FIEBERKURVE

DIE GLÄSERNE DECKE
Von Quoten und Gendern.
Seite 8

INTERVIEW
Die Gesundheitsministerin über Gleichberechtigung.
Seite 11

IMPFUNG
Keine Angst vor der Nadel!
Seite 20

MED WIEN

we can do it!

Du hast Ideen und möchtest etwas bewirken?

Wir von der ÖH Med Wien bieten vielseitige Arbeitsbereiche und sind stets auf der Suche nach motivierten Köpfen. Interesse mitzumachen? Dann schreib einfach eine E-Mail an uv@oehmedwien.at

WHAT WE DO

Radklinik
Vorlesungsstream
Website
Skripten
Partys
Curriculum
Förderungen
Maturantenberatung
Events
Unterstzützung
offener Bücherschrank
Mensapickerl
Lehrvideos
Vernetzung
Studierendenvertretung

Gemeinsam erreichen wir mehr.

ÖH MED WIEN

FAMULIEREN?!
Tipps und Tricks
Seite 4

GLÄSERNE DECKE
Der lange Weg zur Gleichberechtigung
Seite 8

AUS DER REDAKTION

5 FRAGEN...
diesmal an Bundesministerin Dr.in Sabine Oberhauser
Seite 11

650 JAHRE UNIVERSITÄTSMEDIZIN WIEN
Diesmal Chirurgie Pionier Theodor Billroth.
Seite 14

IMPFUNGEN
Warum sie so wichtig sind.
Seite 18

NICHTRAUCHER/INNENSCHUTZ
Kommt das Rauchverbot?
Seite 20

Das neue Semester hat begonnen und auch der Frühling wird früher oder später in Wien ankommen. Es wird abwechslungsreich - im Mai finden die ÖH Wahlen statt und die meisten von euch werden im Sommer die SIP schreiben. Doch dazu mehr in den kommenden Ausgaben. Wir haben uns diesmal mit der Gleichberechtigung und geschlechtergerechter Sprache beschäftigt – ein Thema, das omnipräsent ist und durchaus polarisiert. Dazu haben wir auch Bundesministerin Dr.in Sabine Oberhauser befragt. Weiters gibt es spannende Artikel zum NichtraucherInnenschutz und Impfen. Viel Spass beim Lesen und einen guten Start ins neue Semester!

Gerlinde Otti
Chefredakteurin

DEINE ERSTE FAMULATUR – JETZT GEHT'S LOS!

Text: Johannes Oswald

Bald nach dem Famulaturpropädeutikum möchten die meisten von uns ihren ersten Schritt in die große weite Welt der Medizin tätigen: die erste Famulatur. Um die Nervosität davor etwas abzumildern, hier ein paar Tipps:

VOR DER FAMULATUR

Hepatits-Impfung bzw. Titer-Bestimmung über die ÖH wird empfohlen. Wegen der Bearbeitungszeit sollte man sich rechtzeitig darum kümmern! Manche Krankenhäuser verlangen gewisse Befunde bei Famulaturantritt. Am besten man erkundigt sich bei der Anmeldung.

DER ERSTE TAG

Mitnehmen solltest du das meiste, das du auch bei deiner Famprop-Prüfung mithaben solltest:

CHECKLIST	
Stethoskop	
Stauschlauch	
StudentInnenausweis	
Permanentstift (z. B. für Venenverweilkanülen)	
Schreibzeug (Stift + Block)	
Diagnostiklampe	
Geld (Kautionen, Mittagessen, etc.)	
LAUTLOSES Handy (gut zum schnellen Nachsehen im Internet)	
bequeme Schuhe (dann schmerzen die Füße nur am 1. Tag)	
ev. Krankenhauskleidung (z. B. eigene Hose)	
ev. Pocketcards oder Manteltaschen-taugliche Fachbücher	
ev. fachspezifisches Zubehör (z. B. Hammer für Neurologie)	
ev. von deiner Abteilung verlangte Befunde/Unterlagen	
ev. etwas für die langen Haare	
Vorfreude ☺	

» Nach unseren Informationen wurde noch nirgendwo ein/e StudentIn gefressen. Wirklich nirgendwo. Also: hingehen, vorstellen, alle grüßen, aktiv mitarbeiten, höflich sein. Dann bleibt das auch so. ;-)
» Normalerweise wird dir ein Spitalsmantel angeboten. Es empfiehlt sich dieses Angebot anzunehmen. (Nimmst du gerne MRSA mit deinem Privatmantel mit nach Hause?)
» Was man unter dem weißen Mantel trägt, ist meistens nicht vorgeschrieben oder du bekommst überhaupt weitere Spitalskleidung.
» In manchen Krankenhäusern erhält man einen Spind. Im AKH kann man sich rechtzeitig vor den Ferien im Hörsaalzentrum einen mieten.[2] (cave: Schließt in den Ferien um 16h!)
» Ein Namensschild bekommt man manchmal oder kann sich natürlich auch selbst eines mitnehmen. (Du kannst „cand. med." draufschreiben ☺) Aber verpflichtend ist das normalerweise nicht.
» Vielleicht findest du für die ersten paar Tage eine/n erfahrene/n KollegIn bei der/dem du dich über alles erkundigen kannst.
» Halte dich einfach an das, was du im Famprop gelernt hast – auf alles weitere kommst du dann schon drauf.
» Nein, echte Venen haben mit den Plastikarmen aus der Uni wenig gemeinsam. Aber ob du es glaubst oder nicht: Du wirst sie trotzdem finden. Einfach versuchen – es wird rasch klappen!
» Venen kann man fühlen oder sehen – die besten sind wahrscheinlich die, bei denen man beides kann.
» Butterflies sind gut fürs Blutabnehmen. Man sieht, bevor man das Vakuum-Röhrchen ansteckt (und damit das Vakuum entleert), ob man sich in der Vene befindet. Die entsprechenden Aufsätze sind – im Gegensatz zum Übungsmaterial auf der Uni - oft schon darauf.
» Es gibt dafür keine Regel, aber meistens sticht man als StudentIn drei Mal oder solange, bis die/der PatientIn jemanden verlangt „der das schon kann". Deutlich öfter als drei Mal sollte man der Patientin/dem Patienten wohl nicht zumuten.
» Wenn man die Nadel ein wenig bewegt, kann das das Blut zum Fließen bringen – aber eventuell auch PatientInnen zum Jammern oder Venen zum Platzen.
» Die Nadel beim Einführen der Venenverweilkanüle solltest du HALTEN - nicht herausziehen bis der Katheter GANZ drinnen ist! Und, ja: Da kann wirklich so viel Blut rauskommen, wie bei den Plastikarmen…
» Besonders Venen am Handrücken fliehen gerne vor dir – aber man kann sie ja mit der Nadel verfolgen…
» Nach dem Stauen entdeckt/ertastet man manchmal ganz neue Gefäße…aber Vorsicht: zu langes Stauen kann das Blutbild verfälschen.
» Niemand tut dir was bzw. kann dir was tun, wenn du eine fachliche Frage nicht beantworten kannst. Aber vielleicht animiert dich die Frage ja dazu, dich mit der Materie zu befassen?
» Hygienische Arbeitsweise einhalten und zusätzliche Maßnahmen (oft ausgeschildert) bei infektiösen PatientInnen beachten. Auf dem PatientInnenbett zu sitzen ist meistens nicht erlaubt.
» Wenn du dich mit einer Aufgabe überfordert fühlst, kannst du mit gutem Recht z. B. Turnus-/AssistenzärztInnen oder erfahrene KollegInnen bitten, dich zu begleiten.
» Beim Stechen, Infusionen anhängen, etc. trägt man Handschuhe. Immer.
» Nadelstichverletzungen solltest du unbedingt vermeiden – immer Nadeln sofort entsorgen und/oder Stichschutz verwenden. Nadelstichverletzungen sind selten. Solltest du dennoch das Pech haben, verheimliche es auf keinen Fall!

NACH DEM ERSTEN TAG

» Du bist kein Arzt/keine Ärztin. Es gehört sich, das gegenüber PatientInnen richtig zu stellen.
» Wenn der Patient/die Patientin statt dir unbedingt eine Ärztin/einen Arzt will, hat er/sie das Recht dazu.
» Deine ersten Aufnahmeuntersuchungen können länger dauern. Du wirst mit der Zeit schon schneller.
» Wieso nimmt die Patientin/der Patient

eigentlich seine einzelnen Dauermedikamente? Eine gute Frage bei der Aufnahme.

» Die Handlungsabläufe aus dem Famulaturpropädeutikum mögen übertrieben erscheinen, haben aber oft durchaus einen Grund. Wenn man z. B. den Stauschlauch vor dem Entfernen der Nadel löst, kann man ihn nie vergessen!

» Ja, Ärzte und Ärztinnen tun vieles womit man beim Famprop durchfallen würde. Deshalb musst du es aber nicht gleich nachmachen. Zuerst die möglichen Folgen bedenken.

» Du möchtest gerne die Ambulanz, eine Untersuchung oder einen speziellen Eingriff auf deiner Abteilung sehen? Wenn du höflich fragst, wird das sicher kein Problem darstellen.

» Heparin-Spritzen und andere „Ärztliche Grundfertigkeiten“ erledigt oft das Pflegepersonal, aber vielleicht solltest du es auch einmal machen. Schließlich sollte man auch das in der Praxis einmal gemacht haben.

» Du brauchst nicht bis zum Abend zu bleiben, aber du darfst natürlich. Am besten du erkundigst dich nach den vorgesehenen Anwesenheitszeiten. Üblicherweise sind es mindestens 5h/Tag.

» Nacht- oder Wochenenddienste musst du prinzipiell nicht mitmachen. Aber du darfst natürlich.

» Blutabnehmen über die Venenverweilkanüle nur unmittelbar nach dem Setzen und VOR dem Spülen. ;-)

» Ja, die Versuchung nach dem Desinfizieren die schlecht sichtbare Vene nochmals zu tasten ist groß. Aber vielleicht solltest du dir wenigstens den Finger vorher desinfizieren. (Für Hygieniker wahrscheinlich trotzdem eine Katastrophe.)

» Zerstochene Vene? Keine Panik- das passiert allen einmal. Sieht im ersten Moment spektakulär aus. Punktionsstelle fest komprimieren.

» Wenn du im AKH famulierst, bekommst du in der Küchenverwaltung fakultativ während deiner Famulatur einen Essensausweis (MitarbeiterInnenpreise in der Mensa!). Dafür brauchst du ein unterschriebenes und gestempeltes Formular aus dem zuständigen StudentInnensekretariat deiner Abteilung. Auch in anderen Krankenhäusern gibt es normalerweise die Möglichkeit günstig zu essen.

» Für die Anrechnung als Pflichtpraktikum brauchst du die Famulaturbestätigung und das ausgefüllte Logbuch jeweils mit Stempel und Unterschrift. (Cave: besondere Regeln bei Allgemeinmedizin) Du findest beides in demselben pdf-Dokument auf der MUW-Homepage.[1]

» Achtung: Pflichtfamulaturen MÜSSEN innerhalb von 2 Monaten eingereicht werden!

» Du hast dich bei einer Krankheit oder einem Medikament heute bei der Visite nicht ausgekannt? Frag nach und/oder ließ nach und beobachte den Verlauf dieses Patienten. Wissenserwerb mit Praxisbezug ist oft sehr nachhaltig. ;-)

Abschließend wünschen wir dir viel Freude und viele interessante, neue Erfahrungen!

[1] www.meduniwien.ac.at/homepage/content/studium-lehre/studienangebot/n202/famulaturen/
Hier findest du auch die Vorschriften und weitere administrative Informationen zu Pflichtfamulaturen.

[2] Spinde im Hörsaalzentrum:
demaw.meduniwien.ac.at/abteilungen/administration/gardarobenschraenke/

MEDI-MEISTERSCHAFTEN 2014

Text: Leo Schurr

Im Jahr 2014 nahm zum ersten Mal ein Team aus Wien an den Medimeisterschaften in Deutschland teil, um ihre Universität gebührend zu vertreten. Gebührend? Rein zahlenmäßig war das Team den etablierten Medunis Deutschlands weit unterlegen. Ganze 10 tapfere Männer und eine Dame schafften die Anreise aus Wien ins thüringische Obermehler, im Gegensatz zu den jeweils durchschnittlich 200 aus Ulm, Dresden oder Düsseldorf.

DIE MEDIMEISTERSCHAFTEN

Doch was sind die Medimeisterschaften überhaupt? Gegründet wurden sie im Jahr 2002 als ein Fußballturnier für Medizinstudierende von verschiedenen Unis. Die TeilnehmerInnenzahl wuchs von Jahr zu Jahr rasant an und neben dem Fußball rückte nach und nach auch der Spaß am gemeinsamen Feiern in den Vordergrund. Ihren vorläufigen Höhepunkt erreichten die Medimeisterschaften im Jahr unserer ersten Teilnahme auf einem stillgelegten Flugplatz mit über 8000 teilnehmenden MedizinstudentInnen von über 35 Fakultäten aus ganz Europa.

Doch die Medimeisterschaften sind mehr als diese 4 Tage im Juni. Die heiße Phase beginnt bereits Monate zuvor mit dem Aufstellen eines Teams, der Wahl der Kostüme für das individuelle Motto und der Produktion eines Teasers, der zeigt wie viel Herzblut und Engagement die Teams in dieses Event investieren. Allein die Vorbereitungen lassen die Vorfreude schon ins Unermessliche steigen.
Die Palette der Teaser reicht von Bildern der letzten Medimeisterschaften über Parodien bekannter Filme (300, James Bond etc) bis zu selbstproduzierten Musikvideos.

Besonders eindrucksvoll war das Video von 2014 aus Göttingen. Die Wahl der Kostüme ist in sofern von großer Bedeutung, als dass sie das Erkennungsmerkmal der jeweiligen Uni sind und es durchaus recht eindrucksvoll ist, wenn das Gegnerteam von 100 römischen LegionärInnen angefeuert wird.
So kamen im letzten Jahr zum Beispiel Gorillas aus Göttingen, aus Hamburg BesucherInnen aus dem Morgenland und aus Regensburg eine Horde geflohener GefängnisinsassInnen, in orange und aneinander gekettet.

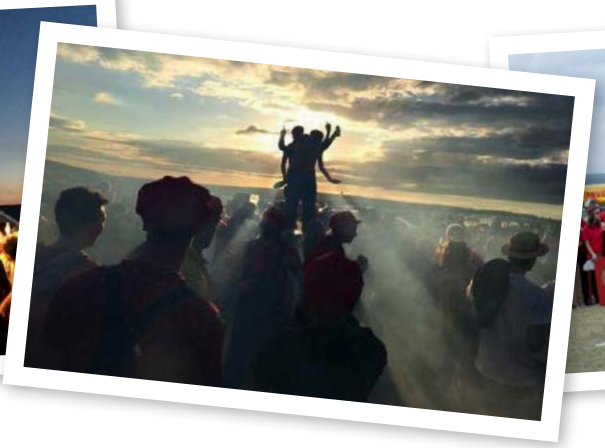
Nun zurück zu den tapferen 11. Nach einer langen Anreise und mit keinem blassen Schimmer, was sie auf diesem Flugplatz im Herzen Thüringens erwarten würde, erreichten sie endlich ihr Ziel.
Schon die Anfahrt zum Flugplatz glich einer Völkerwanderung aus dem alten Testament. Eine Unzahl von Bussen spuckte mehr und mehr Menschen aus, die auf direktestem Weg Richtung Flugplatz zogen. Jene, die schon früher angekommen waren, empfingen die Neuankömmlinge mit Musik aus Boxen auf selbstgebauten fahrbaren Untersätzen.

Ein Blick auf unser Kennzeichen genügte, um unsere Wiener Herkunft zu ermitteln und dann kam das eigentlich Faszinierende an den Medimeisterschaften: Jeder freute sich uns zu sehen und beglückwünschte uns zu unserer ersten Teilnahme. Diese Empathie zog sich durch die ganzen 4 Tage fort und macht dieses Event vielleicht so besonders.

Wenn man von einem Fußballturnier hört, denkt man als erstes an große Konkurrenz und auch ein wenig an damit verbundene Missgunst. Doch dies war in keiner Sekunde der Fall. Jede/r freute sich andere Menschen kennen zu lernen und mit diesen eine gute Zeit zu haben, ob beim Fußball oder Abends beim gemeinsamen Feiern, was definitiv nicht zu kurz kam. So hatten 3 Universitäten die Ehre, auf dem Gelände eigene Bühnen zu errichten. Dresden baute beispielsweise einen mehrstöckigen Turm, in dessen Spitze nachts die DJs ihr Können unter Beweis stellten.

Düsseldorf, der spätere Gesamtsieger 2014, bereicherte das Geschehen um einen Dancefloor auf Stroh und Heu.
Alles in allem erlebten wir unvergessliche Tage und Nächte voller netter Begegnungen, ausgelassenem Feiern und einem tollen Fußballturnier, auch wenn wir hier leider nur mäßig erfolgreich waren.
Fest steht: die Medimeisterschaften sind 2015 wieder ein Pflichttermin, mit hoffentlich mehr Präsenz aus Wien!

Infos:
facebook.com/MedisWien
medimeisterschaften.com



SUB-REGIONAL TRAINING ON EXCHANGES 2014 IN WIEN

Text: Claudia Winkler

Vom 5. bis zum 8. Dezember 2014 veranstaltete die AMSA (Austrian Medical Students' Association) mit der Unterstützung der ÖH und der MedUni Wien ein Sub-Regional Training on Exchanges.

Dazu luden wir alle europäischen Studierenden ein, die an ihren Universitäten für den Famulatur- oder Forschungsaustausch zuständig sind, uns im schönen Wien zu besuchen. Wir sind sehr stolz, dass wir insgesamt 71 internationale und 10 nationale TeilnehmerInnen und 8 internationale TrainerInnen in Wien begrüßen konnten. Ein SRT ermöglicht allen TeilnehmernInnen, einen besseren Einblick in die Arbeit der verschiedenen Austauschprogramme zu bekommen. Gleichzeitig lernen sie viel über die Organisation der IFMSA (International Federation of Medical Students' Association), dem internationalen Dachverband der AMSA. Ziel des SRT ist es, den TeilnehmerInnen neue Wege zu zeigen, wie sie ihre Arbeit und somit den Austausch in ihrem Heimatland verbessern können. Es ist ein großes Anliegen der AMSA, den Famulatur- und Forschungsaustausch auf nationalem sowie internationalem Level so zu optimieren, um den Studierenden eine medizinisch und kulturell höchstwertige Austauscherfahrung zu ermöglichen.

AGENDA

Das SRT fand in den Räumlichkeiten der Pharmkologischen und Histologischen Institute der Medizinischen Universität Wien statt.

Der Fokus des Programms lag vor allem auf der Herausforderung, eine gute akademische Qualität für den Austausch bieten zu können. In den Small Working Groups wurden Lösungen zu aktuellen Fragestellungen, wie zum Beispiel die Suche nach einer besseren allgemeinen IFMSA Evaluierungform, der Inhalt für bessere Vorbereitungs -Trainings für unsere Incomings und Outgoins oder auch, wie der Famulatur- und Forschungsausch besser zusammen arbeiten könnten, diskutiert. Insgesamt konnten wir 10 Trainings zu Themen wie "Intercultural Communication", "Leadership Skills", "Student Advocacy" oder auch "How to research-Scientific writing and speaking" anbieten.

SOCIAL PROGRAMME

Am Freitag Abend wurde das SRT on Exchanges feierlich im Rahmen der Opening Ceremony in den Räumlichkeiten der Wirtschaftsuniversität Wien eröffnet. Dort wurden die TeilnehmerInnen im Namen der MedUni Wien von Dr. Human Salemi, im Namen der AMSA von Philipp Fößleitner, im Namen der IFMSA von Omar Cherkaoui und Luiza Alonso und im Namen der Firma Schülke begrüßt. Anschließend gab es ein Welcome Dinner mit österreichischen Spezialitäten in der Mensa.
Samstags wurde nach dem akademischen Tagesprogramm der Christkindlmarkt am Rathaus besucht und anschließend zusammen im U4 gefeiert.

Am Sonntag fand dann die International Food und Drinking Party statt, immer ein großes Highlight der IFMSA-Veranstaltungen, da jedes Land seine bekanntesten Gerichte und Getränke zum Probieren anbietet.

FAZIT UND DANK

Insgesamt war es für alle ein sehr spannendes, erfahrungreiches und bestimmt auch sehr lustiges Wochenende.
Wir möchten uns bei allen TeilnehmerInnen sehr herzlich für ihr Kommen und ihre sehr wertvollen Inputs bedanken. Unserer Meinung nach konnten wir mit dem SRT on Exchanges einen großen Beitrag zur Verbesserung der IFMSA Exchange Programme und somit zur medizinischen und interkulturellen Aus- und Weiterbildung unserer Studierenden leisten!

Ein großes Dankeschön gilt der ÖH, sie hat uns sowohl in der Planungsphase, als auch vor Ort durch das CC.MM sehr unterstüzt hat. Auch der Medizinischen Universität Wien möchten wir sehr herzlich für Ihre Unterstützung und Bereitstellung der Räumlichkeiten danken. Ein besonderer Dank gilt Dr. Human Salemi, der die internationalen Studierenden am Freitag offiziell begrüßt hat.

Des Weiteren bedanken wir uns für die große Unterstützung der Firma Schülke, des Afroasiatischen Institutes und der Stadt Wien.

Die -offensichtlich- niederländische Delegation.

Das AMSA Organising Committee

SCHERBEN BRINGEN GLÜCK
- DIE GLÄSERNE DECKE DURCHBRECHEN

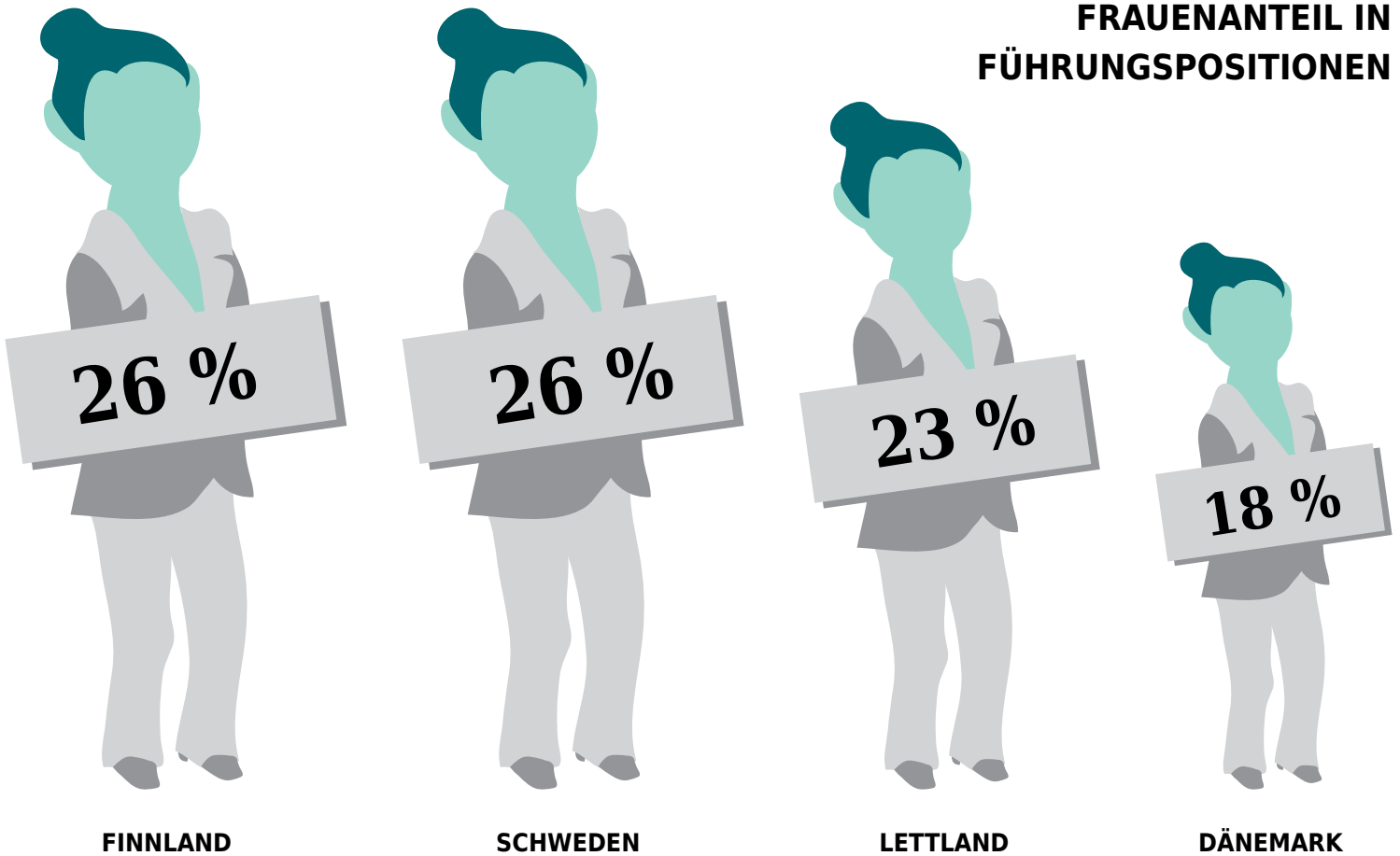
Text: Rita Babeluk

„Wenn Ihnen schlecht wird, oder Sie denken, dass sie umfallen, dann geben Sie bitte vorher Bescheid.“ So begann im Februar mein erster Tag bei einer Famulatur in der Unfallchirurgie am Weg zum OP. Ich kann es natürlich nicht mit Gewissheit sagen, doch ich glaube nicht, dass bei vielen männlichen Studierenden von vornherein angenommen wird, dass sie im OP umkippen. In diesem Fall kann man diese Aussage noch als Harmlosigkeit abtun, doch Sätze wie dieser sind nur ein Symptom eines viel größeren Problems. Man wird als Frau anders behandelt als als Mann. Und das hat weitreichende Folgen.

Laut einer Studie der Arbeiterkammer liegt der Frauenanteil in österreichischen Aufsichtsräten bei knapp 14%. In Europas größten börsennotierten Unternehmen liegt der Frauenanteil aller Sitze in den Führungsgremien bei 17,8%. Derzeit gibt es 504 Professorinnen und 1829 Professoren an den österreichischen Universitäten. Eine traurige Bilanz. Auch bei den Einkommen gibt es immer noch große Unterschiede zwischen den Geschlechtern. In Europa verdienen Frauen um 16,2% weniger als Männer. In Österreich, dass unter dem Europäischen Durchschnitt liegt, sind es 24% Lohnunterschied. Natürlich lässt sich argumentieren, dass der Pay Gap aufgrund von schlechterer Berufswahl und Ausbildung, Karenzzeiten und höherer Teilzeitbeschäftigung von Frauen zustande kommt. Doch vergleicht man die Löhne innerhalb der Branchen, sieht das ganze nicht sehr viel besser aus.

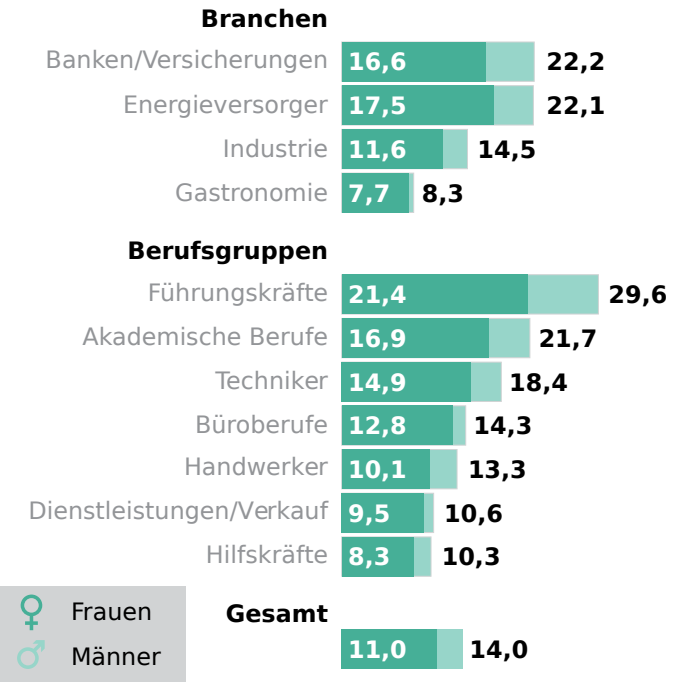
Oft wird unserer Generation vorgeworfen, wir seien zu ungeduldig; dass es Zeit brauche, bis die Gleichstellung der Frauen Fuß fasst und sie auch in den oberen Etagen, wo zugegebenermaßen eher die etwas älteren Semester angesiedelt sind, angekommen sind. Doch was ist passiert mit den Frauen der 68er Bewegung? Als die Frauen begannen sich zu emanzipieren und sich langsam dem Bildungsniveau der Männer anzugleichen; bis zur heutigen Zeit in der die Zahl der Akademikerinnen die der Akademiker übersteigt? Wo sind diese Frauen jetzt? Sollten sie nicht in den Aufsichtsräten und Führungspositionen dieser Welt auftauchen? Oder hat sie doch früher oder später das gleiche Schicksal ereilt die die Generation ihrer Mütter und sie haben den Kindern zuliebe auch ihre Karriere verzichtet? Und steht uns eine ähnliche Zukunft bevor?

Dass es bei der gläsernen Decke nicht um Zeit geht, und es sich bald sicher von



Einkommen im Vergleich

Mittlerer Bruttoverdienst 2010 in Euro/Stunde
Quelle: APA/Statistik Austria



alleine ändern wird, wenn ein Generationenwechsel stattgefunden hat kann man leicht erkennen, wenn man sich die Zahlen der UniabgängerInnen genauer ansieht. Im Unijahr 2012/13 waren 61,4% der Uni AbsolventInnen mit Erstabschluss (Bachelor oder Magister) Frauen. Beim Masterabschluss waren es nur noch 51% und bei den Doktorats- bzw. PhD-AbsolventInnen lag die Quote nur noch bei 43,7%. Man könnte sich schon fragen, was mit den Frauen passiert ist? Ist der Reiz eines Doktorats nicht so groß wie für Männer? Sind wir am Ende selber schuld? In den meisten Fällen ist diesen Frauen das Leben passiert. Familien wurden gegründet und es wurde beschlossen, dass ein Doktorat nicht unbedingt notwendig ist. Ist es ja auch nicht. Aber warum wird von der Gesellschaft von vornherein immer angenommen, dass die Frau den Kindern zuliebe auf die Karriere verzichtet? Tut sie das nicht, gilt sie schnell (auch noch in heutiger Zeit) als Rabenmutter. Von einem Rabenvater habe ich noch nie etwas gehört. In der österreichischen Gesellschaft wird von Vornherein angenommen, dass sie den Löwenanteil in der Kindererziehung tragen und auf große Karrieren verzichten. Sie stehen somit unter einem enormen, gesellschaftlichen Druck, ihr Rollenbild zu erfüllen. Das ist nicht nur den Frauen gegenüber unfair. Auch Männer werden in ihre Rolle gedrängt. Auch im 21. Jahrhundert sollen sie der Ernährer sein, der das Geld für die Familie heranschafft. Entscheidet sich ein Mann lieber Hausmann und Vater zu sein, wird das als eigenartig und unnatürlich empfunden. Männer, die auch in Karenz gehen wollen, werden in Firmen schief angeschaut und im schlimmsten Fall wird ihnen von ihrem Vorgesetzten nahegelegt, sich das „noch einmal gut zu überlegen“. Es ist sehr schade, dass in unseren Breiten die Gleichberechtigung immer noch mit Füßen getreten wird.

Als Mutter hat man oft gar keine Wahl, als bei der Karriere zurückzuschrauben. In Österreich sind Kinderbetreuungsplätze Mangelware. Es gibt viel zu wenige Kindergartenplätze und Schulen mit Nachmittagsbetreuung und für unter Dreijährige schaut es überhaupt traurig aus.

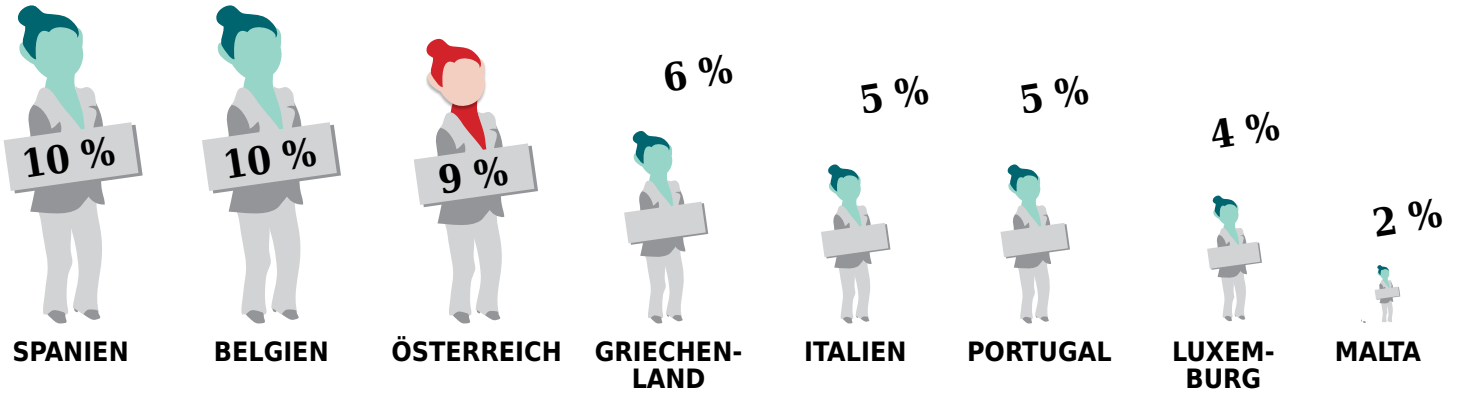
Die Konsequenzen dieser gesellschaftlichen Einengung kombiniert mit den viel zu wenigen Kinderbetreuungsplätzen sind in Österreich bereits seit Jahren spürbar. Die Geburtenrate sinkt von Jahr zu Jahr. Derzeit liegt die Geburtenrate bei 1,4 Kindern pro Frau. Schaut man in Länder wie Finnland, wo eine ordentliche Kinderbetreuung ganz selbstverständlich ist und auch die Männerkarenz ganz normal ist, liegt die Geburtenrate bei 1,9, das gender pay gap schließt sich mehr und mehr und auch in Spitzenpositionen sind Frauen schon zu 27,1% vertreten. Um dem Argument

einen Riegel vorzuschieben, dass Kinder emotional und intellektuell darunter leiden würden nicht bei der Mutter aufzuwachsen (wohlgemerkt die Mutter und nicht die Eltern) braucht man sich nur die PISA-Test Ergebnisse ansehen. Die Kindestättenbetreuung in den skandinavischen Ländern wird von ausgebildeten Pädagoginnen ausgeführt, die immer nur Kleingruppen betreuen und dadurch die Kinder eine individuell gestaltete und lehrreiche Zeit verbringen. Dies schlägt sich auch im Bildungsniveau dieser Länder nieder.
Auch wenn man sich als Frau gegen eine Familie und eigene Kinder entscheidet, wird man trotz Gleichbehandlungsgesetz nicht so gerne eingestellt. Es besteht ja die Gefahr dass man sich doch anders entscheidet beziehungsweise dass es halt einfach passiert und dann für 1-3 Jahre ausfällt. Bei Männern besteht diese Gefahr nicht, da sich an deren Arbeitspensum ja meistens durch eine Vaterschaft nichts verändert (verändern darf).

Sollte es so sein, dass es eine der wenigen Frauen doch bis ganz an die Spitze schafft, stehen ganz andere Qualitäten im Fokus der Öffentlichkeit als es das bei einem Mann tun würde. Wie verblüfft war beispielsweise die Weltpresse, als Angela Merkel bei einem Opernbesuch ein Kleid mit Ausschnitt anhatte. Dass jemals über die Kleidung eines Politikers geschrieben wurde, daran kann ich mich nicht erinnern. Eine Frau, die eine Abteilung oder ein Unternehmen mit strenger Hand führt wird nicht als energisch oder starke Führungspersönlichkeit beschrieben – Attribute, die einem Mann in dieser Position zugeschrieben werden würden – sondern als Drachen oder zickig. Dass immer noch stereotype Eigenschafften mit Männern oder Frauen verbunden werden, hat zum Teil jedoch auch seine Berechtigung. Nachgewiesener Maßen agieren Frauen in Führungspositionen anders als Männer. Wohlgemerkt anders und nicht besser oder schlechter. Sie sind diplomatischer und bevorzugen einen weicheren Kurs, der ihnen oft zu Unrecht als Schwäche ausgelegt wird.

Um der Ungleichbehandlung von Frauen entgegenzuwirken hat die EU-Kommission eine verbindliche Frauenquote beschlossen, die die größten europäischen Aktiengesellschaften dazu verpflichtet der Frauenanteil in den Vorständen von derzeit 12 auf 30% zu steigern (innerhalb von 3 Jahren). Bis 2020 soll der Frauenanteil in den Chefetagen 40% betragen. Die Frauenquoten sind eine umstrittene Sache. Viele Menschen befürchten eine Benachteiligung von Männern und eine drohende Männerdiskriminierung. Dass eine Person eingestellt wird, nur weil es sich um eine Frau handelt ist jedoch so nicht ganz richtig. Bis dato wurden Frauen bei gleich oder vielleicht sogar besserer Qualifikation Männern gegenüber oft benachteiligt. Jetzt wird bei gleicher Qualifikation die Frau eingestellt, falls die Quote noch nicht erfüllt ist. Eine berechtigte Frage, die sich stellt ist, ob es dann nicht legitim wäre in typischen „Frauenberufen“ wie KindergärtnerIn oder LehrerIn Männerquoten einzuführen. Tatsächlich wäre das im Sinne einer wahren Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern anstrebenswert. Quoten sollen nicht dazu dienen ein Geschlecht zu bevorzugen, sondern um ein Grundgleichgewicht herzu stellen, das, sobald es besteht, hoffentlich keine Quoten mehr notwendig hat.

Die Diskussion um Quoten, Gleichberechtigung und Gender sind sehr emotionsbehaftet und werden oft sehr leidenschaftlich geführt. Frauen, die sich für dafür einsetzen wird oft vorgeworfen, das sie eine Bevorzugung von Frauen im Schilde führen. Ich denke nicht, dass es darum geht. Es geht darum in der Berufswelt sowohl die gleichen Chancen und dann selbstverständlich auch Pflichten zu haben. Ich denke, dass es nur auch im Sinne der Männer sein kann, denn vielleicht entdecken auch einige, dass Teil der Kindererziehung durchaus reizvoll sein kann, beispielsweise. Wir müssen uns von Rollenbildern lösen und aufhören zu versuchen Menschen in bestimmte Rollen zu pressen. Die Politik muss dafür sorgen, dass es genug Betreuungsplätze gibt. Und es muss Quoten geben, die der Benachteiligung von Frauen einen Riegel vorschieben.
Schaut man sich Statistiken zu diesem Thema an, ist Österreich in fast allen unter den Schlusslichtern. Es wird Zeit einen Schritt Richtung Zukunft zu machen.



5 FRAGEN AN BUNDESMINISTERIN DR.IN SABINE OBERHAUSER

Interview: Marieta Schidrich

Die aktuelle Ausgabe der Fieberkurve steht unter dem Thema „Gleichberechtigung“ – haben wir das ihrer Meinung nach schon erreicht?

Wir haben zweifellos bereits viel in Sachen Gleichberechtigung und Gleichstellung erreicht. Trotzdem gibt es leider immer noch bestehende strukturelle und gesellschaftliche Hürden, die einer tatsächlichen Gleichstellung von Frauen im Weg stehen und die wir beseitigen müssen. Vor uns liegt beispielsweise noch das Schließen der Einkommensschere, eine echte partnerschaftliche Teilung der unbezahlten Arbeit oder mehr Väterbeteiligung bei der Kindererziehung.

Sie waren von 2004 – 2006 Vorstandsmitglied der europäischen Frauenlobby und von 2013 bis zu Ihrem Amtsantritt auch Bundesfrauenvorsitzende des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB). Was hat Sie dazu bewogen, sich aktiv für Gleichberechtigung und Frauenförderung einzusetzen?

Die Arbeit mit und für Frauen war mir ein besonderes Anliegen, da Chancengleichheit und die Verbesserung der Lebens- und Arbeitssituation von Frauen nicht von selbst kommen, sondern eingefordert und erkämpft werden müssen. Zusätzlich muss das, was wir schon erreicht haben, leider auch immer wieder neu verteidigt werden.

Der Begriff „Feminismus“ hat für viele eine unangenehme Konnotation, besonders von jungen Frauen wird er oft sogar abgelehnt. Was sagen sie zu diesen Tendenzen?

Der Feminismus hat immer schon heftige Widerstände ausgelöst. Man denke nur an die Suffragetten, die als erste organisierte Frauenbewegung für das Frauenwahlrecht gegen Diffamierungen und Anfeindungen vieler Männer – und leider auch Frauen – zu kämpfen hatten. Der Begriff wird heute wie damals oft von GegnerInnen bewusst mit einer negativen Einstellung gegenüber Männern gleichgesetzt. Das ist sehr schade, geht es dem Feminismus doch darum, die gleichen Rechte für Frauen und Männer durchzusetzen und nicht darum, die Ungleichbehandlung der Geschlechter einfach umzudrehen.

Viele Studierende machen sich bereits sehr früh Gedanken darüber, ob sich medizinische Karriere und Familie wirklich verbinden lassen – was können Sie Ihnen raten?

Ich halte es für ganz zentral, dass wir uns verstärkt anschauen, wie es einen guten Ausgleich zwischen Berufs- und Privatleben geben kann – Stichwort Work-Life-Balance. In der Medizin ist die Frage nach der Vereinbarkeit, bedingt durch die Arbeitszeiten und Nachtdienste, sehr schwierig zu bewältigen. Einige Krankenanstalten haben darauf bereits reagiert und bieten Modelle mit Teilzeit- oder Halbtagsstellen an. Im Rahmen der Neuregelung der Ärzteausbildung haben wir die Möglichkeit, die Ausbildung in Teilzeit zu absolvieren, geschaffen, um eine bessere Vereinbarkeit zu gewährleisten. Wir brauchen aber auch bessere Rahmenbedingungen für jene, die Vollzeit arbeiten wollen. In diesem Zusammenhang ist nach wie vor der Ausbau der Kinderbetreuungseinrichtungen in Österreich ein wichtiges Anliegen, das weiter vorangetrieben werden muss. Vor allem bei der Betreuung der Kinder unter drei Jahren gibt es definitiv noch Raum nach oben.

Die Anzahl von Frauen in leitenden Positionen ist immer noch sehr niedrig. Im AKH Wien beispielsweise gibt es unter den insgesamt 26 KlinikleiterInnen nur 4 Frauen. Was könnte, Ihrer Meinung nach, die Ursache dafür sein?

Oft werden Frauen im Verlauf ihres Arbeitslebens durch eine Vielzahl von Faktoren – bewusst oder unbewusst – benachteiligt und haben daher geringere Karrierechancen als Männer bzw. stoßen öfter an die gläserne Decke. Um dem zu begegnen, müssen wir die traditionellen Rollenbilder aufbrechen. Sehr oft wird auch die Ausrede bemüht „Wir finden halt keine Frauen“. Wenn man immer nur in Männernetzwerken sucht, wird man natürlich keine Frau finden. Ich halte daher gemischte Netzwerke und Mentoring-Programme, in denen sich frau von Frauen und Männern unterstützen lassen kann, die den Weg schon gegangen sind, für sehr hilfreich. Zusätzlich tragen Transparenz und eine umfassende quantitative Darstellung der Daten und Lage der aktuellen Geschlechterverhältnisse – wie etwa der Frauenbericht der Stabstelle Gender Mainstreaming der Medizinischen Universität Wien – zu mehr Bewusstsein und Sensibilisierung bei.

VOM WEIBLICHEN CHIRURGEN UND MECHANIKERINNEN

Text: Marieta Schidrich

Geschlechtergerechte Sprache regt auf. Nicht nur beim abendlichen Bier unter Freunden und Freundinnen im Pub sondern auch auf nationaler und internationaler Ebene sorgt dieses Thema immer wieder für hitzige, meist emotionale Debatten. Ich selber kann ein Lied davon singen – und wenn ich ehrlich bin: sogar zwei. Eines aus meiner Zeit als absolute Gegnerin der geschlechtergerechten Sprache. Und eines davon, wieso ich das jetzt ganz anders sehe.

Nur, um das gleich mal klarzustellen: ich will hier niemanden von irgendwas überzeugen. Ich will versuchen, Denkanstöße zu liefern und vielleicht dem/der einen oder anderen unterschiedliche Dinge und Ansichten verständlicher zu machen. Eine Meinung bilden muss sich jede und jeder am Ende selbst – und das ist auch gut so. Hätte mir jemand vor gut zwei Jahren gesagt, dass ich mal pro geschlechtergerechte Sprache eintreten würde, hätte ich die Person ausgelacht; ziemlich laut sogar. Meine damaligen Ansichten über das unliebsame Thema waren nämlich folgende:

GENDERN IST UNNÖTIG.
Das Totschlagargument für mich war, dass ich mich im generischen Maskulin tatsächlich mitgemeint fühlte. Ich brauchte keine extra weibliche Bezeichnung, um mich angesprochen zu fühlen. Und außerdem: es gab doch wirklich wichtigere Dinge?!

GENDERN IST UNNATÜRLICH.
Ich mochte Sprache und Literatur schon immer gerne, daher war geschlechtergerechte Sprache für mich nicht nur eine optische, sondern auch eine kulturelle Verschandelung. Sprache hatte sich natürlich zu entwickeln und nicht von irgendwelchen Intellektuellen zurechtgebogen zu werden.

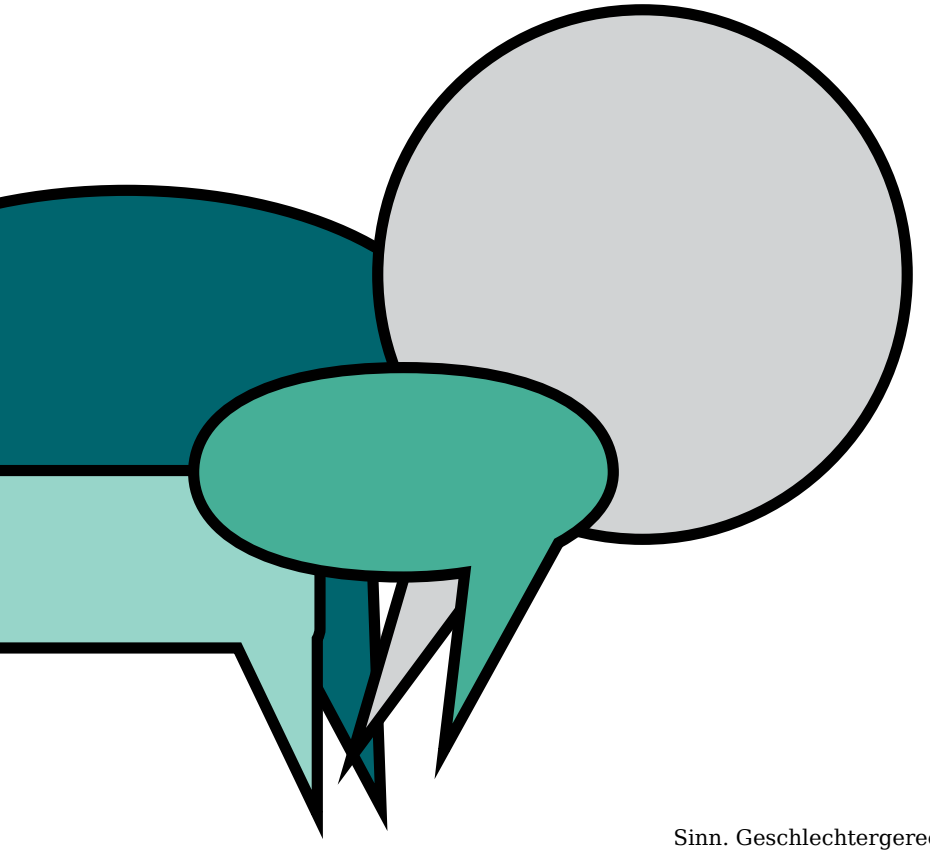
GENDERN STÖRT DEN LESEFLUSS.
Ob „Binnen-I“, „Unterstrich“ oder „Sternchen“ – alle diese Dinge mussten meiner Überzeugung nach den Lesefluss behindern. Das ungewohnte Auge störte sich doch sicher daran, das Hirn stockte beim Drüberlesen und das zerebrale Sprachzentrum brauchte länger um etwas zu verarbeiten. Abgesehen vom gestörten Lesefluss sieht geschlechtergerechte Schreibweise einfach nicht gut aus. Noch dazu komme ich ursprünglich aus der PR- und Werbebranche: schon mal versucht, einen Slogan geschlechtergerecht abzufassen?

GENDERN NERVT.
Ja, es stimmt: ein Schriftstück in geschlechtergerechter Sprache abzufassen, ist – besonders für Personen, die gendern nicht gewohnt sind – nervig. Es dauert länger, es muss mehr nachgedacht und öfter kontrolliert und korrigiert werden.

Ich habe geschlechtergerechte Sprache demnach so gut wie möglich vermieden. Persönlich sowieso, aber auch auf universitärer Ebene: meine wissenschaftlichen Arbeiten waren alle im generischen Maskulin abgefasst und ich war stolz darauf: die Uni und all ihre Pro-Gender-VetreterInnen hatten mich nicht kleingekriegt.
Der Wendepunkt kam, als ich vor dem Gebrauch geschlechtergerechte Sprache nicht mehr davonlaufen konnte: der Beginn meiner Tätigkeit bei der ÖH. Hier war ich also erstmals gezwungen, Texte zu gendern und mich mit der Thematik näher auseinanderzusetzen. Ich räumte ein, dass beim offiziellen Außenauftritt geschlechtergerechte Sprache angewandt werden sollte: ich konnte zumindest nachvollziehen, dass es womöglich Personen in unserer Gesellschaft gibt, die sich durch das generische Maskulinum nicht angesprochen oder miteinbezogen fühlen. Ich genderte also in meiner ÖH-Funktion – persönlich lehnte ich es allerdings immer noch ab. Auch als ich ein Seminar zum Thema geschlechtergerechte Sprache besuchte, tat ich es eher aus der Überzeugung heraus, dass ich mich zumindest mit den Hintergründen auskennen sollte, auch wenn ich gendern eigentlich ablehnte. Nach dem Motto: know your enemy. Diese Hintergründe waren es dann letztendlich allerdings, die mein tatsächliches Interesse an der Sache geweckt – und mich von einer Gender-Gegnerin zu einer starken Befürworterin von geschlechtergerechter Sprache gemacht haben.

WIESO ALSO DOCH GESCHLECHTERGERECHTE SPRACHE?

GESCHLECHTERGERECHTE SPRACHE MACHT SICHTBAR.
Bei geschlechtergerechter Sprache geht es darum, auch den weiblichen Anteil unserer Bevölkerung miteinzubeziehen und vor allem präsenter machen. Die gängige Auffassung, Frauen seien im männlichen Genus mitgemeint, stimmt nämlich so nicht. Studien konnten zeigen, dass rein männlich formulierte Texte in unseren Gedanken auch ein männliches Bild hervorrufen. Wird geschlechtergerechte Sprache verwendet, ändert sich dies und wir denken automatisch auch mehr an Frauen. Ein kurzes Beispiel: Probanden und Probandinnen wurden dazu aufgefordert, eine Geschichte über Vegetarier zu erzählen oder ihre Lieblingssportler zu nennen; in ihren Antworten kamen deutlich mehr Männer vor. Wurde die Fragestellung jedoch umformuliert in „VegetarierInnen“ und „SportlerInnen“ stieg der Frauenanteil in den Antworten signifikant an (die Probandinnen und Probanden wussten übrigens nicht, dass es sich um eine Studie zum Thema geschlechtergerechte Sprache handelte). Obwohl oft abgelehnt, bewirkt gendern also doch eine vermehrte Miteinbeziehung von Frauen in unser Denken – das konnte auch durch andere wissenschaftliche Methoden, wie Beispielsweise Eye-Tracking oder MRT-Aktivitätsmessungen des zerebralen Cortex, bestätigt werden. Auch hier ein Beispiel: „männliche Chirurgen“ werden von Testpersonen auch als solche verstanden, „weibliche Chirurgen“ hingegen lösen Irritation aus und bedürfen längerer Verarbeitung. Und es geht noch eindrucksvoller: „Jack saw the mechanic, because she looked out of the window“. Da sind wir beim Lesen jetzt all ein bisschen ins Stocken geraten, oder? In unserem Unterbewusstsein ist „the mechanic“ ein Mann. Ein Zeichen dafür, dass Frauen eben doch oft nicht mitgemeint sind.



SPRACHE BEEINFLUSST UNSER DENKEN.
Wir in Europa ordnen Zeitfluss generell von links (Vergangenheit) nach rechts (Zukunft) an. Araberinnen und Araber machen dies meist andersrum – was auch daran liegt, dass sie von rechts nach links schreiben. Ein anderes Beispiel: Wenn Personen neue Bezeichnungen für Farben lernen, verändert dies ihre auch ihre Fähigkeit, Farben zu unterscheiden – es entstehen neue Kategorien. Das gleiche gilt für Zeit: Bringt man Menschen neue Begriffe für Zeit bei, verändert sich ihr Denken darüber. Und um das ganze auf eine etwas praxisnähere Eben zu führen: es gibt ganze Wirtschaftszweige, die sich großteils um Sprachmanipulation drehen – Werbung zum Beispiel.
Ich habe das Ausmaß der Beeinflussung selber erfahren: ich fühle mich vom generischen Maskulin inzwischen nicht mehr angesprochen. Als mir das zum ersten Mal auffiel, war ich ein bisschen schockiert und belustigt zugleich – ich hätte nicht gedacht, dass sich die Auseinandersetzung mit geschlechtergerechter Sprache so grundlegend auf mein Denken auswirken würde. Aber unsere Denkweise und Wahrnehmung sind die wichtigsten Güter überhaupt, wenn es um Veränderung geht: ohne Umdenken kommt es zum Stillstand. Damit werden auch Argumente entkräftet, wie dass es Wichtigeres gibt als geschlechtergerechte Sprache. Grundsätzlich gilt: es gibt je nach Standpunkt immer Dinge, die wichtiger sind als andere. Ist die Ukraine-Krise wichtiger als der Kampf gegen den Islamischen Staat? Ist eine Therapie gegen Krebs wichtiger als eine Therapie gegen Autoimmunerkrankungen? Äpfel mit Birnen vergleichen macht eben keinen Sinn. Geschlechtergerechte Sprache ist ein Schritt von vielen auf dem Weg, welcher zu Gleichberechtigung, Gleichstellung und Gleichbehandlung führt.

SPRACHE BEFINDET SICH IM STÄNDIGEN WANDEL.
Dass sich Sprache „natürlich“ entwickeln muss, stimmt nur halb. Was ist denn jetzt „natürliche Entwicklung“ und wer definiert das? War die Lautverschiebung von Mittelhochdeutschen zum Neuhochdeutschen ein natürlicher Vorgang? Ist es natürlich, dass Worte wie „googeln“, „facebooken“ und „YOLO“ in unseren Sprachgebraucht übergegangen sind? Sprache spiegelt immer auch gesellschaftlichen Wandel wieder, wieso also nicht auch den Wandel hin zu Gleichberechtigung?
Übrigens gibt es auch Studien dazu, dass geschlechtergerechte Sprache keineswegs den Lesefluss oder die sprachliche Ästhetik negativ beeinträchtigt (siehe Infobox).

Last, but not least – Gendern wird so lange nerven, wie es den Menschen unreflektiert aufgezwungen wird. Stattdessen sollten Personen dazu angehalten werden, über den Sinn hinter geschlechtergerechter Sprache nachzudenken, denn nur so kann es überhaupt zu einem Umdenken kommen. Vielleicht hat mein Artikel ja die eine oder den anderen zur Meinungsneubildung angeregt – vielleicht auch nicht. Aber wenn ihn nur eine Person bis zum Ende gelesen und verstanden hat, worum es bei geschlechtergerechter Sprache eigentlich geht (egal, ob diese Person nun meine Meinung teilt oder nicht) dann ist das für mich schon ein Schritt in die richtige Richtung.

⇘INFOBOX

Stahlberg, Sczesny, Braun: Name Your Favorite Musician. Effects of Masculine Generics and of their Alternatives in German (jls.sagepub.com/content/20/4/464.short)

Blake, Klimmt: Geschlechtergerechte Formulierungen in Nachrichtentexten (link.springer.com/article/10.1007/s11616-010-0093-2)

Boroditsky, Gaby: Remembrances of Times East. Absolute Spatial Representations of Time in an Australian Aboriginal Community (pss.sagepub.com/content/early/2010/10/19/0956797610386621)

Danziger, Ward: Language changes implicit associations between ethnic groups and evaluation in bilinguals (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483828)

Fausey, Long, Inamori, Boroditsky: Constructing agency: the role of language (journal.frontiersin.org/Journal/10.3389/fpsyg.2010.00162/abstract)

THEODOR BILLROTH

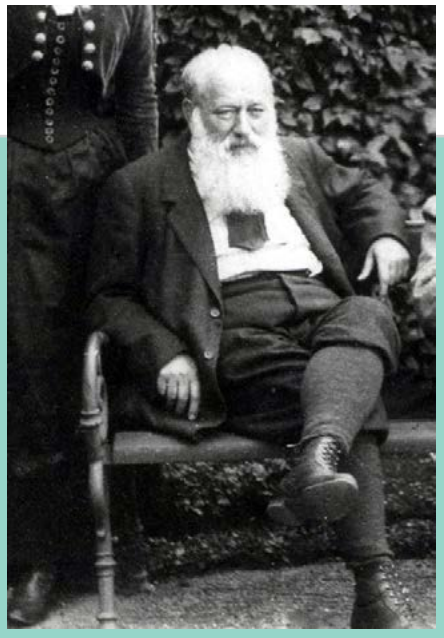
EIN ECHTER BILDUNGSBÜRGER ALS MITBEGRÜNDER DER MODERNEN CHIRURGIE ALS WISSENSCHAFT

Text: Johannes Oswald

Straßen, Gebäude und Operationen sind nach ihm benannt. Christian Albert Theodor Billroth war einer der bedeutendsten Chirurgen des 19. Jahrhunderts und gilt als Begründer der modernen Bauchchirurgie und als Pionier der Kehlkopfchirurgie.

Theodor Billroth wurde 1826 auf der norddeutschen Insel Rügen in eine Pastorenfamilie geboren. Nach dem frühen Tod seines Vaters übersiedelte die Familie ins nahe Greifswald, wo er die Schule als mäßig begabter Schüler absolvierte und an der lokalen Universität das Medizinstudium begann. Eigentlich wäre er ja lieber Musiker geworden, inskribierte jedoch 1848 unter dem Einfluss eines befreundeten Chirurgie-Professors in Greifswald Medizin und folgte bald darauf jenem Professor an die wesentlich bedeutendere Universität nach Göttingen. Dort studierte er u. a. mit Georg Meissner (ja: „Meissner-Plexus“ und „Meissner-Tastkörperchen“) einige Jahre und wechselte im Oktober 1851 nach dem Tod seiner Mutter nach Berlin. Kurz nach seiner Dissertation 1852 über die Lungenentzündung nach durchtrennten Nervi vagi und seinem Staatsexamen 1853 verbrachte Billroth erstmals ein Semester in Wien, wo er damals berühmte Professoren wie Hebra oder Rokitansky hörte. Anschließend wollte er sich in Berlin als einfacher, praktischer Arzt niederlassen, ihm wurde jedoch überraschend von seinem ehemaligen Chirurgie-Professor Bernhard v. Langenbeck, einem der bedeutendsten Chirurgen seiner Zeit, eine Assistentenstelle an der Charité angeboten, die er freudig annahm. Diese Stelle erlaubte es ihm, sich in den nächsten Jahren wissenschaftlich zu betätigen – besonders im Mikroskopieren von chirurgischen Präparaten. Die Chirugie war in dieser Zeit gewaltig im Umbruch: Ab 1846 breitete sich das erste, praktisch nutzbare Narkoseverfahren, die „Äthernarkose“, aus und ermöglichte erstmals geplante Operationen. Vorher waren alle operativen Eingriffe für die PatientInnen unvorstellbar schmerzhaft und wurden nur notfallmäßig durchgeführt. Man kann sich kaum vorstellen, was für einen Entwicklungsschub die entstehende Anästhesie für die Chirurgie bedeutete. Das einzige, wesentliche Gegenargument für Operationen blieb somit das „Wundfieber“ (enspricht einer bakteriellen Sepsis), über dessen Ursachen noch immer heftig spekuliert wurde und das bei manchen Operationen über die Hälfte aller PatientInnen das Leben kostete. Doch selbst diese gefürchtete Komplikation wurde in den kommenden Jahrzehnten durch diverse Maßnahmen langsam zurückgedrängt. Billroth publizierte an der Charitè einiges, habilitierte sich und schwankte bezüglich seiner weiteren „Carrière“ allerdings noch zwischen der Pathologie und der Chirurgie.

1860 folgte er schließlich einer Berufung als Professor ordinarius für Chirurgie nach Zürich. Dort konnte er seine wissenschaftliche Tätigkeit weiter entfalten, glänzte als geschickter Operateur und beeinflusste auch den Lehrbetrieb maßgeblich. Er startete mit seinem früheren Vorgesetzten Prof. Langenbeck die erste deutschsprachige Zeitschrift für Chirurgie, beschäftigte sich intensiv mit dem Wundfieber und schrieb einen viel beachteten Gesamtbericht seiner Tätigkeiten in Zürich, in dem er zukunftsweisend mit großem Aufwand die Mortalität aller seiner PatientInnen nach Entlassung erhob. In seiner Freizeit widmete er sich wieder der Musik und damit dem lokalen Kulturleben in Zürich. Er praktizierte Hausmusik – er selbst spielte Klavier und mehrere Streichinstrumente, und schrieb auch Konzertkritiken. Dabei lernte er auch erstmals den Komponisten Johannes Brahms kennen. Irgendwann wurde Billroth jedoch Zürich zu klein und er sehnte sich nach einem größeren Wirkungskreis.



Die Theodor-Billroth-Medaille wird von der Gesellschaft der Ärzte in Wien für besondere Verdienste in Medizin und Wissenschaft verliehen.

So kam es 1867 zur Berufung als Professor ordinarius an die II. Chirurgische Klinik nach Wien. Billroth stellt sich in den überlieferten Briefen dabei als fleissiger, protestantischer Deutscher in einem katholischen Umfeld mit lauter älteren Kollegen dar: „Wenn ich nun ein Österreicher wäre, so duselte ich mich jetzt so nach und nach ins Dolce far niente, doch der alte Schwede steckt mir im Leibe..., es quälen mich ewige Skrupel, ob ich meiner Stellung genüge, ob ich ihr noch für 10 Jahre oder wie lange noch gewachsen bin!“ Und sein Urteil über die Wiener war teilweise noch härter: „...hier in Wien, wo die Luft selbst versteuert ist. Mein Gehalt deckt gerade meine Wohnung; das Leben ist enorm teuer hier, doch im Ganzen angenehm und behaglich. Wenn ich es nur erst dahin gebracht habe, womit meine Kollegen hier immer angefangen haben, nicht wissenschaftlich zu arbeiten, nur für meine Person zu sorgen, die Amtsgeschäfte und Klinik notdürftig nebenbei zu erledigen, die Schweinewirtschaft im Krankenhaus gehen zu lassen, wie seit 100 Jahren – dann könnte ich ganz glücklich hier sein, dann wäre ich erst ein echter Wiener geworden.“

Die größte Leistung Billroths, der sein gesamtes weiteres Leben in Wien verbrachte, war zweifellos die Begründung einer chirurgischen Schule, die bald das Land dominierte. Seine Schüler besetzten chirurgische Lehrstühle im gesamten Habsburgerreich und darüber hinaus. Er war ein engagierter Lehrer gegenüber seinen Assistenten, auch wenn seine Vorlesung eher mäßig besucht gewesen sein sollen – der einzige Trost für seine späteren, in seinem Schatten stehenden Professorenkollegen von der I. Chirurgischen Klinik. Wissenschaftlich und schriftstellerisch war Billroth ebenfalls lange sehr aktiv. Er beschäftigte sich mit den Problemen medizinischer Lehre und auch kurzzeitig mit der Kriegschirurgie. Bis heute bekannt sind seine damals erfundenen Operationstechniken zur Magenresektion („Billroth I“ und „Billroth II“). Er führte auch – aufbauend auf den theoretischen Vorarbeiten seines Assistenten Vincenz Czerny - die erste vollständige Kehlkopfexstirpation (=Laryngektomie) durch und leistetet die theoretische Vorarbeit für die erste Oesophagusresektion, die wiederum später seinem Schüler Czerny gelang. Auch prägte Billroth inspiriert durch ihr Aussehen die Bezeichnung der Streptokokken, sah sie allerdings noch eher als Begleiterscheinung von Infektionen an.

Auch musikalisch war Billroth in Wien sehr aktiv. Er war eng befreundet mit dem Komponisten Johannes Brahms, der ihm auch zwei Werke widmete, und dem Musikkritiker Eduard Hanslick. Das beinhaltete private Musikabende, sehr häufige Konzertbesuche und viel (heute noch erhaltene) Korrespondenz. Verschiedene Werke wurden von Brahms zuerst an Billroth geschickt, bevor er sie veröffentlichte. Weiters ließ Billroth in Wien mit Spendengeldern und mit Hilfe des befreundeten Kronprinzen Rudolf eine interkonfessionelle Krankenpflegeschule mit angeschlossenem Krankenhaus errichten – das Rudolfinerhaus, heute ein Belegspital in Döbling. Er ließ auch das nach ihm benannte Billroth-Haus für die Gesellschaft der Ärzte errichten, wobei er Brahms in der Einladung zur Eröffnungsfeier mitteilte: „Mein Hauptaugenmerk bei der Construktion des Sitzungssaales war darauf gerichtet, dass man lautlos durch eine der 20 Türen verschwinden kann, wenn es langweilig wird (...)“.

Theodor Billroth verstarb schließlich 1894 wahrscheinlich an einer akuten Dekompensation seiner Herzinsuffizienz, an der er in seinen letzten Lebensjahren litt. Er wurde unter großer Anteilnahme in einem Ehrengrab am Wiener Zentralfriedhof beigesetzt.

Literatur:
E. Kern: Theodor Billroth: 1829 – 1894, Biographie anhand von Selbstzeugnissen; München, Wien 1994

H.-J. Peiper (Hrsg.): Das Theodor-Billroth-Geburtshaus in Bergen auf Rügen; Göttingen 2010

ONCHOZERKOSE – DURCH MÜCKENSTICHE ERBLINDET

Text: Marianne Graninger

Auch bekannt als „Flussblindheit", betrifft die Onchozerkose vor allem Menschen in afrikanischen Gebieten südlich der Sahara, aber auch in Südamerika. Die World Health Organisation (WHO) schätzt, dass mindestens 17,7 Millionen Menschen infiziert sind (über 90% davon in Afrika) und 270.000 der Betroffenen als Folge der Infektion an totaler Erblindung leiden.

WAS VERSTEHT MAN EIGENTLICH UNTER ONCHOZERKOSE?

Erregerzyklus & Symptome
Erreger der Krankheit ist der Fadenwurm Onchocerca volvulus, der durch blutsaugende Kriebelmücken – sogenannte „black flies" – von Mensch zu Mensch übertragen wird. Beim Stich gelangen die Larven von O. volvulus zunächst in die Blutbahn und entwickeln sich im Lauf der Zeit im Unterhautbindegewebe zu adulten Würmern – diese bilden als Wurmknäuel sichtbare Knoten unter der Haut und können bis zu 15 Jahre lang überleben!
Die Würmer produzieren jährlich tausende von Mikrofilarien, die sich im Gewebe verteilen und zu massiven Entzündungsreaktionen führen, vor allem wenn sie absterben. Wird eine infizierte Person abermals gestochen, so nimmt die Mücke Mikrofilarien auf, die sich nun zu Larven weiterentwickeln können – und bei erneutem Stich den nächsten Menschen befallen.

Die Entzündungsreaktionen machen sich einerseits durch Hautläsionen, Schwellungen und intensives Jucken bemerkbar. Durch den stellenweisen Verlust der Pigmentierung und eine Ablösung der Haut entwickelt sich das Bild einer „Leopardenhaut".
Andererseits können die Mikrofilarien in die Augen gelangen und dort Entzündungen hervorrufen, was zu einer Beeinträchtigung der Sehkraft und im schlimmsten Fall zur Erblindung führt – in der Vergangenheit betraf dies bis zu 50% der Bevölkerung in endemischen Gebieten! Somit stellt die Onchozerkose nach Katarakten, Glaukomen und Trachomen die weltweit vierthäufigste vermeidbare Ursache für Blindheit dar.

Flussblindheit
Der Lebensraum der Kriebelmücken sind strömende Gewässer wie Flüsse – daher leitet sich auch die Bezeichnung „Flussblindheit" ab. Um der Onchozerkose zu entkommen, verließen viele Menschen das fruchtbare Land um die Flüsse, was zu einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage führte – Hungersnöte und Armut waren die Folge. Die Onchozerkose stellte somit ein massives sozio-ökonomisches Problem dar.

WAS WIRD GEGEN DIESES PROBLEM UNTERNOMMEN?

Programme der WHO
Um dieser Problematik zu begegnen, gründete die WHO 1974 gemeinsam mit drei weiteren UN Organisationen das Onchocerciasis Control Programme (OCP). Ziel von OCP war die Elimination der Onchozerkose in 11 endemischen Staaten Westafrikas. Als das Programm 2002 endete, stellte die Onchozerkose in 10 von 11 dieser Länder kein bedeutendes Problem der öffentlichen Gesundheit mehr dar; in den meisten Ländern fand eine komplette Eradikation statt.

Durch das Versprühen von Insektiziden versuchte man zunächst, die Krankheit durch Ausrottung der Vektoren zu stoppen. Ab 1987 verteilte man zusätzlich das Medikament Ivermectin der Firma Merck & Co., das sich als sehr wirksam gegen den Erreger erwies.

„In 1987, the manufacturer of ivermectin – Merck & Co., Inc. – declared that it would donate ivermectin free of charge for as long as it is needed."
www.who.int/apoc/cdti/ivermectin/en/

Die Erfolge von OCP waren groß: 600.000 Menschen konnten davor bewahrt werden, zu erblinden und 250.000 km² fruchtbares Land wurden wieder bewohnbar gemacht!

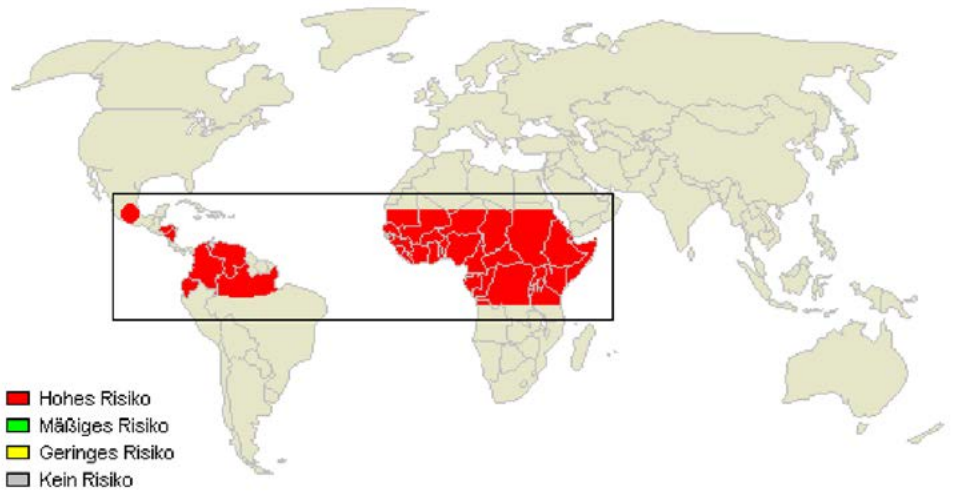
Auf diesem Erfolg aufbauend, wurde 1995 ein weiteres Programm gestartet: das African Programme for Onchocerciasis Control (APOC) umfasst weitere 19 von Onchozerkose betroffene Länder sowie jene Staaten des OCP, die noch nicht ganz von der Krankheit befreit sind. Als Public-Private Partnership entsteht APOC aus der Zusammenarbeit zwischen den Regierungen 31 afrikanischer Staaten, Stiftungen, Non-Governmental Development Organisations (NGDOs) und Pharmakonzernen. Die Hauptverantwortlichkeit liegt bei der WHO.

Die Lösung: Eigenverantwortung der Bevölkerung
Ziel von APOC ist die Elimination der Onchozerkose in den restlichen endemischen

Gebieten Afrikas. Um das Programm möglichst billig und nachhaltig zu gestalten ist CDTI (Community-Directed Treatment with Ivermectin) die Methode der Wahl. CDTI bedeutet, die Bevölkerung selbst bestimmen zu lassen, von wem und mit welchem System die Verteilung des Medikaments erfolgt. Als offizielle Strategie von APOC stellte sich CDTI als optimale Art heraus, die Behandlung der Bevölkerung mit Ivermectin durchzuführen.

Laut Empfehlungen der WHO wird Ivermectin am besten zweimal pro Jahr über einen Zeitraum von 10 bis 15 Jahren hinweg verabreicht. Die Kosten für eine jährliche Behandlung belaufen sich pro Kopf auf 0,57 USD.

Erfolge
Die Errungenschaften von APOC sprechen für sich:
Laut eines Berichts der WHO Ende 2012 erhielten über 100 Mio. Menschen in den 24 APOC Ländern eine Behandlung mit Ivermectin, das entspricht 65% der dortigen Bevölkerung
Dies führte zu einer Reduktion der Infektionen durch O. volvulus um 61% - heute schätzt man, dass die Prävalenz der Onchozerkose bereits um 73% gesunken ist! Insgesamt 700.000 Personen wurden ausgebildet, das Medikament zu verteilen.



UND WIE GEHT ES WEITER?

Weitere Programme und Ausblick
Um der Onchozerkose in Südamerika entgegenzuwirken, startete 1992 das Onchocerciasis Elimination Program of the Americas (OEPA). In Mexiko, Guatemala und Ecuador ist die Transmission der Infektion bereits gestoppt. Kolumbien ist seit 2013 frei von Onchozerkose und war das erste von der WHO deklarierte Land, in dem die Onchozerkose komplett eradiziert wurde!

2015 ist das letzte Jahr, in dem APOC aktiv sein wird. Weitergeführt wird es allerdings in Form von PENDA (Program for the Elimination of Neglected Diseases in Africa), um auch den übrigen, durch Chemotherapeutika vermeidbaren NTDs zu begegnen. Durch den Aufbau bzw. die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheitssysteme, die sich im Rahmen von APOC bildeten, verfolgt PENDA das Ziel, in den nächsten Jahren 4 weitere vernachlässigte tropische Krankheiten zu eliminieren.

MED MOMENT

Text: Marlene Hahn

Mit 18 war ich der festen Überzeugung: „Ich werde NIE Medizin studieren! Davor werde ich Putzfrau im Bahnhof!“ - Allein nur weil meine Mutter Ärztin ist und ich definitiv nicht in ihre Fußstapfen treten wollte.

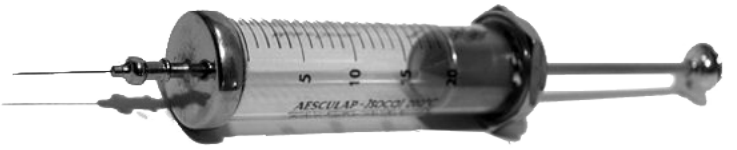
Die Auswahl was ich studieren wollte, war nicht besonders groß. Das Einzige was mir wirklich gefiel und somit übrig blieb, war Medieninformatik - was ich dann tatsächlich auch studiert und mit einem Bachelor abgeschlossen habe. Relativ früh im Studium habe ich ein Praktikum in der Universitäts-Frauenklinik Tübingen gemacht - als Mitarbeiterin im Medienteam. Mein Aufpasser hatte leider viel zu tun und war nicht immer zu den gleichen Zeiten da wie ich. Der Chef beschloss daher kurzerhand mich vormittags mit in den OP zu nehmen. Mein einziger Gedanke „Was will ausgerechnet ich denn bitte im OP!“

Und das war nicht mal alles: Ich wurde mit an den OP-Tisch genommen und mir wurde zum ersten Mal gezeigt, wie man sich steril macht. Der Mantel und die Handschuhe, die Laparoskopie-Kamera in der Hand und live bei einer OP dabei gewesen - der reinste Adrenalin-Kick und mein MedMoment!

Meine Sturheit war allerdings so groß, dass ich weitere 2 Jahre gebraucht habe um zu realisieren, dass ich wirklich Medizin studieren will. Und doch: Von der ersten Stunde im Studium an wusste ich: Das hier ist es! Das will ich machen! Selbst wenn ich mich ab und zu beschwere, liebe ich es jeden Tag! (Ich muss mich nur immer wieder daran erinnern ;))

IMPFEN, WOZU EIGENTLICH?

Text: Marlene Hahn



Was haben Mozart, Haydn und Beethoven gemeinsam?
Nein, nicht die Musik. Sondern? Die Pocken! Die eindeutig schlimmste Krankheit der letzten Jahrhunderte.

Jedes Jahr starben ca. 400.000 Menschen an Pocken und rund 10 % der Kinder starben aufgrund dieser Infektionskrankheit sogar noch vor dem 10. Lebensjahr.
Und heute? Die Welt wurde von der WHO am 8. Mai 1980 als Pocken-frei gefeiert. 184 Jahre nach der ersten Pockenimpfung. Infektionskrankheiten stellten in der Vergangenheit die häufigste Todesursache dar. Heutzutage sind das ganz anders aus. Neben dem Zugang zu medizinischer Grundversorgung und sauberem Wasser, sind Impfungen der wichtigste Grund für den Rückgang der Säuglingssterblichkeit, der Zunahme der Lebenserwartung und dem Rückgang vieler übertragbarer Krankheiten.

Die ganz große Erfolgsgeschichte der Medizin? Impfungen! Sie gehören zu den sichersten und wirksamten Vorsorgemaßnahmen. Jährlich können durch Impfungen ca. 3 Millionen Todesfälle verhindert werden. Allein bei Kindern können durch den Einsatz von Impfungen 750.000 Behinderungen pro Jahr vermieden werden.

Ziel der Impfung ist die Aktivierung des Immunsystems. Dazu werden abgetötete (Totimpfstoffe) oder stark abgeschwächte Erreger (Lebendimpfstoffe) genutzt, um ein natürliches Geschehen im Immunsystem zu imitieren. Manchmal reicht dieser Schutz dann lebenslang, manchmal müssen Auffrischungsimpfungen durchgeführt werden.

Der Vorteil des Impfens gilt z.B. für schwere Infektionskrankheiten bei denen keine oder nur begrenzte Therapiemöglichkeiten bestehen (z.B. Kinderlähmung (Poliomyelitis)) oder bei Infektionskrankheiten mit schweren Komplikationen (z.B. Masernenzephalitis mit einer Letalitätsrate von 20 - 30 %)

Und noch ein Vorteil? Man schützt mit Impfungen nicht nur sich selbst, sondern eben auch die Bevölkerung („Herdenimmunität"). Dadurch kann man Epidemien verhindern und Infektionsketten unterbrechen. Krankheitserreger können regional eliminiert werden und letztendlich eben auch weltweit ausgerottet werden - wie das bei den Pocken der Fall war.

GIBT ES RISIKEN & NEBENWIRKUNGEN BEI IMPFUNGEN? UND WIE WIRD DAMIT UMGEGANGEN?
Wie bei jedem Medikament können auch bei Impfungen gewisse Nebenwirkungen manchmal auftreten. Typische Beschwerden nach einer Impfung können Rötungen, Schwellungen und Schmerzen an der Impfstelle (2 - 20 % der Geimpften) sein. Auch Allgemeinreaktionen können mit Fieber, Kopf- & Gliederschmerzen auftreten (dies tritt bei 1 - 10 % der Geimpften auf). Allerdings sind das keineswegs Krankheiten, die wegen den Impfungen ausbrechen, sondern gewünschte Auseinandersetzungen des Immunsystems mit dem Impfstoff. Meistens klingen diese Beschwerden in der Regel nach wenigen Tagen komplett ab.

Nach Impfungen mit Lebendimpfstoffen, wie dem Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff, kann gelegentlich eine leichte Form der Krankheit auftreten. Diese ist allerdings nicht ansatzweise mit der tatsächlichen Krankheit zu vergleichen und auch nicht ansteckend!

In seltenen Fällen können Impfstoffe (genau wie Medikamente oder Nahrungsmittel) auch allergische Reaktionen hervorrufen und besteht eine Allergie gegen Inhalte von Impfstoffen, wird meist ein abgesprochenes, besonderes Vorgehen mit intensiver Überwachung gewählt.

Noch dazu besteht bei Impfungen wie bei allen Arzneimitteln eine festgelegte Meldepflicht z.B. für Zwischenfälle, bisher unbekannte Nebenwirkungen, vermehrtes Auftreten von Nebenwirkungen, Unverträglichkeiten oder Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln.

Diese müssen von der Ärztin/vom Arzt an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen gemeldet werden.

GIBT ES SPEZIELLE ANGEBOTE FÜR STUDIERENDE?
Das Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin stellt im AKH einen Anlaufort für Impfungen dar. Hier gibt es die Ambulanz, die einen umfassenden Impfservice für MitarbeiterInnen der MedUni Wien anbietet.

Die Impfungen werden sogar elektronisch erfasst und es gibt ein „Recall-System" das automatisch an Auffrischimpfungen erinnert.
Es gibt hier sowohl die ständigen Impfungen, wie Hepatitis A + B, Diptherie-Tetanus-Polio-Pertussis, Masern-Mumps-Röteln, etc. als auch Saison-bedingte Impfungen wie z.B. FSME, Influenza, ...
Aktuelle Impfaktionen werden ebenfalls angeboten z.B. gibt es zurzeit Meningokokken ACWY und B oder Pneumokokken für MitarbeiterInnen ab 50 Jahren.
Die Kosten werden für das Gesundheitspersonal und Studierenden während dem KPJ vom Rektorat übernommen. Für Studierende, die sich noch nicht im KPJ befinden, sind diese Impfungen zur Zeit leider noch nicht kostenlos, allerdings gibt es vergünstigte Preise für bestimmte Impfungen wie z.B. HPV.
Natürlich kannst du dort anfragen, dich impfen lassen und ebenfalls von allen vorher genannten Vorteilen (z.B. dem Recall-System) profitieren.

WIE WAR DAS NOCHMAL MIT DEM IMPFPLAN UND EMPFEHLUNGEN?

- Alle 10 Jahre bis zum 60. LJ: Diptherie-Tetanus-Pertussis-Polio (danach alle 5 Jahre)
- Alle 5 Jahre bis zum 60. LJ: FSME (danach alle 3)
- Jährlich: Influenza

Österreich hat seit 2014 die HPV-Impfung für Mädchen und Jungen in das Impfprogramm der Schulen mit aufgenommen. Jetzt werden alle Kinder ab dem 9. Lebensjahr geimpft. Zusätzlich kann man Kinder in den öffentlichen Impfstellen der Bundesländer bis zum 12. Lebensjahr sogar kostenlos impfen lassen.
Für Säuglinge und Kleinkinder sind ein Großteil der Impfungen kostenlos.
Bei Säuglingen gehören dazu das Rotavirus, Mumps-Masern-Röteln, Pneumokokken und der 6-fach Impfstoff Diphterie-Tetanus-Pertussis-Polio-Haemophilus-B-Hepatitis-B, die alle innerhalb des 1. Lebensjahres geimpft werden.
Bei Kleinkindern dann die Auffrischungsimpfungen des 4-fach Impfstoffes Diptherie-Polio-Pertussis-Tetanus und Hepatitis B.
Empfohlen aber nicht kostenlos sind Influenza (ab dem 7. Monat), Varizellen (ab dem 11. Monat), Meningokokken (ab dem 12. Monat), FSME (ab dem 13. Monat) und Hepatitis A (ab dem 14. Monat).
Zusätzlich sind natürlich immer Impfungen oder Präventionsmaßnahmen empfohlen wenn man ins Ausland geht und insbesondere wenn man in Länder reist, in denen bestimmte Krankheiten häufig vorkommen (z.B. Malaria in Afrika)

UND WAS SAGEN KRITIKERINNEN ODER IMPF-GEGNERINNEN? UND STIMMT DAS?
Die wohl häufigste Aussage ist „Impfungen können manchmal die Krankheit selbst auslösen“ - das stimmt in keiner Weise! Maximal kann eine abgeschwächte Form der Krankheit auftreten - und das auch nur bei Lebendimpfstoffen! Auch die Aussage „es ist besser eine Krankheit selbst durchzumachen“ stimmt nicht, denn ein Impfstoff sorgt ja genau dafür, dass das Immunsystem diese Krankheit sehr wohl durchmacht - nur eben ohne die gefährlichen Symptome!

Was viele Menschen heutzutage leider vergessen, ist wie gefährlich die tatsächlichen Krankheiten waren. Masern sind z.B. alles Andere als „eine harmlose Kinderkrankheit“. Aber da heute kaum noch Pocken, Masern oder Kinderlähmung auftreten, wissen viele Menschen gar nicht wie schlimm diese Krankheiten in den vergangenen Jahrhunderten gewütet haben und was für massive Auswirkungen sie haben können. Die Pocken haben z.B. sogar die Pest als gefährlichste Krankheit abgelöst!

Und obwohl Impfungen dafür gesorgt haben, dass in manchen Ländern bestimmte Krankheiten gar nicht mehr auftreten, heißt das nicht, dass der Erreger ebenfalls bereits verschwunden ist.

Viele Erreger sind nach wie vor vorhanden und in einer so globalisierten Welt wie unserer, ist es ein leichtes geografische Grenzen zu überschreiten und jede/n zu infizieren die/der nicht geschützt ist!
Dass in Österreich und auch Deutschland nur eine Impfempfehlung ausgesprochen wird und keine Impfpflicht besteht, macht die Sache - insbesondere bei Kindern, die keine eigenen Entscheidungen fällen können - nicht gerade leichter.

Als Medizinstudierende wissen wir es zum Glück jetzt besser. Also? Impfen lassen!

PS: Alle Informationen zum Thema Impfen können auf der Seite des Bundesministeriums für Gesundheit nochmal ausführlich nachgelesen werden.

Auch der Link zum aktuellen Impfplan ist hier zu finden:
bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Impfen/

TABAKQUALM IM GASTHAUS, ADIEU!?

Text: Mirlinda Ademi

Noch ist in einheimischen Lokalen das Rauchen in abgegrenzten Räumen erlaubt – wie aber Anfang dieses Jahres angekündigt wurde, soll sich dies bald ändern. In Österreich wünscht man sich nämlich möglichst bald eine komplett qualmfreie Gastronomie. Im Folgenden ein kleiner Einblick in die derzeitige Debatte rund um das umstrittene derzeit gültige NichtraucherInnenschutz-Gesetz.

ZUKÜNFTIG QUALMEN VERBOTEN?

Es scheint, als könnte es bald auch für österreichische Lokale „Tschick, adieu!" heißen. Angestrebt wird ein bundesweit durchgesetztes Rauchverbot in der Gastronomie. Hierüber soll noch in diesem Jahr ein Parlamentsbeschluss entscheiden. Eine Initiative, die von vielen Seiten begrüßt wird. Spannend bleibt, ob man sich durchsetzen wird können. Denn Österreich zählt in puncto eingeschränkter Rauchmöglichkeit in öffentlichen Lokalen zu den Ausnahmeländern in der EU. Als Vorbild für das Umsetzen des Verbots dienen andere Staaten, in welchen zum Schutz von NichtraucherInnen und Bediensteten ein absolutes Qualmverbot in Gaststätten herrscht. Ziel ist ein einheitliches rechtsgültiges Rauchverbot innerhalb der EU.

DAS ÖSTERREICHISCHE TABAKGESETZ IM ÜBERBLICK

Geregelt wird die derzeitige Situation durch das im Jänner 2009 in Kraft getretene Rauchverbot im österreichischen Tabakgesetz. Zwar ist zum Schutz vor der Einwirkung des Tabakrauchs der Zigarettenkonsum an vielen Orten, wie öffentlich zugänglichen und der Fortbildung dienenden Räumen verboten, doch gewährt das Tabakgesetz jedoch vor allem in der Gastronomie Alternativoptionen. Grund für die derzeitige Debatte sind Regelungen, die trotz NichtraucherInnenschutz Ausnahmen in Betrieben ermöglichen: Stehen beispielsweise mehr als nur ein Speiseraum zur Verfügung, kann - unter der Gewährleistung, dass Gäste in rauchfreien Zonen nicht durch den Tabakkonsum belästigt werden - bis zur Hälfte der genutzten Fläche als RaucherInnenbereich gekennzeichnet werden. Weitere Ausnahmeregelungen gelten für Lokale mit sehr kleiner Nutzfläche oder solche, in denen aufgrund von brand- oder denkmalschutzrechtlicher Vorschriften eine Abgrenzung eines RaucherInnenraums unmöglich ist. Sollte ein totales Rauchverbot in Kraft treten, will man Wirtinnen und Wirte, die in ihren Betrieben entsprechende räumliche Veränderungen durchführen müssen, durch eine Entschädigung finanziell unterstützen. Nicht jedoch ohne Folgen für KonsumentInnen - mit einer gleichzeitigen Erhöhung der Tabaksteuer ist zu rechnen.

SPITZENREITER ÖSTERREICH

Ein umfassender und lückenloser NichtraucherInnenschutz - was bei uns seit Längerem Streitthema ist, gehört in vielen anderen EU-Ländern zum Alltag. Irland war 2004 das erste europäische Land, in dem der Tabakkonsum in Pubs komplett verboten wurde. Frankreich folgte dem Beispiel im Jahr 2008. Österreich gehört mit seinen „RaucherInnenzonen" in Restaurants ebenso wie beispielsweise Deutschland, die Schweiz oder Schweden zu den Ausnahmen.

Statistiken der letzten Jahre zeigen, dass wir im Ländervergleich alles andere als gut abschneiden: Jede/r dritte Österreicher/in gibt an regelmäßig zu rauchen. Im Ranking der Europäischen Krebsliga (ECL) bildete Österreich in den Jahren 2007, 2010 und 2013 knapp hinter Deutschland jeweils das EU-Schlusslicht beim NichtraucherInnenschutz. Bei der Bewertung wurden unter anderem Zigarettenpreise, Rauchverbote, Anti-smoke-Kampagnen, Warnungen auf Packungen, sowie Möglichkeiten zur Raucherentwöhnung berücksichtigt. Mangelnder Fortschritt in den vergangenen Jahren wird seitens der ECL kritisiert. Nicht nur bei der Durchsetzung des NichtraucherInnenschutzes schneiden wir besonders schlecht ab. Einer im Jahr 2013 veröffentlichten Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zufolge sind wir außerdem auch weltweiter Spitzenführer mit den meisten jugendlichen RaucherInnen: Im Schnitt greifen etwa 25% aller 15-Jährigen in Österreich zumindest einmal pro Woche zur Zigarette, Mädchen dabei häufiger als Burschen. Weiters zählen rund 40% aller jungen Leute zwischen 15 und 29 zu den regelmäßigen RaucherInnen.

Durch ein verschärftes Verbot hofft man ähnliche Erfolge wie andere Staaten zu erzielen. Rund 14.000 Menschen in Österreich sterben jährlich an den Folgen des Tabakkonsums. Während die Gesundheitspolitik sich an ausländischen Studien ein Beispiel nimmt und durch strengere Maßnahmen einen Rückgang des Zigarettenkonsums und damit der Folgeschäden unterstützen möchte, fürchtet man sich sowohl in der Tabakindustrie, als auch in der Gastronomie vor starken Umsatzeinbußen.

RAUCHEN ERST AB 18?

Ebenfalls diskutiert wird, ob Minderjährigen in Zukunft gesetzlich weiter-

hin gestattet sein soll, Tabakwaren zu konsumieren. Dazu müsste man die im Jugendschutzgesetz bei 16 Jahren liegende Altersgrenze um zwei Jahre anheben. Neben Belgien und Luxemburg gehört Österreich zu einer der drei EU-Ausnahmen, in denen unter 18-Jährige Zigaretten kaufen dürfen. Ein Vorschlag, der teilweise auch auf Kritik stößt: Denn das würde bedeuten, dass man jungen Menschen im Alter von 16 Jahren zwar das Wahlrecht zuerkennt, aber durch eine Änderung des Konsumverbots gleichzeitig entmündigt. In der Wiener Gesundheitspolitik liege der Schwerpunkt momentan woanders. Eine baldige Änderung des Jugendschutzes im Umgang mit E-Shishas und E-Zigaretten werde angestrebt. Zum Vorbild hierfür nehme man sich die beiden Bundesländer Oberösterreich und Salzburg, in denen seit dem vorigem Jahr der Erwerb, Besitz und Konsum von Wasserpfeifen, E-Shishas und E-Zigaretten bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten ist.

PRÄVENTION – DER SCHLÜSSEL ZUM ERFOLG

Als pädagogisch sinnvoll erscheint vielmehr eine flächendeckende Gesundheitsförderung und Bewusstseinsbildung von klein auf zu unterstützen. Denn das durchschnittliche Einstiegsalter bei jugendlichen Rauchern in Österreich liegt teilweise bei 11 oder 12 Jahren. Projekte und Studien zeigen, dass präventive Maßnahmen das Verhalten Jugendlicher wesentlich beeinflussen können. Ende letzten Jahres startete beispielsweise die Austrian Medical Students` Association (AMSA) in Wien das ehrenamtliche Rauchpräventionsprojekt „Aufklärung gegen Tabak“. Zielgruppe sind SchülerInnen der 5. – 7. Schulstufe. Das Konzept richtet sich an dem erfolgreichen deutschen Vorbild, das im Nachbarland bundesweit auf positive Resonanz stieß.

„STEP“ BY „STEP“

Rauchdebatten in Österreich scheinen seit Jahren kein Ende nehmen zu wollen. Spannend bleibt, zu welcher Übereinkunft man schlussendlich kommen wird und wie schnell man ein komplettes Rauchverbot in der Gastronomie durchsetzen wird können.

DIE FÜNFTE JAHRESZEIT

Text: Luca Martelanz

Karneval, Fastnacht und Fasching sind verschiedene Bezeichnungen für die durch Karnevalsumzüge, Kostümierung, Krapfen, Masken und Musik gekennzeichneten alten Bräuche.

Während des Karnevals werden besonders Nahrungsmittel, die während der Fastenzeit verboten sind gegessen, wie zum Beispiel Fleisch, Eier und Fett. Es werden fettreiche Speisen wie Schweinefleisch und Speck, aber auch die vor allem bei Kindern beliebten Süßigkeiten und Fettgebäcke wie Berliner Pfannkuchen und Krapfen gegessen. Noch dazu enthalten viele regionale Rezepte auch weitere Zutaten wie Erbsen und Bohnen.
Nur einige der vielen interessanten Bräuche aus Österreich werden hier ausgesondert. In Tirol ist das Blochziehen oder Larchzieh’n eine der ältesten Bräuche, die zu Fasching nur einmal jede fünf Jahre stattfindet. In Steiermark wurde es geglaubt, dass man den Winter mit Trompeten vertreiben kann. Der Ausseer Faschingsmarsch mit typischen Maskentypen Pless, Trommelweiber und Flinserl findet heute noch immer statt. Der besuchswürdige Parapluimarsch im Oberösterreich ist durch Holzmasken, Kopfbedeckungen aus ausgestopften Tieren und zerrissene Regenschirme gekennzeichnet. Jungen in Vorarlberg versuchen am Rußigen Freitag das Gesicht von Mädchen mit Ruß oder Schuhcreme zu schwärzen.
Fasching wird rund um den Globus auch sehr unterschiedlich gefeiert. Jedes Jahr findet in Barranquilla, Kolumbien eine im Vergleich zum vorigen Jahr andere Motto-Party statt. Ständige Masken sind nur PolizistInnen mit Messern aus Holz und der Tod, der mit einer Sichel Zuschauer schnappt und sie danach mit Mehl bedeckt. Während des Karnevals essen finnische Kinder Croissants mit Marzipan-Füllung und trinken heiße Milch. In Dragor, Dänemark kämpfen ReiterInnen um ein Fass, das zwischen zwei Fahnenmasten aufgehängt wird, um es zu zerschlagen. Ursprünglich war in dem Fass eine Katze, die heutzutage durch Süßigkeiten ersetzt wurde. Die/der SiegerIn gewinnt die Süßigkeiten und wird „KönigIn der Katzen“ genannt. In Quebec ist die Hauptmaske des Karnevals der „Bonhomme“-Schneemann. Besonders beliebt zu Karneval ist bei den kanadischen Volljährigen das Getränk „Caribou“ – ein Cocktail aus Porto, Sherry und Vodka. Weltbekannt sind die Karneval-Halbmasken aus Venedig, Italien, die nur einen Teil des Gesichts bedecken. Ursprünglich wurde die Halbmaske von SchauspielerInnen als Hilfsmittel verwendet, um die Lautstärke und Verständlichkeit des Sprechens zu verbessern. In Italien und einigen anderen Ländern mit mediterraner Küche ist zu Karneval das Fettgebäck „Frittella“, das auch Rosinen enthalten kann, sehr beliebt. In Pratasso, Griechenland werden zu Karneval Schokolade und Blütenblätter von ledigen Frauen an den Menschenmengen ausgeteilt. Eine traditionelle Maske in diesem Gebiet Griechenlands ist der „Schwarze Domino“, die die aus Venedig importierte schwarze Seide symbolisiert.
In der Nacht zu Aschermittwoch endet der Karneval und es beginnt die Fastenzeit, die im Christentum als Vorbereitung auf das Osterfest gilt. Der Aschermittwoch ist immer am Mittwoch nach dem 7. Sonntag vor Ostern. Das Datum des Endes des Karnevals hängt damit von der Lage des Osterfestes ab.

EXKURS: MASKEN IN DER MEDIZIN
HYGIENEMASKEN

Die Hygienemaske, die unter anderen auch als OP-Maske oder Mundschutz bezeichnet wird, bedeckt den Mund und die Nase, um eine Übertragung von Keime sowie eine Infizierung von sauber zu halten Körperflächen und Körperhöhlen zu verhindern. Der Mundschutz stellt keine perfekte Hygienemaßnahme dar, weil den Atemstrom nicht zu 100 Prozent filtriert wird und kleinere Krankheitserreger die Filterporen durchdringen können. Noch dazu müssen wegen Durchfeuchtung die Hygienemasken beim längeren Gebrauch mindestens jede 2-3 Stunden ausgetauscht werden.

MEDUNI WIEN SERPENTS - ESPRIT-DE-KORB

Text: Olaf M. Glück

Nach längerer Planung und dem langen Warten der potentiellen SpielerInnen, hat die Meduni Wien mit den MedUni Serpents nun endlich das erste offizielle Sportteam. Das Projekt war seit dem Sommer 2014 angedacht, nach dem Vorbild der WU, die mit ihrem Basketball-Team WU Tigers eine Form von Esprit-de-corps generieren konnte, den viele Leute an der MedUni Wien bislang vermissten. Gemeinsam auch extracurriculär mit KommilitonInnen wie an den Colleges in den USA Sport zu treiben, ist das Ziel.

Zu den Tryouts Ende Oktober 2014 traten mit über 50 SpielerInnen entsprechend viele interessierte Studierende an, um ihr Können unter Beweis zu stellen und es in das Herren- bzw. Damen-Team zu schaffen. Ausgewählt wurden die SpielerInnen im Spielmodus, gut beobachtet vom „Drafter“ Alexander Gurtner. Einige Tage später wurden vom Organisations-Team um Alexander Gurtner (Kapitän Herrenmannschaft), Charlotte Studler (Kapitänin Frauenmannschaft), Berivan Osso und Maike Heinisch, die entscheidenden e-mails und die Einladung zum ersten Training an zukünftige Teammitglieder verschickt. Dieses Training fand von diesem Moment an jeden Sonntag statt.

Derzeit besteht das Herren-Team aus 18 aktiven Spielern, das Damen-Team leider erst aus 6 Spielerinnen. Darum hier nochmals die Bitte und der Aufruf an interessierte Spielerinnen: Meldet euch! Wir brauchen Verstärkung!

Dank Verbindungen zu den WU Tigers konnte das Herren-Team Anfang Jänner sogar schon das erste Testspiel bestreiten. Fast vollzählig, nach ca. 3 Monaten gemeinsamen Trainings trat das Team gegen die WU Tigers an, welche schon seit 3 Jahren miteinander trainieren und auch in Niederösterreich im Amateurbereich am Ligabetrieb teilnehmen.

Zu Beginn schien das Spiel relativ ausgeglichen, wobei beiden Seiten die Feiertage noch in den Knochen zu stecken schienen. Zusätzlich wurde nach längerem Spiel die kurze Zeit erkennbar, die seitens der Serpents erst gemeinsam trainiert wurde. So konnten sich die Tigers im Laufe der zweiten Hälfte immer weiter absetzen. Leider wurden von den Serpents viele Chancen vergeben und so musste man sich am Ende der Spielzeit trotz souveräner Leistung mit 7 Punkten Rückstand geschlagen geben.

Aber vor allem hier gilt der Satz: nach dem Spiel ist vor dem Spiel!

Um den Meduni Wien Serpents bessere Hallen, Leiberl, Fördergelder etc. zu ermöglichen wurde am 29.01.2015 ein offizieller Verein unter dem Dachverband des ASKÖ gegründet. Somit können nun größere Hallen und mehr Hallenzeiten beantragt werden. Den Vorstand bilden aktuell Berivan Osso (Vorsitzende), Maike Heinisch (1. stv. Vorsitzende), Rita Babeluk (2. stv. Vorsitzende), Lukas Wedrich (Finanzreferent) und Falk Preißing (Schriftführer). Vielen, vielen Dank an euch - fürs Organisieren und den Support bisher, obwohl ihr selbst nicht spielt! Last but not least: um den oben angesprochenen Esprit-de-corps zu etablieren und zu pflegen sind auch gemeinsame „Serpents-hosted“ Events z.B. in einer Bar geplant, wir halten euch darüber auf dem Laufenden!

Leserbrief betrifft „Homöopathie und EBM“ zu den Artikeln „Das Geschäft mit der Hoffnung“ und „Unikliniken und Komplementärmedizin“, Fieberkurve 12/2014

Ao. Univ.-Prof. Dr. Michael Frass, Med Univ Wien, Klinik Innere Medizin I

Zunächst vielen herzlichen Dank das so wichtige Thema “Homöopathie“ aufzugreifen. Es war sehr interessant, dass ich von Frau Schidrich in der Ambulanz begleitet wurde. In der Tat hat sie in dem sehr freundlich dargestellten Artikel etwas aufgezeigt, was ich selbst immer, besonders bei den Rigorosumsprüfungen, kritisiere: ich habe an diesem Tag keine/n Patienten/in physikalisch untersucht. Zu meiner Ehrenrettung kann ich nur sagen, dass im Ambulanzraum die Intimität bei einer Untersuchung nur sehr bedingt gewährleistet wäre.

Zum „Geschäft mit der Hoffnung“ scheint mir aber doch eine Richtigstellung notwendig: offensichtlich ist dieser Artikel vor der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Evidence-based medicine (EBM) verfasst worden: Der Lancet Artikel 2005 wurde ja zwar gut geplant, aber, wie hinlänglich bekannt, ist die Interpretation der Ergebnisse leider schwer fehlerhaft. Im Gegenteil, dieser Artikel beweist sehr schön, dass Homöopathie signifikant wirksam ist. Die vielen biometrischen Fehlerhaftigkeiten können in meinen Letters to the Editor (auch bei anderen AutorInnen) nachgelesen werden. Bekanntlich haben ja auch die großen Metaanalysen von Kleijnen (Brit Med J) und Linde (2 x Lancet) gezeigt, dass Homöopathie mehr kann als Placebo. Die Metaanalyse von Hahn (Forsch Komplementärmedizin) aus dem Jahr 2013 beweist: Um den Schluss ziehen zu können, dass Homöopathie einer klinischen Wirkung entbehrt, müssten 90% der vorhandenen klinischen Studien außer Acht gelassen werden. Alternativ müssten fehlerhafte statistische Methoden angewendet werden. (Literatur beim Verfasser zu beziehen)

Es ist also so wichtig, bei der Betrachtung medizinischer Methoden die EBM nicht außer Acht zu lassen. Man könnte jetzt noch viel zu manchen Aussagen bemerken, ich empfehle die Methodenseminare der MedUni Wien zu besuchen, damit sich Unwahrheiten nicht weiter verbreiten, z.B. wäre unter anderem auch die Einbeziehung eines/r praktisch orientierten Ökonomen/in sinnvoll. Über die kernigen Aussagen von Kabarettisten (siehe auch „Skeptikersyndrom“ von Edgar Wunder) könnte man ja noch schmunzeln, wäre da nicht ein wichtiges Detail: es ist vollkommen in Ordnung, wenn man für sich selbst aus religiösen, philosophischen oder ideologischen Gründen lieber leidet als eine EBM-fundierte Heilmethode zu verwenden; wenn man aber PatientInnen durch Verbreitung von Unwahrheiten leiden lässt, so ist das schärftens zu verurteilen. Es gibt so viele krankhafte Zustände und Beschwerden, für die es in der konventionellen Medizin kein therapeutisches Äquivalent gibt, die Homöopathie aber sehr wohl helfen kann. Zudem PatientInnen die Fähigkeit, ihren Gesundheitszustand beurteilen zu können, abzusprechen, grenzt an Hochmut. Mein Credo ist daher das Zitat von Rektor Prof. Dr. Schütz „Es gibt nur eine Medizin“. Es wäre schön, wenn eines Tages die veraltete Schwarz-Weiß Polemik in einen fruchtbaren, sachlichen und niveauvollen Dialog überginge, der einer akademischen Institution würdig ist.

TERMINE

NEU NEU NEU

EVIDENCE B(I)ASED MEDICINE

Sieben- bis achtteilige Vortragsreihe über medizinische und verwandte Bereiche, wie z.B. medizinische Forschung oder Gesundheitsökonomie, in denen das Prinzip der evidence based medicine noch nicht befriedigend erreicht oder gefährdet ist. Die Themen reichen von Publication Bias über die Zulassungspraxis und den Einsatz von Medikamenten sowie gesundheitsökonomische Aspekte in der Medizin.

Ab 4.3. jeden Mittwoch von 17:30 - 18:00. Ort wird noch bekanntgegeben.

WAHLFACH

WOHIN MIT DR.(IN) MED.?

Über die vielfältigen Karrieremöglichkeiten von ÄrztInnen.

Jeweils Dienstag von 17:00 bis 19:00, ab 10.3.
Nähere Infos auf unserer Homepage.

NÄCHSTE OFFENE REDAKTIONSSITZUNG FÜR DIE FIEBERKURVE
12. März, 16 Uhr AKH, Ebene 6M

SCHON PROBIERT?

BÄRLAUCHPESTO

200 g	Bärlauch, (ca. 300-350 Blätter je nach Größe)
50 g	Pinienkerne
50 g	Sonnenblumenkerne
50 g	Kürbiskerne
500 ml	Öl, Bio Rapskernöl
100 g	Parmesan oder Pecorino
3	Knoblauchzehe(n)
	Pfeffer, schwarz, aus der Mühle
	Meersalz, grobes

Bärlauchblätter waschen, in der Salatschleuder sehr gründlich 3 bis 4mal schleudern, bis keine Feuchtigkeit mehr austritt, anschließend grob hacken und in eine Rührschüssel geben. Knoblauchzehen hacken und mit der Kernemischung dazugeben. Öl aufgießen.
Mit dem Pürierstab fein pürieren.
Käse reiben und gut untermischen. Mit Pfeffer und Salz abschmecken.

Dieses Gemisch in dunkle Gläser abfüllen und vor Licht und Sonne schützen. Im Kühlschrank ist dieses Pesto bis zu einem Jahr haltbar.

Du hast Ideen rund um den Studienalltag und brauchst Unterstützung?

Bewirb dich doch für unseren Projekttopf.

oehmedwien.com/wer-wir-sind/referate/referat-fuer-wirtschaftliche-angelegenheiten/

KURZ PROTOKOLLIERT

“Wie behandelt man akute Schmerzen? - Akut. ”

aus dem SIP Fragenkatalog für Block 19.

BERATUNG

ALLGEMEINE BERATUNGSZEITEN & OFFENER BÜCHERSCHRANK
Mo, Di und Do: 10-16 Uhr, Mi und Fr 9-12 Uhr

BÜCHERANTIQUARIAT
Mo: 10-16 Uhr, Mi: 9-12 Uhr

VORSITZ
nach Vereinbarung unter uv@oehmedwien.at

REFERAT FÜR WIRTSCHAFTLICHE ANGELEGENHEITEN
nach Vereinbarung unter uv@oehmedwien.at

STV HUMANMEDIZIN
nach Vereinbarung unter
stv-human@oehmedwien.at

BILDUNGSPOLITISCHE BERATUNG
nach Vereinbarung unter
bipol@oehmedwien.at

MD-PHD-BERATUNG
nach Vereinbarung unter
patricia.wadowski@oehmedwien.at

SOZIALPOLITISCHE ANGELEGENHEITEN & STUDIEREN MIT KIND
Di: 10-12 Uhr

AUSLÄNDISCHE STUDIERENDE
Do: 14-16 Uhr

INTERNATIONALE ANGELEGENHEITEN
Di: 10-11 Uhr und Do: 14-15 Uhr

RADKLINIK
in der Vorklinik, Histologisches Institut
Di: 11-13 Uhr

IMPRESSUM
Medieninhaber und Hersteller: HochschülerInnenschaft an der Medizinischen Universität Wien, AKH 6M Währinger Grürtel 18-20, 1090 Wien; Verlags- und Herstellungsort: Wien; Redaktion: Mirlinda Ardeni, Rita Babeluk, Olaf M. Glück, Marianne Graninger, Marlene Hahn, Luca Martelanz, Johannes Oswald, Gerlinde Otti, Marieta Schidrich, Leo Schurr, Claudia Winkler; Gestaltung: Jakob Zerbes.

Gedruckt nach der Richtlinie "Druckerzeugnisse" des österreichischen Umweltzeichens, Gutenberg-Werbering GmbH, UW-Nr. 844

Landeskliniken-Holding

IHRE GESUNDHEIT. UNSER ZIEL.

TURNUSÄRZTINNEN BZW. TURNUSÄRZTE

Die **NÖ Landeskliniken-Holding** ist mit der Führung und dem Betrieb der 27 NÖ Landeskliniken betraut und damit einer der größten Gesundheitsdienstleister Österreichs. Die Rechtsträgerschaft der NÖ Landeskliniken liegt beim Land NÖ.

Unser gemeinsames Ziel ist es, durch ein professionelles medizinisches, personelles sowie kaufmännisches Management, die optimale Betreuung unserer Patientinnen und Patienten zu garantieren. Wir sind ein modernes und dynamisches Gesundheitsunternehmen mit hoher Patient-Innenorientierung. Darüber hinaus bieten wir ein innovatives Arbeitsumfeld, zeichnen uns durch ein gutes Betriebsklima aus und eröffnen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umfangreiche Entwicklungsmöglichkeiten.

Das Land Niederösterreich ist laufend auf der Suche nach motivierten und qualifizierten
Turnusärztinnen und Turnusärzten für die NÖ Landeskliniken.

Unser Angebot an Sie:
- Vertrag auf die gesamte Dauer Ihrer Ausbildung
- Möglichkeit, verschiedene Abteilungen und Landeskliniken unterschiedlicher Größe, mit breitem medizinischen Leistungsspektrum, kennenzulernen
- Persönliche Entwicklungschancen und Karrierewege in den NÖ Landeskliniken
- Vielfältiges Angebot an fachlichen und persönlichen Aus- und Weiterbildungen
- Jährliches Bruttoeinstiegsgehalt ab € 40.621,60 möglich (ohne Überstunden, Nachtdienste, etc.); Erhöhung auf Basis der gesetzlichen Vorschriften durch anrechenbare Vordienstzeiten

Ihre Qualifikationen:
- Promotion zum Doktorat der gesamten Heilkunde an einer inländischen Universität bzw. ein als Doktorat der gesamten Heilkunde nostrifizierter (d.h. mit dem österreichischen Studienabschluss gleichgestellter) akademischer Grad

Es ist für uns selbstverständlich, die Bestimmungen des NÖ Gleichbehandlungsgesetzes anzuwenden (www.noe.gv.at/gleichbehandlung). Weiters dürfen wir in diesem Zusammenhang auf die Ziele des Gleichstellungs- & Frauenförderprogramms des NÖ Landesdienstes und auf die regelmäßig erscheinenden Auswertungsberichte hinweisen. In Bereichen mit einem Frauenanteil unter 45% ist Frauenförderung geboten.

Wir freuen uns über Ihre Bewerbung unter **http://www.noe.gv.at/Politik-Verwaltung/Jobs.html**
(Pfad: www.noel.gv.at → Menü Jobs, Ausschreibung Turnusärztin bzw. -arzt).

Nähere Informationen zur Stelle und zur Bewerbung finden Sie unter
http://www.noe.gv.at/Politik-Verwaltung/Jobs.html (Pfad: www.noel.gv.at à Menü Jobs).

Ihre Ansprechpartner für persönliche Auskünfte

Regionen Mostviertel, NÖ Mitte	Markus Steininger	Tel.: +43(0)2742/9005-12239
Regionen Waldviertel, Weinviertel, Thermenregion	Martin Feichtner	Tel.: +43(0)2742/9005-13805

Land NÖ | NÖ Landeskliniken-Holding