlässigkeit, ja kenne ich. Aber das ist immer kritisch auch zur Anwendung zu bringen, weil dann müssten wir den Dienst niederlegen, zumindest für den Tag. Und das ist sehr problematisch, weil dann muss es wer anderer machen. Und im Konzert mit PatientInnen, mit KollegInnen mit anderen Berufsgruppen, ist es dann schwierig zu effektuieren. Aber es kann natürlich dazu führen, dass jemand wirklich ausbrennt und dann vielleicht sich einen anderen Arbeitsplatz sucht. Das ist schon möglich.

GRin Dr. **Pilz**: Zwei Ärzte aus dem Otto-Wagner-Spital stehen im Zusammenhang mit Todesfällen vor Gericht. Also.

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Tragisch. Sind sicher auch in jeder Hinsicht jetzt belastet.

GRin Dr. **Pilz**: So wie ich Sie jetzt verstehe - würde ich Sie missverstehen, wenn ich jetzt sage, Sie erwarten, dass man doch durch seinen ärztlichen Ethos sich vielleicht irgend einer Omnipotenzphantasie hingibt und sagt, ich schaffe es auch, obwohl ich es eigentlich nicht schaffen kann. Das ist ja eigentlich -

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Das ist keine Fantasie. Ich meine, es gibt Katastrophenhelfer. Das ist bewundernswert. Die arbeiten in einem schrecklichen Setting und tun dort auch ihr Bestes. Und das Setting ist sicher nicht schrecklich im Otto-Wagner-Spital, es ist auch nicht schlecht. Wahrscheinlich ist es auch nicht mittelprächtig. Es ist wahrscheinlich eh ganz gut und sollte noch weiter verbessert werden. Dass kein einziger Brandunfall passiert und dass möglich auch keine einzige PatientIn unterversorgt wird und auch keine einzige ÄrztIn. Also, ich würde mehr fordern, würde mir aber dessen bewusst sein, dass es so schlecht nicht sein wird. Und so schlecht auch wahrscheinlich nicht ist.

GRin Dr. **Pilz**: Ich will jetzt noch auf Ihren engeren Bereich der Intensivmedizin zurückkommen. Sie haben gesagt - wir haben ja anfänglich den Irrtum aufgeklärt, dass im Psychiatrischen Zentrum nicht sieben intensivmedizinische Betten da sind, sondern die sind ja Betten der Pulmologie. Wir wissen auch aus internen Anweisungen, dass man sich eben im Kreis herum in allen Spitälern des Krankenanstaltenverbundes um ein Intensivbett bemühen muss und PatientInnen verlegen, wenn der Krisenfall eintritt. Wir wissen von den PatientInnenanwältinnen - also nicht dem, sondern die halt für die Unterbringungen zuständigen PatientInnenanwältinnen -, dass mit dem Abtransport der PatientIn aus dem psychiatrischen Zentrum auch die Unterbringung endet. Ich habe Sie verstanden, in Ihrem Bereich gibt es dazu keine Debatte, weil die bleiben ja auf Ihrer Intensivstation in der Psychiatrie und die Unterbringung bleibt damit auch aufrecht.

Halten Sie es für vertretbar, dass man sagt, eine PatientIn, die ja an sich aufgrund einer gut begründeten psychiatrischen Diagnose und Eigen- und Fremdgefährdung untergebracht wird, dass man nur aus dem Umstand, weil man halt vor Ort kein intensivmedizinisches Bett hat, die Unterbringung aufhebt?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Das muss man, weil das folgt dem Unterbringungsgesetz. Weil die Unterbringung ist nur auf einer Psychiatrie bei einer psychiatrischen Abteilung statthaft und in dem Moment, wo man die PatientIn woanders hin-



transferiert, ist sie nicht mehr untergebracht. Das halte ich dann für statthaft, wenn es im Interesse der Sicherheit der PatientIn ist zu einer besseren Behandlung und wenn es auf einer Psychiatrie keine Intensivstation gibt, keine der Psychiatrie gewidmete Intensivstation und das ist ja, wie gesagt, üblich. Es gibt ja in Wien eben nur eine psychiatrische Intensivstation, um nicht zu sagen in Österreich nur eine. Weil da bin ich mir nicht ganz sicher, aber fast ganz sicher, dass es ja in ganz Österreich auch keine andere psychiatrische Intensivstation gibt.

GRin Dr. **Pilz**: Herr Professor!

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Dann halte ich es für natürlich vertretbar, dass dieser Mensch auf eine Intensivstation oder wenn Sie auch wollen auf eine Innere Medizin verlegt wird, das hängt davon ab, wo es das größere Risiko liegt. Wenn das größere Risiko in der Bedrohung der Vitalfunktionen liegt oder wenn das Risiko eines Organversagens besteht, dann bitte auf eine Organmedizinische Intensiv. Wenn das größere Risiko jetzt in der Psychopathologie der PatientIn liegt, dann bitte Psychiatrie. Es ist ja übrigens auch, ich bin ja auch gefragt worden, ob wir beamten. Auch bei uns kann es vorkommen, kommt Gott sei Dank ganz selten vor, oft nicht einmal ein Mal im Jahr, aber manchmal kann es auch zu ein Mal im Jahr sein, dass unsere PatientInnen atemungsinsuffizient werden und dann würden wir sie auch zur Intubation und zur maschinelle Beatmung auf eine Intensivstation im AKH verlegen. Also, ganz autonom können wir nicht arbeiten, weil wir zum Beispiel nicht beatmen. Oder wir würden auch eine PatientIn auf unserer Station nicht dialysieren. Wir haben manchmal niereninsuffiziente PatientInnen, die dann eben ein organisches Psychosyndrom haben und nehmen die auf und bringen sie zur Dialyse für ein paar Stunden auf eine Intensivmedizin. Es gibt da keine Station, die alles kann. Und wenn die PatientIn dann auf einer Intensivstation liegt, wohin sie transferiert worden ist von einer Psychiatrie kommend, dann würde ich mir erwarten, dass dort ein psychiatrischer Konsiliar hinkommen kann. Also, dass es vorgesehen ist, einen Konsiliarliasiondienst, dass die PatientIn dort von einem Psychiater besucht werden kann.

GRin Dr. **Pilz**: Ich kann Ihrer Argumentation folgen, dass man die Stabilisierung der Vitalfunktionen ganz oben anstellt, daher auch eine intensivmedizinische Betreuung. Aber es ergeben sich daraus faktisch schon ein paar Probleme und Folgen.

Punkt 1: Eine Unterbringung kann ja nur angeordnet werden im Interesse der PatientIn, um Fremd- und Selbstgefährdung hintanzuhalten. Dieser Grund erlischt ja nicht notwendigerweise nur weil man jetzt sozusagen das Haus verlässt.

Das kann bestehen bleiben. Und ich weiß von ÄrztInnen, die sagen, das Interesse von Intensivstationen rund in Wien ist durchaus endend wollend, diese PatientInnen zu nehmen, weil sie genau vor der Situation auch Sorge haben in Bezug auf den Umstand, dass das eine untergebrachte PatientIn ist, die aus guten Gründen untergebracht war. Also, wird hier und es nichts was ich Ihnen persönlich sozusagen vorwerfe, aber wird hier nicht die Intension des Unterbringungsgesetzes durch die normative Macht des Faktischen unterlaufen?

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Nein, weil auf einer Organmedizin, auf einer Intensivstation ist es ja auch möglich, eine PatientIn zu beschränken. Auch eine Schutzfixierung zu machen. Mit Gefahr in Verzug eventuell auch im Rahmen einer Besachaltung. Also, Sie wissen, dass auf Intensivstationen auch hin und wieder PatientInnen fixiert werden, oder auf der Inneren Medizin. Und auch im Pflegebereich ist das Heimhilfegesetz gegeben. Es könnte sein, dass es auch Gesetzmäßigkeiten geben wird für nichtpsychiatrische Abteilungen in Zukunft.

Schauen Sie, da muss ich vor allem sagen, eine psychiatrische Abteilungen, die PsychiaterInnen können immer an Grenzen stoßen, vor allem auch an Grenzen, wenn es um organische Erkrankungen geht. Auch ich habe da absolut Grenzen. Wie gesagt, wenn die PatientIn niereinsuffizient wird, könnte ich sie nicht dialysieren und so weiter. Da gehört eine gute Ausbildung dazu, da gehört eventuell eine Zusatzausbildung dazu und da gehören dann Jahre Erfahrung dazu, dass man sich organmedizinisch so auskennt, dass man einiges selber machen kann als Psychiater, so wie ich zum Beispiel und dass man so gut vernetzt ist, dass wenn ich wo anrufe im AKH, kommt sofort ein Spezialist. Jetzt braucht der Frey was, da gehe ich gleich hin.

Also, wenn Sie fordern psychiatrische Intensivmedizin, dann muss Ihnen klar sein, dass die von Psychiatern geführt werden. Da geht es primär darum, dass man seine psychiatrische Therapie in einem möglichst sicheren Setting macht und es soll schon auch implizieren, dass man Lungenentzündungen und so Dinge mitbehandelt und natürlich haben diese Intensivbetten oder Intensivüberwachungsbetten, wie Sie es dann nennen wollen, ja auch einen sehr präventiven Charakter. Das ist ja ganz wichtig. Das heißt, es geht ja darum, frühzeitig zu erkennen, welche PatientIn das braucht. Sie brauchen eben dann letztlich klare Kriterien. Wann kommt eine PatientIn auf so eine Position, wie Sie es sich jetzt hier dankenswerterweise wünschen? Wenn er dann dort ist, an einer psychiatrischen Abteilungen, dann soll niemand vorgeben, dass er dann alles kann. Der Psychiater kann nicht

den Notfallmediziner, den Intensivmediziner, den Anästhesisten nicht ersetzen. Genauso wie die den Psychiater nicht ersetzen können. Also, ich habe schon PatientInnen erlebt, die haben ein katatonisches Symptom gehabt mit Stereotypen im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung wie Schizophrenie, die waren damit, dadurch, dass sie so angespannt waren, waren auch die Atemexkursionen nicht mehr gegeben, die waren beatmungspflichtig. Man hat mich eingeladen, den Patienten auf der Intensivstation zu begutachten und dann zu betreuen. Danke für das Vertrauen. Und ich habe den dort psychiatrisch betreut. Habe aber den Patienten nicht übernehmen wollen, weil er immer so an der Kippe zur Atmungsinsuffizienz war. Das heißt, wenn Sie es schaffen, dass Sie solche Akutbetten oder Intensivbetten implementieren auf der Psychiatrie, dann muss man auch erst die ganzen Kriterien entwickeln. Welche PatientInnen kommen dorthin, wer macht das dann? Braucht man nicht vielleicht doch die Pulmologie? Man kann nicht sagen, in dem Moment wo man die Betten hat, ist dem Psychiater alles möglich. Es gibt Psychiater, die haben einen ganz starken psychotherapeutischen Schwerpunkt, die verstehen von der Organmedizin so gut wie nichts mehr und können die besten Psychotherapeuten und damit auch sehr gute Psychiater sein. Also, auch eine Station, wie jene, die ich leiten darf, ist durchaus vom Konsiliarwesen auch manchmal abhängig und so weiter und so fort. Gut. Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Da es offensichtlich keine weiteren Fragen mehr gibt, Herr Professor, dann darf ich mich sehr herzlich für Ihre Aussagen bedanken.

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Danke.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Und für Ihre Darlegungen. Und darf Sie hiemit aus der Zeu-genschaft entlassen.

Univ.-Prof. Dr. **Frey**: Danke. Danke vielmals. Danke für Ihre freundliche Art und freundlichen Umgang mit mir. Danke. Wiedersehen. Alles Gute.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Auch Ihnen alles Gute.

Wir machen jetzt eine kurze Pause und sehen uns um halb hier wieder bitte.

*(Sitzungspause: 11.11 Uhr bis 11.32 Uhr)*

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: So. Wir setzen unsere Sitzung fort.

Und ich darf sehr herzlich Herrn PatientInnenanwalt Hon. Prof. Dr. Konrad Brustbauer von der Wiener Pflege- und Patienten- und PatientInnenanwaltschaft begrüßen. Herr Prof. Brustbauer wird als Zeuge hier zum Thema „Feststellungen der Wiener Pflege-, Patienten- und Pati-

entInnenanwaltschaft im Bereich der psychiatrischen Versorgung in Wien“ Aussagen machen und für die Fragen der Kommission zur Verfügung stehen.

Herr Professor, Sie werden als Zeuge vernommen und ich darf Sie darauf hinweisen, dass Sie unter Wahrheitspflicht stehen. Wahrheitswidrige Aussagen könnten strafrechtliche Folgen nach sich ziehen. Sie haben jedoch die Möglichkeit, Fragen nicht zu beantworten, deren Beantwortung für Sie persönlich mit nachteiligen Folgen verbunden wäre.

Ich darf Sie zunächst einmal bitten, Ihre persönliche sozusagen und berufliche Entwicklung uns darzulegen und Ihren beruflichen Werdegang und anschließend dann den Fragen der Kommissionsmitglieder zur Verfügung stellen.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Danke Herr Vorsitzender! Geschätzte Abgeordnete!

Ich bin 1940 geboren. Ich darf einmal Grüß Gott sagen, soweit ich es nicht gesagt habe. *(Zwischenruf)* Ich bin 1940 geboren, habe nach Volksschule und Mittelschule dann Jus studiert und habe 1962 promoviert in Wien, bin dann Übernahmswerber gewesen gleich für die Gerichtsbarkeit, bin auch übernommen worden und bin seit 1966 wurde ich Richter nach den entsprechenden Prüfungen und Vorbereitungen und habe dann ganz normal, wie man es so schön sagt, eine Karriere absolviert. Bezirksgericht, Landesgericht, Oberlandesgericht. *(Zwischenruf)* Ist es zu leise. *(Zwischenruf)* Na ja, dann werde ich. Ich kann auch vielleicht ein bisschen lauter reden. Na, es geht schon. Danke. *(Zwischenruf)* Ja. Ja. Jetzt ist es besser? *(Zwischenruf)* Ja? Ja! Es war ohnehin nur meine bisherige Ablauf Schulbildung und beruflicher Werdegang. Und war dann beim Obersten Gerichtshof, zuerst als Hofrat, wie es halt so üblich ist, Senatspräsident und bin als Vizepräsident dann 1.1.2006 in Pension gegangen. War dann im selben Jahr noch Verfahrensanwalt in dem parlamentarischen Ausschuss Finanzmarktaufsicht und bin - bis 2. Juli hat der gedauert und - mit 1. Juli, also einen Tag vorher bin ich als Pflege-, Patientinnen- und PatientInnenanwalt in Wien bestellt worden auf die Dauer von fünf Jahren. Das ist so der direkte berufliche Werdegang. Ich habe natürlich noch nebengeleistet, alles juristischer Art, das waren Lehrbefugnisse und Lehraufträge, die ich zum Teil noch habe auf dem Sektor Lebensmittelrecht. Daher auch meine, wenn es heißt Honorarprofessor, ich bin an der Universität für Bodenkultur, was viele ja nicht wissen, habe ich dort die Lehrbefugnis und war auch in Finanzstrafsachen in gesonderten Spruchsenaten tätig und auch mit dem Aufbau der in Österreich auf Grund der EU-Rechtsprechung notwendigen

Heilmittelkommission, also jener Kommission, die gegen Entscheidungen des Hauptverbandes, ob ein Arzneimittel erstattungsfähig ist oder nicht, befasst wird. Das war in kurzen Abrissen mein beruflicher und auch ja im Umfeld nebenberuflicher Werdegang.

Ich stehe gerne zur Verfügung. Was ich weiß, werde ich sagen. Ich darf vorweg sagen, wir haben zwei Akten übersandt. So wie es gewünscht wurde, haben wir in Kopie übersandt, auch wie es vorgeschrieben wurde, anonymisiert. In einem Fall ist das natürlich nicht das Ende gewesen, sondern es sind noch nachträglich Ergänzungen hinzugekommen, auf Grund von Gesprächen, Protokollen, Schriftverkehr. Wir haben gefragt, ob das notwendig ist auch nachzuschicken. Wir haben es angeboten. Aufdrängen tun wir uns nicht. Ich sage es gleich. Also in dem einen Fall sind die übermittelten Unterlagen, ich nehme an, Sie haben sie bekommen, nicht komplett, sondern sind dann noch nach der Übermittlung Dinge hinzugekommen. Das nur vollständigkeithalber, weil natürlich sonst wir von verschiedenen Umfängen ausgehen. Ich bin aber gerne bereit, es ist nicht sehr viel, das kurz und bündig noch zu ergänzen, worum es geht. Das betrifft den einen Fall, wo die PatientIn durch einen Brand Verletzungen erlitten hat.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich glaube, darüber werden wir noch zu sprechen kommen.

Ich danke Ihnen und darf Herrn GR Deutsch das Wort erteilen.

GR **Deutsch**: Herr Vorsitzender! Herr Dr. Brustbauer! Meine sehr geehrte Damen und Herren!

Wir haben ja in der Untersuchungskommission von Anfang an die Meinung vertreten, dass PatientInnen sowie Angehörige, die Mitbetroffene sind, nicht in der Untersuchungskommission direkt befragt werden, einerseits weil die Untersuchungskommission nicht das fachlich geeignete Gremium dafür ist, andererseits Prof. Mayer auch darauf hingewiesen hat, dass dies für eine Untersuchungskommission auch nicht erforderlich ist. Aber vor allem, weil wir der Meinung waren, dass Betroffene beziehungsweise PatientInnen nicht in einer öffentlichen Sitzung vorgeführt werden sollen. Also, es waren weniger rein rechtliche Gründe, wenn man es mit dem Datenschutz argumentieren würde, sondern vor allem Gründe der Humanität und haben deshalb auch den Weg über die sehr wichtige Einrichtung der PatientInnenanwaltschaft, die ja eine weisungsfreie, unabhängige Institution ist, auch gewählt und deshalb auch die Ladung Ihrer Person eingebracht, damit Sie als Pflege- und PatientInnenanwältin in anonymisierter Form auch über jene Fälle berichten können, die Ihnen etwa zur Kenntnis gebracht wurden und damit wollten wir

auch sicherstellen, dass kein Vorwurf, dass keine Behauptung auch unter den Tisch fallen kann. Sie haben ja selbst auch in der Folge, so habe ich das medial auch mitverfolgt immer wieder auch öffentlich darauf hingewiesen, dass Ihre Institution hier als Servicestelle zur Verfügung steht.

Und daher meine erste Frage: Gab es mehr Anfragen psychiatrischer PatientInnen oder Angehöriger seit Beginn dieser Untersuchungskommission? Was waren etwa die Inhalte und wie viel Personen haben sich konkret bei Ihnen gemeldet, je nach PatientIn beziehungsweise Angehörige?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Dankeschön. Die Fallzahl, wo wir also Beschwerden und zwar in Form, die wir auch aktenmäßig behandelt haben und nicht sofort telefonisch erledigen konnte, liegt mit Datum 12. November des heurigen Jahres bei 30. Die vorangehenden Jahre, wenn ich von 2002 beginne, ich glaube mit 1.1.2002, ist ja Untersuchungsgegenstand, waren 2002 16 Fälle, 2003 28 beziehungsweise 29, wenn Sie es vergleichen mit den Jahresberichten divergiert es manchmal um einen, zwei. Das ergibt sich aus der Neurologie, 19 Fälle waren es 2004, 2005 13, 2006 22 und ebenso die selbe Menge war es 2007. Es zeigt sich also, wenn man es prozentmäßig nimmt ein Anstieg, absolut gesehen, liegt die Beschwerdezahl, wenn wir die Spitäler vergleichen, nicht auffällig.

Konkret auf die Aufrufe, ich habe natürlich auf Grund des Beschlusses der Untersuchungskommission immer wieder eingeladen, sind dieser Einladung nur wenige, verhältnismäßige wenige Personen nachgekommen. Für mich war es eigentlich ein überraschend angenehmes Gespräch. Ich habe den Eindruck, dass ich mit den PatientInnen, mit denen ich sprechen durfte - ich nehme an, Sie haben die selbe Empfindung gehabt - durchaus nicht in angespannter, sondern entspannter Atmosphäre über ihr Vorbringen sprechen konnte. Ich habe auch dabei gelernt, und zwar dass das Thema, das eine solche PatientIn vorgibt, die gibt es vor. Ich habe das zur Kenntnis genommen, es hat sich bewahrheitet. Sie gibt das vor. Und es hat mir eine dieser PatientInnen gesagt, es ist sinnlos, wenn Sie versuchen, das Thema irgendwie zu steuern, ich bestimme das hier. Und da ja bekannt ist, dass ich nicht der Eskalierungen verfallen bin, sondern durchaus der Deeskalation - ist ein schöner Ausdruck als Beschwichtigung, und Deeskalation wird ja jetzt auch gelehrt, glaube ich am Otto-Wagner-Spital -, habe ich das so gelassen. Die waren vorbereitet und haben ihr Vorbringen eben gesagt, wobei es im Kern ja durchwegs meistens ident war.

Es gab auch einen Fall, der ist auf Grund dieses Aufrufes gekommen, hat aber ausdrücklich gebeten, dass ich hier seinen Fall nicht wiedergeben soll. Es war, muss ich ehrlich sagen, Sie brauchen nicht glauben, dass irgendwas Auffälliges war - es ging nur darum, ob die Medikation in Ordnung war. Der hat ausdrücklich gebeten, dass das nicht gemacht wird. Er will das halt nicht. Ich respektiere das. Wenn Sie mich fragen anonymisiert, kann ich es ohne weiteres sagen. Ich respektiere das vor allem deshalb, weil dieser Patient, der ja jetzt zwischenzeitlich heraußen war und jetzt wieder im Otto-Wagner-Spital ist, ein ehemaliger Schüler von mir war. Er hat sich an mich erinnert und hat gesagt, aus diesem Grund möchte er gerne mit mir so auch reden. Er war Bodenkulturstudent, war sehr erfolgreich im Leben und hat halt dann leider eine schwere Depression erlitten, die ihn halt leider immer wieder zurückwirft. Er hat gemeint, aber das übersteigt die Möglichkeiten eines Patienten-anwaltes, irgendwie zu helfen, dass er beruflichen Wiedereinstieg findet. Da konnte ich zwar reden mit ihm, aber einen konkreten beruflichen Wiedereinstieg ihm zu ermöglichen, das übersteigt meine Möglichkeiten. *(Zwischenruf)*

Das war die Zahl der Fälle und das war das Anliegen und das Vorbringen, das konkret abgestellt war auf Grund dieses Aufrufes.

GR **Deutsch:** In den Berichten des Patienten-anwaltes wird ja auch immer unterschieden zwischen gerechtfertigten und nicht gerechtfertigten Beschwerden. Meine Frage wäre: Gibt es hier jetzt Unterschiede im Bereich der Psychiatrie gegenüber anderen Fällen, wenn es sich um gerechtfertigte oder ungerechtfertigte Beschwerden handelt, oder sind diese nicht feststellbar?

Patienten-anwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Die Behandlung erfolgt völlig gleich und auch die Bewertung ist völlig gleich. Ob das jetzt im Otto-Wagner-Spital oder in einem anderen Spital ist. Es klingt vielleicht ein bisschen hart, wenn oft drinnen steht: nicht gerechtfertigt. Das ergibt sich auch bei Fällen, bei denen nachträglich durch Aufklärung herausgekommen ist, ja wenn die BeschwerdeführerIn, die PatientIn das schon vorher gewusst hätte und so gesehen hätte und voll informiert gewesen wäre, dann hätte sie das nicht gemacht. Es ist also objektiv nicht gerechtfertigt, man darf das ist nicht abwertend aus der Sicht der PatientIn sehen. Aber wir müssen es ja objektiv einschachteln. Und vielleicht, ich bin froh, dass ich das hier sagen darf, sonst wird immer so gesagt, wie bei einem Urteil: erfolglos, nicht erfolglos. Wenn die PatientInnen kommen, dann ist ja ihr Vorbringen durchaus geeignet, etwas zu tun. Und man tut es ja auch. Ich muss aber andererseits natürlich die andere Seite, wenn ich ihm dann das sage, sie bekommen

inzwischen auch die Stellungnahme des Spitals auf Grund des Rechnungshofsberichts, und dann wird halt in manchen und vielen Fällen gesagt: „Ja, wenn ich das gewusst hätte, jetzt sehe ich es in einem anderen Licht.“ Das hat zur Befriedung, so nenne ich es gerne, gedient, formell ist es dann natürlich nicht gerechtfertigt gewesen. Ich kann nicht sagen, das Spital oder irgendwer hat da Fehler gemacht. Es war ein Kommunikationsmangel, die ja sehr häufig Ursache von Beschwerden sind, weil die Kommunikation ist noch nicht so. *(Zwischenruf)*

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

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

Herr Patienten-anwalt, ich möchte jetzt auf konkrete Fälle eingehen, von denen ich weiß, dass die Personen, die betroffenen Personen bei Ihnen war und die sich aber auch an mich gewendet haben und ich daher weiß, dass sie dort waren, die ich namentlich kenne, aber die wir beide hier nicht namentlich nennen wollen, weil wir ja den Datenschutz vereinbart haben. Jetzt, Herr Vorsitzender, würde ich, wenn es Ihnen Recht ist, dem Herrn Patienten-anwalt den Namen zeigen, damit er weiß, von wem die Rede ist und wir dann weiterreden können, ohne dass ich ihn nennen muss.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Bitte.

Patienten-anwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Ja, gut. *(Zwischenruf)*

Frau Abgeordnete, ich glaube den Text, der ist ja einmal ausgesendet worden. Den habe ich auch - *(Zwischenruf)*

GRin Dr. **Pilz:** Moment einmal. Es haben sich bei mir PatientInnen gemeldet, die wollten, dass ich informiert bin, mit welchem Anliegen sie zu den Herrn Patienten-anwalt gehen und damit wir jetzt, also er und ich wissen, was der Name ist und wir uns nicht irren. *(Zwischenruf)* Nein. Nein. Sie werden jetzt informiert, weil ich bin von den betroffenen PatientInnen. *(Zwischenruf)* Nein. Nein. Der Herr Patienten-anwalt ist ja auch informiert. Also, wir werden schlicht und einfach da drüber reden. Ich nenne den Herrn, um den es jetzt geht, Herrn Weber, ja. Er heißt nicht so, aber der Herr Patienten-anwalt, weiß wie er heißt.

Patienten-anwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Haben Sie nicht Lang geschrieben, glaube ich, in einer Aussendung? Es ist jetzt anonymisiert.

GRin Dr. **Pilz:** So. Es ist ziemlich egal, solange es nicht der Name ist.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner:** Also Name von der Redaktion geändert, wie es so schön heißt in der -

GRin Dr. **Pilz:** Name von der Redaktion geändert. Wir sagen hier der Herr Weber. Der Herr Weber war Patient im Otto-Wagner-Spital und hat sehr gelitten unter der Unterbringungssituati-

on, unter den Rahmenbedingungen seiner Behandlung und er hat ein Schreiben an die Kollegiale Führung formuliert, in dem er eine Reihe von Vorwürfen thematisiert hat, er hat auch – obwohl ich ihn nicht gekannt habe – hat er sich an mich gewendet und hat mich ersucht um einen Besuch und ich war dann auch im Otto-Wagner-Spital, im Pavillon zehn.

Der Fall war folgender: Er hat den Eindruck gehabt, niemand hört ihm zu, wenn er die Missstände, die er hinsichtlich der Versorgung in fachärztlicher Hinsicht, in therapeutischer, psychologischer, pflegerischer und auch was das Essen und so weiter betrifft, hygienische Zustände, dass er da nicht gehört wird. Es war ihm nicht möglich, bei der Frau Primaria einen Termin zu bekommen und er hat dann zusammen mit MitpatientInnen eben diesen Brief geschrieben und sich dann in der Folge bei mir per Mail gemeldet und mich gebeten, ihn zu besuchen und hat mir dann erzählt, dass er eben diese Aktivität gemacht hat mit diesem Schreiben. Er hat dann und wir waren ja in Kommunikation miteinander, auch Sie kontaktiert, was ich ihm sehr geraten habe und hat dann in der Folge auch sein Anliegen bei Ihnen deponiert. Können Sie mir und vor allem hier dem Hohen Gremium erzählen, was da der Fall war?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Ja. Es begann am 21. Juli in diesem Jahr. Die Frau Abgeordnete hat mich um 19.30 Uhr angerufen und hat mir eben, wie sie es gesagt hat, mitgeteilt, dass ein Patient des Otto-Wagner-Spital sich an sie gewandt hat und auch an die Direktion und angebliche Missstände festgehalten, sie sei Nachmittag bei ihm gewesen und sei aber nicht an die Öffentlichkeit gegangen, so war es nicht gedacht und nunmehr sei seitens des Spitals, also des Krankenanstaltenverbundes unter APA eine Aussendung ergangen, die hat man ja dann lesen können, wonach eine Prüfung der Angelegenheit im Otto-Wagner-Spital keine Fehler aufgezeigt hätte. Auf Grund dieses Vorgehens sei der Herr Weber auch vom Otto-Wagner-Spital herausgeworfen worden. Und es war Ihr üblicher Spruch, Frau Abgeordnete, Sie haben gesagt: „Tun Sie etwas, Herr Patientenanwalt!“

Ich habe daraufhin die Direktion, es war ja halb acht Uhr abends, also schon spät. - Entschuldigen Sie, ich habe das Handy noch immer eingesteckt, aber es wird sich eh niemand rühren. - Ich habe daraufhin im Otto-Wagner-Spital in der Direktion angerufen und wurde auch tatsächlich dann mit der Frau Dir. Kalousek verbunden, die damals auf Urlaub war. Ich war froh, dass ich sie erreicht hatte. Der Prof. Binder, glaube ich, heißt er, der sie vertreten hat, war nicht erreichbar. - (*Zwischenruf*) Ist das für mich?

(*Allgemeines Gelächter. Zwischenruf*) Aha. Ihres ist lauter auf alle Fälle. Danke. - Und ich habe das gesagt, den Vorfall. Sie war informiert. Und sie hat gesagt, bei diesem Herrn Weber war die Therapie durchaus okay und es war auch geplant, ihn in die Abteilung zwei zu verlegen, aber, und das ist jetzt der kritische Punkt, auf seiner, ich gebe es einfach wieder, auf Grund seiner exzessiven Verwendung des Laptops und des Handys kam es also zu heftigen oder zu Auseinandersetzungen und er hat aus eigenem das Otto-Wagner-Spital verlassen und zwar hat er für nächsten Tag am 22.7. einen Termin erhalten. Diesen Termin hat er gemeint, ich habe das dann - nachträglich hat er mir das gesagt, hat er gemeint, da holt er sich seine Papiere, damit er sich es abholt. Mir wurde dann von der Frau Direktor an dem Tag gesagt, wenn er um 9.00 Uhr kommt, kann er wieder aufgenommen werden. Jetzt, auf Grund dieser doch angespannten Situation habe ich noch einmal die Frau Direktor gebeten und sie hat gesagt, wenn er früher kommt und es notwendig ist, er wird aufgenommen werden. Also, mit diesem Wissen, wenn es notwendig ist und wenn er will, kann er jederzeit zurückkommen ins Spital zur Behandlung. Die Behandlung ist ja an sich offenbar ganz gut gelaufen. Habe ihm auch gesagt, um 9.00 Uhr der Termin ist nicht so bindend, dass er früher nicht reindarf und so weiter. Ich habe dann die Frau Abgeordnete darüber informiert, habe auch zur Frage des Handys und Laptops, bitte, ich habe das nicht so wichtig genommen. Für mich war wichtig, dass der Patient, die ordentliche ärztliche Betreuung erhält. Ob der jetzt jederzeit das Handy benutzen kann oder grad nicht oder jetzt schon den Laptop, war für mich nicht unwichtig, aber doch zweitrangig gegenüber der Gesundheit des Patienten.

Durch die Telefonbekanntgabe hat er dann bei mir angerufen und hat gesagt, er hat auch ein bisschen seinen Werdegang erzählt und er hat gesagt, es ist natürlich für ihn sehr ungünstig, dass sein Name jetzt bekannt wurde in den Medien, weil er mit den Medien ja auch zu tun hatte. Und man hat ihm vorgeworfen, ich glaube, das muss ich sagen, ich gebe das einfach wieder, es ist ja meine Aufgabe, er hat gesagt, er wurde dort als versteckter Spion bezeichnet, weil er eben Aufzeichnungen macht und das dann in die Öffentlichkeit bringt oder bringen will. Gleichsam wie Wallraf. Ich glaube, der ist ja bekannt, dieser Journalist. Und das sei er eben nicht. Ich habe gesagt, bitte meine Antwort war schlicht und einfach. Er müsste ja ein toller Mensch sein, wenn es ihm gelingt, wochenlang die dort tätigen ÄrztInnen darüber zu täuschen, dass er überhaupt kein psychiatrischer Patient ist, sondern sich hier eingeschlichen hat. Es ist ja was ande-

res wenn ich mich in ein Unternehmen begeben und dort mitarbeite. Also, ich habe ihm das durchaus geglaubt, dass er kein Wallraf ist, sondern gar wohl der Behandlung bedarf.

Ich habe ihm auch gesagt: „Bitte, warum rufen Sie erst jetzt an, so spät?“ (*Zwischenruf*) Sie wissen, was er mir gesagt hat, Frau Abgeordnete. Er hat gesagt: „Die Frau Abgeordnete hat immer gesagt, dass ich nichts für PatientInnen mache.“ Ich habe gesagt: „Ich verstehe, wenn sie so einen Hinweis kriegen, hätte ich vielleicht auch nichts getan. Aber jetzt haben wir ja geredet mitsammen und ich sage Ihnen, Sie können jederzeit ins Spital gehen.“ Und ich glaube, er war zuerst ein bisschen ungläubig. Sie können jederzeit ins Spital gehen. Und er ist auch gegangen. Er wurde auch aufgenommen und ist auch ins Spital gegangen. Und nochmals. Er hat natürlich, das war sein Anliegen, Laptop und Handy wieder angesprochen. Ich habe gesagt. „Bitte, es geht um Ihre Gesundheit und nicht momentan um den Laptop und Handy.“ Denn Sie dürfen nicht vergessen, im Gesetz steht drinnen über die Patientenanwaltschaft: An erster Stelle haben wir uns um die Anliegen der PatientInnen zu kümmern. Und das Generelle, Allgemeine kommt hinten nach. Ich muss den konkreten Menschen, der was braucht und für den etwas im konkreten Fall zu tun ist, versuchen, das Maximum herauszuholen. Er ist ins Spital gegangen. Er wurde auch dort wieder aufgenommen. Ich habe dann hernach noch mit ihm korrespondiert. Und er hat mir als letztes ein Mail geschickt, es geht ihm jetzt gut. Er ist wieder beruflich im Ausland tätig. Und er hat gesagt, er will auch in Zukunft gesund bleiben.

Ich möchte den Satz hier, weil ich auf Grund meiner Tätigkeit hier daraus etwas ableite: „Ich bitte Sie daher soweit wie möglich diese Angelegenheit weiter zu verfolgen oder wenn Ihnen dies nicht möglich ist, mir das rechtzeitig mitteilen, damit ich andere Schritte setzen kann.“ Ich habe ihm nichts mitgeteilt, weil ich ja hier bin und hier darüber berichte. Das, was er gefordert hat, hat er ja durch - ist ja glaube ich, ich weiß nicht, ob das Allgemein bekannt ist, er hat das unterschreiben lassen von PatientInnen und ist ja überreicht worden der Direktion. Also, ich habe das nur in Kopie, also die Forderung, die er aufgestellt hat, generell als Patient dort gegenüber der Direktion, ist bekannt. Es liegt in Kopie vor. Die habe ich schriftlich schlicht und einfach. Ich weiß nicht, bin aber gern bereit das zu geben. Er hat mir dann auch, er ist sehr eloquent - ich habe dann auch eine Stellungnahme verlangt vom KAV. Habe die auch bekommen. Und habe glaube ich erst ganz kurz. Es war auch die Frage aufgetaucht der personellen Besetzung. Er hat das angeschliffen, dass er den Eindruck hat,

dass das ärztliche Personal überfordert ist, weil sie zuwenig sind seiner Meinung nach. Habe ich diesbezüglich gefragt. Habe, wobei ich genau informiert worden bin. Jetzt kenne ich mich schon aus zwischen Ist- und Sollzustand, und habe die Antwort bekommen, mit genauer Berechnung des KAV, wonach er sich sogar geringfügig über dem Standard, nämlich gegenüber dem Ist-Stand liegt. Ich brauche das hoffentlich nicht im Einzelnen vorlegen. Ich habe nach dem tatsächlichen Personalstand gefragt, also nach dem Ist-Personalstand. Und dann war die Frage, wie viele ÄrztInnen waren in diesem Zeitraum, wo dieser Herr Weber dort war tatsächlich pro Tag im Dienst. Ich habe Antwort bekommen. Es ist genau aufgeschlüsselt. Und dann war die Frage: Entsprach der Stand des Pflegepersonals der PPR? Ich bin also belehrt worden, das heißt dort nicht PRR, sondern PPV in der Psychiatrie. (*Zwischenruf*) Ja. Auch das ist aufgeschlüsselt worden und das Ergebnis zeigt 49 Vollzeitbeschäftigte und 13 Teilzeitbeschäftigte. Das bedeutet insgesamt, dass die Betreuungskapazität jedenfalls gewährleistet war. Die einzelnen, hoffe ich, Berechnungen und Mitteilungen würden vielleicht ermüden. Kann ich aber durchaus hergeben. Ich glaube, das ist ja kein Geheimnis. Das habe ich vor Kurzem ganz kurz bekommen. Weil wir noch einmal nachgestoßen haben. Und es nicht dabei bewenden lassen wollten, was der Soll-Stand ist, sondern was der Ist-Stand ist. Das habe ich vor Kurzem bekommen.

GRin Dr. **Pilz**: Herr Patientenanwalt, ich weise auf das Schärfste zurück, dass Sie hier sagen, ich hätte gesagt, man soll sich nicht an Sie wenden. Ich kann das auch belegen. Der Herr Weber hat sich an jenem 21. Juli mit E-Mail bei mir gemeldet. Ich habe ihm am selben Tag, und das lässt sich auch belegen, weil ich ja am selben Abend mit Ihnen telefoniert habe und ihm geraten habe sich an Sie zu wenden. Ich kannte den Herrn Weber vorher nicht. Es hat sich schon in meinem allerersten Telefonat mit Herrn Weber, das ich dann geführt habe, klar gegeben und für mich ergeben und in der Folge faktisch ergeben, dass er sich an Sie wenden soll. Das entspricht nicht den Fakten. Ich möchte aber zu den Unterlagen zurückkommen, weil Sie ja jetzt doch einiges erzählt haben über den Herrn Weber. Er hat Ihnen ein Protokoll der von mir erlebten Ereignisse im OWS im Zeitraum vom 18. Juli bis 23. Juli geschickt. In diesem Protokoll führt er sehr detailliert aus, wie es dazu gekommen ist, dass er das OWS verlassen hat an dem Abend. Und meine verschiedenen Telefonate mit Ihnen und seine verschiedenen Telefonate mit ihm, haben das ja ohnehin belegt, dass es da zu sehr dramatischen Szenen gekommen ist. Sehr dramatische Szenen, die Sie jetzt als das exzessive

Benützen von Handy und Laptop bezeichnet haben. Ich habe ihn gefragt, ob in seinem Behandlungsvertrag vereinbart gewesen wäre mit den ÄrztInnen, er dürfe Handy und Laptop nicht haben. Dem war nicht so. Er war durchaus und auch sichtlich immer wieder mit Handy und Laptop in der Station beschäftigt. Er ist von Beruf Journalist und er hat ja gegenüber der Direktion den Brief oder diese Petition, den er mir ja dann auch gezeigt hat, durchaus mit Nachdruck dargestellt und gesagt, er würde dieses Schriftstück der APA geben, wenn es nicht ernst genommen würde. Ich habe ihm bei meinem Besuch dort, der ja auch dort dokumentiert ist, da ist ja Frau Dr. Herbeck extra gekommen, gesagt, er solle sich nicht an die Medien wenden. Und ich selbst würde mich nicht an die Medien wenden und habe mich auch nicht gewendet. Sondern er soll versuchen, dass was er nämlich vor hat, mit der Direktion ins Gespräch zu kommen. Und ich habe ihm gesagt, er kann schon vertrauen, wenn man ihm sagt, dieses Gespräch wird stattfinden. Ich werde nicht an die Medien gehen. Er wird nicht an die Medien gehen und es wird auch nicht das Krankenhaus an die Medien gehen, sondern das Gespräch mit ihm suchen. Faktum ist, am späteren Nachmittag bekam ich einen sehr aufgeregten Anruf von ihm, weil schon in der OTS und in der APA zu lesen war, dass das Spital statt mit ihm zu sprechen mit einer APA-Meldung hinaus gegangen ist. Damit war die Vertrauensgrundlage für ihn weg. Ich war bestürzt, dass das der Fall war. Dass man das tut. Und dann gab es eine Szene, die hier in diesem Protokoll, das man auch Ihnen geschickt hat, dokumentiert ist, wo ihm ein Arzt verweigert hat, dass er eine Vertrauensperson mitnimmt, weil das der Besuch eines anderen Patienten war und nicht seiner. Jetzt durfte er diesen Beistand nicht mitnehmen. Und man hat ihn dann rüde vor die Alternative gestellt Handy und Laptop sofort abzugeben oder zu gehen. Man muss über den Patienten wissen, das ist nicht jemand der - der Vorwurf er wäre ein Wallraff, ist an Zynismus nicht zu überbieten, weil es war ein schwer depressiver Patient, der von einer Donaubrücke gesprungen ist. Und das macht man nicht, wenn man „Undercoveragent“ ist. Das macht man, wenn man in einer tiefen seelischen Krise ist. Und das wusste man im OWS. Diese Bemerkung, er wäre ein „Undercoverermittler, ist infam. Und das wurde ihm gesagt, dass er als dieses - (*Zwischenruf*) Genau. Nein, er hat es nicht selber gesagt. Es wurde ihm gesagt, und der Herr Patientenanwalt wird das bestätigen können, er wäre ein „Eingeschlichener“. Und dann hatte man ihn vor die Alternative gestellt Handy und Laptop abzugeben oder zu gehen. Wissend, dass er ein schwer suizid gefährdeter Patient ist.

Er wollte das nicht tun, weil das war ihm ein wichtiges Medium, um mit der Außenwelt zu kommunizieren. Es gab dann eine Rangelei mit der Security und mit einem Arzt. Und er schreibt in diesem Bericht, den er auch mir zugeschickt hat, dass ihn der Arzt mit großer Wucht gegen die Tür geworfen hat und ihn zu Boden gerungen hat, wobei er versucht hat, ihm das Mobiltelefon zu entreißen, das jedoch mit einer Handschlaufe an seinem Handgelenk fixiert war. Schlussendlich ist die Schlaufe gerissen. All diese Dinge hat er Ihnen mitgeteilt. Er ist dann gegangen. Ich habe durch mehrere Telefonate mit Ihnen und mit ihm selbst ihn beschworen, nicht einfach unbetreut in der Stadt zu bleiben. Und es war gut, dass er wieder aufgenommen wurde. Er hat sich den Bedingungen des Hauses unterwerfen müssen. Das Handy und den Laptop nicht bekommen. Ich möchte Sie bitten, Herr Patientenanwalt, dass Sie diese Teile der Geschichte auch erzählen. Und bitte jetzt auch begründen, warum Sie der Meinung sind, dass man so mit dem Patienten umgehen kann, dass man ihm Handy und Laptop wegnehmen darf in dieser Situation? Und wie Sie die Vorgangsweise der Institution gegenüber den Patienten hier bewerten?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Ich darf vielleicht zuerst klar stellen: Wir liegen nicht so weit auseinander. Es fehlen nur manchmal die entsprechenden Sätze. Ich habe bestätigt, dass Sie mich angerufen haben und dass dann er, weil Sie haben ihm meine Nummer gegeben, mich angerufen hat. Gar keine Frage. Jetzt heißt es aber, ich habe ihn gefragt: „Warum kommen Sie erst jetzt? Es ist ja arg gewesen die Situation.“ Und darauf hin hat er mir gesagt: „Früher bin ich deshalb nicht gekommen, weil Sie (*Anm.: Gemeint ist Frau GRin Dr. Pilz.*) sagen, ich tue eh nichts.“ Im konkreten Fall haben Sie ja gesagt, tun sie das. Da haben Sie ja auch zu mir gesagt: „Tun Sie etwas Herr Patientenanwalt.“

GRin Dr. **Pilz**: Genau. So ist es.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Der Unterschied ist, dass eine war seine Äußerung über die Vergangenheit und das andere war ein Faktum bezogen auf den 21. Juli.

GRin Dr. **Pilz**: Aber in der Vergangenheit habe ich den Patienten nicht gekannt. Es ist schwer, dass ich zu ihm was gesagt hätte, wo ich ihn nicht gekannt habe.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Vor allem hat er das durch frühere Pressemitteilungen abgeleitet. Wir sind ja gar nicht so weit auseinander.

GRin Dr. **Pilz**: Das ist aber ein großer Unterschied. Gut. Aber sagen Sie, was Sie jetzt für

den Patienten gemacht haben, Herr Patientenanwalt.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Ich habe erstens bezüglich des Handys angefragt. Das ist doch nicht in Ordnung, dass man das Handy den Leuten generell verbietet. Es hat sich dann herausgestellt, dass nach der Hausordnung gar wohl Seiten vorliegen, wo das Telefon benützt werden kann. Und wenn es ein Festnetz ist oder ein Handy, muss aus Sicht der Patientenanwaltschaft eigentlich egal sein. Ich glaube, dieses Problem haben wir an die Direktion herangetragen. Ein gänzlich Verbot ist ja überhaupt nicht vorgesehen. Dass aber eine Hausordnung gewisse Zeiten ausnimmt, dass ist uns auch gesagt worden. Dagegen kann ich mich nicht wenden, weil ich brauche eine Hausordnung. Und wenn gesagt wird, das ist eine fachliche Frage, dass die anderen PatientInnen, ich war ja nicht dort, sich dadurch gestört gefühlt haben und die Angst gehabt haben, so wurde es mir gesagt, so blöd ist das ja nicht. Wenn der das jetzt aufnimmt und weiter schickt, ich brauche natürlich, um solche Medienmitteilungen zu machen, schon von den entsprechenden Leuten auch die Zustimmung. Und gerade das ist ein sehr sensibler Bereich. Es soll wirklich nicht die Öffentlichkeit im breitesten Sinne sehen und hören, wer dort im Spital ist. Wenn dazu Maßnahmen getroffen werden, ist das durchaus einsichtig. Ich sage noch einmal, er war dort Patient und hat nicht seinen Beruf ausgeübt. Es ging nicht darum, dort seinen Beruf auszuüben, wo er das sicher braucht. Gar keine Frage. Er war dort als Patient. Und als Patient ist das zu tun was für ihn als Patient, nicht als Journalist, am besten ist. Also, mit den Medien hat er zu tun. Ich will das ja alles nicht im Detail vorlesen, was er bekrittelt hat. Er hat auch gesagt, dass die Duschen für die Körperpflege nicht getrennt sind. Für Männlein und Weiblein, wenn ich das so locker sagen darf. Auch dazu haben wir eine Stellungnahme bekommen. Ich habe es mir sogar an Ort und Stelle angeschaut, was leider zu Aufregung geführt hat. Aber bitte, es war nicht schlimm. Wenn es einer will, das ist natürlich die Problematik, dann wird er getrennt. Dann kann er alleine seine Körperpflege machen. Getrennt von den anderen. Wird abgesperrt. Wie weit er das wollte, das weiß ich nicht. Aber es ist möglich. So schön, wie in einem neuen Gebäude, ist es unumstritten nicht. Es ist ja ein altes Gebäude. Ich habe mir das ja auch angeschaut. Es sind diese Nasskabinen oder Nassräume. Sie sind natürlich um die Jahrhundertwende - sie stammen aus der Zeit. Wir brauchen ja über dieses Gebäude ja nicht reden. Ich glaube, die kennen viele besser als ich. Es geht, wenn es sein muss und wenn es gewünscht wird.

GRin Dr. **Pilz**: Er hat auch den Vorwurf der sexuellen Belästigung erhoben. Er hat jetzt in seinem Bericht geschrieben, dass er von einem Arzt gegen die Tür geworfen wurde. Würden Sie bitte zu beiden Sachen sagen, was Sie unternehmen haben.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Die sexuelle Belästigung, von der er geschrieben hat, dass sie stattgefunden hat, kann ich natürlich nicht mehr verhindern, wenn sie stattgefunden hat. Es wurde aber im Zusammenhang mit den Duschräumen gesagt. Und da habe ich den Hinweis bekommen, wenn er getrennt sein will, dann ist er mit Sicherheit abgeschottet. Wenn er nicht will, dann ist ein gewisser Zusammenhang da und dann kann es dazu kommen. Es ist schlicht und einfach gesagt, die Möglichkeit einer Trennung gibt es, man muss sich nur dazu äußern. Dass er es dort gesagt hätte, habe ich nicht gehört. Es ist mir nicht gesagt worden. Mir hat er es gesagt. Und als ich das gehört habe, habe ich gefragt und habe es mir sogar angeschaut.

GRin Dr. **Pilz**: Er hat geschrieben, und das steht auch in dem Protokoll, das Ihnen auch vorliegt, da geht es nicht nur um die Duschen, dass er sediert im Bett gelegen ist und dass ihm an Penis und Hoden hart gegriffen wurde. Das hat mit der Dusche nichts zu tun. Und würden Sie bitte so freundlich sein - (*Zwischenruf*)

Der Herr Patientenanwalt kann das sicher im Detail erzählen. Und was haben Sie denn unternehmen hinsichtlich des Vorwurfes, dass er von einem Arzt gegen eine Tür geworfen und niedergerungen wurde?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Dagegen war nichts mehr zu unternehmen. Es ist geschehen. Es ist bekannt gegeben worden der Direktion und ich glaube, das ist die entscheidende Stelle.

GRin Dr. **Pilz**: Und dann?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Ich habe keine inquisitorischen Befugnisse. Ich habe keine polizeilichen Befugnisse. Wenn es der zuständigen Stelle bekannt ist, ist es doch für mich beendet. Was soll ich denn tun? (*Zwischenruf*)

Wenn es nicht bekannt ist, dann ist es Zeit es zu sagen. Richtig.

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

GRin **Matiasek**: Von einem sehr speziellen Fall, Herr Patientenanwalt, möchte ich jetzt zum Allgemeinen kommen. Mich würde interessieren bei den Fällen, die Sie uns hier zahlenmäßig aufgewiesen haben seit 2002, und ich denke Sie haben sich auch informiert was vor Ihrer Zeit, bevor Sie das Amt angetreten haben, war.



Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Das war vor meiner Zeit.

GRin **Matiasek**: Ja, aber ich möchte trotzdem den Zeitraum ein bisschen globaler betrachten. Kann man da, weil Sie auch gesagt haben, es zieht sich Vieles wie ein roter Faden, was den Inhalt der Beschwerden betrifft, die Beschwerden der PatientInnen gewichten? In Richtung medizinische Betreuung oder eher die allgemeine Betreuung? Ist es die Unterbringung als solche im räumlichen Sinn? Wie eben gerade angesprochen, diese unsägliche Situation, dass Sanitärräume, die ja viele PatientInnen durchaus als sehr unangenehm empfinden oder empfunden haben, gemeinsam benutzt werden oder das Zusammenleben mit den MitpatientInnen? Wo sind die Schwerpunkte der Beschwerden aus Ihrer Sicht und wie setzen Sie Initiativen diese möglichst zu minimieren oder zu beseitigen.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Ich sage es an ein paar Beispielen. Ich habe alle hier aufgeschlüsselt. Die Schwerpunkte setzt die PatientIn. Für die ist die Beschwerde, die sie vorbringt, die wichtigste. Ich bin einmal gerügt worden, weil ich gesagt habe, das muss man auf eine Wertung einstellen. Sie bringt das so vor. Das wird aufgenommen und in diesem Sinne wird ermittelt und versucht, ein Ergebnis zu erzielen. Nur als Beispiel: Eine psychisch kranke Patientin sagt bei der Infusionstherapie ist ein Paravasat eingetreten – also durch das Danebenstechen, das gibt es ja in anderen Spitälern auch. Ja, wir haben das ermittelt. Das ist so. Sie hat eine Entschädigung aus dem Härtefonds bekommen. Das liegt übrigens alles vor meiner Zeit: 2002 bis Mitte 2007 ist vor meiner Zeit. Ich habe das alles aus den Akten rekonstruiert. Das heißt, die liebe Kollegin hat mir da geholfen. Dann sagt einer, seine Knie- und Oberschenkel-schmerzen seien nicht behandelt worden. Es wurde eine Stellungnahme eingeholt. Und zur Frage, ob eine Behandlungsverzögerung vorliegt? Die Frage der Überdosierung wurde geprüft. Das hat es nicht gegeben. Es gibt ja auch Kostenbeschwerden, wo sich Leute dagegen werden, dass ihnen Kosten auferlegt worden sind. Es sind natürlich auch PatientInnen, wie in jedem Spital, mit ihren Problemen. Einem zuckerkranken Alkoholiker ist die Frage der Insulingabe gestellt worden. War die überhöht? Hat er sich etwas mitgenommen und dann durch diese überhöhte Dosis Schäden erlitten? In dem Fall ist es so, nachdem er uns die Beschwerde vorgebracht hat, hat er uns keine Vollmacht erteilt. Das kommt auch oft vor. Ich habe den Eindruck, und manchmal wurde er auch bestätigt, die Leute kommen und laden ihr Problem ab. Und wenn wir sagen, wir wollen dem nachgehen, wir brauchen aber von Ihnen aus datenschutz-

rechtlichen Gründen die Vollmacht, damit wir in die Krankengeschichte Einsicht nehmen können. Die schalten ab. Sie kommen dann nicht mehr. Für den war das mit diesem Vorbringen erledigt. Er will dann gar nicht, dass das weiter verfolgt wird. Dann gab es Vorwürfe gegen einen bestimmt dort tätigen Primar, der dort nicht mehr tätig ist. Da sind wiederholt Vorwürfe erhoben worden. Er ist in Pension. Und ein anderer Arzt aus einem anderen Jahr - ich referiere aus dem Gedächtnis - ist dort Dienst freigestellt worden, weil man ihm vorgeworfen hat, was Sie sagen, das war nicht ein anderer Patient, sondern der, dass er entgleist wäre bei gewissen Untersuchungen. Wir sind dem nachgegangen. Er ist weg vom OWS. Er ist nicht mehr im Dienst der Gemeinde Wien. Er ist in der Justizanstalt tätig gewesen. Und dort haben wir keine Antwort bekommen. Das Justizministerium hat gesagt, darüber geben Sie uns keine Antwort, ob irgendwelche Maßnahmen getroffen wurden. Es kommt immer wieder vor, dass Angehörige, es sind verhältnismäßig viele Beschwerden aus dieser Zahl, die ich gesamt aufgezehlt habe, sich beschweren. Die sagen: „Die PatientIn wird aufgenommen. Sie wird aber, unserer Meinung nach, viel zu rasch wieder entlassen.“ Die sagt: „Ich will gehen.“ Sie ist nicht zwangsweise angehalten. Und sie wird gehen gelassen. Und sie ist weg. Und wir fragen: „Wo ist er?“ Und sie ist weg. Das ist so. Das ist tatsächlich so. Das liegt aber auch daran, dass viele Angehörige - ich bin immer relativ zu den Beschwerdefällen - sich dagegen aussprechen, wenn man sagt: „Bitte übernehmen sie doch die Sachwalterschaft über sie. Dann haben Sie mehr Einfluss, mehr Möglichkeit. Man kann mit Ihnen kooperieren. Wenn keine Sachwalterschaft da ist, dann können wir nichts machen. Außer mit ihr.“ Wenn sie nicht will, dann will sie nicht. Die Leute, die Angehörigen, wollen sehr oft keine Sachwalterschaft übernehmen. Sie wollen nämlich nicht, dass ihr Angehöriger nunmehr den Eindruck hat, ich sage es ganz brutal, ihre Angehörigen, ihre Mutter, ihr Vater hätten sie nunmehr entmündigt. Obwohl das neue Sachwalterschaftsrecht mit diesen Möglichkeiten - wir empfehlen das immer wieder. Es wird aber dann nicht getan. Sie ist nicht besachwaltet. Und ist daher, wenn sie nicht zwangsweise untergebracht wird, in ihrer Entscheidung frei. Das ist ja die Tragik für viele Außenstehende. Das ist eine Tatsache, dass es nur zwei Gründe gibt, um den Menschen zwangsweise dort zu halten. Aber dass sie die Therapie fortsetzt ist kein Grund sie dort zu behalten, wenn sie nicht will. Wir haben so manche Eltern, eine Tragik, die ihr süchtiges Kind dort haben. Es kommt hinein und übermorgen geht es. Die können nicht zwangsweise angehalten werden.

Ich verstehe es aus der Sicht der Eltern. Sie können mir glauben, die sitzen mir gegenüber, ich verstehe das. Aus der Sicht der Eltern, die sagen, bitte kann man die nicht so lange dort behalten bis sie endlich wieder gesund ist. Dann sage ich: „Bitte fangen Sie einmal an mit der Sachwalterschaft.“ Das wollen sie aber nicht. Aber dann bleibt es ihre freie Entscheidung zu gehen oder zu bleiben. Und sie gehen meist. Nicht zur Freude der Angehörigen. Daher haben wir auch diesbezüglich zahlreiche Beschwerden. Und wenn darunter steht: „Nicht berechtigt“, dann haben wir sie aufgeklärt, dass wir das nicht können. Wir können die PatientIn nicht zwingen und schon gar nicht das Krankenhaus, dass sie sie behalten müssen. Das ist eine gesetzliche Vorgabe, über die wir nicht hinweg kommen. Das ist eben diese neue Rechtslage. Da haben wir wirklich Angehörige, die das nicht verstehen. Ich habe einen Herren in einem Akt - den habe ich nicht mitgenommen, den weiß ich auswendig -, der wendet sich vom Bundespräsidenten, an den Nationalrat und so weiter, der es erschreckend findet, dass sein Sohn immer wieder weggehen darf, wo er doch haben will, ich verstehe ihn als Vater, dass der endlich einmal austherapiert wird. So therapiert wird, dass er von der Sucht weg ist. Das sind Beschwerdefälle, die natürlich am Gesetz scheitern. Und im konkreten Fall, Sie meinen wir hätten investigativ noch schauen sollen, wer da hingegriffen hat. Es ist darum gegangen, wie weit ist hier vorgesorgt? Es ist der Direktion bekannt gegeben worden. Mehr kann ich ja nicht tun. Ich kann mich ja nicht hinstellen. Ich kann nur sagen: „Dort ist das behauptet worden. Dort ist das gesagt worden.“ Soweit es Räumlichkeiten betrifft, ist es mir gesagt worden. Ich habe es mir sogar selber angeschaut. Soweit es Personal betrifft, ist es mir schriftlich gegeben worden. Ich kann ja nicht sagen: „Bitte das stimmt ja alles nicht.“ Das ist ja nicht meine Aufgabe. Das steht mir ja gar nicht zu. Wir haben keinerlei Exekutivgewalt. Das sage ich immer wieder. Aber ich wiederhole mich, es stört mich nicht, dass wir keinerlei Zwangsgewalt haben. Weil hätten wir sie, bekämen wir nur die Hälfte kooperativer Zusammenarbeit und Auskunft. Und natürlich scheitert so manches daran, dass man hier nicht sagen kann - ich übertreibe -, was auch gefordert wird: „Der Arzt ist sofort zu entfernen.“ Das wünschen sich manche. Das kann ich nicht machen. Ich kann nur sagen: „Bitte ich nehme das zur Kenntnis, dass Sie das behaupten. Ich teile das Ihrer vorgesetzten Stelle mit.“ Und das tue ich auch.

GRin **Matiasek**: Danke. Vieles, das Sie jetzt geschildert haben, hängt entweder am Rechtssystem oder an der PatientIn selbst. Daher darf ich mir noch erlauben nachzufragen: Können Sie

aus den Beschwerden, die Sie aus dem Bereich OWS-Psychiatrie haben, den Schluss ziehen, dass es ein paar Systemmängel, abgesehen von den ja immer wieder erwähnten baulichen Strukturen, das wissen wir und das ist auch sehr bedauerlich so, gibt? Stellt sich für Sie dieser Schluss dar aus den Beschwerden, die Sie von dort haben, wo man durchaus etwas ändern sollte, könnte? Oder wie wird Ihnen auch von Seiten des Krankenhauses entgegen gekommen, wenn Sie die PatientIn vertretend einer Beschwerde nachgehen?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Die PatientIn zu vertreten, im Sinne wie es vorgesehen ist, ist die andere Patientenadvokatur. Ich glaube, das ist ja erklärt. (*Zwischenruf*)

Ich kann natürlich hier als Zeuge keine Schlüsse ziehen. Ich glaube, das ist nicht meine Aufgabe. Ich kann Ihnen aber schlicht und einfach sagen, es ist die Tatsache, dass zusammengefasst die PatientInnen schwerpunktmäßig sagen – bitte, die Zahlen sehen Sie immer da relativ nach der Menge der Beschwerden -, sie fühlen sich nicht ausreichend betreut. Die Depressiven sagen, sie werden die erste Zeit nicht ausreichend betreut und sie sagen es dort aber nicht. Das ist aber fachlich möglich. Die Frage, wie fachlich ein Mensch, der dort ist, zu therapieren ist, das kann ich ja nicht überprüfen. Ja, wenn gesagt wird, hier sei wirklich ein Fehler, dann machen wir das doch inzwischen in meiner Zeit, weil wir haben auch hier nunmehr VertrauensärztInnen. Die uns sagen, hier ist wirklich ein Fehler gewesen, wenn der Sachverhalt von beiden Seiten gleich beschrieben wird. Wir sind leider kein Gericht. Wenn der das so sagt und das Spital sagt es anders, dann tut es uns leid, wir können nicht wie ein Gericht den Hut aufsetzen und sagen, wir glauben dem oder jenen. Wenn sich aber doch, und so weit klafft das nicht auseinander, eine gemeinsame Sachverhaltsbasis bietet, dann ersuchen wir unsere VertrauensärztInnen zu sagen, ob hier ein Fehler geschehen ist. Wenn er zu Schäden geführt hat, gibt es ja bekanntlich die zwei Fonds. Ich habe ja ein Beispiel gebracht, wo entschädigt wurde. So läuft das. Natürlich wird dann das Qualitätsmanagement, so schreibt es das Gesetz vor, verständigt, dass wir aus diesen und diesen Gründen meinen, dass das nicht richtig war. Die Konsequenz und Überwachung steht uns dann nicht zu.

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

GRin **Korosec**: Danke, Herr Vorsitzender! Herr Hon. Prof. Brustbauer, Sie wissen ja, dass wir bei der Untersuchungskommission an sich vorgehabt haben PatientInnen beziehungsweise

Angehörige zu hören, das wurde uns von der Mehrheitsfraktion nicht genehmigt und Sie wurden aufgefordert - beziehungsweise den PatientInnen und Angehörigen hat man auch medial mitgeteilt, sie sollen zum Patientenanwalt gehen und der wird das dann tun und wird hier dann die Ergebnisse präsentieren. Jetzt haben Sie gesagt im Jahr 2008 waren bisher 30 Fälle bis 12. November, also unwesentlich mehr als sonst. Jetzt meine erste konkrete Frage: Wie viele Fälle waren tatsächlich im Zusammenhang mit der Untersuchungskommission? Das heißt, betreffend Missstände im OWS?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Unter fünf, davon jedenfalls einer, der gar nicht will, dass das hier vorgebracht wird. Das ist eine verschwindend geringe Zahl, trotz der ununterbrochenen und zahlreichen Aufrufe, die sehr interessante Sache gesagt haben, die die gekommen sind, haben durchaus sehr interessant geplaudert. Was die Leute bewegt, die da waren, das weiß ich. Aber die nicht da waren, darüber kann ich keine Auskunft geben. Das ist eine verschwindend geringe Zahl.

GRin **Korosec**: Es überrascht mich, weil bei den Oppositionsparteien waren weit mehr PatientInnen und Angehörige, die offenbar dann nicht zu Ihnen gekommen sind, aus welchen Gründen auch immer, das könnte man natürlich auch diskutieren. Aber jetzt hätte ich gerne gewusst, von diesen unter fünf, ich weiß nicht drei, vier, welche Missstände haben sich da gebündelt. Von diesen dreien, was hat sich da herausgestellt? Wo gibt es da die meisten Probleme? Sind es Personalprobleme, sind es die räumlichen Probleme? Also, ganz konkret, weil sonst hätten wir es hier gehört. Wir erwarten eigentlich heute von Ihnen, was sich da herausgestellt hat?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Diese Dame schien mir die interessanteste zu sein. Wenn man so etwas überhaupt sagen darf. Ich nehme an, Sie haben es bekommen, Erfahrung einer Betroffenen, das hat sie mir schriftlich vorgelegt und hat gesagt, sie hat es der Untersuchungskommission übersendet. Ich lese es gerne vor. Es ist natürlich sehr lange. Es ist der Schwerpunkt immer, dass die Leute sagen, sie hätten gerne mehr Therapie. Die räumlichen Verhältnisse sind ja bekannt. Sie sind natürlich nicht die schönsten. Das wird auch immer wieder erwähnt. Vielleicht wollen Sie wissen, wegen der nächstbesten. Das habe ich dann angesprochen. Die PatientInnen, die da waren, finden das Netzbett nicht so schlimm.

GRin **Korosec**: Ich habe auch das Netzbett nicht angesprochen.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Na dann lasse ich es wieder weg.

GRin **Korosec**: Welche Missstände gibt es? Was haben Sie ganz konkret gehört?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Ich kann Ihnen nur sagen, es geht immer wieder nur darum, dass die PatientInnen vorbringen, es ist schwerpunktmäßig so, dass das Personal, das sie betreut, zu gering ist. Ich habe aus diesem Grund auch bei diesem Herrn Weber gefragt. Mehr kann ich ja nicht tun. Wie ist denn der Personalstand dort? Da habe ich ja den Fehler gemacht. Was ich ursprünglich nicht wüsste, das ist der Soll-Stand. Ich bin dann belehrt worden. Ich habe ja ein gutes Team. Die haben gesagt: „Da können Sie sich nicht zufrieden geben. Sie müssen nach dem Ist-Stand fragen.“ Ich habe das auch dann getan. Und habe den so bekommen. Ich bekomme ihn ja nicht von irgendwem, sondern ich habe ihn ja direkt über den KAV bekommen.

GRin **Korosec**: Herr Hon. Prof. Brustbauer, Sie haben weiters gesagt, Sie haben zwar der Direktion im Zusammenhang mit dem Fall Weber das mitgeteilt, aber mehr ist nicht zu tun. Der Meinung bin ich nicht. Ich sehe das schon als Ihre Aufgabe, dass Sie natürlich anfragen und Lösungsvorschläge von der Direktion dann erwarten. Und in diesem Zusammenhang möchte ich Sie fragen, gerade auf Grund Ihrer umfassenden Kenntnisse, die Sie ja haben, wie weit haben Sie mit der Direktion, mit dem KAV, mit den übergeordneten Stellen Kontakt grundsätzlich? Weil das ist ja Aufgabe auch eines Patientenanwaltes hier einzuwirken. Und wenn Sie sagen, Sie haben zwar nicht die gesetzlichen Möglichkeiten. Da gebe ich Ihnen Recht. Aber in so einer Funktion kann man besonders als Kraftfunktion und Kraftperson sehr viel erreichen. Wenn Sie aber sagen, das wissen Sie nicht, sie haben das zwar weitergeleitet, aber was sich dann weiter tut, ist eigentlich nicht Ihr Problem. Da muss ich Ihnen schon sagen, dass ich das anders sehe. Und wenn Sie auch sagen, die Übergriffe haben Sie gemeldet, aber mehr können Sie nicht tun. Das würde ich schon gerne von Ihnen erklärt wissen.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Ich weiß, hier steht mir das Fragerecht nicht zu. Aber ich wüsste gerne, was ich sonst noch tun sollte? Aber Sie haben recht, Frau Abgeordnete. Ich habe mich natürlich auf Grund dieses - freundlicherweise mit der Chefin des OWS in Begleitung zusammengesetzt und habe diese Probleme nochmals durchbesprochen. Ich kann es punktuell herausnehmen. Der eine ist der Fall Weber. Wir hatten die Aufstellung noch immer nicht. Natürlich denkt man sich, na ja, wir bekommen nicht die Aufstellung, wie es der Ist-Stand ist. Es wird offenbar blockiert. Es wurde

zugesagt. Ich habe es inzwischen bekommen, so wie ich es verlesen habe.

GRin **Korosec**: Aber Sie mussten urgieren. Auch das ist ja eigentlich schon ein sehr eigenartiges Zeichen, wenn man einem Patientenanwalt, der eine Anfrage stellt an die Direktion, dass man dann urgieren muss. Das muss ich sagen, zeigt auch einiges auf.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Urgenzen sind ja bei jeder Behörde. Ich habe das nicht so überraschend gefunden. Es ist ja vielleicht auch nicht die Hauptaufgabe eines Spitals dem Patientenanwalt stets zu Diensten zu sein, sondern der PatientIn. Ich fühle mich deshalb nicht herabgesetzt. Sie entschuldigen sich ja dann durchwegs und sagen aus diesen und jenen Gründen ist das passiert. Ich bin da nicht böse.

GRin **Korosec**: Haben Sie mit der Frau Stadträtin darüber gesprochen?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Nein.

GRin **Korosec**: Die Frau Stadträtin haben Sie nie konfrontiert mit den ganzen Problemen?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Nein, ich habe ja gesehen, dass das bis zum KAV rauf geht. Was soll ich dann als Adlatus noch einmal hinrennen?

Darf ich noch einmal sagen, ich komme zu den Problemen, ich nehme an, dass die Herren und Damen des KAV sich entsprechend artikulieren können oder wollen, davon gehe ich wohl aus. Ich muss die nicht rechts oder links überholen. Es war für mich auch eine Überraschung, und das habe ich angeschnitten, es wurde auch in der Untersuchungskommission erwähnt, das habe ich überflogen, es beginnt der Nachtdienst um 13 Uhr. Ich habe das persönlich ein bisschen seltsam gefunden. Das finden auch manche PatientInnen, die sagen das Mittagessen ist ja vorher und es bleibt eigentlich nicht viel Zeit. Dann ist ja schon der Nachtdienst mit reduziertem Personal. Es ist so in allen KAV-Spitälern. Ich glaube, ich verkünde hier nichts Neues. Das ist ja hier mehrfach vorgebracht worden. Dann ist auch diskutiert worden, weil das haben auch PatientInnen angesprochen, da ist ja etwas renoviert worden und da wird ja etwas verkauft. Es ist nicht so, dass frisch renoviertes zum Verkauf steht. Hat aber mit der Gesundheit nichts zu tun. Wir sind informiert worden, nicht nur allgemein, sondern auch dass es natürlich nach dem Errichten des Krankenhauses Nord entsprechende Aus- und Übersiedlungen gibt. Es ging immer wieder um den Pavillon 10, dessen bauliche Struktur, und daher sind die Beschwerden von diesem Pavillon gekommen. Der wird übersiedelt in den Pavillon 21. Das ist natürlich eine Übersiedlungstätigkeit. Die Patientenanwaltschaft ist

seit einer Woche in der Schönbrunner Straße 108. Wir sind übersiedelt. Was auch von den PatientInnen bemängelt wurde, sie kommen immer wieder, wenn sie wo wohnen in den selben Pavillon. Der sagt, ich verstehe mich mit diesem Oberarzt, Primar nicht. Ich komme von dem nicht weg, außer ich übersiedle in einen anderen Bezirk. Natürlich habe ich das vorgebracht. Das andere Argument ist, dass man sagt, okay dadurch, dass der immer zum selben kommt, ist er bestens informiert und das dient der raschen Diagnose und Therapie. Als Patient sehe ich das auch ein. Im Übrigen gab es einen Fall, da war es so zugespitzt, ich glaube, ich habe ihn sogar da, dass wir uns an die Direktion gewandt haben, „bitte mit der Frau Primaria komme ich viel besser aus.“ Das ist uns damals in diesem speziellen Fall auch gelungen. Das ist eben ein Einzelfall. Für diese Einzelfälle sind wir auch zuständig. Das ist die Grundaussage. Die PsychiaterInnen, die dort tätig sind, kennen die Psychotherapie auch. Inzwischen ist es so, dass die dort tätigen Psychiater, ich hoffe, ich gebe das richtig wieder, auch eine psychotherapeutische Ausbildung haben und brauchen. Wir hatten einen sehr tragischen Fall, der liegt aber außerhalb dieses Untersuchungszeitraumes, der eine medizinische Frage war. Es ist medizinisch ein schwieriger Fall gewesen. Dann der Vorwurf, PatientInnen kommen hin und es wird ihnen nicht alles weggenommen. Sie werden nicht auf die Unterhose ausgezogen. Damit kann es sein, dass der noch Medikamente gegen sein Diabetes einstecken hat. Damit kann es sein, dass die ein Feuerzeug eingesteckt hat. Ganz abgesehen davon, dass das Rauchen dort erlaubt ist. Das war nur mein persönlicher Einwand. Wieso denn? Ich habe es verstanden, weil ich medizinisch aufgeklärt wurde. Für eine psychiatrisch behandelnden PatientIn, dem ich außerdem noch das Rauchen zur gleichen Zeit abgewöhnen will, das geht nicht. Das habe ich eingesehen. Die Netzbetten sollen wir weglassen? Dann lasse ich sie weg. Die waren natürlich Thema. Frau Abgeordnete, Sie haben gesagt, die dürfen hier nicht aussagen, sondern ich soll da der Vermittler sein. Ja, ich habe mich ja angeboten. Es wurde mir aus fachlicher Sicht dargestellt, es ist eine angespannte Situation und die kann und wird für PatientInnen, die in psychiatrischer Behandlung sind, nicht in körperlicher, eine Situation herauf beschwören, wo der Patient psychisch überfordert ist. Ich brauche aber eigentlich keine Grundlage liefern für etwas, das da beschlossen ist. Ich habe es natürlich hinterfragt. Dann ist auch wiederholt bemängelt worden, es ist noch nie vorgekommen, aber es steht so, wir geben Informationen an PatientInnen grundsätzlich nur weiter, wenn wir nicht von dem Arzt, von der

Direktion darauf hingewiesen werden, dass dieser und jener Teil ihm zu sagen schlecht ist. Für ihn aus gesundheitlichen Gründen schlecht ist. Therapeutisches Privileg, glaube ich, nennt man das. Das machen wir auch. Aktuell ist es noch nie geworden. Sie werden sich wundern warum nicht. Ich habe mich auch gewundert. Ich habe bei Patienten, ich glaube, der fällt auch darunter, den wir schon besprochen haben, gesagt, ich tue mir schwer, ob ich ihnen die Krankengeschichte geben kann. Ich muss erst fragen, ob das bei ihnen möglich ist. Man kann mit denen ja gut reden. Dann sagt er: „Ich brauche das gar nicht. Ich kenne sie von hinten bis vorne.“ Aber angesprochen habe ich es. Ja jetzt bin ich dort. Warum gab es Verzögerungen und es musste urgiert werden? Ich habe die Antwort bekommen, dass der außergewöhnliche Arbeitsanfall der letzten Zeit der Grund sei.

GRin **Korosec**: Herr Hon. Prof. Brustbauer was mich noch interessieren würde, Sie haben ja die Gespräche geführt mit den PatientInnen oder Angehörigen. Sehen Sie die Untersuchungskommission als Instrumentarium, wo jetzt manches transparent wird? Wo man damit auch Missstände abstellt. Sehen Sie daher die Untersuchungskommission positiv oder, so wie die Mehrheitsfraktion immer sagt, die Untersuchungskommission ist nur da um zu skandalisieren? Die Opposition hat ja nichts anderes im Sinn als zu skandalisieren. Oder sehen Sie die Untersuchungskommission eher negativ?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Zuerst muss ich sagen eine Wertungsfrage steht mir als Zeuge nicht zu. Aber als Staatsbürger weiß ich, dass die Untersuchungskommission auf Grund des Gesetzes eingesetzt wird und daher diese Aufgaben erfüllt, die vorgeschrieben sind. Das Ergebnis liegt ja noch nicht vor. Ich würde mich dagegen streuben zu sagen, ich sehe Sie als Skandalisierer. Das sehe ich doch nicht. Aber wie das politisch gewertet wird? Diese Antwort können Sie von mir nicht verlangen. Das übersteigt meine Zuständigkeit hier als Zeuge auszusagen. Ich kann nur auf Grund der Tatsache sagen, die Einsetzung erfolgte, ich habe mir das inzwischen auch angeschaut, auf Grund der Wiener Stadtverfassung. Und die Untersuchung gibt es und darum ist sie auch da.

GRin **Korosec**: Herr Hon. Prof. Brustbauer, eine letzte Frage. Immerhin ist die Untersuchungskommission schon monatelang tätig und es ist vieles aufgezeigt worden und Sie sind konfrontiert worden beziehungsweise man hat das auch so veranlasst und hat gesagt, alle sollen zu Ihnen kommen. Hat Sie die Frau Gesundheitsstadträtin, das ist ja etwas sehr wesentliches für sie, jemals kontaktiert und hat bei Ihnen nachgefragt, wie viele sich bei Ihnen melden und

so weiter? Hat es da jemals ein Gespräch gegeben? Nicht von Ihrer Seite, sondern ganz konkret von der Frau Stadträtin?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Nein, es gab keinen Kontakt. Und ich sage es ganz ehrlich, ich hätte ihn auch nicht gewollt, weil es steht weisungsfrei und es hätte vielleicht einen falschen Eindruck erweckt. Ich war auch nicht bei der Frau Stadträtin. Ich werde, wenn das vorbei ist, weil es sich gehört und weil das Jahresende kommt, ein frohes Weihnachtsfest wünschen. Vorher gehe ich nicht hin. Was soll ich mit der Frau Stadträtin für zusätzliche Kontakte pflegen? Als Politikerin kennt sie doch die Untersuchungskommission. Was soll ich sagen?

Ich muss schlicht und einfach darauf sagen: „Nein.“

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

GR **Wagner**: Herr Vorsitzender, Herr Hon. Prof. Brustbauer, meine Damen und Herren, nur zu Beginn Frau Kollegin Korosec, es hat niemand von unserer Fraktion je behauptet, dass die Untersuchungskommission skandalisiert wird oder einen Skandal darstellt. Das, was wir immer sagen und sehr deutlich darauf hinweisen, dass einzelne Aussagen von politischen Fraktionen hier diesbezüglich durchaus dazu dienen, hier nicht der Objektivität zu dienen, sondern der Subjektivität und dass auch fallweise hier skandalisiert wird. Und da können Sie sich selber bei der eigenen Nase nehmen Frau Kollegin, weil wenn Sie heute hier den Herr Hon. Prof. Brustbauer nach den Beispielen gefragt haben und im gleichen Zug haben Sie dann gesagt, na zu Ihnen - anscheinend zur ÖVP - haben sich ja viel mehr Leute beschwert, als die die zum Patientenanwalt gegangen sind. Da muss ich Ihnen sagen, ich kann mich noch an eine Untersuchungskommission zu Lainz erinnern, wo Sie uns auch angekündigt haben, monatelang und wochenlang, was Sie alles für Vorfälle vorlegen werden. Und ich darf Ihnen sagen, Sie sind uns das bis zum Schluss schuldig geblieben. Und wenn Sie solche Vorkommnisse hätten, Frau Kollegin, dann legen Sie sie dieser Kommission vor. Dazu wären Sie als Mitglied auch verpflichtet. Dazu brauche ich Sie nicht dazu auffordern, wenn Sie hier wirklich so viel mehr Beispiele hätten, dann legen Sie sie am Tisch und belegen Sie es. Dann kann man darüber diskutieren. Aber nicht nur behaupten und dann im Nachhinein die Beweise schuldig bleiben. Meine Damen und Herren ich möchte mich aber an den Herr Hon. Prof. Brustbauer wenden, weil ich glaube, dass das viel sinnvoller ist, diese Frage zu richten. Bei den wenigen Fällen, die an Sie herangetragen worden sind, darf ich Sie ganz kurz befragen. Und Sie werden das sicher, ent-

weder Sie persönlich oder von Ihren MitarbeiterInnen im Prinzip wissen, wie schaut den eigentlich so ein Gespräch aus, das Sie in dieser Causa geführt haben? Wie schauen denn die klimatischen Umstände aus? Wie findet das statt? Gibt es da lange Vorbesprechungen? Funktioniert das zuerst mit einem telefonischen Kontakt? Kommen die Leute persönlich? Gibt es vielleicht auch nur telefonische Anrufe, wo dann jemand sagt, dass er gar nicht persönlich kommen will? Gibt es welche, die am Telefon gar nichts erzählen und sie wollen das nur persönlich machen? Wie schaut so ein Fall denn im konkreten aus?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Es gibt Anrufer, es waren glaube ich in drei, vier Fällen Termine vereinbart, wo die gesagt haben, sie möchten ein Gespräch. Man muss ja einen Termin vereinbaren. Das haben sie auch nie kritisiert, dass sie gesagt haben sie wollen sofort und spontan ein Gespräch. Wo ein Termin vereinbart war mit einer PatientIn und die ist dann nicht gekommen, die Fälle hat es gegeben. Ich würde sagen in der Größenordnung von drei. Wir können die nicht zwingen. Wenn sie dann nicht kommt, ist sie halt nicht gekommen. Es beginnt überhaupt grundsätzlich so, dass, wie es ja heißt, haben sich an die Patientenanzwaltschaft zu wenden, sie rufen an oder schicken eine E-Mail. Das ist heute so gängig. Dann bekommt sie einen Termin. Möglichst rasch. Möglichst knapp. Weil es sich ja um Fälle handelt, die ich dann hier wieder geben soll, habe ich das protokollarisch mit einer Schriftführerin niedergeschrieben. Die Kollegin Seibert war dann auch dabei. Die Atmosphäre ist eigentlich - so weit es damals besichtigt wurde - das ist mein Zimmer gewesen. Die Damen und Herren PatientInnen, die man als Beschwerdeführer bezeichnet, sind gekommen. Sie wussten schon, was sie sagen wollen. Es war nicht so, dass man es erst herausholen musste. Sie haben gesagt: „Ja, ich will das so sagen.“ Die haben zum Teil ein Aufnahmegerät mitgebracht und haben mich stets gefragt, ob sie das benutzen dürfen. Ob sie das Gespräch zwischen ihnen und mir auch aufnehmen dürfen? Ich hatte keinen Einwand. Wir reden dort nichts Grausliches oder Unkeusches. Na, selbstverständlich kann man das aufnehmen. Die waren auch so freundlich. Einen Fall kenne ich, wo ich gesagt habe: „Wenn sie es schon übertragen, dann schicken sie mir auch die Übertragung.“ Ich habe sie auch bekommen. Ich habe die Übertragung von der Dame bekommen. Es ist ja aktenkundig und daher kein Geheimnis. Dieses Tonband haben die Herrschaften von Ihnen, Frau Abgeordnete Dr. Pilz, bekommen. Ich verkünde da ja kein Geheimnis. Das erste war offenbar ein altes. Das ist nicht ordentlich gegangenen. Erstens

war es nicht ihr eigenes und dann tut man sich natürlich schwer. Man tut sich ja schwer, wenn man ein fremdes bekommt. Ich habe das nicht angegriffen. Ich kenne mich auch nicht aus. Es war dann schon besser bei einer zweiten, das ist eine ... Sache gewesen, die hat schon ein neues Gerät mit bekommen. Ich habe das ganz praktisch gefunden. Die haben mir das versprochen. Ich weiß nicht, ob das wahr ist aber sie haben gesagt: „Frau Dr. Pilz wird das übertragen.“ Ich glaube das nicht. Haben Sie das wirklich übertragen? Entschuldigung, ich darf ja nicht fragen. Ich habe das dann auch per E-Mail bekommen und habe es dann korrigiert und dann wieder zurückgemailt. Ich habe das dem Akt beigelegt. Ich habe meinen Text, den ich dort diktiert habe und von allen unterschrieben ist. Und ich habe auch den gesprochenen vom Band. In einem Fall fehlt dies allerdings noch. Aber das werde ich urgieren. Ich glaube, die Leute waren durchaus entspannt, weil wenn der sein eigenes mitbringt. Ich musste nicht beschwichtigen um das zu verwenden oder deeskalieren. Die Damen und Herren Beschwerdeführer waren wirklich, ich muss fast sagen und habe es einer Dame auch gesagt, fast angenehm. Ich war überrascht wie gut und nett man mit Beschwerdeführern, es steht im Akt und man kann es dort nachlesen, für mich war das neu, so gut reden kann. Ich habe einer Dame direkt gesagt: „Mit Ihnen kann man so gut reden. Eigentlich wundert mich das, dass sie in psychiatrischer Behandlung sind.“ Sie sagt: „Heute bin ich ja auch gut eingestellt. Aber stellen Sie sich vor, wenn ich in meiner manischen Phase bin, dann können mich fünf Leute nicht bändigen.“ Darauf hin meine Frage: „Wie oft haben Sie denn die?“ Sie sagt: „Alle Jahre.“ Meine Frage: „Wann war denn die letzte?“ - das war im Sommer 2008 - Sie hat gesagt: „Na, vor einem Jahr.“ Ich bin kein Psychiater. Sie hat mich sofort beruhigt und gesagt: „Sie können ganz beruhigt sein. Das bricht nicht spontan aus. Das entwickelt sich und dann gehe ich auf das OWS.“ Ich habe wirklich ein, aus meiner Warte, und ich glaube auch aus dem Vorbringen und der Art wie die gesprochen haben, gesehen, das ist ein angenehmes Klima für die, wo die durchaus ohne Druck, ich habe kein Kreuzfeuer abgeführt, die wussten aber, warum sie kommen, sie hatten sich zum Teil schon zusammengeschrieben, sie hatten Unterlagen mit, die ich angeschossen habe, aber das Gespräch muss ich sagen, war so wie bei allen anderen PatientInnen auch. Das ist eine Erkenntnis, die ich hatte und zu dem Zweck ist die Untersuchungskommission nicht eingesetzt worden.

GR **Wagner**: Herr Hon. Prof. Dr. Brustbauer, auf Grund Ihrer heutigen Ausführungen und Schilderungen würde mich eines interessieren.

Haben sich bei Ihnen PatientInnen oder Angehörige auch schon beschwert über die Verwendung von Laptops und Handys auch im Spitalsbereich? Ich kann mir vorstellen, dass das natürlich nicht immer das angenehmste ist. Und wenn man sich das vorstellt, dass man persönlich betroffener Patient wäre und da gibt es jemanden, der sich einbildet er muss das ständig verwenden, dann kann das auch störend sein. Gibt es darüber Beschwerden?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Ich habe darüber keine Beschwerde. Ich habe nur das umgekehrte, der es eben verwenden wollte. Aber ich sehe das ein. So lange die dort PatientIn ist, dann kommt sie in den seltensten Fällen. Einer ist gekommen. Der hatte dort Freigang. Das war nicht deren Anliegen. Es ist mein Gefühl, ich soll ja nur über Tatsachen aussagen. Ich glaube, die wissen sich schon zu helfen gegenüber MitpatientInnen, die sie ärgern, wenn es sein muss.

GR **Wagner**: Herr Hon. Prof. Dr. Brustbauer, sind in dieser Causa seit diese Untersuchungskommission läuft, bei ihren Fällen, die bei Ihnen dann vorstellig geworden sind, sind da nicht nur PatientInnen gekommen oder gab es da auch Beschwerden von ÄrztInnen oder Pflegepersonal, die bei Ihnen gewesen sind und sich über einen bestimmten Vorfall beschwert haben?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Nein. Einzelbeschwerden vom medizinischen Personal sind nicht zu mir gekommen. Ich muss generell sagen, obwohl die Zuständigkeit auch dafür gegeben wäre. Insgesamt, vom gesamten Bereich der Spitäler, gibt es höchstens ein, zwei Fälle, wo eine Pflegeperson oder ein Arzt sich beschwert, dass ihm in irgendeiner Form Unrecht zu gekommen ist. Das ist eher selten. Entschuldigung, die Kollegin hilft mir. Ja, das dürfte es sein. Ich glaube, das ist ja auch bekannt gewesen. Ich habe mir einmal die Freiheit genommen in dieser Funktion, in meiner früheren Funktion war ich auch im OWS, dort einmal zu schauen wie das ausschaut. Man geht natürlich manchmal durch. Man genießt in diesem Theatersaal auch Vorträge. Aber ich wollte auch den Pavillon 10, der ja immer wieder angesprochen wurde, sehen. Sehen wie das ist. Ich habe bewusst - ich habe mich bei der Frau Direktor Kalousek schon entschuldig - vorher das nicht angekündigt. Ich will das sehen, so wie es ist. Wie ich es gesehen habe, es war ein Tag, der ganz ruhig war. Ich habe dann mit einer Oberärztin gesprochen, die den Alltag geschildert hat. Ich habe auch verstanden, dass die räumlichen Probleme dort natürlich groß sind. Aber ich brauche das nicht zu schildern. Sie hat gesagt, jetzt kommt ein Akutpatient herein und die anderen sind natürlich furchtbar neugierig. Und man

kann sie nicht gänzlich eliminieren. Jetzt hören sie das, weil das ja nur ein Brettverschlag ist. Das sind räumliche Probleme, die sicher dort in den alten Gebäuden so sind. So direkt als Beschwerden vorgeschrieben: „Mir ist das und das passiert“, habe ich nicht erhalten. Die Kollegin hilft mir. Sind die bei uns gewesen? Ja, bei diesen Gesprächen, es war eine Oberärztin, ist natürlich immer wieder darauf hingewiesen worden, dass die Medienberichte die PatientInnen verunsichern. Sie selber sagen es natürlich nicht, wenn sie kommen. Aber nach Ansicht des dort tätigen Personals haben sie den Eindruck. Sie werden schon Grundlagen haben. Ich habe nicht näher gefragt. Es ist erwähnt worden. Aber als konkrete Beschwerde, dass einer herein kommt und sagt: „Ich habe das und das“ oder dass etwas per E-Mail eingesandt wurde, in der Form war es nicht. Nur im Gespräch mit dem Personal.

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

GRin Dr. **Pilz**: Herr Hon. Prof. Dr. Brustbauer, ich möchte noch einmal auf den von mir geschilderten Fall des Herrn Weber zurückkommen. Sie sagen, Sie haben - nachdem es ja ohnehin bei der Kollegialen Führung bekannt war oder Sie es bekannt gemacht haben, dass hier ein Arzt den Herrn Weber, so wie er es selber sagt, mit Wucht gegen die Türe gestoßen hätte. Das ist der eine Vorwurf. Der zweite Vorwurf, der sich auch belegen lässt, ganz objektiv, dass das Vertrauensverhältnis seitens des KAV gebrochen wurde, in dem man seine Kritik durch eine eigene APA-Meldung öffentlich gemacht hat, statt mit dem Patienten selber das Gespräch zu suchen. Der dritte Vorwurf, und das ist in diesem ausführlichen Protokoll, das Ihnen ja zugeschickt wurde seitens des Patienten kundig, dass es 8 Stunden am Stück gegeben hätte, ohne dass eine Pflegeperson gekommen ist. Dass er zwei Tage lang einer Ärztin nachlaufen hat müssen, um die Besprechung zu einer anstehenden Medikamentenumstellung zu bekommen. Dass er zitiert, dass PatientInnen nicht zum Abendessen geweckt werden und dadurch dann hungrig zu Bett gehen müssen. Und, und, und. Er hat Sie kontaktiert und auch diese Dinge zugeschickt, weil er sich erwartet hat, dass Ihrerseits in seiner Sache etwas unternommen wird. Dieses Protokoll von dem ich jetzt hier spreche, dass er nach seinem Aufenthalt im OWS formuliert hat, wurde Ihnen, Herr Patientenanwalt, im Herbst zugeschickt. Und er hat mir gesagt, dass der Empfang Ihrerseits quittiert wurde. Was haben Sie unternommen im konkreten Fall, um die Rechte des Patienten im Rahmen Ihres Auftrages sicherzustellen? Welche konkreten Schritte haben Sie unternommen?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Meinen Sie das Protokoll, wo es heißt „Protokoll der von mir erlebten Ereignisse im OWS im Zeitraum von bis“?

GRin Dr. **Pilz**: Ja, dieses meine ich.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Er hat mir das geschildert. Es ist mir neu, dass er in dieser Form darauf eine Antwort wollte. Ich lese vor, was er mir dazu geschrieben und gemailt hat: „Ja, ich bin beruflich wieder voll im Einsatz.“ Er hat immer herausgehoben, das AKH ist okay. Er sagt, dass ist um vieles besser. „Mir geht es nun gut. Was soll's, ich soll's verdrängen. Doch habe ich mich dagegen entschlossen. Ich habe beschlossen die Ungerechtigkeit und das Unrecht, auf welches ich gestoßen bin nicht zu vergessen. Mir geht es nicht um Rache, auch nicht um Vergeltung, sondern um Behebung und Verbesserung. Ich will zukünftiges Unrecht verhindern. Ich habe beide Welten gesehen. Das AKH und das andere. Ich bin nicht gläubig, aber es liegt in meiner innersten Überzeugung gegen Unrecht aufzustehen. Ich muss dieses mal nicht den kategorischen Imperativ und so weiter. Ich bin im Nachhinein froh, damals im OWS die Initiative ergriffen zu haben und auch wenn dies Unrecht und zwar körperliche Gewalt mir gegenüber mitgebracht hat. Nein, ich bin froh. Ich konnte mit mir im Reinen bleiben. Ich bitte Sie daher, so weit wie Ihnen möglich, diese Angelegenheit weiter zu verfolgen oder wenn Ihnen dies nicht möglich ist mir das rechtzeitig mitzuteilen, damit ich andere Schritte setzen kann.“ Ich habe ihm nicht mitgeteilt, dass er andere Schritte setzen soll, weil ich wusste, dass ich hier in dieser Sache das vorbringen werde. Ich kann es in voller Länge vorbringen. Ich habe natürlich, und jetzt werde ich Ihnen die Details, die ich geschrieben habe vorlesen. Nein, ich glaube, das ist nicht übermittelt worden. Was wir umfangreich erhoben haben. Die Kritik ist ja bekannt. Das sind diese Ausführungen. Ein offener Brief. Da ist er namentlich genannt, da muss ich ihn weglassen. Die Aufzeichnungen. Den offenen Brief. Das ist der Brief, der allseits bekannt ist. Der ist an die Direktion des OWS geschickt worden und an den technischen Direktor. Ich frage mich, was ich außer der Tatsache, dass das alles der Direktion bekannt gegeben wurde, tun sollte? Wir haben solche Beschwerden, dass sexuelle Übergriffe waren ja noch nie erhalten. Ich habe das zum ersten Mal bekommen. Ich kann nur sagen so war es und so habe ich es dem Spital gesagt. Ich kann die bereits gesetzten Übergriffe nicht verhindern.

GRin Dr. **Pilz**: Herr Hon. Prof. Dr. Brustbauer, vielleicht haben Sie mich falsch verstanden. Dass man nichts mehr rückgängig machen kann, was der Patient erlitten hat, ist klar. Aber er

wendet sich an Sie, weil er sich erwartet, und das hat er auch gesagt, dass Unrecht nicht weiter geschieht. Und er hat, das weiß ich aus Gesprächen mit ihm, erwartet, dass es Konsequenzen gibt, weil da sind ziemlich drastische Dinge passiert. Ein Arzt hat ihn angegriffen. Man hat ihn unter Druck gesetzt, dass er entweder den Laptop und das Handy hergibt oder geht. Er wurde in der Nacht hinaus geschmissen. Und Sie erinnern sich an unser Telefonat. Ich hatte große Sorge angesichts seiner Krankheitsgeschichte. Wer ist dafür verantwortlich, wenn er eine suizidale Handlung setzt? Und habe sehr darauf hingewirkt, dass man ihn aber subito wieder aufnimmt. Allein dass es diese Intervention gebraucht hat, ist schon ziemlich bemerkenswert. Und ich frage Sie jetzt, was haben Sie - es gibt gravierende Vorwürfe in diesem Fall gegen die Führung des Krankenhauses - gegen einen einzelnen Arzt, gegen die Kollegiale Führung, die unter Missachtung der Diskretion sich ohne Rücksprache mit dem Patienten einfach an die Öffentlichkeit gewendet hat - Sie sind dazu da die PatientInnenrechte zu wahren -, anderes getan außer dem OWS und dem KAV einen Brief zu schreiben? Was haben Sie unternommen?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Das habe ich unternommen, was Sie gesagt haben.

GRin Dr. **Pilz**: Gut und damit betrachten Sie Ihre Aufgabe als erledigt?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Die wird ja hier erörtert.

GRin Dr. **Pilz**: Na dann, habe ich dazu überhaupt keine Frage mehr und komme zu einem anderen Fall. Es ist, und ich habe den PatientInnen, die bei mir waren in jedem Fall geraten sich an Sie zu wenden, sonst wären Sie auch nicht bei Ihnen gewesen und Sie haben es auch schon berichtet, ein Tonband mitgenommen, weil es war Ihnen wichtig selber das Gespräch nachvollziehen können. Und es ist für PatientInnen nicht eine ganz einfache Situation. Manchen ist so eine Situation, wo sie über sich selber und solche Dinge sprechen müssen, nicht leicht gefallen. Und mir war wichtig, dass es klar ist, dass das eine absolut transparente Sache ist, wenn sie hier das Gespräch aufnehmen. Es hat ein anderer Patient sich an Sie gewendet und ein Tonband, wie gesagt, mitlaufen lassen. Das ist jener Patient, der den Brandunfall erlitten hat. Nennen wir ihn hier Herr B. Es wissen hier auch alle um wem es geht. Das ist jener Patient, der von einem Mitpatienten im Netzbett angezündet wurde. Was hat Ihnen denn dieser Patient über diesen Vorfall berichtet und was haben Sie ihm gesagt?



Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Über den Vorfall, bevor ich noch hineinschaue, konnte er nicht berichten, weil er sagte, er war schwer sediert. Er kann auch nicht sagen, wie es dazu gekommen ist. Er weiß nur, dass er Brandverletzungen erlitten hat. Er war bei mir, nachdem der Fall ja schon lange zurück lag und der Akt ja abgeschlossen war. Die Kopien sind übermittelt worden. Er ist dann nachher zu mir gekommen und ich habe das auch aufgezeichnet. Am 9. Mai war er bei mir und hat, das war sehr interessant, Dokumente vorgelegt und gesagt, es stimmt was da drinnen steht. Es war die Vergangenheit betroffen. Und hat sich vor allem dagegen zum Brandfall dahin geäußert, er hätte gerne einen Ersatz, einen Schadenersatz, weil er hat inzwischen durch die Medien erfahren, dass eine andere Patientin nunmehr Geld bekommen hat und er hätte das auch gerne. Ich habe das verstanden, habe aber gesagt, bitte es liegt natürlich schon so lange zurück, dass man leider den Einwand der Verjährung bekommt. Das steht ja im Gesetz. Habe aber nicht gesagt, ich mache nichts. Ich habe gesagt - denn man kann ja auch eine verjährte Schuld bezahlen, Naturalobligation nennt man das - habe gesagt, ich werde versuchen, an den Krankenanstaltenverbund heranzutreten, ob nicht doch vielleicht auf dieser Basis was möglich wäre. Er hat mir dann, das war für mich ganz faszinierend, er hat gesagt, er war bei einem Vortrag von Herrn Prof. Kopetzki, ich glaube, der war hier als Zeuge oder Sachverständiger, brauche ich Ihnen also nicht näher erläutern, er ist ein Fachmann auf diesem Gebiet Medizin und Recht, und bei diesem Vortrag, so sagt er mir, hat Prof. Kopetzki gesagt, Verletzungen und Schäden, die man während der Anhaltung erleidet, würden nicht verjähren.

Es war eigentlich interessant, er war offenbar wirklich bei diesem Vortrag. Ich habe das auch dem Krankenanstaltenverbund mitgeteilt, habe gesagt, bitte erstens einmal, und zweitens einmal ist die Frage der Verjährung nach Ansicht des Patienten eben nicht gegeben. Ich habe das nicht auf mir beruhen lassen und habe auch gleichzeitig den Herrn Prof. Kopetzki angeschrieben, der mir dann mitgeteilt hat, dass er also sehr erfreut war, dass ein Patient sich seinen Vortrag angehört hat, aber er muss missverstanden worden sein, es handelt sich nicht um Schäden, die man im Rahmen dieser Anhaltung hat, dass die nicht verjähren würden, sondern da bleibt die normale 3-Jahres-Frist der Verjährung, sondern es handelt schlicht und einfach um die Frage, ob zurecht oder zu unrecht angehalten wurde. Darüber könnte man ohne Frist nachher noch sich doch entsprechend wehren.

Damit war die Position natürlich geschwächt. Der Krankenanstaltenverbund hat geantwortet,

schlicht und einfach, es ist verjährt. Das ist eine Tatsache.

Ich habe dann nachgedacht, weil immer wieder dann der Einwand gekommen ist oder der Hinweis: „Tun Sie doch etwas gegen die Verjährung.“ Es war für mich irgendwie, was soll ich gegen eine Verjährung tun, die im Gesetz steht.

Ich spekuliere jetzt nur: Wir tun schon einiges manchmal gegen die Verjährung. Es ist aber meine Überlegung, vielleicht war es auch so gemeint, man trifft sich ja meistens dann irgendwie.

Es kommen wiederholt PatientInnen sehr spät zu uns. Sie haben es sich lange überlegt und machen halt dann, wenn sie den Arzt gewechselt, das Krankenhaus gewechselt haben, den Schritt zu sagen, ich glaube, dort ist ein Fehler passiert, das war vor zwei, zweieinhalb Jahren. Es droht die Verjährung. Auch so ein Problem.

Unsere Referentin, also die WPA versucht dann, um da nicht unter dem Druck der Verjährung zu stehen, vom Krankenanstaltenverbund bzw. von der Versicherung vom Rechtsträger des Spitals einen Verjährungsverzicht zu bekommen für eine bestimmte Zeit. Das geben die durchaus ab. Wir haben also da kaum Probleme. Wenn in offener Frist ersucht wird, die Einrede der Verjährung nicht zu erheben, dann wird gesagt, okay, das nächste halbe Jahr machen wir keine.

Ich nehme an, dass das gemeint war, wenn man sagt, tun sie etwas gegen die Verjährung. In dem Fall war das ja natürlich längst abgelaufen und ein solcher Verzicht ist nicht gegeben worden und daher haben wir – was soll ich tun gegen eine verjährte Forderung, die nicht bezahlt wird. Ich kann dem Herrn nicht raten: Klagen Sie. So wie es bei der anderen war: Klagen Sie. Das wäre ein Schlangenrat gewesen. Es wäre daneben gegangen und hätte nur Kosten verursacht.

Ich habe ihm diese Tragik zur Kenntnis gebracht – dieses -

GRin Dr. **Pilz**: Aus dem Protokoll, das Sie und ich ja kennen, aus diesem Gespräche, das der Patient mit Ihnen geführt hat, und da geht es jetzt gerade um diese Passage, sagt der Patient: "Was den Brandunfall betrifft, war ich ja hier."

Also damals war im Vorgänger im Amt der Herr Dr. Dohr.

Punkt 1. Er war unmittelbar nachdem es passiert ist, bei der Patientenanwaltschaft, und das sage ich jetzt nicht aus dem Text, sondern das sind jetzt meine Worte dazu, und das ist ja auch aktenkundig, damals hat ihm Dr. Dohr bedauernd mitgeteilt, dass er keine Chance auf Schadenersatz hat, weil kein medizinisches Fehlverhalten feststellbar war. Damit war dem Patienten

zu dem Zeitpunkt die Hoffnung geraubt, dass er da in irgendeiner Weise entschädigt werden könnte.

Und jetzt komme ich zurück zu dem Text aus dem Gespräch, das Sie mit ihm geführt haben. Da sagen Sie: "Ich habe gesehen aus der Niederschrift seines Stellvertreters war die Frau Dr. Willinger - ich glaube nach der Unterschrift stimmt es - da hätte ich nur eine Frage: Können Sie sich erinnern, wurden Sie nach dem Brandunfall ins AKH eingeliefert oder ins Wilhelminen Spital?"

Sie haben zu keinem Zeitpunkt Ihres Gespräches mit dem Patienten die Frage gestellt: „Was ist Ihnen denn passiert?“ Sie haben ihn nicht nach dem Brandunfall gefragt.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Nach dem Brandunfall hat er gesagt, kann er nicht sagen, den Hergang, den kann er nicht sagen, weil er sediert war. Was hätte ich ihn dann noch fragen sollen. Ich meine, dass er verletzt ist, wissen wir ohnehin. Und wir haben ja auch – ich glaube, es ist ja auch ein Gerichtsverfahren gewesen. Zumindest ein, ich weiß schon, der Kollege Jarosch hat das anders – und das Ende war im Jahre 2004 bis er dann 2008 zu mir gekommen ist, ein Schluss schreiben des Herrn Dr. Dohr, aber bitte das habe ich übermittelt. Soll ich das noch einmal sagen.

Das ist es: "Sehr geehrter Herr B.! Ich beziehe mich auf Ihre Vorsprache im Büro der Stadträtin für Gesundheit und Soziales" – ich kann das nur wiedergeben, was 2004 der Dr. Dohr geschrieben hat – "sowie Ihr persönliches Gespräch mit meiner Mitarbeiterin, der Frau Dr. Willinger, Ihre Kritik an der medizinischen und therapeutischen Betreuung bzw. Behandlung am Otto-Wagner-Spital hat die Wiener Patienten-anwaltschaft zum Anlass einer genauen Überprüfung genommen, Ihre Krankengeschichte sowie die Stellungnahme der behandelnden ÄrztInnen liegen mir vor. In Kenntnis dieser kann ich ein medizinisches Fehlverhalten nicht nachweisen. Ich bin allerdings Ihrer Meinung, dass der Pavillon 10 höchst sanierungsbedürftig ist. Im Übrigen geht aus den mir zur Verfügung stehenden Unterlagen hervor, dass Sie zwischenzeitig Gelegenheit zu einem persönlichen Gespräch mit ÄrztInnen und Pflegepersonal hatten. Ich hoffe, dass dieses Gespräch für Sie zufriedenstellend verlaufen ist und Ihre Frage ausreichend beantwortet werden konnte." – Ende 26.3.2004.

GRin Dr. **Pilz:** Herr Dr. Brustbauer, Sie müssen mir jetzt helfen. Ich habe die Mitschrift von diesem Gespräch, ich sehe hier nirgendwo, wo der Herr B. sagt, er kann sich nicht erinnern an den Vorfall. Das steht einfach da nicht.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Mag sein, aber ich kann mich erinnern, weil ich

selbst wissen wollte, wie es denn dazu gekommen ist.

GRin Dr. **Pilz:** Sie haben ihn nicht danach gefragt. Ich habe das Protokoll hier.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Aber ich bitte dann – ich kann mich heute noch erinnern, dass er mir sagte, er kann den genauen Vorgang, wie es war, nicht sagen, weil er stark sediert war.

GRin Dr. **Pilz:** Das wundert mich. Ich sehe es weder im Protokoll, in der Abschrift steht das nicht, und außerdem war der Patient ja bei mir und er kann sich erinnern; er kann sich nämlich auch daran erinnern, dass er durch Brand aufgeweckt wurde, dass seine Füße gebrannt haben, dass er Schmerz verspürt hat und er hat mir dann genau geschildert, was dann passiert ist.

Und warum ich das hier erwähne, ist, weil es mich im Lesen dieses – der Herr B. geht hin zum Patientenanwalt, weil er diesen Fall, was ihm passiert ist, schildern möchte. Und dann sagt er: "Und jetzt geht es mir darum, diesen Brandunfall, der in der Nacht vom 2. auf den 3. Dezember 2003 stattgefunden hat." Und dann sagen Sie: "Ja der ist auch hier dokumentiert. Was den Brandunfall betrifft, war ich also hier. Damals war eben der Herr Dr. Dohr im Amt", sagt er dann. Und dann sagen Sie: "Da hätte ich nur eine Frage: Sind Sie nachher ins AKH eingeliefert worden oder ins Wilhelminen Spital?"

Und sonst wollen Sie zum Brandunfall gar nichts wissen. Und ich frage Sie, warum?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Ich wollte schon was wissen. Es steht halt nicht drinnen. Ich habe ihn gefragt, ob er mir sagen kann, weil ich wusste das nicht so genau, hat er sich selbst angezündet, so der andere Fall, oder ist er durch einen Dritten angezündet worden. Er hat gesagt, das kann er nicht sagen. Dass –

GRin Dr. **Pilz:** Das steht herinnen.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Dass er durch den – da sind wir einer Meinung – durch den Brand nunmehr gewusst hat, was los ist, was er zumindest mitgekriegt hat, dass er brennt, das ist ja gar keine Frage gewesen.

Und meine Frage: „Wo sind Sie hingekommen“, war für mich, weil bevor ich mir da durchlese die Akten, er war sowohl als auch. Und da hat er mir eben erklärt, er war zuerst im Wilhelminen Spital und dann im AKH. Aber eine genaue Schilderung, wie es dazu gekommen ist, dass er dann gebrannt hat, ob das und wer das gemacht hat, dazu war er nicht imstande.

Es hätte ja aber im Grunde genommen, ich frage Sie – nein, ich darf keine Frage stellen –

GRin Dr. **Pilz:** Es hätte nichts geändert, meinen Sie.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Aber ich frage mich, er war es nicht, er war es nicht und –

GRin Dr. **Pilz:** Es geht mir um was sehr Grundsätzliches jetzt, Herr Dr. Brustbauer.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Es war sicher auch kein Außenstehender, es war ein Mitpatient. Ich glaube, wir haben sogar die Krankengeschichte.

GRin Dr. **Pilz:** Ja, wir haben die Krankengeschichte bekommen und was gelaufen ist, ist durch die Unterlagen des Otto-Wagner-Spitals dokumentiert.

Aber da geht ein Patient zu Ihnen, um aus seiner subjektiven Erfahrung zu schildern, er ist hingegangen, um Ihnen von dem, was er erlebt hat, und er kann sich ab den Zeitpunkt, wo er in Flammen stand, erinnern und er wusste auch, wer in angezündet hat usw. usw. Er geht hin, um das Ihnen zu schildern. Und dann haben Sie ihn, dann sagt er, er möchte jetzt über diesen Brandunfall sprechen und dann stellen Sie eine einzige Frage, nämlich: „Sind Sie nachher ins AKH oder ins Wilhelminen Spital eingeliefert worden?“, und das war alles, was Sie dazu wissen wollten.

Außer Sie bringen mir jetzt sozusagen irgendwie logisch nachvollziehbar, dass hier Teile vom Tonband nicht dabei gewesen wären, das geht hier aber nicht hervor, aber es ist eine stringente Kommunikation. Sie fragen ihn dann nicht mehr danach.

Und warum ich darauf beharre, ist, weil ich den Eindruck habe, Ihre Art, mit PatientInnen zu reden, entmutigt sie, die Dinge zu schildern. Da kommt einer und will den Brandunfall schildern und Sie fragen danach, was danach war, und Sie lassen ihn gar nicht seinen Vorfall schildern.

Und da frage ich Sie, ob Sie immer so mit PatientInnen sprechen?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Ich darf sagen, warum war der entmutigt. Er hat mir sogar ganz deutlich gesagt, er weiß, warum das nicht verjährt ist und ich sollte in dieser Richtung denn doch was unternehmen. Also von einer Mutlosigkeit nach meiner Erinnerung kann ich nicht im Mindesten etwas bemerken. Er hätte auch sonst näher schildern können, ist ja kein Problem, wenn er das sonst näher schildern will, er ist ja zu diesem Zweck gekommen. Aber es bringt ja in der Verfolgung – sein Ziel war ja: „Ich möchte auch so eine Entschädigung haben, wie die andere.“ Sein Ziel – das bringt ja nichts, er ist von einem anderen Patienten – Vorfall oder Unfall ist ja egal – hat er Verletzungen erlitten. Das ist ja alles unstrittig.

Ich weiß nicht, was ich ihn da noch fragen sollte, das war ja klar, dass das so war.

GRin Dr. **Pilz:** Also in Bezug, wenn ich mir vorstelle, ich gehe zum Patientenanwalt, weil mir

was Traumatisches, Schlimmes passiert ist, und dann stellt sich am Ende, wenn ich wieder hinausgehe, heraus, ich hatte gar keine Gelegenheit, das zu schildern, weil Sie sind mit Ihrer einzigen Frage, die Sie zur Sache gestellt haben, über die Sache selber hinweggegangen, und über die Nachbehandlung weder im AKH noch im Wilhelminen Spital hat er sich beschwert, weil da wurden seine Brandwunden versorgt, das war nie Gegenstand irgendeiner Kritik. Das aber, was im Otto-Wagner-Spital passiert ist, dass er unbetreut, weitab vom Stützpunkt im Netzbett gelegen ist, ein anderer herumgehen kann und zündeln und ihn und zwei andere in Brand stecken und niemand bemerkt es und wäre nicht der Verursacher selber gegangen, dann wäre viel was Schlimmeres passiert, weil der Verursacher selber ist dann um Hilfe gegangen und und und. Sie fragen ihn nicht nach dem Ereignis.

Das nehme ich jetzt zur Kenntnis und will das –

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Ich muss da schon was darauf antworten.

Die Tatsache, dass ich nicht spezielle Fragen gestellt habe, daraus dürfen Sie nicht den Schluss ziehen, dass er gehindert war, mir das zu erzählen. Er ist ja zu dem Zweck gekommen, hat ja auch das Tonband eingeschaltet – gehindert war er nicht.

GRin Dr. **Pilz:** Ja, das hat was mit Empathie zu tun.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Dass ich eine gezielte Frage über den genauen Hergang – ich weiß es noch und ich verstehe es ja, er sagt ja, er war sediert, daher hat es für mich –

Wenn Sie aber zu den – ich habe ja jetzt eine Antwort, ich bin erst später dazu gekommen. Ich habe jetzt eine Antwort danach, und zwar vom KAV:

"Es wurde das Vorbringen des Herrn B. zum Anlass eingehender Recherchen genommen, danach konnten keinerlei Missstände im Zusammenhang mit der Behandlung von Herrn B. festgestellt werden."

GRin Dr. **Pilz:** Sie haben ihn nicht danach gefragt, was passiert ist. Sie sind zufrieden mit der Antwort des Krankenanstaltenverbundes, dass man keine Missstände festgestellt hat. Und man hat, obwohl er zeitgerecht, zeitgerecht bei der Patienten-anwaltschaft war, sagen Sie ihm im Jahr 2008, dass seine Sache verjährt ist. Er war rechtzeitig bei der Patienten-anwaltschaft.

Im Vergleichsfall konnte einer anderen Patientin mit Anwalt, also mit professionellem Anwalt, geholfen werden.

Die Patienten-anwaltschaft, das werde ich Ihnen gar nicht persönlich anlasten, aber der Insti-

tution in der damaligen Person des Dr. Dohr, der zuständig war, hat falsch beraten, hat falsch beraten, denn im Vergleichsfalle konnte jetzt eine hohe Entschädigungssumme erreicht werden und Sie meinen, dass man mit dem Hinweis, dass es jetzt leider verjährt wäre, achselzuckend hinnehmen muss, dass man nichts erreicht.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Die Verjährung muss man hinnehmen. Ja.

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

GRin **Praniess-Kastner:** Vielen Dank, Herr Vorsitzender.

Herr Dr. Brustbauer, Sie haben uns die genaue Anzahl derer, die bei Ihnen waren, noch nicht verraten, aber Sie haben gesagt, es sind unter fünf Fälle, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Untersuchungskommission zu Ihnen gekommen sind. Sie haben der Presse am 20.12.2007 ein Interview gegeben, da ging es um die Vorfälle im Otto-Wagner-Spital und da sind Sie zitiert: "Die Telefone läuten nicht öfters als sonst."

Und auf die Frage, ob das ein Zeichen ist, dass es nur Einzelfälle waren, sagen Sie, und ich zitiere: "Ich habe den Eindruck, dass das keine Einzelfälle sind."

Und meine Frage an Sie, Herr Dr. Brustbauer, wie kommen Sie zu der Erkenntnis, dass es sich hier nicht um Einzelfälle handelt und worauf stützen Sie diese Erkenntnis? - Anlässlich der Vorfälle.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Ich kann mich 2007 nicht mehr so erinnern. Können Sie mir das noch – ich weiß nicht, was da –

GRin **Praniess-Kastner:** Ja, gerne. Also ich zitiere: "Die Telefone läuten nicht öfters als sonst", gefragt wurden und Sie wurden gefragt darüber, ob das ein Zeichen für Sie ist, dass es eben nur Einzelfälle sind, und Sie haben darauf geantwortet: "Ich habe den Eindruck, dass das keine Einzelfälle sind."

Und jetzt meine Frage: Wie kommen Sie zu dieser Erkenntnis? Worauf stützen Sie diese Aussage?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Ich habe gesagt, es läuten nicht öfters die Telefone. Das stimmt so ungefähr. Ist ja auch nicht viel mehr.

Und ich habe den Eindruck, dass das Nichtläuten von Telefonen keine Einzelfälle sind.

GRin **Praniess-Kastner:** Nein, dass die Vorfälle im Otto-Wagner-Spital keine Einzelfälle sind, weil um das ging es in diesem Interview, in diesem Presse Interview.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Aha, ja. Na gut, da war ich auch ein bisschen informiert über Presse und sonstige Dinge. Und

das ist ja auch der Grund, warum ich hier sitze, dass eben es nicht um einen Einzelfall geht, sondern eben die Untersuchungskommission in der Richtung arbeitet, und das ist mir auch aufgefallen, inwieweit ist das breit gestreut oder einzeln. Aber das ist schlicht und einfach ein Schluss, ein Schluss, den ich halt so gezogen habe.

GRin **Praniess-Kastner:** Okay. Und wie sind Sie auf diesen Schluss gekommen?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Na ja, auf Grund der Tatsache – ich nehme an – es liegt ja schon über fast ein Jahr zurück – ich nehme an, auf Grund der Informationen, die ich in der Zwischenzeit, die ich damals hatte auf Grund der sonstigen Veröffentlichungen. Aus meinen Akten habe ich mich ja nicht berufen, habe ich sicher nicht. Aus meinen Akten war nur, dass es nicht öfters läutet.

GRin **Praniess-Kastner:** Welche Informationen hatten Sie damals, auf denen Sie Ihre Erkenntnis gegründet haben.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Es werden nicht mehr und nicht weniger gewesen sein als sonst in den Medien veröffentlicht wurde.

GRin **Praniess-Kastner:** Danke.

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

GR **Deutsch:** Herr Vorsitzender! Herr Dr. Brustbauer!

Bevor ich die Frage stelle, möchte ich mich als Mitglied dieser Untersuchungskommission, aber auch für meine Fraktion sehr sehr deutlich vom Befragungsstil, den die Frau Kollegin Pilz hier an den Tag legt, distanzieren. Der Herr Patientenanwalt wird als Zeuge einvernommen und sitzt nicht auf der Anklagebank, und auch Sie sollten, Frau Kollegin, akzeptieren, dass der Herr Dr. Brustbauer nur über seine Wahrnehmungen berichten kann, auch wenn Sie möglicherweise mit seinen Antworten nicht zufrieden sind. Und ich bin auch davon überzeugt, dass dieser inquisitorische Stil, den Sie hier an den Tag legen, in einer Behörde meiner Meinung nach in der Tat nichts verloren hat, und Sie sich daher auch nicht wundern brauchen, wenn ich Ihnen dann mit Recht auch vorwerfe, dass das einzige Ziel nicht die Wahrheitsfindung, sondern die Skandalisierung ist. Und mit diesem Stil, meine ich, werden wir eine seriöse Untersuchung des Sachverhaltes, wozu es eigentlich die Untersuchungskommission gibt, auch nicht bewerkstelligen können.

Ich komme aber jetzt zur eigentlichen Frage. Der Herr Dr. Brustbauer hat ja darauf hingewiesen, dass er mit Angehörigen, mit PatientInnen in Kontakt ist, und meine Frage wäre: Welche Maßnahmen würden Sie aus den Gesprächen,

die Sie geführt haben, aus den Erfahrungen, die Sie gemacht haben, für notwendig halten, um zu einer weiteren Entstigmatisierung der Krankheit in der Bevölkerung zu kommen?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Ich hätte es gerne und wüsste ich einen guten Weg, ich würde ihn gerne da sagen. Ich weiß es nicht.

Ich habe mit PsychiaterInnen gesprochen, die mir gesagt haben, losgelöst von diesem speziellen Fall, die mir gesagt haben, im Rahmen der ÄrztInnen seien sie am Ende angesiedelt, und auch deshalb, weil angeblich die PatientInnen dort angesiedelt sind. Ich kann das nicht verifizieren. Es wäre gut, wenn zwischen - kein Unterschied gemacht wird, es wird ja bei uns auch nicht gemacht, ob es sich hier jetzt um ein körperliches Leiden oder um ein geistiges Leiden handelt.

Wenn zu uns eine PatientIn kommt, wird sie völlig gleich behandelt. Es wäre schön, wenn das auch draußen allgemein so ginge. Bei uns wird überhaupt nicht, wird keinerlei Unterschied gemacht.

Ein bisschen einer jetzt schon, Herr GR Deutsch, auf Grund der Untersuchungskommission – so schöne Protokolle und Tonbandaufnahmen sind grundsätzlich nicht üblich, die ergeben sich aus dem speziellen Fall. Aber sonst in der Behandlung ist das völlig gleich. Es gibt auch Entschädigungen nach dem PatientInnenentschädigungsfonds und ÄrztInnenfonds, es ist alles gleich.

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

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

Eine weitere Patientin hat sich an Sie gewandt und hat auch ein Tonband mitlaufen lassen, und zwar am 3. Juni 2008. Ist Ihnen klar, um wen es geht, oder soll ich Ihnen mit einem italienischen –

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Ja, da kenne ich mich jetzt aus, ja.

GRin Dr. **Pilz:** Dann wissen Sie, um wen es sich handelt.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Ja, ja, ein italienischer –

GRin Dr. **Pilz:** Diese Patientin hat Ihnen einen Erfahrungsbericht zukommen lassen, indem sie davon spricht, dass sie, wenn sie behandelt wird, immer wieder, sie war in verschiedenen Psychiatrien, dass sie sich, wenn sie niedergezungen wurde, in traumatischen Situationen befunden hat, zehn Leute umringt, dass sie niedergezungen wurde mit einer chemischen Keule, hatte sich traktiert gefühlt und und und. Und sie schildert da eine Reihe von Erfahrungen, die alle für sie sehr traumatisch waren.

Und Sie sagen dann zu einem Zeitpunkt im Protokoll, wo sie sich über Zustände im SMZ Ost beschwert, sagen Sie: "Aber diese Untersuchungskommission" – und von der war in Ihren Gespräch die Rede – "aber diese Untersuchungskommission befasst sich mit dem Otto-Wagner-Spital und nicht generell."

Wie kommen Sie zu dieser Aussage und wie so haben Sie die gegenüber der Patientin getätigt?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Ja, die Frage ist schlicht und einfach – das ist ja kein ganzer Satz.

GRin Dr. **Pilz:** So, dann lese ich Ihnen das vor.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Das ist leichter, wenn Seiten angegeben sind.

GRin Dr. **Pilz:** Seite 7.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Seite 7 – ja, in der Mitte etwa.

GRin Dr. **Pilz:** In der unteren Hälfte. Seite 7.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Unteren Hälfte: "Aber diese Untersuchungskommission befasst sich mit Otto-Wagner-Spital und nicht generell." –

GRin Dr. **Pilz:** Genau. Das haben Sie gesagt.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Das habe ich gesagt.

GRin Dr. **Pilz:** Wieso haben Sie das gesagt?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Ja, weil ich das gesagt habe. –

Ich meine es ist ja nicht ein – die Untersuchungskommission befasst sich ja nicht mit allem.

GRin Dr. **Pilz:** Sie spricht nur, dass man den Kontext versteht, indem Sie das sagen.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Ja, ich kann es vorlesen, damit die Patientin – "Es ist ja wurscht, ich wollte nur sagen, es darf halt einfach nicht an die Öffentlichkeit dringen. Und wenn ich dann höre, im Ö1 habe ich das gehört, wie damals dann die Wogen so hoch gegangen sind, dass da irgendeine unabhängige Kommission sei, die in das Otto-Wagner-Spital pilgert, gepilgert sind und nachgeschaut haben, wie die Zustände dort sind, und dann haben sie einen im Netzbett gesehen und vier angebunden und das war auf einer geriatrischen Station, da frage ich mich, auf einer Akutstation, wo Maniker und Psychotiker oben sind", - Sie sehen, die können alles plaudern vor mir – "können die nicht vorbeigekommen sein. Weil da sind von 20 PatientInnen sicher drei bis vier immer irgendwo fixiert im Netzbett. Es kommt auch darauf an, wer was bevorzugt, Otto-Wagner-Spital bevorzugt Netzbetten wahrscheinlich. Da kann ich jetzt nur bis 2002 reden, weil seit 2003 bin ich im SMZ Ost zuständig; SMZ Ost bevorzugt fixieren, nieder binden."

Daraufhin habe ich gesagt, aber diese Untersuchungskommission befasst sich mit Otto-Wagner-Spital und nicht generell. Ja.

GRin Dr. **Pilz**: Das ist schlicht und einfach nicht der Fall. Das ist eine Auskunft, die nicht zutrifft.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Ist keine Auskunft, sondern ich habe das einfach gesagt.

Ich kann auch gleich die Antwort sagen: Ja, aber ich wollte auch meinen, man sollte auch die Gelegenheit nutzen – sie hat es ja ohnedies gewusst, besser als ich – die anderen Psychiatrien auch zu untersuchen.

Ist ja alles da, ich lese weiter, ich lese weiter. Nicht nur das Otto-Wagner-Spital – da war ein Tippfehler, das haben wir korrigiert – das ist da oben natürlich die reinste Anstaltspsychiatrie. Ich meine, idealerweise wäre natürlich – in Italien habe ich das erlebt, Anfang der neunziger Jahre – da war so ein kleines Landeskrankenhaus, da ist so eine kleine psychiatrische Abteilung angeschlossen gewesen, wo ca. 10 PatientInnen waren, genug Personal, die sind sehr auf uns eingegangen. Also das wäre ideal.

Auch wenn das SMZ Ost ein kleineres Krankenhaus ist, also ohnedies groß genug, aber die 20 Leute auf der Station ist auch nicht viel anders als im Otto-Wagner-Spital.

GRin Dr. **Pilz**: So. Wir können gerne – die Patientin hat sicher nichts dagegen, wenn Sie den ganzen Text der Untersuchungskommission zur Verfügung stellen, -

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Sie ist zu dem Zweck gekommen.

GRin Dr. **Pilz**: - Sie ist zu dem Zweck gekommen.

Ich möchte noch einmal darauf zurückkommen, dass die Patientin auf das SMZ Ost zu sprechen gekommen ist im Rahmen ihrer Erfahrungen, die sie in der Wiener stationären Psychiatrie gemacht hat, und Sie haben darauf gesagt, die Untersuchungskommission befasst sich mit dem Otto-Wagner-Spital und nicht generell.

Wie kommen Sie zu dieser Aussage, die schlicht und einfach nicht den Fakten entspricht, wenn eine Patientin kommt, die über die Zustände, die sie erlebt hat, berichten möchte und Sie schränken im Hinblick auf die Untersuchungskommission den Bereich ein und Sie tun das wider den Fakten.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Man soll nichts aus dem Zusammenhang reißen, es sind ja 11 Seiten.

Ich lese eine Seite vor. Da sagt die Patientin: "Es ist ja kein Wunder, dass die ÄrztInnen so wenig Zeit für die PatientInnen haben, weil der Nachtdienst um 13.00 Uhr beginnt. Also habe ich immer schon wahrgenommen am Nachmittag ist

keine ÄrztIn da. Aber dass um 13.00 Uhr der Nachtdienst beginnt, ist total widersinnig. Das finde ich auch besonders schlaue usw., weil am Vormittag sind die PatientInnen in der Morgenrunde, in der Ergotherapie oder was weiß ich; dann gibt es Mittagessen und um 13.00 Uhr sind die ÄrztInnen weg. Also es war eigentlich nie richtig die Möglichkeit, mit einer ÄrztIn zu sprechen.

Also ich habe in den zweieinhalb Monaten Aufenthalt im SMZ Ost zweimal mit meinem behandelnden ÄrztIn sprechen können. Dann haben sie die glorreiche Idee, dass die Visite nicht" – ich weiß nicht, ob Sie das kennen, nein ich kenne das nicht – und dann habe ich gesagt, ja das werden sie mir gleich erzählen. Dann hat sie mir das erzählt, dann ist sie auf das Otto-Wagner-Spital umgestiegen.

Bitte, Sie können natürlich von 11 Seiten, die geschrieben worden sind, entnehmen, dass ich gesagt habe, das ist schon richtig, generell, alles ist nicht Gegenstand. Aber –

GRin Dr. **Pilz**: Herr Dr. Brustbauer, das ist ja eine, ganz eine ernste Sache, denn unsere Untersuchungskommission, und das kennen Sie, Sie kennen den Antrag auf Einsetzung der Untersuchungskommission, und es gab einen klaren Auftrag an Sie, nämlich, und das war besonders der sozialdemokratischen Fraktion wichtig, dass alle PatientInnen, die über Missstände zu berichten haben in der stationären Versorgung im Bereich des Krankenanstaltenverbundes, dass die sich an Sie wenden können und Sie würden dann alles hier berichten.

Jetzt hat das eine Patientin gemacht. Zufällig liegt von dieser dieses Protokoll vor, weil sie auch bekannten Gründen das mitprotokollieren wollte, daher haben wir das auch und Sie haben das auch und Sie kennen den Text.

Sie sagen im Rahmen dieses Gespräches, Sie nennen es immer eine Plauderei, das finde ich bemerkenswert, das würde ich sagen, das war eine Vorsprache beim Anwalt, in diesem Zusammenhang sagen Sie, dass sich die Untersuchungskommission mit dem Otto-Wagner-Spital und nicht generell befasst.

Ich frage Sie noch einmal: Wie kommen Sie zu dieser Einschränkung und wieso machen Sie die gegenüber den PatientInnen? Ich habe Anlass auf Grund dieser Aussage, dass Sie das auch gegenüber anderen PatientInnen gemacht haben, die sich an Sie gewendet haben.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Generell befasst sich, soweit ich weiß, die Untersuchungskommission nicht mit allem.

GRin Dr. **Pilz**: Wie kommen Sie dazu?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Na ist ja ein vorgegebenes Thema.

GRin Dr. **Pilz**: Das vorgegebene Thema soll sich mit den gravierenden Missständen in der Versorgung psychiatrisch Kranker in Wien befassen. Seitens der Einbringer war das Feld ganz weit gesteckt inklusive PSD. Darüber wurde eine Einschränkung aus bekannten Gründen, die für mich nicht akzeptabel sind, die aber hier Faktum sind, aber kein, kein einziger, nicht einmal die SPÖ hat hier die Einschränkung auf das Otto-Wagner-Spital hinsichtlich der stationären Versorgung vorgenommen, und Sie als der Patientenanwalt haben gegenüber einer Patientin, die über den Gegenstand, der hier Sache ist, zu Ihnen gekommen ist, eine Einschränkung auf das Otto-Wagner-Spital vorgenommen.

Ich frage Sie, haben Sie den Antrag nicht gekannt? Haben Sie aus dem Mandat, das man Ihnen übertragen hat, nämlich dass Sie die PatientInnen hören und hier dann berichten, haben Sie das so wenig umfassend genommen, dass Sie sich selber dazu ermächtigt gefühlt haben, eine Einschränkung vorzunehmen.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Die Einschränkung „nicht generell“ lautet nicht – es steht ja nicht da – nur Otto-Wagner-Spital. –

Bitte, lassen Sie mich ausreden.

Nicht generell. Ich meine, generell ist ja ohne Grenzen, und es gibt natürlich für jede Untersuchung und auch für diese, sie hat es ja gemacht, eine Grenze, einen bestimmten Themenbereich.

Generell ist es nicht. Es ist ja klar, über alles geht es nicht.

Ich darf noch weiter zitieren. Also die Interpretation, dass diese Patientin, die bei mir deshalb vorgesprochen hat, nunmehr gemeint hat, sie könnte über das SMZ Ost nichts mehr sagen, die ist ja widerlegt durch die folgenden zahlreichen Seiten. Da schildert sie ja auch über – ich darf das sogar zitieren, das ist nach meiner Äußerung:

„Ich habe also alles vorgebracht. Ja also zum Thema Zwangsanhaltung möchte ich noch was sagen. Da ist ja auch irgendwie – und das ist immer wieder vorgekommen, sowohl im SMZ Ost als auch im Otto-Wagner-Spital, meistens bitte – sie hat, das ist ja immer wieder besprochen worden, also dass die den Eindruck hatte -, ich habe es ja gesehen, wir haben ja durchaus fachlich geplaudert und ich stehe dazu, es war nicht der Druck einer inquisitorischen Befragung, sondern die war keineswegs aus dieser Richtung. Man kann natürlich jedem Wort einen anderen Inhalt geben. Ich gebe ihm nur den Inhalt, was es bedeutet nach der Sprache, generell ist das gar nicht.

GRin Dr. **Pilz**: Ich will es nur klar machen.

Die Dame spricht vom SMZ Ost, daraufhin sagen Sie: „Diese Untersuchungskommission befasst sich mit dem Otto-Wagner-Spital und

nicht generell“ - daraufhin sagt die Patientin: „Ja, aber ich wollte auch meinen, man sollte auch die Gelegenheit nutzen, die anderen Psychiatrien zu untersuchen, nicht nur das Otto-Wagner-Spital.“

Also es ist völlig klar, dass sie zu diesem Zeitpunkt den Eindruck hatte, Sie wollen sie auf das Otto-Wagner-Spital beschränken.

Und ich frage Sie noch einmal: Wie kommen Sie dazu, in Bezug auf die Untersuchungskommission eine Einschränkung auf das Otto-Wagner-Spital vorzunehmen?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Wenn Sie das so interpretieren, ich kann es Ihnen nicht nehmen.

Aber mein Ausdruck "generell" – man kann ja vieles interpretieren – war gemeint, es ist nicht allumfassend. Aber um was es geht hier, die hat ja gar nicht den Eindruck gehabt, sie darf zu etwas anderem nichts sagen. Sie hat ja hinten nach ohnedies alles geplaudert. Mag sein, dass Sie das so verstehen würden. Die Patientin hat es nicht so verstanden. Die hat doch alles dann geschildert. Sie hat doch gesagt, so jetzt kann ich nichts mehr sagen, sie hat ja ohnedies alles gesagt.

Wenn man es missversteht, okay, das kann ja passieren, aber es ist ja nicht dazu gekommen, dass sie es so verstanden hat. Sie hat ja dann weiter erzählt.

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

GRin Dr. **Pilz**: Nein, meine letzte Frage dazu.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Nein, das ist bitte geschlossen.

GRin Dr. **Pilz**: Welcher Schluss – lassen Sie mich -

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Bitte, Frau GR – nein, bitte das bringt jetzt nichts. Das ist eine endlose Diskussion, die ich als nicht für Ziel führend erachte, bitte.

GRin Dr. **Pilz**: Dann werde ich sie fortsetzen, sobald ich wieder dran bin.

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

GRin **Korosec**: Danke, Herr Vorsitzender!

Herr Dr. Brustbauer, es wurde zitiert diese Pressenotiz in der "Presse", wo Sie eben sagen: "Ich habe den Eindruck, dass es kein Einzelfall ist." Und Sie haben gesagt, so sehe ich es auch, völlig richtig, das haben Sie den Medien entnommen, das war ja doch eine heftige Diskussion in der zweiten Hälfte des Dezembers im Vorjahr.

Und jetzt frage ich Sie als Patientenanwalt, wenn Sie überzeugt waren, dass das keine Einzelfälle sind, wieso haben Sie nicht eine amtswegige Prüfung gemacht. Weil Sie können ja als Patientenanwalt, wenn Ihnen Fälle auffallen, das heißt ja nicht, dass jeder zu Ihnen kommen muss, sondern Sie können ja von sich aus, wenn

Sie meinen, hier ist eigentlich, hier sollte man was tun, hier sollte man untersuchen, dann können Sie doch amtswegig prüfen.

Und das überrascht mich so, dass Sie zwar überzeugt waren, das sind keine Einzelfälle, aber trotzdem nicht die Initiative ergriffen haben, zu sagen, ja da überprüfe ich das. Und da hätte ich gerne gewusst, warum Sie das nicht getan haben.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Wir haben Fälle amtswegig überprüft, wo also nicht eine Beschwerdeführerin oder ein Beschwerdeführer gekommen ist, sondern wir entweder auf Grund – wir brauchen natürlich konkrete Anhaltspunkte – auf Grund konkreter Anhaltspunkte, sei es aus Medien, sei es aus einem sonstigen Vorbringen, aber aus dem hohlen Bauch, entschuldigen Sie diesen Ausdruck, kann ich doch nicht, ich brauche doch irgendwie Anhaltspunkte.

Der Herr Staatsanwalt Jarosch hat das ja auch geschildert, man braucht irgendwas. Und wir haben natürlich amtswegige drunter, wo niemand da war, wo wir aber konkrete Hinweise hätten, dass dieses – an das ich mich ja nicht mehr erinnern kann – in dieser allgemeinen Formulierung beinhaltet nicht das Wissen darum, wo die konkreten Fällen wo gewesen sind.

GRin **Korosec:** Doch das war schon. Aber gut, also Sie haben es nicht gemacht.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Also das war ja meine Äußerung. Da muss ich schon wissen, was ich dazu gedacht habe.

GRin **Korosec:** Es wundert mich nur, weil ich in einer ähnlichen Tätigkeit war und ich weiß sehr wohl, und ich habe das sehr häufig getan und immer mit Erfolg, dass man eben gerade auf Grund von Medienberichten natürlich zu untersuchen begonnen hat. Gut.

Aber dann wollte ich Sie noch fragen, Herr Dr. Brustbauer, welche Kommunikation hat es denn mit den Patientenanwälten gegeben nach dem UBG. Haben Sie da Kontakt gehabt, wie diese Fälle aufgetreten sind? Hat es da einen telefonischen oder persönlichen Kontakt gegeben?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Einen speziellen, auch fallbezogen, auf Fälle bezogen nicht. Wir haben Kontakt. Soweit ich mich aber erinnern kann, ist die Patienten-anwaltschaft – ich meine natürlich die dort etablierte – auch an uns nicht herangetreten. Es sind ja doch zwei völlig verschiedene Bereiche.

Die einen haben ja Parteienrechte, haben eine Beschwerdemöglichkeit. Da geht es um die Rechtmäßigkeit der Unterbringung. Das ist ja nicht unser Thema.

Wenn wir so etwas bekommen haben, dass jemand gesagt hat, er war zu unrecht fixiert oder

sonst etwas, ich weiß es nicht. Aber wir haben wiederholt Leute, wo es in den Kompetenzbereich der Patienten-anwaltschaft, also des Vertretungsnetzes gefallen ist, die Leute dort hin verwiesen. Wir haben nicht in dieser Form nicht überschneidende Kompetenz.

GRin **Korosec:** Aber sozusagen kommunizieren mit der Patienten-anwaltschaft tun Sie nicht, so regelmäßig.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Ja, wenn es ein Thema gibt, schon.

GRin **Korosec:** Und dann eine letzte Frage. Auch auf Grund eines Protokolls – es ist mir nur irgendwo unangenehm aufgefallen, die Frage ist natürlich: die baulichen Zustände, die Frage Pavillon 10 brauchen wir ja nicht näher ausführen und wo Sie dann sagen – muss nur schauen, wo ich es habe –

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Vielleicht finde ich es rascher, wenn Sie mir sagen, in welchem Zusammenhang.

GRin **Korosec:** - wo Sie dann sagen: "Also ja, da gibt es natürlich Probleme, also wenn ich die Pläne höre, das ist offiziell, dass das Krankenhaus Nord 2015 dann schon sein soll, wobei dort natürlich auch eine Psychiatrie kommt, 2015 ist gar nicht so lange."

Und jetzt frage ich Sie, Herr Dr. Brustbauer, wenn Sie PatientInnen sind im Pavillon 10 sind, meinen Sie wirklich, dass Sie dann zufriedengestellt sind, wenn der Patientenanwalt sagt, mein Gott, sieben bis acht Jahre, das ist doch nicht so lange.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Es weiß jeder - natürlich auch PatientInnen der Psychiatrie -, dass bauliche Maßnahmen Zeit brauchen und nicht von heute auf morgen geschaffen werden können. Aber ich gebe ja nur – wenn man bedenkt, das andere war um die Jahrhundertwende und wenn man weiß, wie zwischenzeitlich sukzessive versucht wird, zu renovieren und zu verbessern. Ich halte angesichts der Tatsache, dass das ja über 100 Jahre alt ist, diese Zeitspanne zu einer Neuschaffung für nicht übertrieben. Es handelt sich ja um Gebäude. Es ist ein Unterschied zu machen, ob sich Änderungen auf Grund eines persönlichen Verhaltens ergeben, ob es Änderungen der Medikamente gibt oder es darum geht, ein Gebäude neu zu errichten. Das ist natürlich eine Zeitspanne.

Und ich muss ehrlich sagen, wenn man – Zeit ist – ich habe nie gehört, dass irgendjemand gesagt hat: „Wie furchtbar, das ist zu lange.“ Ich glaube, hier in den Chor der Allgemeinheit einstimmen zu können, die sagen: „Wir freuen uns, wenn 2015 so was da ist.“

GRin **Korosec:** Danke.



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

GR **Wagner:** Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren!

Im Zuge unserer heute schon langen Diskussion und Befragungen in der Untersuchungskommission möchte ich zum Schluss für mich heute hier festhalten, dass ich auch heute nur wieder eines feststellen kann, wenn gewisse politische Parteien keine Beweise, keine Fälle, keine wie immer gearteten Vorkommnisse vorlegen können, dann klammert man sich an Dinge, die eigentlich hinsichtlich des Inhaltes der Untersuchungskommission unwesentlich sind.

Aber eines möchte ich der Ordnung halber schon sagen, wenn heute hier bereits eine Presseausendung draußen ist und, Frau Korosec, das geht jetzt wieder in Ihre Richtung, wo Sie ja vorher gefragt haben, das wird ja nicht von den Oppositionsparteien skandalisiert, wenn ich dann einen Passus drinnen sehe in Ihrer Presseausendung, wo Sie meinen, dass sich der Herr Patientenanwalt auf die reine Tätigkeit als Postbote beschränkt und dann schließen Sie noch mit dem Absatz: „Angesichts von Brustbauers Aussagen stellt sich schlichtweg die Frage, wozu man sich in Wien diese Aktensammelstelle auf Kosten der Wiener SteuerzahlerInnen eigentlich leisten sollte“, dann möchte ich das im Namen unserer Fraktion entschieden zurückweisen. *(Zwischenruf)*

Die Patientenanwaltschaft hat in der Vergangenheit bewiesen und wird auch in Zukunft beweisen, dass sie gut arbeitet.

Und Frau Kollegin Dr. Pilz, nachdem ja Sie von jedem glauben, er muss sich erinnern können, was er vor zwei Jahren, vor einem halben Jahr, vor einem dreiviertel Jahr, von drei Jahren gesagt hat und das wortwörtlich, am liebsten ist es ja Ihnen, wenn Sie Tonbandprotokolle haben, dann darf ich Ihnen sagen, Sie haben heute im Zuge Ihrer Wortmeldung eines getan, was ich auf das entschiedenste auch zurückweise, Sie haben nämlich hier jemanden verdächtigt, der sich gar nicht mehr wehren kann, nämlich den Dr. Dohr, über den Sie gesagt haben, er hat falsch beraten.

Erstens einmal, Frau Kollegin, Schuster bleib bei deinen Leisten. Sie sind nicht Juristin, ich auch nicht, deswegen möchte ich mir hier kein Urteil bilden. Nur ich weiß, dass der Dr. Dohr ein exzellenter Jurist war und wir damals im Zuge seiner Ermittlungen und Recherchen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten auch Ratschläge erteilt haben, und es steht Ihnen überhaupt nicht zu, jetzt im Nachhinein über jemanden, der sich gar nicht mehr wehren kann, zu sagen, er hätte falsch beraten.

Wenn das jemand tut, dann sollen das Juristen machen, da werden Sie feststellen, dass es wahrscheinlich die eine, aber auch die andere Meinung gibt, also so einen Präzedenzfall zu sagen: „Und das ist so“, da würde ich davor warnen, weil das bedeutet ja, dass Sie sich schon eine Meinung gebildet haben.

Und wenn ich mich zu Beginn unserer Untersuchungskommission erinnern kann, haben Sie uns ein Zettel gegeben, wo Sie uns aufgefordert haben, vorerst einmal alles objektiv zu prüfen und nicht subjektiv, und diesen Leitsatz würde ich Ihnen eigentlich zurückgeben, prüfen Sie zuerst einmal objektiv und treffen Sie nicht laufend subjektive Aussagen.

Herr Dr. Brustbauer, aber meine Frage an Sie, die ich eigentlich hätte, weil Sie jetzt eigentlich nicht mehr hier als Zeuge von einzelnen Personen einvernommen werden, sondern de facto als fast Beschuldigter oder Angeklagter, was gar nicht Aufgabe der Untersuchungskommission, geschweige denn auch nicht der einzelnen Mitglieder ist, weil das sind nicht Mitglieder eines Tribunals und auch schon gar nicht ein Strafsenat oder was auch immer, würde mich interessieren, ob es eigentlich üblich ist, bei Vorsprachen in der Patientenanwaltschaft, dass da überhaupt Tonbänder mitlaufen. Weil ich kann mir vorstellen, dass das nicht nur eher unangenehm ist, sondern auch bei einem Gespräch, das ja nicht eine Minute und wahrscheinlich auch nicht zwei Minuten dauert, sondern durchaus einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen kann, dass man auch persönlich, und ich stelle mir das nur vor, wenn in jedem Kundenbüro, in jeder Kundenabteilung jede MitarbeiterIn ein Tonbandgerät mitlaufen hätte, was sie mit der KundIn im Prinzip hier diesbezüglich an Ratschlägen gibt und diskutiert und die müsste sich dann im Nachhinein rechtfertigen. Ob das eigentlich üblich ist, ob man hier so eine Vorgangsweise wählt und wieso es überhaupt dazu kam?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Nein, das ist bei uns nicht üblich und es ist ausschließlich in diesen hier genannten Fällen gemacht worden. Die PatientInnen sind mit dem Tonbandgerät gekommen, haben auch gesagt, woher sie es haben und haben auch gesagt, sie möchten es aufnehmen.

Und da ich ja patientenfreundlich bin, liebe Frau GRin Korosec, Sie schicken mir ja heute auch noch PatientInnen, also ein Briefkasten können wir ja doch nicht sein; Frau Dr. Pilz, auch Sie haben mir vor kurzem wieder jemanden geschickt, das macht ja nichts, es soll ja so sein, muss ich sagen, das war ein Einzelfall, ein Sonderfall, ein Einzelfall, und weil es sich um die Untersuchungskommission gehandelt hat und

weil die gesagt haben, sie wollen das so haben und patientenfreundlich sind wir, habe ich gesagt, ja dürfen sie es mitlaufen lassen.

Es schafft sicher ein Klima, das nicht so ist, wie üblich, wo man sagt, okay, da habe ich mich halt einmal geirrt, das müssen wir anders sagen, haben sie mich missverstanden oder so. Es zieht sich ja – man darf ja nicht vergessen, 11 Seiten. Wenn wir ein Gespräch aufnehmen, eine Beschwerde ist die eine, eineinhalb Seiten, wenn wir das protokollarisch machen, wenn Leute kommen. Sie sehen ja auch, was ich geschrieben habe. 11 Seiten ist ja, natürlich ist das, darum ist es ja auch so, dass man die Zustimmung braucht. Es ist ja nicht üblich, man braucht die Zustimmung des anderen, aber ich habe es in diesem Fall wirklich nicht verwehrt, weil die haben mir ausdrücklich gesagt, sie haben es von der Frau Abgeordneten, ich bin ja nicht böse deshalb, aber sie haben gesagt, sie haben es von ihr und sie würden es gerne aufnehmen. Ja, und wenn es denen hilft und sie sich leichter reden, ob die es sich leichter geredet haben, das weiß ich nicht. Aber ich gehe davon aus, sie haben es für ihr Verhalten halt als gut gefunden. Sie haben es halt jedenfalls so gesagt. Ich habe es ihnen nicht verboten.

Aber noch einmal, es gibt das sonst nie, nie.

Ich habe auch nicht gehört, dass jemand – verboten habe ich es auch sonst niemanden. Also nicht, dass jemand sagt, okay da waren welche da und denen wurde es verboten. Die kommen gar nicht mit dem. Das war neu, aber gut, das war ja auch eine neue Situation für mich. Das war ja auch neu, diese Art.

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

GRin Dr. **Pilz**: Danke. – Das hat auch so, Herr Wagner, diesen Kontext gehabt, (*Zwischenruf*) den wir (*Zwischenruf*) der mit der Untersuchungskommission zu tun hat, weil Sie kennen oder wer immer die Vorgeschichte. Wir wollten PatientInnen und Angehörige laden und sie wurden zu Ihnen geschickt und es ist wichtig und man hat ja jetzt an Ihrem Bericht gesehen, dass viele Dinge, die in diesen Gesprächen gefallen sind, in Ihrem Bericht, den Sie eingangs auf die Frage des Herrn Kollegen Deutsch gegeben haben, nicht vorgekommen sind, z.B. die Frage der Übergriffe, des Hinauswurfs aus dem Spital, der körperlichen Attacken, die der Herr Weber, wie wir ihn genannt haben, erfahren hat. Das haben Sie alles nicht berichtet.

Und wenn nicht diese Protokolle wären, dann könnte man ja vermuten, dass manche Dinge nicht angesprochen wurden. Und es geht für mich schon auch um die Frage Ihrer Gesprächsführung. Und da komme ich noch einmal zurück auf das Protokoll, das der Herr B. hier da aufge-

nommen hat und der spricht über die Netzbetten. (*Zwischenruf*)

„Ich bin sehr froh, dass uns ein ganz unangenehmes Phänomen - das Netzbett - weil das Netzbett überhaupt nicht dazu geeignet ist, Aggression abzubauen, sondern nur Aggression aufzubauen.“ Das sagt der Patient, der das selber erlebt hat im Netzbett.

Daraufhin sagen Sie: „Ja, aber Sie müssen zugeben, dass das eine medizinische Frage ist, ob man darf.“

Sagt der Patient: „Nein, das ist keine medizinische Frage, genauso wie“ – und dann sagen Sie: „Das ordnet ja eine ÄrztIn an, niemand anderer darf das anordnen.“

Dann sagt der Patient: „Ja, aber da geht es einfach darum, ob eine ÄrztIn das anordnen darf oder ob das gesellschaftlich goutiert wird oder nicht, z.B. auch die Zustände in Guantanamo sind keine militärisches Problem, sondern ein Gesamtproblem der Gesellschaft der Vereinigten Staaten.“

Sie: „Also ich hoffe, Sie vergleichen nicht.“ – „Nein, nein, aber es kommt ungefähr so hin.“

Das heißt, Sie haben einen Gesprächsstil den PatientInnen gegenüber, der eigentlich sie behindert ihre Aussagen zu machen, indem Sie werten und qualifizieren und einschränken.

Und so stelle ich mir in der Rolle eines Patientenanwaltes keine empathische Befragung vor und darum ist es wichtig, dass die PatientIn das dokumentieren kann. Denn die Art und Weise, wie man ein Gespräch führt, lässt der PatientIn entweder die Möglichkeit was zu berichten oder sie fühlt sich dagegen eingeschüchtert.

Und darum frage ich Sie: Sprechen Sie immer so mit den PatientInnen oder nur mit denen, die ein Tonband mitlaufen ließen.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Bei jeder PatientIn wird so gesprochen, wie es ihrer Individualität entspricht. Im vorliegenden Fall waren die ja vorbereitet. Da schaut das anders aus. Aber bei vielen PatientInnen muss man erst herauskriegen, was wollen sie denn, wo liegt das Problem. Jede PatientIn ist anders. Wir haben kein Schema.

Aber, dass ich bei Guantanamo gesagt habe, das sollte man eigentlich nicht mehr weiter verfolgen. Ich weiß nicht, woher Sie das haben. Ich habe das jetzt – kann schon sein – ich finde – es wird schon so stimmen, wird schon so stimmen, dass ich bei Guantanamo gesagt habe, na ja, das ist wohl nicht da dazu gehörig. Dazu stehe ich auch.

Und im Übrigen: Sie sehen ja, wie viele Seiten lang die gesprochen haben, und zwar durchwegs. Ich habe die Leute kaum unterbrochen. Ich habe die Leute kaum unterbrochen,

kaum. Und die waren also nicht im Geringsten - ich habe nie den Eindruck gehabt, dass sich die in irgendeiner Art durch mich, ob sie sich durch das Tonband behindert gefühlt haben, das weiß ich nicht. Das war ihr Wunsch. Aber durch mich, ist da gar nichts abgedreht worden, aber überhaupt nichts.

Und im Übrigen war es doch so, dass die paar halt zu mir gekommen sind, damit ich es hier schildere und wenn es so umfangreich ist, habe ich mir eher gedacht, dann schicke ich euch vielleicht eine Kopie und das Vorlesen ist ja wirklich ein Wahnsinn.

Aber ich habe das, ich habe die Leute eben nicht abgedreht. Ich habe nicht gesagt, sie dürfen kein Band bei mir verwenden. Ich habe ihnen das alles erlaubt. Und ich finde, das hat denen durchaus, wurde von denen akzeptiert. Und Sie waren ja nicht dabei, ich hätte kein Problem gehabt, wenn Sie sich noch auch dazu gesetzt hätten. *(Zwischenruf)* Sie waren ja nicht dabei, keiner von diesen hat den Eindruck erweckt, ich habe ihn in irgendeiner Form behindert, irgend etwas zu sagen.

Bei Guantanamo mag das schon sein. Das weiß ich nicht, das hätte er von selber nicht weiter erzählt. Ich meine, das kennt ja jeder. Er wollte halt einen Vergleich ziehen, den hat er halt einmal kurz gesagt. Aber sonst.

Sie sehen ja selbst, bei diesen Ausdrücken, wie immer sie gefallen sind, die Leute haben gewusst, was sie sagen wollen und sie haben es gesagt. Sie finden hier sicher keinen aus dem gesamten - man muss alles immer im Zusammenhang sehen - keinen Anhaltspunkt, dass der abgedreht wurde und jetzt auf einmal nicht mehr weiterreden darf.

Im Übrigen haben die ja kein Problem gehabt, die haben ja ohnedies auch alles geschrieben und haben das ja auch mit Dokumenten geschickt. Haben sich auch auf Dokumente berufen, die sie selbst verfasst haben.

GRin Dr. **Pilz**: Sie sagen, in dem Gespräch mit der PatientIn am 3. Juni 2008 auf Seite 2 -

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Ja, ja, das ist die Frau - können wir sagen, die mit dem italienisch klingenden Namen, ja. Ist das die oder bin ich falsch.

GRin Dr. **Pilz**: Ja, die mit dem italienischen Namen. *(Zwischenruf)*

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Auf Seite 2.

*(Zwischenruf)*

GRin Dr. **Pilz**: Der Auftrag der Untersuchungskommission war, dass der Herr Patientenanwalt Auskunft gibt über die PatientInnen, die sich bei ihm vorstellig gemacht haben, und bei diesem Tagesordnungspunkt sind wir und hätte die SPÖ PatientInnen und Angehörigenor-

ganisationen laden lassen, dann würde es vielleicht nicht so lange dauern. *(Zwischenruf)*

Aber Sie sagen hier auf Seite 2 zur Frage der 1:1-Betreuung, auf die die Patientin eingeht, die sie vermisst. „Entschuldige, ich würde sagen, dass es halt die Psychiatrie im Argen liegt, überhaupt ein strukturelles Problem ist und kein Problem von irgendwelchen Einzelnen. Allein der Personalmangel gehört längst völlig verändert. Aber ich will jetzt nicht rechtfertigen“ usw.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Sie wissen, dass dieser Absatz gestrichen wurde, weil er nicht von mir stammt. Ich habe der Dame zurückgemailt und sie hat gesagt: „Ja, das ist zu streichen.“

GRin Dr. **Pilz**: Aha. Von wem stammt denn dieser Absatz dann.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Das weiß ich nicht, das weiß ich nicht.

Wir haben ausgemacht, dass wir das schicken und ist es bei Ihnen nicht durchgestrichen. Na sehen Sie, ich habe das halt.

Die war so nett, ich habe ihr gesagt: bitte, das kann von mir nicht sein - der Herr Dr. Brustbauer hat gebeten, das zu streichen, diesen Text - steht das nicht bei Ihnen.

*(Zwischenruf)*

Steht das nicht bei Ihnen.

Ich frage, steht das bei Ihnen?

GRin Dr. **Pilz**: Ich werde mir das Tonband noch einmal anhören -

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Diese Passage kann sicher nicht von ihm sein. *(Zwischenruf)* Und es ist da gestrichen. *(Zwischenruf)*

GRin Dr. **Pilz**: Ich werde mir das Protokoll anhören und schauen, ob das Ihre Stimme ist und was Sie sagen, was hier steht - Entschuldigung, ich würde sagen - *(Zwischenruf)*

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Bitte - *(Zwischenruf)*, bitte können wir wieder *(Zwischenruf)* eine sachliche Frage haben?

GRin Dr. **Pilz**: Sie haben diese Passage im Nachhinein streichen lassen. Ist das richtig?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Ich habe nichts streichen lassen, sondern die Dame war so nett und hat mir eine Übertragung der Tonbandaufzeichnung, ich sage es Ihnen genau, wie es gegangen ist. Es war ausgemacht und ich habe gesagt: "Sehr geehrte Frau, herzlichen Dank für das übertragene Wortprotokoll, darf ich zur Seite 2 Mitte" - das, was sie gesagt hat, "entschuldigend bemerken, dass diese Textpassage sicher nicht von mir sein kann" - "allerdings weiß ich auch nicht wegen des Ausdrucks rechtfertigen" und ihre Antwort dazu: "welcher Zusammenhang."

Ich habe dann noch einige - sie hat das dann gestrichen. Ja.

GRin Dr. **Pilz**: Aha. Ich nehme zur Kenntnis, dass Sie diese Aussage haben streichen lassen.

*(Zwischenruf)*

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Nein, sie hat selbst gestrichen. *(Zwischenruf)*

GRin Dr. **Pilz**: Sie haben gesagt –

*(Zwischenruf)*

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Nein, nein. Ich habe ihr das geschrieben, dass ich meine, das gehört nicht hinein und habe dann bekommen von ihr die gestrichene Passage. Sie hat nicht remonstriert dagegen und hat gesagt, das stimmt nicht. *(Zwischenruf)*

GRin Dr. **Pilz**: Moment, Moment. *(Zwischenruf)* Also das war die Mitschrift, das war die Mitschrift, dann haben Sie die Patientin gebeten, das zu streichen. Ist das richtig, Herr Patientenanwalt?

*(Zwischenruf)*

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Ich lese es nochmals vor:

GRin Dr. **Pilz**: Bitte.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Wir hatten vereinbart, dass sie das überträgt *(Zwischenruf)* und dass sie es per Mail mir schickt. Das hat sie auch gemacht. Und das per Mail schicken, ist nicht nur, dass ich es halt habe, sondern dass ich es auch durchlese, weil da sind ein paar Dinge drinnen, da sind halt Tippfehler und sonstige, alles was rot ist, sehen Sie ja, ist ausgestrichen.

Und jetzt habe ich ihr – ich wiederhole noch einmal – habe ich zurückgemailt: „Herzlichen Dank für das übertragene Wortprotokoll. Darf ich zur Seite 2 Mitte - und so weiter - bemerken, dass diese Textpassage sicher nicht von mir sein kann (Klammer Begründung).

Das Ergebnis war, sie hat es dann gestrichen und hat es mir geschickt. –

So war es. Ich habe es nicht verlangt. Ich habe nur gesagt, wenn ich das sehe, das kann nicht von mir sein. Ich glaube nicht, sie hat nicht dagegen remonstriert und hat gesagt: „Nein doch, nein doch, nein doch“, sondern sie hat es in dem mir neuerlich übermittelten gestrichen. Ich habe nichts verlangt, gar nichts. Ich habe nur schlicht gesagt: „Ich glaube, das ist nicht von mir.“

Ich habe überhaupt keine Aufträge erteilt.

Seite 4 Mitte habe ich angemerkt, dass das auch nicht von mir sein kann, und dann habe ich gesagt, das heißt nicht "Zwangsanwalt", sondern "Patientenanwalt". Ist natürlich auch korrigiert worden.

Und BDS habe ich korrigiert als mit PDS geschrieben worden.

Es war sehr wenig aus meiner Sicht. Sie selbst hat offenbar – so habe ich das dann zurückbekommen.

GRin Dr. **Pilz**: Gut. Aber es ist richtig, dass Sie zurückgeschrieben haben, dass diese Passage nicht von Ihnen sein kann und Sie daher die Streichung wollen.

*(Zwischenruf)*

Na, wenn ich was gesagt habe, dann stehe ich dazu. Das ist –

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Ich habe es ja sogar vorgelesen.

*(Zwischenruf)*

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Bitte, die Frau GRin Praniess-Kastner ist am Wort, bitte.

GRin **Praniess-Kastner**: Ja, Herr Dr. Brustbauer.

Sie haben eingangs einen Fall geschildert, wo Sie gemeint haben, die Patientin oder der Patient hätte sich über die nicht getrennten Duschen im Otto-Wagner-Spital beschwert.

Und Sie haben dann gesagt, Sie haben sich das auch angesehen, nämlich Sie persönlich, und das hat zu Aufregungen geführt. Und jetzt wollte ich Sie fragen, inwiefern es zu Aufregungen geführt hat und bei wem?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: ... ist mir, glaube ich, dann sogar gezeigt worden – ich war ja zwei Stunden, glaube ich, waren wir etwa dort – sogar gezeigt worden, weil es mich interessiert hat, weil das einer geschrieben hat und da hat mir dann, weiß ich nicht, eine Oberschwester, irgendein Personal - ich habe gesagt, ich würde das gerne sehen, und die hat mir dann diese Duschen gezeigt, wie das so aussieht und wo man absperren kann, wie das geht, damit ich eine Vorstellung habe. Also die Besichtigung der Duschen hat zu keiner Aufregung mehr geführt, im Gegenteil, da hat mich schon das Personal hingeführt.

Aber die Tatsache, dass ich – ich bin unangemeldet, das ist vollkommen richtig, ich habe mich auch dann entschuldigt – ich bin unangemeldet dort hineingegangen, wir waren zu zweit, ich habe mir vorher den Plan angeschaut, welche Pavillons kommen oft vor, dass man das einmal sieht, wie das aussieht.

Und das hat – da geht ein fremder Mann um – ich darf so banal reden – „da geht ein fremder Mann um mit einer Dame“ und was ist der, was macht der, was tut der. Ob es Aufregung war, das weiß ich nicht. Die Herrschaften, also die, die uns beobachtet haben, haben das ersichtlich dann der Frau Direktor mitgeteilt, weil ich habe gleich am nächsten Tag angerufen und gesagt, bitte ich war das, ich war dort, ich wollte aber nicht vorher angemeldet sein, damit es nicht wieder heißt, der Patientenanwalt kommt, da ist alles geschneuzt und gestriegelt. Und habe mich auch, soweit es also unbotmäßig war, entschuldigt, ich habe es gemacht.

Und sicher hat das bei dem Personal, weil wenn sich die bis zur Direktorin – inzwischen habe ich gehört, es ist sogar bis zum Herrn Generaldirektor gedungen, auch der wurde angerufen, „da geht einer um“ – bitte ich habe mich aber versucht - einen Vorwurf habe ich nicht bekommen, dass ich irgendwie unbotmäßig verhalten habe – ich wollte schlicht und einfach das einmal sehen. Ich habe es in anderer Funktion einmal gesehen, aber das steht hier nicht zur Debatte.

GRin **Praniess-Kastner:** Ja, danke, Herr Dr. Brustbauer, für die Klärung. Weil ich als Patientin dieser Stadt, jetzt spreche ich gar nicht als Politikerin, würde mir auch wünschen, dass der Patientenanwalt, dem gegenüber ich eine Beschwerde einbringe, unangekündigt sich wohin begibt und nicht angekündigt, weil Sie haben natürlich auch selber gesagt, dass das einen anderen Eindruck macht, als wenn Sie sich ankündigen würden.

Eine Frage noch: Sind Sie woanders auch noch unangekündigt gewesen die Psychiatrie betreffend und vor allem das Thema der Untersuchungskommission betreffend?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Nein. Ich war in anderen psychiatrischen Abteilungen nicht.

GRin **Praniess-Kastner:** Danke.

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

GR **Deutsch:** Herr Vorsitzender! Herr Dr. Brustbauer!

Ich möchte noch einmal die zum Teil auch persönlich diffamierenden Angriffe auf den Patientenanwalt zurückweisen.

Einmal die Aussendung der ÖVP, auf die bereits der Kollege Wagner eingegangen ist, wenn hier fast in verächtlich machender Form davon die Rede ist, dass es die neue Erkenntnis von Herrn Dr. Brustbauer wäre, dass er jetzt den Unterschied zwischen Soll- und Ist-Stand kennt, also Sie begeben sich mit Ihren Aussendungen auf ein sehr tiefes Niveau.

Ich möchte aber auch die grünen Methoden in der Untersuchungskommission, die wir sicherlich noch in der Folge dann, wenn es um die politische Diskussion gehen wird, auch entsprechend thematisieren werden müssen, wenn PatientInnen mit Tonbändern ausgestattet werden, was sicherlich eine Gesprächssituation nicht einfacher macht, wenn Briefe angeschnitten und thematisiert werden, die nie abgeschickt wurden, wie wir heute wissen.

Wenn Sie von nicht autorisierten Protokollen letztendlich in der heutigen Sitzung berichten, dann möchte ich schon festhalten, was der Antrag war für die heutige Ladung, nämlich dass der Patientenanwalt Auskunft gibt und darüber

berichtet, was PatientInnen bzw. Angehörige, die sich an ihn gewandt haben, gesagt haben, aber es besteht kein Anlass, es besteht kein Anlass, es besteht kein Anlass, dass Sie durch Ihren Befragungstil letztendlich dazu führen, dass sich der Herr Patientenanwalt hier für irgendetwas rechtfertigen müsste.

Das möchte ich auf jeden Fall auch zurückweisen. Er berichtet über seine Maßnahmen, er berichtet über die Aussagen der PatientInnen. Er muss sich aber für seine Handlungen hier nicht rechtfertigen. Da haben Sie das Gremium der Untersuchungskommission völlig falsch verstanden.

Und ich muss wirklich festhalten und ich nehme das halt zur Kenntnis, dass es Ihnen eben ausschließlich nur mehr um eine Skandalisierung geht, dass Sie an einer seriösen Untersuchung des Sachverhaltes nicht mehr interessiert sind. Das hat sich eben in den letzten Wochen und Monaten anscheinend verändert.

Für uns wurden die Fragen durch den Herrn Patientenanwalt, so meine ich, schlüssig beantwortet und ich habe keine weiteren Fragen mehr dazu.

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

GRin Dr. **Pilz:** Herr Patientenanwalt! Es haben sich PatientInnen auch bei Ihnen bezüglich der Netzbetten beschwert und dass sie in Netzbetten untergebracht waren, beispielsweise der Herr Weber, der ja da ein ausführliches Schreiben auch an die Frau Stadträtin gerichtet hat. *(Zwischenruf)*

Haben Sie – Was wollen Sie denn zur Verwendung der Netzbetten in dieser Stadt sagen?

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer:** Wenn ich, ich glaube, ich habe das sogar erwähnt einmal, dass das eine medizinische Frage ist. Es wird ja diskutiert: Netzbetten Ja oder Nein. Ich kann nur wiedergeben, was von PatientInnen geschildert wurde. Und wenn wir – das ist keine generelle Aussage, dass die Netzbetten verneint haben. Das waren Leute, die direkt drinnen gelegen sind, die zur mir – ich habe es ja gesehen auch, wie es aussieht. Die haben zu mir gesagt, es gibt eine Aussage, ich liege lieber in einem Netzbett – bitte jetzt kann ich so direkt werden – weil da kann ich mich auf der Nase kratzen, wenn es mich beißt, als wie wenn ich fixiert bin.

Ich gebe das schlicht und einfach wieder, aber was medizinisch geboten, nicht geboten oder darf ich den Ausdruck verwenden, „state of the art“ ist, bitte das kann ich nicht und will ich auch nicht beantworten.

GRin Dr. **Pilz:** Halten Sie das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz für auf die Krankenanstalten der Gemeinde Wien anzuwenden?

*(Zwischenruf)*

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Bitte, darf ich ausnahmsweise, weil ich habe darüber einen Vortrag gehalten und ich glaube, ich kann auch eine Unklarheit beseitigen zum, wenn ich ihn so bezeichnen darf, zum Kollegen Jarosch, der das verneint. Der hat das generell verneint hier.

Während die Literatur, ich zitiere Steiner usw. ich weiß, bitte Herr Vorsitzender, ich habe halt – die Frau GR fragt mich das öfters, ich habe da einen Vortrag gehalten – ich selbst bin der Meinung, dass das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz für die Spitäler anwendbar ist. Im Gesetz selbst steht, dass natürlich hoheitliche Befugnisse nicht darunter fallen. Es wird immer wieder als Beispiel zitiert, wenn in einer Universitätsklinik zu Lehr- oder Forschungszwecken etwas passiert, in diesem Bereich, in diesem Bereich gibt es das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz nicht. Das ist einhellig.

Und natürlich es wird ja auch im Otto-Wagner-Spital bisweilen durch hoheitliche Zwangsmaßnahmen eingegriffen. Es gibt ja auch Entscheidungen der Gerichte, das ist so und so, zurecht oder nicht.

In diesem Bereich, das ist meine persönliche, und auf Grund dessen habe ich mich befasst, ist es meine persönliche Meinung, wenn hoheitliche Maßnahmen greifen, dass in diesem Bereich – ich weiß, das muss man dann auseinanderklauben – das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz nicht greift.

Und so kann ich mir auch vorstellen, dass der Kollege Jarosch spontan, wenn man vom Otto-Wagner-Spital redet, der meint halt, okay, ich weiß nicht, ob er das so – er war ja mit dem nicht so befasst – wenn hoheitlich eingegriffen wird, Zwangsmaßnahmen gesetzt werden, die überprüft werden durch das Gericht, dass insoweit das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz nicht greift. Aber ich glaube, Sie hören das immer gerne von mir. Grundsätzlich bejahe ich es, ich stehe aber nicht alleine da, generell bejahe ich es. Ich stehe nicht alleine da mit der Literatur.

Nein, das sage ich jetzt nicht mehr.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Danke und ich glaube, damit können wir die heutige Sitzung schließen.

Herr Dr. Brustbauer, ich darf Ihnen noch einmal danken für die Aussagen und für Ihre Geduld und darf Sie damit aus der Zeugenschaft entlassen.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Ich danke recht herzlich.

Vorsitzender Dr. **Baumgartner**: Ich darf hiermit die Sitzung schließen und darf Ihnen allen ein frohes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch ins Neue Jahr wünschen.

Und wir sehen uns dann im nächsten Jahr wieder am 8. Jänner 2009 um 9.30 Uhr hier im selben Saal.

Auf Wiedersehen.

Patientenanwalt Hon. Prof. Dr. **Brustbauer**: Ich möchte auch noch Weihnachtswünsche und Neujahrswünsche ganz kurz nur weitersagen.

Und im Übrigen bin ich es ja gewöhnt, dass ich mich in Geduld üben muss.

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

*Ende um 14.19 Uhr.*