

**DAS INFORMATIONSMEDIUM DER
INTERESSENSGEMEINSCHAFT
ANGESTELLTE ÄRZTE**



IGAA
Cirkular

SONDERGEBÜHREN

Krumme Hecke voller Dornen?

SCHWERARBEITERREGELUNG

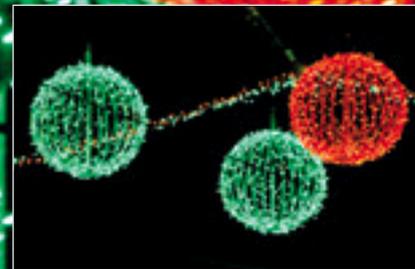
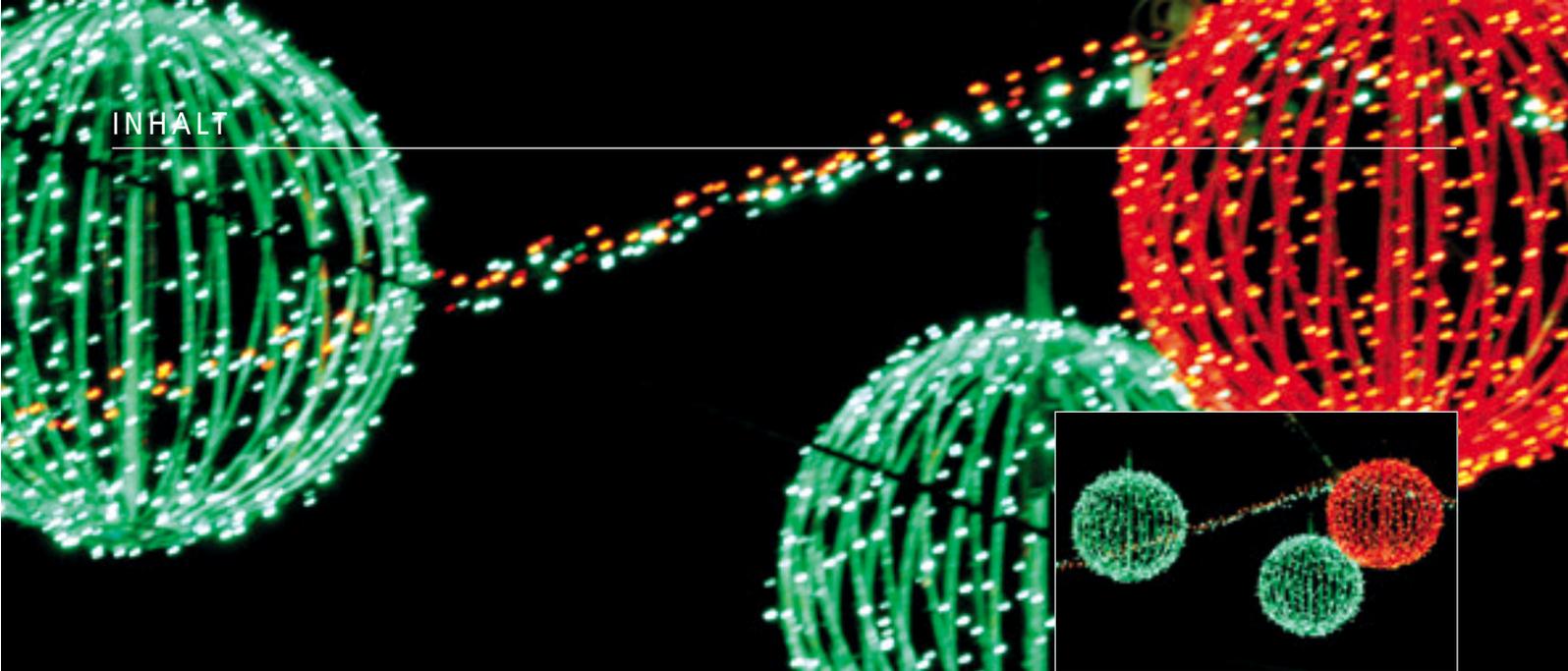
Die IGAÄ informiert

WUNSCH ANS CHRISTKIND

Reale Chancen im Medocs

DIE IGAÄ FEIERT

Feiern Sie mit!



03	EDITORIAL IGAÄ informiert topaktuell und aus erster Hand zum Thema Sondergebühren (Dietmar Bayer)
04	MEINUNGEN, EINSICHTEN UND ANSICHTEN „Wunsch ans Christkind“ oder „Reale Chancen im Medocs“ (Peter Schmidt)
05-06	TOPAKTUELLE INFORMATION Krumme Hecke voller Dornen – Aktuelles zur Frage der Sondergebühren
06	BETRIEBSRAT DER MUG – AKTUELLE ÜBERLEGUNGEN (Erwin Ott)
07	LATE BREAKING NEWS Die IGAÄ feiert – feiern Sie mit!
08-09	LEITARTIKEL „Schwerarbeiterregelung“ - Die IGAÄ informiert (Herwig Lindner)
12	KOMMENTAR „Schwarz oder Weiß?“ – eine etwas andere Laudatio (Christian Enzinger)
13	SEKTION MEDUNI Abschließende Bemerkungen eines Abschiednehmenden (Peter Kapeller)
14-15	ANALYSE Wissenschaftliche Evidenz für neue Arbeitszeitmodelle (Thomas Seifert)
16-17	GENDER MAINSTREAMING Der Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen der MUG stellt sich vor (Christine Gaster)
17-19	REPORTAGE Eine Auszeit im Sacred Heart Hospital, Abeokuta, Nigeria (Claudia Wilfinger)
19	GELESEN UND GEHÖRT Passagen aus der Antrittsrede des Ärztlichen Direktors des LKH Graz

TITELBILD

Dr. Thomas Seifert

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber
Interessengemeinschaft
Angestellte Ärzte Steiermark
Adresse
A-8020 Graz, Josef-Huber-Gasse 28
Organisationsleitung
Dr. Christian Enzinger
Fax
0 316 / 81 57 76
E-Mail
office@igspital.at
Web Page
www.igspital.at
Grafische Konzeption und Layout
AD-VENTURES, Graz
Foto
Redaktion
Druck
Eigendruck
Auflage
3.300
Erscheinungsweise
viermal im Jahr





IGAÄ

Obmann

Dietmar
Bayer

IGAÄ INFORMIERT TOPAKTUELL UND AUS ERSTER HAND ZUM THEMA SONDERGEBÜHREN

Das KAGes-Management will nun nach schweren Verhandlungsfehlern in Sachen Sondergebühren die Ärztlichen Mitarbeiter schröpfen.

Bis jetzt haben KAGes und Ärztekammer immer gemeinsam am Verhandlungstisch gesessen und mit den Privatkrankeversicherern (kurz PKV) die besonderen Gebühren verhandelt.

In den letzten Verhandlungsrunden zeigte sich, dass die PKV mehr in Richtung Ärzte tendierten.

Das Argument war klar: Die „Hotelkomponente“ (KAGes) wird schon im Österreichvergleich gut bewertet, der ärztliche Anteil ist im Vergleich zum Rest von Österreich unterbewertet.

So gelang es den Vertretern der Interessensgemeinschaft Angestellte Ärzte (IGAÄ), allen voran Kurienobmann Herwig Lindner, herzeigbare Ergebnisse für uns steirische Spitalsärztinnen und -ärzte einzufahren (nachzulesen im Cirkular 01/2005).

Diesmal hat der KAGes Vorstand – ohne Beziehung der Ärztekammer – Verhandlungen mit der PKV aufgenommen und sich ein bereits im Vorjahr gemeinsam mit uns und den PKV ausverhandeltes, gutes Ergebnis runterräumen lassen.

Die Konsequenz daraus: Ein Einnahmenverlust der KAGes, den sich die beiden Vorstandsdirektoren vor dem Aufsichtsrat und dem Eigentümer nicht getraut haben herzuzeigen.

Diesen eklatanten Managementfehler im Verhandeln wollen die beiden (zum Zeitpunkt des Verfassens des Editorials) einfach dadurch wettmachen, indem sie einen weiteren Managementfehler begehen und sich die Verhandlungsverluste bei uns Leistungserbringern holen wollen!

Jeder Kommentar dazu sollte sich eigentlich erübrigen. Dazu die Beteuerungen des neuen Gesundheitslandesrates in Interviews, wie er uns Ärzte doch schätze. Sie erblassen im Rampenlicht der gut vorbereitet erscheinenden Aktion doch nur wie Lippenbekenntnisse ...

Hat er das Spitalswesen als selbstbezeichneter Insider wirklich so fest in der Hand, wie er die Öffentlichkeit (Patienten) glauben machen will?

Oder ist er doch nur ein Politiker?

Hier kann er handelnd eingreifen und Unrecht von den zentralen Leistungserbringern, nämlich uns Ärztinnen und Ärzten, abwenden.

Sein Handeln ist sicherlich geprägt von „sozialer Wärme“ – wir werden sehen.

Die Hintergründe sind im Redaktionsteil genauer ausgeführt.

Eines ist klar: Hier handelt es sich um einen Frontalangriff gegen die Primär- und Staff-Ärzte: Der Professorenverband wie auch die Primärärztevereinigung – beide außerkameral – sind gefordert, gemeinsam mit der Kurie

der Angestellten Ärzte und dem Primärärztereferat eine Abwehrfront zu bilden.

Letztere trifft es über die Anzahl der Punkte in toto, erstere im Einzelnen. Mehr denn je, viribus unitis!

Meint Ihr Dietmar Bayer



DAS IGAÄ TEAM WÜNSCHT ALL SEINEN MITSTREITERINNEN, FREUNDEN, UNTERSTÜTZERN, LESERINNEN UND KRITIKERN ERHOLSAME UND FESTLICHE FEIERTAGE SOWIE ALLES GUTE FÜR DAS JAHR 2006!



IGAÄ
Obmannstellvertreter
Peter
Schmidt

WUNSCH ANS CHRISTKIND ODER REALE CHANCEN IM „MEDOCS“

Liebe Kollegen und Kolleginnen!

Zu Weihnachten sei es erlaubt, bestimmte für uns Spitalsärzte relevante Themen einmal etwas anders zu betrachten.

Obwohl wir alle wissen, dass bestimmte von Bund / Land / KAGes / GKK oder ähnlichen Institutionen eingeführte oder geplante Dokumentations-„Tools“ eigentlich nur dazu dienen, UNS Ärzte genauer zu kontrollieren, sollten wir einmal davon ausgehen, dass solche Systeme uns auch nützen könnten.

In den Steirischen Spitälern wird neben „Medocs“ – das wir alle kennen und das uns 20% Mehrarbeit beschert – auch ein zusätzliches neues Tool für die ambulante Einzelverrechnung eingeführt. Gehen wir einmal von der Tatsache aus, dass wir solche Errungenschaften auch für UNS nützen könnten!

Es wäre ein großer Fortschritt, wenn wir für die oft schwierigen und belasteten Gespräche mit Totkranken und ihren Verwandten eine eigene Leistungsnummer kodieren könnten.

Auch wäre es hilfreich, wenn Literaturstudium, Telefonate mit anderen KollegInnen, Lesen von hunderten von Vorbefunden auch einen entsprechenden Niederschlag im „Medocs“ oder sonstigen Kodiersystemen finden würden.

Auch nicht zu verachten wäre, wenn alle verrechenbaren Sonder-

klasseleistungen, die wir erbringen, problemlos durch die milliardenteuren Systeme wie Medocs zweifelsfrei dokumentiert werden und nicht mühsam durch Klagen, Prozesse und Verhandlungen eingeklaubt werden müssen.

Diese Liste können Sie bestimmt beliebig um andere wesentliche Aspekte ergänzen.

WIR ALS IGAÄ SIND ÜBERZEUGT:

Wenn all jene „soft skills“, die wir als ÄrztInnen tagtäglich erbringen, in die vermeintlich „hochgeschätzten“ Dokumentationssysteme einfließen würden, dann wäre allen schlagartig klar und per Computerausdruck bestätigt, welche enorme Leistung wir ...

**24 STUNDEN TÄGLICH,
365 TAGE IM JAHR**

... als Spitalsärzte erbringen.

Wir sollten also dankbar sein für die Möglichkeit, unsere Leistungen lückenlos dokumentieren zu können.

Nebenbei fällt mir ein:

Wie sollten Anspannung, Stress und Verantwortung kodiert werden, die bei einer Operation auf Leben oder Tod, einem Gespräch mit einem Selbstmörder, der Erstellung und Kommunikation eines radiologischen Befundes mit schwerwiegenden Konsequenzen oder in ähnlichen Ihnen vertrauten und bekannt belastenden Situationen

entstehen? Wäre es vielleicht möglich, dass nur reine Anwesenheitszeiten, „Rüstzeiten“, OP-Auslastungszeiten, Mengengerüste an Material, Ambulanzbesuchern und zählbaren Köpfen in die Systeme einfließen?

Wenn dem so wäre, dann sollten wir als Ärzteschaft massiv dafür eintreten, dass ALLES, was wir den uns anvertrauten PatientInnen an persönlicher Zuwendung, medizinischen Leistungen und intellektuellem Input leisten, entsprechend Niederschlag findet in den neuen, flächendeckenden Dokumentationssystemen.

Unsere Bedenken gegenüber derartigen Systemen bestehen schon seit jeher, weil diese aus vordergründigen, rein ökonomischen Gründen eingesetzt wurden und in erster Linie zur Lagerverwaltung konzipiert wurden.

Da diese Systeme nun einmal gegen unseren massiven Widerstand eingeführt wurden, sollten wir uns besser darauf einrichten, uns von nun an auch massiv und aktiv in die sinnvolle (Um)Gestaltung solcher Systeme einzubringen.

Davon sind – so glauben wir – wundersame Ergebnisse zu erwarten

**Fröhliche Weihnachten,
Euer Peter Schmidt**

Krumme Hecke voller Dornen

DARF MAN EINE KRUMME HECKE BESCHNEIDEN, DIE IN DEN WEG HINEINRAGT? DIES WAR EINE JÜNGST GESTELLTE FRAGE IN EINEM JURISTEN-FORUM.

In den letzten Wochen hatte so eine Hecke einen krummen Auswuchs mit Dornen bekommen, der für in deren Umgebung lebende Menschen zur Gefahr wurde.

2004 war zwischen Ärztekammer, KAGes und VVÖ (Versicherungsverband Österreichs = PKV) ein Zweijahresabschluss vereinbart worden, in dem für das Jahr 2005 eine Erhöhung der Sondergebühren um rund 5% und für 2006 rund 2,55% festgeschrieben worden war.

Dann geschah folgendes: Der Bundesrechnungshof stellte fest, dass die KAGes in den Jahren 1999 bis 2004 „vergessen“ hatte, 3,3 Millionen Euro an von Ärzten erbrachten Leistungen den Privatkrankenversicherungen in Rechnung zu stellen. In diesem Zusammenhang bemängelt der Rechnungshof auch unzulängliche Kontrollmechanismen.

Die Ärztekammer forderte die KAGes zu einer umfassenden Aufklärung auf. Rasch war die Nachzahlung einer Summe von 1,2 Millionen (für die Jahre 2002-2004) außer Streit gestellt, bezüglich der 2,1 Millionen von 1999 bis

2002 wandte der Vorstand jedoch die Strategie der Hinhaltung und Vernebelung an. Mal wurden Zahlen versprochen, mal wurden Primärärzte der mangelnden Kontrolle bezichtigt, dann wieder wurden Gegenrechnungssummen von angeblich am ZRI des LKH Universitätsklinikums Graz zu viel kassierten 1,7 Millionen behauptet.

Diesbezüglich liegt mittlerweile die schriftliche Rehabilitation vor.

Stattdessen sollten plötzlich alle anderen Radiologien der Steiermark zu viel verrechnet haben.

Dieses unnachvollziehbare Jonglieren mit Millionen und die Gefahr der Verjährung des Anspruches erforderte nun entschlossenes Handeln in Form einer Feststellungsklage. Es muss die Verjährung gestoppt und am Ende die vollständige aushaftende Summe festgestellt werden!

WAS GESCHAH WEITER?

Anstatt zu erkennen, dass jetzt die Zeit der Nachzahlung der gesamten aushaftenden 3,3 Millionen an die Ärzte gekommen ist, betreibt der Vorstand Realitätsverweigerung und stellt heftige Überlegungen in die Richtung an, dass nicht die Versicherungen die

durch die Ärzte erbrachten Leistungen bezahlen müssen, sondern die Ärzte diese selbst bezahlen sollen.

Ähnliches hat es in der Geschichte des Arbeitgeber/Arbeitnehmerverhältnisses noch nicht gegeben!

Der Vorstand setzte sich unter Ausgrenzung der Ärztekammer mit den Versicherungen an den Verhandlungstisch und ließ sich abräumen wie ein Weihnachtsbaum im Jänner.

Er brachte ein für die Ärzte katastrophales Verhandlungsergebnis mit nach Hause. Ohne erkennbare Gegenwehr akzeptierte er die Außerkraftsetzung des mit Ärztekammer und VVÖ gemeinsamen Zweijahres-Verhandlungsergebnisses mit Anhebung der Sondergebühren für 2006 um 2,55%. Die Anhebung der Sondergebühren für 2006 wird auf 1,3% über alles (KAGes und Ärzte) herabgesetzt, ohne Aussage darüber, wie die Aufteilung zwischen Ärzten und KAGes aussehen wird.

Um hier nur ja keine Unklarheiten aufkommen zu lassen, war des Vorstandes nächster Schritt, der Landesregierung mitzuteilen, dass er die Inflationsrate abgegolten haben wolle. Da der Vorstand durch sein klägliches Verhandlungsergebnis mit dem VVÖ gehandkapt diese Inflationsabgeltung nicht von den Versicherungen bekommen

kann, versucht er nun, die Landesregierung dazu zu verleiten, einer Erhöhung des Anstaltsanteiles von 19% auf 21,5% zuzustimmen. Dies ist eindeutig gegen den in der Verordnung des Landes Steiermark für 2005 dokumentierten Willen, in der eine Rückführung des Anstaltsanteils von derzeit 20,7% auf 19% ab 1.1.2006 festgeschrieben ist.

Bisher war die Inflationsabteilung immer ein Mindestanspruch von Arbeitnehmern und nicht von Arbeitgebern. Des Vorstandes Ansatz aber, sich die Inflationsabteilung vom Arbeitnehmer zu holen, ist daher neu und inakzeptabel. Wir sind sehr gespannt, wie der Vorsitzende der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst, Nationalratsabgeordneter Fritz Neugebauer, diesen Ansatz kommentieren wird. Wir werden im Jänner des nächsten Jahres Gelegenheit haben, ihm diesen zur Kenntnis zu bringen.

Des Vorstandes Schuld ist also eine zweifache: Einerseits hat er unter Ausgrenzung der Ärzteschaft entsetzlich schlecht verhandelt. Andererseits – und das ist das moralisch Verwerfliche – will er sich das ihm dadurch entgangene Geld von seinen Mitarbeitern holen.

Die Landesregierung wäre gut beraten, den Änderungsantrag der Vorstandsdirektoren betreffend die Sondergebührenverordnung zurückzuweisen. Denn wir werden alle uns zur Verfügung stehenden Mittel ausschöpfen, um diesen zu bekämpfen und unseren Kolleginnen und Kollegen zu ihrem Recht zu verhelfen.

DIE ANTWORT AUF DIE EINGANGS GESTELLTE FRAGE IST NOCH OFFEN UND EINDEUTIG ZU BEANTWORTEN: JA, MAN MUSS EINE DORNIGE KRUMME HECKE, DIE IN DEN WEG HINEINRAGT, BESCHNEIDEN, UM SCHADEN FÜR PASSANTEN ZU VERMEIDEN!

Die Redaktion



Liebe Kolleginnen und Kollegen, ...

...wenn man auch sagt, Weihnachten sei die stillste Zeit des Jahres, so gilt dies für uns nicht.

Obwohl es viele Angelegenheiten gibt, die trotz dessen Zuständigkeit am Betriebsrat vorbei erledigt werden, konnten wir vor allem in den letzten Monaten einige wichtige Impulse setzen.

Hier muss angemerkt werden, dass das gegenseitige Verständnis und die Zusammenarbeit der Betriebsratsmandatarinnen und -mandatare, egal welcher Gruppierung sie angehören, sehr gut sind und vom Vorsitzenden des Betriebsrates des wissenschaftlichen Personals der MUG unterstützt und gefördert werden.

Die Sondergebührenfrage ist noch nicht vom Tisch, doch hat die Aktion des Betriebsrates der MUG eindeutig signalisiert, dass es auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gibt, die nicht in einem KAGes-Dienstverhältnis stehen und trotzdem Anrecht auf die Durchsetzung bestehender Gesetze und Vereinbarungen haben. Leider wird die Aktion vom Vorstand der KAGes dem Grunde nach missverstanden.

Aber an der Mitarbeit in der Patientenversorgung von Kolleginnen und Kollegen der MUG wird sich auch dann nichts ändern, wenn sich Rekto-

rat der MUG und KAGes-Vorstand endlich auf ein vernünftiges Modell der Zusammenarbeit geeinigt haben werden.

Viel Aufmerksamkeit erfordern die Gestaltung und der Abschluss des Kollektivvertrages.

Am 12. Dezember wird wieder ein Versuch unternommen, diese für uns alle wichtige Hürde zu nehmen. Da die Interessen vieler Universitäten unter einen Hut gebracht werden müssen, besteht natürlich für die Wünsche der Medizinischen Universitäten nur wenig Verständnis.

Aus diesem Grunde wird auch mit einem eigenen Kollektivvertrag geliebäugelt, sollte eine generelle Einigung nicht zustande kommen.

Ein wichtiges Anliegen sind mir selbst die Ausbildungsstandards, wobei wir trotz MUG-Zugehörigkeit die meines Erachtens unbefriedigende Situation der Turnusärztinnen und Turnusärzte nicht vergessen dürfen. Hier wird vor allem die IGAÄ gefordert sein.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn ich Ihnen jetzt in meinem sowie im Namen meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Betriebsrat der MUG ein schönes und vor allem friedliches Weihnachtsfest wünsche, so geschieht dies von ganzem Herzen.

Bitte denken Sie auch im neuen Jahr 2006 daran, dass wir Ihre Zusammenarbeit und vor allem Ihre Rückmeldungen benötigen, um unsere Tätigkeit für Sie noch effizienter gestalten zu können.

Ihr Erwin Ott

Vorstand der Universitätsklinik
für Neurologie MUG



3 JAHRE IGAÄ

IGAÄ FEIERT

DIE FEIER ZUM 3er

03.02.2006 • 19.00 Uhr • HUMBOLDKELLER • Humboldtstraße 3 • 8010 Graz

Wer hätte das gedacht! Nun ist es bereits 3 Jahre her, dass sich die Angestellten Ärzte mit einer eigenen Liste in der Ärztekammer Steiermark bemerkbar gemacht haben. Mittlerweile stellt die IGAÄ nicht nur den Kammerpräsidenten, den Kurienobmann und mehrheitlich den MedUni-Betriebsrat, sondern verkörpert auch im täglichen standespolitischen Leben für alle ärztlichen Gruppen eine lebendige, innovative und vor allem bemühte Vertretung.

Dies wollen wir feiern und laden daher alle IGAÄ-Mitglieder herzlich ein!

In informeller, ungezwungener Atmosphäre bietet sich ausführliche Möglichkeit zum Meinungsaustausch und Bekanntmachen. Daneben erwarten Euch zur Labung deftige, teils pikante, teils süße Schmankerl und zur Unterhaltung rockige Klänge im Stile der „roaring 60ies“.

Dietmar Bayer Obmann, **Herwig Lindner** Vst. Sprecher, **Roland Weinke** Kassier, **Robert Schmied** Generalsekretär, **Heimo Clar** Schriftführer



PREMIUM.Banking

Unser Angebot speziell für Ärzte

Ganzheitlich.Kompetent.Verantwortungsvoll



So fängt High.Quality an.

MEHR INFORMATIONEN ERHALTEN SIE IM CENTER FÜR ÄRZTE UND FREIE BERUFE, UNTER WWW.HYPOBANK.AT ODER UNTER 0316/8051-5240

Schwerarbeiterregelung Die IGAÄ informiert



IGAÄ

Herwig
Lindner

Die am 1. November vom Sozialministerium (BMSG) veröffentlichte Liste der Berufe, „die in die Schwerarbeiterregelung kommen könnten“, hat zu Verständnislosigkeit und Ärger unter Österreichs Ärzten geführt.

Dazu muss aber einiges richtig gestellt werden, da die Information in den Medien völlig falsch dargestellt wurde.

Die Liste mit den 89 Berufen ist nicht die Liste derjenigen Berufe, die in die Schwerarbeiterregelung aufgenommen werden, sondern es handelt sich dabei um Berufe, über die in den nächsten Monaten Gutachten zu erstellen sind, ob sie auf Grund des Kalorienverbrauches und der Schwere der Arbeit bei unwirtschaftlichen Umgebungsbedingungen in die Schwerarbeiterregelung aufgenommen werden könnten.

Das BMSG hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Berufe nach ihrer Aufnahmewürdigkeit in die Schwerarbeiterregelung zu bewerten. Wir halten dies für nicht zielführend, weil es zahlreiche Berufe gibt, wo die Bewertung umstritten, wenn nicht gar unmöglich ist. Bergarbeiter und Lawinenverbauer stehen außer Zweifel. Es gibt aber Graubereiche bei denjenigen Berufen, die individuell sehr unterschiedliche Belastungen haben können. Es wird vom Arbeitnehmer verlangt, außergewöhnliche Belastungen Monat für Monat und dies weit in die Vergangenheit zurück nachzuweisen.

Dies ist in den meisten Fällen gar nicht möglich, weil häufig Aufzeichnungen nicht mehr vorhanden sind. So sind etwa die Belastungen des Einzelnen innerhalb der Berufe Exekutivbeamter, Koch oder Kellner sehr unterschiedlich. Ähnlich verhält es sich bei den Ärzten.

Das Ministerium versucht, alle in Österreich gängigen Berufe anhand von Kriterien zu bewerten. Neben Kalorienverbrauch, Nachtdiensten, Wechseldiensten, psychischer Belastung gibt es noch andere Kriterien.

Die im ORF veröffentlichte Liste des BMSG mit den 89 Berufen bezieht sich vornehmlich auf den Kalorienverbrauch.

Es fällt Ihnen sicher auf, dass andere schwer belastende Berufe wie Kanalarbeiter, Bestatter und Bergbauern fehlen. Nach uns vorliegenden Informationen gibt es mehrere Listen. Die mit den 89 bezieht sich ausschließlich auf Berufe, über die Gutachten bezüglich ihrer Aufnahmewürdigkeit erstellt werden. Dies betrifft auch die Pflege. Da die übrigen Listen streng unter Verschluss gehalten werden, wissen wir auch nicht, ob die Ärzte auf anderen Listen aufscheinen.

Für die Ärzteschaft kann aber die Aufnahme in die Schwerarbeiterregelung nicht primäres Ziel sein, sondern ist eher sekundär zu bewerten, wenn auch nicht zu vernachlässigen. Primäres Ziel ist ein Lebensarbeitszeitmodell. Wir haben dies dem Sozialministerium in mehreren Gesprächsterminen zur Kenntnis gebracht.

Die Schwerarbeiterregelung bedeutet nämlich nach der derzeit gültigen Definition, dass man je 4 Monate Schwerarbeit um einen Monat früher (nicht aber vor Vollendung des 60. Lebensjahres) – mit hohen Abschlägen !!! – in Pension gehen kann.

Als Schwerarbeitsmonat wird gewertet, wenn an mindestens 15 Tagen Schwerarbeit geleistet wurde. Leider müssen auch Schwerarbeiter – wenn

auch gegenüber der Normalbevölkerung (4,2%) begünstigte Pensionsabschläge von 2,1% pro Jahr hinnehmen. In Fällen jahrzehntelanger Schwerarbeit kann der Abschlag etwas geringer ausfallen.

Die Aufnahme der Ärzte in die Schwerarbeiterpension kann für einzelne von uns hilfreich sein, die allermeisten von uns profitieren von ihr nicht.

Denn wir wollen nicht früher mit Abschlägen, sondern mit 65 ohne Abschläge in Pension gehen!

Das Pensionsproblem der Ärzte ist folgendermaßen gelagert: Es entsteht nicht durch das Rechnen von oben herab wie im eben gelesenen Absatz (von 65 runter), sondern durch die Berechnung des Pensionsanspruches quasi „bottom up“: Pro Jahr Beitragszeit erwirbt der Arbeitnehmer einen Pensionsanspruch von 1,78% des durchschnittlichen Einkommens der letzten 40 Jahre. Mit einem durchschnittlichen Berufseinstiegsalter von 29 Jahren kommen wir bei einem Pensionsantrittsalter von 65 Jahren auf maximal 36 Jahre Beitragszeit.

Mit 1,78% Steigerungssatz erlangen wir daher 64% Pensionsanspruch statt der 80%, die etwa ein Automechaniker oder Rauchfangkehrer mit 45 Beitragsjahren bekommt. Das ist um über 10% weniger als bisher.

Diese Differenz zwischen 16 Prozent Verlust und der ungenauen Angabe von über 10 Prozent entsteht dadurch, dass nach der Pensionsreform 2004/05 kein Arbeitnehmer mehr verlieren soll als 12%, diese Grenze aber zu einem unbestimmten Zeitpunkt (kolportiert wird das Jahr 2027, aber auch 2017) auslaufen soll, diese „Schutzgrenze“ für die meisten von uns also nicht mehr wirksam werden dürfte. In geringerem Ausmaß trifft diese Problematik

auf alle anderen akademischen Berufe genauso zu.

Die besondere Ungerechtigkeit für uns Ärzte ist aber, dass das Pensionsgesetz bei der Bewertung der Beitragszeiten eine Unterscheidung zwischen einer 40-Stunden-Woche und einer 60-/70-/80-Stunden-Woche nicht kennt.

Daher ist es unser erklärtes Ziel, der Bundesregierung unsere Idee eines Lebensarbeitszeitmodells für Ärztinnen und Ärzte nahe zu bringen, nach welchem wir mit 65 Jahren ohne Abschläge von der Höchstpension in den Ruhestand treten können.

Wir wollen unsere deutlich höhere Wochenarbeitszeit von 60, 70 oder 80 Stunden höher bewertet bekommen (z.B. um den Faktor 1,3).

Wir haben zu diesem Zweck bereits drei Interventionsrunden beim BMSG und zwei bei der GÖD, der Gewerkschaft öffentlicher Dienst, und eine beim ÖGB absolviert.

Vom BMSG wurde eindeutig signalisiert, dass unser Anliegen sehr wohl verstanden wird, eine Umsetzung derzeit aber nicht möglich ist, weil vorrangig die Schwerarbeiterregelung umgesetzt werden soll.

Die Umsetzung eines Lebensarbeitszeitmodells sei zwar sinnvoll, aber sicher erst langfristig denkbar.

Der Vorsitzende der GÖD, NRAbg. Fritz Neugebauer, hat uns seine Unterstützung zugesichert, Präsident Verzetnitsch vom ÖGB zeigte weniger Verständnis. Wir terminisieren in diesen Tagen abermals einen Terminmarathon bei Frau BM Haubner, GÖD Chef Neugebauer, Gesundheitsprechern im Parlament etc., um für unsere Pensionen zu kämpfen.

Damit aber wieder zurück zur Schwerarbeiterregelung. Das Sozialministeri-

um hat uns signalisiert, dass es sich vorstellen kann, Ärzte, die einen Großteil ihrer Berufslaufbahn im Spital verbringen und die ihre besondere Belastung nachweisen, in die Schwerarbeiterregelung aufzunehmen, nicht aber Ärzte, die das Spital nach drei Jahre Turnus in eine 30-Wochenstunden-Praxis verlassen (Zitat BMSG).

Die Vertreter der IGAÄ werden weiterhin nicht ruhen, um dem Ministerium die berechtigten Anliegen der Ärztinnen und Ärzte – Lebensarbeitszeitmodell und Schwerarbeiterpension – verständlich und nachvollziehbar zu machen.

Auch wenn das moralische Recht auf unserer Seite ist, ist der Weg bis zu einer Gesetzesänderung aber - wie man anhand der Entstehung des Zahnärztegesetzes sehen kann (Überzeugungsarbeit und Gremienlauf bis zum Nationalrat nahmen 12 Jahre in Anspruch) – mühevoll und steinig.

Es erfordert große Solidarität aller Ärztinnen und Ärzte aus allen Bundesländern und vielleicht auch gemeinsame Aktionen vor dem Sozialministerium und dem Parlament, vor allem wenn es darum geht, unsere Idee des Lebensarbeitszeitmodells in den Köpfen der Bundespolitiker zu verankern.

Euer Herwig Lindner



Maronibraten – ein Fall für die Schwerarbeiterregelung?

Kompetenz harmoniert mit Können.

A woman with blonde hair, wearing a white shirt and a dark vest, is playing a saxophone on a stage. The scene is lit with a strong blue light, creating a dramatic atmosphere. The saxophone is a tenor saxophone. The woman is looking towards the right of the frame.

Dagmar TRILLER

Kaiserfeldgasse 29 | 8010 Graz
(im Haus der Ärztekammer für Stmk.)

T +43(316)325055-0

F +43(316)325055-4

E dagmar.triller@basler.co.at

www.basler.co.at

In Versicherungsangelegenheiten für Ärzte spielt Herr Wilhelm Zieger schon seit 25 Jahren die erste Geige. Und jetzt hat er noch ein zweites Talent entdeckt, neben seinem eigenen: Es heisst Frau Dagmar Triller, hat 15jährige Erfahrung auf der Bühne des Bankwesens und liebt nichts mehr als

WILHELM ZIEGER

Kaiserfeldgasse 29 | 8010 Graz
(im Haus der Ärztekammer für Stmk.)
T +43(316)325055-0
F +43(316)325055-4
E wilhelm.zieger@basler.co.at

Versicherungs- und Finanzplanung im Duett.

den Applaus. Für ihre exzellente Darbietung als Finanzexpertin für Ärzte. Schon bald werden neue und bestehende Kunden in höchsten Tönen von ihr schwärmen. Am besten hören Sie ab sofort auf Ihr harmonisches Experten-Duo für Versicherungs- und Finanzplanung: Herr Zieger und Frau Triller.

 **Basler**
Versicherungen
Ärztendienst



IGAÄ

Christian Enzinger

„Im Grunde genommen teilen wir alle die Welt nur in wahr und falsch, gut und schlecht, schwarz und weiß ein. Daher kommt auch die entrüstete Ablehnung der scheinbar seelenlosen Idee, dass eine Beziehung mehr und anders geartet sei als die Summe der Eigenschaften der beiden Beziehungspartner“
 Paul Watzlawick in „Vom Unsinn des Sinns oder vom Sinn des Unsinn“

Liebe Leserinnen und Leser!

Mir kommt an dieser Stelle das Privileg zu, jemanden zum Abschied zu ehren, der getrost als „Urgestein“ der IGAÄ bezeichnet werden kann – und der sich vielen an der Grazer Klinik tätigen MedizinerInnen über die Jahre hinweg als kompetenter und hilfsbereiter Kollege, manch einem als Vorbild und einigen Ausgewählten als Freund erwiesen hat.

Doch wer Peter Kapeller näher kennt, ahnt auch das Unbehagen, das ihn bei einer konventionellen Laudatio befallen würde. Daher werde ich die restlichen Zeilen – ich bin mir sicher: in seinem Sinne – besser darauf verwenden, Ihnen nahe zu legen, wie wir diesen „vorgelebten“ Weg gemeinsam weitergehen können. Denn eines ist uns allen klar: „Wer sich auf seinen Lorbeeren ausruht, trägt sie am falschen Körperteil!“

Die IGAÄ ist nicht nur in diesem Belang anders – wir wollen uns nicht gegenseitig für unsere Verdienste auf die Schultern klopfen, sondern etwas bewegen – in Fragen und Bereichen, die UNS KLINIKÄRZTINNEN bewegen! Unterstützen Sie uns dabei!

DAZU EINIGE ASPEKTE, GEDANKEN UND LÖSUNGSANSÄTZE:

Ist Ihnen auch aufgefallen, dass Unmutsbezeugungen an Kliniken vorzugsweise innerhalb der eigenen medizinischen „Kaste“ stattfinden (d.h. innerhalb von TurnusärztInnen, AssistentInnen, OberärztInnen, etc.), selten jedoch in Form eines Diskussionsprozesses, der verschiedene Stufen der medizinischen Hierarchie umspannt und in dem über wechselseitige Information etwaige Wahrnehmungsfehler des jeweils anderen korrigiert werden könnten?

Unternehmen wir etwas gegen diese selbst verursachte latente Destabilisierung innerhalb unseres Berufsstandes!

Schreiben Sie uns an office@igspital.at, welche „heißen Themen“ Sie bewegen – dies erlaubt uns, ein moderiertes Diskussionsforum zu gestalten!

Wer von Ihnen kennt seinen Arbeitsvertrag? Wie viele von Ihnen fühlen sich – Hand aufs Herz! – hinsichtlich der Rechtsgrundlagen ihrer Tätigkeit (Aufgaben, Rechten und Pflichten, Arbeitszeitgesetz, etc.) zufrieden stellend informiert?

Wir planen, diese Aspekte ab der nächsten Ausgabe regelmäßig in Form einer „Frequently Asked Question Session“ zu behandeln!

Dazu benötigen wir Ihre Anregungen!

Wussten Sie, dass KlinikärztInnen im Laufe ihrer Ausbildung einen spezifischen Verhaltenscodex – im Sinne zunehmender Obrigkeitshörigkeit – internalisieren? Darauf deuten soziologische Studien, die dem Ärzteberuf zudem die im Vergleich zu anderen akademischen Berufen weitaus rigidste hierarchische Struktur zuschreiben.

Wenn Sie Ihre Vorstellungen uns gegenüber artikulieren und damit aus der amorphen Masse der „Raunzer“ hervortreten, die – frei nach og. Zitat – die Welt in „Schwarz und Weiß“ einteilen, können wir gemeinsam das Gegenteil beweisen!

Wer von Ihnen weiß darüber Bescheid, welchen enormen zeitlichen, intellektuellen und psychischen Einsatz die Proponenten der IGAÄ aufbringen, um Ihre Interessen zu wahren und zu verteidigen? Was wurde bislang für Sie erreicht?

Die IGAÄ ist anders: Wir werden – entgegen der üblichen Gesetze der Politik – in einer der nächsten Ausgaben einen **Leistungskatalog präsentieren**, in dem angekündigte tatsächlich erbrachten Taten gegenübergestellt werden!

Wenn wir gemeinsam weiterhin Sinnvolles in der Sache der KlinikärztInnen erreichen wollen, benötigen wir Ihre Meinung und Ihre Anregungen! Unterstützen Sie uns, arbeiten Sie mit oder aber kritisieren Sie uns!

„Unserem“ Peter Kapeller * wünschen wir auf seinem weiteren Weg alles erdenklich Gute!

Ihr Christian Enzinger

Nur so können wir Ihre Interessen vertreten und Sie weiterhin objektiv informieren, ohne „betriebsblind“ zu werden! Treten Sie mit uns persönlich oder unter office@igspital.at in Kontakt!

* Peter Kapeller zum Lesen und Nachlesen finden Sie ebenso wie weitere nützliche Informationen zur IGAÄ im Archiv auf unserer homepage (<http://www.igspital.at>).



Ja!

Wenn auch Sie unsere Vorhaben unterstützen wollen, treten Sie doch einfach der IG bei.

Jedes Mitglied macht uns stärker, die Interessen der angestellten Ärzte in unserer Kammer zu vertreten.

Ich möchte auch Mitglied der Interessensgemeinschaft Angestellte Ärzte werden!

Ich bin Turnus- bzw. Assistenzarzt Stationsarzt Facharzt

Name

Adresse

PLZ/Ort

Telefon/E-Mail

Ort, Datum Unterschrift



Interessensgemeinschaft Angestellte Ärzte
c/o Dr. Dietmar Bayer

Josef Huber Gasse 28
8020 Graz

DIE JAHRESMITGLIEDSCHAFT BETRÄGT:
Turnus- und Assistenzärzte: Euro 20,- pro Jahr
Stationsärzte: Euro 30,- pro Jahr
Fachärzte: Euro 40,- pro Jahr

Nach Eintreffen der Anmeldung erhalten Sie die Beitrittsbestätigung sowie den entsprechenden Erlagschein.

SPENDE OHNE MITGLIEDSCHAFT, Konto: 20141320654, HYPO BANK, BLZ 56000

Eine Beitrittserklärung finden Sie auch unter www.igspital.at



IGAÄ

Peter Kapeller

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Immer wieder versuchte ich in meinen Kommentaren an dieser Stelle Ihnen allen bewusst zu machen, wie wichtig Sie als Einzelperson in einem großen Gefüge sind. Jede/jeder einzelne von Ihnen ist Säule unseres Gesundheitssystems und jede/jeder Einzelne trägt eine gewaltige Last an Verantwortung. Bitte seien Sie sich dessen bewusst und stellen Sie Ihr Licht nicht unter den Scheffel. Ohne Sie/uns als angestellte Ärztinnen und Ärzte gibt es keine medizinische Patientenbehandlung im Krankenhaus.

Es ist also völlig verfehlt, sich unserer Leistung nicht bewusst zu sein. Die im Gesundheitssystem arbeitenden medizinischen Laien wollen uns natürlich immer glauben machen, dass dem nicht so sei. Um ihnen klar zu machen, dass wir stark genug sind, unsere Meinung zu vertreten, brauchen wir unter anderem eine starke Standesführung, die in den letzten 2 Jahren viel und hervorragende Arbeit geleistet hat. Dass unsere IGAÄ Kämpfer in vorderster Front (Ärzttekammer-Präsident und Kurienobmann angestellte ÄrztInnen) oftmals zwischen mehreren Sesseln sitzen, können Sie sich wohl denken. Dennoch wurde noch nie so viel für uns Angestellte erreicht wie jetzt.

Aber eigentlich möchte ich hier nicht über die Frontkämpfer schreiben, sondern über das „unter Anderem“. Dieses „unter Anderem“ sind nämlich primär wir alle. Und unsere Standesvertretung ist nur so stark wie der/die Schwächste von uns. Wer also die Position unseres Standes verbessern will, muss damit beginnen,

sich selbst zu verbessern. Überlegen Sie sich, was Sie von einer Standesführung erwarten, leben Sie diese Erwartungen vor und unterstützen Sie unsere Frontkämpfer, indem Sie die Ideale in den Alltag tragen. Sie werden sich wundern, was Sie damit bewirken können.

Wenn Sie diese Aufforderung ernst nehmen, wünsche ich Ihnen viel Mut und Gelassenheit. Wenn Sie es vorziehen in passivem, unkonstruktiven Schimpfen zu verbleiben, dürfen Sie sich nicht wundern, dass niemand unsere Leistungen und unseren Stand würdigt.

Ich habe nun einige Jahre versucht, „vorzuleben“ und werde dies weiter tun. Ich werde es jedoch ab 1.1.2006 nicht mehr in der Steiermark tun, sondern in meine Kärntner Heimat zurückkehren.

Ihnen wünsche ich, dass das, was Sie sich erträumen, in Erfüllung geht. „Meiner“ IGAÄ wünsche ich, dass Sie sie weiterhin unterstützen.

Ihr Peter Kapeller

Die IGAÄ sind wir alle – auch von Kärnten aus!



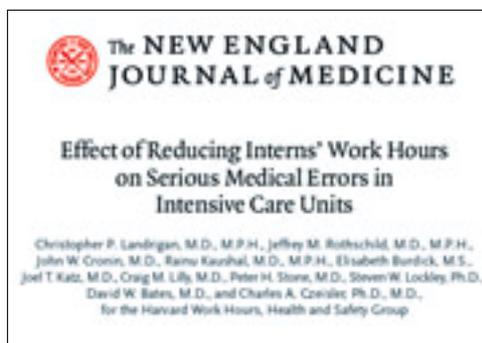
DIE ZUKUNFT DER ANGESTELLTEN ÄRZTE HAT JETZT BEGONNEN!

Evidenz für den Nutzen neuer Arbeitszeitmodelle

Im Nachtdienst nach einem bereits vollbrachten vollen Arbeitstag sowie am Tag darauf können wir nicht die Qualität medizinischer Tätigkeit erbringen, die wir uns selbst wünschen. So entspricht die psychomotorische Leistungsfähigkeit nach 24 Stunden Schlafentzug derjenigen mit einem Blutalkoholgehalt von 1 Promille¹.

Müdigkeit und Erschöpfung nach langen Dienstzeiten beeinträchtigen medizinische, chirurgische und anästhesiologische Fertigkeiten unter Laborbedingungen²⁻⁶. Im Berufsalltag wird über ein beeinträchtigtes Arzt-Patienten-Verhältnis aufgrund eingeschränkter Fähigkeit zur Empathie⁷ sowie über medizinische Fehler^{8,9} berichtet.

Eine kontrollierte Studie unter realen Bedingungen über den Einfluss von Arbeitszeitmodellen auf die Qualität der Patientenversorgung



wurde an der medizinischen Intensivstation und der Coronary Care Unit des Brigham and Women's Hospital in Boston durchgeführt¹⁰.

Ein konventionelles Arbeitszeitmodell wurde mit einem neuartigen verglichen. Im konventionellen Modell arbeiteten die Assistenten jeden dritten Tag im Nachtdienst, max. 34 Stunden kontinuierlich. Im neuartigen Arbeitszeitmodell arbeiteten sie 7.00-22.00 Uhr und 21.00-13.00 Uhr im täglichen Wechsel, also max. 16 Stunden kontinuierlich. Die Assistenzärztinnen und -ärzte wurden nach dem Zufallsprinzip den verschiedenen Arbeitszeitmodellen zugeteilt. Die Arbeit der Assistenten wurde kontinuierlich von Beobachtern verfolgt, die selbst nicht im Stationsbetrieb tätig waren. Fehler in der Tätigkeit der Assistenten wurden von den Beobachtern aufgezeichnet. Schweregrad und Vermeidbarkeit der

ANALYSE

Fehler wurde von Ärzten beurteilt, die die Zuordnung der Assistenten zu den verschiedenen Arbeitszeitmodellen nicht kannten. Die Studie umfasste 2203 Patiententage. Es bestanden keine Unterschiede in der Schwere der Erkrankungen der Patientenkollektive, die von Ärzten in unterschiedlichen Arbeitszeitmodellen betreut wurden.

Das Ergebnis dieser Studie ist bemerkenswert. Es wurden 35,9% mehr schwerwiegende Fehler (serious medical errors) der Assistenten im konventionellen Arbeitszeitmodell registriert (136,0 vs. 100,1 pro 1000 Patiententage, Differenz statistisch signifikant). Diese Fehler betrafen hauptsächlich diagnostische Verfahren und verordnete Medikation.

Dieser Effekt der Arbeitszeitgestaltung auf eine Verbesserung der Qualität medizinischer Tätigkeit wird nicht erkaufte durch etwaige vermehrte Fehler anderer Berufsgruppen oder Hierarchien. Weiters konnte auch die These widerlegt werden, dass ein häufigerer Wechsel der betreuenden Ärztinnen und Ärzte Gefahren für die Patienten mit sich bringt¹¹.

Diese Studie in ihrem prospektiven und randomisierten Design bietet entscheidende Vorteile im Vergleich zu Studien im Vorher-Nachher-Design, die widersprüchliche Ergebnisse zum Einfluss der Arbeitszeitgestaltung auf die Qualität medizinischer Versorgung ergaben^{12,13}. Im prospektiven randomisierten Studiendesign werden insbesondere Lern- und Kohorteneffekte ausgeschlossen. Die Studie bezieht sich in ihrer Aussage auf die spezifischen Umstände intensivmedizinischer Versorgung und auf die spezielle Situation junger Assistenzärztinnen und -ärzte in Nordamerika, was ihre Anwendbarkeit auf andere Konstellationen

möglicherweise einschränkt. Im Studiendesign konnte auch die Erfassung medizinischer Fehler nicht in vollständig geblindeter Form durchgeführt werden, was einen Bias gegenüber einem der beiden Arbeitszeitmodelle nicht ausschließt. Die Studie war in ihrem Umfang nicht dafür vorgesehen, signifikante Unterschiede im Auftreten medizinischer Zwischenfälle (adverse events) aufzudecken.

Das in der Studie eingeführte neuartige Arbeitszeitmodell soll eine bessere Anpassung der Betroffenen an Änderungen des circadianen Rhythmus' ermöglichen, ist aber in dieser Form keine optimale Lösung. Die Dienstbelastung ist immer noch immens (60-63 Stunden pro Woche) und weit höher als in anderen Berufsgruppen.

In der Literatur wird die Medizin häufig im Vergleich zur Luftfahrt betrachtet, wenn es um Maßnahmen zur Erhöhung von Qualität und Sicherheit geht. Von Ärzten und Piloten wird erwartet, dass sie fehlerfrei arbeiten¹⁴⁻¹⁶. In der Luftfahrt haben Arbeitszeitbeschränkungen dazu beigetragen, durch Müdigkeit und Erschöpfung bedingte Fehler zu verringern, was zu einem hohen Niveau an Qualität und Sicherheit geführt hat. Dies muss in gleichem Maße auch für unseren Beruf gelten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Reduktion der Dienstzeit zu weniger Fehlern in der ärztlichen Tätigkeit und damit zu einer Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung führt. Die hier vorgestellte Studie ist ein deutliches Argument für eine lange überfällige intelligenter Gestaltung von Dienstzeitmodellen in unserem Beruf.

Thomas Seifert

01. Dawson et al., Nature (1997) 388: 235.
02. Friedman et al., N Engl J Med (1971) 285: 201-203.
03. Taffinder et al., Lancet (1998) 352: 1191.
04. Weinger et al., in Enhancing patient safety and reducing errors in health care, Scheffler and Zipperer (Eds). 1998, National Patient Safety Foundation, Chicago. p. 306-310.
05. Grantcharov et al., BMJ (2001) 323: 1222-1223.
06. Eastridge et al., Am J Surg (2003) 186: 169-174.
07. Sparr et al., Soc Sci Med (1988) 26: 1095-1101.
08. Wu et al., JAMA (1991) 265: 2089-2094.
09. Veasey et al., JAMA (2002) 288: 1116-1126.
10. Landrigan et al., N Engl J Med (2004) 351: 1838-1848.
11. Petersen et al., Ann Intern Med (1994) 121: 866-872.
12. Gottlieb et al., Arch Intern Med (1991) 151: 2065-2070.
13. Laine et al., JAMA (1993) 269: 374-378.
14. Helmreich, BMJ (2000) 320: 781-785.
15. DeLeval, Lancet (1997) 349: 723-725.
16. Wiener et al., Cockpit resource management. 1993, San Diego: Academic Press.

die ärzte bank

RENDITEMED

Vermögen, das aus der Praxis kommt.

„Eine Privatbank für Ärzte? Die gibt es.“

Gerald Hahn
Kundenberater Graz

Veranlagung ► Vermögen
Für Ärzte empfohlen!

die
ärzte
bank

Nomen est omen.

info@aerztebank.at | www.aerztebank.at



Proponentinnen des Arbeitskreises in Bewegung (Staffellauf Graz-Marathon 2004): Daisy Kopera, Siegrid Strasser-Fuchs, Andrea Langmann, Christine Gaster (von links nach rechts)

„Gender Mainstreaming bedeutet, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle Politikbereiche und Entscheidungsprozesse einzubringen... d.h. bei der Planung aller Maßnahmen ist die unterschiedliche Lebenssituation und Interessenslage von Frauen u. Männern zu berücksichtigen“ (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Gender Mainstreaming Newsletter 1/2004, 1)

Der Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen der MUG (kurz: AkGI) stellt sich vor

DER ARBEITSKREIS

Laut Universitätsgesetz 2002 (§ 1 UG 2002) zählt es zu den zentralen Zielen österreichischer Universitäten, verantwortlich zur gedeihlichen Entwicklung der Gesellschaft – insbesondere einer geschlechtergerechten Gesellschaft – beizutragen.

Die Grundsätze der sozialen Chancengleichheit und der Gleichstellung von Frauen und Männern sollen also so effektiv wie möglich in sämtliche strategischen und operativen Entscheidungen der Medizinischen Universität Graz (kurz: MUG) Eingang finden und dort de facto spürbar werden.

Der Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen ist exakt jenes Kollegialorgan, das die Umsetzung dieser Grundsätze zu einem Gutteil mit trägt und an Universitäten verpflichtend einzurichten ist. Der Arbeitskreis der

Medizinischen Universität Graz konstituierte sich am 29. Jänner 2004 und widmet sich seither – in den Personen seiner 22 Mitglieder – seinen gesetzlichen Aufgaben. Die Mitglieder des Arbeitskreises kommen aus den unterschiedlichsten Bereichen der Medizinischen Universität, sind also teils Angehörige des wissenschaftlichen, teils Angehörige des allgemeinen Personals, teils Studierende.

DIE AUFGABEN DES AKGL

Zu den Aufgaben des Arbeitskreises zählt es, Diskriminierungen durch Universitätsorgane auf Grund des Geschlechts entgegenzuwirken und die Angehörigen und Organe der Universität in Fragen der Gleichstellung von Frauen und Männern sowie der Frauenförderung zu beraten und zu unterstützen (§ 42 Abs 1 UG 2002).

Darüber hinaus hat der Arbeitskreis laut Bundes-Gleichbehandlungsgesetz das Recht, sich mit der Gleichbehandlung ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit, der Religion oder der Weltanschauung, des Alters oder der sexuellen Orientierung zu befassen. Auch sexuelle Belästigung und Mobbing gelten als Diskriminierungen, zu deren Bekämpfung der Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen berufen ist.

WAS BEDEUTET DIES KONKRET?

Sämtliche Personalangelegenheiten werden – von der Stellenausschreibung bis zum Abschluss des Arbeitsvertrags – von zumindest einem Mitglied des Arbeitskreises betreut. Der Ablauf von Berufungs- und Habilitationsverfahren wird kontinuierlich begleitet, zahlreiche Gremien der MUG mit Mitgliedern des Arbeitskreises besetzt, Angehörige der Universität in

konkreten Fragen beraten, etc.

Taucht etwa in einem Personalverfahren der Verdacht auf, dass ein Universitätsorgan geschlechtsspezifisch oder anderweitig diskriminierend zu entscheiden beabsichtigt oder bereits diskriminierend entschieden hat, so stehen dem Arbeitskreis als ultima ratio und in Abstimmung mit der oder dem Betroffenen konkrete rechtliche Möglichkeiten offen:

Sollte das betreffende Universitätsorgan die problematische Entscheidung nicht korrigieren, so kann der Arbeitskreis die Schiedskommission der Medizinischen Universität Graz anrufen und an die Bundes-Gleichbehandlungskommission, die im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen eingerichtet ist, herantreten.

Der Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen arrangiert aber auch Weiterbildungsveranstaltungen zur Förderung von Frauen in beruflicher Hinsicht und bildet seine Mitglieder zu seinen verschiedenen Aufgabenbereichen fort.

DIE HANDLUNGS-GRUNDLAGEN DES AKGL

Zahlreiche Aufgaben des Arbeitskreises ergeben sich aus dem Frauenförderungsplan der Medizinischen Universität Graz, den der Arbeitskreis entwirft und der letztlich vom Senat zu genehmigen ist.

Im Frauenförderungsplan enthalten sind zum einen grundsätzliche Bestimmungen zum Frauenförderungsgebot, wie z.B. die Einhaltung der Quotenregelung dort, wo Frauen unterrepräsentiert sind, zu Gender Mainstreaming oder zum geschlechtergerechten Sprachgebrauch.

Zum Anderen wird darin das Ziel der Gleichstellung auf die großen Berei-

che, wie Forschung, Lehre, Studium, Personalaufnahme, Karriereplanung, heruntergebrochen und Berichtspflichten von Universitätsorganen zum Stand der Gleichstellung festgelegt.

Der Frauenförderungsplan der MUG trat (als einer der ersten an Österreichs Universitäten nach der Universitätsreform) am 8. Juli 2004 in Kraft.

Dieser bildet einen der wichtigsten Bausteine zu Frauenförderung und Gleichstellung an der Universität und ist neben dem Universitätsgesetz 2002 und dem Bundes-Gleichbehandlungsgesetz primäre Handlungsanleitung für den Arbeitskreis einerseits und die Organe der Universität andererseits.

Dem Streben nach faktischer Chancengleichheit sowie Geschlechter-Gleichstellungsbemühungen im Besonderen ist inhärent, für festgefahrene Stereotypen zu sensibilisieren und diese zu erodieren.

Ziel ist schließlich, Gesellschaftsmitglieder unabhängig von Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Religion oder Weltanschauung, Alter oder sexueller Orientierung als einander gleichwertig anzuerkennen und allen gleichermaßen die Teilhabe am öffentlichen Leben und insbesondere in der Arbeitswelt zu ermöglichen.

Für all diese Ziele und Bestrebungen steht – und arbeitet – an der Medizinischen Universität Graz der Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen.

**Weitere Informationen finden Sie unter www.meduni-graz.at/akgl/
Kontaktadresse:
akgl-buero@meduni-graz.at**

**Dr.in iur. Christine Gaster
Büro des Arbeitskreises für
Gleichbehandlungsfragen der MUG**

Eine Auszeit im Sacred Heart Hospital, Abeokuta, Nigeria

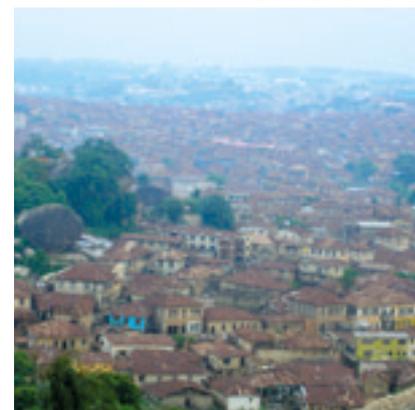
Einmal in der dritten Welt als Ärztin zu arbeiten war schon länger mein Wunsch. Anfang März dieses Jahres war es soweit. Mein Flug ging von Graz aus über Frankfurt nach Lagos.

Ich hatte einen Monat Urlaub genommen und ging für 2 weitere Monate in Fortbildungskarenz.

Für diese 8 Wochen musste ich mich bei meiner Krankenkasse selbst weiter versichern.

In Lagos wurde ich mit einem Bus des Krankenhauses abgeholt, wir fuhren 100 km in den Norden nach Abeokuta, wo sich das Sacred Heart Hospital befindet. Die Stadt wurde vor ungefähr 200 Jahren gegründet, wie viele Menschen dort leben kann niemand genau sagen. Wenn man auf dem Oluma Felsen steht, sieht man Häuser bis zum Horizont, die meisten mit einem ersten Stock versehen und mit rostigen Wellblechdächern gedeckt, dazwischen viele Kirchen, in der Mitte ein Fluss, der in Mäandern träge dahin fließt. Diese Stadt wächst nicht in die Höhe, sondern dehnt sich in die Breite aus.

Blick auf Abeokuta



Überall wimmelt es von Menschen, sehr vielen Kindern, Autos und Motorrädern, an den permanenten Krach muss man sich erst gewöhnen. Es hat Tage gedauert, bis ich es zum ersten

befand. Hier fühlte ich mich sicher und lebte mit Spültoilette, Dusche, Eisschrank und Klimaanlage in einem unglaublichen Luxus.

len wird gleich operiert, wenn der Patient und seine Familie nicht bezahlen können.

Während des stationären Aufenthaltes übernehmen die Angehörigen die Pflege des Patienten. Sie bringen das Essen, das im Areal des Krankenhauses zubereitet werden kann, sie waschen den Patienten und seine Wäsche.

Überall hängen Wäschestücke zum Trocknen. Daher sind die Pflegekosten sehr niedrig, und die Schwestern haben ein anderes Tätigkeitsprofil als bei uns. Schwestern führen Impfungen durch, beschneiden die männlichen Säuglinge, leiten die Narkosen ohne Hilfe von Anästhesisten. Intubationsnarkosen gibt es nicht, jeder operative Eingriff wird mit Ketamin durchgeführt.

Jeden Morgen bin ich bei der Visite mitgegangen, habe im OP geholfen und ambulante Patienten gesehen. Die Arbeitstage waren unterschiedlich lang, je nachdem wie viel zu tun war. Ich habe einem Kollegen die operative Therapie kindlicher Leistenbrüche gezeigt und assistiert, dafür konnte ich meine erste Sectio machen. Was ich al-



Die Autorin bei einer Operation

Mal gewagt habe, den geschützten Krankenhausbereich zu verlassen. Als Weißer fällt man überall sofort auf, weil sich wenige Weiße nach A. verirren, man findet sie eher im Küstenbereich. Ich war tief beeindruckt und fasziniert von der Freundlichkeit der Bevölkerung, mit der ich überall empfangen und aufgenommen wurde. Nachdem, was ich im Vorfeld über Nigeria und die Gewalt, die dort herrscht, gehört hatte, war ich mehr als überrascht. Mit der Zeit lernte ich, dass die Extreme von Überfällen einerseits und Gastfreundlichkeit andererseits nahe beieinander liegen.

Das Sacred Heart Hospital (SHH) wurde 1895 gegründet und feiert derzeit von Juni bis Dezember sein 110-jähriges Bestehen. Das Krankenhaus ist von einer Mauer umgeben und wird permanent von einer Vielzahl von Security Männern und Frauen bewacht.

Im letzten Herbst fand ein bewaffneter Überfall statt, einiges wurde gestohlen, Menschen wurden nicht verletzt. Ich war daher sehr froh, dass sich mein kleines Appartement im ersten Stock des Angestellten-Wohnhauses

gibt es auch Privatbetten. Dr. Steve Kanu leidet die chirurgische Abteilung. Ende April kam er von einem 6 monatigen Aufenthalt in Graz zurück, wo er sich auf der 1. Chirurgie im LKH weitergebildet hatte. Die Zusammenarbeit mit meinen afrikanischen Kollegen war gut, sie waren sehr freundlich und haben mir viel erklärt. Unsere Art, Medizin zu praktizieren, kann nicht 1:1 in Afrika angewandt werden, zu unterschiedlich sind Erkrankungen, Klima, soziale und familiäre Strukturen.

Die Patienten im SHH müssen alle Formen der Behandlung selbst bezahlen. So werden die meisten Operationen spät, manchmal zu spät, durchgeführt, die Patienten lassen sich oft zuerst von native doctors behandeln. Wenn nichts mehr hilft, muss erst das Geld für eine schulmedizinische Therapie aufgebracht werden. Und das kann Tage bis Wochen dauern. Nur in absoluten Notfäl-



Garderobe im OP-Saal

les gesehen habe, kann ich gar nicht beschreiben. Oft blieb mir der Mund offen stehen, so unglaublich waren die Krankheiten, die sich mir als mitteleu-

ropäischem Mediziner präsentiert haben, und ich habe meine afrikanischen Kollegen bewundert. Ich habe von ihnen sehr viel gelernt, wir standen in einem permanenten fachlichen und kulturellen Austausch. Viele Patienten mit akuten Bauchproblemen werden ohne jede Voruntersuchung sofort operiert. Nur 2 Laborwerte werden regelmäßig durchgeführt, das sind Hämatokrit und HIV Schnelltest. Selten gibt es ein Röntgen oder ein Sono, ein CT ist die absolute Ausnahme.

Daher wird auch das Abdomen in der Regel sehr großzügig eröffnet, denn selten weiß man, was einen erwartet.

Auch die Anamnese ist oft nicht hilfreich. Wer weiß schon genau, wann die Beschwerden begonnen haben, und Fieber wird bei diesen Temperaturen kaum wahrgenommen. Viele Patienten haben eine schlechte Schulausbildung genossen, sie sprechen kaum Englisch und sind schwer zu verstehen. Ich habe Wochen gebraucht, um mich einzuhören, und ohne die Übersetzung der Schwestern wäre eine Verständigung oft nicht möglich gewesen.

Als Arzt aus Europa lernt man wieder seine Sinne zu schärfen, denn das einzige, auf das man sich wirklich verlassen kann, sind die eigenen Untersuchungen und erhobenen Befunde. Natürlich muss alles mit der Hand geschrieben werden, über Computer verfügen nur einzelne Ärzte und die Mitarbeiter in der Administration.

Im SHH sind auch immer wieder Gäste aus Europa anzutreffen. Gemeinsam habe ich mit Prof. Rainer Passl und Dr. Georg Schauer aus Graz gearbeitet.

Ich traf Krankenpflegeschüler und Medizinstudenten aus Deutschland, ebenso einen Studenten aus Graz, der gerade an seiner Diplomarbeit über die Wasserversorgung im Krankenhaus arbeitet. Das Freizeitangebot ist natürlich beschränkt, das Krankenhaus ver-

fügt über einen kleinen Pool und einen betonierten Tennisplatz ohne Zaun mit durchhängendem Netz. Gerne gingen wir abends ein nigerianisches Bier trinken und haben uns die Geschichten des Tages erzählt, die jeder erlebt hatte.

Ich habe jetzt verstanden, warum sich gerade in Afrika die Erzählkultur auf hohem Niveau entwickelt hat.

Vieles was in unserer hektischen Zeit in Europa verloren gegangen ist, habe ich in Nigeria wieder neu erfahren und gelernt.

Am Ende meiner 3 Monate habe ich mich sehr auf zu Hause gefreut und war von einer tiefen Dankbarkeit erfüllt, dass ich in Europa leben darf. Was meine Generation betrifft, kommt zur Gnade der späten Geburt (Zitat Helmut Kohl) auch die Gnade des geschützten und wohlhabenden Heimatlandes. Andererseits bin ich auch sehr schwer weggefahren, ich spürte eine tiefe Zerrissenheit. Ich weiß, ich habe viel gelernt, nicht nur in medizinischer Hinsicht. Diese Auszeit hat mir viele neue Erkenntnisse gebracht.

Afrika hat viele Ressourcen, leider werden sie nur zum Teil genützt. Vielleicht können wir ihnen dabei helfen.

Dr. Claudia Wilfinger

GELESEN UND GEHÖRT!

AUSZÜGE AUS DER REDE DES NEUEN ÄRZTLICHEN DIREKTORS, DR. THOMAS PIEBER, ANLÄSSLICH DER EINFÜHRUNGSVERANSTALTUNG AM 6.12.2005

Univ. Prof. Dr. Thomas Pieber...

... zum Bürokratie-Abbau:

„Es ist ein erklärtes Ziel des Ärztlichen Direktors und der gesamten Anstaltsleitung, jede Bürokratie, die wir vermeiden können, auch tatsächlich zu vermeiden. [...] Klar ist, dass die so genannten Schreibtischtäter an die Kande genommen werden müssen.

Aber wir müssen uns auch vor Augen führen, dass in der modernen Medizin der Dokumentation ein extrem wichtiger Stellenwert zukommt...“ [...] „Hier gilt es also nicht, die Dokumentation abzuschaffen, sondern die Dokumentation so in den Prozess der Krankenversorgung zu integrieren, dass sie möglichst automatisiert oder semiautomatisiert stattfindet.

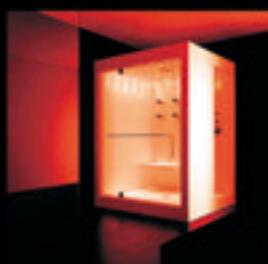
Gerade das im heurigen Jahr abgeschlossene flächendeckende Roll-Out des openMEDOCS, die Weiterentwicklung der Subsysteme und die damit verbundenen Möglichkeiten sollen mir und auch Ihnen allen Anlass zur Hoffnung geben, grundsätzliche Verbesserungen in den nächsten Jahren zu erreichen. [...]

... zur Forschung

„Sie sehen [...], dass es immer ein vergeblicher Versuch sein wird, Patientenversorgung und Lehre und Forschung auseinander zu dividieren, denn sie sind unauflösbar miteinander verknüpft und verknüpft.“

Der Versuch, wie bei einem Gordischen Knoten das zu trennen, führt dazu, dass beide Enden lose sind und dass weder die Patientenversorgung des Universitätsklinikums auf der einen Seite noch die Forschung auf der anderen Seite überhaupt noch Sinn machen.

Dieses Auseinanderdividieren erleben wir ja gerade bei dem Versuch, den Klinischen Mehraufwand zu definieren.“



KROBATH
WASSER-WÄRME-WOHLBEHAGEN

IDEEN FÜR HEIZUNG, BAD & POOL

Ihr kompetenter Partner für Komplettlösungen

Alles aus einer Hand

