Sponsoring-Post/Verlagspostamt 1090 Wien/02Z033137 S

Preis: € 0,80

Analyse

Zeitschrift der Sozialdemokratischen Ärztinnen und Ärzte

www.analyse-online.at

Nr. 1/2013

Gesundheit:

Gleiches Recht für alle Menschen

Migration und Gesundheit

Österreich ist bereits seit langem ein Einwanderungsland, das ist nicht abzustreiten.Wir können diese Tatsache als Last oder als Chance sehen, in jedem Fall müssen wir uns den damit verbundenen Herausforderungen lösungsorientiert stellen. Das erfordert eine Entemotionalisierung und eine Gleichbehandlung aller Menschen, besonders im Gesundheitsbereich.

Sprachbarrieren gefährden Gesundheit. Fast 20 Prozent der Gesamtbevölkerung Österreichs hat Migrationshintergrund...

Seite 4

Inhalt dieser Ausgabe

Editorial ..... Seite 2
Angel: Haben wir einen Ärztemangel?..... Seite 3
Szekeres: Wir müssen rechtzeitig gegensteuern ..... Seite 3
Abdelramimsai: Gleiches Recht für alle Menschen ..... Seite 4
Szekeres: Es braucht Aufklärung und Information ..... Seite 5
Pühringer: „You have to jump in, my friend!”..... Seite 6
Junker: Ein Blick zurück XVIII (1985-1986)..... Seite 8

Foto: Peter Atkins - Fotolia.com

Editorial

Prim. Univ. Prof. Dr. Marcus Köller
Vorsitzender der sozialdemokratischen ÄrztInnen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Menschen mit Migrationshintergrund sind längst zum politisch – medialen Spielball geworden

Aus aktuellem Anlass wird auch die Situation von AsylantInnen und AsylwerberInnen in Österreich vermehrt diskutiert. Wir widmen unsere Covergeschichte dem Aspekt Gesundheit von MigrantInnen und AsylantInnen und deren Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem.

Ahmadolla Abdelrahimsai zeigt Schwächen des Systems im Umgang mit MigrantInnen und AsylantInnen auf und warnt vor den weitreichenden Folgen. **Thomas Szekeres** weist darauf hin, dass Aufklärungs- und Informationsarbeit dringend notwendig wäre.

Birgit Angel analysiert in ihrem Beitrag, ob es tatsächlich einen Ärztemangel in Österreich gibt. **Thomas Szekeres** rät in seinem Kommentar dazu, die gesamteuropäische Situation zu betrachten und rechtzeitig Maßnahmen gegen den auch hierzulande zu erwartenden Ärztemangel zu ergreifen.

Nina Pühringer gewährt uns in ihrem Beitrag einen Blick über den Tellerrand, indem sie von ihren spannenden Erfahrungen als junge Ärztin auf Gegenfach im Tygerberg Hospital im südafrikanischen Kapstadt berichtet.

Ermar Junker wirft einen Blick zurück in die Mitte der Achzigerjahre und die damalige Situation der Sozialdemokratischen ÄrztInnen.

Ich wünsche viel Vergnügen beim Lesen unserer Beiträge und eine schöne Zeit im herannahenden Frühling.

Euer Marcus Köller

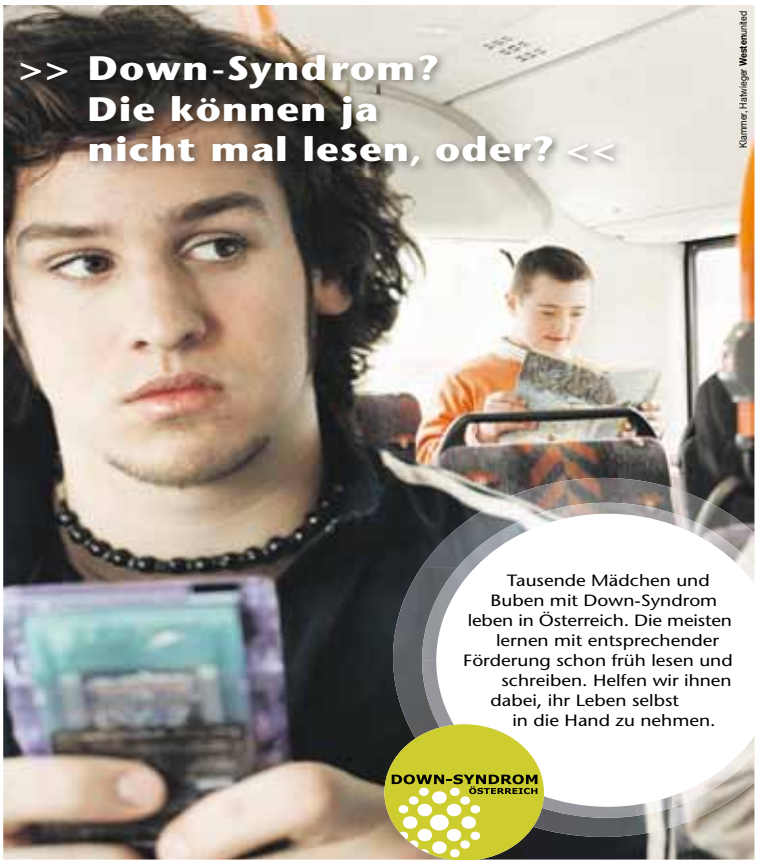
Veranstaltung

Zweites Wiener Down-Syndrom-Festival

Das von der *I Dance Company* ins Leben gerufene Kulturfestival findet vom 1. bis 21. März statt. Spielstätten sind das Theater in der Josefstadt und das Kasino am Schwarzenbergplatz.

Ab 4. April gibt es mit der „Ost Side Story" im Wiener Theater Akzent ein weiteres Tanzstück, an dem auch Tänzerinnen und Tänzer mit Down-Syndrom mitwirken und die beiden Hauptrollen übernehmen. Neben Mitgliedern des Vereins Ich bin O.K., stehen SchülerInnen des Theresianums, Mitglieder der Bellarina Dance Performance sowie StudentInnen der Konservatorium Wien Privatuniversität und der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien auf der Bühne. Weitere Aufführungen: 7., 10. und 13. April.

Nähere Infos: www.idancecompany.at



Haben wir einen Ärztemangel?

Foto: z.Vg., Sergey Nivens - Fotolia.com

In Österreich leben 41.268 praktizierende ÄrztInnen. Seit dem Jahr 2000 ist deren Anzahl um 30 Prozent gestiegen. Damit liegt Österreich im internationalen Spitzenfeld, laut OECD haben wir die zweithöchste Ärztedichte innerhalb der EU. Der Anteil der WahlärztInnen an der niedergelassenen Ärzteschaft ist von 39 Prozent auf 51 Prozent gestiegen, diese stehen für die Versorgung der Bevölkerung nur bedingt zur Verfügung. Mit 11.000 MedizinstudentInnen in Ausbildung ist ausreichend Nachwuchs zu erwarten. Zirka 1.300 davon promovieren jährlich und drängen in den Versorgungsbereich. Auch die vielzitierte Abwanderung von JungärztInnen wird laut WHO Mobility Report durch eine ebenso große Rück- und Zuwanderung nahezu aufgehoben.

Wir haben ein Verteilungsproblem. Heute gibt es in Österreich so viele ÄrztInnen wie noch nie. Dem gegenüber steht eine Pensionierungswelle. In den kommenden zehn Jahren werden zwischen zehn und 15 Prozent der heute tätigen ÄrztInnen pensioniert.

Aus abgelegenen Regionen und kleinen Landkrankenhäusern werden immer wieder Probleme bei der Nachbesetzung von Ausbildungsstellen und Ordinationen berichtet. Ob eine Stelle besetzt wird oder nicht, hängt von deren Attraktivität ab. Während unattraktive Stellen bereits heute schwer nachbesetzt werden können, beträgt die Wartezeit auf einen Turnusplatz in Wien nach wie vor zwei Jahre. Es handelt sich also nicht um einen Ärztemangel, sondern um ein Verteilungsproblem.

Heute gibt es in Österreich so viele ÄrztInnen wie noch nie.

Gegensteuern mit Ausbildungskonzept. Dem können wir mit einer bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Ausbildung begegnen, indem wir uns fragen, *wo* werden *wieviele* ÄrztInnen *wie* ausgebildet. Einige betroffene Krankenhausträger haben das Problem bereits erkannt und versuchen mit organisatorischen Änderungen gegenzusteuern. Es werden Stationssekretärinnen eingestellt, Arbeitszeitmodelle geändert, Leistungsspektren (Stichwort: Tätigkeitsprofil) verschoben oder es wird durch eine bessere Bezahlung versucht, bislang unattraktive freie Stellen zu besetzen. Ein sinnvoller Einsatz in Krankenhäusern, eine qualitätsgesicherte Aus- und Fortbildung und eine transparente Stellenvergabe bietet jungen MedizinerInnn bessere Zukunftsperspektiven.

Besonders wichtig ist es, die Ausbildung, vom Studium bis zum jus practicandi, als eine Einheit und im Zusammenhang mit der Versorgung durch Spitäler und Praxen zu sehen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat, unter Beteiligung der Länder, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der österreichischen Ärztekammer und der medizinischen Universitäten ein abgestimmtes Konzept der Ärzteausbildung erarbeitet. Als Leitthema diente die Frage: Welche Anforderungen werden an ÄrztInnen in Zukunft gestellt und über welche Kenntnisse und Fähigkeiten müssen sie verfügen? Ziel ist eine langfristige und sektorenübergreifende Bedarfsplanung gemeinsam mit allen Systempartnern auch in der Ärzteausbildung.

Dr.in Birgit Angel
Fachreferentin im Büro des Gesundheitsministers

Wir müssen rechtzeitig gegensteuern.

Foto: C. Zeitler

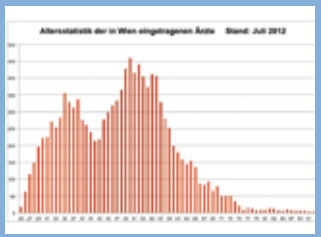
Es gibt derzeit knapp über 41.000 aktive ÄrztInnen in Österreich. Die Grafiken 1 und 2 zur Altersverteilung der ÄrztInnen in Wien und zur Ärztedichte in Europa veranschaulichen sehr deutlich, dass

1. in den nächsten Jahren wesentlich mehr ÄrztInnen in Pension gehen als aktive nachkommen. Es stellt sich die Frage, ob man künftig mit weniger ÄrztInnen als heute auskommen wird und dies bei älter werdender Bevölkerung.

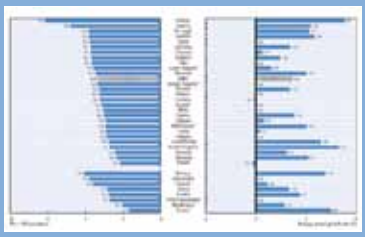
2. Deutschland, das in der Ärztedichte knapp nach uns rangiert, bereits einen evidenten Ärztemangel hat. Es ist richtig, dass wir derzeit noch genügend ÄrztInnen haben, allerdings gibt es in ganz Europa einen Ärztemangel und wir sollten entsprechend viele MedizinerInnen ausbilden, um nicht in eine ähnliche Situation zu kommen.

Prinzipiell ist es Aufgabe der Politik und nicht der Kammer vorzusorgen, dass genug ÄrztInnen vorhanden sind. Die Kammer als Standesvertretung tut sich bei einem Mangel an ÄrztInnen sogar leichter, sieht sich aber verpflichtet, auf den Trend in Richtung Ärztemangel rechtzeitig hinzuweisen. Rechtzeitig heißt rund 10 Jahre früher, weil die Ärzteausbildung bekanntlich mindestens 9 Jahre dauert.

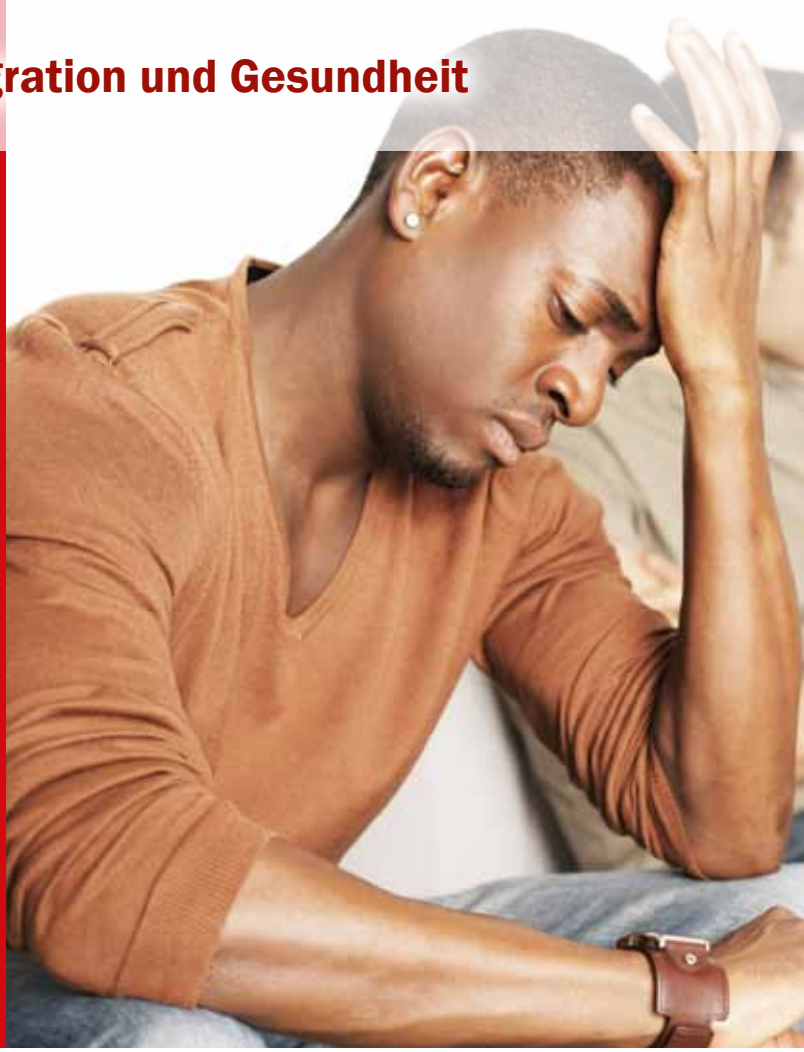
Univ. Prof. Dr. Thomas Szekeres
Präsident der ÄK Wien



Grafik 1



Grafik 2



Gesundheit:

Gleiches Recht für alle Menschen

Foto: z.V.g.

Österreich ist bereits seit langem ein Einwanderungsland, das ist nicht abzustreiten. Wir können diese Tatsache als Last oder als Chance sehen, in jedem Fall müssen wir uns den damit verbundenen Herausforderungen lösungsorientiert stellen. Das erfordert eine Entemotionalisierung und eine Gleichbehandlung aller Menschen, besonders im Gesundheitsbereich.

Sprachbarrieren gefährden Gesundheit. Fast 20 Prozent der Gesamtbevölkerung Österreichs hat Migrationshintergrund. Wie die EUStat-Statistik 3/2012 (siehe Grafik) deutlich zeigt, werden wir nicht überlaufen und unser Gesundheitssystem kann den Migrationsfluss durchaus tragen. Die Gesundheitszustände sind bei Asylsuchenden und Menschen mit Aufenthaltsstatus sowie ÖsterreicherInnen mit Migrationshintergrund schon aufgrund der persönlichen Historie unterschiedlich.

Interessant ist, dass Einwanderer bis zum 40. Lebensjahr gesünder als die Bevölkerung des Gastlandes sind, dann kehrt sich die Situation aber drastisch um. Gemeinsam bleibt, dass die Gesundheitsrisiken besonders hoch steigen, wenn sozialer Status, sprachliche Ausdrucksfähigkeit und Bildung niedrig sind. Hinzu kommt, dass sich die Geduld des medizinischen Personals bei eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeit rascher erschöpft. Hier bedarf es gezielter Interventionen und Investitionen in die entsprechende Schulung des medizinischen Personals einerseits, aber auch vermehrt in die Bildung und die Verbesserung der sprachlichen Ausdrucksmöglichkeit und der Kommunikationsfähigkeit speziell für Menschen mit Migrationshintergrund. Außerdem bedarf es mehr Information über gesundheitsfördernde Maßnahmen.

ASYLANTRÄGE IN Ö, D, CH

Jahr	Ö	D	CH
2005	22.461	28.914	10.795
2006	13.350	21.030	11.173
2007	11.921	19.160	10.844
2008	12.841	22.085	16.606
2009	15.827	27.643	16.005
2010	11.022	41.332	15.567
2011	14.416	45.741	22.551
2012	17.415	64.539	28.631

Datenquelle: UNHCR 3/12 + 3/10; EUStat 3/2012

Rationalisieren fördert Schlechterstellung. Die so genannte Grundversorgungsvereinbarung (BGBl. I Nr. 80/2004) regelt die Versorgung von „hilfs- und schutzbedürftigen Fremden“, hierunter fallen auch Asylwerber. Im Asylbereich ist mangelnde Qualität von Dolmetschern, die nicht zuletzt Dumpingangeboten nach Ausschreibungen für Asylbetreuung zuzuschreiben sind, fatal. Das führt entweder unmittelbar zu gesundheitlichen Folgen oder zu unnötig langen und sich wiederholenden Krankheiten. Nicht zuletzt wird erhöhter Kostendruck auch auf das Personal im Asylwesen übertragen und das führt zu Rationalisierung und damit zu vergleichsweiser Schlechterstellung der Asylsuchenden im Gesundheitssystem bereits vor Ort. Das ist laut Genfer Flüchtlingskonvention unzulässig!

Asylanten weisen Prämigrationns-Risikofaktoren, wie Traumata durch Flucht und Folter, aber auch Postmigrations-Risikofaktoren durch Haft, Sprachbarrieren, Dolmetscherfehler, Asylprozessverlauf, Diskriminierung, mangelnde Kenntnis des Gesundheitssystems, Scham religiös-ethnischer Natur und durch unterschiedliche Schmerzbeurteilung auf.

> **Eine Schlechterstellung Asylsuchender im Gesundheitssystem ist laut Genfer Konvention unzulässig.**

Asylanten, die bereits Asyl erhalten haben, und Asylwerber, die sich in einem laufenden Asylverfahren befinden, leiden an verschiedensten Krankheitssymptomen. Die häufigsten sind Zahn- und Zahnfleischprobleme, Folgen nach - oft schlecht oder nicht verheilten - Knochenbrüchen, Scabies, Mangelernährung, Hautläsionen, posttraumatische Belastungsstörungen durch Folter, Vergewaltigung, Verlust von Angehörigen und die Flucht an sich, Depressionen, Suchtprobleme und psychische Probleme auch wegen überlanger Verfahrensdauer und Fehlen sinnvoller Tätigkeiten und oft mangelnder Impfschutz. Hier ist besonders hervorzuheben, dass dieser auch nach Impfungen bei uns – durch mangelnde Sorgfalt?! - gegeben ist. Titerkontrollen sind in jedem Fall sinnvoll.

Humanität reduziert Folgekosten. Bei Zuweisungen zu FachärztInnen, Spitälern, Ambulatorien sind für AsylwerberInnen oft schon die Anreisekosten nicht leistbar, weil sie meist entlegen untergebracht werden. Politische Absicht ist es offenbar, AsylwerberInnen so weit wie möglich von der österreichischen Bevölkerung zu isolieren. Erhöhte Barrieren im Zugang zu medizinischen Leistungen helfen allerdings nicht sparen, sondern verschlimmern und verlängern Leiden und führen zu weit höheren Folgekosten. Das Thema „Asylant“ begleitet uns in den Medien nahezu täglich, die Motivation der Stellung nehmenden Personen ist äußerst unterschiedlich und immer häufiger von starken

Foto: Peter Atkins - Fotolia.com

Emotionen getragen. Das macht eine sachliche Diskussion unmöglich und erschwert in der Folge sinnvolle Lösungen.
Gerade das Thema Gesundheit sollte aber unabhängig vom Status der Patientinnen und Patienten vornehmlich von Empathie und nicht von Ideologien getragen sein. Wir müssen vermehrtes Leid und Frustration vermeiden, bereits damit sparen wir weiteres Leid und Kosten.
In Alltagsdiskussionen gibt es meist eine Begriffsvermengung: Asylwerber, Asylant, Migrant, Ausländer, Gastarbeiter. Auch was die Gesundheit betrifft, muss man hier klar differenzieren.
Asylsuchende haben in manchen Bereichen eine schlechtere Gesundheit. Das ist primär unabhängig von Schuld zu sehen. Cave: Schuld und Krankheit!Ganz wichtig sind also Mindeststandards an Information und Volksbildung, nicht nur für die Migrationspopulation und die österreichische Bevölkerung sondern leider auch für PolitikerInnen und JournalistInnen.
Österreichkunde für Einwanderer und ÖsterreicherInnen ist sinnvoll, aber genauso wichtig ist das Wissen und das Bewusstsein über Grund-, Menschen- und Völkerrecht. Das sollte in Form einfacher Volksbildung bereits in der Schule vermittelt werden, um so Vorurteilen nachhaltig vorzubeugen. Mindeststandards der medizinischen Versorgung im Rahmen unseres medizinischen Systems fußend auf internationalen Verträgen und vor allem im Zweifelsfall getragen von vornehmlich humanitären Prioritäten müssen die Basis der Entscheidungsfindung aller an Patientinnen und Patienten Tätigen sein. Dies zweifelsfrei unabhängig von Rasse, Volksgruppe, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status, politischer Gesinnung, Religion, Sprache, Alter oder sexueller Orientierung. Hierfür sind die nötigen Ressourcen basierend auf internationalen Vereinbarungen bereitzustellen.

Ethisch vertretbar ist nur, wenn Recht und Gesetz der Humanität dienen und nicht umgekehrt.

Dr. Ahmadolla Abdelrahimsai
Arzt; Vorstandsmitglied NGO „Menschen-Leben“

Weiterführende Informationen:

http://tinyurl.com/d5mwhnn

http://www.unhcr.at/mandat/genfer-fluechtlingskonvention.html
(beachten Sie: Verbürgtes Recht auf Zugang zu medizinischer Versorgung, Bildung und Sozialleistungen)

Weltärztebund Deklaration von Helsinki
http://www.wma.net/en/10home/index.html

Europäische Menschenrechtskonvention
http://www.emrk.at/

Völkerrechte etc.
http://www.unric.org/de/charta

Es braucht Aufklärung und Information.

Foto: Petra Spiola

Die Gesundheitsversorgung und die Krankheitsbilder bei Menschen mit Migrationshintergrund sind ein Spiegelbild der sozialen und arbeitsbezogenen Situation. Generell nehmen Menschen migrantischer Herkunft – vor allem aus der Türkei und aus restjugoslawischen Staaten – deutlich stärker kurative als präventive Gesundheitsangebote in Anspruch. Signifikant hoch sind stationäre Aufenthalte sowie die Inanspruchnahme von AllgemeinmedizinerInnen, während FachärztInnen in geringerem Ausmaß besucht werden.

Grafik 1

Deutlich ist dies vor allem bei ZahnärztInnen und AugenärztInnen (Grafik1). Hingegen werden OrthopädInnen von Menschen migrantischer Herkunft deutlich häufiger in Anspruch genommen als von ÖsterreicherInnen. AusländerInnen sind in der Regel im Beruf körperlich stärker gefordert, deshalb sind Rückenleiden und andere orthopädische Erkrankungen besonders häufig anzutreffen. Restjugoslawinnen und Türkinnen besuchen auch deutlich weniger häufig gynäkologische Praxen, wobei sprachliche und ethische Gründe eine gewisse Rolle spielen. Dasselbe gilt für Krebsvorsorge, insbesondere Mammographieuntersuchungen (Grafik 2). Während sich 76 Prozent der Österreicherinnen einer Mammographie unterzogen haben, sind es bei Migrantinnen nur 55 Prozent, ebenso wie lediglich 32 Prozent der 15 bis 60 Jährigen eine Krebsvorsorgeuntersuchung vornehmen lassen.

Grafik 2

Spiegelbildlich absolvieren nur 32 Prozent der Männer türkischer oder ex-jugoslawischer Herkunft einen PSA-Test. Ähnlich gering ist die Teilnahme an Gesunden-Untersuchungen oder Darmkrebs-Frühuntersuchungen. Deutlich sind auch die Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Impfschutz: insbesondere gegen Grippe, Tetanus, Diphterie, Polio, FSME und Hepatitis A und B.

Univ. Prof. Dr. Thomas Szekeres
Präsident der Ärztekammer Wien

„You have to jump in, my friend…"

Erfahrungsbericht über drei Monate Gegenfach in Südafrika (Februar - April 2012)

Die unfallchirurgische Ausbildung sieht eine dreimonatige Gegenfachzeit an einer Plastischen Chirurgie vor. Da die Gegenfachstellen nicht gerade üppig gesät und oft von „Routinetätigkeiten" wie Infusionsrunden geprägt sind, wollte ich dies an einer vorwiegend rekonstruktiv tätigen Abteilung absolvieren, an der ich vor allem praktisch profitieren konnte. Das Tygerberg Hospital in Kapstadt schien mir dafür der geeignete Platz.

Tygerberg Hospital Kapstadt. Nach Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaus und Prof. Dr. Frank Graewe, dem Leiter der Plastischen Chirurgie, erhielt ich sehr rasch und problemlos eine Zusage. Es folgte ein Papierkrieg der sich ein Jahr lang zog. Gefühlte tausend Emails, mehrere Besuche bei der Südafrikanischen Botschaft, Notar, Ärztekammer, Bank usw. waren notwendig, bis alle bürokratischen Hürden gemeistert waren.

Das Tygerberg Hospital wurde 1976 eröffnet und ist das Ausbildungsspital der Medizinischen Fakultät der Universität Stellenbosch. Es liegt im Bezirk „Parlow" am Rande von Kapstadt. Dieser ist angrenzend an die sogenannten „Cape Flats", der weiten Ebene am Fuß des Tafelbergs, in der sich vor allem Arbeiterwohnviertel und auch die meisten Townships befinden. Das Tygerberg Hospital bietet 1900 PatientInnen Platz. Mit 500.000 ambulanten PatientInnen und 25.000 Operationen pro Jahr ist es das zweitgrößte Spital Südafrikas. Zur Zeit der Apartheid war es symmetrisch in einen schwarzen Trakt und einen für die weiße Bevölkerung geteilt. Trotz Renovierungsarbeiten ist dies teilweise noch deutlich in den verschiedenen Stationen zu sehen. Gleich neben dem Spital befinden sich, strikt getrennt hinter Stacheldraht und Sicherheitstüren, die Fakultätsgebäude und der Campus der Medizinischen Universität.

In der Ambulanz wird man ständig mit Unglaublichem konfrontiert.

Die Abteilung für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie umfasst zirka 25 Betten und bietet im Prinzip das gesamte Spektrum der Plastischen Rekonstruktiven Chirurgie an. Das Spektrum umfasst unter anderem Wiederherstellende Mamma Chirurgie, Brustverkleinerungen oder Rekonstruktionen, Exzisionen von Hauttumoren mit plastischer Deckung, Defektdeckungen nach Unfällen mit diversen Lappen, Narbenkorrekturen, Liposuktion, Fatgrafts, Maxillo Facial Surgery, Gaumenspalten, Handchirurgische Eingriffe, usw. Prof Graewe selbst ist für Rekonstruktion von kindlichen Schädelfehlbildungen bekannt, wofür PatientInnen aus weiten Teilen des Landes angereist kommen.

PatientInnen tragen große Eigenverantwortung, das Ausbildungsniveau der ÄrztInnen ist hoch.

Until the work is done. An meinem ersten Arbeitstag wurde ich von der Leiterin des International Office herzlich begrüßt und mit Ausweis und Chipkarte ausgestattet. An der Abteilung wurde ich ebenfalls offen empfangen und mir wurde der Wochenablauf erklärt. Anschließend ging es in die Ambulanz, wo mir - nachdem ich bei der Versorgung von zwei Patienten zugesehen hatte - eine Akte mit den Worten „You have to jump in, my friend" in die Hand gedrückt wurde. Gesagt getan, bezog ich sogleich mit einem Patienten meine eigene Ambulanzkoje. In der Ambulanz wird man ständig mit Unglaublichem konfrontiert, so sieht man Krankheitsbilder hauptsäch-

Fotos: z.Vg., Carsten Kykal - Fotolia.com

lich in Stadien, die man nicht mal aus Büchern kennt. Die PatientInnen kamen nur selten mit kosmetischen Anliegen. So schlug auch mein unfallchirurgisches Herz höher bei der Unzahl an Gesichtsfrakturen, die aufgrund der hohen Anzahl sowohl von den PlastikerInnen als auch von den KieferchirurgInnen versorgt wurden. Hauptsächlich handelt es sich um Folgen eines tätlichen Angriffes, meist mit einem Ziegelstein, oder von Verkehrsunfällen.
Eine der Haupttätigkeiten war das sogenannte „Wirering". Damit ist die Versorgung einfacher Unterkieferfrakturen gemeint, bei der mittels Drahtschlingen durch die Zahnzwischenräume das Oberkiefer mit dem Unterkiefer fixiert wird. Ein Eingriff der in lokaler Anästhesie durchgeführt wird, wie viele andere Eingriffe auch. Ganz dem Leitspruch „In Africa there are no sissies", staunte ich nicht schlecht, wie viel in lokaler Anästhesie möglich ist und wie viel an lokaler Anästhesie der menschliche Körper verträgt. So wurden einmal in der Woche in einem „Eingriffsraum" diese lokalen Eingriffe durchgeführt. Auch hier wurde ich sofort einbezogen und begann Kelloide, Zysten usw. zu entfernen. Fixe Arbeitszeiten gab es nicht - „Until the work is done" lautete das Motto und so war man froh über jede helfende Hand. Es wurde aber trotz allem auf eine gewisse Arbeitsqualität geachtet, so durfte ich anfangs gar keine Tumore entfernen, am Ende nur mit Supervision.

In Africa there are no sissies.
Die PatientInnen nehmen stundelange Wartezeiten und auch tagelange Anreisen auf sich und sind dabei stets freundlich und dankbar für die medizinische Versorgung. Interessant war auch, dass die PatientInnen eine sehr große Eigenverantwortung tragen. So werden sie mit liegenden Drains entlassen, die selbständig entleert werden müssen und der Inhalt vermessen werden muss. Auch große Wunden werden selbstständig gereinigt und verbunden.
Es herrscht ein sehr hohes Ausbildungs- und Wissensniveau bei den ÄrztInnen. So gab es neben wöchentlichen Journal Clubs und Vorträgen für StudentInnen auch im zweiwöchigen Abstand eine Fortbildung für auswertige Plastische ChirurgInnen. Zuerst wurde von einem/r Assistenten/in über ein allgemeines Thema referiert, darauf folgte eine Präsentation von interessanten Fällen oder Themen der älteren KollegInnen, welche anschließend diskutiert wurden. Auch Misserfolge und Komplikationen wurden offen angesprochen und KollegInnen bei komplizierten Fällen um Rat gefragt. Dieser offene Meinungsaustausch herrschte auch im klinischen Alltag. So wurden Fragen an die AusbilderInnen erwartet, wobei man allerdings auch auf sein Wissen getestet wurde.

See one, do one, teach one.
Aber nicht nur theoretisch wurde Ausbildung gelebt, „See one, do one, teach one" ist nicht nur eine leicht dahin gesagte Modephrase sondern wird genau so umgesetzt. Ein rührender Moment dabei war, als einer der Studenten zum ersten Mal eine Wunde nähen durfte. Die Wunde war ziemlich groß und es dauerte doch etwas länger. Als der letzte Knopf geknüpft war, applaudierten alle inklusive Anästhesist und Schwestern und gratulierten dem jungen Kollegen.
Die typisch österreichischen Routinetätigkeiten wie Infusionen, Blutabnahmen, EKG, Venflons usw. sind Aufgaben des Pflegepersonals.
Im Operationsbereich hatte ich die Möglichkeit sehr viel zu assistieren bzw. Eingriffe auch selbstständig durchzuführen. Die Abläufe sind hier im Vergleich zu Österreich sehr ähnlich. Lediglich die hohe HIV Rate - 60 Prozent der PatientInnen - ist eine stetige Stressbelastung. So hat auch jede/r der Plastischen ChirurgInnen bereits mehrmals eine PEP Therapie eingenommen. Die PatientInnen werden präoperativ nicht getestet, bei einer Verletzung beginnt man sofort die Therapie, zeitgleich wird der Patient getestet. In den drei Monaten habe ich selbst zwei solche Verletzungen bei KollegInnen miterlebt, beide gingen glücklicherweise gut – also negativ – aus.

Die typisch österreichischen Routinetätigkeiten sind Aufgaben des Pflegepersonals.

Rückblickend war es wohl eine der prägendsten Zeiten meiner medizinischen Laufbahn, die mich beruflich sicherlich verändert und weiter gebracht hat. So kann ich nur jedem/r meiner KollegInnen eine Auslandserfahrung raten.

Dr.in Nina Pühringer
Unfallchirurgie Hanuschkrankenhaus Wien

Foto: Science Photo Library / picturedesk.com

Schwaches Wahlergebnis in Wien aber reges Vereinsleben.

Das wichtigste standespolitische Ereignis des Jahres 1985 war die Ärztekammerwahl am 20. April. Sie brachte bei einer Wahlbeteiligung von 72,23 Prozent einen überraschenden Umschwung in der Wiener Standesvertretung. Das Österreichische Ärztekomitee verlor je vier Mandate an die Vereinigung Österreichischer ÄrztInnen und an die Alternative Gruppe Medizin. Die der ÖVP nahestehende Vereinigung Österreichischer ÄrztInnen wurde mit einem Stimmenanteil von 31,04 Prozent (1981: 21,09 Prozent) zur stärksten Fraktion und hatte somit Anspruch, den Präsidenten zu stellen. Der Stimmenanteil des Österreichischen Ärztekomitees reduzierte sich von 40,64 Prozent auf 28,09 Prozent. Neuer Präsident wurde Prim. Dr. Michael Neumann.

Ärztekammerwahl 1985. Die SpitzenkandidatInnen für die sozialistische Fraktion waren im Wahlkörper der FachärztInnen Dr. Junker, Frau Dr. Pittermann und Dr. Schröck. Für den Wahlkörper der Praktischen ÄrztInnen kandidierten Dr. Stastny, Dr. Schwarz und Frau Dr. S Drapalik, für den Wahlkörper der TurnusärztInnen Dr. Marhold, Dr. Kwasny und Frau Dr. Polatschek. Insgesamt standen auf den Kandidatenlisten der Sozialistischen Ärztevereinigung die Namen von 104 ÄrztInnen.
Trotz aller Bemühungen fiel das Wahlergebnis sehr enttäuschend aus, nur 666 ÄrztInnen, also 13,10 Prozent (1981: 12,45 Prozent), wählten die sozialistische Liste. Bei den FachärztInnen und bei den Praktischen ÄrztInnen blieben die Ergebnisse im Vergleich zur letzten Wahl ziemlich unverändert. Bei den TurnusärztInnen konnte jedoch eine Zunahme der Wählerstimmen von 11,15 Prozent auf 17,45 Prozent erreicht werden. Die Sozialistische Ärztevereinigung behielt weiterhin 7 Mandate. Frau Dr. Pittermann und Dr. Marhold wurden Kammervorstandsmitglieder. Der Vollversammlung gehörten auch Dr. Junker, Dr. Schröck, Dr. Stastny, MR Dr. Schwarz und Dr. Kwasny an. Wesentlich glücklicher für den BSA verliefen die oberösterreichischen Ärztekammerwahlen am 18. April 1985. Die sozialistischen ÄrztInnen konnten unter ihrem Obmann Univ. Doz. DDr.. Klingler ihren Stimmenanteil von 8,9 Prozent im Jahr 1981 auf 18 Prozent erhöhen.

Herbsttreffen 1985. Am 19. Oktober 1985 fand in Gresten das 12. Herbstreffen statt. Die Teilnehmerzahl war so hoch, dass der große Saal des Grestener Kinderdorfs nicht ausreichte, um die aus allen Bundesländern kommenden Gäste zu fassen. Den Referaten von Dr. Steyrer, Generaldirektor Dr. Pascher, Sektionschef Dr. Frühauf und vom oberösterreichischen Landesrat Leo Habringer wurde großes Interesse entgegengebracht. Es folgte eine lebhafte Diskussion.
Am 20. Oktober 1985 fand anschließend an das Herbsttreffen die Sitzung des Fachverbandstages statt, an der Vertreter aus fast allen Bundesländern teilnahmen. Dr. Junker wurde zum Obmann, Dr. Grabherr (Salzburg), Dr. Klingler (Oberösterreich), Dr. Niernberger (Steiermark), Dr. Popper (Burgenland), Dr. Todter (Niederösterreich) und Dr. Wieser (Kärnten) wurden zu seinen Stellvertretern gewählt.

Reges Vereinsleben. Aus dem reichhaltigen Programm der Monatsversammlungen sollen die Vortragenden Dr. Berger vom Dr. Karl Renner-Institut, NR Czettel, BM Ferdinand Lacina, BK a. D. Dr. Kreisky, BM a. D. Lanc, Dr. Scheuch, Frau BM Fröhlich-Sandner und BM Dr. Fischer besonders hervorgehoben werden. Bürgermeister Prof. Dr. Zilk referierte bei der Jahresversammlung am 6. November 1985 über „Die sozialistische Kommunalpolitik in Wien“. Die sozialistischen ÄrztInnen im AKH traten mit einem eigenen Veranstaltungsprogramm an die Öffentlichkeit, und die sozialistischen MedizinstudentInnen im BSA führten im Jahr 1985 12 eigene Veranstaltungen durch.

Studentische Neuformierung. Auch im Jahre 1986 konnte die Arbeitsgemeinschaft sozialistischer MedizinstudentInnen im BSA unter dem Vorsitz von R. Curik zahlreiche kulturelle und politische Vortragsabende gestalten. Der Besuch des Elektropathologischen Museums, ein Vortrag über Barock in Österreich und die Referate mit den Themen „Der schwierige Weg zum Sozialismus“ von Dr. Hartl und „Wahlverhalten und Wählerstromanalyse“ von Dipl.-Ing. Gehmacher bildeten die Höhepunkte. Bei der Generalversammlung am 31.1.1986 wurde die Auflösung des Vereines beschlossen, an dessen Stelle die Initiativgemeinschaft sozialistischer MedizinerInnen unter Herwig Findenig trat. Sie übernahm den Hochschulsektor und bereitete, finanziell von den sozialistischen ÄrztInnen unterstützt, den Hochschulwahlkampf 1987 vor. Die neue sozialistische Studentengruppe erreichte an der medizinischen Fakultät einen Stimmenanteil von 30,6 Prozent.

Personalgruppenausschusswahlen. Dr. Marhold konnte mit seinen KandidatInnen am 28. und 29. April 1986 einen Stimmenanteil von 36,2 Prozent erreichen. Die sozialistische Fraktion wurde zur stärksten Gruppe. Dr. Marhold wurde zum Vorsitzenden des Personalgruppenausschusses bestellt. Die Funktion seines Stellvertreters übernahm Prof. Dr. Eberl. Die Gewerkschaft der Gemeindebediensteten vertrat mit Erfolg die Interessen der angestellten ÄrztInnen in den städtischen Spitälern, die Ärztekammer als Vertragspartner der Krankenkassen die der niedergelassenen KollegInnen.

Ermar Junker

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 31. Mai 2013

Offenlegung gemäß § 25 des Mediengesetzes: Eigentümer und Medieninhaber der Zeitschrift Analyse ist die Sozialdemokratische Ärztevereinigung, Landesgerichtsstraße 16, 1010 Wien. Erscheinungsweise: 4x jährlich. Die Analyse dient der Information der Ärztinnen und Ärzte.

Impressum

Medieninhaber, Herausgeber, Verleger:
Sozialdemokratische Ärztevereinigung
Landesgerichtsstraße 16, 1010 Wien
ZVR-Nr. 454019054
Chefredakteurin: Mag. Margit Gstöttner
Für den Inhalt verantwortlich:
Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres
Redaktion und Grafik: Verlag des ÖGB, 1020 Wien
Druck: Schmidbauer-Druck Gesellschaft m.b.H., 8280 Fürstenfeld