



Gesundheitsbulletin

Gemeinderätin **Sigrid Pilz** informiert

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser!

Seit ca. 6 Monaten wird Wien Rot-Grün regiert. Mit dem von Rot-Grün gemeinsam ausverhandelten „Spitalskonzept 2030“ wurde ein erster großer Schritt zu einem zukunftsfähigen und qualitativ hochwertigen Wiener Spitalswesen gesetzt.

Doch es gibt noch viel zu tun: Defizite in der Versorgung von Kindern und psychiatrisch erkrankten Menschen müssen rasch behoben werden, der Wiener Krankenanstaltenverbund muß effizienter wirtschaften, die ambulante Betreuung/Pflege für die älteren WienerInnen ist auszubauen, zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung muß ein Schwerpunkt der Stadt werden, und vieles mehr.

Wir arbeiten daran, Schritt für Schritt die Punkte des Regierungsübereinkommens umzusetzen.

Wir wünschen Ihnen einen schönen Sommer und eine interessante Lektüre.

Dr. Sigrid Pilz

Gesundheitssprecherin der Grünen Wien
Gemeinderätin und Abg. z. Wiener Landtag
E-Mail: sigrid.pilz@gruene.at

Margot Ham

Gesundheitspolitische Referentin
im Grünen Klub im Rathaus
E-Mail: margot.ham-rubisch@gruene.at

Wien setzt eine Initiative zur Evaluierung von Babyklappe und anonymer Geburt

Bereits anlässlich der Einführung von Babyklappe und anonymer Geburt im Jahr 2001 forderten die Grünen eine begleitende Evaluierung der beiden Angebote. Es mussten allerdings zehn Jahre vergehen, bevor sich Wien nun ausdrücklich dazu bekennt, dass die widersprüchlichen Erfahrungen kritisch analysiert werden sollen. Denn mit den beiden angebotenen Möglichkeiten, Kinder anonym in die Obhut des Jugendamts zu übergeben, werden gravierende Auswirkungen für die Biographie der Betroffenen in Kauf genommen.

Allein in Wien wurden bis Ende vergangenen Jahres 21 Kinder in der Babyklappe abgegeben und 122 Kinder anonym geboren. Das Jugendamt äußert nun gravierende Bedenken, die in einen Beschluss eingeflossen sind, den die politischen FamilienreferentInnen der Bundesländer im Mai verabschiedet haben.

So machen Gespräche mit anonym gebärenden Frauen deutlich, dass die Gründe, die zur Entscheidung für eine anonyme Geburt führen, objektiv nicht in dem Maße schwerwiegend sind, als sie nicht durch Beratung und Angebote der Sozialen Dienste zu lösen wären, bzw. einer regulären Adoptionsfreigabe nichts im Wege stehen würde. Schlimmer noch: das Jugendamt vermutet, dass die anonyme Geburt mit dem Akt der Adoptionsfreigabe gleichgesetzt, bzw. verwechselt würde. Sigrid Pilz hatte in der Vergangenheit immer wieder darauf hingewiesen, dass die Folgen für die betroffenen Kinder nicht vernachlässigt werden dürfen. Die Erfahrungen des Jugendamts belegen diese Sorge: das Fehlen jeglichen Wissens um die eigene Herkunft und die Unmöglichkeit Informationen beschaffen zu können, ist für die Betroffenen irritierend und verstörend. Außerdem haben sich bereits auf Grund von fehlenden Informationen aus der Herkunftsfamilie medizinische Probleme ergeben. Auch die Situation der abgebenden Mutter ist für das Jugendamt problematisch, weil über deren Verbleib nichts bekannt ist und die subjektive Krisensituation, die zur Abgabe in Anonymität geführt hat, sich nicht verändert hat. Jedoch kommt noch die traumatische Situation dazu, ein Kind geboren zu haben, dessen Weiterverbleib und weiteres Wohlergehen der Mutter völlig unbekannt ist. In jenen Fällen, wo es in Wien gelingt, die Frauen schon während der anonymen Schwangerschaft mit rechtzeitiger Beratung zu erreichen, stellt das Jugendamt fest, führt diese Hilfe häufig dazu, dass die Frauen ihre Anonymität aufgeben und das Kind regulär zur Adoption freigeben.

Wien hat nun mit seiner Initiative einen Beschluss der Länder herbeigeführt, der zum Ziel hat, dass das Bundesministerium für Justiz eine Evaluierung der Erfahrungen mit anonymen Geburten/Abgaben in der Babyklappe österreichweit durchführen möge und die Erarbeitungen eines Maßnahmenkatalogs zur Unterstützung der betroffenen Frauen in Auftrag gegeben wird.

Sigrid Pilz begrüßt diesen Schritt sehr. Die Maßnahmen, die gesetzt werden sollten, liegen ebenfalls auf der Hand: anstelle der anonymen Geburt sollte eine diskrete Geburt für Frauen in Konfliktsituationen angeboten werden. In diesem Falle verbleiben die Herkunftsdaten des Kindes vertraulich beim Jugendamt und können aber zu einem späteren Zeitpunkt mit Einverständnis beider Seiten den Betroffenen zugänglich gemacht werden. Die Babyklappe jedoch ist per se ein fragwürdiges Angebot und dient neuerdings rechtskonservativen Männern als Möglichkeit, auf Frauen in Not Druck auszuüben. So hat der Präsident des Cartellverbandes, Herr Metzler kürzlich in der „Presse“ die bestehende Abtreibungsregelung in Frage gestellt, sogar für Frauen, die durch eine Vergewaltigung schwanger wurden! Ihnen empfiehlt er als Alternative zum Abbruch die Freigabe des Kindes zur Adoption, oder die Abgabe in der Babyklappe. Dieser männlicher Zynismus sollte auch den BefürworterInnen der Babyklappe aufzeigen, dass „gut gemeint, nicht immer gut gemacht ist!“

Unabhängige PatientInneninformationsstelle Berlin

Teil des rot/grünen Koalitionsabkommens ist die Einrichtung einer unabhängigen PatientInneninformationsstelle, die bei der Wiener PatientInnenanwaltschaft angesiedelt werden soll.

Gemeinderätin Pilz besuchte in Vorbereitung dieses Projekts die entsprechende Stelle in Berlin.

Seit vielen Jahren bieten 21 Stellen in Deutschland unabhängige, neutrale und kostenfreie Beratung an.

Auszug aus der Homepage der UPDStellen:

„Die UPD versteht sich als Wegweiser und Lotse durch das deutsche Gesundheitswesen“.

- Die UPD ist ein als gemeinnützige GmbH geführter deutschlandweiter Verbund unabhängiger Beratungsstellen.
- Sie ist vom GKV Spitzenverband beauftragt, Patientenberatung als Regelleistung für alle Versicherten anzubieten.
- Sie wird partnerschaftlich getragen von drei großen Organisationen:
Sozialverband VdK Deutschland e.V.,
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. und
Verbund unabhängige Patientenberatung e.V.

Wir möchten Patientinnen und Patienten stärken und dazu befähigen, ihre Interessen wahrzunehmen und eigenständig zu handeln. Wir bieten Ratsuchenden eine neutrale und von Krankenkassen, Ärzten, Therapeuten etc. unabhängige Beratung, Information und Unterstützung.

Wir sind für alle Ratsuchenden da, die vor, während oder nach einer Behandlung Klärungsbedarf haben. Wir beraten Gesunde und Kranke sowie deren Angehörige, allgemein Interessierte, Versicherte und Nichtversicherte. Verschiedene Wege führen zu uns. So stellen wir sicher, dass alle Ratsuchenden in Deutschland unser Angebot nutzen können.

Unser Beratungsangebot umfasst

- 1 die persönliche Beratung vor Ort in einer unserer 21 Beratungsstellen,
- 2 das bundesweit kostenfreie Beratungstelefon,
- 3 die Online-Anfrage unserer Beraterinnen und Berater,
- 4 die überregionale Arzneimittelberatung

In Berlin sind vier BeraterInnen aus ebenso vielen Disziplinen beschäftigt (Juristin, Fachärztin, Pflegefachkraft, Sozialpädagogin). Rund 450 Ratsuchende werden pro Monat betreut. Schwerpunkt ist die Beratung bei Konflikten mit den Krankenkassen, die Information über gesichertes Wissen bei Krankheiten, Impfungen und Gesundheitsdienstleistungen.

Besonderes Augenmerk liegt auf dem Erreichen von sozial benachteiligten Gruppen, die es schwerer haben, Zugang und Information zu bekommen. Insbesondere für MigrantInnen wird muttersprachliche und aufsuchende Beratung angeboten.

Basis der gebotenen Informationen ist eine umfangreiche Datenbank, die state of the art, Wissen bereit hält. Man verzichtet jedoch ausdrücklich darauf, eine „zweite Meinung“ im individuellen Krankheitsfall anzubieten, oder als Stellvertreter in Konflikten zu intervenieren.

Gesellschaftspolitisch sieht sich die Beratungsstelle als Seismograph für die Anliegen der PatientInnen. Die regelmäßigen Berichte sollen die Politik in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen.

Gegenwärtig wird in Wien das Konzept für die neue Einrichtung erstellt. Die Erfahrungen der deutschen Stellen bieten eine wichtige Basis.

Antrag im Wiener Landtag zur In-Vitro-Fertilisation

Im April wurde auf Grüne Initiative hin ein All-Parteienantrag im Wiener Landtag eingebracht, der die Bundesregierung auffordert, das Fortpflanzungsmedizingesetz dahingehend zu überprüfen, ob es lt. aktuellem Stand der Wissenschaft und Forschung geboten ist, die Zahl der im Rahmen der In-Vitro-Fertilisation (IVF) zu transferierenden Embryonen auf eine Höchstzahl zu begrenzen.

Dieser Antrag hat ist notwendig geworden, da die Zahl der mittels IVF „gezeugten“ Kinder kontinuierlich zunimmt. In dem Ausmaß, als die Zeugungsfähigkeit männlicher Spermien abnimmt und das Erstgebäralter von Frauen - und damit das reproduktiv nicht mehr so fruchtbare Alter - steigt, nimmt auch die Inanspruchnahme der IVF zu.

Die Erfolge der Reproduktionsmedizin, verhelfen vielen sonst kinderlosen Paaren zu ihrem Wunschkind. Um diesen Wunsch zu verwirklichen, werden im Zuge der IVF Risiken für die Frauen selbst, aber auch für die mittels IVF entstandenen Kinder in Kauf genommen. Um den Erfolg der IVF zu steigern werden den Frauen oftmals mehr als ein, ja bis zu vier Embryonen transferiert – in Einzelfällen wird von der Transferierung von bis zu 7 Embryonen berichtet.

Die Transferierung mehrerer Embryonen erhöht notwendiger Weise die Rate von Mehrlingsschwangerschaften und das ist keinesfalls als Erfolg der Reproduktionsmedizin zu werten.

Daten belegen, dass sowohl in Deutschland wie auch in Österreich zwischen 40 und 50% aller Kinder aus reproduktionsmedizinischen Interventionen Mehrlingskinder sind.

Frühgeburtlichkeit, und hier insbesondere die frühe Frühgeburtlichkeit ist proportional zur Anzahl der Mehrlinge. Je höhergradig die Mehrlingsschwangerschaft, umso früher kommen die Kinder zur Welt, umso invasiver, längerfristiger und risikoreicher ist die neonatologische Intensivbehandlung. Nicht selten versterben diese Kinder nach langer intensivmedizinischer Behandlung oder werden mit einer Behinderung aus der neonatologischen Versorgung entlassen.

Aufbauend auf diesen Erkenntnissen haben sich vor einigen Jahren Schweden, England und Belgien entschlossen, die Anzahl der zu transferierenden Embryonen gesetzlich zu begrenzen.

Aktuelle Daten zeigen, dass in Schweden seit Beginn des elektiven Single-Embryo-Transfers (eSET) im Jahr 2001 die Inzidenz von Mehrlingsgeburten nach IVF deutlich gesunken ist und nur noch knapp über der einer durch natürliche Empfängnis gezeugten Kinder liegt. In Schweden ist durch das Einfrieren von Embryonen, welches es den Frauen ermöglicht, bei Missslingen eines Versuches erneut EINEN Embryo zu transferieren die Baby-Take-Home-Rate (BTHR) durch die eSET lt. ExpertInnenberichten nicht gesunken ist. Das Fortpflanzungsmedizingesetz ermöglicht es auch in Österreich Embryonen bis zu 10 Jahre einzufrieren.

Leider ist die Datengrundlage in Österreich völlig unzureichend. Es gibt weder von den öffentlichen noch von den privaten Reproduktionsinstituten bzw. -ambulanzen offizielle Daten um zu gesicherten Aussagen zur BTHR zu kommen. Die Grünen wollen durch diesen Antrag erreichen, dass das BM für Gesundheit gesetzliche Maßnahmen erlässt, die zu einer besseren Datenlage und zu einr state-of-the-art-Versorgung von Kinderwunsch-Paaren führen.

Gastkommentar von Sigrid Pilz zur Schadensrechtsdebatte in der pränatalen Diagnostik

Von konservativen ÖVP-Kreisen und der damaligen Justizministerin Bandion-Ortner wurde eine Debatte die unter dem Schlagwort „Kind als Schaden“ zu großen Kontroversen in der Öffentlichkeit gesorgt hat, angestossen. Im März hat Sigrid Pilz in der Zeitung „Die Presse“ einen Gastkommentar zu dieser Schadenersatzrecht-Debatte veröffentlicht. Besonderer Kritikpunkt von Pilz war, dass die ÄrztInnen, die betroffenen Schwangeren bisher nicht zu Wort kommen liesen.

Über den Kopf der Frau hinweg

In den vergangenen Wochen wurde die Frage, welche Verantwortung der Gynäkologie bei der Pränataldiagnostik zukommt, erbittert und ideologisch überfrachtet unter männlichen Standesvertretern ausgetragen. Die betroffenen Schwangeren kommen als Subjekte hinsichtlich möglicher Entscheidungskonflikte bisher so gut wie gar nicht vor.

In der jüngsten Ausgabe der von der Österreichischen Ärztekammer herausgegebenen „Ärztezeitung“ wird aber deutlich, welcher Entscheidungsspielraum den Frauen seitens derjenigen ÄrztInnen eingeräumt werden soll, die vor der Medikalisierung der Schwangerschaft und Geburt durch die Pränataldiagnostik warnen.

In einem Beitrag zur aktuellen Debatte mit dem Titel „Eine Frage der Menschenwürde“ wird im Hinblick auf die gebotene Schwangerenberatung der katholische Theologe Professor Virt zitiert. Es sollen, bei einem auffälligen Befund, so Virt, die verschiedenen Alternativen besprochen und Hilfestellung durch Selbsthilfegruppen ausgelotet werden: „Auf alle Fälle ist die bestehende Beziehung zum ungeborenen Kind Stück für Stück in ihrer Vielschichtigkeit anzusprechen. Dabei soll das ungeborene Kind in seiner Abhängigkeit, Eigenständigkeit und in seiner Würde ausdrücklich in den Fokus gerückt werden.“

Aus der Sicht des Theologen ist diese Haltung, die eine Abtreibung mehr oder minder ausschließt, nachvollziehbar. Stellt die „Ärztezeitung“ diesem Standpunkt nun aber eine alternative Haltung gegenüber, etwa einer feministischen Ärztin oder von gesundheitswissenschaftlichen ExpertInnen?

Von dieser Seite würde nämlich auf das Konzept der informierten Patientenentscheidung verwiesen, bei der sich die Schwangere selbst auf Basis aller Informationen, die eine „State of the Art“-Medizin bereithält, ohne moralischen Druck für, aber auch gegen eine Austragung des Kindes entscheiden kann.

Von einer Fachzeitung wäre zu erwarten, dass dieser Standpunkt ebenfalls referiert wird. Doch weit gefehlt! Es wird im weiteren Text bedauert, dass ein „manchmal zu starker Druck zur Aufklärung besteht“, und er schließt mit dem Hinweis, dass Beratungsgespräche mit KinderärztInnen, die später ihr Kind behandeln werden, auf die meisten Eltern eine sehr beruhigende Wirkung hätten.

Für die Frauen muss diese paternalistische Haltung der Ärzteschaft, die offenkundig nicht darauf abzielt, der Frau selbst die Bewertung und Entscheidung im Schwangerschaftskonflikt zu überlassen, beunruhigend sein.

Anderswo ist man schon viel weiter. So definiert die unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), was moderne Beratung bedeuten muss: Es geht darum, wissensbasierte Information über Behandlungsalternativen zu geben, damit Handlungsspielräume für eigene Entscheidungen zum Behandlungsverlauf erkannt und souverän genutzt werden können. Etwas ideologisch motivierter Verzicht auf diagnostische Möglichkeiten in der Pränataldiagnostik, damit sich die Frage einer Abtreibung nicht stellen kann, sowie tendenziöse Beratungsgespräche stehen dazu in krassem Gegensatz.

Gastkommentar von Sigrid Pilz zu angekündigten Kürzungen bei der ärztlichen Nachtdienst- besetzung am AKH

Im Mai wurde im „Der Standard“ ein Kommentar von Sigrid Pilz zu den von Rektor Schütz angekündigten Kürzungen bei der ärztlichen Nachtdienstbesetzung im AKH Wien veröffentlicht.

Kranke Strukturen, falsches Rezept! Zur Debatte um die angedrohten Kürzungen der Nachtdienste im AKH

PatientInnen, die Nächts in die Notfallaufnahme im AKH kommen, müssen künftig vielleicht noch viel länger warten - nämlich für den Fall, dass der Rektor der Medizinischen Universität (MUW), Prof. Schütz, seine Drohung wahr macht: die ärztlichen Nachtdienststräcker sollen deutlich reduziert werden, es sei denn, die Stadt Wien, die Eigentümerin des AKH, schießt der MUW, die die Ärzteschaft beschäftigt, die fehlenden Mittel zu. Die Stadt wehrt sich zur recht, denn es gibt gültige Verträge, die einzuhalten sind. Handlungsbedarf ist allerdings gegeben, wenn das österreichische Flaggschiff in der medizinischen Akutversorgung nicht in raue Gewässer kommen soll. Ohne Strukturreformen, vor allem im medizinischen Bereich wird die Vernunftsehe AKH/MUW nicht aus den negativen Schlagzeilen kommen. Seit Jahren sind die Probleme bekannt, die zu ausufernden Kosten und Ineffizienz bei der Ressourcenverwendung führen: Die MedizinerInnen des Zentralkrankenhauses stehen massiv unter Arbeitsdruck, sofern sie noch in Ausbildung oder am Beginn ihrer beruflichen Karriere sind. Um sich zu habilitieren, muss Zeit für die Wissenschaft gefunden werden, gleichzeitig sind die Ambulanzen übervoll. Das Salär ist bescheiden, nur durch häufige Nachtdienste kann es aufgebessert werden. Lediglich die wenigen, die es in der steilen Hierarchie zum Abteilungsvorstand geschafft haben, spielen in einer ganz anderen Liga: das Gehalt ist gut, vor allem aber die lukrativen aushäusigen Engagements bringen das eigentliche Einkommen. Kein Wunder, dass der Frust derer groß ist, die für wenig Geld sehr viel arbeiten. Um sie bei der Stange zu halten, wird von der MUW Führung stillschweigend viel hingegenommen: nach 13 Uhr herrscht noble Stille in den Gängen, teure Geräte bleiben ungenutzt, denn die mittlere und obere Führungsriege der KollegInnenenschaft ist um diese Zeit häufig bereits auf der „goldenen Meile“ der Privatkliniken, in der eigenen Ordination oder an einer Privatuniversität tätig.

Das Spitzenkrankenhaus Österreichs hätte es jedoch verdient, dass ihr medizinisches Personal in erster Linie dem eigenen Haus, der Forschung, der Lehre, insbesondere aber den PatientInnen, die keine extra Einkünfte versprechen lassen, verpflichtet ist. Angemessene Gehälter auf allen Hierarchieebenen sollten die Wertschätzung für die großartigen Leistungen, die im AKH erbracht werden, widerspiegeln. Dies wäre allerdings zu verknüpfen mit der Pflicht, SonderklassepatientInnen im AKH und nicht im Privatspital zu behandeln, damit auch der öffentliche Träger des Spitals, der schließlich die Infrastruktur stellt, dadurch Einnahmen erzielen kann. Es ist nicht akzeptabel, dass lukrative Behandlungen und Eingriffe zugunsten der privaten Geldbörse, chronisch Kranke und komplizierte Eingriffe, aber zu Lasten des öffentlichen Trägers dirigiert werden. Dazu braucht es neben einer strikten Regelung der Nebenbeschäftigungen auch eine Dienstzeitreform, die nicht knapp nach Mittag den Nachtdienst einläutet. Nachtdienststräcker hinsichtlich ihrer Besetzung zu überprüfen, wie es Schütz nun offensichtlich tut, kann in Fächern Sinn machen, wo absehbar ist, dass nächtliche Komplikationen sehr selten sind. Die ärztliche Besetzung jedoch quer durch alle Disziplinen auszudünnen, würde die PatientInnen und das Personal unzumutbar überfordern. Rektor Schütz sollte also Reformen ankündigen und nicht Gefährdungen in Aussicht stellen.

„Spitalskonzept 2030“

Wien braucht moderne Spitäler, in denen Versorgung auf höchstem Niveau angeboten wird. Dafür sorgt die rot-grüne Stadtregierung mit dem Spitalskonzept 2030. Im März hat Gesundheitsstadträtin Wehsely das mit den Grünen ausverhandelte „Spitalskonzept 2030“ der Öffentlichkeit vorgestellt.

Die acht Eckpunkte des Wiener Spitalskonzepts 2030

Das Wiener Spitalskonzept macht deutlich, wie moderne Angebotsstrategien im Spitalsbereich organisiert werden. Die Schwerpunktsetzung funktioniert, wenn Kopf und Herz, Management und MitarbeiterInnen, an einem gemeinsamen Ziel arbeiten. Auch das Wiener Geriatriekonzept, präsentiert vor vier Jahren in Rust, schreitet voran. Das erste Pflgewohnhaus in der Leopoldstadt wurde bereits im Herbst besiedelt, jenes in Meidling folgt im Frühjahr 2011.

Aber das Wiener Gesundheitswesen steht weiterhin vor massiven Herausforderungen:

- Die demographische Entwicklung verlangt nach einer stetigen rollierenden Planung.
- Der niedergelassene Bereich hat für die gesundheitliche Versorgung der WienerInnen nicht jene Rolle, die für ein funktionierendes Zusammenspiel von Spitälern und extramuralem Bereich notwendig wäre.
- Die medizinische Innovation und deren Finanzierung werden nur durch die Spitäler getragen.
- Das Budget des Wiener Krankenanstaltenverbands stieg zwischen 2004 und 2009 jährlich um 5,7 Prozent, während das Bruttoinlandsprodukt gemäß WIFO um durchschnittlich 2,1 Prozent wächst.
- Die KAV-Spitäler haben eine sehr alte Bausubstanz, ihre Erhaltung ist extrem teuer.

Die Stadt Wien geht bewusst nicht den Weg, der in Deutschland gegangen wurde. In Wien werden keine städtischen Krankenanstalten privatisiert. Aber die Kostenentwicklung muss neben einer guten Gesundheitsversorgung im Zentrum aller Überlegungen und Planungen liegen. Die Stadt Wien entwickelt daher eine Gesundheitsstrategie für die nächsten 20 Jahre. Das Wiener Spitalskonzept 2030 setzt auf acht Eckpunkte:

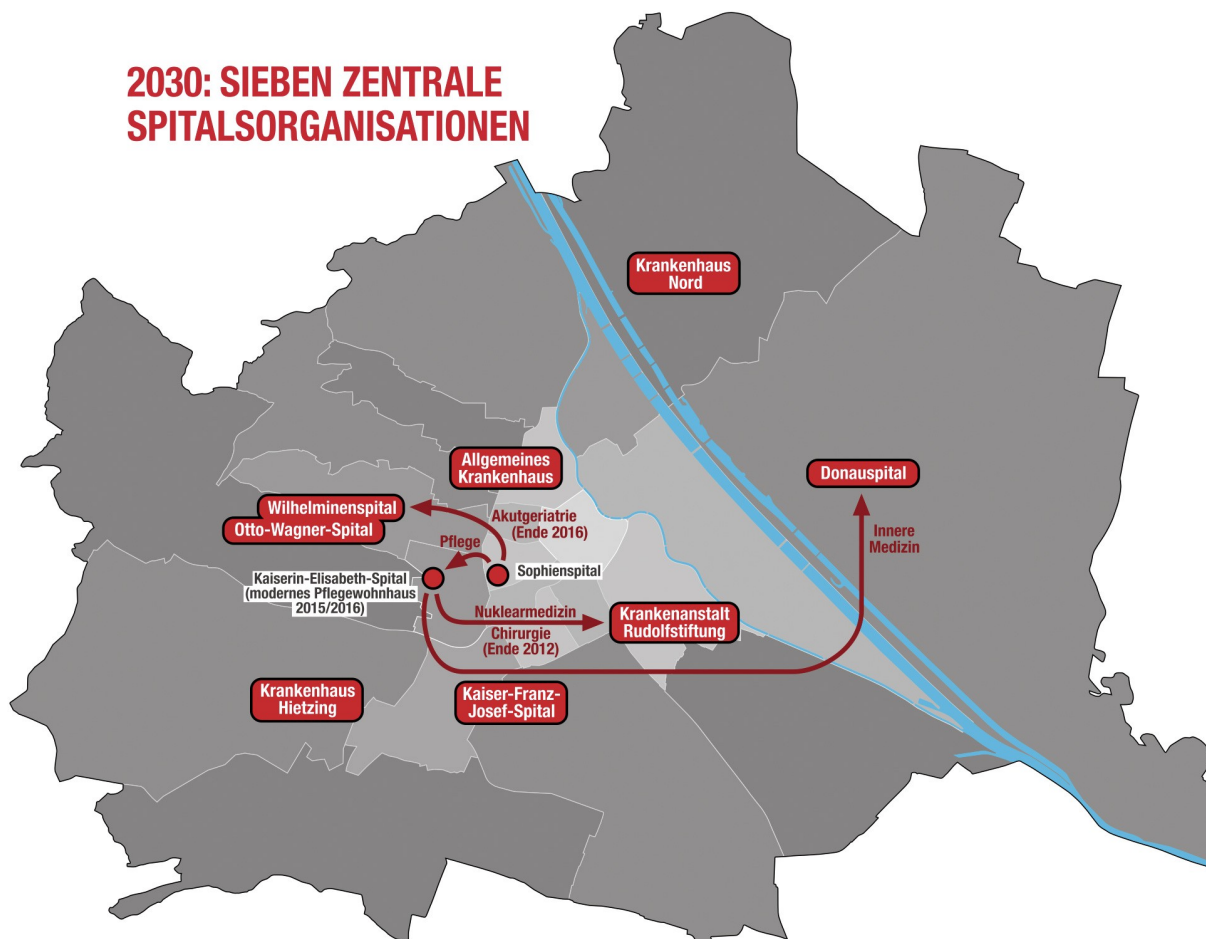
- Mehr Qualität
- Mehr Investitionen
- Mehr Eigenständigkeit
- Mehr Transparenz
- Mehr Kostenkontrolle
- Mehr MitarbeiterInnenzufriedenheit
- Mehr Angebot
- Mehr PatientInnenorientierung

1) Mehr Qualität. Weniger Häuser.

Künftig werden sieben zentrale Spitalsorganisationen des Wiener Krankenanstaltenverbundes die Versorgung der WienerInnen aufeinander abgestimmt und einander ergänzend übernehmen. Standorte werden konzentriert, um künftig gemeinsam ihre medizinischen Leistungen zu erbringen.

Es gibt gute Erfahrungen mit der Konzentration auf Spitäler mit bestimmten Schwerpunktleistungen. Beispiele sind etwa die Übersiedlung des Mautner Markhof'schen Kinderspitals in die Krankenanstalt Rudolfstiftung 1998. Oder ein Jahr später die Übersiedelung der Kinderklinik Glanzing ins Wilhelminenspital.

Diese Entwicklung geht mit dem Wiener Spitalskonzept 2030 weiter. 2030 soll es in Wien sieben zentrale Spitalsorganisationen geben: das Krankenhaus Hietzing, das Kaiser-Franz-Josef-Spital, das gemeinsam geführte Wilhelminenspital und Otto-Wagner-Spital, die Rudolfstiftung, das Krankenhaus Nord, das Donauspital und das AKH Wien. Das Kaiserin-Elisabeth-Spital wird bis 2015/2016 zu einem modernen Pflegewohnhaus mit sozialmedizinischer Betreuung, die Angebote des Hauses sowie jene des SMZ Sophienspital werden übersiedeln.



Die sieben zentralen Spitalsorganisationen:**AKH Wien (1090 Wien)**

Das AKH erfährt kontinuierlich eine strukturelle Stärkung aufgrund der Bedarfsentwicklung, wie zum Beispiel im Bereich der Neonatologie, wo die Anzahl der Intensivbetten gesteigert wird. Aber auch im Bereich der Palliativmedizin. Andere Bereiche des AKH werden entsprechend der Entwicklungen der Verweildauer der PatientInnen in Bezug auf die benötigten Betten angepasst (z.B.: Gynäkologie & Geburtshilfe, Dermatologie). Im AKH wird – neben den bestehenden wissenschaftlichen Zentren – ein Kinderkompetenzzentrum ausgebaut.

Krankenhaus Hietzing (1130 Wien)

Das Hietzinger Krankenhaus erhält künftig einen neuen Schwerpunkt, der sich an den Bedürfnissen einer immer älter werdenden Gesellschaft orientiert: Es wird zu einer hochmodernen Klinik für die Volkskrankheiten Schlaganfall, Diabetes und Rheuma mit multidisziplinärem chirurgischen Zentrum ausgebaut. Der notwendige Umbau zum Zentralbau ist bis 2030 geplant.

Kaiser-Franz-Josef-Spital (1100 Wien)

Das zurzeit aus zwei Standorten bestehende Schwerpunktkrankenhaus im 10. Wiener Gemeindebezirk wird sukzessive erneuert. Das Gottfried von Preyer'sche Kinderspital wird seit 2008 als Kinder- und Jugendabteilung des Kaiser-Franz-Josef-Spitals geführt. Der notwendige Teilneubau ist bis 2015 fertig gestellt. Der Baubeginn ist für Herbst 2011 geplant.

Wilhelminenspital & Otto-Wagner-Spital (1160/1140 Wien)

Einen Steinwurf entfernt voneinander liegen das Wilhelminenspital und das Otto-Wagner-Spital. Die benachbarten Spitäler übernehmen künftig gemeinsame Versorgungsaufgaben und werden perspektivisch gemeinsam geführt. Zudem übersiedelt die Akutgeriatrie des Sophienspitals bis etwa Ende 2016 ins Wilhelminenspital. Die notwendigen Umbauarbeiten zu einem Zentralbau des Wilhelminenspitals sollen 2030 abgeschlossen sein.

Rudolfstiftung (1030 Wien)

Die Krankenanstalt Rudolfstiftung verstärkt ihren chirurgischen Schwerpunkt. Bis Ende 2012 übersiedelt dorthin die Chirurgie mit Schwerpunkt Schilddrüse des Kaiserin-Elisabeth-Spitals, begleitet von der Nuklearmedizin.

Donauspital – SMZ Ost (1220 Wien)

Das Donauspital bleibt mit seiner Versorgungsfunktion grundsätzlich unverändert. Durch das Krankenhaus Nord erfährt es eine Entlastung im Bereich der Unfallchirurgie und Kooperationsmöglichkeiten mit dem neuen Nachbarspital, das das Fächerspektrum ergänzen wird. Durch die Übersiedlung von Teilen der Neurologie aus dem KH Hietzing wird es noch zusätzlich aufgewertet und insgesamt im Intensivbereich strukturell gestärkt.

Krankenhaus Nord (1210 Wien)

Das neue Krankenhaus im Nordosten Wiens nimmt 2015 seinen Teilbetrieb auf. Drei Standorte - das Krankenhaus Floridsdorf, die Semmelweis-Frauenklinik und das Orthopädische Krankenhaus Gersthof sowie einzelne Abteilungen anderer Häuser (Herzchirurgie, Kardiologie und Teile der Neurologie aus dem Krankenhaus Hietzing; Teile der Pulmologie, Thoraxchirurgie sowie der Psychiatrie aus dem Otto-Wagner-Spital; ein Teil der Kinder- und Jugendheilkunde aus dem Wilhelminenspital) - übersiedeln in das neue Spital. Zudem wird eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung und eine Unfallchirurgie im neuen Krankenhaus in Floridsdorf eingerichtet.

2) Mehr Investitionen. Weniger Betriebskosten.

Eine moderne Infrastruktur für die Wiener Krankenhäuser ist die notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche und effiziente Gesundheitsversorgung im Sinne der PatientInnen und im Sinne der SteuerzahlerInnen. Durchschnittlich gerechnet sind unsere Spitäler über achtzig Jahre alt, fünf Standorte bereits über hundert Jahre. Die Sanierungs- und Reinvestitionskosten schnellen in die Höhe. Und Sanieren allein bringt noch keine Modernisierung in Betriebsabläufen und Strukturen. Die Konzentration auf sieben Standorte mit den notwendigen Um- und Zubauten für Zentralbauten garantiert, dass ein vernünftiges Maß an Mitteln in bauliche Maßnahmen fließt, der Löwenanteil jedoch in die PatientInnenversorgung. Alleine durch die Übersiedlung der Standorte SMZ Sophienspital und Kaiserin-Elisabeth-Spital werden jährliche Betriebskosten von 28 Millionen Euro für bauliche Investitionen im Rahmen des Wiener Spitalskonzepts 2030 frei.

3) Mehr Eigenständigkeit. Weniger Bürokratie.

Der Krankenanstaltenverbund bekommt bei 100-prozentiger Eigentümerschaft durch die Stadt Wien eine neue Struktur, die mehr Handlungsfähigkeit bringt. Der KAV wurde am 1. Jänner 1993 gegründet - auf Basis des Wiener Gesundheits- und Krankenanstaltenplans 1990. Das Anliegen war, der KAV möge "wie ein Unternehmen weit gehende Selbstständigkeit" besitzen. Seit Jänner 2002 ist der KAV eine Unternehmung nach der Wiener Stadtverfassung – und dabei bleibt es auch. Mit der Veränderung des Statuts werden mehr Gestaltungsmöglichkeiten und klarere Verantwortlichkeiten verankert – als Basis für ein selbständigeres, rascheres und wirtschaftlicheres Arbeiten. Entscheidungsstrukturen werden damit beschleunigt und verbessert.

4) Mehr Transparenz. Weniger Lobbying.

Die Messung der Ergebnisqualität ist ein Kernthema der Qualitätsarbeit und Grundlage der Schwerpunktsetzung. Transparenz in Sachen Qualität bietet für die PatientInnen und deren Angehörige eine wesentliche Orientierungsgrundlage. Der KAV hat ein Indikatorenset zur Messung von Ergebnisqualität erarbeitet, anhand dessen seit heuer die medizinische und pflegerische Ergebnisqualität dargestellt werden kann. Es handelt sich um rund 50 Indikatoren: Mortalitäts-, Wiederaufnahme- bzw. Reoperationsraten zu unterschiedlichen Diagnosen und medizinischen Einzelleistungen, Dekubitus, Stürze, Entlassungsraten im Langzeitpflegebereich etc. Diese unternehmensweite Messung der Versorgungsqualität erlaubt ein unternehmensinternes Benchmarking und einen Vergleich mit externen Referenzwerten. Die Ergebnisse werden in den klinischen Fachkommissionen diskutiert und sind Grundlage für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

5) Mehr Kostenkontrolle. Weniger Sorgen

Das Budget des Wiener Krankenanstaltenverbunds stieg zwischen 2004 und 2009 jährlich um 5,7 Prozent, während das Bruttoinlandsprodukt gemäß WIFO um durchschnittlich 2,1 Prozent wächst. Der Anteil des KAV an den Gesamtausgaben Wiens ist von rund 10 Prozent 2002 auf 14,45 Prozent im Budget 2011 gestiegen. Das sind fast viereinhalb Prozentpunkte in nicht einmal 10 Jahren. Damit mehr Kostenkontrolle gewährleistet werden kann, ist eine längerfristige Budgetperspektive das Ziel. Alle Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung müssen realisiert werden. Ausgehend davon gibt es klare Zielvorgaben für die einzelnen Gesundheitseinrichtungen des KAV. Angestrebt wird ein wirtschaftlicheres Arbeiten des Wiener Krankenanstaltenverbundes.

6) Mehr MitarbeiterInnenzufriedenheit. Weniger Egoismus.

Die Zahl der KAV-SpitalsärztInnen hat sich seit dem Jahr 2005 um über sechs Prozent erhöht, die Zahl des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals um über drei Prozent. Wien hat im Gesundheitsbereich die intensivste Personalausstattung aller österreichischen Bundesländer.

ÄrztInnen:	2005: 2.723,37	2010: 2.892,26	= + 168,89 = ca. + 6,2 %
DGKP:	2005: 8.840,99	2010: 9.134,73	= + 293,74 = ca. + 3,3 %
<small>(gerechnet in Vollzeitäquivalenten)</small>			

Keine Mitarbeiterin, kein Mitarbeiter im KAV muss um den Arbeitsplatz fürchten. Der MitarbeiterInnenstand lässt sich jedoch nicht beliebig erweitern - das ist nicht leistbar, nicht sinnvoll und auch keine Garantie für höhere MitarbeiterInnenzufriedenheit. Wenn es um die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen geht, sind insbesondere die Führungskräfte auf allen Ebenen gefordert. Arbeitszeiten, aber auch Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen sind dabei zentrale Themen, gegenseitige Wertschätzung ist ein hohes Gut.

Zentral ist dabei auch, Kompetenz richtig einzusetzen. Aktuell gibt es hierzu an den Standorten Kaiser-Franz-Josef-Spital und SMZ Floridsdorf das Projekt „Skills and Grade Mix“, im Rahmen dessen überprüft wird, ob und wie die Kompetenzen der MitarbeiterInnen im Pflegebereich optimal eingesetzt werden.

Auch bei den anstehenden Standortveränderungen Kaiserin-Elisabeth-Spital und SMZ Sophienspital sind, wie schon beim Krankenhaus Nord, die MitarbeiterInnen die wichtigsten Know-how-TrägerInnen für den Veränderungsprozess.

7) Mehr Angebot. Weniger Überkapazität.

Das Spital der Zukunft richtet größeres Augenmerk auf die Erstversorgung, hat weniger stationäre Betten, erhöht aber die Anzahl der Intermediate Care- und Intensiv-Betten. Mit der Verlegung von Bettenkapazitäten in den Norden und Osten Wiens wird die Versorgung treffsicherer und kommt den Bedürfnissen der PatientInnen besser entgegen. Die Schaffung von Tages- und Wochenkliniken und die Verkürzung der Verweildauer von PatientInnen im stationären Bereich ermöglichen die Reduktion von stationären Betten. Das bringt viele Vorteile für PatientInnen und MitarbeiterInnen. Die Wartezeiten auf einen Operationstermin werden verkürzt, die Behandlungen können schneller durchgeführt werden. PatientInnen wie SpitalsmitarbeiterInnen können das Wochenende zuhause bei ihren Familien verbringen. Die Augenwochenklinik im Krankenhaus Hietzing ist ein gutes Beispiel dafür. Sie stellte erst jüngst ihren vollstationären Betrieb auf einen wochen- und tagesklinischen Betrieb um. Dadurch konnte die Anzahl an Aufnahmen deutlich gesteigert werden, obwohl die Klinik am Wochenende geschlossen ist.

8) Mehr PatientInnenorientierung. Weniger Zeitverlust.

Rasche und gute Versorgung bei Erkrankungen ist das höchste Gebot. Das neue Krankenhaus Nord wird hier als Role Model dienen. Als erstes Spital in Österreich wird es über eine eigene bettenführende Abteilung für Notfallmedizin als zentrale Anlaufstelle für akut kranke PatientInnen verfügen. Das bedeutet kürzere Wartezeiten für die PatientInnen, die Zufriedenheit der PatientInnen steigt. Der effizientere Einsatz der Ressourcen hebt auch die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen. Aber nicht für jede Erkrankung ist ein Spital der richtige Behandlungsort. Wenn der niedergelassene Bereich den Bedürfnissen der PatientInnen bei den Öffnungszeiten entgegenkommt, dann können sich die Ambulanzen der Spitäler auf die Hilfe für Notfälle konzentrieren.

Ohne Unterstützung durch den Bund, die Sozialversicherung und die Ärztekammer wird hier eine Verbesserung nicht möglich sein. Die Länder haben jedenfalls erst vor zwei Wochen einen großen Schritt in Richtung Gesundheitsreform gemacht. Im Vorfeld der anstehenden Verhandlungen mit dem Bund in Sachen Gesundheitsreform bekennen sich die Länder erstmals zu einer einvernehmlich festzulegenden fixierten Rahmenplanung auf Bundesebene. Diese ist in Teilbereichen ausbaufähig und auch ausbaufähig. Das bedeutet überregionale Vorgaben für Planung, Steuerung und Finanzierung, die im Rahmen von weiterentwickelten Gesundheitsplattformen partnerschaftlich zwischen Land und Sozialversicherung sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich verbindlich regional umgesetzt werden.

Auf Landesebene soll ein Topf aus Mitteln des Bundes, der Länder und Gemeinden und der Sozialversicherung gespeist werden. Der jährlich steigende Mittelbedarf und die daraus resultierenden jährlich steigenden Abgänge der Krankenanstalten sind von den Bund, Land, Gemeinden und Sozialversicherung nach einem im Vorhinein zu vereinbarenden Schlüssel partnerschaftlich zu tragen.

Wenn es nach den Ländern geht, gibt es damit künftig eine gemeinsame Planung, Steuerung und Finanzierung für alle Bereiche des Gesundheitswesens.