



universität
wien

DISSERTATION

Titel der Dissertation

Ostöffnung – Fluch oder Segen für die medizinische
Betreuung im Grenzgebiet zur Slowakei am Beispiel des
Landeskrankenhauses Thermenregion Hainburg im
Allgemeinen und der Gynäkologie und Geburtshilfe im
Besonderen

Verfasserin

Mag. phil. Martina Wittmann

angestrebter akademischer Grad

Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

Wien, im März 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 092 312

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt: Geschichte

Betreuerin: Univ. Prof. Dr. Birgit Bolognese-Leuchtenmüller

Ostöffnung – Fluch oder Segen für die
medizinische Betreuung im Grenzgebiet zur
Slowakei am Beispiel des **Landesklinikums
Thermenregion Hainburg** im Allgemeinen
und der Gynäkologie und Geburtshilfe im
Besonderen



**Für meine
Eltern**

Inhalt

1	These	10
2	Vorwort	11
3	Danksagung	13
4	Landeskrlinikum Thermenregion Hainburg	15
4.1	Gespräche mit Direktor Wolfgang Palatinus – kaufmännischer Leiter	15
4.2	NÖN-Publicity	26
4.3	Abriss über die Geschichte des heutigen Landeskrlinikums Thermenregion Hainburg	30
4.4	Fotos – gestern und heute	33
4.5	Zukunftsperspektiven	61
4.6	Flächen im Landeskrlinikum Thermenregion (altes KH)	73
4.7	Garten und Küche	75
4.8	Betten	85
4.9	Personal und Prozentuelles	87
4.10	Das Krankenhaus in Zahlen	88
4.11	Ärzte- und Schwesternstatistik – Alter und Tabellen	90

4.12	Kriterien für die Einstellung von Pflegepersonal	93
4.13	Kosten für den Aufenthalt	96
4.14	Herkunftsstatistik der Patienten	96
5	Tag der offenen Tür – 28. Februar 2009	99
5.1	Tag der offenen Tür 2009 – Beschreibung	101
5.2	Fragenkatalog	107
5.3	Flächen des neuen Krankenhauses	116
6	Das Krankenhaus und die Slowaken	119
6.1	Die Umfrage	119
6.2	Der Fragebogen	119
6.3	Fragebogen: Ergebnisse	123
6.4	Gespräche mit Ärzten	174
6.4.1	Gespräch mit OA Dr. Stanislaus Haninec im Juli 2009	176
6.4.2	Gespräch mit Prim. Dr. Karl Bachmayer im Juli 2009	178
6.4.3	Gespräch mit Dr. N.N. im August 2009	181
6.4.4	Gespräch mit OA Dr. Ladislav Pavlovič im August 2009	183
6.4.5	Gespräch mit OA Dr. William Loksa im September 2009	186
6.4.5.1	OA Dr. Loksa – Patientenstatistik	189
6.4.6	Gespräch mit Prim. Dr. Thomas Hausner im September 2009	190
6.4.7	Gespräch mit Prim. Dir. Dr. Lukas Koppensteiner im Oktober 2009	194

6.5	Gespräche mit Schwestern	197
6.5.1	Gespräch mit Schwester N.N. im April 2009	199
6.5.2	Gespräch mit Schwester N.N. im April 2009	201
6.5.3	Gespräch mit Schwester Sissy Staffenberger im Juli 2009	204
6.5.4	Gespräch mit Schwester Bettina Riedmayer im Juli 2009	206
6.5.5	Gespräch mit Schwester Johanna Pilat, Pflegedienstleiterin, im Juli 2009	209
6.5.6	Gespräch mit Schwester N.N. im Juli 2009	211
6.5.7	Gespräch mit Hebamme N.N. im Juli 2009	212
6.5.8	Gespräch mit Hebamme N.N. im Juli 2009	213
6.5.9	Gespräch mit Schwester N.N. im Juli 2009	215
6.5.10	Gespräch mit Pfleger N.N. im September 2009	216
6.5.11	Palliativteam	218
6.5.12	Schwester, die einmal in Hainburg war	223
6.5.13	OP-Führung mit einer OP-Schwester	224
6.5.14	Gespräch mit der Klinischen Psychologin Mag. Martina Fleck im Jänner 2010	226
6.6	Patientengespräche	229
6.6.1	Juni 2009: Gespräch mit einer Frau, die vor mehr als 20 Jahren in der Slowakei entbunden hat	229
6.6.2	August 2009: Gespräch mit einer Frau, die vor 26 Jahren in Hainburg entbunden hat	232
6.6.3	Zwei Gespräche mit jungen Müttern aus der Slowakei, die in der Slowakei entbunden haben	233
6.6.4	Oktober 2009: Gespräch mit einer Mutter aus der Slowakei, die in Hainburg natürlich entbunden hat	236
6.6.5	September 2009: Gespräch mit einer Frau aus der Slowakei, die mit Wunschkaiserschnitt entbunden hat	237
6.6.6	September 2009: Frau aus der Slowakei, die eine andere Nationalität hat (Russland)	238
6.6.7	Gespräch mit Frau N.N. im August 2009	239
6.6.8	Gespräch mit Frau N.N. im September 2009	241
6.6.9	Gespräch mit Herrn N.N. im September 2009	243

6.7	Selbsthilfegruppen_____	244
6.7.1	Gespräch mit Frau Marion Hoffmann im Sommer 2009_____	246
6.7.2	AL-ANON Angehörige von Anonymen Alkoholikern_____	253
6.7.3	Hodenkrebs_____	253
6.8	Bürgermeister aus der Grenzregion sprechen über die derzeitige Situation_____	265
6.8.1	Gespräch mit Karl Kindl, dem Bürgermeister von Hainburg, im Juli 2009_____	265
6.8.2	Gespräch mit Gerhard Schödinger, dem Bürgermeister von Wolfsthal, im September 2009_____	269
6.9	Zusammenfassung und Ergebnisanalyse_____	274
7	Gynäkologie und Geburtshilfe_____	277
7.1	Gespräche mit Primar Gamperl im Frühjahr 2009 und dessen Lebenslauf_____	277
7.2	Der „Fall T.“_____	280
7.3	Antrittsrede von Primar Gamperl_____	297
7.4	Kommunikation im Kreißzimmer_____	298
7.5	Abteilungskonzept_____	303
7.6	Ausbildungskonzept für Allgemeinmediziner_____	305
7.7	Geburtenstatistik_____	311
7.8	Kaiserschnitt versus vaginale Geburt_____	315
7.8.1	Problem: Pro und Contra Kaiserschnitt_____	315

7.9	Vor- und Nachteile einer Schnittgeburt – Gespräch mit dem Gynäkologen OA Dr. Loksa	327
7.10	Sectio-Statistik im Hainburger Krankenhaus	328
7.10.1	Geburtenstatistik III-2008: Hainburg im Vergleich zu Gesamtösterreich	329
7.11	Gynäkologie und Geburtshilfe – dreisprachiges Angebot	330
7.12	Vortrag eines Anästhesisten am 25. September 2009	334
7.12.1	Peridural- / Spinalanästhesie zur Schmerzlinderung	334
7.12.1.1	Periduralanästhesie – PDA	334
7.12.1.2	Spinalanästhesie („Kreuzstich“)	337
7.13	Kreißsaal-Führung am 25. September 2009	337
8	Conclusio	341
9	Anhang – Vollständige Interviews	345
9.1	Randbemerkungen	435
10	Bibliographie	437
11	Abstract	445
11.1	Abstract: Deutsch	445
11.2	Abstract: English	446
12	Curriculum Vitae	449

Anmerkungen:

Titelbild zur Verfügung gestellt von Herrn Direktor Wolfgang Palatinus.

Die Verfasserin verwendet die folgenden Begriffe in der nachstehend angeführten Bedeutung:

- ❖ Mit „Hainburg“ ist auch das Landeskrankenhaus gemeint.
- ❖ „Slowaken“ bedeutet die Slowaken, die irgendeinen Bezug zum Landeskrankenhaus haben.
- ❖ „Patient“ ist teilweise geschlechtsneutral verwendet und somit auch die weibliche Form gemeint.

1 These

Die Menschen in Hainburg und Umgebung stehen der Grenzöffnung zur Slowakei nach wie vor kritisch gegenüber und haben noch immer Berührungängste mit den Nachbarn.

In kleinen Städten und Orten steht man nach der Grenzöffnung der steigenden Zuwanderung von Ausländern noch immer kritisch gegenüber. Ich habe an Hand des Landeskrankenhauses Thermenregion Hainburg und der Grenzöffnung zur Slowakei folgende These aufgestellt: Es herrscht nach wie vor eine gewisse Ausländerfeindlichkeit und ein gewisses Maß an Misstrauen gegenüber den Slowaken vor. Außerdem behaupte ich, dass junge Menschen aufgeschlossener sind und den Slowaken weniger argwöhnisch gegenüberstehen. Ebenso halte ich Geld für den Motivator dieser Art von Arbeitstourismus im Gesundheitsbereich. Ferner sind sprachliche Probleme nach wie vor der größte Hemmschuh für eine gedeihliche Zusammenarbeit.

2 Vorwort

Das Krankenhaus Hainburg ist der Ort, an dem ich meinen ersten Schrei getan habe! Deswegen gibt es kaum einen Platz, zu dem ich eine engere Bindung habe. Damals, 1982, war es noch der Altbau. Heute reden wir vom Neubau, der allerdings in den nächsten Jahren wieder erneuert und erweitert wird: vom Landeskrankenhaus Thermenregion in Hainburg an der Donau.

Da ich einerseits medizinisch und historisch sehr interessiert bin und andererseits eine besondere Beziehung zur Slowakei habe, wollte ich diese Bereiche in meiner Arbeit vereinen.

Aufgewachsen in unmittelbarer Nähe zur Slowakei, wurde mir schon als Kind und erst recht nach der Grenzöffnung im Jahr 1989 klar, dass man sich mit den „Nachbarn“ auseinandersetzen muss. Aber wie so viele meiner Landsleute hatte auch ich zunächst Berührungängste, weil das Land so nah und doch so fern war.

Auf Grund persönlicher Beziehungen zu einem gebürtigen Slowaken seit 2003, merkte ich, dass ich zu diesem Volk einen besonderen Zugang habe. Der Ostöffnung und der Notwendigkeit des Krankenhauses Hainburg, slowakische Ärzte einzustellen, ist es zu verdanken, dass er überhaupt nach Österreich gekommen ist, weil sein Vater am hiesigen Spital als Gynäkologe arbeitet.

Durch ihn, seine Familie und zahlreiche slowakische Freunde habe ich die slowakische Mentalität kennen und lieben gelernt und außerdem studiere ich mittlerweile Slowakisch an der Universität Wien. Man muss nämlich ein Land und dessen Menschen genauer kennen lernen, bevor man sich ein Urteil bilden kann.

Im Laufe der letzten Jahre sind viele Slowaken nach Hainburg gekommen und haben im Krankenhaus einen neuen Arbeitgeber gefunden beziehungsweise sind in Österreich ansässig geworden. Ich wollte mit meiner Arbeit herausfinden, ob und wie sich die Grenzöffnung zur Slowakei auf das Krankenhaus ausgewirkt hat, welche Veränderungsprozesse stattgefunden haben und wie zufrieden die Patienten schlussendlich mit der Betreuung durch ausländisches Personal sind.

Im Zuge meiner Recherchen habe ich bemerkt, dass auf der Gynäkologie und Geburtshilfe den Slowaken eine besondere Rolle zukommt. So finden sich auf dieser Station einerseits im Verhältnis zu den anderen Abteilungen die meisten aus der Slowakei stammenden Patientinnen, andererseits hat auch ein Teil des medizinischen Personals seine Wurzeln im Nachbarland und nicht zuletzt ist man bemüht, besonders in Bratislava und Umgebung verstärkt auf die Angebote der Gynäkologie und Geburtshilfe aufmerksam zu machen.

Dass es auf dem Gebiet der Kommunikation oft zu Missverständnissen kommt, muss nicht zwangsläufig mit der Nationalität oder der Sprache zu tun haben, sondern ist ein häufig zu findendes Problem, dem man auf der Gynäkologie und Geburtshilfe bewusst entgegenzuwirken versucht.

Nicht zuletzt hat sich für mich die Auseinandersetzung mit dem Thema „Sectio versus natürliche Geburt“ aufgedrängt, weil diese Streitfrage bei meinen Interviews immer wieder aufgetaucht ist.

Da sich das Krankenhaus momentan in einer Umbruchsphase befindet und in Zukunft nicht nur als „Insel“ verstanden werden will, wird künftig eine verstärkte Kooperation der bereits vorhandenen Selbsthilfegruppen mit der Slowakei in Betracht gezogen. Ich habe daher mit den Verantwortlichen Gespräche geführt, um den Ist-Zustand zu ermitteln beziehungsweise zu eruieren, welche weiteren Schritte in Zukunft angedacht sind.

3 Danksagung

Danken möchte ich meinen beiden Betreuern, Frau Prof. Dr. Birgit Bolognese-Leuchtenmüller und Herrn Doz. Dr. Manfred Skopec, unter deren Obhut ich meinen Wunsch, eine sozialgeschichtliche Dissertation mit medizinischem Hintergrund zu schreiben, verwirklichen konnte und die mir – so weit es möglich war – freie Hand ließen und beratend zur Seite standen, wenn Fragen auftauchten. Eines habe ich nämlich während meiner Studien und in der Arbeitswelt erkannt: Nur wenn man voll hinter dem steht, was man macht und sich damit auch identifizieren kann, ist es möglich, eine gute Arbeit abzuliefern.

Mein ganz besonderer Dank gebührt dem kaufmännischen Direktor des Landeskrankenhauses Thermenregion, Herrn Wolfgang Palatinus, der mir nicht nur Zugang zu allen Abteilungen im Krankenhaus verschafft, sondern mir überhaupt ermöglicht hat, in seinem Haus zu forschen und über das Spital zu schreiben. Er investierte in seiner Freizeit viele Stunden in Gespräche, knüpfte Kontakte und stellte mir notwendige Statistiken und Unterlagen zur Verfügung.

Danken möchte ich auch den Ärzten, dem Pflegepersonal sowie anderen Mitarbeitern des Krankenhauses, die mir bereitwillig im Rahmen von Interviews die erforderlichen Auskünfte gaben. Sie unterstützten mich nicht nur bei der Arbeit, sondern nahmen mir auch die Angst vor dem Krankenhaus an sich, weil ich merkte, wie viele verantwortungsbewusste und kompetente Menschen dort arbeiten und wie sehr sie bemüht sind.

Dank möchte ich auch jenen 274 Menschen aussprechen, die sich nicht nur die Mühe gemacht haben, meine Fragebögen auszufüllen, sondern einige von ihnen leiteten diese auch weiter und ermöglichten mir somit, wahllos und anonym zu recherchieren.

Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn OA Dr. William Loksa, der mir Kontakte zum Krankenhauspersonal herstellte und mich in seiner Eigenschaft als Gynäkologe in medizinischen Belangen beriet. Seine Gattin und Assistentin ermöglichte mir das Kennenlernen einiger Patientinnen und unterstützte mich bei sprachlichen Problemen.

Da ich aus eigener Erfahrung weiß, dass Befragungen oft lästig sind, freute es mich umso mehr, wenn mir etwa in der Ambulanz gesagt wurde: „Es ist schön, dass Sie das machen. Ich wollte schon lange meine Meinung abgeben.“ Oder, dass das medizinische Personal immer wieder gemeint hat: „Es ist eine schöne Abwechslung.“ Eine Schwester meinte sogar: „Bei dir kann man sich die Probleme von der Seele reden.“

Die Interviews endeten meist nicht mit dem Ausschalten des Laptops, sondern mit einigen Gesprächspartnern plauderte ich auch „out of records“ noch weiter und so entstand mitunter eine ganz vertraute Beziehung.

Meinem Freund danke ich dafür, dass er das nötige Verständnis für die mitunter doch recht stressigen Monate aufbrachte und mich zwischendurch aus meiner Akribie holte.

Nicht zuletzt möchte ich zwei Menschen besonders danken, nämlich meinen Eltern. Sie waren es, die mich in meinem Entschluss, diese Dissertation zu verfassen, bestärkt und bekräftigt haben. Außerdem waren sie in dieser spannenden Zeit – ebenso wie in meinem bisherigen Leben – immer für mich da und gaben mir den nötigen Rückhalt.

4 Landesklinikum Thermenregion Hainburg

4.1 Gespräche mit Direktor Wolfgang Palatinus – kaufmännischer Leiter



Auf Grund des Fehlens umfangreicher schriftlicher Arbeiten – abgesehen von einer Festschrift zum 50-jährigen Jubiläum im Jahr 1999 – basiert der Großteil meiner Arbeit auf Recherche, Interviews, Umfragen und Porträts.

Da es meines Erachtens niemand prädestinierteren gibt, über das Haus Auskunft zu geben, suchte ich zunächst das Gespräch mit dem kaufmännischen Direktor des Thermenklinikums, Herrn Wolfgang Palatinus, der es mir in zahlreichen Sitzungen und Begehungen ermöglichte, das Krankenhaus näher kennen zu lernen. Er nahm sich auch in seiner Freizeit immens viel Zeit, alle meine Fragen zu beantworten und wertvolle Kontakte zu knüpfen. Außerdem öffnete er mir Tür und Tor zum Spitalsarchiv sowie zu den einzelnen Abteilungen und versorgte mich mit Statistiken und wichtigen Daten. Überdies gab er mir wertvolle Tipps zur Auswahl meiner Gesprächspartner.

Neben mehreren kürzeren Einheiten vereinbarten wir auch sechs „große“ Termine zwischen den Monaten November 2008 und November

2009, wobei unter anderem folgende Themen aufgegriffen wurden: Bedeutung des Spitals für die Region – verbunden mit Hintergrundinformationen über das Haus sowie Zukunftsperspektiven; Beziehungen mit dem Spital im benachbarten burgenländischen Kittsee; Verhältnis zwischen Österreichern und Slowaken in der Grenzregion nach der Ostöffnung – besonders in Hinblick auf das Krankenhaus; Schwerpunkt Gynäkologie mit dem „Fall T.“ ;

Die erste Aussage des Direktors war, dass sich das Krankenhaus nicht als eine Insel versteht, die ausschließlich der Gesundheit dient, wo mit niedergelassenen Ärzten und diversen Selbsthilfegruppen kooperiert wird, sondern zugleich auch eine Kuranstalt sowie ein Ort der Begegnung ist. Im Rahmen der „Tage des offenen Ateliers“ (17. und 18. November 2009) öffnete sich das Landesklinikum der schönen Muse. Dabei wurden Kunst und Lyrik in angenehmer Atmosphäre geboten. Veranstaltungen dieser Art sollen vor allem der guten Reputation dienen und das Zusammenspiel von Medizin und Kultur demonstrieren.

Oberstes Ziel des Krankenhauses ist es, dass die ganze Region davon profitiert. So versucht das Hainburger Spital, sich selbst „unentbehrlich“ zu machen – sei es durch Selbsthilfegruppen, wie „Anonyme Alkoholiker“, denen in dieser Arbeit ein eigener Punkt gewidmet ist (→ siehe Punkt 6.7) oder auch durch Veranstaltungen wie etwa dem „Tag der offenen Tür“ am 28. Februar 2009 (→ siehe Punkt 5).



Peter Rapp mit Direktor Wolfgang Palatinus

Ein Event ganz besonderer Art gab es für Patienten, Besucher und das Personal des Landeskrankenhauses am 20. November 2009. Der beliebte Entertainer Peter Rapp moderierte eine knapp zweistündige, musikalisch untermalte Spieleshow, an der auch Lokalpolitiker wie BR Friedrich Hensler, Landtagsabgeordnete Christa Vladyka, Bürgermeister Karl Kindl sowie Gemeinderäte teilnahmen. Da die Kandidatengruppen bunt zusammengemischt wurden, kamen sich bis dato unbekannte Menschen näher – das Krankenhaus als Ort der Begegnung!

In Hainburg zu wohnen, heißt „leben an der Grenze“ – und das bedeutet, dass es sich beim Landeskrankenhaus um eine länderübergreifende Institution zum östlichen Nachbarn Slowakei handelt, was in Hinblick auf slowakische Ärzte, Pfleger und Patienten mitunter auch zu Spannungen führt – sei es in Zusammenhang mit der Sprache oder den noch immer vorhandenen Vorurteilen in der Bevölkerung.

Aber auch im Inland gibt es Hürden. Hainburg ist das östlichste Krankenhaus Niederösterreichs, in dessen unmittelbarer Umgebung in diesem Bundesland kein anderes Spital zu finden ist. Blickt man andererseits nicht einmal 15 Kilometer weit, befindet sich im burgenländischen Kittsee ein weiteres Grenzspital – allerdings fehlt die Zusammenarbeit zwischen Niederösterreich und dem Burgenland.

Zu dieser Thematik erschien am 12. August 2009 im Standard auf Seite 10 ein Artikel von Andrea Heigl.¹ Dort heißt es, dass die genau 11,6 km, welche die beiden Spitäler trennen, entfernungsmäßig eigentlich wenig sind, aber die Landesgrenze eine unüberwindbare Barriere für eine Kooperation darstellen würde. Laut Berechnung der Niederösterreichischen Volkspartei könnten durch eine Zusammenarbeit 10 Millionen Euro pro Spital eingespart werden. Die Volksparteien der beiden Bundesländer sind der Ansicht, dass die gemeinsame Küche nach Hainburg verlegt werden sollte, weil die in Kittsee nicht mehr den Anforderungen entsprechen würde. Ebenso sollte die Kittseeer Urologie mit der Hainburger Unfallchirurgie kooperieren. Von Seiten der SPÖ Burgenland kommen allerdings andere Signale das Geld betreffend: Die Summe stimme so nicht und man solle

¹ Vgl. Standard, 11,6 Kilometer und eine rot-schwarze Grenze, 12.08.2009.

schauen, dass innerhalb des Burgenlandes besser zusammengearbeitet werde. Außerdem wird kritisiert, dass bei der Abwanderung der Küche die Arbeitsplätze an Niederösterreich gehen würden.

Dass die Beziehung Hainburg-Kittsee angespannt ist, bestätigte mir auch der Direktor, denn das Gesundheitswesen sei Landessache und werde durch das Krankenanstaltengesetz (KAG) geregelt – und leider seien die Verhältnisse im Burgenland anders als in Niederösterreich, denn verschiedene Bundesländer heißt auch verschiedene Finanzierung. Palatinus spricht in diesem Zusammenhang von „Kantönlicheist“. Da nicht jedes kleine Krankenhaus alle Sparten abdecken kann, werden Sonderfälle in Spezialkliniken eingeliefert. Durch die Standortnähe steht aber Hainburg gewissermaßen auch in Konkurrenz zu Kittsee und deshalb ist das Leistungsspektrum besonders wichtig. So gibt es etwa an jedem Standort eine Allgemeine Chirurgie und Palatinus hatte die Idee, die „schneidenden Fächer“ in Hainburg unterzubringen, während „interne Fälle“ in Kittsee behandelt werden sollten. Da sich Kittsee gegen diese Aufteilung aussprach, kämpft Hainburg für sich allein. Bei einem Gespräch sechs Monate später erfuhr ich allerdings, dass eine Zusammenarbeit mit Kittsee beabsichtigt wird.

In den nächsten zehn Jahren ist es angedacht, das Hainburger Spital in drei Bereiche zu unterteilen: in einen Akutbereich, eine Übergangsabteilung und ein Pflegeheim. Auf meine Frage, was dem Direktor in seinem Haus fehle, um ganz wichtig zu sein, antwortet er ganz spontan: „Nichts!“, denn das Hainburger Spital bietet als Haus der Grundversorgung eine Chirurgie, eine Interne Abteilung, eine Gynäkologie, diverse Ambulanzen und Erste Hilfe an. Sogar ein Isolierzimmer ist vorhanden.

Natürlich hat jeder Arzt sein „Steckenpferd“ – aber: „Wenn jemand zur Tür hereinkommt, muss sich jeder Mediziner zu helfen wissen.“ Bei Mandeloperationen gibt es zum Beispiel einen Zwiespalt: Einerseits sollte die Verweildauer der Patienten im Spital so kurz wie möglich sein – andererseits ist nach derartigen Operation nach neuesten medizinischen Erkenntnissen ein längerer Aufenthalt notwendig. Deshalb werden keine Mandeloperationen mehr durchgeführt, denn früher operierte der HNO-Arzt einmal pro Woche,

führte am nächsten Tag eine Kontrolle durch und dann erfolgte die Entlassung, jetzt müsste der Facharzt vier Tage pro Woche anwesend sein.

Das heutige Gebäude ist zirka 25 Jahre alt (→ siehe Punkt 4.3) und platzt aus allen Nähten. Früher war das gegenwärtige Landeskrankenhaus ein Stadtkrankenhaus, für dessen Kosten die Stadtgemeinde zu einem Löwenanteil aufkommen musste. Die Übernahme seitens des Landes Niederösterreich am 1. Jänner 2005 sicherte quasi das Überleben des Standortes. In den nächsten Jahren soll laut Palatinus ein Zubau realisiert werden, wobei das Land mitentscheiden darf (vgl. Kurier vom 23. Jänner 2008, Heute vom 23. Jänner 2008, NÖN vom 28. Jänner 2008) (→ siehe Punkt 4.5). Gesundheitslandesrat Sobotka spricht in diesem Zusammenhang von „Gesundheitszentren“, in denen es auch Geschäfte und Fachärzte geben soll.

Da Gesundheit bekanntermaßen sehr teuer ist, verschlingt das Hainburger Spital im Jahr zwischen 32 und 35 Millionen Euro (→ siehe Punkt 5.3). Hier spricht der Direktor den Umgang mit Privatpatienten an: Hat ein Patient eine Zusatzversicherung, wird diesem Umstand natürlich gemäß der Geschäftsbedingungen Rechnung getragen, sei es bei der Wahl der Ärzte, bei der Menüwahl oder auch bei der Zimmereinteilung. Allerdings verfügt das Krankenhaus über kein Belegsystem.

Als Manko empfindet der Direktor die Tatsache, dass das Hainburger Spital mit Ausnahme der Gynäkologie noch keinen Hotelcharakter aufzuweisen hat. Ebenso gesteht er, dass „seine“ Interne Abteilung und Chirurgie die Menschen noch nicht so ansprechen, weil sie – wie er es nennt – „nicht besonders sind, aber es wird ...“.

In ganz Niederösterreich gibt es 27 Spitalsstandorte, die auf 5 Versorgungsregionen aufgeteilt sind. Seit 1. Jänner 2008 gehört das gegenständliche Spital zwar zur Region „Weinviertel“ – wird aber „Thermenregion“ genannt, weil fälschlicherweise Tafeln mit dieser Bezeichnung angeliefert wurden. Es ist daher nicht in einem Verband mit den Krankenhäusern Hohegg, Neunkirchen, Wiener Neustadt, Baden und Mödling – nur weil diese auch Landeskrankenhaus Thermenregion heißen. Zum „Weinviertel“ gehören die Spitäler in Mistelbach, Hollabrunn, Korneuburg, Stockerau, und die Tagesklinik in Gänserndorf. Palatinus spricht in diesem

Zusammenhang von einem „Gesundheitscluster“. Um sich besser zu repräsentieren, haben die niederösterreichischen Spitäler eine gemeinsame Pressestelle sowie einen Regionalmanager.

Der geschichtlich sehr beflissene und interessierte Direktor hätte seine Klinik sehr gerne „Carnuntinum“ genannt – auf Grund seiner kulturellen Lage ist das Landesklinikum ein Teil des Gebiets Carnuntum – aber dieser Wunsch wurde ihm nicht erfüllt.

Will man den heutigen Anforderungen gerecht werden, darf man die wirtschaftliche Seite nicht getrennt betrachten, sondern es muss stets eine Verknüpfung mit dem ärztlichen Bereich sowie mit der Pflegeseite stattfinden. So ist die Anstaltsleitung dreigeteilt: Neben dem kaufmännischen Direktor gibt es einen ärztlichen Leiter und eine Pflegedirektorin. Da der ärztliche Leiter, Dr. Lukas Koppensteiner, aus Mistelbach kommt (also ortsfremd ist) und die Pflegedirektorin, Fr. Johanna Pilat, sehr öffentlichkeitsscheu ist, obliegt es Herrn Palatinus in seiner Eigenschaft als kaufmännischer Direktor, das Haus nach außen hin zu vertreten. Um ein gutes Miteinander mit der „Außenwelt“ zu demonstrieren, wird – wie bereits eingangs erwähnt – beispielsweise Künstlern die Möglichkeit gegeben, Vernissagen zu veranstalten, denn ein weiteres Anliegen ist es, Gesundheit und Kultur in ansprechender Weise zu verbinden.

Als weitere Service-Einrichtung gibt es einen Kindergarten für den Nachwuchs der Angestellten, welcher gerne angenommen wird.

Um noch größere Wirtschaftlichkeit zu erreichen, entsteht derzeit gemeinsam mit dem Landespensionistenheim ein interessantes Projekt, wobei es eine große Vernetzung geben wird. Zusätzlich wird eine Übergangspflegestation errichtet, die in einem Neubau untergebracht werden soll. Im nahe gelegenen Bad Deutsch Altenburg gibt es überdies das Kurzentrum Ludwigstorff und gemeinsam mit diesem könnte eine große Wertschöpfung erwirtschaftet werden.

In Bezug auf die Grenzöffnung meint mein Gesprächspartner, dass Entwicklungen nicht verschlafen werden dürfen, da das Hainburger Spital ansonsten leicht Gefahr laufen könnte, ein Vorort von Bratislava zu werden.

Vor Jahren arbeitete er sogar mit einer Agentur zusammen und bot Journalisten aus der Slowakei Hausführungen an.

Natürlich seien aber Berührungängste da, denn die Slowakei stelle durch ihre kommunistische Prägung für viele Österreicher noch immer eine andere Welt dar. Als Beweis dafür erwähnt mein Gesprächspartner die kurz vor unserem Gespräch vom Landesstudio Niederösterreich ausgestrahlte Dokumentation über das Verhältnis der Slowaken und Niederösterreicher im Grenzgebiet, welche zuvor in der Kulturfabrik in Hainburg gezeigt wurde. Und man kann sagen: „Es ist nicht alles Gold, was glänzt.“

Die Grenzöffnung wurde auch im Krankenhaus richtig mit gelebt. Zunächst herrschte Euphorie vor und es gab Unterstützung. Durch die unterschiedliche Mentalität und Ausbildung schotteten sich die Menschen der zwei Nationen ab und schließlich kam das Jammern. Im Krankenhaus müssen aber die Mitarbeiter der verschiedenen Nationalitäten kooperieren. Zudem herrsche in Hainburg ein Kleinstadtmilieu und häufig hört man die Beschwerde, dass slowakische Schwestern eine „harte Aussprache“ hätten, was im Klartext bedeutet, dass sie als unsympathisch empfunden werden. Mittlerweile habe sich zwar ein Generationssprung vollzogen, aber leider seien nach wie vor in den meisten Köpfen Grenzen vorhanden.

Direktor Palatinus wüsste allerdings nicht, wie es in der Ostregion aussehen würde, wenn es den Fall des Eisernen Vorhangs nicht gegeben hätte. Um die Region Carnuntum würde es seiner Meinung nach ohne Ostöffnung jedenfalls nicht so gut stehen. Zusätzlich erachtet er den Krankenhausausbau und die kommende Landesausstellung als enorm wichtig für das Landeskrankenhaus Thermenregion sowie für die gesamte Region.

Natürlich sei es gruppenspezifisch schlecht, wenn hunderte Menschen überfallsartig in ein Land oder in eine Stadt einfallen. Man müsse sich nur ins Gedächtnis rufen, dass die Ungarn vergleichsweise auch nicht glücklich waren, als hunderte Österreicher Ende der 80er Jahre in ihrem Land eingefallen sind.

Beim Zuzug würde es sich um Zeichen der Zeit handeln. Direktor Palatinus selbst wohnt beispielsweise in einem Mehrfamilienhaus, wo sich auch einige Slowaken angesiedelt haben und diese empfindet er als nette

Leute. Leider fühlen sich aber manche Österreicher als „Herrenvolk“ und man kann sagen, dass es sowohl zwischen Slowaken und Einheimischen als auch umgekehrt Probleme gibt. Heute gelten allerdings doch andere Erziehungsmuster als früher und die Menschen sind größtenteils offener geworden.

Zu den nach wie vor vorhandenen Sprachbarrieren meint Palatinus, dass die Slowaken aufgeschlossener seien als die Österreicher und eher unsere Sprache beherrschen würden als umgekehrt. Wobei er einräumt, dass das Slowakische eine besonders schwere Sprache sei.

Auf der anderen Seite ist er der Ansicht, dass Übertreibung auch schlecht sei. So tue der Bürgermeister des nahe gelegenen Grenzortes Wolfsthal, Herr Schödinger, zu viel des Guten, indem er der Meinung der Bevölkerung nach zu viele Slowaken ansiedeln lässt.

Als Kehrseite der Medaille weist Palatinus darauf hin, dass die steigende Kriminalität, die mit der Grenzöffnung einherging, vor dem Spital nicht Halt machte. So wurde beispielsweise der Kaffeeautomat auf der Gynäkologie aufgebrochen und für diese Tat waren Ausländer verantwortlich. Ebenso bezeichnet er die Autoeinbrüche auf dem Parkplatz als einen Fluch.

Als ich das Thema auf einen nicht unumstrittenen ehemaligen slowakischen Oberarzt lenke, der – wie ich in meinen Interviews erfahren konnte – weder bei den ÖsterreicherInnen noch bei den SlowakInnen gut weggekommen ist, (menschlich gesehen – medizinisch gab es keine Probleme), meint mein Gegenüber, dass dieser jetzt weg sei und die Angelegenheit damit abgeschlossen ist. Natürlich habe auch er von der ruppigen Art gehört – aber fachlich konnte man dem Chirurgen nichts vorwerfen.

Bezüglich des Umgangstones des Personals heißt es bei manchen Patienten, dass die Österreicher sympathischer seien, andere wiederum bevorzugen die Slowaken. Hauptsächlich wird den Slowaken vorgeworfen, dass sie nicht so gut verstanden werden und erschwerend kommt dazu, dass alte Leute oft schlecht hören. Mit Toleranz und Fingerspitzengefühl wären viele Probleme aber sicherlich leichter zu lösen.

Was die Anzahl der Patienten im Hainburger Spital betrifft, sind 92% Österreicher. Durch den Umstand, dass ausländische Versicherungen die Kosten nicht zur Gänze abdecken, ist eine gewisse Zugangsbarriere vorhanden. Etliche Zusatzversicherungen haben allerdings schon in diese Richtung gedacht, aber die Zeit scheint noch nicht ganz reif dafür zu sein.

Er ist froh für das Krankenhaus, dass es doch einen relativ großen Zulauf seitens der Slowaken hat, denn früher gab es immer wieder Standortdiskussionen, ob man Hainburg schließen solle oder nicht. Somit haben die Slowaken zumindest ein bisschen zur Festigung des Platzes beigetragen.

Da die meisten aus der Slowakei kommenden Patienten die Gynäkologie und Geburtshilfe frequentieren, liegt das Hauptaugenmerk der Arbeit auf dieser Abteilung, die – wie Herr Palatinus ankündigt – in naher Zukunft mittels eines Folders, der sowohl auf Deutsch, Slowakisch und Englisch abgefasst ist, vorgestellt wird. Man müsse nämlich die Augen in Richtung Osten werfen und dürfe neue europäische Entwicklungen nicht versäumen. Er selbst wäre an einer Zusammenarbeit mit dem Klinikum in Petržalka sehr interessiert und beabsichtige daher, wichtige slowakische Persönlichkeiten zu einem Abend in gemütlicher Atmosphäre einzuladen, um diesbezügliche Kontakte zu knüpfen.

In Hainburg ist es möglich, dass Väter nach der Geburt bei ihren Babys und den dazugehörigen Müttern bleiben, wobei sich aber mangels an genauen Aufzeichnungen die Nächtigungsnummer nur schätzen lässt. Man kann sagen, dass lediglich zwei Prozent davon Gebrauch machen. Ebenso können Eltern bei ihren Kindern übernachten, wenn diese im Spital aufgenommen sind. Die Betreuung der Neugeborenen ist so geregelt, dass sie vom ortsansässigen Kinderarzt (derzeit Dr. Proksch) routinemäßig nach der Geburt untersucht werden. Da es keine Neonatologie gibt, werden Kinder bei Bedarf nach Wien überstellt.

Seit zirka zwei Jahren gibt es keine Trennung mehr zwischen der Gynäkologie und der Geburtshilfe, denn aus wirtschaftlichen Gründen kann so die Kapazität der Abteilung besser ausgenutzt werden. Von den Neuanschaffungen und Errungenschaften der letzten Jahre sind vor allem der neue Kreißsaal und Operationssäle zu erwähnen. Auch die Infrastruktur

(gemeint sind die Gänge) wurde erneuert. Als nächstes Ziel steht die komplette Sanierung des Bades auf dem Programm. Des Weiteren sollen alle Klassezimmer mit Duschen ausgestattet und in baldiger Folge drei Zimmer massiv renoviert werden. Außerdem gibt es eine neue Sterilisationsanlage.

Wirtschaftlich gesehen, könnte die Auslastung im Haus laut Direktor Palatinus natürlich immer besser sein, obwohl die Chirurgie seit Übernahme der Leitung durch Primar Hausner „mehr als voll“ ist. Auch die Interne ist immer sehr gut belegt. Da die Gynäkologie noch mehr Patientinnen aufnehmen könnte, wird die bereits erwähnte Werbeoffensive gestartet, die allerdings auch Geld kostet, zumal mit der Herausgabe der Broschüre eine Werbeagentur betraut wurde. Auch auf die niedergelassenen Ärzte wird verstärkt zugegangen, da eine gute Zusammenarbeit sehr wichtig ist.

Da nicht immer alles nur friedlich abläuft und es überall zu Problemen kommen kann, erörterten wir auch den kritischen „Fall T.“, der sich auf der Gynäkologischen Abteilung zugetragen hatte. (→ siehe Punkt 7.2 – Gynäkologie-Teil) Der Direktor meinte – auf meine Nachfrage hin – dass ich ohne weiteres darüber schreiben könne. Er bedauere einen derartigen Vorfall, zumal die Geburtsabteilung wesentlich von der Mundpropaganda abhängig sei. Als erschwerend empfindet er dabei den Umstand, dass Herr T. zufälligerweise an zwei Nicht-Österreicher geraten sei und dann überall „herumposaunt“ habe, dass im Hainburger Krankenhaus nur Ausländer seien. Den Ärzten sei aber in erster Linie die Gesundheit und das Überleben der Frau wichtig gewesen und nicht die Kommunikation mit dem Mann.

Von den verbalen Attacken des Herrn T. habe der Portier am meisten abbekommen, denn von diesem forderte er medizinische Erklärungen und nebenbei musste er ihm auch Telefonverbindungen herstellen. Herr T. hätte in der Folge natürlich auch die Patientenbeschwerdestelle kontaktieren können, anstatt sich sofort an ein Lokalblatt zu wenden. Zum Glück haben sich aber die Niederösterreichischen Nachrichten und andere Medien nicht des Themas angenommen. Der Direktor meint speziell zu diesem Fall, dass man mit Angriffen sowie Unterstellungen und dergleichen leben müsse. Zum Glück sei die NÖ Landesklinikenholding auf Hainburgs Seite gewesen und das Krankenhaus würde nach wie vor großes Vertrauen genießen.

In meinem Gespräch mit Direktor Koppensteiner im Oktober 2009 wurde mir bestätigt, dass das Thema T. beendet sei.

Zu den slowakischen Oberärzten (Dr. Loksa, Dr. Haninec, Dr. Pavlovič), kann er sagen, dass sich die Mediziner der früheren Stunde ganz phantastisch eingefügt haben und auch sehr angepasst sind. Er kennt aber auch Fälle, wo Österreicher versuchen, den Slowaken ihren Lebensstil aufzudrängen und umgekehrt, worauf er allerdings nicht näher eingehen will. Gruppenbildungen, bei denen Slowaken untereinander bleiben und Österreicher auch, erscheinen ihm zwar nicht unlogisch, aber er findet sie nicht wirklich gut.

Obwohl die Österreicher bekannt sind als ein Volk, das gerne jammert, ist es erwiesen, dass das Gesundheitswesen des Landes sehr gut ist. Die EU und die Ostöffnung können laut seiner Ausführung mit Sicherheit als Gewinn bezeichnet werden, der leider manchmal schlecht verkauft wird. Die Abschottung vor dem Fremdartigen bezeichnet er als etwas ganz Schlechtes, denn schließlich hätten auch sehr viele Österreicher ihre Wurzeln in einem anderen Land, es komme nur darauf an, wie man damit umgeht.

Zur besseren Information der Patienten liegt im Landesklinikum Thermenregion eine Broschüre auf, die neben wichtigen Informationen von A wie Alkohol bis V wie Visiten die Telefonnummern aller Abteilungen sowie Hinweise den Aufenthalt betreffend, enthält.²

Weiters ist darin ersichtlich, dass außer den Standard-Stationen (Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Herzüberwachung, Innere Medizin, interdisziplinäre Intensivbetreuung) und den Instituten (Anästhesiologie, Intensivmedizin, Labor, Röntgen) auch Konsiliarfachärzte zur Verfügung stehen. Diese decken die Bereiche Dermatologie, HNO, Kinderheilkunde, Neurologie, Urologie, Klinische Psychologie und Psychiatrie ab. Folgende Ambulanzen erweitern das Spektrum: Chirurgische, CT, Endoskopische, Erste Hilfe, Herzschrittmacher, Labor, Physiotherapie und Terminambulanz (CTG).

Auch die Regelung der Besuchszeiten, die aber „sehr locker“ gehandhabt werden, ist festgeschrieben. Offiziell können die Patienten

² Vgl. NÖ Landeskliniken – Holding (Hrsg.), Patienten – Information. Alles, was Sie wissen wollen!, St. Pölten, o.J.

Donnerstag bis Dienstag von 13.00 bis 15.30 besucht werden und am Mittwoch von 18.00 bis 19.00.

Um den Aufenthalt angenehmer zu gestalten, gibt es außer Aufenthaltsräumen eine Bibliothek, eine Cafeteria, einen Friseur und Fußpfleger, eine Seelsorge, TV und Radio.

Bezüglich der Unterbringung der Patienten ist zu sagen, dass es sich generell um Vierbettzimmer handelt. Jedes Bett verfügt über Radio, Schwesternruf, Leselicht und einen dazugehörigen Schrank. Auch ein WC und ein Waschbecken sind jedem Zimmer in einem separaten Raum angeschlossen. Duschen befinden sich in diesen Fällen auf dem Gang.

Sonderklassepatienten haben ein Anrecht auf ein Zimmer mit maximal drei Betten, aber es gibt auch Ein- und Zweibettzimmer. Ebenso gehört ein Fernseher zur Ausstattung. Sieben Zimmer haben eine eigene Dusche und in zwei Zimmern befindet sich auch ein Kühlschrank.

Auskünfte an Dritte werden nur dann erteilt, wenn dies der Patient ausdrücklich wünscht. Will man via Telefon Bescheid wissen, ob zum Beispiel eine Operation gut verlaufen ist, so muss zuvor ein Passwort vereinbart werden.³

Bezüglich der Verpflegung lässt sich sagen, dass die komplette Bestellung mittlerweile computerunterstützt funktioniert und den Bedürfnissen der einzelnen Patienten Rechnung getragen wird (→ siehe Punkt 4.7).

Da die ersten Gespräche mit Herrn Direktor Palatinus bereits im Vorfeld der anderen Interviews stattfanden, war es möglich, diese als Ausgangspunkt für weitere Recherchen zu verwenden, denn vor allem bezüglich der medizinischen Informationen verwies er mich an Ärzte und Schwestern.

4.2 NÖN-Publicity

³ Vgl. NÖ Landeskliniken – Holding (Hrsg.), Patienten – Information. Alles, was Sie wissen wollen!, St. Pölten, o.J.

LEISTUNGEN:

- **Endoskopische und offene Bauchchirurgie** - insbesondere Gallenblaseneingriffe und laparoskopische Hernienoperationen
- **Varizenchirurgie**, z. B. Laser-Varizenoperation, Endoskopische Varizenoperationen, etc.
- **Eingriffe bei Leberzirrhose**, z. B. Schienung der Speiseröhre bei Blutung (Stent)
- **Unfallchirurgie**
 - moderne Operationen (Osteosynthese) bei Knochenbrüchen
 - Eingriffe am Schulter- und Kniegelenk
 - arthroskopische Operationen
 - Behandlung von Rückenschmerzen (Lumbago)
 - Hallux- und Vorfußchirurgie
 - Totalendoproth. Hüftersatz
- **Handchirurgie und Chirurgie des peripheren Nervensystems**
 - Nervenengpasssyndrome
 - Dupuytren'sche Erkrankung
 - Hand- und Nervenverletzungen
- **Endoskopische Behandlung und Diagnostik**
 - Polypektomien
 - endoskopische Schleimhautentfernung (Resektion)
 - spezielle Hämorrhoidenoperationen (Longo)
 - Proktologische Operationen, Fis-sur, Fisteln



Primar Dr. Thomas Hausner erwarb seine Fachkenntnisse in Wien und in Paris.



Die leitenden Schwestern der Chirurgie: Johanna Paul, Petra Seebauer, Anni Szekeley und Elisabeth Staffenberger.

FOTO: ZVG

CHIRURGIE AUF HÖCHSTEM NIVEAU / Dr. Thomas Hausner und sein Chirurgie-Team sind um das Wohl der Patienten bemüht.

Moderne OP-Methoden und Menschlichkeit

HAINBURG / Die Abteilung für Chirurgie des Landeskrankenhauses Thermenregion Hainburg bietet ein breites Spektrum an allgemein- und unfallchirurgischer Versorgung. Neben hochqualitativer medizinischer Versorgung steht die freundliche und menschliche Betreuung der Patienten im Vordergrund.

„Das Niveau der chirurgischen Grundversorgung ist im Hainburger Krankenhaus sehr hoch. Die Schwerpunkte liegen in der Allgemein- und Unfallchirurgie sowie in der Behandlung von Notfällen“, erklärt der neue chirurgische Leiter Primar Dr. Thomas Hausner. Die endoskopische Bauchchirurgie ist bereits seit 1991 ein fixer Bestandteil des Behandlungsspektrums. Außer den routinemäßig durchgeführ-

ten endoskopischen Eingriffen („Schlüssellochchirurgie“) an Gallenblase, Blinddarm und bei Hernien werden auch Eingriffe bei Sodbrennen und am Dickdarm durchgeführt.

Hohe Patientenzufriedenheit durch geringe Belastung

Neu eingeführt an der Abteilung wird soeben ein zusätzlicher Schwerpunkt - die Handchirurgie und die Chirurgie peripherer Nerven. Primar Dr. Thomas Hausner hat seine diesbezüglichen Kenntnisse an einer Uni-Klinik in Paris sowie am Lorenz Böhler Krankenhaus in Wien erworben.

Zusätzlich werden bereits gut etabliert Knochenbrüche operativ und konservativ behandelt sowie Eingriffe am Schulter-

Knie- und Hüftgelenk durchgeführt. Die Behandlung von Krampfadern wird mit modernster Technik (Laser, endoskopisch) betrieben.

„Wichtig ist auch die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten, um so den Patienten eine optimale Betreuung zu bieten“, betont Dr. Hausner, dem auch die enge Zusammenarbeit der chirurgischen Abteilung mit den anderen Abteilungen des Landeskrankenhauses besonders wichtig ist.

„Moderne Operationsmethoden gepaart mit Menschlichkeit sollen geringe operative Belastungen, geringe Schmerzen und hohe Patientenzufriedenheit bewirken“, so Primar Dr. Hausner.

Eine Serie in Kooperation mit der Niederösterreichischen Landesklinikenholding



Tag der offenen Tür

in allen Landeskliniken Niederösterreichs

Samstag, 28. Februar 2009

von 9:00 bis 16:00 Uhr

Erfahren Sie ALLES über IHRE LANDESKLINIK.
 Führungen, Vorsorgecheck, Vorträge,
 Gesundheitsstraße und vieles mehr ...
 Nähere Informationen finden
 sie auf www.lknoe.at

Eine Initiative von
 Landeshauptmann Dr. Erwin Proßl und
 Landesrat Mag. Wolfgang Sobotka

Landeskliniken-Holding

Herzlich
willkommen!
Wir freuen uns
auf Sie.

ZUR „INTERNEN“:**■ Medizinische Einzelleistungen**

- Thrombolytische Therapie des Herzinfarktes und der Lungengefäßverstopfung
- Kardioversion
- Transösophageale Echokardiografie (Untersuchung vom Herz über die Speiseröhre)
- In Kooperation mit der Chirurgischen Abteilung die Implantation von antibradykarden Schrittmachersystemen
- Diagnostische Bronchoskopie (Lungenuntersuchungen)
- Polypektomie (Entfernung von Darmpolypen)
- Die PEG (Ernährungs-)Sondenimplantation

■ Diagnostische Methoden

- Transthoracale-Echokardiografien (Ultraschall)
- Kontrastmittel-Echokardiografien
- Ergometrie (Belastungs-EKG)
- 24-Stunden EKG bzw. Blutdruckmessung
- Duplexsonografie der Arterien und der Venen (Ultraschall)
- Abdominelle Sonografie und die Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse
- Videodoskopie des oberen und unteren Verdauungskanal



Das Pflegeteam der „Internen 1“: Die Diplomkrankenschwestern Margit Karner, Brigitte Perschy, Stationsleiterin Gerlinde Mulser sowie Hedwig Santner (v.l.).

FOTOS: LANDESKLINIKUM

HOHE FREQUENZ / Primar Dr. Karl Bachmayer und sein Team der „Internen“ des Landeskrankenhauses haben alle Hände voll zu tun.

„Interne“ versorgt fast 5.000 Patienten im Jahr



Primar Dr. Karl Bachmayer leitet die Interne Abteilung.

HAINBURG / Die Interne Abteilung ist die größte Abteilung des Hainburger Landeskrankenhauses. Rund 51 Prozent der im Hainburger Krankenhaus aufgenommenen Patienten werden auf der „Internen“ behandelt. 2008 waren das 4.900 Patienten.

Zum Bereich der Internen Abteilung gehören auch das Labor, die Physiotherapie, das Medikamentendepot und in gemeinsamer Verantwortung mit dem Vorstand der Chirurgischen Abteilung die Endoskopieambulanz. „Wir behandeln primär alle Gesundheitsstörungen aus allen Subdisziplinen der Inneren Medizin und der angrenzenden Nachbarfächer“, erklärt der Leiter der Internen Primar Dr. Karl Bachmayer. Das Team umfasst

sechs Fachärztinnen, zwei Assistentinnen, sieben Turnusärztinnen, fünf Notärztinnen und 50 Krankenschwestern bzw. -pfleger. Unterstützt und ergänzt wird die Betreuung der Patientinnen durch Konsiliarfachärztinnen für Neurologie, Psychiatrie, Dermatologie, Urologie, HNO und Pädiatrie.

Alternative Methoden als Ergänzung zur Schulmedizin

Neben einer der Schulmedizin verpflichteten Arbeitsweise werden auch komplementär- bzw. alternativmedizinische Therapiemethoden wie Akupunktur in ausgewählten Fällen angewendet. Die Interne Abteilung ist aber auch anerkannte Ausbildungsstätte für transthoracale

Echokardiografie und für abdominelle Sonografie (Erklärung siehe Infobox).

Modernstes Monitoring für prompte Intervention

Die Herzüberwachungsstation betreut nicht nur Patientinnen mit Herzinfarkt, sondern sämtliche Erkrankungen der internistischen Intensivmedizin wie Hochdruckkrisen, Herzschwäche, Schlaganfälle, Vergiftungen etc. Weiters werden Patientinnen behandelt, die entweder auswärts oder im Krankenhaus wiederbelebt wurden. Modernstes Monitoring und ausgefeilte Logistik gewährleisten prompte Interventionsmöglichkeiten.

Eine Serie in Kooperation mit der Niederösterreichischen Landesklinikenholding



Tag der offenen Tür

in allen Landeskliniken Niederösterreichs
Samstag, 28. Februar 2009
von 9:00 bis 16:00 Uhr

Herzlich willkommen!
Wir freuen uns auf Sie.

Erfahren Sie ALLES über IHRE LANDESKLINIK. Führungen, Vorsorgecheck, Vorträge, Gesundheitsstraße und vieles mehr ... Nähere Informationen finden sie auf www.lknoe.at

Eine Initiative von Landeshauptmann Dr. Erwin Pröll und Landesrat Mag. Wolfgang Sobotta

Landeskliniken-Holding

4.FEB.09

BURG

Woche 06/2009 **NÖN**



Der ärztliche Direktor des Hainburger Landeskrankenhauses, Primar Dr. Lukas Koppensteiner (r.), wünschte dem neuen chirurgischen Leiter Dr. Thomas Hausner alles Gute.

FOTO: LANDESKLINIKUM

NACHBESETZUNG / Dr. Thomas Hausner tritt Dr. Jan Danis' Nachfolge als chirurgischer Leiter im Landeskrankenhaus an.

Neuer Chirurgie-Leiter

HAINBURG / Seit 1. Februar ist Dr. Thomas Hausner neuer chirurgischer Leiter am Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg. Er ist ein anerkannter Fachmann auf dem Gebiet der Unfall- und Allgemeinchirurgie und tritt die Nachfolge von Primar Dr. Jan Danis an.

Der 44-jährige Primar ist gebürtiger Salzburger. Bis 2001 war Hausner bereits am Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg tätig. Zur Vervollständigung seiner unfallchirurgischen und chirurgischen Ausbildung verließ er das Landeskrankenhaus und bildete sich im In- und Ausland weiter.

Nun kehrte der Chirurg nach Hainburg zurück und übernimmt die Leitung der chirurgischen Abteilung. Außerdem ist er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Ludwig-Boltzmann-Institut für klinische und experimentelle Traumatologie im Rahmen des Forschungszentrums für Traumatologie der AUVA tätig.

„Breites Spektrum“ ist neue Herausforderung für Hausner

„Mit seinen persönlichen Grundsätzen zum Führungsstil - der Patient zuerst, Kompetenz und Vorbild, Multiplikation von

Wissen und Teamwork - wird er zur bestmöglichen Versorgung und Zufriedenheit aller Patientinnen und Patienten beitragen“, meint Primar Dr. Lukas Koppensteiner, ärztlicher Direktor des Hainburger Landeskrankenhauses.

Und auch der neue chirurgische Leiter, Dr. Hausner, ist sich sicher: „Die Leitung einer chirurgischen Abteilung mit einem so weiten Spektrum, wie es in Hainburg gegeben ist, erscheint mir äußerst interessant. Vor allem, weil ich hier meine umfangreiche Ausbildung in der Allgemein- und Unfallchirurgie nutzen kann.“

6

Dieser Zeitungsartikel beschreibt wohl eine Wende zum Positiven für viele Mitarbeiter des Krankenhauses Hainburg. Es wurde ein Nachfolger für

⁶ NÖN, 06/2009, Neuer Chirurgie-Leiter, 04.02.2009.

den nicht unumstrittenen Primar Dr. D. gefunden – und wie mir viele Schwester bestätigten: Es hat sich vor allem menschlich Vieles zum Positiven gewandelt.

4.3 Abriss über die Geschichte des heutigen Landesklonikun Thermenregion Hainburg

„Der Patient im Mittelpunkt“ war nicht nur das Motto der Festschrift anlässlich des 50-Jahr Jubiläums im Jahr 1999, sondern ist auch noch heute der Slogan und aktueller denn je.

In dieser Broschüre wird von den Anfängen bis 1999 berichtet.

Bereits lange vor der Grenzöffnung im Jahr 1989 gab es in Hainburg ein Spital. – Aber unter ganz anderen Voraussetzungen, mit wesentlich weniger Pflegepersonal und natürlich auch geringerer Patientenzahl.

Das Krankenhaus, von dem ich in meiner Arbeit spreche, wurde am 19. Dezember 1948 eröffnet. Zwar ist es in der heutigen Form nicht mehr auf exakt dem selben Platz, sondern gleich daneben und aus dem ehemaligen Spital wurde eine moderne Pflegeeinrichtung.

Ich habe die Geschichte des Hauses an Hand der vorhandenen Chronik kurz zusammengefasst.⁷

Zum ersten Mal in einer Urkunde erwähnt wird in Hainburg ein Hospital vor dem Wienertor im Westen der Stadt im Jahr 1390. Dieses ist im Mittelalter und in der frühen Neuzeit Beherbergung für Pilger, Alte und Arme sowie Seuchenkranke.

1825 errichtet Graf Traun, ein im Bezirk ansässiger Adeliger, ein Schloss im Osten der Stadt, in welchem später das Krankenhaus untergebracht wird. Das mittlerweile als Bürgerspital bezeichnete Spital wird 1856 in ein allgemeines öffentliches Krankenhaus umbenannt. Im Jahr 1894 wird aus dem bestehenden Krankenhaus ein Altersheim und das Krankenhaus zieht ins Stadtzentrum.

⁷ Vgl. Krankenhaus Hainburg an der Donau (Hrsg.), 50 Jahre Krankenhaus Hainburg, Druckservice Muttenthaler, Petzenkirchen 1999.

1946 beginnt die Errichtung des Spitals im Osten der Stadt im bereits erwähnten Schloss. Die Kosten sollen rund 7,5 Millionen Schilling betragen haben.

Am 19. Dezember 1948 wird das neue Krankenhaus eröffnet. 1961 kauft die Stadt das Krankenhaus. In den folgenden Jahren werden Personalwohnungen und die Erlöserkirche gebaut sowie eine Krankenpflegeschule gegründet. Ebenso werden in der Folge Schulungsräume und ein Kindergarten eröffnet. Auch das „Essen auf Rädern“ wird in der Krankenhausküche vorbereitet.

Am 15. April 1978 erfolgt der Spatenstich auf dem Areal des heutigen Spitals, das am 9. April 1983 eröffnet wird. Die Kosten belaufen sich dabei auf 263 Millionen Schilling. In der Folge wird das Krankenhaus um weitere 270 Millionen Schilling ausgebaut und am 9. September 1989 seiner Bestimmung übergeben.

Zu den weiteren Serviceleistungen zählt nun auch der Notarztdienst.

1998 wird der so genannte „Altbau“ in ein Pflegeheim-Projekt eingebunden.

Eine kleine Chronologie der Entwicklung

1856 kümmern sich zwei Ärzte und Barmherzige Schwestern um die Kranken. Als Vorstand dient die Gemeindevertretung und es gibt 16 Betten.

Als 1948 das neue Krankenhaus eröffnet wird, arbeiten 28 Menschen dort. Im Jahr 1953 darf die 1.000. Geburt bejubelt werden. Ab 1959 gibt es eine eigene Röntgenstation. 1962 wird der Operationssaal vergrößert und eine Sterilisationsanlage installiert. 1965 gibt es auf der Internen bereits 113 Betten. Seit 1969 ist die Prosektur vorhanden. Ab 1973 freut man sich über eine Herzüberwachungsstation und über insgesamt 144 Betten. Endoskopische Untersuchungen werden ab dem Jahr 1978 durchgeführt. Ab 1981 wird die Sonographie gebräuchlich. 1983 wird der Neubau mit drei Operationssälen, Zentralsterilisation, physikalischer Therapie und drei Bettenstationen auf der chirurgischen Abteilung fertig gestellt. Ab 1986 kommt im Labor ein vollautomatischer „Chemieautomat“ zur Anwendung. Die 12.000. Geburt wird 1987 gefeiert. 1991 wird die laparoskopische

Operationstechnik eingeführt. Ab 1992 wird der Notarztdienst organisiert. 1994 wird die Prosektur saniert.

Am 1. Dezember 1997 gibt es in Hainburg eine Premiere für Niederösterreich: Die laparoskopische Fundoplicato (Zwölffingerdarm OP).

1997 ist ein Jahr der Rekorde für das Hainburger Spital. So finden 537 Geburten und 957 gynäkologische Operationen statt und 235.020 Laborbefunde werden erhoben. Ab 1998 gibt es die Videoendoskopie und auch die Computertomographie kommt zur Anwendung.

262 Bedienstete betreuen im Jahr 1998 Patienten in 190 Betten. ⁸

Da es seit dem Jahre 1998 keine zusammenfassenden Aufzeichnungen gibt, habe ich die Veränderungen und Errungenschaften der letzten Jahre im Rahmen meiner Gespräche erhoben und in die Zusammenfassung der Interviews einfließen lassen.

Das Zahlenmaterial wurde mir vom Sekretariat zur Verfügung gestellt. Aktueller Personalstand am 11. Februar 2009 (→ siehe Punkt 4.9)

Leitung

Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. Lukas Koppensteiner

Kaufmännischer Direktor: Dipl. KH-Betriebswirt Wolfgang Palatinus

Pflegedienstleitung: DGKS Johanna Pilat

Primärärzte:

Anästhesie: Prim. Dr. Werner Preis

Betriebsarzt: OA Dr. Gyöngyi Fodor

Chirurgische Abteilung: Prim. Dr. Thomas Hausner

Gynäkologie und Geburtshilfe: Prim Dr. Gottfried Gamperl

Interne Abteilung: Prim Dr. Karl Bachmayer

Röntgeninstitut: Prim. Dr. Lukas Koppensteiner

Außerdem gibt es Konsiliarfachärzte auf den Gebieten der Psychiatrie, der Neurologie, der Dermatologie, der Kinderheilkunde und der Urologie.

⁸ Vgl. Krankenhaus Hainburg an der Donau (Hrsg.), 50 Jahre Krankenhaus Hainburg, Druckservice Muttenthaler, Petzenkirchen 1999, S. 8-14.

Möchte man die aktuellsten News das Krankenhaus betreffend erfahren oder sich schnell zurechtfinden, so kann man auch nähere Informationen aus dem Internet beziehen. Unter <http://www.hainburg.lknoe.at> kann alles Wichtige nachgelesen werden.

Im Schnellverfahren nennt Palatinus noch einige weitere Details, die er als wichtig erachtet. Er erwähnt den Hubschrauberlandeplatz, der zirka zwei- bis dreimal im Monat benutzt wird ebenso wie die Prosektur, wohin man die Leichen bringt, ehe sie seitens der Bestattung übernommen werden.

Die Speisen werden auf neun vorheizbaren elektrischen Speisetransportwagen vom Personal der Reinigungsfirma auf die Stationen gebracht. Das Seniorenwohnheim wird ebenfalls von der Spitalsküche gepflegt. Auch „Essen auf Rädern“ und die Kindergärten bekommen das Essen aus der Klinik.

Als Wäscherei fungiert die Firma Stuhl aus Bruck/L., welche Mietwäsche vertreibt. Die OP-Wäsche wird von der Firma Rentex aus Wien versorgt. Außerdem gibt es noch Verbandwagen, Spritzenwagen und Visitenwagen.

Das Haus verfügt über insgesamt 2 Personenaufzüge und drei Bettenlifte.

4.4 Fotos – gestern und heute

Um Entwicklung im Krankenhaus anschaulicher zu gestalten, habe ich eigene aktuelle Fotos dem Bildmaterial aus den Festschriften gegenübergestellt.

Die aktuellen Fotos habe ausschließlich ich selbst gemacht. Die alten Bilder stammen aus:

Stadtgemeinde Hainburg a. d. Donau (Hrsg.), Krankenhaus Hainburg a. d. Donau. Festschrift anlässlich der Eröffnung des Neubaus (1. Baustufe) des a. ö. Krankenhauses der Stadt Hainburg an der Donau, Brentano Papier und Druck Ges. m. b. H., Gänserndorf 9. April 1983.

Stadtgemeinde Hainburg a. d. Donau (Hrsg.), Krankenhaus Hainburg a. d. Donau. Festschrift anlässlich der Eröffnung des Neubaus (2. Baustufe) des a. ö. Krankenhauses der Stadt Hainburg an der Donau, Brentano Papier und Druck Ges. m. b. H., Gänserndorf September 1989.

Krankenhaus Hainburg an der Donau (Hrsg.), 50 Jahre Krankenhaus Hainburg, Druckservice Muttenthaler, Petzenkirchen 1999.

„Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.“

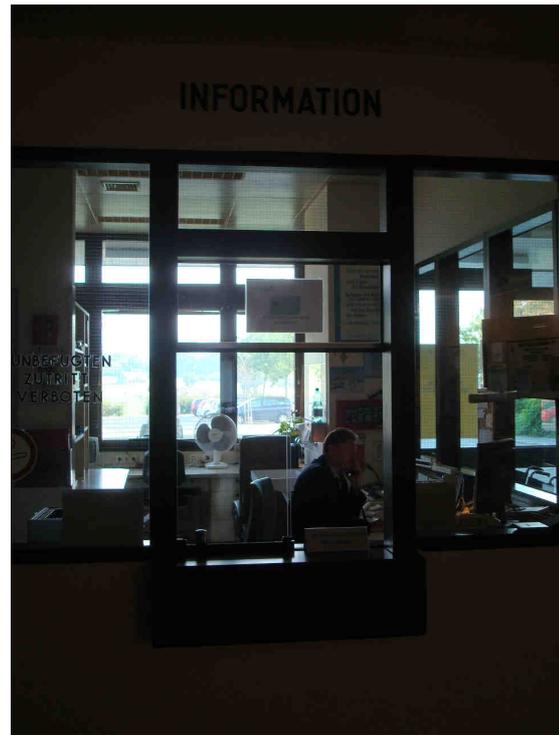
Wo nicht anders angeführt: Fotos der Verfasserin aus den Jahren 2009 und 2010.



Landeskrankenhaus von außen



Aufnahme



Portierloge



Eingangshalle



Eingangshalle, Festschrift 1989, S.29.



Cafeteria



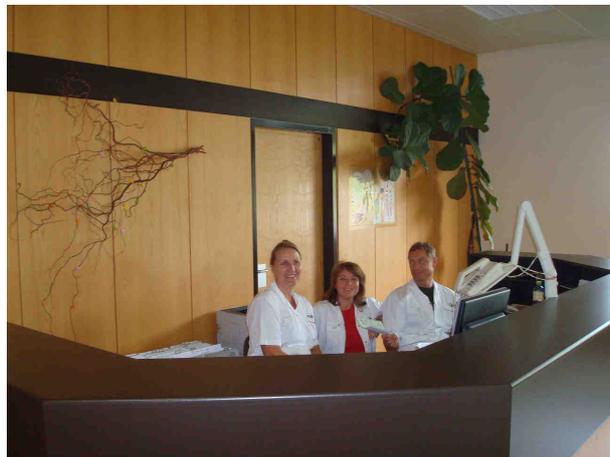
Café, Festschrift 1989, S. 29.



Aufzüge



Bettenaufzüge, Festschrift 1983, S. 13.



Aufnahme der Ambulanz



Wartehalle beim Röntgen



Wartehalle beim Röntgen, Festschrift 1989, S.13.



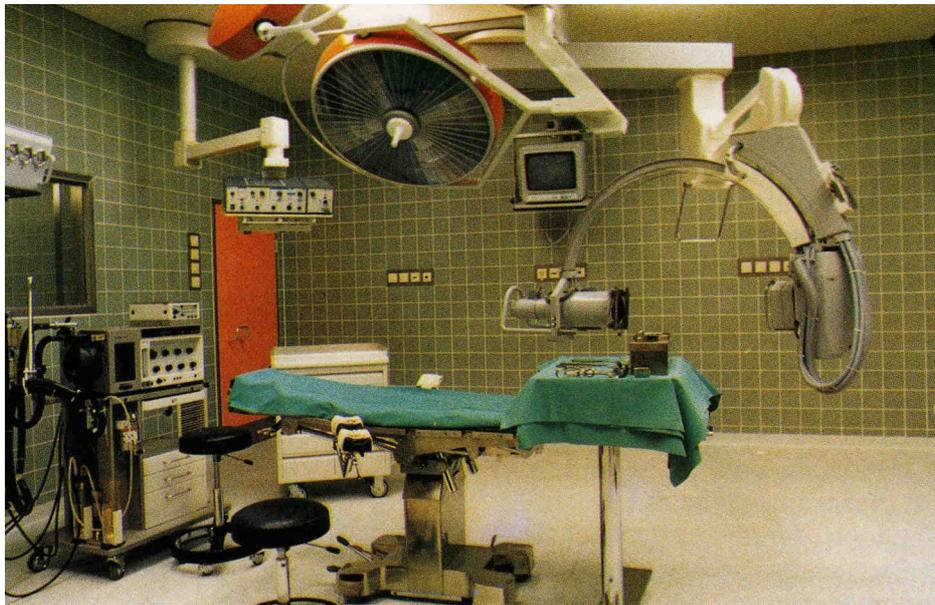
Röntgenraum



Aseptischer OP



Aseptischer OP



Aseptischer OP, Festschrift 1983, S.20.



Schockraum, Festschrift 1983, S. 17.



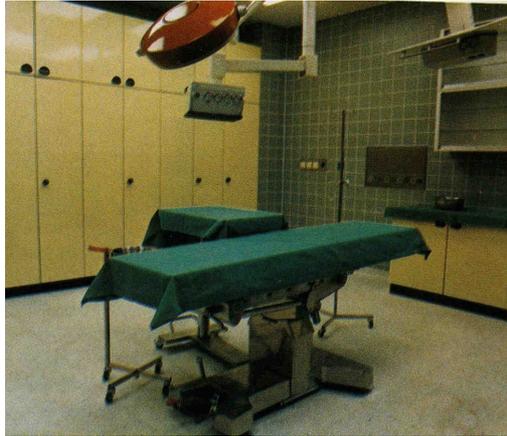
Endoskopie



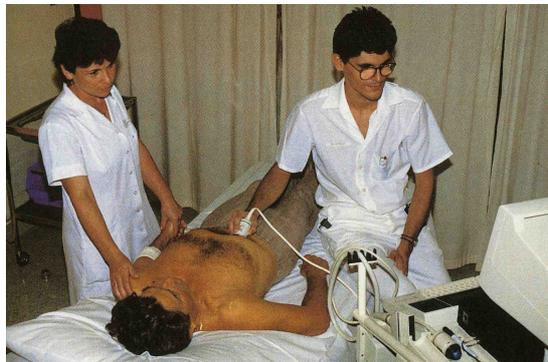
Endoskopie



Endoskopie, Festschrift 1989, S.31.



Endoskopie, Festschrift 1983, S. 17.



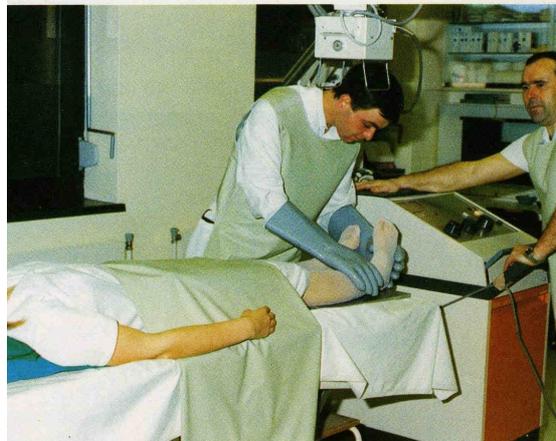
Ultraschall, Festschrift 1989, S. 31.



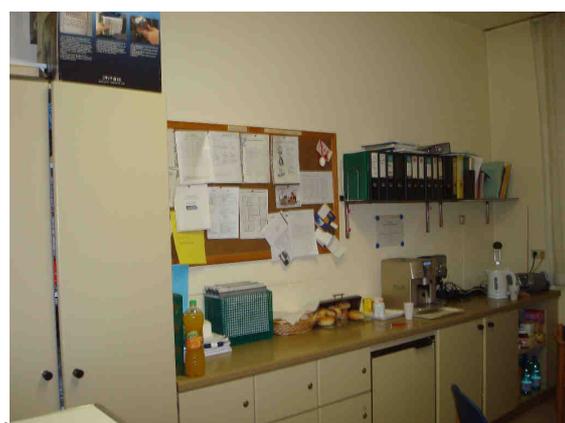
Gipsraum und Chirurgische Ambulanz



Gipsraum und Chirurgische Ambulanz



Gipsraum, Festschrift 1983, S. 22.



Schwesternteam, Chirurgie



Schwesternraum, Festschrift 1983, S.22.



Kanzel



Schwester Sissy auf der Chirurgie



Kanzel, Festschrift 1983, S. 21.



Waschgelegenheit auf der Internen Abteilung



Patient auf der Internen Abteilung



Zimmer auf der Chirurgie (4 Betten)



Krankenzimmer, Festschrift 1989, S.30.



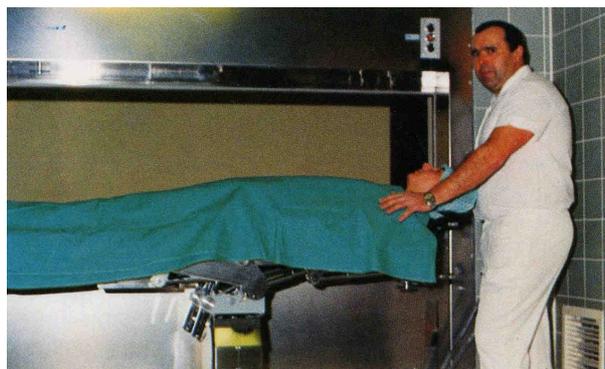
Zimmer, Festschrift 1983, S. 21.



Alte Patientenschleuse



Patientenschleuse



Patientenschleuse, Festschrift 1983, S.19.



OP-Wäsche



Lagerraum für steriles Besteck



Sterilisationsgerät



Sterile-Verpackung-Raum



Sterile-Verpackung-Anlage



Arbeitsplatz der OP-Schwester für die Dokumentation während einer Operation



Geräteturm für minimal-invasive Operationen



Operationsmaterial im OP



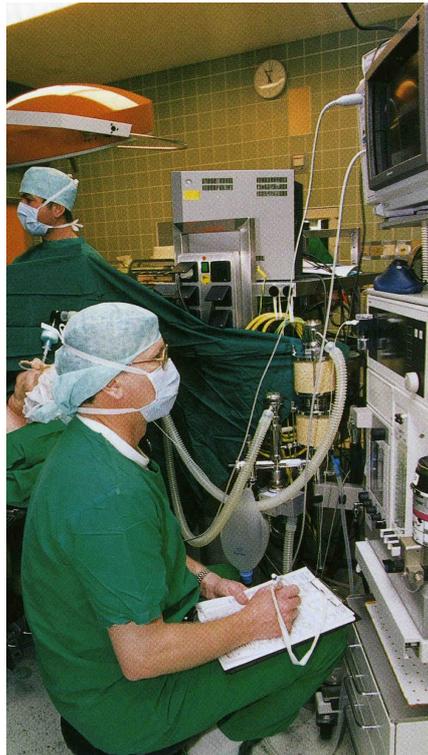
Operationsbett



Operationsmaterial und Standard



Überwachungsturm des Anästhesisten



Anästhesie, 50 Jahre, S. 27.



Operationsaal – Gesamtansicht



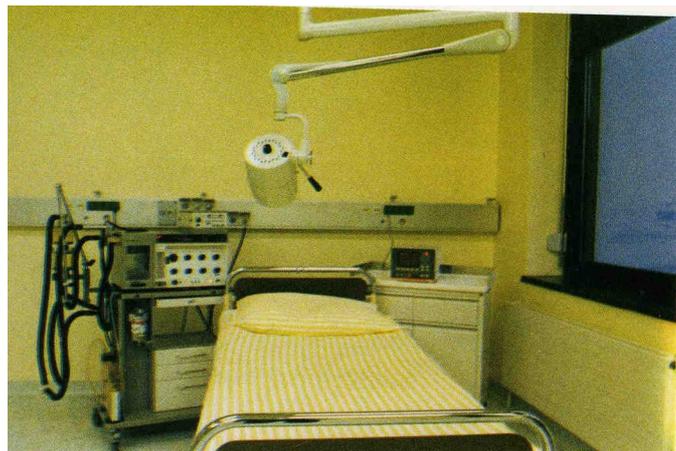
Aufwachraum



Aufwachraum



Chirurgische Überwachung, Festschrift 1989, S.32.



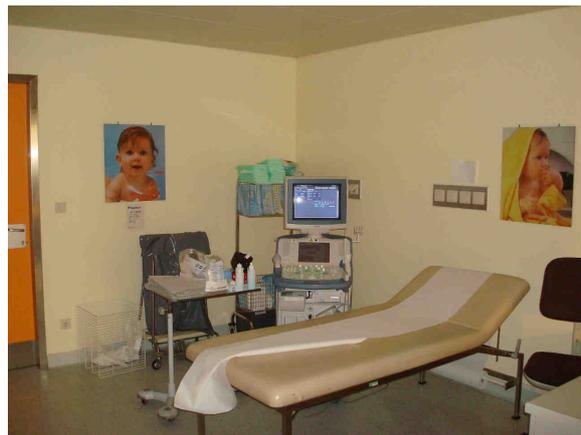
Chirurgische Überwachung, Festschrift 1983, S. 16.



Primar Bachmayer auf der Herzüberwachung



Interne Abteilung, 50 Jahre, S. 19.



Ultraschallraum auf der Gynäkologie



CTG-Bett



Untersuchungsraum bei der Erstaufnahme beziehungsweise beim ambulanten CTG



CTG-Untersuchung, Festschrift 1989, S.30.



Dusche auf der Gynäkologie



Öffentliche Dusche mit WC auf der Gynäkologie



Öffentliches Badezimmer auf der Gynäkologie



Entspannungsraum vor der Geburt



Geburtswanne im Entspannungsraum



Kreißsaal, in dem auch ein Kaiserschnitt vorbereitet werden kann



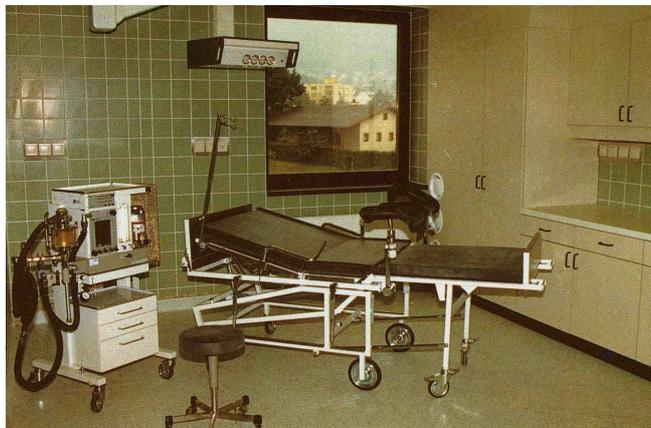
Versorgungsbereich des Babys im Kreißsaal nach der Geburt



Kreißsaal, 50 Jahre, S. 25.



Kreißsaal



Entbindung 1, Festschrift 1989, S.32.



Inkubator



Notfallausstattung für Babys neben dem Kreißsaal



Bett mit Wärmelampe für Babys nach einem Kaiserschnitt



Küchenchef Walter Girardi an einem Freitag in seiner Küche



Küche



Essensproduktion „am laufenden Band“



Band, 50 Jahre, S. 33.



Speiseband in der Küche, Festschrift 1989, S.33.



Küchenchef Walter Girardi mit seinem Stellvertreter Edi Schmischek

4.5 Zukunftsperspektiven

Für das Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg war der 22. Jänner 2009 wohl einer der wichtigsten Tage in seiner Geschichte. Das Land hat an diesem Tag nämlich zugesagt, 65 Millionen Euro in den Um- und Neubau zu investieren. Damit ist für die 320 Mitarbeiter der Arbeitsplatz gesichert und die medizinische Versorgung der Region gewährleistet.

Ab Sommer 2010 soll mit dem Bau eines vierstöckigen Gebäudes begonnen werden. Damit ist auch die so genannte Übergangspflege gesichert, was bedeutet, dass dort Menschen aufgenommen werden, die zwar nicht mehr im Krankenhaus betreut werden müssen, aber auch noch nicht fit genug für die Entlassung oder das Altersheim sind.

Das Landespensionistenheim ist größtenteils schon seit dem Sommer 2009 fertig und soll in der Endphase in direkter Verbindung zum Krankenhaus stehen.

Ferner wird das Geld in eine Küche, in Seminarräume und in die Sanierung des Altbaus – vor allem des OP-Bereichs, investiert. Außerdem sollen die Zimmer mit Duschen ausgestattet werden, damit das Spital endlich die Hotelkomponente erreicht.

Im Endeffekt soll ein „Gesundheitszentrum Ost“ entstehen.

In einem Kurier-Artikel vom 23. Jänner 2009 wird betont, dass der Einzugsbereich neben Hainburg, den Bezirken Bruck/Leitha, Wien-Umgebung, Gänserndorf sowie dem nahen Burgenland auch die Slowakei umfasst!

Auf den folgenden Seiten finden sich Artikel aus verschiedenen Printmedien, welche die Wichtigkeit des Krankenhauses unter Beweis stellen.



9

⁹ Heute, Top-Klinikum für Hainburg, 23.01.2009.

ENDLICH FIX / Hainburger Landeskrankenhaus wird um- und ausgebaut. SEITEN 7,31

65 Millionen Euro für Spitalsumbau!

KOMMENTAR



SUSANNE MÜLLER

über den Landtagsbeschluss für den Spitals-Um- und Zubau.

s.mueller@noen.at

Aufatmen im Krankenhaus

Die Um- und Zubaupläne für das Hainburger Landeskrankenhaus wurden schon im Jahr 2007 präsentiert. In der Schublade hatte Krankenhaus-Direktor Wolfgang Palatinus, der seit Jahren unermüdlich für die Perspektiven des Hauses Kampfgeist an den Tag legt, die Zukunftsvision schon um einiges länger.

Der medizinische Leiter des Hauses, Dr. Lukas Koppensteiner, spricht nun gar von einem „Quantensprung“ – und das nicht ohne Grund. Das grüne Licht für die Umbaupläne, für die immerhin 65 Millionen Euro bereitgestellt werden, hat nämlich eine doppelte Signalwirkung. Zum einen ist damit der Weg für die Vision eines Gesundheitszentrums, wie es Palatinus und seinem Team schon seit Jahren vorschwebt, endlich geebnet. Zum anderen hat das Land damit aber auch klar Position bezogen und das Krankenhaus als neuralgischen Punkt in der Gesundheitsversorgung im Osten des Landes verankert. Damit können nicht nur die über 300 Mitarbeiter aufatmen, weil ihr Arbeitsplatz langfristig gesichert ist, sondern auch die Bewohner der gesamten Region, weil die medizinische Versorgung der Region damit eine wesentliche Aufwertung erfährt.

10

¹⁰ NÖN, 05/2009, 65 Millionen Euro für Spitalsumbau!, 28.01.2009.

Landeskrankenhaus wird ausgebaut

65 Millionen Euro für Hainburg



BERNHARD ICHNER / WWW.BILDREXY.COM / MONTAGE: KURIER

Eine Finanzspritze von 65 Millionen Euro bekommt das Landeskrankenhaus Hainburg

In seiner gestrigen Sitzung beschloss der Landtag, 65 Millionen Euro in das Krankenhaus Hainburg zu investieren.

VON BERNHARD ICHNER

Der 22. Jänner 2009 wird dem Verwaltungsdirektor des Landeskrankenhauses Thermenregion Hainburg, Wolfgang Palatinus, in besonderer Erinnerung bleiben. Denn mit der gestrigen Entscheidung des Landtags, 65 Millionen Euro in den Um- und Neubau des Krankenhauses zu investieren, beginnt für ihn und für 320 Mitarbeiter „eine neue Zeitrechnung“.

Nach der Detailplanung könnten bereits im Sommer 2010 die Bagger auffahren. Geplant ist ein vierstöckiger Neubau, in dem die oberen zwei Stockwerke für die Übergangspflege des angrenzenden Landespen-

nistenheimes (dessen Fertigstellung Mitte 2009 erwartet wird; Anm.) reserviert sind. In den unteren Geschossen werden Küche und Funktionsbereiche, wie Besprechungsräume und Seminarräume, untergebracht. Parallel ist die Sanierung und Modernisierung des Gesamtkomplexes, insbesondere des OP-Bereiches und der Patientenzimmer, vorgesehen. Da gerade die Hotelkomponente noch einiges zu wünschen übrig lässt, werden alle Patientenzimmer mit Duschen ausgestattet.

Gesundheitszentrum Um den Krankenhausbetrieb während der Gesamtanierung nicht zu stören, stehen die Räumlichkeiten für die Übergangspflege bis zur Fertigstellung 2018 als permanente Ausweichmöglichkeit zur Verfügung.

Ziel der Investition ist, in

einem aufstrebenden Gebiet, das sich als „Carnuntum“, „Twin-City-Region“ oder „Dreiländereck“ einen Namen gemacht hat, ein „Gesundheitszentrum Ost“ zu schaffen. Dessen Kernpunkte sind die direkte Verbindung zwischen Landespenionistenheim und Krankenhaus sowie optimierte Organisationsstrukturen im stationären Bereich.

Neben Region und Patienten gewinnen vor allem die 320 Mitarbeiter im zweitgrößten Betrieb des Bezirks Bruck. Nachdem jahrelang das Damoklesschwert der Standortdiskussion über ihnen hing, ist sich Palatinus sicher, „dass sie jetzt ein neues Selbstbewusstsein entwickeln“.

Mit Recht, wie Landesrat Wolfgang Sobotka bestätigt: Mit dieser Investition „haben die Mitarbeiter eine gesicherte Zukunft“. Das Zusammenwirken von Akut- und Pflegezentrum habe „Beispielwirkung für das gesamte nö. Gesundheitssystem“.



Glücklich: W. Palatinus

BERNHARD ICHNER

Spital: Patienten aus In- und Ausland

Leistungen Hainburg ist ein Spital der Grundversorgung. Die Leistungen bestehen aus Innerer Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie und Anästhesie. Es gibt Konsiliarfachärzte für HNO, Urologie, Dermatologie, Psychiatrie, Neurologie und Kinderheilkunde sowie Ambulanzen für Chirurgie, Physikalische Therapie, Interne, Endoskopie, Computertomografie und Herzschrittmacher. Neben Pathologie und Radiologie steht eine Unfallerstversorgung zur Verfügung.

Einzugsgebiet Hainburg, Bezirk Bruck, Teile der Bezirke Wien-Umgebung und Gänserndorf sowie Teile des Burgenlands und der Slowakei.

¹¹ Kurier, 65 Millionen Euro für Hainburg, 23.01.2009.

Bezirksblatt Nr. 05, 28. Jänner 2009

3 BL

Bezirksblatt Nr. 05, 28. Jänner 2009

BL 2

Lokales 3

Weitere Chance für Twin-City-Region

65 Millionen Euro investiert die Landesregierung in den Neubau des Gesundheitszentrums Ostregion

Seit dem vergangenen Donnerstag ist es fix: Im Landtag wurde der Neubau des Landeskrankenhauses Thermenregion Hainburg beschlossen. 65 Millionen Euro stellt das Land Niederösterreich dafür zur Verfügung.

HAINBURG (plp/bil). Verwaltungsdirektor Wolfgang Palatinus spricht von einem historischen Schritt für die Region: „Es gibt drei Gewinner dieser Entscheidung: die Patienten, die Bevölkerung und die Mitarbeiter des Landeskrankenhauses“. Die Finanzierungs-

Verw. Dir. Wolfgang Palatinus sieht im Neubau des Krankenhauses eine weitere Chance für das Zusammenwachsen der Region. Foto: Lamlinger

rungszusage gibt Kraft, Mut und Hoffnung für die Zukunft. Eine große Chance sieht Dipl.KH-BW Palatinus in der Lage seines Hauses in der Twin-City-Region mit der slowakischen Hauptstadt Bratislava in unmittelbarer Nähe. „Wir werden sicherlich die Fühler für eine Zusammenarbeit ausstrecken, um das Potential zu nutzen, das sich durch das Zusammenwachsen der Region ergibt“, so Palatinus.

„Hartnäckigkeit zahlt sich aus“
Auch der verstärkte Ausbau der Hotelkomponente soll die Attraktivität für Patienten aus der Slowakei heben. Es haben sicher viele Komponenten zu dieser Entscheidung beigetragen. Neben der Hartnäckigkeit von Wolfgang Palatinus und den zuständigen Kommunalpolitikern, die Dinge immer im Laufen zu halten, sind sicherlich auch die Stärkung der Region durch Zuspriechen der Landesausstellung 2011 und in Folge die Aufwertung durch die verstärkte Tourismus-Förderung dafür verantwortlich.

„Es war sicherlich eine der besten Entscheidungen, die das Land treffen konnte, verstärkt in die Region zwischen Wien und Bratislava zu investieren“, freuen sich auch die Bundesräte Fritz Hensler und Christa Vladyka. „Diese Entscheidung des Landes hat einmal mehr deutlich gemacht, dass wir nur wenn wir gemeinsam an einem Strang ziehen, zum Erfolg gelangen können“, spricht sich Hensler für den immer wieder geforderten „Wir-Gedanken“ aus. Jetzt wird etwa ein Jahr für die Detailplanung vergehen, wobei die Mitarbeiter so weit als möglich ins Boot geholt werden sollen. „Für uns alle heißt es jetzt die Ärmel hochzukrempeln“, strotzt der über die Entscheidung glückliche Palatinus, der damit auch die immer wieder gestellte Standortfrage vom Tisch gewischt sieht. Bereits beim kommenden Tag der offenen Tür am 28. Februar soll den Besuchern ein erster Einblick in die kommenden Veränderungen im Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg gegeben werden. Schließlich sollen sich die Hainburger mit „ihrem“ Gesundheitszentrum identifizieren können. Konkret werden die ersten Maßnahmen im Küchenbereich gesetzt, was durch die Mitversorgung des angeschlossenen Pflegeheimes besondere Bedeutung hat.




12

Die offizielle Pressemitteilung sah folgendermaßen aus. (→ siehe Kopie) ¹³

¹² Bezirksblatt, 5, Weitere Chance für Twin-City-Region, 28.01.2009.

¹³ Pressemitteilung Grünes Licht für Neubau des Landeskrankenhauses Thermenregion Hainburg, 22.01.2009.

Grünes Licht für Neubau des Landesklinikums Thermenregion Hainburg

HAINBURG. Ein Neubau des Landesklinikums Thermenregion Hainburg ist jetzt fix. Da das Klinikum nach mehr als 30 Jahren Nutzungsdauer nicht mehr den Anforderungen eines zeitgemäßen Krankenhausbetriebes entspricht, ist ein Neubau unumgänglich. Für die baulichen Maßnahmen steht dem Landesklinikum ein Investitionsvolumen von 65 Millionen Euro zur Verfügung.

Das Landesklinikum Thermenregion Hainburg ist ein Spital der Grundversorgung. Um diese auch weiterhin zu gewährleisten, wird nun der Neubau in Angriff genommen. Im Klinikum besteht auf Grund der langjährigen Nutzungsdauer in baulicher, organisatorischer und funktionaler Hinsicht ein entsprechender und teilweise akuter Handlungsbedarf. „Durch Zusammenführung einiger Teilprojekte werden in einer Bauetappe der Neubau für die Übergangspflege des angrenzenden PensionistInnenheims, der Neubau der Küche und ein Zubau für die Rettungsvorfahrt in Angriff genommen. Zudem werden die Erweiterung des OP-Bereichs und die Adaptierung und Standardanpassung des gesamten Bestandsobjektes baulich realisiert“, so Landeshauptmann Dr. Erwin Pröll.

Ziel ist es, mit dem LK Thermenregion Hainburg einen Schwerpunkt „Gesundheit“ in den Regionen „Carnuntum“, „Twin Cities – Wien, Bratislava“ und „Dreiländereck“ (Österreich, Slowakei, Ungarn) zu schaffen. Mit dem Neubau können entsprechende Synergien genutzt und neue Modelle geschaffen werden. Die Kernpunkte dabei sind die direkte Verbindung zwischen LandespensionistInnenheim und Krankenhaus und neue Organisationsstrukturen im stationären Bereich. Zudem sollen Ressourcen gebündelt und die Palliativpflege für das PensionistInnenheim und das Spital gemeinsam bewerkstelligt werden. Dadurch wird das Landesklinikum Thermenregion Hainburg zu einem Gesundheitszentrum Ost, das mit den übrigen Landeskliniken der Thermenregion sowie den Landeskliniken Weinviertel hervorragend vernetzt ist. Eine Kooperation mit dem LKH Kittsee und eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit slowakischen Gesundheitseinrichtungen sind in Planung.

Die Umsetzung der Neubaumaßnahmen bedeutet auf Grund der jahrelangen Unsicherheiten in der Standortfrage des Landesklinikums einen historischen Schritt für die Region, die Bevölkerung und die PatientInnen. „Das Krankenhaus selbst und seine MitarbeiterInnen

haben damit eine gesicherte Zukunft im Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg. Das Zusammenwirken von Akutzentrum (Krankenhaus) und Pflegezentrum (PensionistInnenheim) ist ein zukunftsorientiertes Projekt mit Beispielwirkung für das gesamte niederösterreichische Gesundheitswesen“, betont Landeshauptmann Dr. Erwin Pröll.

Einzugsgebiet des Landeskrankenhauses Thermenregion Hainburg:

- Stadt Hainburg
- Bezirk Bruck an der Leitha
- Teile des Bezirkes Wien Umgebung
- Umliegende Gebiete des rechten und linken Donaufers (Bezirk Gänserndorf)
- Teile des Burgenlandes und der Slowakei (Raum Bratislava)

Medienkontakt:

Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg

Wolfgang Palatinus

Kaufmännischer Direktor

Tel: +43 (0) 2165 / 90501-6 200

E-Mail: wolfgang.palatinus@hainburg.lknoe.at

Mai 09

Nach Übernahme durch Land und zwei Milliarden Euro an Investitionen:

Beste Versorgung in Landeskliniken

Um die flächendeckende und hochwertige medizinische Versorgung langfristig zu garantieren, investiert das Land NÖ im Zuge einer Ausbau-Offensive in den kommenden Jahren zwei Milliarden Euro in die Landeskliniken. Das Spital in Wiener Neustadt wird neu gebaut, dafür wird das Land NÖ 400 Millionen Euro in die Hand nehmen, informiert Landeshauptmannstellvertreter Wolfgang Sobotka. Auch das Spital in Neunkirchen wird für etwa 120 Millionen Euro neu errichtet. Weitere Projekte: Der Großumbau des Landeskrankenhauses St. Pölten, der Aus- und Umbau des Landeskrankenhauses Mödling oder die Sanierung und der Zubau des Landeskrankenhauses Zwettl. Das Ausbauprogramm kommt natürlich dem Patienten zu Gute, aber auch die blau-gelbe Wirtschaft profitiert.

Um alle 27 Landeskliniken optimal zu versorgen, werden auch vier Versorgungszentren neu gebaut. Dadurch nutzt die NÖ Landeskliniken-Holding Synergien, ebenso beim zentralen Einkauf: So wurden seit 2006 mehr als 32 Millionen Euro eingespart, können doch

so bessere Konditionen ausgehandelt werden, als wenn jedes Krankenhaus für sich alleine bestellt.

Niederösterreich führt als einziges Bundesland Jahr für Jahr an allen Spitalsstandorten eine umfassende Patientenbefragung durch. 2008 wurden die Ergebnisse aus den Vorjahren noch übertroffen. Sowohl das Ärzteteam als auch das Pflegepersonal kommen auf über 95 Prozent Zufriedenheit.

Das Land NÖ ist stets auf Maßnahmen zum Wohle der Patienten bedacht: So schreiten auch die Installationen von „Lesedocks“ in den Kinder- und Jugendabteilungen der Landeskliniken voran. Dabei handelt es sich um Lesestationen mit Sprach- und Zeichenspielen sowie Büchern, die Unterhaltung in den Tagesablauf der jungen Spitalspatienten bringen. „Ein weiterer Baustein des umfassenden Gesundheitskonzepts“, meint Sobotka. Auch wurden von der Landeskliniken-Holding neue Standards zur wohnlichen Ausstattung der Patientenzimmer entwickelt, ebenso ein einheitliches Leitsystem.



Foto: NTK

Der Patient steht im Mittelpunkt. Mit einer Ausbau-Offensive wird die hochwertige medizinische Versorgung garantiert, so LH-Stv. Sobotka.

NÖ Patientenanwalt Gerald Bachinger: Qualitätssprung durch Holding



NÖZ: Herr Patientenanwalt, inwiefern hat sich die Situation für Patienten verändert, seitdem alle Spitäler unter Verwaltung des Landes stehen?

Bachinger: Die Situation hat sich eindeutig verbessert. Durch die Spezialisierung in der Landeskliniken-Holding kommt dem Thema Qualität ein anderer Stellenwert zu. Durch einen Träger gibt es mehr Know-how und dadurch Qualitätssteigerung. In der Landeskliniken-Holding sind eigene Qualitätsmanager tätig, deren Hauptaufgabe es ist, zu evaluieren und zu verbessern.

Die Holding hat einen Qualitätssprung gebracht.

NÖZ: Gibt es in Niederösterreich etwas Spezielles für Patienten, was es in anderen Bundesländern nicht gibt?

Bachinger: Ja, das wirklich einzigartige Projekt „NeO – Netzwerk an Ombudsstellen“. Ausgebildete Beschwerdemanager sind in allen Landeskliniken tätig und arbeiten für den Patienten direkt vor Ort. Dadurch können meist zwischenmenschliche bzw. emotionale Konflikte direkt und unbürokratisch geregelt werden.

NÖZ: Wie steht die Versorgung in Niederösterreich im Bundesweiten und Internationalen Vergleich?

Bachinger: Europaweit ist Niederösterreich auf einem sehr hohen Niveau unterwegs. Bei den medizinischen Angeboten ist das Land sehr gut aufgestellt.

Gesundes Niederösterreich



Sämtliche Angebote und alle hochqualitativen Projekte zur Gesundheitsvorsorge des Landes NÖ sind nun bei der Initiative „Gesundes Niederösterreich“

auf einer Plattform zusammengeführt. Die Experten beraten, informieren und motivieren im Rahmen von Programmen, Aktionen und Schwerpunktthemen. Diese erstrecken sich über alle Lebensbereiche: Ob vor der Haustüre, Arbeit oder Schule – „Gesundes Niederösterreich“ dient als Drehscheibe für Gesundheitsförderung im Land.

¹⁴ Niederösterreich Zeitung, Beste Versorgung in Landeskliniken, Mai 2009.

Erfolgsgeschichte: Vom Ho

Ein langer Weg vom Bürgerspital bis zum modernen Gesundheit

Die erste urkundliche Nennung eines Hospitals in Hainburg ist auf das Jahr 1390 zu datieren.

Ab 1856 gibt es dann, nach Umwandlung des Bürgerspitals, ein „allgemeines öffentliches Krankenhaus“, in dem die Patienten von zwei Ärzten und von den Schwestern des Institutes der christlichen Liebe betreut werden.

Spatenstich für das heutige Landeskrankenhaus war 1978

Nach dem zweiten Weltkrieg beginnt der Umbau der Jägerkaserne in ein Spital, welches dann am 19. Dezember 1948 feierlich eröffnet wird. Die ärztliche Leitung liegt in den Händen der Primärärzte Dr. Rudolf Wejvar und Dr. Rudolf Plohberger. 1973 verfügt das Krankenhaus



Kaufmännischer Direktor Wolfgang Palatinus ist sehr zufrieden mit der Entwicklung des Landeskrankenhaus auf dem Weg zum modernen Gesundheitszentrum.



Foto: Laminger/LK-Holding

bereits über 224 Betten und eine Herzüberwachungsstation. Die Geschichte des heutigen „Landeskrankenhaus Thermenregion“ beginnt mit dem Spatenstich durch die damaligen LH Andreas Maurer und Bgm. Hubert Rein am 15. April 1978. Die erste Baustufe kann etwa fünf Jahre später ihren Betrieb aufnehmen.

Zwei Jahre nach der Einführung der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung kann das Krankenhaus im Jahr 1999 sein 50-jähriges Bestehen feiern. Der Beginn der Verhandlungen zur Übernahme der Rechtsträgerschaft durch das Land NÖ im Dezember 2003 läutet schließlich die Entlastung der Gemein-

spital zum Landeskrankenhaus

szenrum, welches das LKH in den letzten 700 Jahren durchlebte

definanzen und eine Beruhigung der Diskussionen um das Krankenhaus ein. Ein Jahr später beschließt dann der Gemeinderat die Übergabe der Rechtsträgerschaft des Krankenhauses an das Land, welche am 1. Jänner 2005 in Kraft tritt. Kurz danach erfolgt die Umbenennung in „Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg“.

Auf dem Weg zum Gesundheitszentrum der Ostregion

Mittlerweile hat das auf dem Weg zum umfassenden Gesundheitszentrum befindliche Haus in Hainburg eine solche Bedeutung erworben, dass - lange herbeigesehnt und erarbeitet - im Jänner dieses Jahres im NÖ Landtag der Zu- und Umbau des Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg mit Gesamtkosten in der Höhe von 65 Mio. Euro beschlossen wurde. Wie der kfm. Direktor

Wolfgang Palatinus stolz vorweisen kann, wurden die stationären Aufnahmen von etwas über 8300 auf 9300 gesteigert, trotz annähernd gleichem Personalstand von knapp 290 Dienstposten. Auch die Frequenz der Ambulanz entwickelte sich ähnlich.

Durch die Grenznahe Lage und unmittelbare Nähe zu Bratislava gewinnt neuerdings die Ausrichtung auf die Betreuung ausländischer Patienten mehr Wichtigkeit.

Dies spiegelt sich auch im slowakisch dominierten Ausländeranteil von etwa 10% der Belegschaft wider.

Das Bemühen um eine möglichst umfassende Betreuung im Gesundheitsbereich umfasst auch die Einrichtung eines Palliativ-Teams ab Dezember 2006, mit dem Ziel, Beschwerden zu lindern und ein Leben in Würde bis zum Tod in Fällen, in denen eine

Heilung nicht mehr möglich ist, zu bieten.

Auch viele Selbsthilfegruppen finden Unterstützung im Landeskrankenhaus, sodass dieses Ende 2008 von Landesrat Sobotka das Gütesiegel „selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ verliehen bekam.

¹⁵ Bezirksblatt, 9, Erfolgsgeschichte: Vom Hospital zum Landeskrankenhaus, 25.02.2009.



Das Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg hat mittlerweile 30 Jahre auf dem Buckel. Mit dem Landtagsbeschluss hat die Anstaltsleitung nun grünes Licht für die Umbaupläne. Baubeginn soll Mitte 2010 sein.

LANDTAGSBESCHLUSS / Nach 30 Jahren wird das Hainburger Spital endlich erweitert und modernisiert. Kosten: 65 Millionen.

Spital-Umbau nun fix: Baubeginn Mitte 2010

HAINBURG / Jetzt hat es die Anstaltsleitung des Hainburger Landeskrankenhauses schwarz auf weiß: Der niederösterreichische Landtag beschloss in seiner letzten Sitzung den dringend erforderlichen Neu- und Zubau.

Dass das Klinikum nach mehr als 30 Jahren Nutzungsdauer nicht mehr den Anforderungen eines zeitgemäßen Krankenhausbetriebes entspricht, ist der Neubau unumgänglich. Für die baulichen Maßnahmen steht dem Landeskrankenhaus ein Investitionsvolumen von 65 Millionen Euro zur Verfügung. Durch Zusammenführung einiger Teilprojekte werden in einer Bauetappe der Neubau für die Übergangspflege des angrenzenden Pensio-

nistInnenheims, der Neubau der Küche und ein Zubau für die Rettungsvorfahrt in Angriff genommen. Zudem werden die Erweiterung des OP-Bereichs und die Adaptierung und Standardanpassung des gesamten Bestandsobjektes baulich realisiert. Das heurige Jahr ist noch der Planung gewidmet - Mitte 2010, so Palatinus, startet dann der Um- und Zubau.

Palatinus: „Wir haben lange dafür gekämpft“

„Wir haben lange dafür gekämpft - es hat sich gelohnt, denn nun fängt eine neue Ära an“, freut sich der kaufmännische Direktor Wolfgang Palatinus, der weiter betont: „Die

Standortdiskussionen sind damit kein Thema mehr. Die Mitarbeiter haben damit ein neues Selbstbewusstsein gefunden. Wir können jetzt zufrieden in eine sichere Zukunft schauen.“ Auch der ärztliche Direktor, Dr. Lukas Koppensteiner, ist erfreut: „Das ist ein Quantensprung. Gerade bei den OP-Sälen war Handlungsbedarf gegeben - der bauliche Standard muss dringend angepasst werden.“ Groß ist die Freude auch bei Bundesrat Friedrich Hensler: „Der Beschluss ist ein eindeutiges Zeichen des Landes, dass unsere Region sehr wichtig ist. Durch permanenten Einsatz haben wir das Höchste erreicht, denn Gesundheit ist das wertvollste Gut.“

ZUM PROJEKT:

- Ziel ist es, mit dem Landeskrankenhaus Hainburg einen Schwerpunkt „Gesundheit“ in den Regionen „Carnuntum“, „Twin Cities - Wien, Bratislava“ und „Dreiländereck“ (Österreich, Slowakei, Ungarn) zu schaffen.

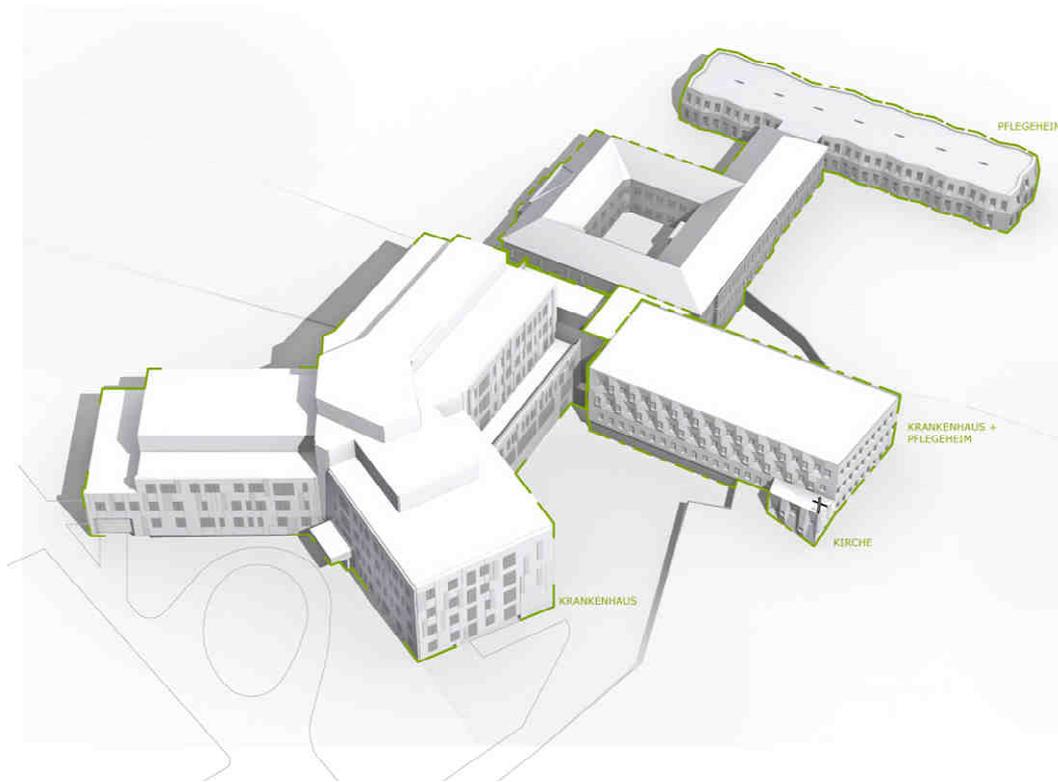
- Mit dem Neubau können entsprechende Synergien genutzt und neue Modelle geschaffen werden.

Die Kernpunkte dabei sind die direkte Verbindung zwischen LandespensionistInnenheim und Krankenhaus und neue Organisationsstrukturen im stationären Bereich.

Zudem sollen Ressourcen gebündelt und die Palliativpflege für das PensionistInnenheim und das Spital gemeinsam bewerkstelligt werden.

Dadurch wird das Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg zu einem Gesundheitszentrum Ost, das mit den übrigen Landeskliniken der Thermenregion sowie den Landeskliniken Weinviertel hervorragend vernetzt ist.

Folgendermaßen soll das Spital in einigen Jahren aussehen: ¹⁷



Endausbau

Auch in Zukunft ist geplant, im großen Hainburger Krankenhaus zahlreiche Patienten und Patientinnen aus der Slowakei aufzunehmen.

Aus dem APA-Journal Gesundheit vom 23.04.2009 gibt es folgende Information: „Freie Arztwahl für Patienten rückt näher“. ¹⁸ In dem Beitrag heißt es, dass die EU am 23. April 2009 neue Patientenrechte für grenzüberschreitende Behandlung beschlossen hat, wodurch in der Zukunft die Arztwahl und die Behandlung im benachbarten Ausland erleichtert werden sollen. Allerdings müssen sich das europäische Parlament und die europäischen Staaten erst einig werden.

Der kaufmännische Leiter des Landeskrankens erwarnte in unserem Gespräch am 03. September 2009 einen Kommentar, den er in der NÖN am 19. August abgegeben hatte, in welchem er das Spital als Motor für die

¹⁷ Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg. Skizze Landeskrankenhaus – Endausbau.

¹⁸ Vgl. NÖ Landeskrankens-Holding-Pressespiegel, APA-Journal Gesundheit vom 23.04.2009, Freie Arztwahl für Patienten rückt näher.

Wirtschaft der Region bezeichnet. In diesem Zusammenhang soll in dem Grundversorgungs Krankenhaus im Zentrum die Übergangspflege stehen und auch der Zusammenarbeit mit dem benachbarten Altersheim kommt eine wichtige Bedeutung zu. Auf eine neue Küche wird größter Wert gelegt und das Bestehende wird dem aktuellen Standard angepasst.

Weiters soll das Palliativteam sowohl für das Heim als auch für das Spital zuständig sein. In Hainburg soll ein Zentrum entstehen, das sich um die Gesundheit zwischen Wien und Bratislava bzw. zwischen der Carnuntum-Region und dem Dreiländereck Österreich, Slowakei und Ungarn kümmert.

4.6 Flächen im Landeskrankenhaus Thermenregion (altes KH)

Die folgende Tabelle soll die Dimension des heutigen Krankenhauses veranschaulichen: Allerdings wird hier „nur“ das Haus beschrieben, wie es momentan ist (Herbst 2009) – also noch vor dem Beginn des Neubaus und der Vergrößerung, weil es für das künftige Haus noch keine verbindlichen Zahlen gibt.¹⁹

Die erste Baustufe bezeichnet den Südtrakt, mit der zweiten Baustufe sind der Ost- und der Westtrakt gemeint.

¹⁹ Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg. Flächen im Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg.

Flächen im Landesklinikum Thermenregion Hainburg

	Med. gen. Fläche	Techn. Fläche	Verkehrswege	Gesamt
Kellergeschoß				
1.Baustufe	832,94	484,09	314,97	1.632,00
2.Baustufe	1.057,34	6,00	448,47	1.511,81
	1.890,28	490,09	763,44	3.143,81
Erdgeschoß				
1.Baustufe	1.167,40	23,29	450,19	1.640,88
2.Baustufe	1.200,01	6,07	351,79	1.557,87
	2.367,41	29,36	801,98	3.198,75
1. Stock				
1.Baustufe	754,28	317,12	579,21	1.650,61
2.Baustufe	1.021,70	19,76	479,22	1.520,68
	1.775,98	336,88	1.058,43	3.171,29
2.Stock				
1.Baustufe	598,14	28,51	461,21	1.087,86
2.Baustufe	1.254,45	13,91	246,25	1.514,61
	1.852,59	42,42	707,46	2.602,47
3.Stock				
1.Baustufe	598,14	28,51	461,21	1.087,86
2.Baustufe	493,64	265,54	242,15	1.001,33
	1.091,78	294,05	703,36	2.089,19
4.Stock				
1.Baustufe	598,14	28,51	461,21	1.087,86
2.Baustufe	0,00	220,69	0,00	220,69
	598,14	249,20	461,21	1.308,55
Dachgeschoß:				
1.Baustufe	0,00	590,00	20,00	610,00
2.Kellergeschoß: =Tiefkeller				
1.Baustufe	0,00	353,00	17,00	370,00
2.Baustufe	0,00	348,80	16,88	365,68
	0,00	701,80	33,88	735,68
Gesamtsumme:				16.489,74

4.7 Garten und Küche

Garten

Dass der Garten in seiner ursprünglichen Form in dem zukünftigen Krankenhauskomplex nicht mehr den ehemaligen Platz einnehmen wird, wurde bereits von Herrn Palatinus erwähnt. Studien belegen aber, dass gerade diese Gärten eine wichtige Bedeutung bei der Genesung von Patienten einnehmen. So gibt zum Beispiel der folgende Artikel „Gesunde Gärten“ von Hans Schmidl aus der Untersuchung „Gesunde Gärten. Frei- und Grünräume für Heil- und Pflegeanstalten in Wien“ der Stadtplanung Wien Aufschluss darüber:

Je älter die Spitäler sind, desto mehr Grünflächen gibt es. Allerdings wurden diese – wie in Hainburg – oft Opfer von Zubauten. Durch einen Garten entsteht aber eine Verbindung zur Außenwelt und lange Aufenthalte werden dadurch oft leichter gemacht.

Während derartige Gärten früher auch zum Anbau von Kräutern genutzt wurden, errichtete man sie später hauptsächlich aus ästhetischen Gründen. Heute ist ein Garten fast schon ein Teil der Therapie.

Fest steht laut dieser Studie „Gesunde Gärten“, welche Angaben über 37 Krankenanstalten umfasst, dass Gärten von Menschen sehr gern angenommen werden. Man trifft sich und verabschiedet sich dort, kleine Besucher können sich austoben und die Atmosphäre ist im Grünen wesentlich lockerer als im Inneren. Somit stellt ein Garten rund um das Krankenhaus auch die Verbindung zu den gesunden Menschen dar.

Bedeutend ist natürlich auch die Ausstattung. Sitzgelegenheiten und Tische ermöglichen, dass man ungestört plaudern und gegebenenfalls auch spielen kann. Damit man mit Rollstühlen überall barrierefrei hingelangen kann, bedarf es einer Reihe von breiten Wegen mit glatten Belägen.

Heute ist wissenschaftlich belegt, dass Tiere viel zur Genesung beitragen können, aber diese dürfen bekanntlich nicht in das Gebäude

hinein und somit wäre das auch eine Option. Für Physiotherapie wäre eine Grünfläche ebenso ein idealer Ort.²⁰

Eine Alternative wäre ein Dachgarten, aber ein solcher ist in Hainburg nicht angedacht. Idealerweise sollten durch die Errichtung einer Garage Grünflächen nicht zum Abstellen von Fahrzeugen benutzt werden, sondern der damit gewonnene Platz könnte zu einem Garten umfunktioniert werden.

Betrachtet man das Hainburger Krankenhaus, so fielen im konkreten Fall die Grünflächen den Zubauten zum Opfer. Zwar gibt es noch einen großen grünen Vorplatz, der auch zum Aus- und Einsteigen der Patienten dient – aber die Grünfläche im rückwärtigen Teil musste weichen. In einem weiteren Gespräch mit Herrn Direktor Palatinus erfuhr ich diesbezüglich, dass er, wenn es irgendwie möglich wäre, die Flächen vor dem Krankenhaus ankaufen wolle, um eben diesen geforderten Erholungsraum zu schaffen.

Für die Hotelkomponente ist es erforderlich, dass die Eingangshalle hell, ansprechend und übersichtlich gestaltet ist. Ein Orientierungsplan trägt dazu bei, dass man sich im Haus leichter zurechtfindet. Die geforderte Cafeteria ist ein beliebter Treffpunkt und der dahinter befindliche Kiosk versorgt Patienten und Besucher mit Blumen und allerlei nützlichen Dingen.

Somit ist man im Spital schon vielen Ansprüche nachgekommen, um den Wohlfühlcharakter zu verbessern und die Gesundheit zu fördern. Vielleicht gelingt es auch noch, die in Planung befindlichen Grünflächen Realität werden zu lassen.

Küche

Beim Besuch der Küche war ich erstaunt zu erfahren, dass nicht nur das Spital (Patienten, Gäste, Personal, Küchenpersonal) mit Speisen versorgt wird, sondern auch zahlreiche weitere Einrichtungen. Dazu zählen: das Seniorenwohnheim, Essen auf Rädern in Hainburg sowie in

²⁰ Vgl. Schmidl, Hannes, Gesunde Gärten, in: Stadtplanung Wien. Beiträge zur Stadtforschung, Stadtentwicklung und Stadtgestaltung, Band 64: Gesunde Gärten. Frei- und Grünräume für Heil- und Pflegeanstalten in Wien, Wien, o.J..

Engelhartstetten, der Kindergarten im Krankenhaus, die Kindergärten in Loimersdorf und Wolfsthal ebenso wie die Volksschule in Wolfsthal.²¹

Als Beispiel für die Speisenauswahl diene mir zunächst das Mittagessen an einem Freitag. Auf dem Menüplan standen an diesem Tag: Kräutercremesuppe, Klare Suppe, Kürbispüreesuppe, Kaiserschmarrn, Gedünsteter Fisch im Wurzelbett, Girardi Rostbraten vom Bio Rind, Salzkartoffeln, Gnocchi, Blattsalat, Zwetschkenröster, Bio Fruchtjoghurt, Bio Joghurt, Fruchtmus, Kiwi, Mischgemüse, Püree, Mischgemüse natur, Haschee Pute. An diesem Tag wurden unglaubliche 286 Portionen Kräutercremesuppe und fast 70 Kürbispüreesuppen produziert sowie mehr als 320 Kiwis bereitgestellt.

Die Kindergärten haben ein vorgegebenes Menü – in den anderen Einrichtungen kann zum Teil gewählt werden. Besonders den Klassepatienten steht eine breitere Auswahl zur Verfügung.

Alle verwendeten Zutaten werden minutiös genau aufgelistet (Auszug): 12,38 kg Beiried, 142 Eier, 53 Liter Wasser, 31,6 kg Zwetschkenröster, 3,1 kg Zwiebel. Danach wird der Inhalt jeder einzelnen Speise angegeben.^{22, 23}

Die Bürokratie in diesem Bereich ist enorm, aber es ist interessant zu sehen, wie professionell alles abläuft.

Die Beispiele im Anschluss zeigen, dass für jeden Patienten eine geeignete Kostform angeboten wird:²⁴ Den diesbezüglichen Speiseplan erstellt der Küchenleiter schon Wochen im Vorhinein und die Autorin hat 3 Tage einer beliebigen Woche aus diesem Zeitraum gewählt. Überdies steht für spezielle Bedürfnisse eine Diätassistentin zur Verfügung.

²¹ Vgl. Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg – Küchenleitung. Rezeptverteilungsplan: 25.09.2009, Hainburg 25.09.2009.

²² Vgl. Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg – Küchenleitung. Produktionsplan: 25.09.2009, Hainburg 25.09.2009.

²³ Vgl. Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg – Küchenleitung. Artikelliste für die Produktion: 25.09.2009, Hainburg 25.09.2009.

²⁴ Vgl. Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg – Küchenleitung. Speiseplan für die Zeit von 25.11.2009 bis 10.01.2010, Hainburg 24.11.2009.

Landeskrlinikum Thermenregion Hainburg – Küchenleitung
Speiseplan für die Zeit von 25.11.2009 bis 10.01.2010
Änderungen vorbehalten!!!

Mittwoch, 25. November 2009

Mittagessen

Normalkost

Karfiolcremesuppe
Gek. Rindfleisch v. Bio Rind
Petersilkkartoffeln
Dillsauce
Banane

Schonkost

Zucchini-p reesuppe
Topfenstrudel mit Vanillesauce
Banane

Vollwertkost

Zucchini-p reesuppe
Zanderfilet auf Gemüse
Petersilkkartoffeln
Banane

Abendessen

Normalkost

Kräutertopfen garn.
Fr chtete
Gebäck

Schonkost

Kräutertopfen garn.

Früchtetee

Gebäck

Vollwertkost

Schinkenrolle m. Kräutertopfen

Früchtetee

Gebäck

Freitag, 27. November 2009

Mittagessen**Normalkost**

Lauchsuppe

Gebackenes Seelachsfilet

Kartoffelsalat

Apfel

Schonkost

Lauchsuppe

Erdbeerknödel

Pfirsichspalten

Müsliriegel

Vollwertkost

Lauchsuppe

Putenspiess mit Letscho

Petersilkkartoffeln

Apfel

Abendessen

Normalkost

Mischgemüse mit Wurst

Früchtetee

Gebäck

Schonkost

Mischgemüse mit D.-Wurst

Früchtetee

Gebäck

Vollwertkost

Karfiol-Käse-Laibchen

Joghurt-Kräutersauce

Früchtetee

Sonntag, 29. November 2009

Mittagessen

Normalkost

Leberknödelsuppe

Hirschbraten

Bandnudeln

Pfirsich mit Preiselbeeren

Dessert

Schonkost

Leberknödelsuppe

Esterhazybraten v. Bio Rind

Bandnudeln

Gemischter Salat

Dessert

Vollwertkost

Klare Suppe mit Karotten

Gemüsekroketten

Sauce Tartar

Gemischter Salat

Diab.Joghurt

Abendessen

Normalkost

Pikantwurst garn.

Früchtetee

Gebäck

Schonkost

Putenlyoner garn.

Früchtetee

Gebäck

Vollwertkost

Mozzarella mit Tomaten

Früchtetee

Gebäck

Sieht man sich den gesonderten Stationsspeiseplan an, kann man erkennen, dass für jede Notwendigkeit das passende Angebot vorhanden ist, was wiederum die Hotelkomponente unterstreicht. ²⁵ Je nach Appetit gibt es die Möglichkeit, zwischen großen und kleinen Portionen zu wählen.

²⁵ Vgl. Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg – Küchenleitung. Stationsspeiseplan für die Zeit von 07.12.2009 bis 13.12.2009, Hainburg 24.11.2009.

Landeskrlinikum Thermenregion Hainburg - Küchenleitung

Speiseplan für die Zeit von 07.12.2009 bis 13.12.2009

Änderungen vorbehalten!!!

Montag, 07. Dezember 2009

Mittagessen

Normalkost

H ttensuppe

Esterhazybraten v. Bio Rind

Bandnudeln

Blattsalat

Ananaskompott

Schonkost

Klare Suppe mit Schwarzwurzel

Apfelstrudel

Vanillesauce

Müsliriegel

Vollwertkost

Klare Suppe mit Schwarzwurzel

Gem sekroketten

Sauce Tartar

Gemischter Salat

Apfel

Streng

Klare Suppe mit Schwarzwurzel

Putenfilet

Petersilkartoffeln

Karottensalat

Apfelmus

Flüssig-breitig

Klare Suppe mit Schwarzwurzel

Haschee Pute

Püree

Kochsalat

Apfelmus

Diabetiker Normalkost

Klare Suppe mit Schwarzwurzel

Putenfilet

Petersilkartoffeln

Blattsalat

Apfel

Diabetiker Schonkost

Klare Suppe mit Schwarzwurzel

Putenfilet

Petersilkartoffeln

Blattsalat

Apfel

Reduktion

Klare Suppe mit Schwarzwurzel

Putenfilet

Petersilkartoffeln

Blattsalat

Apfel

Cholesterin

Klare Suppe mit Schwarzwurzel

Putenfilet

Petersilkartoffeln

Blattsalat

Apfel

Purin

Veg. Schwarzwurzelsuppe

Putenfilet

Petersilkartoffeln

Blattsalat

Apfel

Abendessen***Normalkost***

Krautfleckerl

Früchtetee

Schonkost

Wurstfleckerl / AE

Roter Rübensalat

Früchtetee

Vollwertkost

VK-Krautfleckerl

Früchtetee

Streng

Wurstfleckerl / AE

Roter Rübensalat

Früchtetee

Flüssig-breiig

Selleriecremesuppe

Milchreis

Früchtetee

Diabetiker Normalkost

Wurstfleckerl / AE

Roter Rübensalat

Früchtetee

Diabetiker Schonkost

Wurstfleckerl / AE

Roter Rübensalat

Früchtetee

Reduktion

Käseaufschnitt garn.

Früchtetee

Gebäck

Cholesterin

Krautfleckerl

Früchtetee

Purin

Krautfleckerl

Früchtetee

4.8 Betten

Der Bettenstand im Krankenhaus entwickelte sich folgendermaßen: ²⁶

1856:	16 Betten
1948:	ca. 100 Betten
1973:	144 Betten
1989:	rund 180 Betten

²⁶ Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg. Bettenstand Krankenhaus.

Unten stehende Tabelle: Stand: 16.10.2009.

Station	1 Bettzi.	2 Bettzi.	3 Bettzi	4 Bettzi	
Chir 1	8D	5D		1oD	
24/24	9D	6D		2oD	
		7D		3oD	
				4oD	
Chir 2		7D	5oD	2oD	
26/26		8oD	6oD	3oD	
				4oD	
				9oD	
Intensiv				*	4 Betten
Gyn		8oD	6oD	10oD	
18/18		9oD	7oD	11oD	
Geb.	5D	3oD		1oD	
13/12!		4oD		2oD	
Int 1		1oD		2oD	
26/26		4D		3oD	
		5D		8oD	
		6D		9oD	
		7oD			
Int 2		3oD	6oD	1oD	
32/32		4oD	7oD	2oD	
		5oD		10oD	
		8oD		11oD	
		9oD			
Int 3		3oD	6oD	1oD	
32/32		4oD	7oD	2oD	
		5oD		10oD	
		8oD		11oD	
		9oD			
Care				*	4 Betten

OD = ohne Dusche

D = mit Dusche

Care – Station ist extra anzusehen – da wird keine Dusche benötigt!

Auf der Geburtshilfe wird darauf geachtet, dass in den Vierbettzimmern nur drei Patientinnen liegen. Deswegen die Abweichung!

4.9 Personal und Prozentuelles

Bei der folgenden Statistik handelt es sich um das zahlenmäßige und prozentuelle Verhältnis der österreichischen (A) und slowakischen (SVK) Ärzte zueinander sowie der Gesamtheit aller anderen im Krankenhaus Beschäftigten aus beiden Ländern, wobei hier nur das Pflegepersonal, welches aus der Slowakei stammt, berücksichtigt wird. Dazu muss erwähnt werden, dass aus einer anderen Nation als der Slowakei stammende Mitarbeiter bei den Österreichern mitgezählt wurden, denn deren Zahl ist so marginal, dass sie die Statistik nicht verändern würde.

Festzustellen ist zwischen 2000 und 2008 ein leichter Anstieg der Anzahl der Ärzte generell und vor allem auf der Seite der Slowaken. Waren es 2000 noch lediglich 2 Ärzte, so waren es 2008 (Stichtag 31.12.) schon 7. Ebenso verhält es sich mit den Schwestern: Auch ihre Anzahl wuchs stetig an – von 10 auf mittlerweile 36. Interessant ist dabei die Tatsache, dass es zwischen 2004 und 2005 einen Anstieg um 10 Personen gab. Prozentuell arbeiteten 2008 13% der Mitarbeiter mit slowakischem Pass. – So viel wie noch nie.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ärzte A	53 / 17%	54 / 18%	53 / 18%	56 / 18%	57 / 19%	59 / 19%	58 / 19%	62 / 19%	60 / 19%
Ärzte SVK	2 / 1%	2 / 1%	2 / 1%	2 / 1%	3 / 1%	4 / 1%	5 / 2%	3 / 1%	7 / 2%
Restl. A	243 / 79%	240 / 79%	236 / 79%	238 / 77%	230 / 75%	225 / 71%	221 / 71%	220 / 69%	220 / 68%
Restl. SVK	10 / 3%	9 / 3%	9 / 3%	12 / 4%	17 / 6%	27 / 9%	29 / 9%	34 / 11%	36 / 11%
	308	305	300	308	307	315	313	319	323

4.10 Das Krankenhaus in Zahlen

Die stellvertretende Pflegedienstleiterin, Frau Bettina Riedmayer, stellte mir in diesem Zusammenhang freundlicherweise eine Arbeit zur Verfügung, der ich das folgende Zahlenmaterial entnehmen konnte:

Auf insgesamt neun Stationen gibt es im Hainburger Krankenhaus momentan (Stand: Frühjahr 2009) 178 Betten, aber es sind bis zu 181 in Verwendung, in denen vorrangig Patienten aus Hainburg, dem übrigen Bezirk Bruck an der Leitha, dem nördliche Burgenland und auch Teilen des Marchfeldes betreut werden.

„Die 9 Stationen im Überblick:

Innere Medizin

- ✓ Interne 1 (26 Betten) Leitende Pflegekraft DGKS Gerlinde Mulser
- ✓ Interne 2 (32 Betten) Leitende Pflegekraft DGKS Susanne Gabor
- ✓ Interne 3 (32 Betten) Leitende Pflegekraft DGKS Claudia Faustik
- ✓ Care (4 Betten) Leitende Pflegekraft DGKS Marianne Boura

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- ✓ Gynäkologie und Geburtshilfe (31 Betten)
Leitende Pflegekraft DGKS Elisabeth Trunner
Leitende Hebamme Edith Strobl

Chirurgie

- ✓ Chirurgie 1 (24 Betten) Leitende Pflegekraft DGKS Elisabeth Staffenberger
- ✓ Chirurgie 2 (28 Betten) Leitende Pflegekraft DGKS Johanna Paul
- ✓ IMCU – Intermediate Care Unit – intensivere Pflege, aber ohne künstliche Beatmung (4 Betten) Leitende Pflegekraft DGKS Petra Seebauer

Funktionsbereiche:

Chirurgische Ambulanz – Leitende Pflegekraft DGKS Anna Szekely

Zentral OP/Zentralsterilisation – Leitende Pflegekraft DGKS Manuela Mayer

Anästhesie – Leitende Pflegekraft DGKS Eveline Mathä

Patiententransport und Botendienst“²⁷

Das Pflegepersonal beträgt zum Stichtag 01.01.2008 154 Personen und teilt sich folgendermaßen auf:

115 DGKS / DGKP (105 weiblich, 10 männlich), 23 Pflegehelfer (6 männlich, 17 weiblich), 9 OP-Gehilfen (alle männlich), 7 Hebammen.²⁸

Darunter gibt es einen sehr hohen Anteil an slowakischen Mitarbeitern. Das liegt vor allem an dem Modus, dass zuerst versetzt werden muss, bevor neu aufgenommen wird. Da die slowakischen Mitarbeiter aus der unmittelbaren Nachbarschaft natürlich in Hainburg arbeiten wollen, suchen sie – wenn sie in einem anderen niederösterreichischen Spital beschäftigt sind – um Versetzung an.

Betrachtet man den Stichtag 17.07.2009, so ergibt sich eine Zahl von 161 Personen, welche die Pflege versehen. Hievon stammen 122 aus Österreich, 34 aus der Slowakei, 2 aus Deutschland, jeweils eine Person aus der Türkei, Rumänien und Serbien.

Interessant ist auch die Tatsache, dass momentan aus dem bereits oben erwähnten Modus (Versetzungen) alle Neubesetzungen mit Slowaken durchgeführt werden.

Im Vergleich sieht die Verteilung zwischen slowakischem Personal und anderem folgendermaßen aus:

01.01.2005	andere: 89	Slowaken: 17
01.01.2008	andere: 85	Slowaken: 30
17.07.2009	andere: 88	Slowaken: 43 ²⁹

Da 68 Pflegepersonen gegenwärtig bereits über 45 Jahre alt sind, wird es künftig zu zahlreichen Pensionierungen kommen, sodass die freigewordenen Plätze mit anderen EU – Bürgern nachbesetzt werden. Allerdings muss auch angeführt werden, dass der Standort Hainburg für Österreicher nicht ganz so attraktiv ist, weil er doch eher exponiert liegt.

²⁷ Riedmayer, Bettina, Ermittlung des Personalbedarfs für die Stationen Interne 1 und Chirurgie 1 am Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg nach DKG 85 (133 min.) und PPR. „Verfahren der Personalbedarfsermittlung im Pflegebereich“, NÖ Landesakademie – Abteilung höhere Fortbildung in der Pflege, Universitätslehrgang für Pflegemanagement 2009/2010, 15.06.2009, S. 5.

²⁸ Vgl. Riedmayer, Ermittlung, S. 6.

²⁹ Vgl. Riedmayer, Ermittlung, S. 8, 9.

4.11 Ärzte- und Schwesternstatistik – Alter und Tabellen

Herr Dir. Palatinus überließ mir die Alterstruktur der Ärzte und Schwestern: (Stand 13.05.2009) ³⁰

³⁰ Landeskrinikum Thermenregion Hainburg. Altersstruktur der Ärzte und des Pflegepersonals (13.05.2009) plus Diagramme.

Ärzte

Alter	Anzahl Personen
26	1
27	5
28	2
30	3
31	5
32	2
34	1
36	2
38	2
39	1
41	3
42	1
43	6
44	3
45	4
46	4
47	1
48	2
49	1
51	1
52	1
53	4
54	2
55	1
56	3
59	2

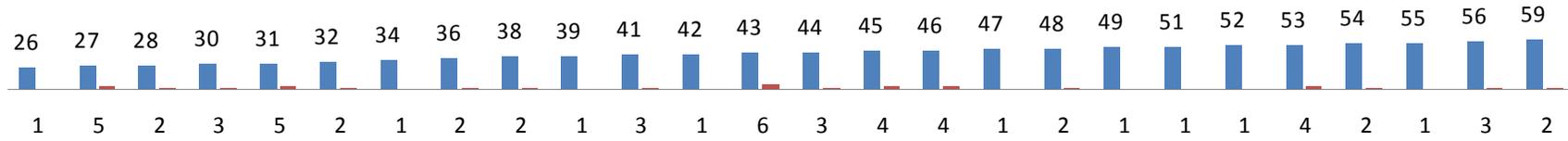
Schwestern

Alter	Anzahl Personen
22	2
23	2
25	1
26	1
27	2
28	3
29	1
30	5
31	6
32	5
33	1
34	4
35	4
36	6
37	7
38	10
39	7
40	9
41	10
42	6
43	6
44	8
45	8
46	4
47	11
48	11
49	20
50	5
51	7
52	4
53	5
54	1
55	4
56	2
57	2
59	3
	193

Die genaue Altersstruktur zeigen folgende Diagramme:

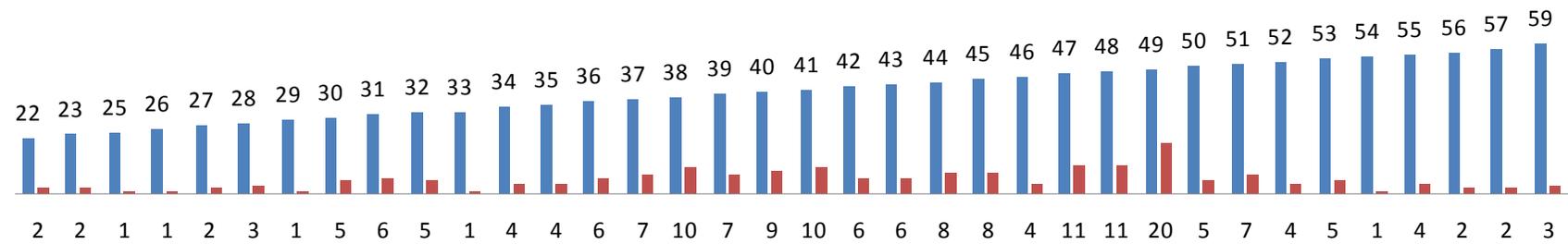
Ärzte

Alter Anzahl Personen



Med. Personal

Alter Anzahl Personen



4.12 Kriterien für die Einstellung von Pflegepersonal

Zeitgleich mit meiner Recherche für die Dissertation besuchte die stellvertretende Pflegedienstleiterin, Frau Bettina Riedmayer, an der NÖ Landesakademie, Abteilung „Höhere Fortbildung in der Pflege“, den Universitätslehrgang für Pflegemanagement. Dabei musste sie eine Hausarbeit zu der Fragestellung „Worauf muss ich als Pflegemanager in Bezug auf die Berufsberechtigung (DGKS / DGKP) bei der Einstellung eines neuen Mitarbeiters besonders achten?“ verfassen, die sie mir dankenswerterweise zur Verfügung stellte.

Unter dem Titel: **„Ausübung der verschiedenen Berufe im Pflegebereich – Umsetzung der rechtlichen Bestimmungen“** beschreibt Frau Riedmayer die Schwierigkeiten, die sich mit slowakischen Bewerbern und Bewerberinnen ergeben.

Die größten Probleme resultieren naturgemäß aus den oft fehlenden Deutschkenntnissen, aber auch eine Beschäftigungsbewilligung oder ein Ausbildungsnachweis können fehlen, denn wenn auch alle Bewerber angeben, eine Ausbildung im Pflegeberuf zu haben – es stimmt leider nicht immer.

Um eine Berufsberechtigung in Österreich zu erlangen, müssen laut Frau Riedmayer unter anderem folgende Kriterien erfüllt sein: Man muss 18 Jahre alt, gesund und vertrauenswürdig sein sowie Deutsch beherrschen. Da der letzte Punkt gesetzlich nicht geregelt ist, ist eine Überprüfung nicht erlaubt. Deswegen müssen die Ausländer so fair sein und von sich aus Auskunft über ihre Sprachkenntnisse geben, denn der Dienstgeber kann nur in einem persönlichen Gespräch feststellen, wieweit Deutsch beherrscht wird.

Um „Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester“ zu werden, braucht man als Österreicher einen der folgenden Nachweise:

„Diplom einer

- Schule für Gesundheits- und Krankenpflege
- Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege
- Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege

Urkunde eines Fachhochschul-Bachelorstudienganges gemäß Fachhochschul-Studiengesetz – FHStG“³¹

(§ 28 GuKG – Gesundheits- und Krankenpflegegesetz)

Ausländer brauchen zusätzlich zu den bereits erwähnten Qualifikationen die so genannte EWR-Berufszulassung. Diese wird vom BMG (Bundesminister für Gesundheit) erteilt. Einen diesbezüglichen Antrag stellen dürfen folgende Personen:

„EU/EWR-Bürger und Schweizer

- mit Ausbildung in EWR/Schweiz
- Ausbildung außerhalb EWR/Schweiz, Anerkennung in EWR/Schweiz und 3jährige Berufserfahrung in diesem Staat (Drittlanddiplom)

Drittstaatsangehörige mit einer Ausbildung inner- oder außerhalb des EWR/der Schweiz, sofern sie folgende Aufenthaltstitel besitzen:

- „Daueraufenthalt – EG“, ausgestellt von österr. Behörde
- „Daueraufenthalt – EG“, ausgestellt von anderem EU-Staat + Niederlassungsbewilligung für Österreich
- „Daueraufenthaltskarte“, ausgestellt von österr. Behörde“³²

Sind diese Vorgaben nicht erfüllt, so müssen zusätzlich Prüfungen abgelegt werden, um gleichwertig zu sein.

„Nostrifikation

Jene Personen, die nicht unter den Anwendungsbereich der RL 2004/38/EG fallen, müssen gemäß § 32 GuKG nostrifizieren. Dies sind zumeist Drittstaatsangehörige, aber auch EWR/Schweizer-BürgerInnen mit Ausbildungen vor dem vom Mitgliedsstaat festgelegten Stichtag [...] bzw. einer Ausbildung außerhalb des EWR/der Schweiz, welche die erforderlichen Beschäftigungszeiten für eine automatische Anerkennung nicht nachweisen können. Zuständige Behörde ist gemäß § 32 GuKG der Landeshauptmann, sodass der Antrag bei der jeweiligen Landesregierung einzubringen ist.“³³

³¹ Riedmayer, Bettina, Worauf muss ich als Pflegemanager in Bezug auf die Berufsberechtigung (DGKS/DGKP) bei der Einstellung eines neuen Mitarbeiters besonders achten?. „Ausübung der verschiedenen Berufe im Pflegebereich – Umsetzung der rechtlichen Bestimmungen“, NÖ Landesakademie – Abteilung höhere Fortbildung in der Pflege, Universitätslehrgang für Pflegemanagement 2009/2010, 28.02.2009, S. 5.

³² Riedmayer, S. 6.

³³ Riedmayer, S. 6, 7.

Unter Nostrifikation versteht man die Überprüfung, ob die Ausbildungen ident sind. Während der etwaigen Zusatzausbildung kann der Antragsteller als Pflegehelfer arbeiten.

Für die Verfasserin war es in diesem Zusammenhang interessant zu erfahren, dass es einen so genannten „Inländervorrang“ gibt. Das bedeutet, dass das AMS prüfen muss, ob es einen Österreicher oder einen niedergelassenen Ausländer für einen freien Arbeitsplatz gibt, denn diese haben dann Vorrang bei der Vergabe. Will man einen Ausländer einstellen, so braucht dieser eine EWR – Zulassung oder einen Nostrifikationsbescheid.

„Grundsätzlich benötigen EU-BürgerInnen keine Beschäftigungsbewilligung. Infolge der Beschränkung des Arbeitsmarktes für die „neuen“ Mitgliedstaaten ist für Staatsangehörige von Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn eine Beschäftigungsbewilligung zu beantragen. Wenn Staatsangehörige eines „neuen“ Mitgliedstaates eine Freizügigkeitsbestätigung vom AMS (Arbeitsmarktservice) besitzen, ist jedoch keine Beschäftigungsbewilligung erforderlich.“³⁴

Frau Riedmayer bekam durch diese Arbeit Einblick in die Gesetzeslage. Ihr Wunsch wäre ein Kontingentschlüssel, der je nach Bedarf von Haus zu Haus unterschiedlich ist und auch eine bessere Definition der Deutschkenntnisse.

Was mir Schwester Bettina in unserem persönlichen Gespräch gesagt hat, definiert sie wörtlich:

„[...] Für mich stellt sich im LK Thermenregion Hainburg dadurch folgendes Problem:

Die Übernahmen der Krankenhäuser in die Niederösterreichische Landesklinikenholding hat die Folge, dass alle Dienstnehmer in den diversen Kliniken Landesbedienstete sind. Das Landesvertragsbedienstetengesetz regelt die Aufnahme von neuen Mitarbeitern so, dass zuerst Versetzungen zu vollziehen sind, bevor es zu einer Neuaufnahme kommt. [...] liegt Hainburg sehr nahe der Slowakei. Die logische Folgerung daraus ist, dass sämtliche Mitarbeiter die in den Niederösterreichischen Landeskliniken tätig sind um

³⁴ Riedmayer, S. 9.

Versetzung ins LK Hainburg ansuchen um näher ihrem Wohnort zu sein. Der Schlüssel an ausländischen Mitarbeitern ist daher bereits sehr hoch. Mein Wunsch wäre daher ein Kontingentschlüssel, so wie es ihn bei der Arbeitskräfteüberlassung bereits gibt, von nicht mehr als 15% in den einzelnen Häusern der Niederösterreichischen Landesklinikenholding.“³⁵

4.13 Kosten für den Aufenthalt

Mit Stand 1. Jänner 2009 sind folgende Gebühren festgesetzt:³⁶

Allgemeine Gebühren – wenn man keine Pflichtversicherung hat: 475,26€,

Zuschlag für Sonderklasse – allgemeine Gebührenklasse: 240€
(Einbettzimmer – EB), 120€ (Mehrbettzimmer – MB),

Zuschlag für Sonderklasse – privat versicherte Personen ohne Sozialversicherung: 147,40€ (EB), 92,40€ (MB),

Aufzahlung EB – privat Versicherte und BVA-versicherte Personen:
55€

Für die medizinische Versorgung sind leistungsbezogene Gebühren zu entrichten, die nach einem festgelegten Schlüssel berechnet werden.

Begleitpersonen müssen folgende Zahlungen leisten:

1 – 14 Jahre, Behinderte: 30€

ab 14 Jahre, Sonderklasse, Palliativ: 50€

Familienappartement: 120€

4.14 Herkunftsstatistik der Patienten

Um das Einzugsgebiet des Krankenhauses besser definieren zu können, stellte mir Herr Direktor Palatinus in weiterer Folge die Herkunftsstatistik der Hainburger Patienten zur Verfügung. Zum Vergleich wurden die Jahre 2003 und 2007 herangezogen:³⁷

Im Jahr 2003 stammten von den insgesamt 8.102 Patienten und Patientinnen 7.962 aus Österreich, von 21 Personen gab es keine Angabe

³⁵ Riedmayer, S. 10.

³⁶ Vgl. Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg. Gebühren für den Aufenthalt im Landeskrankenhaus.

³⁷ Vgl. Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg. Wohnortestatistik 01.2002 bis 06.2009.

und 119 hatten eine ausländische Staatsbürgerschaft. Das ergibt einen prozentuellen Anteil von 98,27 zu 0,26 zu 1,47. Aus Niederösterreich stammten 87,33 %, aus dem nahe gelegenen Burgenland 8,53% und aus Wien immerhin 3,84 % der Patienten. Die anderen Bundesländer sind zu vernachlässigen.

In den folgenden Jahren wuchs die Patientenzahl stetig an, bis sie 2007 bei 9.301 angelangt war. Die Ausländeranzahl stieg ebenfalls auf 246 – also 2,64%. Die Anzahl der Wiener veränderte sich kaum und hielt 2007 bei 3,79%.

2003 gab es eine Anzahl von 54.418 Pflgetagen. Allerdings waren davon nur 0,81% an Ausländer vergeben. Das heißt, dass die Aufenthaltsdauer bei Ausländern kürzer war als 4 Jahre später. 2007 wurden nämlich von 58.879 Pflgetage 998 oder 1,70% von Slowaken konsumiert.

2003: Von den im Jahre 2003 behandelten 6.953 Niederösterreichern stammten 4.280 oder 61,56% aus dem Heimatbezirk Bruck an der Leitha – das sind weniger als zwei Drittel. Fast ein Drittel kam aus dem Bezirk Gänserndorf – nämlich 32,07% oder 2.230 Patienten. Abgesehen von Wien-Umgebung mit 5,41% sind alle anderen Bezirke zu vernachlässigen.

Betrachtet man die Gemeinden des Bezirks Bruck an der Leitha gesondert, so kann man das nur in Prozenten machen und nicht in absoluten Zahlen, denn die Größe der Gemeinden ist extrem unterschiedlich. Aus der gleichnamigen Bezirkshauptstadt stammten 19,56%, aus Hainburg 31,29% und aus den anderen Orten und Gemeinden etwa 2 bis 5 Prozent.

Warum aus Hainburg wesentlich mehr Patienten stammen als aus Bruck/L., ist leicht zu erklären: Man tendiert eher dazu, das Spital in der eigenen Stadt aufzusuchen – viele Brucker hingegen zieht es nach Eisenstadt oder Wien.

2007: Von den im Jahr 2007 7.988 behandelten Niederösterreichern stammten 4.739 oder 59,33% aus dem Bezirk Bruck an der Leitha. – Das sind weitaus weniger als zwei Drittel. Ein Drittel kam aus dem Bezirk Gänserndorf – nämlich 2.632 oder 32,97%. Abgesehen von Wien-Umgebung mit 6,97% sind alle anderen Bezirke ebenfalls zu vernachlässigen.

Aus der Bezirkshauptstadt stammten 21,92%, aus Hainburg 31,21% und aus den anderen Orten und Gemeinden etwa 2 bis 5 Prozent. Man kann also festhalten, dass es in den Vergleichszeiträumen kaum Änderungen an der Einzugsstatistik gibt.

Die aktuellste Statistik betrachtet die Monate Jänner bis Juni 2009. In diesem Zeitraum wurden 4610 Patienten behandelt, von denen 97,51% Österreicher waren (4.495) und 115 Ausländer (2,49%). Aus Niederösterreich stammten 89,34% (4.016), aus dem Burgenland 303 (6,74%) und sogar 161 (3,58%) aus Wien.

Naturgemäß ist der Bezirk Bruck an der Leitha am stärksten vertreten: 58,04%. Gänserndorf nimmt bereits mehr als ein Drittel ein: 34,29% und abgesehen von Wien – Umgebung (7,15%) sind alle anderen Bezirke wieder zu vernachlässigen.

5 Tag der offenen Tür – 28. Februar 2009

Da es sich bei einem Krankenhaus nicht um etwas Statisches handelt, sondern um einen Ort, wo Menschen rund um die Uhr um Menschen bemüht sind, wo Menschen das Licht der Welt erblicken, wo unter extremen Bedingungen um Leben gekämpft wird und Glück und Leid oft auf engstem Raum beisammen liegen, nutzte die Verfasserin am 28. Februar 2009 den 7. „Tag der offenen Tür“, um mit den Besuchern in direkten Kontakt zu treten.

Der folgende Text ist eine Beschreibung der persönlichen Eindrücke: Mich interessierte zunächst, woher die Besucher stammten, denn ich wollte herausfinden, ob auch Gäste aus der Slowakei darunter wären.

Ich hatte zwei kurze Fragenkataloge in Form von Ergänzungsfragen vorbereitet, die ein breites Spektrum an Antworten zuließen. Diese sollten als Ansatz für nachfolgende Umfragen und Untersuchungen meine Arbeit betreffend dienen. Dabei legte ich bewusst darauf Wert, dass die Befragten ihre eigene Meinung äußern konnten und nicht durch vorgegebene Antwortmöglichkeiten eingeschränkt wurden.

Die erste Frage befasste sich zunächst mit den Beweggründen für das Kommen.

Mit Frage zwei wollte ich erheben, welche Erfahrungen die Anwesenden eventuell bereits mit dem Krankenhaus gemacht hatten. Fielen diese negativ aus, bestand die Möglichkeit, Vorschläge zur Verbesserung zu machen. Schließlich sind die Betroffenen am besten in der Lage zu bewerten, ob alles zur Zufriedenheit abläuft oder es Mängel gibt, die behoben werden müssen.

So tastete ich mich allmählich an die Kernfrage meiner Erhebung heran, durch welche ich die Einstellung dem slowakischen Personal gegenüber herausfinden wollte. Mir war natürlich klar, dass es sich hierbei um einen sensiblen Bereich handelt, denn über das Personal ehrliche Auskunft zu geben, erfordert doch ein gewisses Maß an Mut. Ich war gespannt, ob meine Interviewpartner diese Hemmschwelle überwinden und offen reden würden.

Hinsichtlich der anwesenden Slowaken interessierte mich, wie sie vom „Tag der offenen Tür“ erfahren hatten, denn so konnten Rückschlüsse über den Bekanntheitsgrad des Klinikums über die Grenzen hinaus gezogen werden. Auch die Tatsache, ob sie schon persönlich Kontakt mit dem Krankenhaus gehabt hatten beziehungsweise welchen Informationsstand es bezüglich des Angebotes gibt, sollte ergründet werden.

Nebenbei sollte sich herauskristallisieren, welche Abteilungen bevorzugt würden.

Schlussendlich erachtete ich es als wissenswert, über Behandlungsunterschiede in der Slowakei und Hainburg zu erfahren.

5.1 Tag der offenen Tür 2009 – Beschreibung

HAINBURG 25. FEB. 09 Woche 09/2009 **NÖN**



Manuela Holkovic (l.) und Ute Trott (r.) werden die Gäste in der Eingangshalle des Hainburger Landes-Klinikums persönlich begrüßen. Der „Tag der offenen Tür“ startet bereits um 9 Uhr - zur Eröffnung wird auch Landtagspräsident Hans Penz vorbeischauen.

FOTO: LANDESKLINIKUM HAINBURG

HOCHBETRIEB / Am 28. Februar findet in allen Landes-Kliniken, so auch in Hainburg, ein „Tag der offenen Tür“ statt.

„Offene Tür“ im Spital

HAINBURG / Auch heuer haben Interessierte wieder die Möglichkeit, hinter die Kulissen eines Krankenhausbetriebes zu blicken. Im Hainburger Landesklinikum, so wie in allen niederösterreichischen Landeskliniken, findet am Samstag, den 28. Februar ein „Tag der offenen Tür“ statt.

Das abwechslungsreiche Programm startet bereits um 9 Uhr. In der Röntgen-Wartehalle sowie der Eingangshalle präsentieren sich wieder zahlreiche Vereine und Firmen und der Speisesaal steht ganz im Zeichen von „Gesundheit, Vitalkost & Co“. Die kaufmännische Direktion wird ebenfalls ihre Türen für Besucher öffnen - Highlight ist eine Präsentation über den millionenteuren Zu- und Umbau des Landesklinikums, der Anfang 2010 starten wird. Auch für die jungen Besucher ist am „Tag der offenen Tür“ wieder einiges geboten. Neben dem obligatorischen „Kindergipsen“ können die Kinder an einer Rätselrallye durch das Krankenhaus teilnehmen.

ZUM PROGRAMM:

- **Eingangshalle:** Kinder-Räselrallye, Partnerforum Gesundheit, diverse Selbsthilfegruppen
- **Chirurgische Ambulanz:** Kindergipsen
- **Röntgen:** Vorstellung des neuen Computertomographen
- **Wartehalle Röntgen:** Gesundheitsstraße, Befundbesprechung, Ultraschall, Stände des Landesheims und des Palliativ-Teams, diverse Firmen mit Aktivitäten, etc.
- **Mütterstudio:** Beratung für werdende Eltern
- **Labor:** Vorträge von Dr. Hausner (10 und 11 Uhr)
- **Geburtshilfe:** Vorträge Dr. Gamperl (10 und 11.30 Uhr)
- **Sitzungssaal:** Blutspenden von 10 bis 16 Uhr
- **Speisesaal:** Diätassistentin, Bücher zum Thema Gesundheit

³⁸ NÖN, 09/2009, „Offene Tür“ im Spital, 25.02.2009.

Am 28. Februar ist es wieder so weit: dann bieten die NÖ Landeskliniken allen interessierten Besucherinnen und Besuchern die einmalige Gelegenheit, einen Einblick in die tägliche Arbeit und in das Leistungsangebot der einzelnen Kliniken zu gewinnen.

Die niederösterreichischen Landeskliniken bieten medizinische und pflegerische

Leistungen auf höchstem Niveau“, betont Landesrat Mag. Wolfgang Sobotka. Je besser die Infrastruktur eine Klinikums ist, desto leichter fällt auch die Arbeit, denn: „Jeder einzelne Mitarbeiter leistet Tag für Tag Großartiges für die Patienten und zeigt enormes Engagement“. Die Zahl der Krankenhausaufenthalte steigt österreichweit an. „Wir bauen die 27 Landeskliniken zu modernen Gesundheitszentren

te. Das Land Niederösterreich investiert in den nächsten 10 Jahren mehr als 2 Mrd. Euro in den Ausbau der NÖ Landeskliniken.

Allein 2008 wurden 90,6 Mio. Euro in die 27 Standorte investiert. Ein gutes Beispiel dafür ist das Landeskrankenhaus St. Pölten. Hier wurde im Sommer 2008 die 2. Medizinische Abteilung neu

eröffnet, die nun auf fünf Stockwerken Spitzenmedizinische Versorgung gepaart mit einer behaglichen Atmosphäre bietet. Ende des Jahres wurde die neue Dialysestation eröffnet, in die rund 3,9 Millionen Euro investiert wurden. Mit der Eröffnung des neuen Parkdecks stehen den Besuchern und Patienten nun knapp 700 Parkplätze zur Verfügung. „Durch unsere Investitionen schaffen wir optimale Arbeitsbedingungen für unsere Mitarbeiter und garantieren für die Patienten medi-

Landeskliniken: Tag der offenen Tür

zische Leistungen auf höchstem Niveau – dafür sorgen mehr als 19.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die jährlich mehr als 385.000 Patientinnen und Patienten stationär betreuen.

Die NÖ Landeskliniken-Holding ist Garant dafür, dass die medizinischen Strukturen auch in Zukunft weiter ausgebaut und bestehende Leistungen noch weiter verbessert werden. Gleichzeitig läuft in den Spitälern seit drei Jahren die größte Modernisierungsoffensive der Geschich-

aus, um auch in Zukunft die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten gewährleisten zu können“, betont Landesrat Mag. Wolfgang Sobotka und lädt alle Interessierten zum Tag der offenen Tür ein: „Wir bieten Ihnen so die Möglichkeit sich selbst ein Bild davon zu machen, was unser Mitarbeiter täglich für die Gesundheitsversorgung leisten und gleichzeitig können Sie die bereits begrenzten Ausbaumaßnahmen vor Ort betrachten.“

eröffnet, die nun auf fünf Stockwerken Spitzenmedizinische Versorgung gepaart mit einer behaglichen Atmosphäre bietet. Ende des Jahres wurde die neue Dialysestation eröffnet, in die rund 3,9 Millionen Euro investiert wurden. Mit der Eröffnung des neuen Parkdecks stehen den Besuchern und Patienten nun knapp 700 Parkplätze zur Verfügung. „Durch unsere Investitionen schaffen wir optimale Arbeitsbedingungen für unsere Mitarbeiter und garantieren für die Patienten medi-

Herzlich willkommen!
Wir freuen uns auf Sie.

Landeskliniken-Holding

Tag der offenen Tür

in allen Landeskliniken Niederösterreichs

**Samstag, 28. Februar 2009
von 9:00 bis 16:00 Uhr**

Erfahren Sie ALLES über IHRE LANDESKLINIK.
Führungen, Vorsorgecheck, Vorträge,
Gesundheitsstraße und vieles mehr ...
Nähere Informationen finden sie auf www.lknoe.at

Eine Initiative von Landeshauptmann Dr. Erwin Pröll und Landesrat Mag. Wolfgang Sobotka

³⁹ Bezirksmagazin, 1/09, Landeskliniken: Tag der offenen Tür.

Natürlich hat ein derartiger Event in erster Linie einen offiziellen Charakter. So konnte Krankenhausdirektor Wolfgang Palatinus zahlreiche Ehrengäste begrüßen, darunter Bürgermeister Karl Kindl, Holding-Vertreter Jürgen Tiefenbacher, den Präsidenten des niederösterreichischen Landtags Herbert Nowohradsky, Bundesrat Friedrich Hensler und Stadträtin (und Bundesrätin a. D.) Michaela Gansterer.

Neben der bereits erwähnten Umfrage machte die Verfasserin genaue Aufzeichnungen über den Verlauf der Veranstaltung: Nach einer kurzen Bestandsaufnahme mit wichtigen Informationen wird das Bauprojekt eingehend vorgestellt: (→ siehe Präsentation)

Parallel dazu wird im Eingangsbereich auf die Aktion „Gesundes Niederösterreich“ hingewiesen, indem Vorsorgepakete, welche z.B. Selbsttests zur Blutzuckerbestimmung, einen Schrittzähler, Broschüren, Kochrezepte etc. enthalten, an die Besucher verteilt werden. Den Stand gibt es das ganze Jahr hindurch und die Pakete kann man auch mittels Anforderungskarten bestellen.

Um eine möglichst genaue Auflistung zu erreichen, wurden die Mitschriften im Anschluss noch mit dem zur Verfügung stehenden offiziellen Zahlenmaterial verglichen. Die Daten stammen vom Jahresabschluss 2007 und haben sich im Verhältnis zum aktuellen Jahr nur marginal verändert.

In seinen Ausführungen gibt Dir. Palatinus einen Überblick über das Landesklinikum Thermenregion und gewährt einen Einblick in diverse Statistiken. So stammen etwa über 30% der Patienten aus dem Marchfeld, weswegen das Krankenhaus in Wahrheit zur Region Weinviertel gezählt wird.

Der Gesamtaufwand beträgt pro Jahr 30 Millionen Euro, wovon ca. 60% auf das Personal entfallen. Die Ausgaben (alles in €) ergeben sich aus folgenden Faktoren: Personal: 19 Millionen, Lebensmittel: 400.000, Reinigung: 590.000, Medikamente: 750.000, Behandlungsbedarf für Patienten: 1 Million, Strom: 270.000, Wasser: 30.000, Thermische Energie: 220.000, Instandhaltung: 1 Million, Wäscherei: 370.000, Transporte: 250.000 und Versicherung: 120.000. Insgesamt sind 287,5 Personen beschäftigt. Das klingt zwar unlogisch, aber es gibt schließlich auch Teilzeitkräfte. Also wird eigentlich die Leistung von 310 Menschen im Haus erbracht. Das Team besteht aus 60 Ärzten sowie 180 Schwestern, Pflegern

und medizinischem Personal. 32 Personen leisten ihren Dienst in der Verwaltung und 25 im technischen Bereich.

Im Jahr werden mehr als 9.000 Patienten behandelt und im Vorjahr wurde auf der Internen Abteilung die magische Grenze von 5.000 Patienten überschritten. Es werden etwa 2.500 Operationen nach Plänen durchgeführt und von den 25.255 Röntgen sind 3.302 Computertomographien, die mit dem neuen, 400.000 Euro teuren Gerät durchgeführt werden, das bei Bedarf auch 24 Stunden pro Tag eingesetzt werden könnte. Außerdem gibt es in Hainburg dafür eine Ambulanzgenehmigung, was bedeutet, dass auch auswärtige Patienten damit untersucht werden können. Als noch die Gemeinde für das Krankenhaus zuständig war, wäre eine derartig kostspielige Anschaffung unmöglich gewesen. Der Druck auf die kaufmännische Direktion war zwar sehr groß, aber der neue CT macht sich auf jeden Fall bezahlt, denn er hat schon zahlreiche Menschenleben gerettet. Überdies gehört ein CT im Gegensatz zur MR zur Grundversorgung.

Es wird auch erwähnt, dass es auf der Chirurgie seit 2003 immer wieder „Ups and Downs“ gegeben hat, auf die aber nicht näher eingegangen wird. – Antworten darauf finden sich allerdings in den Gesprächen mit dem Personal.

Auf der Gynäkologie fanden im Jahr 2008 über 460 Geburten statt – 2007 waren es sogar 501.

Außerdem werden jährlich 400.000 Laborbefunde ausgewertet, 40.000 Physiotherapien durchgeführt und 140 Tonnen Wäsche verbraucht. Der Notarzt muss ca. 1.000-mal pro Jahr ausrücken (2007 waren es genau 1.054 Ausfahrten) und 80- bis 100-mal wird im gleichen Zeitraum der Helikopter angefordert. Von den 12.740 ambulanten Fällen werden die meisten am Vormittag behandelt.

Der Bedarf an Fernwärme beträgt 2.902.000 Kilowattstunden im Jahr, der Stromverbrauch im gleichen Zeitraum 2.550.000 Kilowattstunden.

Neben den 100.000 Menüs werden 12.000 Semmeln, 6.000 Äpfel, 350 kg Spaghetti und 3.400 Kilo Wurst gegessen sowie 18.000 Flaschen Mineralwasser und 35.000 Liter Milch verbraucht. Angesichts dieser Zahlen ist es nicht verwunderlich, dass 50% des Landesbudgets für das Gesundheitswesen aufgehen. Überdies wird auch hier erwähnt, dass es sich

um ein relativ kleines Krankenhaus der Grundversorgung handelt, dessen Wirtschaftsfaktor sehr bedeutend ist.

Am Tag der offenen Tür werden zur besseren Veranschaulichung Hausführungen angeboten, der neue CT wird vorgestellt und die Besucher haben Gelegenheit, sich auf einer Gesundheitsstraße medizinisch untersuchen zu lassen. Für Kinder besteht die Möglichkeit, an einer Rätselrallye sowie am allseits beliebten „Kindergipsen“ teilzunehmen. Außerdem findet eine Blutspendeaktion statt und es besteht das Angebot, sich von einer Diätassistentin beraten zu lassen. Ebenso wird das „Palliativteam“ vorgestellt.

Im Anschluss wird die Studie zum Umbau präsentiert. (→ siehe Punkt 5.3)

Nach einem Krankenhausaufenthalt, der pro Patient durchschnittlich vier bis fünf Tage beträgt, besteht die Möglichkeit, mittels Fragebogen an einer Zufriedenheitsumfrage teilzunehmen, welche in ganz Niederösterreich durchgeführt wurde. Von den 400.000 abgegebenen Beantwortungen waren nur 160 wirklich schlecht und in Hainburg hat man 96 von 100 Punkten erreicht.

Seit einigen Monaten darf sich das Thermenklinikum auch als „selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ bezeichnen. Deshalb präsentieren sich die einzelnen Gruppen dem interessierten Publikum. Unter <http://www.partnerforum-gesundheit.at> ist die Plattform für die verschiedenen Selbsthilfegruppen erreichbar, die ihre Zusammenkünfte im Hainburger Krankenhaus abhalten oder mit dem Spital zusammenarbeiten. Momentan laufen Vorbereitungen für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im so genannten „Dreiländereck“ zwischen Hainburg, Kittsee und Bratislava, in die man große Hoffnungen für die Zukunft setzt. Die Leitung dieses Projekts hat Hainburg inne, die Ombudsfrau ist Frau Hoffmann und als Kontaktperson fungiert Frau Mag. Gamsjäger.

Auch in diesem Zusammenhang kann ich einen Bezug zu meinem Thema herstellen, denn die Leiterin der Diabetesgruppe ist die aus der Slowakei stammende Schwester Adriana, welche auf der Internen arbeitet. Diabetesberatung wird von Montag bis Mittwoch von 7 bis 14 Uhr durchgeführt, allerdings kann dieses seit Juli des letzten Jahres bestehende

Angebot nur von stationär aufgenommenen Patienten in Anspruch genommen werden.

Neben dem Mütterstudio stellt sich auch die Stillberatung den Besuchern vor und als nette Geste werden Blumen verteilt.

Die „Gesunde Gemeinde“ ist ebenfalls vor Ort. Ihre Aufgabe ist es, Gesundheitsaktivitäten zu fördern. So werden beispielsweise Vorträge in Räumen der Gemeinde oder in der Schule gehalten. Die Veranstaltungen sind ähnlich einer Selbsthilfegruppe für jedermann zugänglich, bis dato gibt es aber noch keine slowakischen Mitglieder.

Außerdem sind noch die „Angehörigen von Alkoholikern“ anwesend und stellen ihr Programm vor. Diesen Verein gibt es bereits seit dem 5. Juli 1989. Betroffene treffen sich jede Woche am Mittwoch für 1,5 Stunden. Die ehrenamtliche Mitarbeiterin, Frau Niedermayer, ist immer zugegen und bietet ihre Hilfe an, denn sie kann aus einem reichhaltigen Erfahrungsschatz schöpfen.

Das Treffen der „Anonymen Alkoholiker“, deren Stammgruppe aus vier Personen besteht, findet immer am letzten Mittwoch im Monat um 18.00 im Personalspeiseraum statt. Man spricht sich nur mit Vornamen an und auf Wunsch kennt man einander auf der Straße nicht.

An Krebs Erkrankte können sich ebenfalls in einer Selbsthilfegruppe austauschen. Auch hier strebt man für die Zukunft eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Hainburg, Kittsee und Bratislava an.

Die Verfasserin nützte die Chance zur Kontaktaufnahme mit den einzelnen Gruppenleitern, welche sich durch diese Dissertation eine gewisse Anhebung ihres Bekanntheitsgrades erhoffen. So wurden Adressen ausgetauscht, um in der Folge private Termine für Gespräche zu vereinbaren.

Da das Hauptaugenmerk auf der Gynäkologischen Abteilung liegt, wurde des Weiteren das Gespräch mit dem Primar dieser Station, Dr. Gamperl, gesucht, der sofort seine Unterstützung zusicherte.

Um einen entsprechenden Fragebogen für die große Umfrage zielgerichteter entwickeln zu können, wurden einige Besucher stichprobenartig kurz interviewt.

5.2 Fragenkatalog

Tag der offenen Tür am 28. Februar 2009

- Geschlecht
- Ort

- Für Österreicher:
 - Was sind die Beweggründe für Ihr Kommen?
 - Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Krankenhaus allgemein gemacht?
Positive / Negative?
Was sollte man Ihrer Meinung nach ändern oder verbessern?
 - Seit einigen Jahren gibt es vermehrt Personal (Pfleger, Ärzte) aus der benachbarten Slowakei. Was halten Sie davon? – Persönlich gemachte oder berichtete Erfahrung?

- Für Slowaken:
 - Wie haben Sie vom Tag der offenen Tür erfahren und warum sind Sie hier?
 - Haben Sie oder jemand aus Ihrer näheren Umgebung schon Kontakt mit dem Krankenhaus gehabt?
Welche Abteilung?
 - Worin liegt der Unterschied zwischen der Behandlung in der Slowakei und Hainburg?

Das Ergebnis dieser Kurzumfrage sieht folgendermaßen aus:

Eine *ältere Dame*, die bereits seit Beginn der Veranstaltung anwesend war, kam aus Interesse. Sie war schon Patientin und kann nur Positives berichten. Zwischen slowakischem und österreichischem Pflegepersonal sieht sie keinen Unterschied, denn – wie sie lakonisch meint – “passieren tut überall was“.

Ein *Herr* will sich einfach den „Tag der offenen Tür“ anschauen. Die Pflege ist für ihn in Hainburg erstklassig und er ist sehr zufrieden. Als er vor sechs bis sieben Jahren das letzte Mal in stationärer Pflege war, hatte er noch nichts von den vielen Slowaken bemerkt. Also kann er sich nicht darüber äußern.

Eine *junge Frau* ist ebenfalls aus Interesse im Haus. Sie ist prinzipiell zufrieden, aber nicht mit den Slowaken. Sie hat nämlich den Eindruck, dass diese nur kommen und Geld verdienen wollen. Außerdem empfindet sie die Slowaken als zu langsam.

Eine andere befragte *Frau* ist im Haus, weil ihre Schwester als Krankenschwester im Spital arbeitet. Sie ist mit der Behandlung sehr zufrieden und weiß nichts über Schwierigkeiten mit dem ausländischen Personal. Sie merkt auch keine Unterschiede bei der Behandlung.

Ein *älterer Herr* ist mit seinem Sohn und seinen Enkelkindern gekommen. Er war schon ein paar Mal Patient und wollte das Spital den Kindern zeigen. Er berichtet über seine persönlichen Erfahrungen und darüber, dass er mit den früheren Primärärzten sehr gut ausgekommen war. Er meint, dass das Personal heute genauso freundlich ist wie bei seinem letzten Aufenthalt im Jahre 1996, aber über die Ausländer hat er eine gespaltene Meinung. Er ist der Ansicht, dass man die Einheimischen kenne und daher die Beziehung doch besser sei.

Eine *ältere Frau* wurde von ihren Arbeitskolleginnen zum Mitkommen überredet, obwohl sie gar nicht wollte. Als Patientin hat sie keine Erfahrungen, aber sie empfindet das slowakische Pflegepersonal generell als ein großes Problem, weil sie nicht versteht, warum man keine Österreicherinnen anstellt. Sie befürchtet, dass durch das slowakische Personal Österreicher keine Arbeit haben.

Eine *Frau mittleren Alters* ist aus Neugierde im Spital. Sie äußert sich nicht über die allgemeine Zufriedenheit, sondern beginnt gleich damit, dass die Slowaken den Österreichern den Job wegnehmen und sie empfindet das slowakische Personal als viel unsympathischer.

Zwei *betagte Damen*, die es sich im Eingangsbereich gemütlich gemacht haben, wollen einfach Informationen über das Krankenhaus, denn schließlich müssten sie ja wissen, was „so abläuft“. Sie kommen oft ins

Spital, um Freundinnen zu besuchen und können sich nur zufrieden über das Krankenhaus äußern. Bezüglich des slowakischen Personals meinen sie, dass es „erstaunlich gut“ ist. Allerdings haben die das Gefühl, dass in Hainburg alle nur mehr slowakisch reden. Aber allgemein haben sie nichts gegen das slowakische Personal, weil es tüchtig ist.

Ein *junges Paar* gibt zwei Gründe für sein Kommen an: Der Mann möchte Blut spenden und gemeinsam mit seiner Freundin will er sich den Kreißsaal anschauen, weil die Frau im siebenten Monat schwanger ist. Die allgemeine Meinung über das Hainburger Spital fällt eher positiv aus, nur über bestimmte Ärzte äußert sich das Paar negativ. Es komme eben darauf an, wem man „in die Hände fällt“, aber solange die Arbeit passt, ist es für sie gleichgültig, von wem man behandelt wird. Ihrem Dafürhalten nach sollten sich die Slowaken aber besser anpassen.

Ein *älteres Paar* ist aus purer Neugierde da. Die beiden geben an, auch sonst öfters ins Spital zu kommen, um Freunde zu besuchen. Allerdings waren sie selbst das letzte Mal vor 24 Jahren in Behandlung. Der Ruf der Slowaken ist ihrer Meinung nach sehr gut und sie sind froh, wenn sich im Bedarfsfall irgendwer um sie kümmert.

Ein *junger Mann* möchte die Angebote kennen lernen, welche das Krankenhaus zu bieten hat. Er ist einfach an Gesundheitsthemen interessiert, möchte sich Infos holen und sich der Vorsorge widmen. Seine Meinung über das Hainburger Krankenhaus ist relativ gut, allerdings war er erst einmal zum Röntgen da. Dabei störte ihn, dass der Befund nicht im Detail ausgearbeitet wurde. Außerdem hatte er mit der Wirbelsäule derart komplizierte Probleme, dass das Hainburger Personal an seine Grenzen stieß und er weitergeschickt wurde. Ihm ist es prinzipiell egal, von wem er behandelt wird, denn er kann zwischen Slowaken und Österreichern keinen Unterschied feststellen. Von anderen Patienten hörte er, dass man in Hainburg stets freundlich sei und man sich wohl fühlen könne. – Zumal auch Sonderwünsche berücksichtigt würden.

Ein weiteres *junges Paar* ist der Einladung gefolgt, weil eine Verwandte im Haus arbeitet und es generell am Spital Interesse hat. Die junge Frau regt sich über die langen Wartezeiten in der Ambulanz auf. Der junge Mann hat damit noch keine Erfahrungen gemacht und findet das Spital einfach gut.

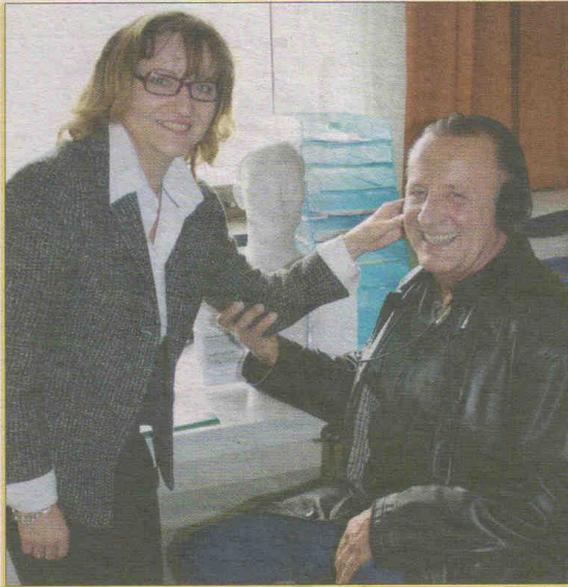
Über die Slowaken sagen sie: „Warum nicht?“ Sie haben kein Problem mit ihnen, solange sie deutsch sprechen, weil sie ihrer Meinung nach freundlich sind.

Zuletzt befragte ich ein *junges Paar*, das mit einem Kind das Spital besuchte. Die Gäste aus Bratislava sind deswegen auf das Hainburger Spital aufmerksam geworden, weil eine Verwandte hier arbeitet. Zwar sprechen die beiden kein Wort Deutsch, aber auf Englisch war die Verständigung kein Problem. Das Spital in Bratislava finden sie ganz einfach nicht gut. Zwar müssen sie für die Behandlung in Hainburg sehr viel bezahlen, aber dafür ist alles professionell und vor allen Dingen sehr sauber. Die Frau wird ihr zweites Kind auf alle Fälle in Hainburg zur Welt bringen, denn mit der ersten Geburt in Bratislava war sie absolut nicht zufrieden.

Wie bereits eingangs erwähnt, war das Ziel meines Besuches beim „Tag der offenen Tür“ nicht primär, eine Umfrage zu machen, sondern stichprobenartig einige der nicht besonders zahlreich erschienenen Gäste nach den Beweggründen ihres Kommens zu befragen sowie Problemfelder herauszufiltern und die Aussagen in der Folge in die Erstellung der Fragebögen einfließen zu lassen.

Besonders auffällig ist die Tatsache, dass die Gäste, die bereits in der Früh anwesend waren, nur positiv geantwortet haben und erst im Laufe des Tages kritischere Antworten kamen. – Das kann ich mit einer Aussage einer älteren Dame, die ganz zeitig vor Ort war, belegen: „Wir sind Fans vom Krankenhaus. Wir müssen immer top-informiert sein.“

Vielleicht war auch ein Mitgrund für das positive Antworten, dass so viele Ehrengäste vor Ort waren und dass der Plan für das neue Krankenhaus vorgestellt wurde.



Oben: Christa Alsinger führte Seh- und Hörtests durch – im Bild mit Herbert Kaspar, der gerade sein Hörvermögen prüfen lässt.

Oben rechts: Beate und Walter Huber von Orthopädie Huber nahmen Fußabdrücke und berieten die Besucher am Tag der offenen Tür.



Mit der NÖN

Das Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg lud, wie alle Landeskrankenhaus, am Samstag zum Tag der offenen Tür und präsentierte bei dieser Leistungsschau sein umfassendes medizinisches Angebot. Erstmals der Öffentlichkeit präsentiert wurden bei dieser Gelegenheit auch die Pläne für den Aus- und Umbau des Krankenhauses, mit dem 2010 begonnen werden soll.



Oben: Einen echten Gips konnten sich die Kinder bei Christian Paal anfertigen lassen.

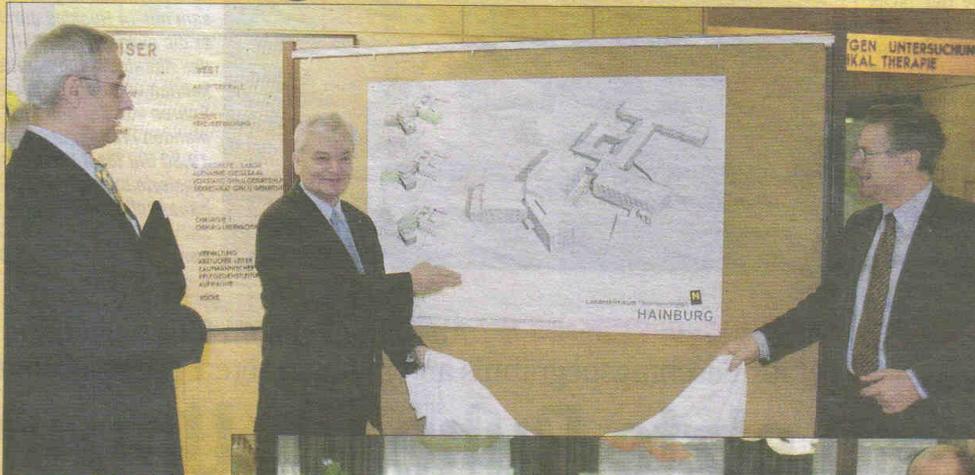
Links: Bei der Gesundheitsstraße konnten sich die Besucher ihren Blutzucker-Spiegel, ihren Cholesterinwert und ihren Blutdruck messen lassen.



Links: Bei der Eröffnung des Tages der offenen Tür: Stadtpfarrer Mag. Othmar Posch, Bürgermeister Karl Kindl, Holding-Vertreter DI Jürgen Tiefenbacher, Verwaltungsdirektor Wolfgang Palatinus und seine Stellvertreterin Alexandra Pelzmann, Präsident des NÖ Landtages Herbert Nowohradsky, Stadtrat Andreas Strohmayer, Pflegedienstleiterin Johanna Pilat, Bundesrat Friedrich Hensler, Vizebürgermeister Paul Pagacs, Stadträtin Michaela Gansterer und der Leiter der Chirurgie, Primarius Dr. Thomas Hausner. FOTOS: MÜLLER

⁴⁰ NÖN, 10/2009, Mit der NÖN beim Tag der offenen Tür, 04.03.2009.

beim Tag der offenen Tür

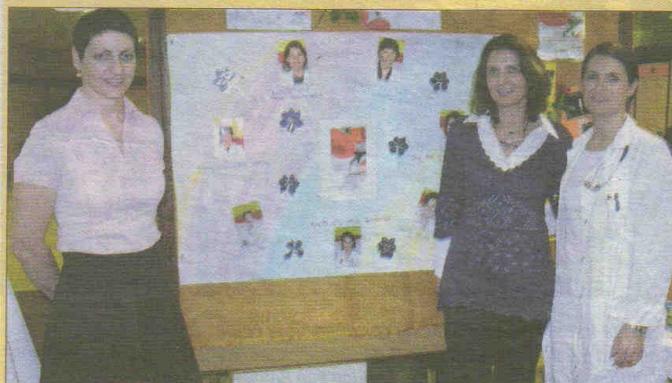


Oben: Verwaltungsdirektor Wolfgang Palatinus, Landtagspräsident Herbert Nowohradsky und Bundesrat Fritz Hensler präsentierten die Pläne für den Krankenhaus-Umbau.

Rechts: Im Foyer des Krankenhauses waren die Selbsthilfe-Gruppen mit Infoständen vertreten.



Rechts: „Besser essen tut gut“ hieß es beim Infostand von Sabrina Metzker.
Unten: Das Palliativ-Team präsentierte sein Leistungsspektrum. Im Bild: Renate Welleschitz, Sabine Reiter und Dr. Christina Gutdeutsch.



Die folgenden Fotos der Verfasserin sollen ebenfalls der Dokumentation dienen:



Der Computertomograph wird unter großem Interesse vorgestellt



Die Sekretärin Frau Trott erklärt die Rätselrallye für Kinder



Augenärztin Frau Dr. Alschinger



Das Angebot für werdende Mütter und Jungmütter



Primar Gamperl bei einem seiner gynäkologischen Vorträge



Diabetes-Vortrag



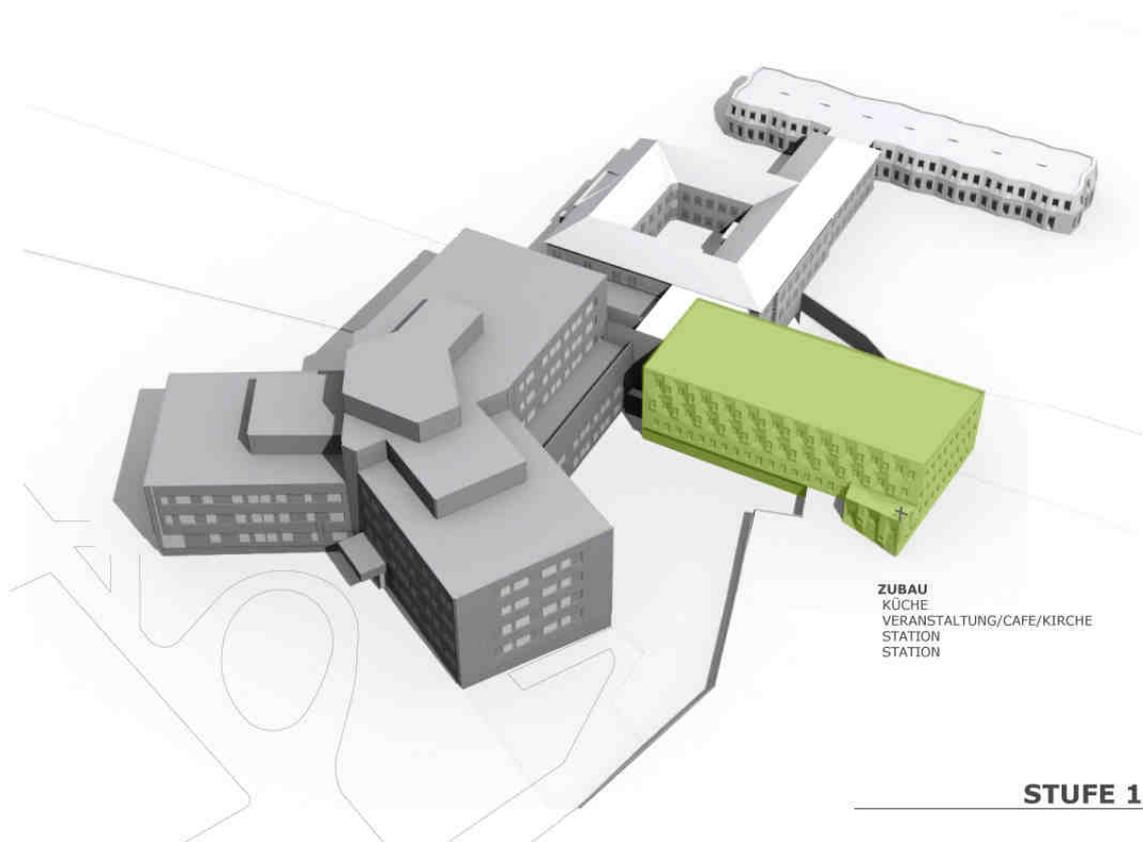
Ultraschall

5.3 Flächen des neuen Krankenhauses

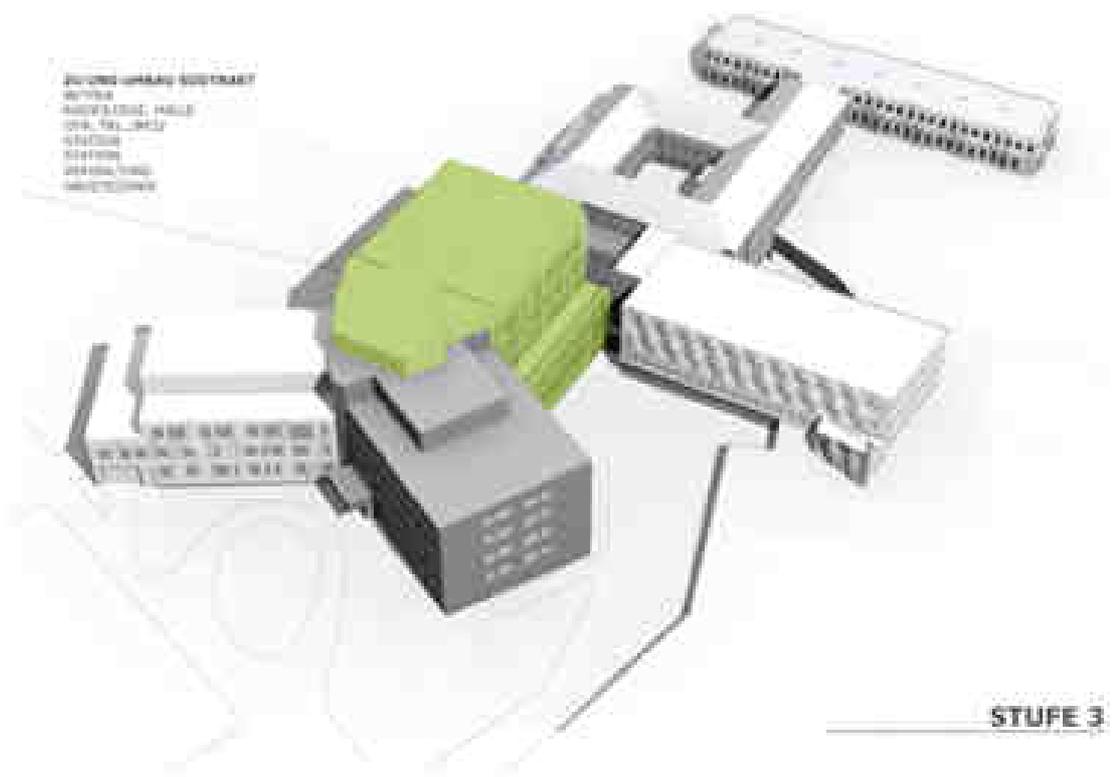
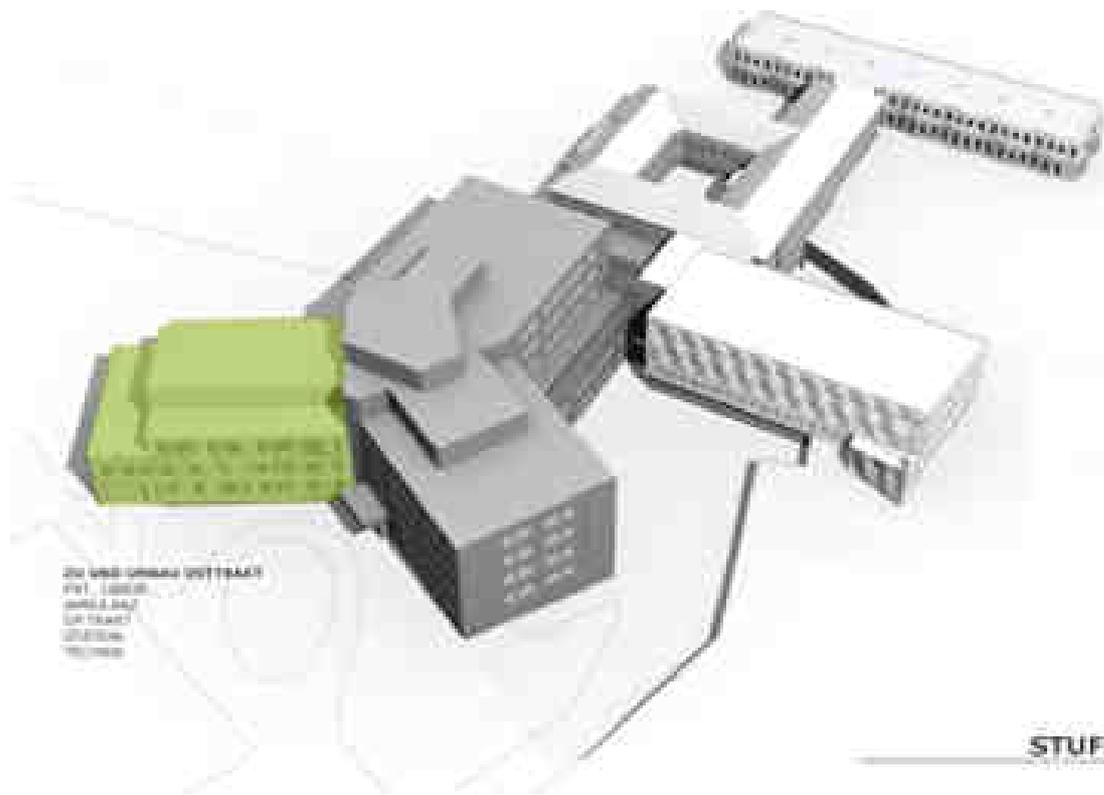
LANDESKLINIKUM THERMENREGION HAINBURG

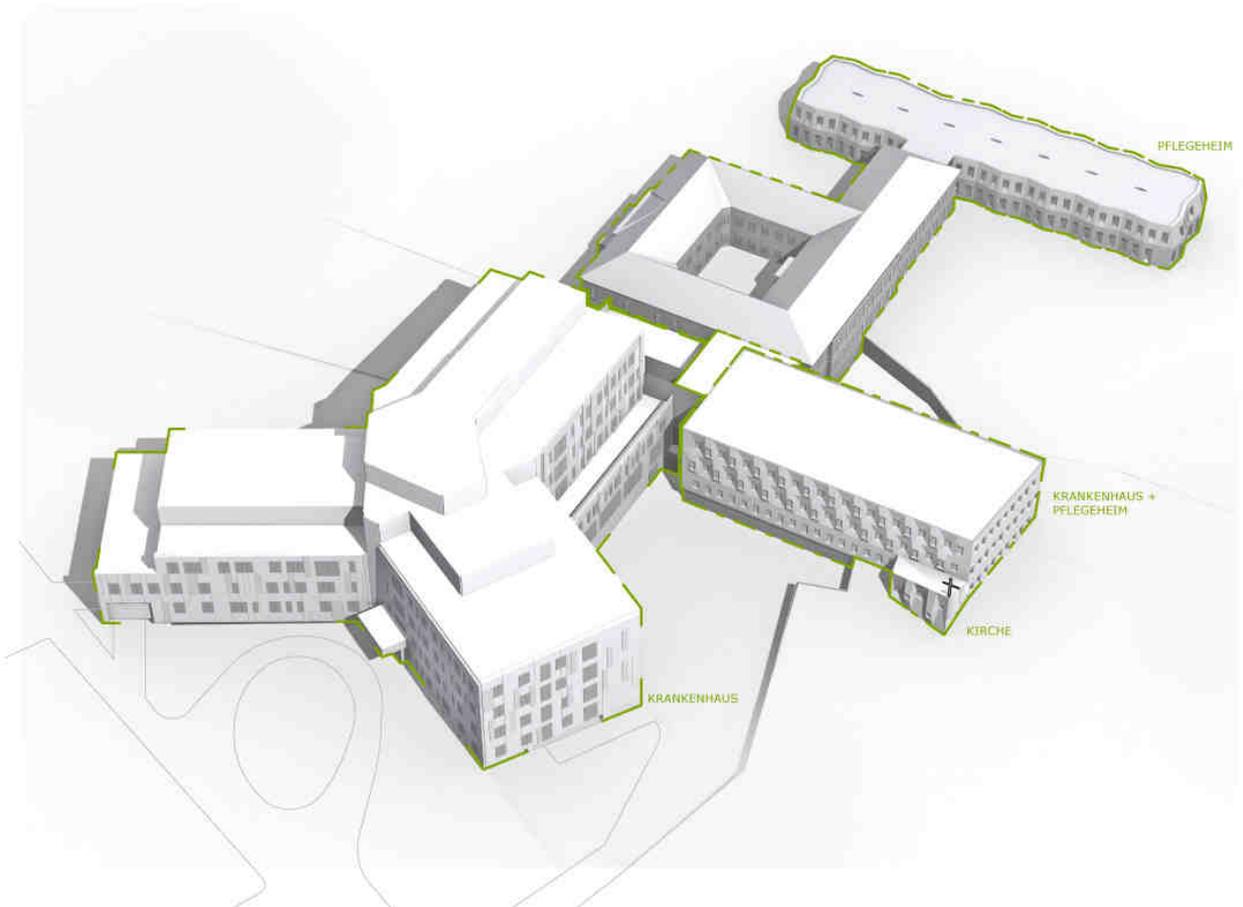
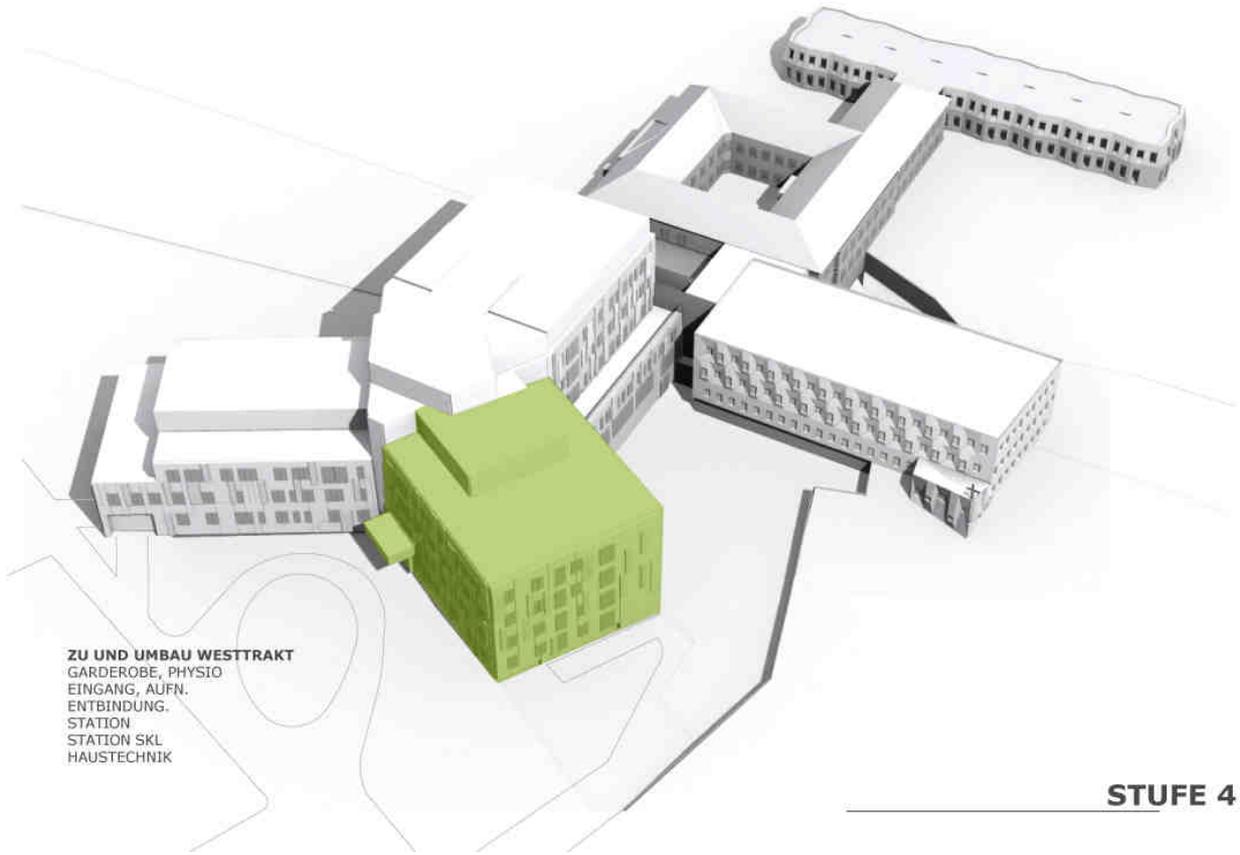
„Tag der offenen Tür“

Die Stufe 1 zeigt in grau gehalten das „alte“ Spital, das Grüne wird der erste Zubau, der Vierkantbau ist das ehemalige Krankenhaus – und das jetzige Altenheim. Im Hintergrund sieht man das neu errichtete Heim. ⁴¹



⁴¹ Präsentation Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg. „Tag der offenen Tür“.





6 Das Krankenhaus und die Slowaken

6.1 Die Umfrage

Im Zeitraum vom 01. Mai 2009 bis 31. Juli 2009 wurden für die Untersuchung 400 Fragebögen ausgegeben. Um mir einen möglichst umfassenden Überblick zu verschaffen, wählte ich x-beliebige Personen aller Altersstufen und beiderlei Geschlechts sowohl aus Österreich als auch aus dem Ausland, und hier wiederum hauptsächlich aus der Slowakei, wobei für mich auch von großem Interesse war, ob eher von der weiblichen Seite umfangreicheres Feedback kommen würde, beziehungsweise ob es zwischen den Geschlechtern oder den Altersgruppen Unterschiede im Zugang zur Betreuungsproblematik geben würde.

Die Rücklaufquote betrug 68 Prozent, sodass der Untersuchung die Auswertungsergebnisse von 274 Fragebögen zu Grunde liegen.

Bei unserem Treffen am 05. August überließ mir Herr Direktor Palatinus seine Mappe „Ergebnisse der Patientenbefragung 2006 – 2008“. Ich ließ mir diese bewusst erst aushändigen, nachdem ich meine Auszählung beendet hatte, um mich weder inspirieren noch beeinflussen zu lassen.

6.2 Der Fragebogen

Die Fragebögen wurden an folgenden Plätzen und Orten zum Ausfüllen hinterlegt beziehungsweise verteilt:

- in der Praxis des Vaters meines Freundes – der auf Grund seines Migrationshintergrundes zahlreiche slowakische Patientinnen hat
- im Krankenhaus in der Ambulanz, bei der Blutabnahme, beim Röntgen
- in der Hauptschule Hainburg an der Donau
- in einem Baumarkt in Bad Deutsch Altenburg
- in Hainburg, Bad Deutsch Altenburg, Petronell, Prellenkirchen, Schönabrunn, Hundsheim, ... und in weiteren Orten des Bezirks Bruck / Leitha

- in einigen kleinen Orten des Bezirks Gänserndorf, der ja auch zum Einzugsgebiet gehört ...

Da es für das Jahr 2008 seitens der Klinikholding bereits eine *Zufriedenheitsstudie* gibt, bei welcher das Landeskrankenhaus Thermenregion sehr gut abgeschnitten hat, gestaltete ich meinen Fragenkatalog bewusst so, dass ich weniger auf allgemeine Krankenhausthemen einging, sondern eher Bereiche abdecken wollte, die im kausalen Zusammenhang mit meiner gewählten Thematik stehen. Die Fragen entwickelten sich aus der bereits vorgestellten Blitzumfrage, die im Rahmen des „Tages der offenen Tür“ am 28. Februar 2009 durchgeführt wurde.

Fragebogen

Vielleicht ist Ihnen schon aufgefallen, dass im Krankenhaus Hainburg verstärkt Personal aus der benachbarten Slowakei zum Einsatz kommt. Da ich mich in meiner Doktorarbeit mit dieser Thematik beschäftige, wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mich mittels Beantwortung folgender Fragen unterstützen könnten.

Angaben zur eigenen Person:

- männlich weiblich
- Alter: 10-20 20-30 30-40 40-50 50-60 60-70 70+
- Nationalität: _____
- Beruf: _____

Wie würden Sie den Ruf des Krankenhauses Hainburg generell mit Schulnoten beurteilen?

- 1 2 3 4 5

Wie würden Sie den Ruf des slowakischen Personals im Krankenhaus Hainburg mit Schulnoten beurteilen?

- 1 2 3 4 5

Kann man Unterschiede zwischen dem slowakischen und österreichischen medizinischen Personal (Ärzte & PflegerInnen) feststellen?

- Ja Nein

Wenn „Ja“, welche?

Wie empfinden Sie die Betreuung durch slowakisches Personal im Gegensatz zum österreichischen?

- Besser Gleich gut Schlechter

Wie ist die Verständigung / Kommunikation zwischen Patienten und Personal?

- Sehr gut Mangelhaft
 Gut Unzureichend

Wem würden Sie bei Ihrer Behandlung den Vorzug geben?

- Österr. Arzt Slowak. Arzt Egal

Haben Sie den Eindruck, dass die Slowaken nur deswegen in Österreich arbeiten, weil sie in unserem Land besser verdienen?

- Ja Nein

Nehmen die Slowaken Ihrer Meinung nach den Österreichern Arbeitsplätze weg?

- Ja Nein

Sie hatten besonders positive Erfahrungen im Haus primär mit:

- Slowakischen Ärzten Österreichischen Ärzten
 Slowakischen Schwestern Österreichischen Schwestern

Bitte skizzieren Sie kurz Ihre positiven Erlebnisse:

Wenn es schon Probleme im Zusammenhang mit dem Krankenhaus gegeben hat, dann vorrangig mit:

- Slowakischen Ärzten Österreichischen Ärzten
 Slowakischen Schwestern Österreichischen Schwestern

Bitte beschreiben Sie stichwortartig die Gründe:

Glauben Sie, dass der Krankenhausbetrieb in Hainburg ohne ausländisches Personal zusammenbrechen würde?

- Unbedingt Möglicherweise Keineswegs

Hat die Grenzöffnung dem Hainburger Krankenhaus eher:

- Genutzt Geschadet

Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich und anonym behandelt.

Vielen Dank für Ihre Hilfe

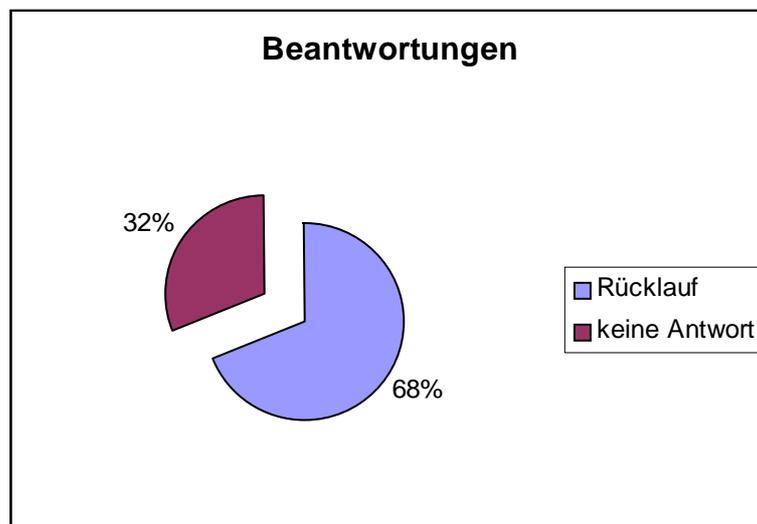
Martina Wittmann

6.3 Fragebogen: Ergebnisse

Bezüglich der Terminologie ist anzumerken, dass mit „Slowaken“ im Folgenden immer das slowakische Personal im Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg gemeint ist.

Weiters ist anzuführen, dass „Hainburg“ automatisch das Landeskrankenhaus bedeutet.

Von meinen insgesamt 400 Fragebögen bekam ich bis zum Ablauf der von mir selbst gewählten dreimonatigen Frist 274 zurück (Zeitraum 1. Mai – 31. Juli 2009).



Die von mir aufgestellte These lautet:

Die Menschen in Hainburg und Umgebung stehen der Grenzöffnung zur Slowakei nach wie vor kritisch gegenüber und haben noch immer Berührungssängste mit den Nachbarn.

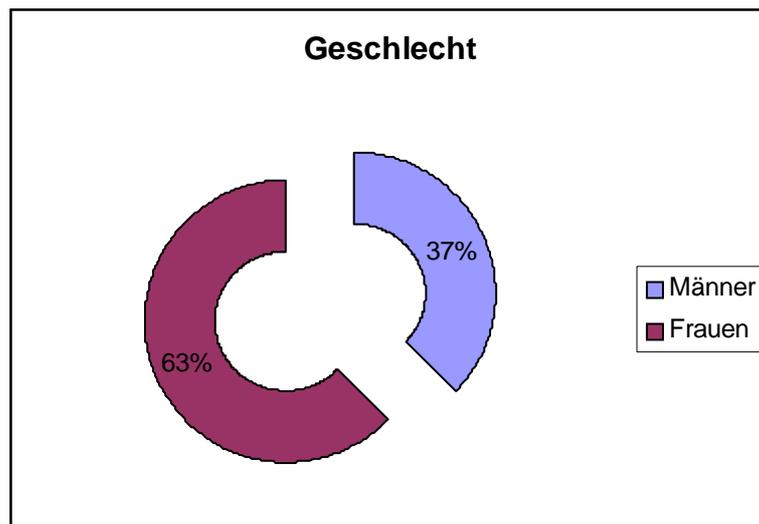
Diese Aussage wollte ich mittels meiner Fragebögen verifizieren beziehungsweise falsifizieren.

Besonders auffällig ist, dass die Männer viel weniger fleißig beim Ausfüllen waren als Frauen. Die Vergabe der Fragebögen erfolgte ungefähr gleichmäßig auf beide **Geschlechter** aufgeteilt – aber nur 102 bekam ich von Männern zurück, 172 hingegen von Frauen. Das entspricht einem

prozentuellen Verhältnis von 37 zu 63. Dass dies so extrem ausfallen würde, hätte ich nicht vermutet. Von einigen Damen bekam ich die Antwort: „Ich fülle den Bogen gerne aus, aber meinem Mann brauchen Sie gar keinen zu geben. Der macht das ohnehin nicht.“

Angaben zur eigenen Person:

- männlich
- weiblich

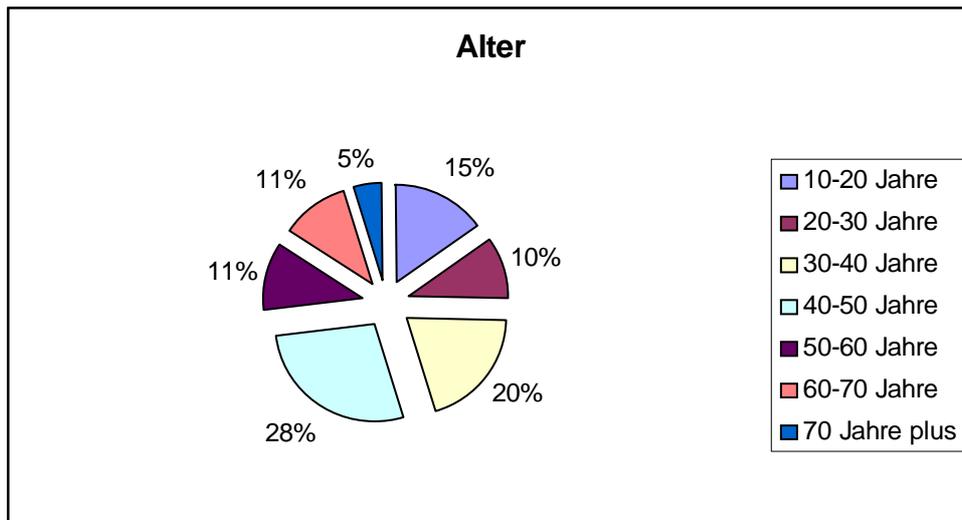


Beim Verteilen der Fragebögen konnte folgende Feststellung gemacht werden: Je höher der Bildungsgrad, desto größer das Interesse.

Natürlich ist es manchen Menschen unangenehm, einen Fragebogen auszufüllen, besonders wenn es sich um Ergänzungsfragen handelt. Aber von der Mutter eines Arztes erfuhr ich zum Beispiel: „Mein Sohn hat das auch gebraucht. Da helfe ich gerne.“

- Alter:
- 10-20
 - 20-30
 - 30-40
 - 40-50
 - 50-60
 - 60-70
 - 70+

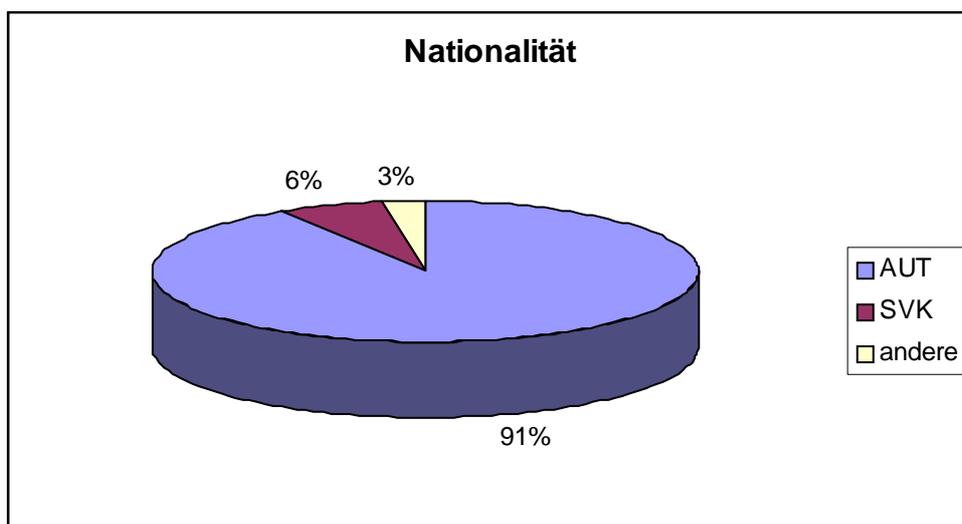
Die Verteilung der **Altersstruktur** sieht folgendermaßen aus: 42 der Befragten waren zwischen 10 und 20, 27 zwischen 20 und 30, 54 zwischen 30 und 40, 77 zwischen 40 und 50, 31 zwischen 50 und 60, 30 zwischen 60 und 70 sowie 13 älter als 70.



Nationalität: _____

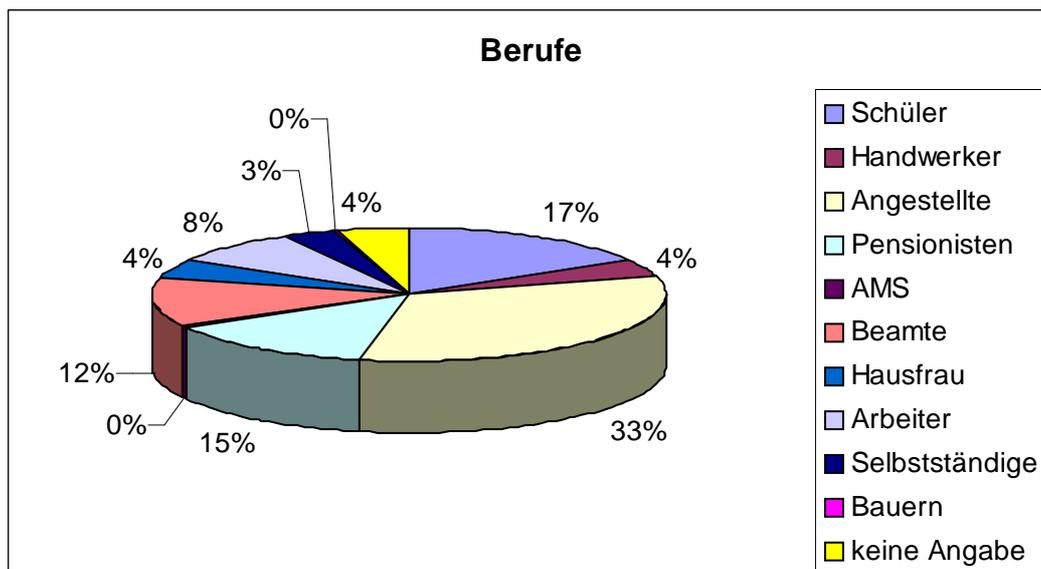
Was die **Nationalität** betrifft, erreichte die Umfrage – wenn auch unbeabsichtigt – hauptsächlich Österreicher. Zum einen, weil die Bögen blind verteilt wurden und zum anderen, weil einige Slowaken nicht bereit waren, mitzuarbeiten, sei es aus sprachlichen Gründen oder auch, weil sie sich einfach nicht die Zeit nehmen wollten.

Daher sieht das Ergebnis folgendermaßen aus: 250 Österreichern stehen nur 24 Ausländer (1 HUN, 1 SRB, 1 TUR, 17 SVK, 1 RUS 3 GER) gegenüber.



Beruf: _____

Auch die **Berufe** wurden der Vollständigkeit halber in dieser Umfrage erhoben. Allerdings nur, um zu eruieren, welcher Schicht die Befragten angehören. Sie werden aber in weiterer Folge nicht explizit berücksichtigt, da die Auswertung der Berufe keinen nennenswerten Einfluss auf die Beurteilung hat.

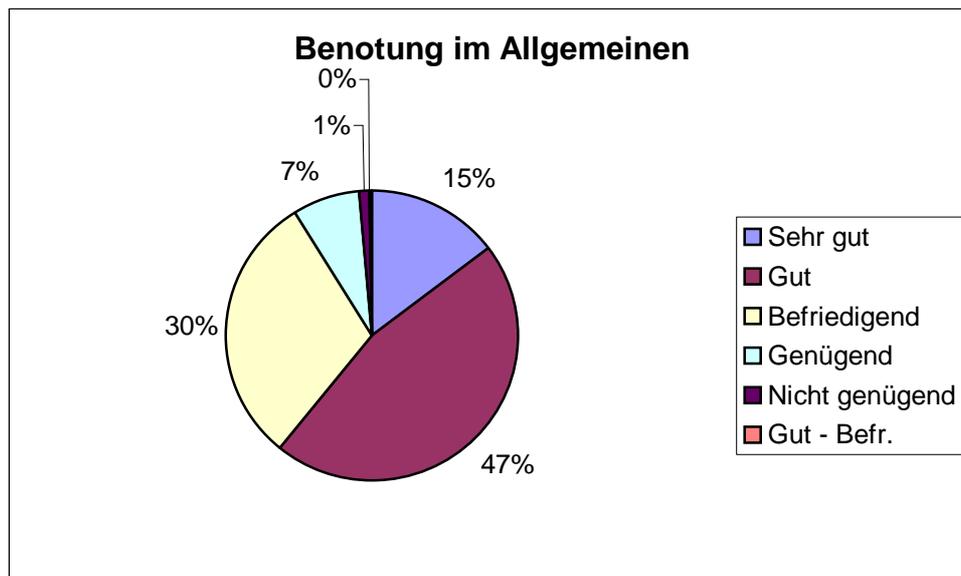


Nach Auswertung der personenbezogenen Angaben war es von großem Interesse, die Ergebnisse bezüglich der **Benotung und Bewertung** zu errechnen.

Wie würden Sie den Ruf des Krankenhauses Hainburg generell mit Schulnoten beurteilen?

- 1 2 3 4 5

Zunächst wird die *Benotung im Allgemeinen* in Betracht gezogen. Hier erhielt das Spital 40 mal die Note Eins, gleich 127 mal konnte ein Zweier verzeichnet werden, 83 mal gab es einen Dreier, 20 Befragte gaben nur einen Vierer und lediglich drei Personen vergaben ein Nicht Genügend. Einmal erfolgte die Beurteilung mit 2-3.

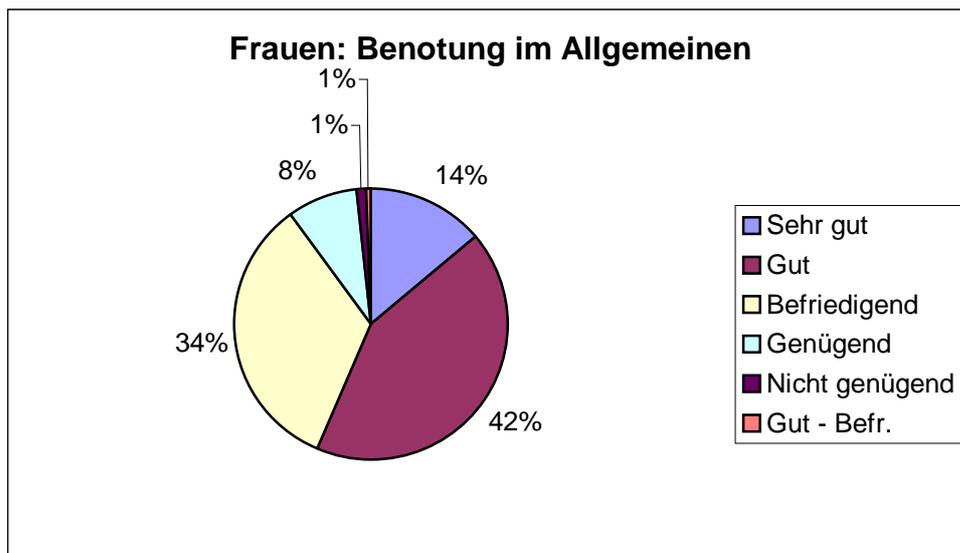
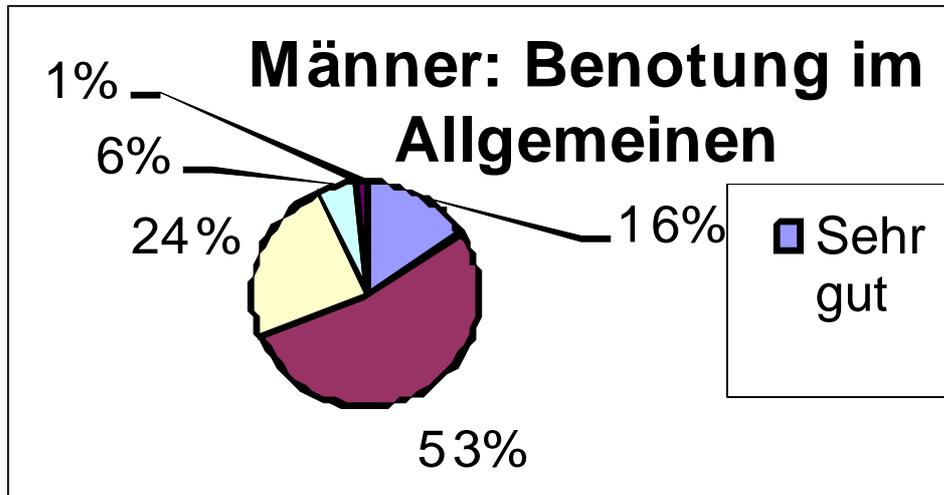


Daraus ergibt sich, dass mehr als die Hälfte, nämlich 62 Prozent der Befragten, sehr zufrieden oder zumindest zufrieden sind. Rechnet man auch noch die Menschen dazu, die mit Befriedigend beurteilt haben, so sind das insgesamt 92 Prozent. Bei lediglich einem Prozent fiel das Spital durch und das lässt auch – in Verbindung mit Gesprächen – auf ein individuelles Problem beziehungsweise eine Auseinandersetzung schließen.

Die Endnote beträgt 2,3.

Um einen Vergleich zu erzielen, werden in den Tabellenbeschreibungen die „Sehr gut“ und „Gut“ sowie die „Genügend“ und „Nicht genügend“ jeweils zu einer Gruppe zusammengefasst, während die „Befriedigend“ für sich allein stehen. Besonders auffällige Ergebnissen hingegen werden Noten mäßig einzeln hervorgehoben.

Nach Geschlechtern getrennt, sieht die Benotung folgendermaßen aus:

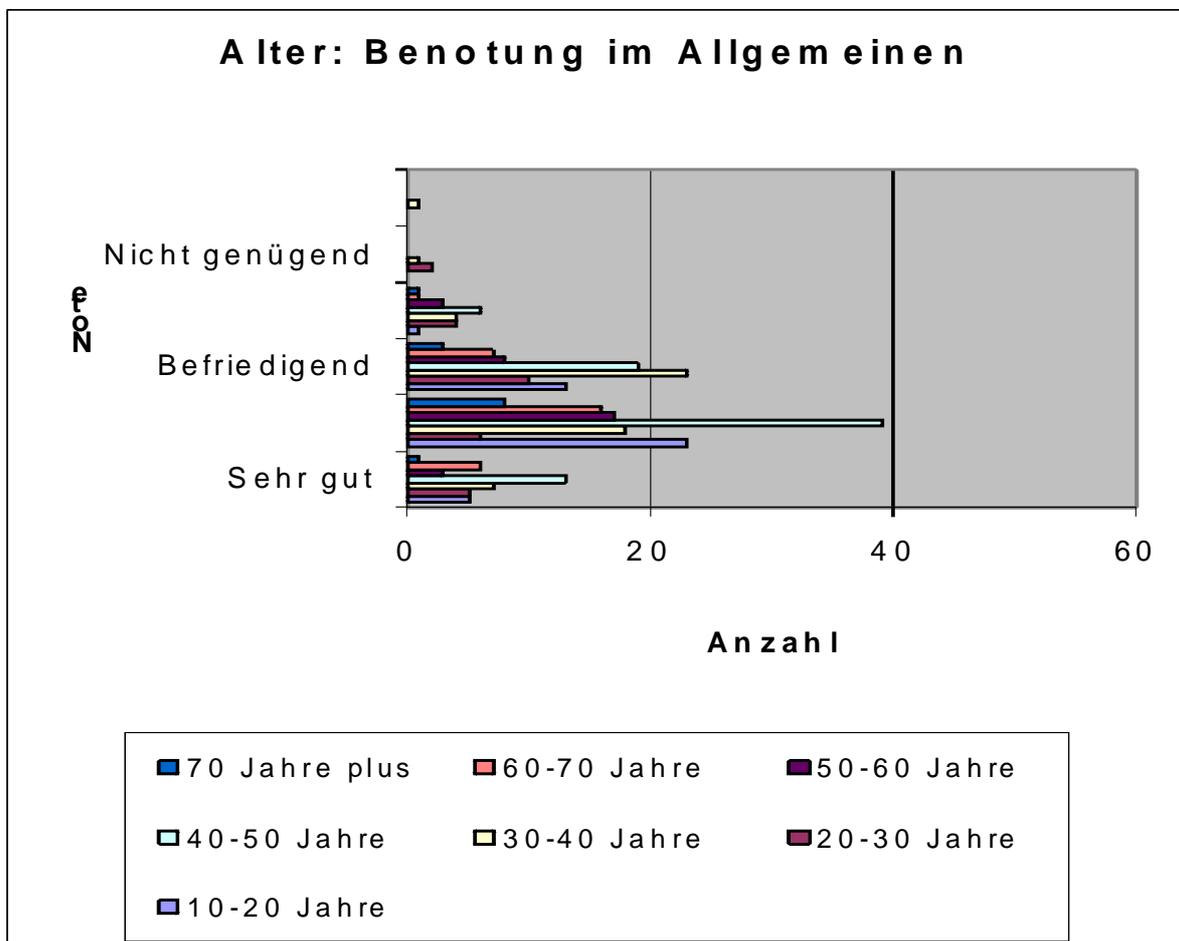


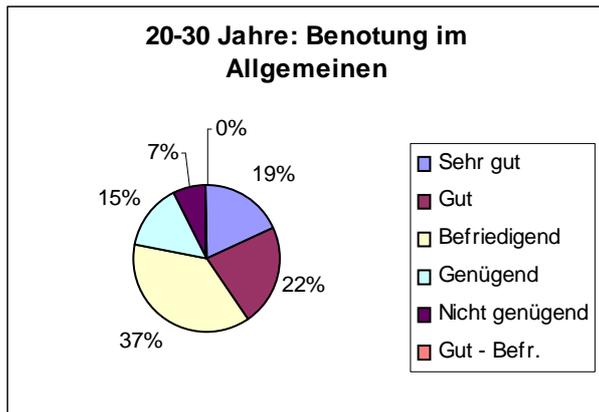
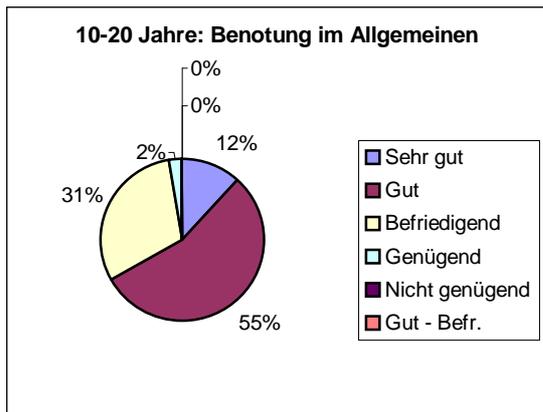
Eines fällt schon beim ersten Vergleich dieser beiden Tabellen auf: Männer sind eindeutig zufriedener: So gaben 68% der Männer ein Sehr gut oder Gut – bei den Frauen sind es hingegen „nur“ 56%. Bei den „Nicht genügend“ hielt es sich mit jeweils einem Prozent die Waage.

Betrachtet man Ausländer und Österreicher getrennt von einander, so sieht das Ergebnis folgendermaßen aus:

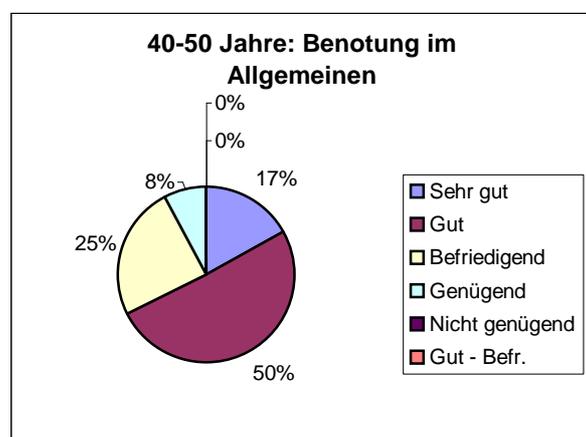
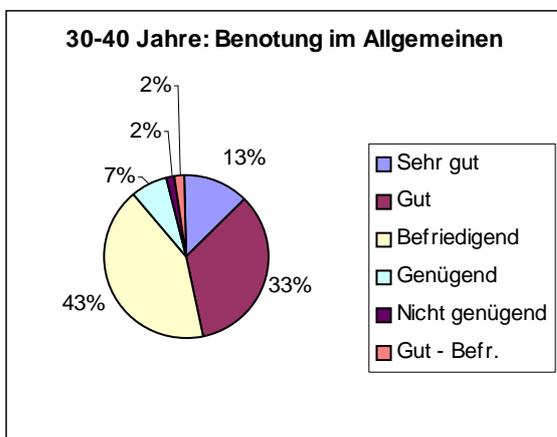
	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Genügend	Nicht genügend	Gut - Befr.	Insgesamt
Männer Ausland	2	5	1	0	0	0	8
Männer Inland	14	49	24	6	1	0	94
Männer	16	54	25	6	1	0	102
Frauen Ausland	3	10	2	1	0	0	16
Frauen Inland	21	63	56	13	2	1	156
Frauen	24	73	58	14	2	1	172
Insgesamt	40	127	83	20	3	1	274

Auch nach dem **Alter** wurde die Benotung differenziert:

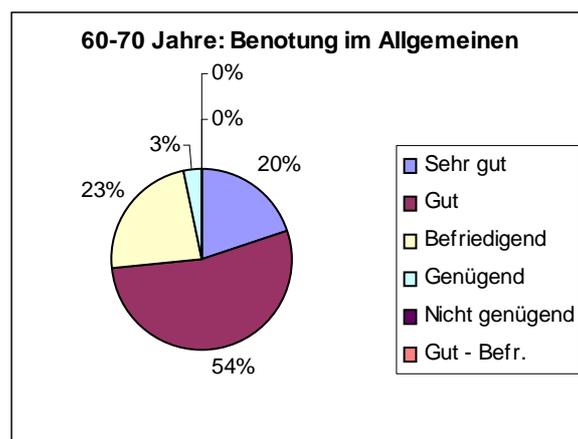
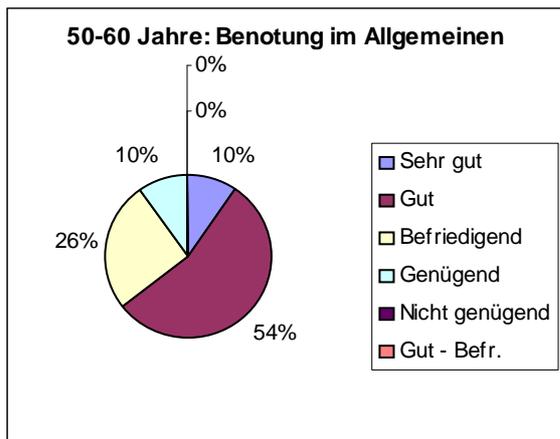




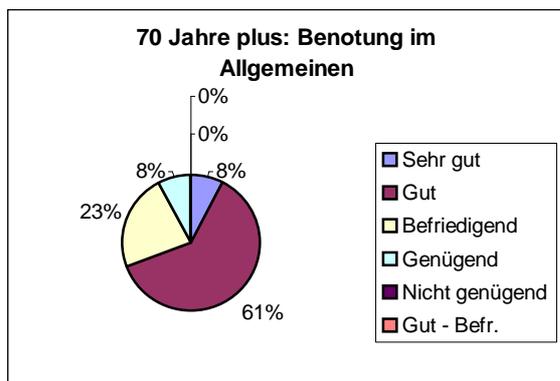
67 Prozent der jüngsten Befragten sind sehr zufrieden oder zufrieden mit dem Krankenhaus. Bei der 2. Altersgruppe sind es allerdings nur 41%. Dafür sind gleich 7 Prozent von ihnen überhaupt nicht zufrieden mit dem Hainburger Krankenhaus. Bei den Jüngsten gab es überhaupt nur ein Genügend. Man kann also sagen, dass die Jüngsten weitaus zufriedener sind als die 20- bis 30-Jährigen, die überhaupt die kritischste Gruppe bilden.



In die Gruppe der 30- bis 40-Jährigen fallen die meisten „Befriedigend“- nämlich fast die Hälfte! Auch bei den 40- bis 50-Jährigen sind 67% mit dem Krankenhaus (sehr) zufrieden.



Die Gruppe der 60- bis 70-Jährigen ist gleich um 10 Prozent zufriedener als die Gruppe der 50- bis 60-Jährigen. Bei den Befragten zwischen 60 und 70 Jahren sind übrigens auch die meisten sehr zufriedenen, nämlich 20%. Somit gibt es insgesamt nur 3 Prozent, die ein „Genügend“ verteilt haben.



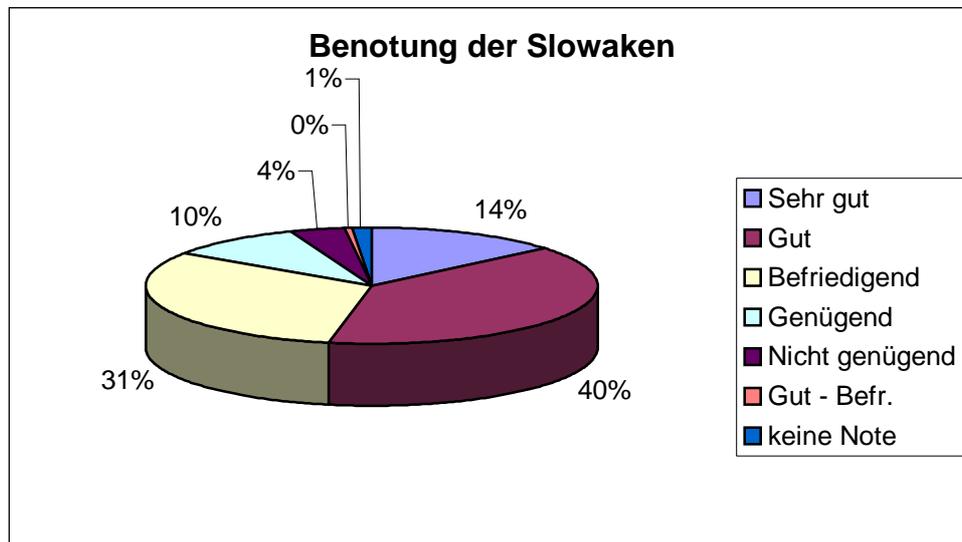
Auch die „älteste“ Generation ist eigentlich ganz zufrieden und hat eher wenig auszusetzen.

Wie würden Sie den Ruf des slowakischen Personals im Krankenhaus Hainburg mit Schulnoten beurteilen?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

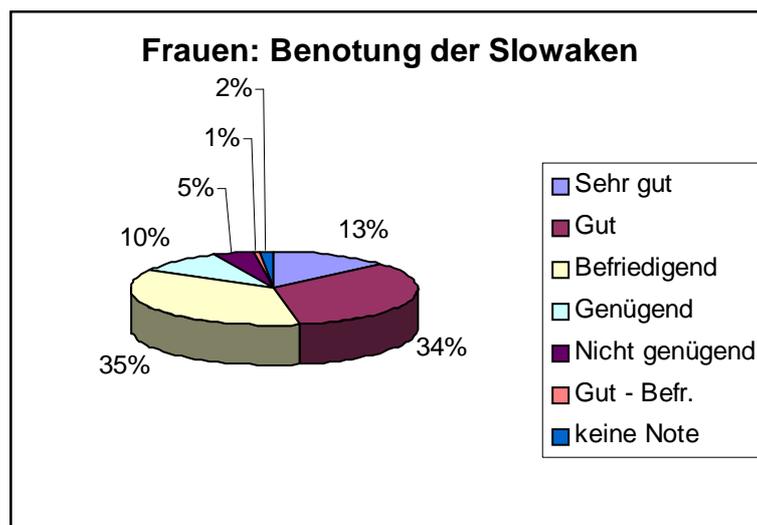
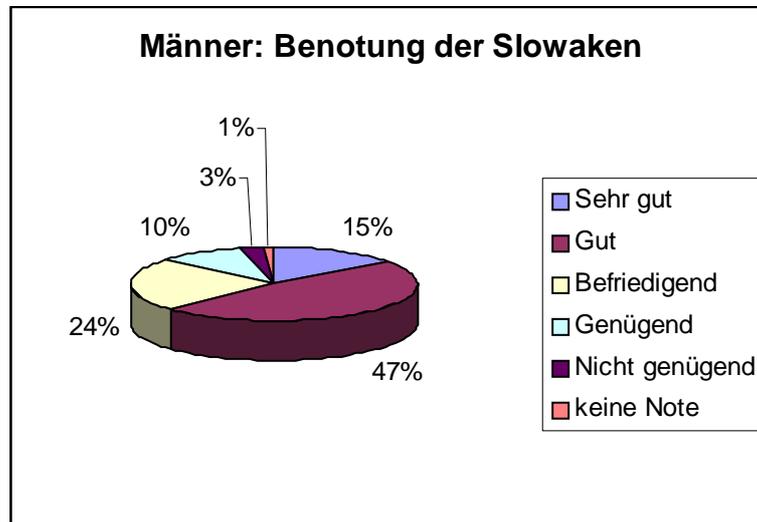
Bei der **Beurteilung der Slowaken** im Spital waren die Befragten nur leicht kritischer: 38 Einsern stehen 11 Fünfer gegenüber. 170 mal gab es „Gut“, 86 mal „Befriedigend“ und 27 Vierer wurden verteilt. Eine Person

verteilte ein 2-3 und 4 Personen konnten oder wollten die Slowaken gar nicht beurteilen.



Zählt man bei der Benotung der Slowaken die Einser und Zweier zusammen, so ergibt das 54 Prozent. Addiert man die 31 Prozent der Personen dazu, die ein Befriedigend vergeben haben, so sind dies insgesamt 85 Prozent. (Dem stehen 92 Prozent im Allgemeinen gegenüber.) 10 Prozent sind nur genügend zufrieden und immerhin 4 Prozent haben anscheinend mit den Slowaken überhaupt keine guten Erfahrungen gemacht. Ein Prozent enthielt sich überhaupt der Stimme.

Die Benotung der Slowaken nach *Geschlechtern* getrennt sieht folgendermaßen aus:

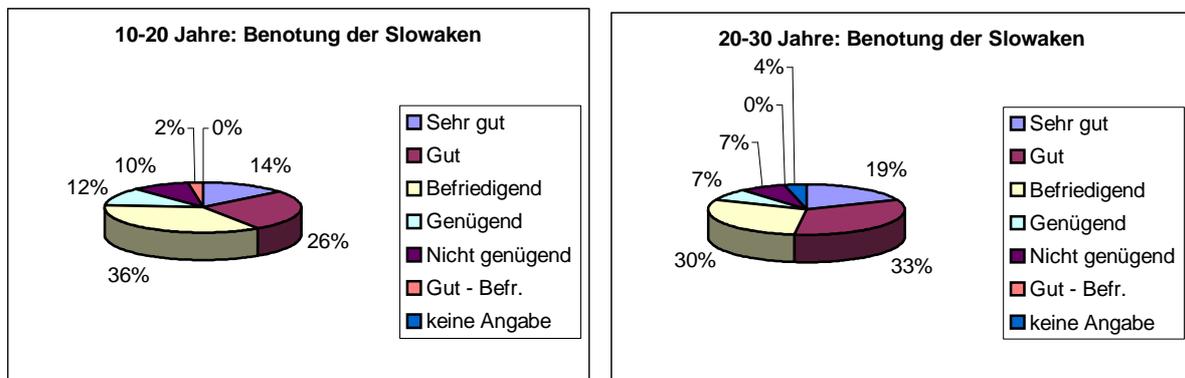


Sehr aufschlussreich ist auch hier wieder die Tatsache, dass Männer eher zufrieden sind und Frauen kritischer: Bei den Frauen gab es nur bei 47 Prozent ein „Sehr gut“ oder ein „Gut“. Bei den Männern waren es sogar 62 Prozent. Bei 3% der Männer fiel das Spital durch – bei 5% der Frauen gab es keine positive Benotung.

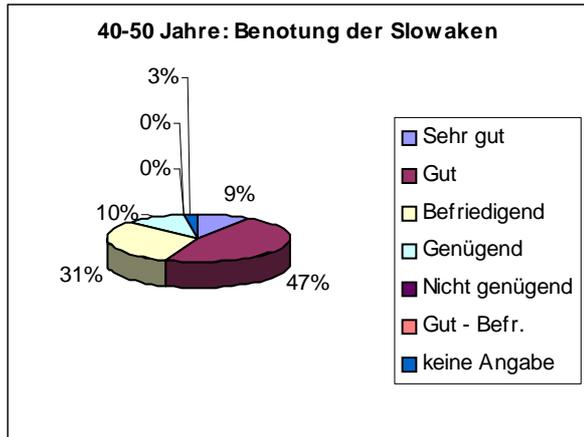
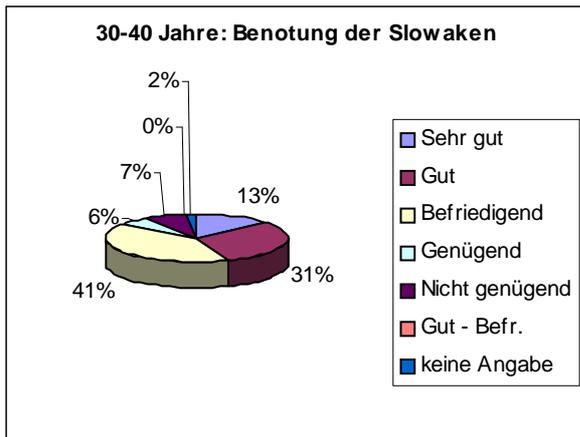
Die Benotung von Frauen und Männern getrennt:

	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Genügend	Nicht genügend	Gut - Befr.	keine Angabe	Insgesamt
Männer Ausland	4	3	1	0	0	0	0	8
Männer Inland	11	46	23	10	3	0	1	94
Männer	15	49	24	10	3	0	1	102
Frauen Ausland	7	7	1	1	0	0	0	16
Frauen Inland	16	51	61	16	8	1	3	156
Frauen	23	58	62	17	8	1	3	172
Insgesamt	38	107	86	27	11	1	4	274

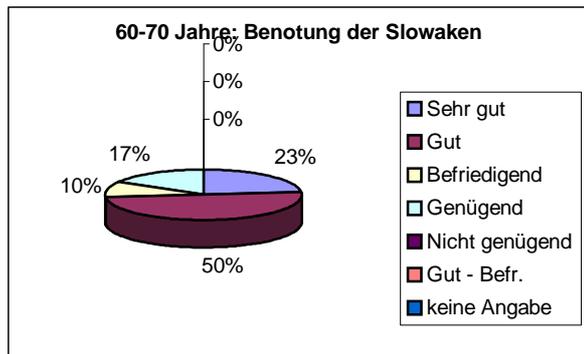
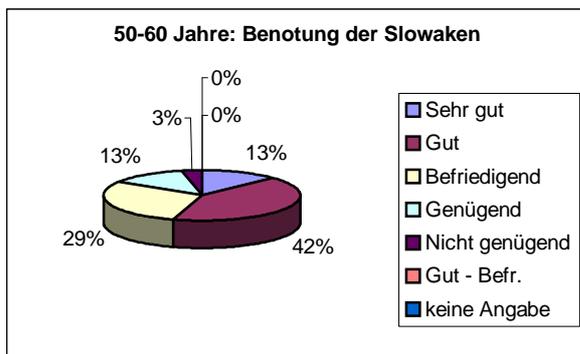
Nach *Altersgruppen* getrennt, ergibt sich folgende Benotung der Slowaken:



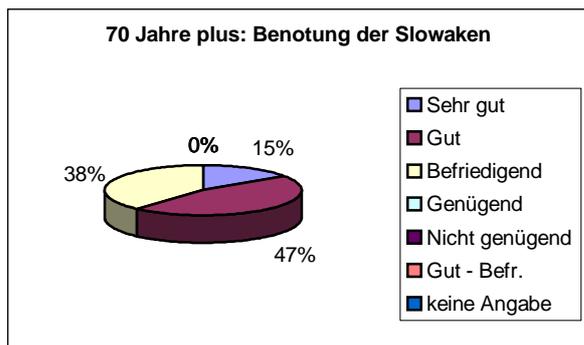
40 Prozent der jüngsten Generation sind sehr zufrieden oder zufrieden mit dem slowakischen Personal im Krankenhaus. 52 Prozent sind es bei den 20- bis 30-Jährigen. Fast ein Viertel der 10- bis 20-Jährigen ließ die Slowaken (fast komplett) durchfallen (22%), während es bei den 20- bis 30-Jährigen 14% sind. Das heißt, dass die Jüngsten die größte Unzufriedenheitsrate mit den Slowaken haben.



44% der 30- bis 40-Jährigen haben am Krankenhaus eigentlich nichts auszusetzen und 41 Prozent beurteilen mit Befriedigend. Bei den 40- bis 50-Jährigen waren sogar 56 Prozent bereit, ein „Gut“ oder „Sehr gut“ zu geben. 31% haben dazu noch ein „Befriedigend“ verteilt. Nur 10% gaben einen Vierer und keiner ein „Nicht genügend“.



Die 50- bis 60-Jährigen haben wesentlich weniger „Sehr gut“ / „Gut“ verteilt, als die darauf folgende Altersgruppe: 55% zu 73%. Allerdings hält es sich mit den kritischen Noten in der Waage: 16% zu 17%.



Ob es an der Dankbarkeit liegt, in einem hohen Alter noch gut betreut zu werden oder nicht, könnte ein Grund dafür sein, dass kein einziger eine schlechtere Note als einen Dreier gegeben hat. 15% beurteilten mit „Sehr gut“, 47% mit „Gut“ und 38% mit „Befriedigend“.

Vergleicht man zum Abschluss die allgemeine Benotung und jene der Slowaken nach dem Alter der Befragten, so gibt es ganz deutliche Unterschiede bei der jüngsten Gruppe: 67% verteilten „Einsler“ und „Zweier“ für das Krankenhaus im Allgemeinen, aber nur 40% für die Slowaken im Speziellen. Bei den („Nicht) genügend“ sind die Zahlen ebenfalls sehr unterschiedlich: 2% zu 22%.

Wenn nicht anders angegeben, wird die Beurteilung des Krankenhauses im Allgemeinen als erste angeführt, die Benotung der Slowaken erfolgt an zweiter Stelle.

Bei den 20- bis 30-Jährigen sind nur 11% Unterschied (41% zu 52%) bei der Bewertung mit „Sehr gut“ und „Gut“. Dafür gab es gleich viele „Nicht genügend“.

Bei den 30- bis 40-Jährigen hält es sich ungefähr in der Waage: 46% zu 44%. Bei der negativen Bewertung gibt es ebenfalls eher geringe Unterschiede: 9% zu 13%.

Bei den 40- bis 50-Jährigen werden die Unterschiede wieder etwas größer: 67% zu 56% steht es bei der Verteilung von „Sehr gut“ und „Gut“. Dafür sind die Unterschiede im negativen Bereich wieder geringer: 8% zu 10% – dabei gibt es keine „Nicht genügend“.

Bei den 50- bis 60-Jährigen gibt es 10% „Sehr gut“ für das Spital – und sogar 13% für die Slowaken. Bei der Beurteilung „Gut“ ist es dann wieder umgekehrt: 54% zu 42%. Dafür sind die schlechten Bewertungen wieder ein bisschen besser auf der Ingesamt-Seite im Bezug auf die Gesamtsumme: 10% zu 16%.

Bei den 60- bis 70-Jährigen gibt es bei den „Einsern“ wieder ein Ergebnis zu Gunsten der Slowaken: 20% zu 23% und bei den „Zweiern“ sind es 54% zu 50%. „Fünfer“ gib es keine, aber 3% geben dem Spital einen „Vierer“ und 17% den Slowaken.

Die ältesten Patienten brachten hingegen ein überraschendes Ergebnis: 15% gaben den Slowaken einen „Einser“ und lediglich 8% dem Spital. Bei den „Zweiern“ ist das Verhältnis 61%: 47%. Wie bereits erwähnt, gab es nur 8% „Vierer“ für das Haus, aber keine schlechtere Note als einen „Dreier“ für die Slowaken.

Zusammengefasst springt eine Tatsache sofort ins Auge: In der jüngsten Altersgruppe (10- bis 20-Jährige) und der folgenden (20- bis 30-Jährige) sind wesentlich weniger sehr gute und gute Benotungen zu finden, nämlich nur 40% beziehungsweise 52%, als in den beiden Gruppen der Ältesten (73% und 62%). (Genau Aufschlüsselung: → siehe vorangegangene Tabellen)

Spricht man hingegen – wie bereits erwähnt – persönlich mit den Schwestern, so sind diese der Meinung, dass jüngere Patienten viel weniger Schwierigkeiten im Umgang mit den Slowaken haben. Daher ergeben sich zwei widersprüchliche Ergebnisse – einerseits aus der Bilanz der Fragebögen und andererseits aus den Resultaten der Interviews. Das mit meinen divergierenden Erkenntnissen konfrontierte Personal begründet die Tatsache folgendermaßen: In einer anonymen Befragung seitens einer spitalsfremden Person fallen Antworten offenbar wesentlich ehrlicher aus als „face to face“. Außerdem scheinen die jüngeren Patienten diplomatischer im persönlichen Umgang mit dem Personal zu sein.

Die Endbeurteilung der Slowaken ist somit eindeutig schlechter, nämlich 2,5. Das Spital im Allgemeinen erhält an dieser Stelle die Note 2,3. Gerundet und streng mathematisch gesehen, ergibt das die Noten 3 (für die Slowaken) beziehungsweise 2 (allgemeine Beurteilung).

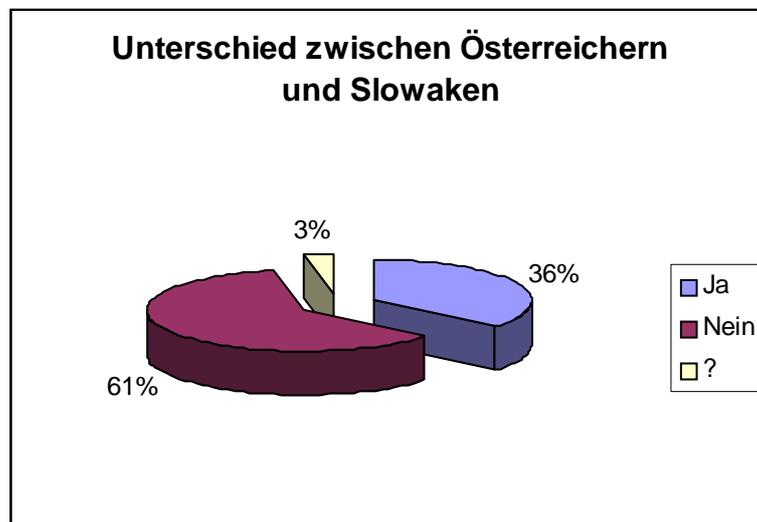
Kann man Unterschiede zwischen dem slowakischen und österreichischen medizinischen Personal (Ärzte & PflegerInnen) feststellen?

- Ja Nein

Wenn „Ja“, welche?

Als nächstes wurde abgefragt, ob es einen **Unterschied zwischen Slowaken und Österreichern** im Landeskrankenhaus Thermenregion gibt.

Dabei kam dann eine doch eher „runde“ Antwort heraus.



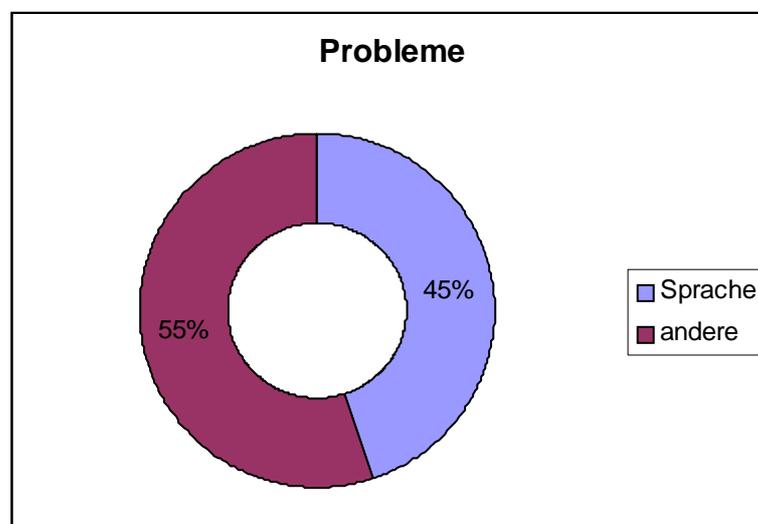
Knapp zwei Drittel der Befragten können keine Unterschiede erkennen, ob die Behandlung von Österreichern oder Slowaken durchgeführt wird, etwas mehr als ein Drittel aber schon. Als Antworten kamen die unterschiedlichsten Beweggründe, die dann im Endeffekt trotzdem auch ein wenig zusammenhängend sind:

Einige der Aussagen sind in den Fragebögen in der ortsüblichen Mundartsprache niedergeschrieben worden und das gebe ich wörtlich wieder.

- ❖ 53x: Sprachprobleme (darunter wurden auch die „härtere Aussprache“ erwähnt und kritisiert, dass Slowaken untereinander slowakisch sprechen)
- ❖ 8x: die Österreicher sind freundlicher und zugänglicher
- ❖ 6x: Slowaken sind unfreundlich
- ❖ 5x: die Ausbildung der Österreicher ist kompetenter und besser
- ❖ 4x: Slowaken befassen sich weniger
- ❖ 3x: Slowaken kommen sich gut vor
- ❖ 2x: Österreichische Ärzte sind besser ausgebildet, Slowaken „unkonventionell“
- ❖ 2x: das Benehmen der Slowaken ist schlechter
- ❖ 2x: Slowaken sind teilweise unfreundlicher
- ❖ 2x: die meisten Slowaken sind überheblich
- ❖ 2x: das Leistungsprinzip in der Slowakei ist nicht so ausgeprägt
- ❖ 2x: der Umgang der Slowaken ist anders
- ❖ 2x: Slowaken haben weniger Kompetenz
- ❖ 2x: das Verhalten im Umgang ist generell unterschiedlich
- ❖ 2x: österreichische Pflegerinnen sind freundlicher und hilfsbereiter
- ❖ 2x: die Belastbarkeit ist geringer
- ❖ 1x: Slowaken „wollen nicht“, was bedeutet, dass sie unwillig sind
- ❖ 1x: Slowaken glauben, sie seien „super“
- ❖ 1x: Slowaken reden nicht
- ❖ 1x: Slowaken bevorzugen manche Patienten

- ❖ 1x: Slowaken sind „hantiger“, was schnippisch und grob bedeutet
- ❖ 1x: Slowaken brauchen mehr Zeit, bis sie sich auf die österreichische Arbeit eingestellt haben
- ❖ 1x: die Österreicher nehmen sich mehr Zeit
- ❖ 1x: Österreicher können besser umgehen
- ❖ 1x: Slowaken sind „Schleimer“, was etwa bedeutet, dass sie den anderen „schön tun“
- ❖ 1x: Slowaken sind unwirsch
- ❖ 1x: Slowaken geben keine Infos
- ❖ 1x: Slowaken sind selbstherrlich
- ❖ 1x: Slowaken sind grob zu alten Menschen
- ❖ 1x: ein Slowakischer Primar bevorzugte Slowaken
- ❖ 1x: andere Mentalität
- ❖ 1x: Slowaken sind verschlossener und dadurch unfreundlicher
- ❖ 1x: Unterschied bei der Aufmerksamkeit
- ❖ 1x: Slowaken sind Außenseiter
- ❖ 1x: weniger Vertrauen in Slowaken

Da von den 118 erwähnten Kritikpunkten 53 im Bereich der Sprache angesiedelt sind, ergibt sich ein prozentuell deutliches Ergebnis: 45 Prozent der Probleme und Ärgernisse resultieren aus mangelnden Sprachkenntnissen.



Andererseits wurden die Slowaken aber auch positiv hervorgehoben:

- ❖ 6x: Slowaken sind einfühlsamer und netter
- ❖ 4x: Slowaken sind netter

Ebenso wurde Kritik an beiden Seiten unter diesem Punkt geübt:

- ❖ 3x: beide Nationalitäten sind gleich unfreundlich
- ❖ 1x: falsche Diagnose
- ❖ 1x: sobald man ein Bekannter vom Personal ist, wird man besser behandelt

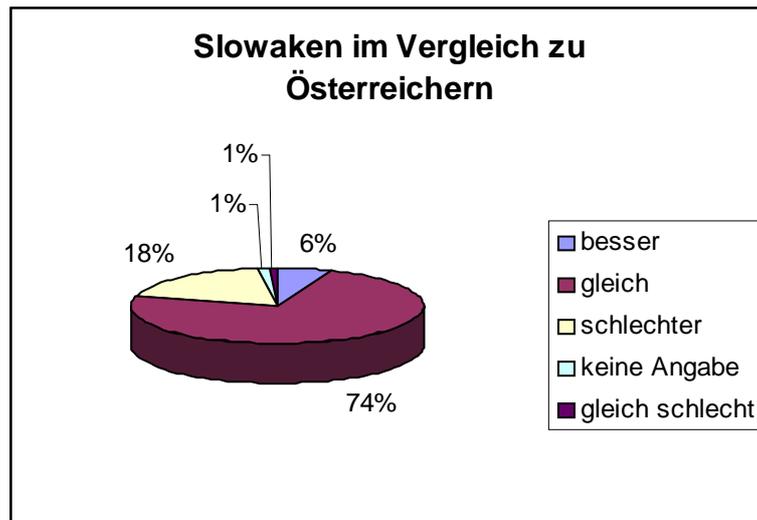
Ein Befragter meinte ehrlich – und das imponierte mir: „Ich habe zwar eine negative Erfahrung gemacht und das ist – ebenso wie positive Erlebnisse – ganz subjektiv.“

Wie empfinden Sie die Betreuung durch slowakisches Personal im Gegensatz zum österreichischen?

- Besser
- Gleich gut
- Schlechter

Bei der Untersuchung, ob das slowakische Personal nicht doch besser behandelt als das österreichische, bewahrheitete sich schließlich meine These: Die Österreicher stehen den Slowaken noch immer kritisch gegenüber:

17 Personen empfanden die Slowaken als besser, 201 als gleich und 50 als schlechter. 4 gaben keine Angaben und 2 Personen nützten die Befragung zu einem Rundumschlag: Beide Seiten sind gleich schlecht.



Immerhin erkennt ein Viertel der Befragten noch Unterschiede und fast ein Fünftel steht den Slowaken kritisch gegenüber. Dazu möchte ich einen persönlichen Kommentar abgeben: „Wenn man sich nicht die Mühe macht, eine fremde Nation näher kennen zu lernen, dann sind Missverständnisse vorprogrammiert.“ Im Zuge meiner Dissertation wurde ich immer wieder auf mein Slowakisch-Studium angesprochen und eigentlich kann niemand verstehen, warum ich mir das „antue“. Es scheint, als ob der „Eiserne Vorhang“ nach wie vor in vielen Köpfen vorhanden wäre und es findet kaum jemand in der Region notwendig, sich die Mühe zu machen, die Sprache der Nachbarn zu lernen. Frei nach dem Motto: „Schade um die Zeit. Lern lieber Russisch, Französisch, Italienisch, Slowakisch kann man nicht brauchen.“

Wie ist die Verständigung / Kommunikation zwischen Patienten und Personal?

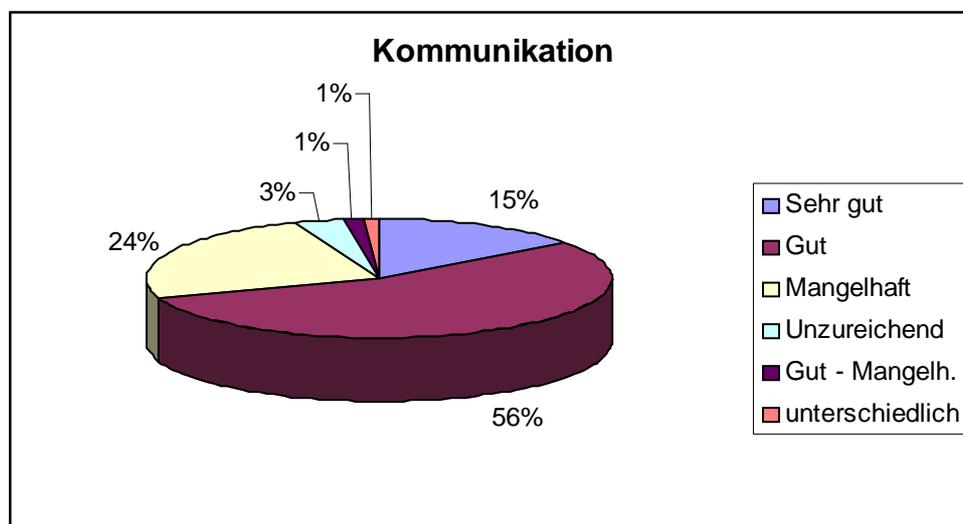
- Sehr gut
- Gut
- Mangelhaft
- Unzureichend

Ein besonders heikles und auch wichtiges Thema ist die **Verständigung** im Hainburger Krankenhaus, zumal es im Frühjahr scharfe Kritik des Mannes einer Patientin gegeben hat. (→ siehe Zeitungsartikel und Gespräch mit Primar Gamperl im Punkt 7.2)

Auf den ersten Blick zeigen die Ergebnisse meiner Befragung, dass die Kommunikation „eh ganz gut“ läuft, aber auf den zweiten Blick lässt sich erkennen, dass sie doch besser sein könnte. Allerdings findet nur ein ganz kleiner Prozentteil, dass die Kommunikation überhaupt nicht funktioniert.

Bemerkungen „am Rande“ lauteten: „Mangelhaft – nicht wegen der Nation“ und „Mangelhaft wegen der Sprache“. Ebenso interessant ist die Tatsache, dass eine Befragte gar meinte: „Kommunikation mit Slowaken funktioniert besser als mit Türken“.

Drei Personen sind der Ansicht, dass die Kommunikation ganz unterschiedlich ist.

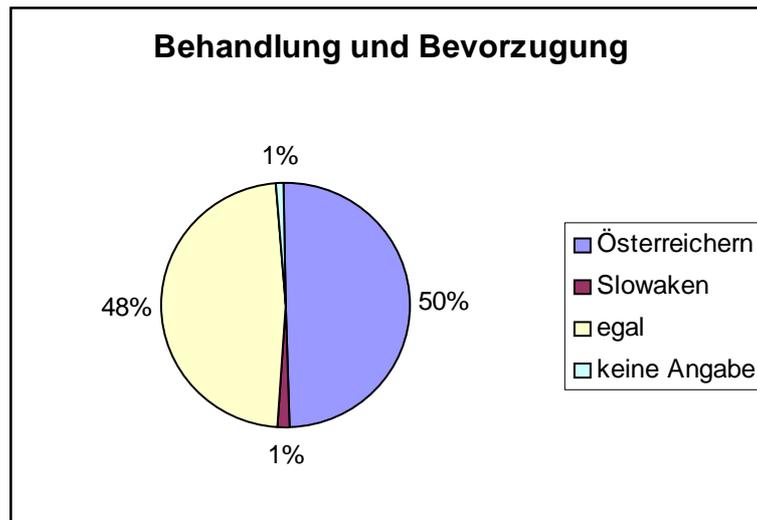


Fast drei Viertel der Befragten sind mit der Kommunikation zufrieden und lediglich drei Prozent finden, dass die Kommunikation überhaupt nicht funktioniert. Das lässt die Vermutung zu, dass eventuell aus einer negativen persönlichen Erfahrung heraus spontan beantwortet wurde, während die positiven Aspekte in Vergessenheit geraten sind.

Wem würden Sie bei Ihrer Behandlung den Vorzug geben?

- Österr. Arzt
- Slowak. Arzt
- Egal

Ganz spannend für mich war auch die Frage, wem bei der Behandlung der Vorzug gegeben wird.



Prozentuell gesehen, möchte die Hälfte der Befragten lieber von Österreichern behandelt werden – und das ist meiner Meinung nach eine enorme Bestätigung meiner These. Heute – im Zeitalter von offenen Grenzen und wenigen Minuten Fahrtweg in Richtung slowakische Grenze sowie von gleichwertigen Ausbildungsstandards – ist es unglaublich, dass nach wie vor enorme Barrieren vorhanden sind.

An dieser Stelle muss ich mich wiederholen: Bevor ich die Slowaken näher kennen gelernt habe, dachte ich ebenso engstirnig. Müsste ich heute im Hainburger Krankenhaus operiert werden – ich wüsste nicht, welchen der beiden Anästhesisten aus der Slowakei ich mir aussuchen würde, denn einer ist netter und kompetenter als der andere und ich bin mir sicher, dass sie einem Österreicher fachlich um nichts nachstehen.

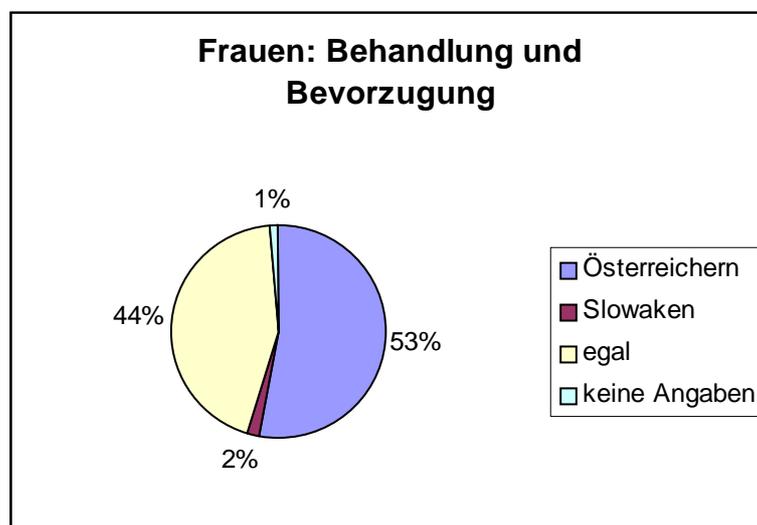
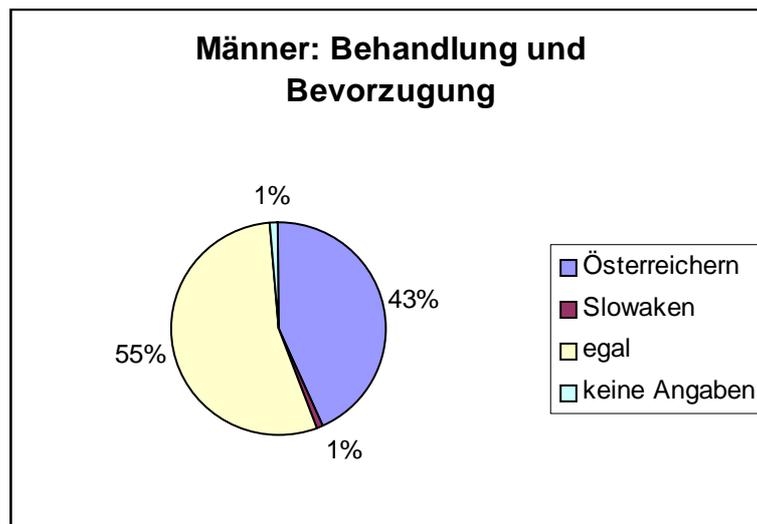
Eines ist in diesem Zusammenhang auch erwähnenswert: Von den drei Personen, die nichts angekreuzt haben, hat eine gemeint, dass sie sich nie im Hainburger Krankenhaus behandeln lassen würde. Dazu möchte ich wieder auf Gespräche mit Schwestern verweisen, die meinten, dass die Menschen oft erst dann positiv über Hainburg reden, wenn sie in einem anderen Spital nicht die besten Erfahrungen gemacht haben.

Von den vier Personen, welche die Slowaken bevorzugen, waren drei slowakische Staatsbürger und einer Österreicher.

Menschen, denen es gleichgültig ist, von wem sie behandelt werden, wünschen, dass der Arzt oder die Schwester „einfach gut“ – also kompetent – sein muss. Andererseits wurde in diesem Zusammenhang auch einmal

kritisiert, dass das medizinische Personal vergisst, Mensch zu sein – egal aus welchem Land es stammt.

Bei dieser Frage habe ich wieder zwischen Männern und Frauen unterschieden:

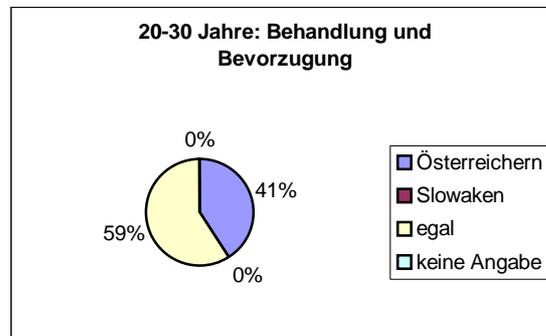
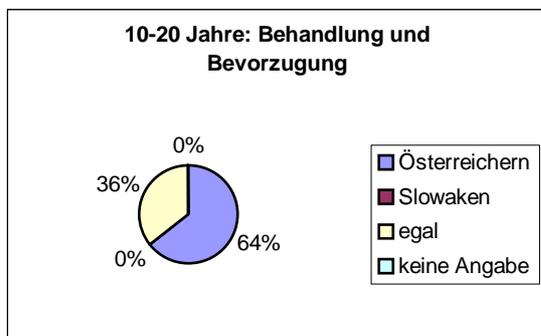


Wie die Auswertung zeigt, ist es auch hier den Männern eher gleichgültig, wer sie behandelt.

Aufgeschlüsselt sieht es folgendermaßen aus:

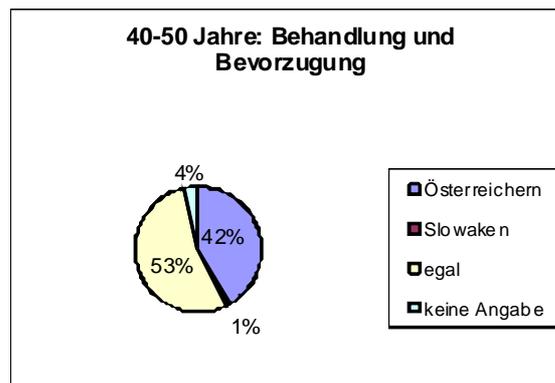
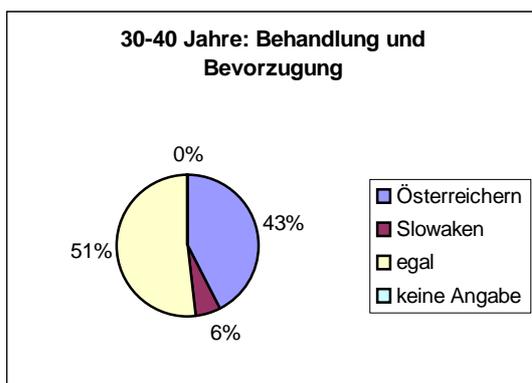
	Österreichern	Slowaken	egal	keine Angabe	Insgesamt
Männer Ausland	1	0	7	0	8
Männer Inland	43	1	49	1	94
Männer	44	1	56	1	102
Frauen Ausland	0	3	13	0	16
Frauen Inland	91	0	63	2	156
Frauen	91	3	76	2	172
Insgesamt	135	4	132	3	274

Besonders auffällig ist bei oben stehender Tabelle die Tatsache, dass keine einzige ausländische Frau einem Österreicher den Vorzug gibt. Allerdings gibt kein einziger Mann einem Slowaken den Vorzug.



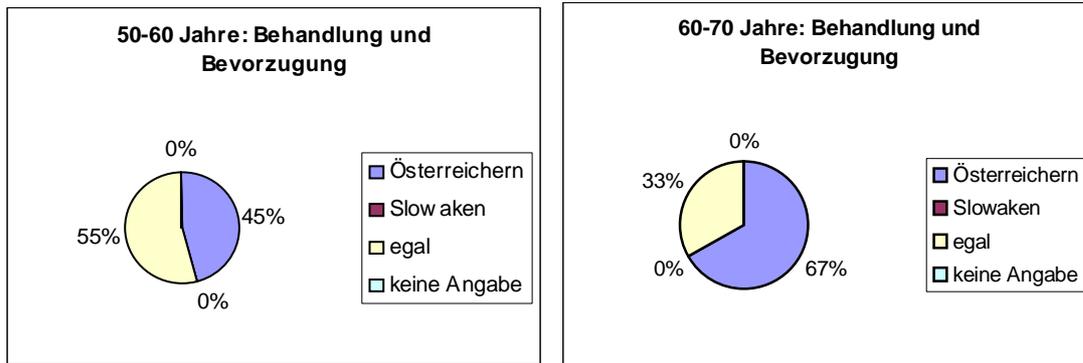
Die jüngsten Patienten wollen von Österreichern behandelt werden. Fast zwei Drittel geben dem einheimischen Personal den Vorzug. 36% ist es egal, aber kein einziger bevorzugt bei der Behandlung einen Ausländer.

Bei der nächsten Gruppe ist es nicht so eng. Zwar möchte niemand lieber von jemandem aus der Slowakei behandelt werden, 59% ist es allerdings egal.

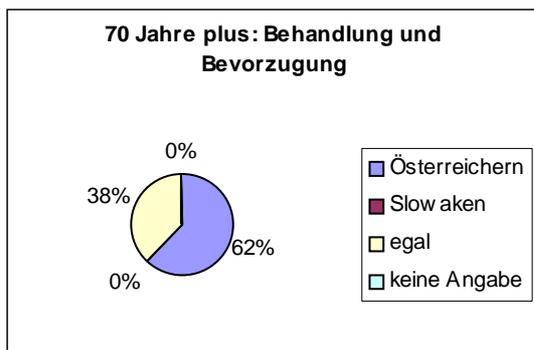


Etwas mehr als die Hälfte der Befragten hat bei den 30- bis 40-Jährigen keine Präferenz und immerhin 6 Prozent wollen einen Slowaken am Krankenbett sehen.

Die 40- bis 50-Jährigen haben zur Hälfte auch keine Präferenz. 4% äußerten sich nicht dazu, aber 42% wollen von einem Österreicher betreut werden.



Bei den 50- bis 60-Jährigen sind 55% ohne Präferenz, bei den 60- bis 70-Jährigen vertrauen mehr als zwei Drittel der Betreuung durch Einheimische.



Die älteste Patientengruppe ist zwar zufrieden mit den Slowaken, aber dennoch fühlen sich 62% in österreichischen Händen wohler.

Haben Sie den Eindruck, dass die Slowaken nur deswegen in Österreich arbeiten, weil sie in unserem Land besser verdienen?

- Ja
- Nein

Die nächste Frage war jene nach den finanziellen Beweggründen. In einem Bogen erweiterte ein Befragter diesbezüglich das Spektrum, indem er zum Wort „Geld“ auch „Sozialleistungen“ dazuschrieb. Es ist durchaus richtig, dass Versicherung, Kindergeld etc. sicherlich eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen.

Gleich 203 Personen glauben, dass Slowaken nur des Geldes wegen nach Österreich kommen – lediglich 67 sind gegenteiliger Meinung und 4 enthielten sich der Stimme. Einige, die „Ja“ ankreuzten, schrieben dazu, dass es Schwestern selbst zugeben würden – und das kann ich nach meinen Gesprächen nur bestätigen. Ebenso wurde in diesem Punkt von Österreichern kritisiert, dass die Slowaken „drüben“ keine Arbeit hätten und „drüben“ überhaupt kein Geld – und hier bekommen sie gleich das Zig-Fache.



Ich finde, dass diese Ansicht der Slowaken selbst leider nicht zu ihrem Image beiträgt. Sicherlich ist es legitim, dass jeder möglichst viel für sich herausholen möchte, wenn es aber so offensichtlich ist, muss man damit rechnen, ins Kreuzfeuer der Kritik zu geraten.

Nehmen die Slowaken Ihrer Meinung nach den Österreichern Arbeitsplätze weg?

- Ja
- Nein

Im Anschluss daran stellte ich die Frage nach den Arbeitsplätzen und auch da ist eine große Barriere in den Köpfen der Menschen zu erkennen. Gleich 140 Befragte sind der Meinung, dass die Slowaken „uns“ die Arbeit wegnehmen (mitunter kam dabei auch der Zusatz: „Auch Österreicher hoffen auf einen Job“). Einer gegenteiligen Meinung waren 115 Personen und eine davon schrieb: „Pflegerpersonen nehmen keine Jobs weg. – Es gibt ohnehin zu wenig Pflegepersonal in Österreich.“ Weitere 10 enthielten sich der Stimme und gaben weiters zu Protokoll, dass „Ärzte Jobs wegnehmen und Schwestern nicht“ oder dass es „nur dann in Ordnung ist, wenn keine Österreicher zur Verfügung stehen“.

Auf dem Diagramm sieht es folgendermaßen erschreckend aus:



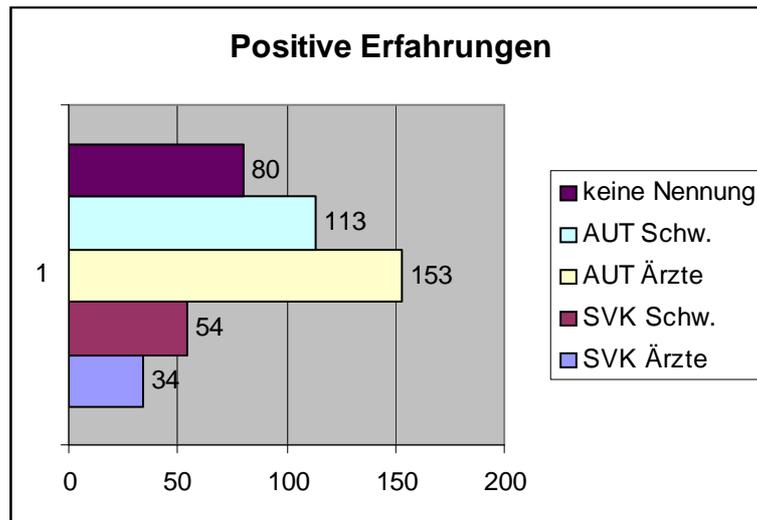
Mehr als die Hälfte der Befragten sind dieser Meinung – und das bekräftigt ebenfalls meine These.

Sie hatten besonders positive Erfahrungen im Haus primär mit:

- Slowakischen Ärzten
- Österreichischen Ärzten
- Slowakischen Schwestern
- Österreichischen Schwestern

Bitte skizzieren Sie kurz Ihre positiven Erlebnisse:

Als nächstes habe ich untersucht, wer bei den Befragten besonders positiv aufgefallen ist. Da eine Mehrfachnennung möglich war, betrachte ich diese Antworten nicht prozentuell.

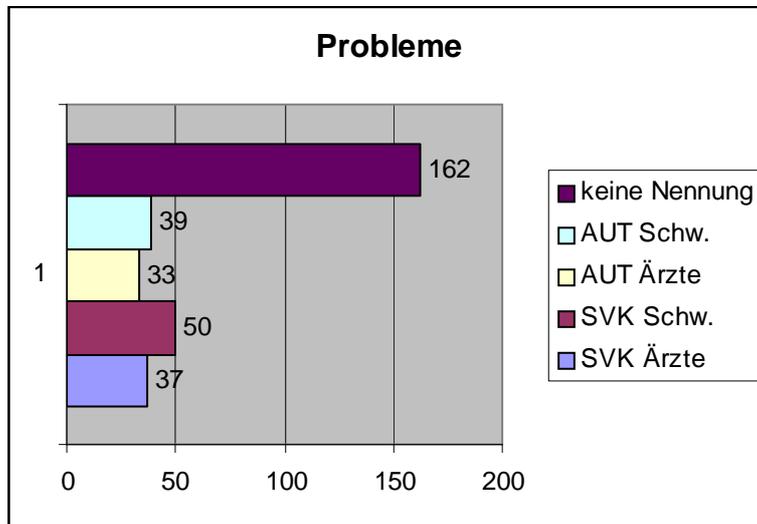


Wenn es schon Probleme im Zusammenhang mit dem Krankenhaus gegeben hat, dann vorrangig mit:

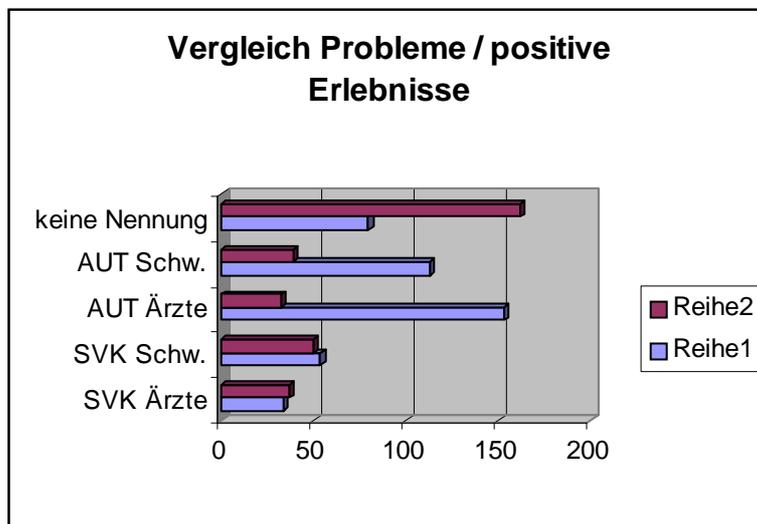
- Slowakischen Ärzten
- Österreichischen Ärzten
- Slowakischen Schwestern
- Österreichischen Schwestern

Bitte beschreiben Sie stichwortartig die Gründe:

Ebenso verhält es sich bei den Problemen. Auch hier werden nur effektive Zahlen betrachtet und nicht prozentuelle.



Der Vergleich positive Erfahrungen / Probleme sieht folgendermaßen aus:



Reihe 2: Probleme

Reihe 1: positive Erlebnisse

Sieht man sich die beiden Tabellen im Vergleich an, so kann man erkennen, dass mehr als 150 Befragte kein konkretes Problem nennen konnten oder wollten. Mehr als 75 Personen fügten nichts Positives hinzu.

Insbesondere die österreichischen Ärzte kommen sehr gut weg. 153 Pluspunkten stehen nur 33 Minuspunkte gegenüber. Auch mit der Leistung der österreichischen Schwestern ist man offensichtlich sehr zufrieden. Bei den slowakischen Pflegerinnen hält es sich ungefähr in der Waage. Einzig über slowakische Ärzte erfolgen öfter negative als positive Äußerungen. Ich vermute, dass es die Mentalität ist, die bei den Behandelten nicht so besonders gut ankommt sowie vielleicht auch die viel besagte „härtere Aussprache“. Schließlich macht der Ton die Musik.

Bei den *slowakischen Ärzten* wurden folgende Punkte als positiv bewertet:

- ✓ 3x: netter

- ✓ 2x: Interne: eingehende Untersuchung
- ✓ 2x: nehmen sich mehr Zeit
- ✓ 2x: gute Infos

- ✓ 1x: Lebensrettung
- ✓ 1x: Kompetenz
- ✓ 1x: Kosten sparend im Verhältnis zu Österreichern: ambulante Behandlung statt Narkose
- ✓ 1x: als einziger Krebs erkannt
- ✓ 1x: Humor
- ✓ 1x: freundlich und großzügig
- ✓ 1x: Hilfe
- ✓ 1x: aufmerksam
- ✓ 1x: Privatordination eines slowakischen Arztes: positiv
- ✓ 1x: bei den Slowaken: alles ist in Ordnung und das ist positiv
- ✓ 1x: Slowakische Schwestern sind nett – aber die österreichischen sind überheblich

Die *slowakischen Schwestern* wurden aus folgenden Gründen positiv beurteilt:

- ✓ 12x: freundlich und hilfsbereit
- ✓ 2x: kümmern sich um alles
- ✓ 1x: bemüht und aufmerksam
- ✓ 1x: herzlich
- ✓ 1x: tolle Geburtshilfe
- ✓ 1x: nie gelangweilt
- ✓ 1x: einfühlsam
- ✓ 1x: gab mir ein Zweibettzimmer
- ✓ 1x: gute Infos
- ✓ 1x: Patientenzuwendung
- ✓ 1x: Kompetenz
- ✓ 1x: Betreuung
- ✓ 1x: (Slowakin): ich kann Slowakisch und habe mitgearbeitet – übersetzt
- ✓ 1x: gute Infos
- ✓ 1x: beim Essen werden Wünsche erfüllt

Positive Bewertung *österreichischer Ärzte*:

- ✓ 12x: freundlich
- ✓ 9x: sind verständlich
- ✓ 7x: gute Infos
- ✓ 7x: Verständnis und Geduld
- ✓ 6x: gute Behandlung
- ✓ 5x: haben Kompetenz

- ✓ 4x: intensive Aufklärung

- ✓ 3x: höflich
- ✓ 3x: nett und lieb zu Kindern
- ✓ 3x: Vertrauen
- ✓ 3x: gute Gespräche nachher
- ✓ 3x: stellen exakte Diagnosen
- ✓ 3x: geben gute Hilfestellung

- ✓ 2x: der medizinische Stand ist besser
- ✓ 2x: Zeit für Angehörige
- ✓ 2x: sind einfühlsam
- ✓ 2x: nehmen sich Zeit

- ✓ 1x: in der Ambulanz gut
- ✓ 1x: das Leben gerettet
- ✓ 1x: guter Zugang
- ✓ 1x: aufmerksam
- ✓ 1x: sind optimal
- ✓ 1x: Erfahrung
- ✓ 1x: gute Chirurgen
- ✓ 1x: ein Primararzt: Hilfsbereitschaft und Kommunikation
- ✓ 1x: gute Nachbehandlung
- ✓ 1x: gut vorgestellt
- ✓ 1x: familiär
- ✓ 1x: Geburtshilfeteam ist toll
- ✓ 1x: nehmen Rücksicht
- ✓ 1x: geben gute Erklärungen
- ✓ 1x: sind immer für einen da

Folgendes wurde bei den *österreichischen Schwestern* gelobt:

- ✓ 12x: sind freundlich
- ✓ 8x: verständnisvoll und geduldig
- ✓ 6x: geben Hilfestellungen
- ✓ 6x: geben gute Infos
- ✓ 5x: Verständigung ist besser
- ✓ 5x: höflich
- ✓ 4x: kümmern sich um alles
- ✓ 3x: ein Plus für die Betreuung
- ✓ 3x: sind einfach da
- ✓ 2x: mehr Erfahrung
- ✓ 1x: medizinischer Standard ist besser
- ✓ 1x: Care-Team ist vorbildlich in der Sterbebegleitung (Pfleger)
- ✓ 1x: Vorstellung
- ✓ 1x: familiär
- ✓ 1x: bringen Essen pünktlich
- ✓ 1x: wurde bevorzugt, weil ich Bekannte einer Schwester war
- ✓ 1x: untersuchen gut
- ✓ 1x: nehmen sich Zeit
- ✓ 1x: Geburtshilfeteam ist toll
- ✓ 1x: die Betreuung geht über das Spital hinaus
- ✓ 1x: man ist nicht anonym
- ✓ 1x: aufmerksam
- ✓ 1x: sie sind sicherer für Patienten
- ✓ 1x: sie nehmen mehr Rücksicht
- ✓ 1x: besserer Zugang

- ✓ 1x: sind netter zu Kindern

Generell wurden in Bezug auf das Landeskrankenhaus folgende *positiven* Aspekte genannt:

- ✓ 9x: es hängt nicht mit der Nation zusammen – es gibt sehr gute Kräfte bei beiden
- ✓ 5x: die Ambulanz ist gut
- ✓ 4x: alle sind in Ordnung
- ✓ 2x: es geht nicht nach Nation – die Persönlichkeiten sind gut
- ✓ 2x: sehr gute Küche
- ✓ 2x: es geht um die Persönlichkeit
- ✓ 1x: hilfreich und nachfragend
- ✓ 1x: wenn es einem schlecht geht, dann ist man nett und bemüht
- ✓ 1x: alle sind kompetent
- ✓ 1x: Fernsehen im Zimmer
- ✓ 1x: es gibt immer Kaffee
- ✓ 1x: man ist korrekt
- ✓ 1x: die Slowaken haben keinen Bezug zur Slowakei mehr – sie geben sich hier anders
- ✓ 1x: Fürsorge bei der Aufnahme
- ✓ 1x: wenn man jemanden kennt, ist alles einfacher
- ✓ 1x: man ist hier keine Nummer
- ✓ 1x: alle sind freundlich
- ✓ 1x: alle Wünsche werden erfüllt
- ✓ 1x: alle sind aufmerksam
- ✓ 1x: es gibt keine Bevorzugung zwischen Österreichern und Tschechen (sic!)

Aber auch eher *ambivalente* Motive wurden in die Positiv-Spalte geschrieben:

- 6x: ich kann nichts Positives finden ... es ist alles negativ
- 5x: ich kann es nicht beurteilen
- 1x: (Slowakin): es fehlt die Akzeptanz zwischen den Ländern – sie ist seit 20 Jahren in Österreich und fühlt sich in vielen Belangen nicht daheim
- 1x: falsche Vorurteile zerstören das Zusammenleben
- 1x: (anonym befragte Schwester): traut sich nichts über Kollegen sagen
- 1x: es gibt nur Negatives über österreichische Ärzte und Schwestern zu sagen – „zum Glück war ich nur Besucher und auch da fühlte ich mich schlecht betreut – man kann froh sein, wenn man noch lebt“
- 1x: man kann nicht verallgemeinern
- 1x: es kommt auf den Patienten an
- 1x: kein Problem, aber die Slowaken sind schwerer zu verstehen
- 1x: (Versicherungsangestellter): wenn es um Leben und Tod geht, dann ist eine Privatversicherung unerlässlich
- 1x: fachlich sind die Österreicher besser – in der Betreuung die Slowaken

Auffällig ist auch, dass beim Ankreuzen der Positivseiten häufig die Kombination österreichischer Arzt und slowakische Schwester angeführt wurde.

Betrachtet man die Positiv-Nennungen genauer, kann man erkennen, dass es oft Kleinigkeiten sind, die einen ins Schwärmen bringen. So ist man im Klinikalltag etwa begeistert, weil es immer Kaffee gibt oder weil das Essen pünktlich kommt Andererseits können ebenso Bagatellen die Patienten subjektiv aus dem Lot werfen.

Dem gegenüber stehen folgende *Negativ*-Nennungen:

Über die *slowakischen Ärzte* wird sich beklagt, weil:

- 7x: sind unfreundlich

- 5x: Sprachprobleme
- 5x: sind herablassend

- 3x: sind kaltherzig
- 3x: erstellen falsche Diagnosen

- 2x: werden schnell nervös

- 1x: wollen die Arbeit nur schnell hinter sich bringen
- 1x: verstehen nicht so schnell
- 1x: es dauert lange, bis sie behandeln
- 1x: sie werden schnell grantig
- 1x: es gibt einfach viele Beschwerden über sie
- 1x: sie unterstellen einem was
- 1x: sie sind forsch
- 1x: in der Ambulanz sind sie jung und unqualifiziert
- 1x: geben falsche Medikamente
- 1x: grob
- 1x: schlecht aufgelegt
- 1x: werden handgreiflich
- 1x: falsche Behandlung
- 1x: sie sind einfach schlecht
- 1x: keine Kommunikation
- 1x: es fehlt die Nachbehandlung
- 1x: sie sind unehrlich
- 1x: keine Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patienten
- 1x: sie entscheiden ohne zu fragen
- 1x: wirken schnell genervt

- 1x: die Österreicher arbeiten nicht nur wegen des Geldes – die Slowaken schon
- 1x: es fehlt die Arbeit in der Slowakei – nur deswegen sind sie da

Die *slowakischen Schwestern* werden wegen folgender Punkte kritisiert:

- 9x: Sprache
- 9x: sind unfreundlich
- 3x: sind herablassend
- 2x: selber Name im Zimmer: Medikamente vertauscht
- 2x: können nicht Auto fahren
- 2x: können nicht auf Deutsch erklären
- 2x: sind grob
- 2x: übergehen Patienten und Ärzte
- 1x: sie wollen nur schön sein
- 1x: Patienten nerven
- 1x: Patienten haben das Gefühl zu stören
- 1x: sie nehmen Probleme nicht ernst
- 1x: sie sind langsam
- 1x: sie beschimpfen
- 1x: verstehe Slowakisch und habe gehört, wie negativ sie über Patienten reden
- 1x: das Gefühl, in der Slowakei zu sein
- 1x: gehen nicht ein
- 1x: geben keine Infos
- 1x: können mit medizinischen Anordnungen nichts anfangen
- 1x: mobben Österreicher
- 1x: sind gegen Österreicher
- 1x: sind unsicher
- 1x: werden handgreiflich

- 1x: sind grantig
- 1x: sind kaltherzig
- 1x: sprechen slowakisch
- 1x: bevorzugen die Slowaken
- 1x: geben keine Krücken
- 1x: sind arrogant
- 1x: sind oberflächlich
- 1x: es fehlt die Kommunikation
- 1x: falscher Verband
- 1x: nehmen sich keine Zeit

Österreichische Ärzte wurden aus folgenden Gründen kritisiert:

- 2x: es fehlt ihnen die Zeit
- 2x: Desinteresse
- 2x: falsche Diagnose
- 2x: geben keine Infos

- 1x: sie behandeln gegen den Willen
- 1x: die Slowaken sind viel netter
- 1x: sie glauben, sie sind die Besten
- 1x: Junge sind arrogant
- 1x: bevorzugen Patienten, die schon privat beim Arzt waren
- 1x: sie sind unsensibel
- 1x: Ambulanz: jung und unqualifiziert
- 1x: schlechte Behandlung
- 1x: wenn man wirklich krank ist, dann hat man bei ihnen keine Chance
- 1x: unfreundlich
- 1x: arrogant
- 1x: es gab Komplikationen
- 1x: geben keine Therapie-Vorschläge
- 1x: haben kein Schuldeingeständnis
- 1x: schlechte Erstversorgung

- 1x: nehmen Beschwerden nicht ernst
- 1x: habe mein Baby verloren, aber das war ihnen egal

Begründungen für die negative Bewertung *österreichischer Schwestern*:

- 9x: unfreundlich
- 2x: schlechte Behandlung
- 2x: Desinteresse
- 2x: unwillig (beim WC gehen, Putzen, Essen)
- 2x: wenig hilfsbereit
- 2x: sind überfordert
- 1x: gereizt
- 1x: verdrehen Augen
- 1x: ihnen fehlt die Zeit
- 1x: wenig Zuwendung
- 1x: arrogant
- 1x: geben keine Infos
- 1x: sie sind kalt
- 1x: sie sind selbstherrlich
- 1x: es fehlt Diskretion
- 1x: alles ist egal
- 1x: Windeln statt WC
- 1x: „du“ bei alten Leuten
- 1x: launenhaft
- 1x: schlampig
- 1x: unangenehm
- 1x: herablassend
- 1x: gebrochenes Bein – kein Rollstuhl
- 1x: Baby verloren → war egal

Als Notiz gab es 34 Mal „keine Probleme“.

Auf der *Negativ*-Seite wurden zusätzliche Statements hinzugefügt:

- 1x: das Essen schmeckt nicht
- 1x: gibt nur Grundversorgung und dadurch fehlende Spezialisierung – aber man kann nichts dagegen tun
- 1x: egal, welche Schwester: 2 gebrochene Arme und das Essen wurde nur hingestellt
- 1x: bin mit Beschwerden sogar beim Vorstand gelandet
- 1x: überall gibt es Probleme
- 1x: in einer kleinen Stadt wird alles schnell publik
- 1x: die Kommunikation generell ist schlecht
- 1x: es gibt solche und solche
- 1x: österreichischer Arzt musste mehrmals einer slowakischen Schwester etwas erklären – sie sagte: „nichts verstehen“ – hat man die richtigen Medikamente bekommen? – nur ausgeliefert? – man fühlt sich wie im Ausland

Die oben angeführten Punkte sind nur eine Auflistung subjektiver Angaben. Ähnliche Kritiken werden zusammenfassend nur einmal angeführt und sind wahrscheinlich auf eine persönliche Situation zurückzuführen. – Als Beispiel nenne ich die fehlenden Krücken, wobei es sich auch nur um ein Missverständnis oder ein Kommunikationsproblem handeln kann. Im Großen und Ganzen kann man aber nicht von schwerwiegenden Problemen sprechen.

Natürlich wäre es interessant gewesen, die Befragten auf konkrete Probleme anzusprechen und diese zu hinterfragen, aber auf Grund der Anonymität der Umfrage war dies nicht möglich. Daher beschloss ich, einige Patienten persönlich zu befragen und diese Erfahrungsberichte gesondert – als Interviews – in meine Arbeit einfließen zu lassen.

Glauben Sie, dass der Krankenhausbetrieb in Hainburg ohne ausländisches Personal zusammenbrechen würde?

- Unbedingt
- Möglicherweise
- Keineswegs

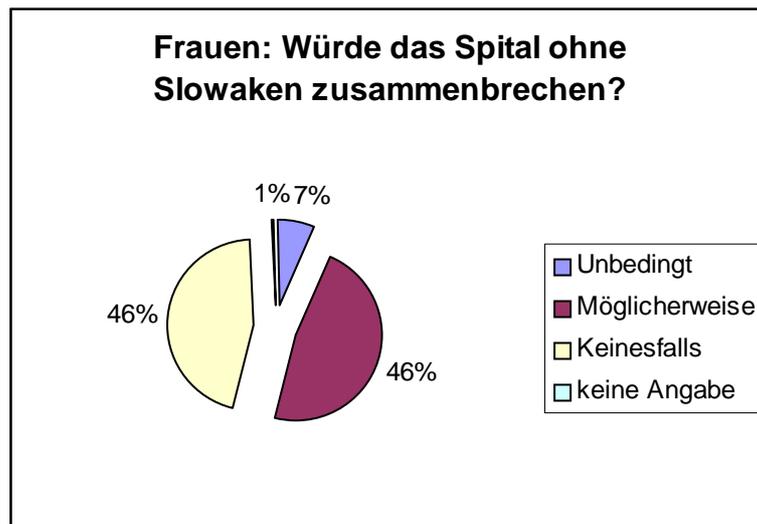
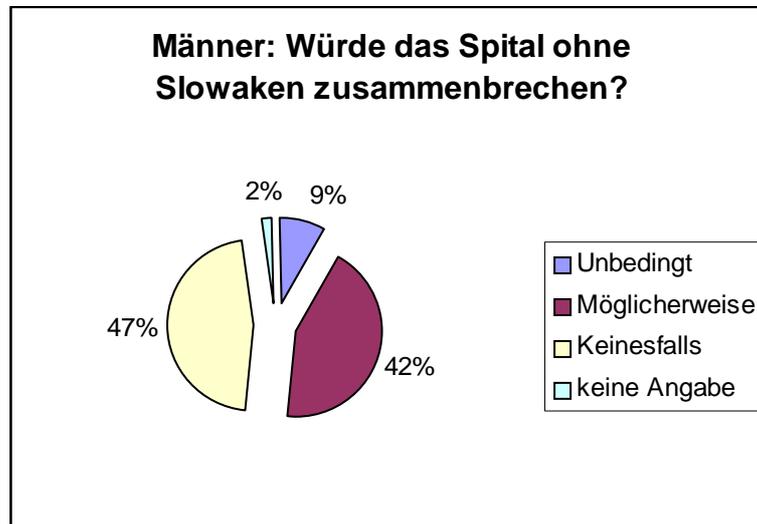
Die vorletzte Frage beschäftigt sich damit, ob der **Betrieb im Landeskrankenhaus** ohne Slowaken zusammenbrechen würde. Das Ergebnis bestätigte meine These, denn nur 21 Befragte sind davon überzeugt!

Von den drei Personen, die keine Wahl getroffen haben, meinte einer: „Es ist halt doch einfacher geworden, weil immer mehr Slowaken zur Verfügung stehen.“



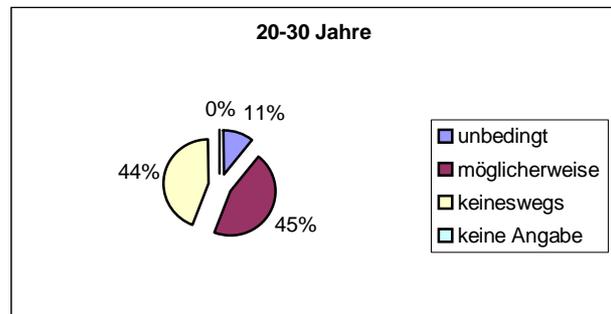
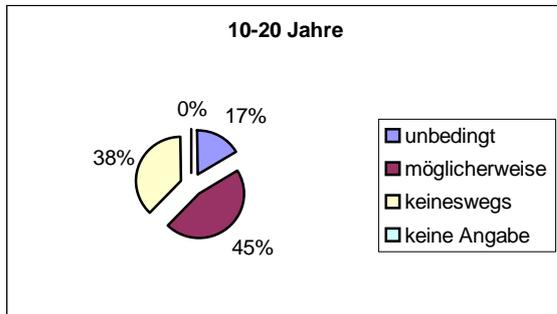
Mit der Tatsache, dass nur acht Prozent von einem Zusammenbruch überzeugt sind, aber fast die Hälfte der Befragten nicht dieser Meinung ist, hätte ich nie gerechnet. Das lässt für mich den Schluss zu, dass in der Bevölkerung nach wie vor die Meinung herrscht: „Wir brauchen keine Fremden, wir können uns selbst helfen.“

Bei der getrennten Analyse von Männern und Frauen lässt sich feststellen, dass die Unterschiede prozentuell nur marginal sind.



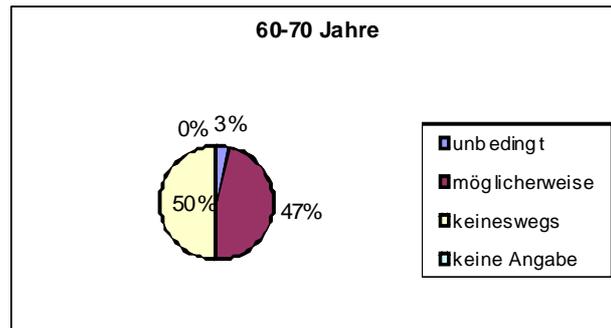
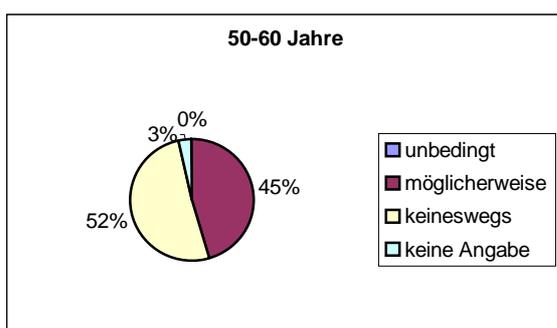
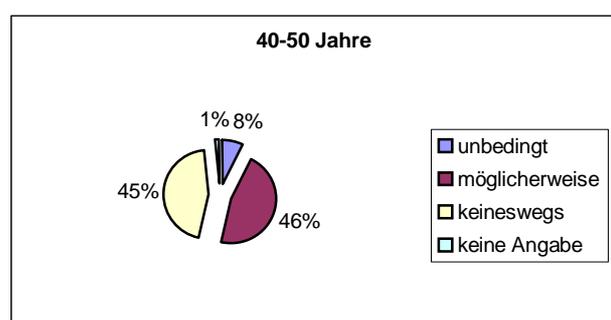
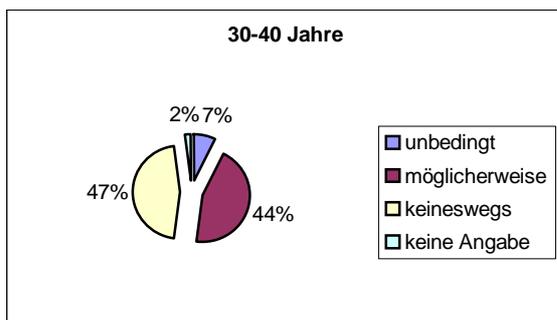
	unbedingt	möglicherweise	keineswegs	keine Angabe	Insgesamt
Männer Ausland	2	1	5	0	8
Männer Inland	7	42	43	2	94
Männer	9	43	48	2	102
Frauen Ausland	1	9	5	1	16
Frauen Inland	11	71	74	0	156
Frauen	12	80	79	1	172
Insgesamt	21	123	127	3	274

Differenziert nach Altersgruppen ergeben sich folgende Tabellen:

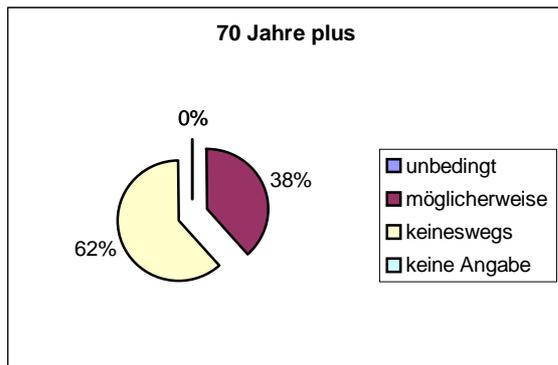


Die Gruppe der Jüngsten glaubt am meisten (17%), dass das Hainburger Krankenhaus zusammenbrechen würde, wenn es keine Slowaken mehr gäbe. – Und das, obwohl sie sich weitaus lieber von österreichischem Personal behandeln lässt. 38% sind davon überzeugt, dass es keine schweren Probleme gäbe und 45% beurteilten mit „möglicherweise“. In der Gruppe der 20- bis 30-Jährigen hält sich das Verhältnis „möglicherweise“ zu „keineswegs“ ungefähr in der Waage: 45% zu 44%.

Ebenso ist es bei den 30- bis 40-Jährigen: 44% zu 47% und den 40- bis 50-Jährigen: 46% zu 45%.



Bei den 50- bis 60-Jährigen steht es schon 45% zu 52% und bei den 60- bis 70-Jährigen ist das Verhältnis 47% zu 50%. Auffällig ist aber die Tatsache, dass gleich 62% der über 70-Jährigen keineswegs an einen Untergang des Hainburger Spitals ohne Slowaken glauben. – Und das, obwohl sie am wenigsten an den Slowaken auszusetzen haben.



Hat die Grenzöffnung dem Hainburger Krankenhaus eher:

- Genutzt
- Geschadet

Allerdings widerspricht das Gesamtbild der Abschlussfrage diesem vorangegangenen Ergebnis: Ich wollte nämlich wissen, ob es Hainburg genutzt oder geschadet hätte, dass die Grenzen zur Slowakei offen sind. Dabei waren 158 für „genutzt“ und lediglich 64 für „geschadet“. 52 Personen enthielten sich der Stimme. In diesem Zusammenhang drängt sich nun bei mir folgende Feststellung auf: Einerseits brauchen die Hainburger (und damit ist das Einzugsgebiet gemeint) die Slowaken für die Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebes nicht, andererseits glauben sie an eine positive Auswirkung der Grenzöffnung. Bei den Stimmhaltungen wurde mir von einem Herrn hinzugefügt: „Das kann nur der Verwalter sagen.“ – Und der ist davon überzeugt, dass es etwas gebracht hat.



Somit sind 58 Prozent der Überzeugung, dass der Fall des Eisernen Vorhanges doch Vorteile gebracht hat.

Den Platz am Ende des Fragebogens haben einige der Befragten als Meinungsplattform zum Thema Ostöffnung genutzt. Diese Ansichten möchte ich nur unkommentiert anführen.

Zwei Befragte schrieben:

- der Ruf ist nicht der Beste

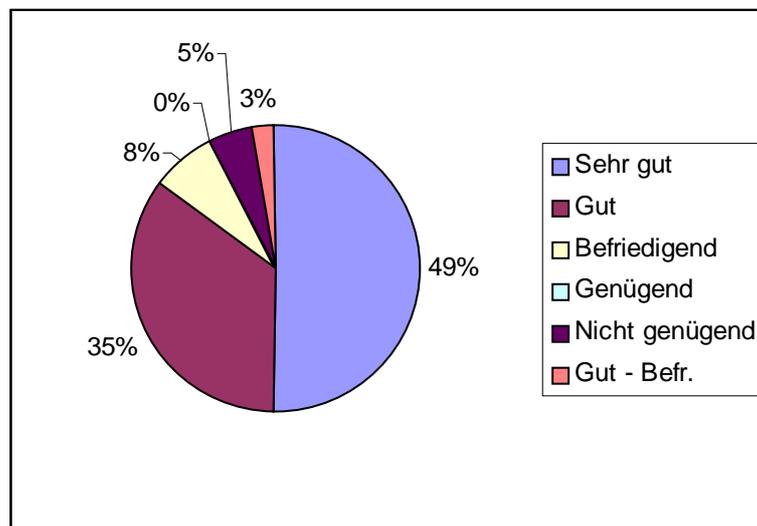
Jeweils einmal wurde erwähnt:

- es hat nur dem Direktor genutzt
- ich bin kein Ausländerfeind, aber wir brauchen die Jobs
- es ist alles egal – auch die Österreicher hier sind eine Katastrophe
- ein Aufschwung ist zu verzeichnen
- man kann jedem nur wünschen, dass er nicht nach Hainburg kommt
- Hainburg hat sich mit den Slowaken selbst geschadet
- es ist das gleiche wie vorher
- jetzt ist die Chirurgische Ambulanz halt noch mehr überfüllt ...

Nachdem ich die Auswertung abgeschlossen hatte, wollte ich noch untersuchen, ob ein „Einser“ für das Krankenhaus auch ein „Einser“ für die Slowaken ist oder ob es doch Unterschiede gibt.

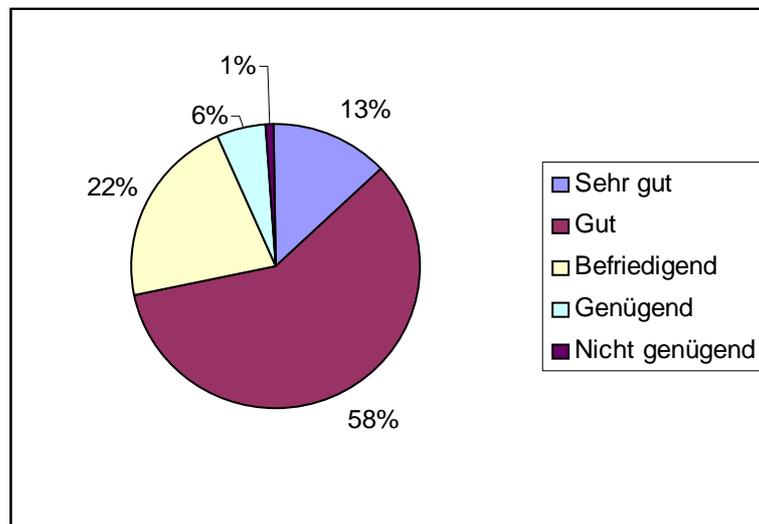
Dabei zeigte sich, dass Menschen nicht unbedingt „1“ und „1“ oder „2“ und „2“ vergaben, sondern dass die Ergebnisse durchaus differieren. Damit ist eigentlich auch erwiesen, dass die Befragten nicht einfach nur willkürlich irgendwo ein „Kreuzchen“ gemacht, sondern sich doch eingehender mit der Erhebung beschäftigt haben.

Von den Menschen, die das Spital allgemein mit „Sehr gut“ bewerteten, wurden die Slowaken folgendermaßen beurteilt:



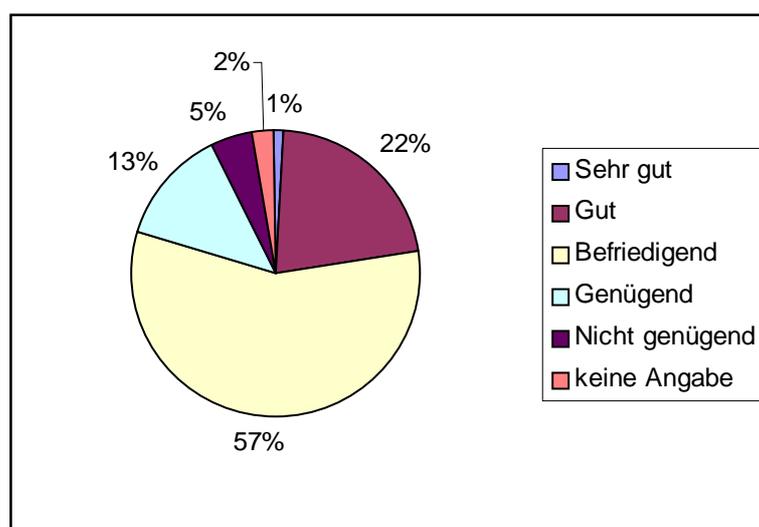
Die Hälfte verteilte also die gleiche Note und ein Drittel beurteilte um einen Grad schlechter.

Von den Menschen, die dem Spital allgemein einen „Zweier“ gaben, wurden die Slowaken folgendermaßen beurteilt:



13 Prozent der Befragten vergaben an die Slowaken sogar eine bessere Note, während etwas mehr als ein Fünftel (22%) um einen Grad schlechter benotete. Immerhin 58 Prozent waren der gleichen Meinung.

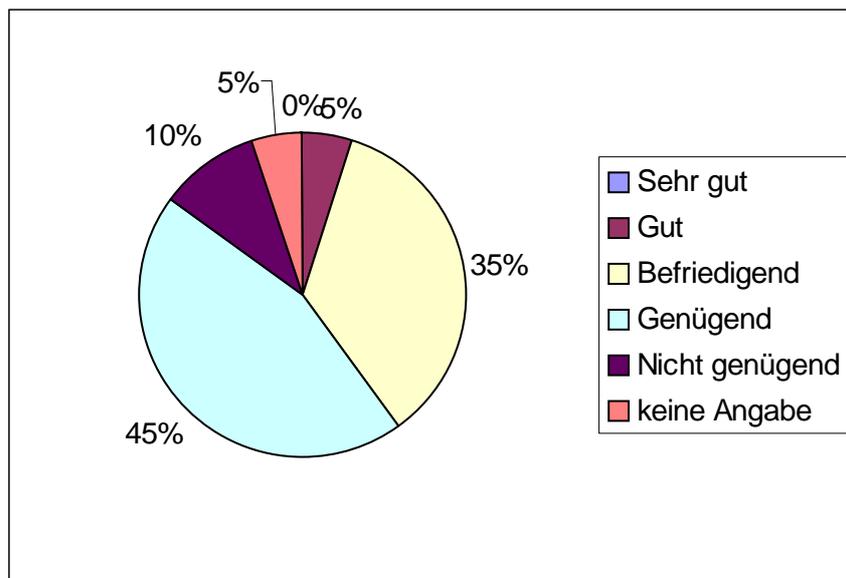
Personen, die dem Spital allgemein einen „Dreier“ gegeben hatten, beurteilten die Slowaken folgendermaßen:



Dass von jenen, die das Krankenhaus mittelmäßig bewerteten, 23% den Slowaken eine bessere Note gaben, ist für mich überraschend. Etwas

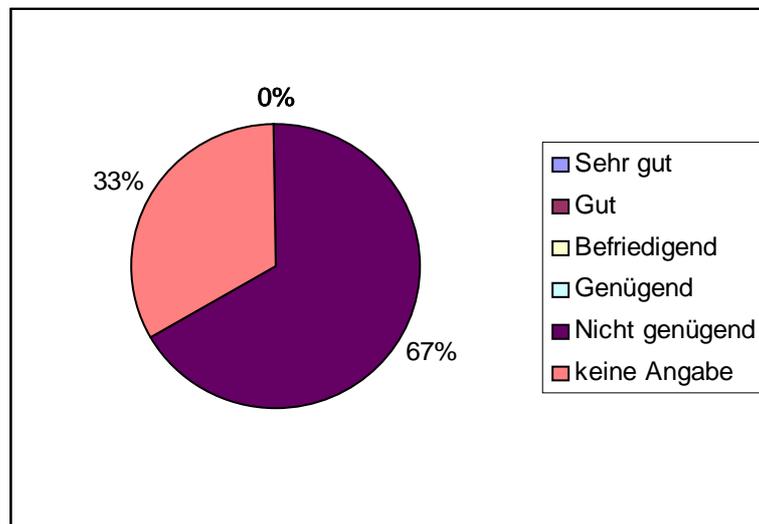
mehr als die Hälfte vergab die gleiche Note und 20% waren weniger zufrieden.

Bei den Befragten, die das Spital allgemein mit einem „Vierer“ beurteilt hatten, schnitten die Slowaken folgendermaßen ab:



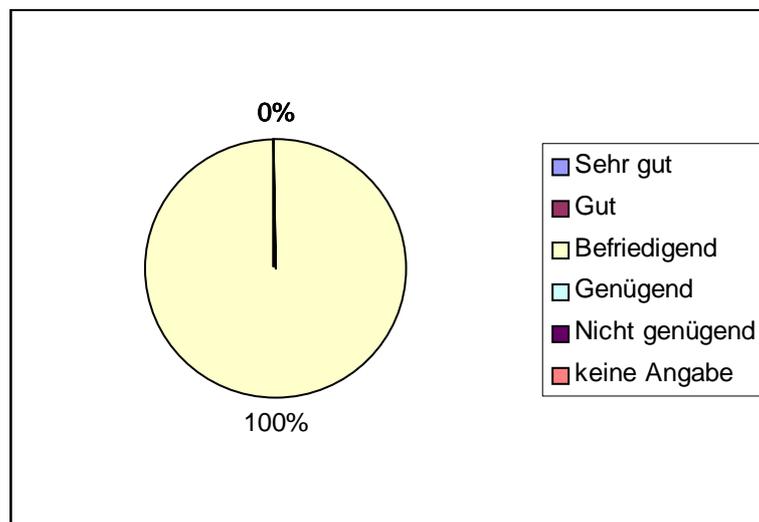
Nicht einmal die Hälfte (45%) gab den Slowaken die gleiche Note. 40% benoteten die Slowaken besser und nur 10 Prozent gaben ein Nicht genügend.

Diejenigen, die dem Spital allgemein einen „Fünfer“ gegeben hatten, stuften die Slowaken folgendermaßen ein:



Das Ergebnis zeigt, dass mit dem Spital gänzlich Unzufriedene auch zu zwei Drittel mit den Slowaken total unzufrieden sind. 33% enthielten sich der Stimme.

Der Vollständigkeit wegen wird auch die allgemeine Bewertung des Spitals mit 2 bis 3 angeführt, wobei die Slowaken folgendermaßen beurteilt wurden:



Da es sich nur um einen Befragten handelt, ist diese Statistik zu vernachlässigen.

Im Vergleich dazu lief die offizielle Befragung des Landesklinikum Thermenregion durch das Krankenhaus selbst und die Holding komplett anders ab.⁴²

Zunächst wurde nicht genau nach Schulnotensystem ausgewertet, sondern nach Zufriedenheitsprozenten. Im Mittelpunkt meiner Recherche stand das Krankenhaus als Gesamtheit, während bei der offiziellen Untersuchung nach Abteilungen getrennt beurteilt wurde. In meinem Fall erstreckte sich die Befragung über genau 3 Monate. – Im Landesklinikum erfolgte die Untersuchung über einen Zeitraum von 3 Jahren und es wurde nicht nach Nationalitäten untersucht, sondern allgemein. Außerdem machte man eine Gegenüberstellung der Jahre 2007 und 2008.

Das Pflorgeteam wurde dabei durchwegs positiv bewertet, denn 2006 waren 94,49% der Befragten zufrieden, 2007 waren es 95,59% und 2008 waren es 96,44%.

Die Befragung des Jahres 2006 wurde nicht in allen Abteilungen durchgeführt. Ich beziehe mich auf die Daten des Jahres 2008, weil die prozentuellen Unterschiede zwischen den Jahren nur marginal sind. Aushängeschild bei der Benotung war 2008 die Gynäkologie mit 97,02 Prozent, während es auf der Chirurgie „nur“ 94,57% waren.

Bei den Ärzten konnte 2008 das Team der „Internen 2“ am meisten überzeugen – nämlich mit 98,18%. Insgesamt waren im gleichen Jahr 95,80% der Patienten mit den Ärzten zufrieden. – Beim Pflorgeteam waren es 96,44%.

Dass meine Umfrage nicht so gut ausfiel, liegt vermutlich an den Unterschieden der Befragungsart sowie an den Orten. Ich habe nämlich bis auf wenige Ausnahmen (vor der Ambulanz) meine Fragebögen nicht direkt im Krankenhaus verteilt, sondern hauptsächlich im Nachhinein befragt.

Man kann sagen, dass die Patienten mit der medizinischen Betreuung ausgesprochen zufrieden waren, allerdings gab es bei der Servicequalität

⁴² Vgl. Landesklinikum Thermenregion Hainburg. Ergebnisse der Patientenbefragung 2006 – 2008.

größere Probleme: Nur 85,58% der Punkte erhielt dabei das Krankenhaus. Die durchschnittliche Verbesserung zwischen 2006 (85,25) und 2007 (85,50) ist zu vernachlässigen. Am besten konnte 2008 noch die Interne 2 mit 91,20% überzeugen.

Meine Befragung kann eigentlich kaum mit der offiziellen Umfrage verglichen werden, weil ich nach ganz anderen Gesichtspunkten untersucht habe. So hat das Spital „nur“ zwischen Pflegepersonal und Ärzten generell unterschieden, mein Fokus war auf die Akzeptanz der slowakischen Mitarbeiter gerichtet, welche vom Spital nicht erhoben wurde.

Was das Informationsmanagement betrifft, so konnte zwischen 2006 und 2008 eine deutliche Steigerung erzielt werden: 84,5% – 87,98% – 91,35%. Dabei hatte 2008 die Interne 2 mit 94,26% die Nase vorne. Auf der Geburtshilfe gibt es zwar diesbezüglich noch Aufholbedarf (88,47%), aber seit seinem Amtsantritt ist Herr Primar Gamperl sehr an einer Verbesserung interessiert.

Rechnet man am Schluss alle Werte zusammen, so ergibt das eine Zufriedenheit von 92,66% im Jahr 2008 und eine stetige Steigerung zu den Vorjahren (2006: 90,25%, 2007: 91,36%).

Bei den im Jahr 2006 entlassenen Patienten betrug der Rücklauf 39,42% (626), allerdings waren damals, wie erwähnt, nicht alle Abteilungen berücksichtigt worden.

2007 wurden alle Abteilungen mit einbezogen und es ergab, bezogen auf die Entlassungen, eine Rücklaufquote von 27,59% (1767). Auffällig ist dabei, dass die Gynäkologie (ohne Geburtshilfe) am fleißigsten benotet wurde (58,92) und die „Interne 1“ am wenigsten (10,92%). Das ist freilich auch logisch, da auf der Internen Abteilung vor allem alte Menschen betreut werden, die oft kaum mehr des Schreibens mächtig sind.

2008 gab es nur einen Rücklauf von 20,36%, was einer Anzahl von 653 entspricht. Bei der Gynäkologie und Geburtshilfe waren es in etwa 46%, während es auf der „Internen 3“ nur 5,18% waren.

Die mit der Auswertung Betrauten nahmen sich aber auch die Freiheit, Patienten auszuschließen, nämlich 2006 23,98%. Begründet wird dieses Vorgehen unter anderem damit, dass es sich um Wiederaufnahmen handelte, dass die Patienten nicht dazu in der Lage waren, weil sie kaum

Deutsch sprachen oder es sich um Kinder unter 13 Jahren handelte. 2007 waren es 27,7% aus den ähnlichen Gründen und 2008 waren es 25,86%.

Da meine Befragung komplett in eine andere Richtung abzielt, habe ich die offizielle Befragung nur der Vollständigkeit halber angeführt. So gesehen, kann ich keinerlei Nutzen daraus ziehen und laufe auch nicht Gefahr eines Plagiats.

6.4 Gespräche mit Ärzten

Einen wichtigen Teil dieser Arbeit nehmen Gespräche mit Ärzten und Schwestern ein. Mittels eines formlosen Fragenkataloges konnten so einerseits Fakten bezüglich der aktuellen Beziehungen zwischen Slowaken und Österreichern (Personal / PatientInnen) in zwischenmenschlicher und fachlicher Hinsicht erhoben werden, andererseits entstanden auf diese Weise Portraits der jeweiligen Mitarbeiter, die gemeinsam ein Bild des gesamten Hauses ergeben.

Während sich die vollständigen Gesprächsaufzeichnungen im Anhang befinden, umfasst der folgende Abschnitt eine Zusammenfassung wesentlicher Aussagen, die in ursächlichem Zusammenhang mit dem Thema stehen. Die meisten Interviews ufernten nämlich aus und ergaben wesentlich mehr Fakten als ursprünglich erwartet.

Obwohl alle Befragten bereitwillig Auskunft gaben, wollten speziell bei den Schwestern einige anonym bleiben, die Ärzte wiederum hatten bis auf eine Ausnahme kein Problem damit, ihren vollständigen Namen zu nennen.

Fragen an die Ärzte (wurden je nach Herkunftsland variiert)

- Persönliche Vorstellung

Werdegang mit besonderem Bezug zum Haus

Warum gerade Hainburg?

Warum nicht die Slowakei?

- Was sind die grundlegenden Unterschiede aus medizinischer und menschlicher Sicht zwischen einem slowakischen Krankenhaus und

dem Hainburger Spital? – Nach Ihrer Ankunft und heute / Bzw. bei einem Österreicher: Was waren die grundlegenden Veränderungen aus medizinischer und menschlicher Sicht während der letzten Jahre in Hainburg?

- Die Slowaken im Hainburger Krankenhaus

- *Personal:*

Wie ist das Ausbildungslevel des slowakischen Personals generell?

Ausbildungsstand: Wird slowakische Ausbildung anerkannt?

Zusatzqualifikationen?

Gibt es in der Zusammenarbeit zwischen dem slowakischen und dem österreichischen Personal Differenzen?

- *PatientInnen:*

Wie ist die Akzeptanz des slowakischen Personals?

Gibt es Probleme auf der sprachlichen Ebene?

Aus welcher sozialen Schicht stammen die slowakischen PatientInnen?

Gibt es Unterschiede in den Ansprüchen?

Kommen manche slowakischen PatientInnen nur, weil sie wissen, dass es auch slowakisches Personal gibt?

- Was ist das Herzstück des Hainburger Krankenhauses?

Wieso soll man sich überhaupt in Hainburg behandeln lassen?

- Leidensdruck – ÖsterreicherInnen / SlowakInnen / TürkInnen

Verhältnis zwischen notwendigen medizinischen Behandlungen und Menschlichkeit

- Die Akzeptanz der Mündigkeit der PatientInnen (Mitspracherecht?)

- Raum für zusätzliche Mitteilungen

6.4.1 Gespräch mit OA Dr. Stanislaus Haninec im Juli 2009



Der Anästhesist Dr. Stanislaus Haninec arbeitet seit 1992 – wie er selbst sagt – wegen des „Geldes“ in Österreich, aber nicht, um sich einfach nur zu bereichern, sondern aus familiären Gründen.

Das Eisenbahner Krankenhaus, in dem er in Bratislava gearbeitet hatte, war an und für sich nicht schlechter als das in Hainburg, da es kein typisch slowakisches Spital war, sondern eines der Häuser mit den höchsten technischen Standards in der Slowakei. Da er wie seine slowakischen Kollegen Loksa und Pavlovič auch an der Uni- Klinik in Bratislava gearbeitet hatte, kam er von einem für slowakische Verhältnisse hohen Level, denn dieses Spital ist wesentlich besser als periphere Kliniken und Hainburg lässt sich damit natürlich nicht vergleichen. So gab es für ihn in Hainburg nicht wirklich etwas Neues.

Die Ausbildung, auch die des slowakischen Pflegepersonals, empfand er früher als generell besser. Mit der Zeit wurde diese der österreichischen immer ähnlicher und er ist mit der heutigen Art eher unzufrieden, denn Schwestern werden zwar Magistrae, aber er meint, sie hätten weniger Ahnung als das ältere Pflegepersonal.

Seiner Erfahrung nach seien die slowakischen Schwestern aus Angst, ihren Job – und somit Geld – zu verlieren, unterwürfiger als die österreichischen und trauen sich oft nicht, ihre Meinung zu äußern, selbst wenn sie ein profunderes Wissen haben.

Bezüglich der Gruppenbildung meint er, dass sich eine solche schon erkennen lässt. Er selbst habe zu den slowakischen Kollegen etwas mehr Bezug als zu anderen. Außerdem wird unter den Slowaken Slowakisch gesprochen. Für ihn ist die Kommunikation ein wichtiges Instrument, um Vertrauen herzustellen und es ist ihm ein besonderes Anliegen, den Patienten die Angst vor einer Operation zu nehmen.

Die slowakischen Patienten entstammen größtenteils einer höheren Ebene oder es handelt sich um Notfälle, die erstversorgt und dann in ihre Heimat überstellt werden.

Dass es auch Probleme zwischen Slowaken und Österreichern gibt, kann er nicht leugnen. Die Österreicher akzeptieren nicht, wenn die Slowaken in ihrer Sprache reden und reagieren allergisch darauf, noch dazu, wenn unter dem Personal auch ungarisch, tschechisch, polnisch und serbokroatisch gesprochen wird. Zwar wird ihm persönlich keine Kritik entgegengebracht, aber bei Schwestern kommt es durchaus vor, dass sie wegen ihrer „harten Aussprache“ angegriffen werden.

Das Krankenhaus Hainburg habe seiner Meinung einen guten Ruf, was damit zusammenhängen dürfte, dass die Patienten in einem kleinen Spital keine anonymen Nummern sind, sondern einen Namen haben.

Dr. Haninec bedauert, dass der Krankenhauspark dem Neubau zum Opfer gefallen ist, denn das war ein bei Patienten und Angehörigen ein beliebter Treffpunkt.

Die Unterschiede zwischen den Patienten unterschiedlicher Herkunft bezeichnet er als „Morbus Islam“ oder „Morbus Mediterran“, denn die Menschen aus dem Süden hätten eine geringere Schmerzgrenze, während sich Slowaken und Österreicher in diesem Bezug durchaus ähnlich seien.

Slowaken kommen aber nicht nur wegen des slowakischen Personals nach Hainburg, sondern auch wegen der leistbaren Qualität, der Hygiene und der Verpflegung. Egal, ob im Operationssaal oder in der Werkstatt, laut Dr. Haninec sind in Hainburg überall Profis am Werk. Generell kann man

seinen Ausführungen zufolge sagen, dass sich auf dem medizinischen Sektor in den letzten 26 Jahren viel geändert hat – in Österreich genauso wie in der Slowakei – obwohl er anmerkt, dass das berühmte Kramáre-Spital heute noch genauso schmutzig aussieht wie in seiner Jungärztezeit.

Den Patientenwillen betreffend, hat er die Wünsche zu respektieren, gleichgültig, was er davon hält.

Negativ erwähnt er den in dieser Arbeit oftmals genannten ehemaligen Primar Dr. D., dessen Motto er folgendermaßen beschreibt: „Es ist eine Demokratie. – Mein Wille geschehe.“ Sein Abschlussstatement lautet „Österreicher und Slowaken sind sich ähnlicher, als sie zu sein glauben.“

6.4.2 Gespräch mit Prim. Dr. Karl Bachmayer im Juli 2009



Primar Dr. Karl Bachmayer im Gespräch mit einem Herzüberwachungspatienten

Da der heutige Vorstand der Internen Abteilung, Herr Primar Dr. Karl Bachmayer, vom jungen, engagierten Team in Hainburg sehr angetan war, folgte er gerne dem Ruf, das frei gewordene Primariat zu übernehmen.

Als größte Veränderung seit seinem Amtsantritt nennt er die Minimierung der Länge der Verweildauer im Krankenhaus bei gleichzeitiger Erhöhung des Personalstandes. Ebenso wurde der Standard eines Grundversorgungskrankenhauses durch die Zusammenarbeit mit der Chirurgie, etwa bei der Versorgung mit Herzschrittmachern, erweitert.

Er ist in Personalentscheidungen nicht direkt eingebunden und bekommt kaum Beschwerden bezüglich Probleme zwischen Mitarbeitern unterschiedlicher Nationen. Dass es wie in allen Bereichen, wo Menschen eng zusammenarbeiten, Konflikte und Differenzen geben kann, möchte er nicht ausschließen, aber er ist der Meinung, dass man alles auf einer globalen Ebene sehen müsse. Jedenfalls merkt er keinen Überhang bei Problemen zwischen Österreichern und Slowaken und auf Gerüchte legt er keinen Wert. Sollte es Unstimmigkeiten etwa der Sprache wegen geben, sieht er es als einen moralischen Auftrag einzuschreiten, wenn er ausdrücklich darum gebeten wird. Es ist für ihn absolut in Ordnung, wenn slowakische Schwestern private Unterhaltungen auf Slowakisch führen. Sind sie aber im offiziellen Auftrag unterwegs, dann sind sie angehalten, mit den Patienten unbedingt deutsch zu sprechen.

Im Hainburger Spital gibt es auch slowakische Patienten auf seiner Abteilung, aber deren Anzahl ist eher gering. Die meisten von ihnen wohnen zwar in Bratislava, haben aber eine österreichische Versicherung, weil sie in unserem Land arbeiten. Die Zahl der Privatpatienten aus der Slowakei und Ungarn ist unbedeutend, es kommen aber immer wieder Patienten aus Korea, den USA, Deutschland und anderen Staaten, die zwar in der Slowakei wohnen, aber im Bedarfsfall lieber in einem Krankenhaus im Nachbarland behandelt werden wollen.

Er ist der Meinung, dass es sicher so manches Vorurteil seitens der Patienten dem slowakischen Personal gegenüber gibt, aber bis dato ist ihm noch nichts Konkretes persönlich zu Ohren gekommen und für ihn macht es einen Unterschied, ob eine Meinungen nur kolportiert wird oder ob er eine Äußerung persönlich hört. Ebenso gibt es Patienten, die einen Unterschied zwischen den Geschlechtern machen und die prinzipiell von einem „richtigen“ Mann behandelt werden wollen. Aber bei ihm als erfahrenen Arzt herrscht weder ein Gegensatz zwischen Mann und Frau noch zwischen Alt und Jung.

Sein Ärzteteam aus Österreich wird von einem Slowaken, einem Tschechen, einem Ungarn und einem Iraker ergänzt, aber in seiner Arbeit ist er immer wieder mit Notärzten aus der Slowakei konfrontiert. Bei der Einstellung eines ausländischen Kollegen verlangt er einen bestimmten Level

in der Sprache, der auch zu den Voraussetzungskriterien für die Anstellung gehört.

Zu den Gründen, welche für eine Behandlung in Hainburg sprechen, zählt er die Überschaubarkeit, die erstaunliche Transparenz der Vorgänge sowie die auffallende Geschwindigkeit der Arbeitsabläufe.

So wie es kulturelle Unterschiede zwischen Österreichern und Menschen anderer Nationen gäbe, so habe jeder Patient seine eigene Art, mit körperlichem Missbefinden umzugehen. Das habe auch mit der Erziehung zu tun und man könne nicht verallgemeinern, dass Österreicher und Slowaken gleich empfinden, denn jeder Patient sei ein individueller Einzelfall.

Die Türken seien zum Beispiel patriarchalischer eingestellt als wir und dieser Trend ließe sich seiner Meinung nach auch in der Slowakei ein wenig erkennen. Sprechen andere Ärzte vom „Morbus Islam“, so spricht er vom „Morbus Austriacus“, weil es für Österreicher typisch ist, dass sie gern jammern.

Für Dr. Bachmayer, der selbst mehrere Sprachen spricht, ist es interessant, soziale und nationale Unterschiede wahrzunehmen, denn dadurch erhält er Einblicke in eine andere medizinische Welt und drückt es so aus: „Wenn ich Patienten aus dem Ausland habe, dann ist das für mich eine exquisite Herausforderung.“ Er sieht sich quasi als verlängerter Arm von Österreich und als Gastgeber, der mit Ausländern durchwegs gute Erfahrungen gemacht hat.

Seines Erachtens ist die Willensfreiheit jedes einzelnen Menschen unantastbar und als Arzt muss man es ernst nehmen, wenn die Meinung des Patienten mit dem Standpunkt der Medizin kollidiert. In einem derartigen Fall müssen mit dem Kranken alle Eventualitäten sowie Risiken durchgesprochen und Alternativen angeboten werden. Selbstverständlich sind auch rechtliche Vorgaben zu beachten, aber prinzipiell ist der Wille des Patienten zu akzeptieren und zu respektieren.

6.4.3 Gespräch mit Dr. N.N. im August 2009

Auf seine Erfahrungen mit Slowaken angesprochen, meint der junge Turnusarzt, dass er Dr. D. erlebt habe und das sollte reichen, denn er empfand ihn als furchtbar. Und wäre er in der Schule nicht mit einem Slowaken befreundet gewesen, hätte er gedacht, dass alle Menschen aus dem Nachbarland wie D. seien. Zum Glück ist es dem neuen Primar der Chirurgie, Dr. Hausner, wieder gelungen, ein besseres Image auf der Abteilung aufzubauen.

Obwohl es des Öfteren zu Auseinandersetzungen zwischen den beiden gekommen war, hatte ihm der Slowake im Endeffekt angeboten, ihm nach Oberösterreich zu folgen und dort seine Ausbildung fortzusetzen. Er zog es aber vor, in Hainburg zu bleiben, denn im Rahmen seiner Ausbildung bekommt er auf medizinischer Seite zwar nichts Spektakuläres zu sehen, wird aber andererseits in den Basics optimal geschult und bekommt einen breit gefächerten Überblick.

Seiner Meinung nach würden die Slowaken zwar hauptsächlich des Geldes wegen in Österreich arbeiten, aber der Patientenbezug leide nicht darunter, denn die Slowaken bemühten sich genauso wie die Österreicher – aber das sei von der einzelnen Person abhängig. Allerdings könne er Unterschiede in der Mentalität feststellen und meint, dass die Slowaken generell viel „lässiger“ seien.

Er denkt, dass die Ausbildung der Schwestern in der Slowakei durch die längere Dauer von einem Jahr besser sei als in Österreich. Auch seien die slowakischen Schwestern seiner Meinung nach oft geschickter bei der unmittelbaren Arbeit am Krankenbett. Trotzdem haben sie mit Vorurteilen zu kämpfen und ihre Akzeptanz sei nicht immer ganz leicht. Patientenaussagen wie: „Die sprechen gar kein Deutsch“, findet er zwar nicht als gerechtfertigt, aber es kann schon vorkommen, dass eine Slowakin bei der Behandlung abgelehnt wird. Allerdings hat man beim Nachtdienst wenig Chance, wenn nur eine slowakische Schwester Dienst versieht und es keine Alternative gibt. Die meisten Beschwerden kommen übrigens von Patienten der Sonderklasse. Auf der anderen Seite hat er die Feststellung gemacht, dass slowakische PatientInnen wesentlich dankbarer und mit

allem zufrieden sind, weil sie wissen, wie es in der Slowakei zugeht. Motivationsfaktor für viele Patientinnen aus der Slowakei, sich in Hainburg behandeln zu lassen, sind die slowakischen Schwestern, weil sie sich unter Einheimischen einfacher wohler fühlen.

Zwischen den Nationalitäten hat er noch keine Differenzen mitbekommen und auch Gruppenbildungen sind ihm nicht aufgefallen.

In der Praxis kann es durchaus vorkommen, dass aus der Slowakei Anrufe wie: „Ich würde gerne jemanden aus der Neurochirurgie Hainburg sprechen“, kommen. Slowaken glauben nämlich, dass im Krankenhaus alle Bereiche abgedeckt werden. Die Patienten, die aus der Slowakei kommen, sind meistens Koreaner oder andere Angehörige des diplomatischen Dienstes. Die slowakischen Staatsbürger stammen aus der besseren Mittel- oder Oberschicht und sind ebenfalls meistens Diplomaten oder Konzernchefs. In diesem Zusammenhang werden vor allem die Frauen von „Autobossen“ genannt, welche die Dienste der Gynäkologie in Anspruch nehmen.

Für einen Spitalsaufenthalt im Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg spricht, dass jeder Patient als Persönlichkeit angesehen wird. Es herrscht eine familiäre und überschaubare Atmosphäre, der Kranke wird in alle Entscheidungen besser eingebunden und gilt nicht als Nummer. Außerdem sind die Struktur und die Hierarchie sehr klar abgesteckt. Einen weiteren Vorteil sieht er darin, dass alle wichtigen Untersuchungen im Haus durchgeführt werden. Vieles könnte ausgelagert werden, aber das wird den Patienten zu liebe nicht gemacht. Man könnte sagen, dass man in Hainburg empathisch engagiert ist.

Die Frage nach Unterschieden beim Schmerzempfinden beantwortet er mit den mir bereits bekannten Worten „Morbus Balkan“. Schreien die Türkinnen viel und laut, dann bekommen sie mehr Geschenke. Frauen mit Migrationshintergrund haben außerdem daheim oft nicht viel zu sagen und werden nicht so richtig wahrgenommen. Hier stehen sie hingegen im Mittelpunkt und müssen nicht weitere Kinder versorgen. Was die Behandlung durch Ärzte betrifft, bedarf es einiger Überredungskunst und des Versprechens, dass männliche Familienmitglieder anwesend sein dürfen. Österreicher und Slowaken stuft er hingegen als gleichrangig ein.

Bezüglich der Gratwanderung zwischen medizinischer Notwendigkeit und eigener Entscheidung meint der junge Arzt: „Wir überreden niemanden, wir versuchen nur zu erklären.“

6.4.4 Gespräch mit OA Dr. Ladislav Pavlovič im August 2009



Der Anästhesist arbeitet seit 1993 im Landeskrankenhaus und es waren verschiedene Fügungen in seinem Leben, die ihn nach Hainburg führten: Er hatte das optimale Alter, die optimalen Freunde und der Standort Hainburg ist optimal von seinem Haus bei Bratislava entfernt.

Als begeisterter Fußballer musste er sich zwischen einer Profikarriere und der Medizin entscheiden. Er schaffte es, beide Bereiche abzudecken, denn heute ist er auch Teamarzt des slowakischen Fußballnationalteams.

Um als Arzt dem Krankenhaus jederzeit zur Verfügung zu stehen, verbringt er kaum Urlaub mit seiner Familie, sondern mit dem Nationalteam, denn dieses bedeutet Entspannung für ihn.

Wichtig ist es ihm, durch Weiterbildung immer auf dem neuesten Stand zu sein, denn sein größtes Anliegen ist es, den Menschen zu helfen.

Dass Dr. Pavlovič nicht Sportarzt wurde, ist dadurch erklärbar, dass die Anästhesie eine Verbindung zwischen allen wichtigen medizinischen Sparten ist und zur Facharztausbildung in der Slowakei neben der Intensivmedizin auch die Notfallmedizin gehörte. So konnte er vieles lernen, was in Bezug auf den Sport hilfreich ist. Außerdem hat er auch eine Ausbildung zum Sportmediziner.

Dr. Pavlovič beteuerte mir, dass er sicher nicht nur des Geldes wegen in Österreich ist. Er kam, weil er nicht nur mehr von unserem Land kennen lernen wollte, sondern auch eine neue Sprache. Bereits 40 Jahre alt, ergriff er einfach die Chance einer Veränderung. Da er in Hainburg alle für ihn wichtigen Gegebenheiten vorfand, verwarf er seinen ursprünglichen Plan nach England zu gehen und blieb.

Da es in der Medizin seit jeher eine gewisse Zusammenarbeit zwischen den Ärzten verschiedener Nationen gibt, spielen gegenseitige Einflüsse eine wichtige Rolle. Er sieht daher diesbezüglich ein großes Potential für die Zukunft. Es ist nahe liegend, dass er immer wieder Vergleiche mit dem Fußball zieht, denn bei beiden Nationen treten die gleichen Probleme auf: Es gibt viele Wünsche, aber wir sind in einer Situation, wo stärkere Mannschaften antreten, die mehr Potential und bessere Teams haben, aber trotzdem gibt es auch in unserem Raum gute Spieler. Man muss einfach viel arbeiten und immer kleine Schritte nach vorne machen.

Während seiner Zeit in Bratislava hatte er das Glück, an der besten Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin zu arbeiten, wo ihm alle Möglichkeiten und die besten Geräte zur Verfügung standen. Somit hatte er in Österreich keine Probleme mit der Technik, musste aber trotzdem Nostrifikations-Prüfungen machen, obwohl in seiner Klinik in Bratislava ein sehr hohes Niveau herrschte.

Im Gegensatz zu vielen seiner Kollegen wurde er nicht österreichischer Staatsbürger, weil er weder Vor- noch Nachteile zwischen beiden Nationen sieht und es gleichgültig findet, welcher man angehört. Um Medizin und Fußball koordinieren zu können, lebt er im Unterschied zu vielen Slowaken, die in Österreich beschäftigt sind, in der Slowakei.

Zur Ausbildung in der Slowakei kann er nur über das frühere System Auskunft geben. Bereits in der ersten Phase des Medizinstudiums erfolgte eine Spezialisierung, was den Vorteil hatte, dass die StudentInnen vom Anfang an besser in das Fach eingeführt und schneller als Fachmann in die Hochmedizin gelangen konnten. Außerdem gibt es in der Slowakei ein gutes Verhältnis zwischen Theorie und Praxis.

Unter dem Personal sieht Dr. Pavlovič keine Unterschiede in der Arbeitsweise oder in den Beziehungen zwischen österreichischen und

slowakischen Schwestern. Seiner Meinung nach hängt es nicht vom Alter oder der Staatszugehörigkeit ab, ob ein Arzt gut mit jemandem zusammenarbeiten kann. Um für die Patienten das Optimum herauszuholen ist es keine Frage der Nationalität, welchen Arzt oder welche Schwester er am besten findet. Im OP hat er es schon erlebt, dass neun Mitarbeiter aus verschiedenen Nationen anwesend waren. Persönlich findet er es schön, wenn Personen unterschiedlicher Herkunft im Kreißsaal auf neues Leben warten.

Hat allerdings jemand zum Beispiel einmal in Bratislava eine schlechte Erfahrung gemacht, so bleibt das im Kopf hängen und wird auf alle Slowaken, auch auf jene, die im Krankenhaus tätig sind, umgemünzt.

Die slowakischen Patienten, die im Hainburger Krankenhaus behandelt werden, sind vielfach in Österreich beschäftigt und somit sozial versichert. Die privaten Patienten entstammen häufig einer höheren Schicht und schätzen an Hainburg die Anonymität und die ruhige Umgebung. Eine andere Gruppe sind Ausländer, die in der Slowakei arbeiten. Er meint, dass Slowaken auch deswegen kommen, weil sie von ihren Landsleuten betreut werden. Als wichtiges Instrument für die Bewerbung des Krankenhauses bezeichnet er die Mundpropaganda, die im Nachbarland offensichtlich gut funktioniert.

Der unterschiedliche Leidensdruck hängt mit den Traditionen der verschiedenen Nationen zusammen. Patienten aus asiatischen Ländern oder dem Balkanraum haben wesentlich mehr Begleitung mit und auch jede Religion hat ihre Besonderheit. Ärzte haben zwar ihr spezielles Studium absolviert und wissen daher, welche Therapie am besten bei einer bestimmten Symptomatik angewandt wird, aber es muss auch die Entscheidung getroffen werden, ob die Behandlung für die Person überhaupt passend ist.

6.4.5 Gespräch mit OA Dr. William Loksa im September 2009

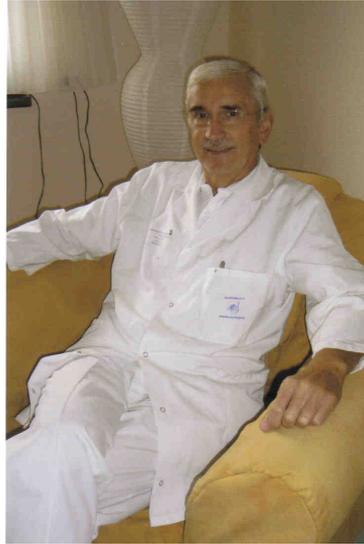


Foto von Herrn OA Loksa zur Verfügung gestellt

Der Gynäkologe Dr. Loksa war der erste slowakische Arzt, der kurz nach der Grenzöffnung nach Hainburg kam. Nach seinem Studium und einer mehrjährigen Tätigkeit in Košice übersiedelte er nach Bratislava, bevor er das Angebot aus Hainburg annahm. Er hatte das Glück, dass zu diesem Zeitpunkt auf der Gynäkologie mehrere Arbeitsplätze frei waren und er somit im Juni 1990 seinen Dienst antreten konnte. Da er in weiser Voraussicht anstelle des üblichen Russisch in Deutsch maturiert hatte, benötigte er keinen Nachweis seiner Sprachkenntnisse, musste aber auf medizinischer Seite an der Universität Wien insgesamt sieben Prüfungen nachmachen und hält somit auch ein Diplom der Universität Wien.

Der größte Unterschied betraf damals für Dr. Loksa die hygienische Situation. Das Hainburger Krankenhaus war ganz neu und im Vergleich zu seiner Wirkungsstätte in Bratislava, dem Kramáre-Spital, meint er: „Fünf Sterne zu zwei Sterne!“ Medizinisch gesehen gab es hingegen zu Hainburg praktisch keine Unterschiede. Die technischen Geräte waren perfekt und die Ausstattung vielleicht sogar noch besser als in Österreich. So wurde in der Slowakei auf der Gynäkologie sogar Laser eingesetzt, was damals etwas Besonderes war. Von der Medizin her würde er das Kramáre mit dem AKH in Wien vergleichen, aber es fehlte schon damals an der „Optik“, also am Aussehen, und in dieser Beziehung hat sich bis heute nichts verändert.

Der Hauptgrund für seinen Staatenwechsel war, dass er mit der Situation – sowohl wirtschaftlich als auch politisch – in der Slowakei überhaupt nicht zufrieden war und auch keine Hoffnung hatte, dass sich so schnell etwas ändern würde. Auch das Finanzielle war ein Beweggrund. Das Verhältnis Schilling zu Kronen war 1:3 und mein Gegenüber kann sich noch gut an sein erstes Gehalt in der Slowakei erinnern: 5.000 Kronen.

Es lag von Anfang an in seiner Absicht, ganz nach Österreich zu ziehen und die Staatsbürgerschaft anzunehmen, weil ihn die tägliche Anfahrt und die Wartezeiten im Stau extrem störten. Deshalb holte er auch nach kurzer Zeit seine Frau und die beiden Kinder zu sich nach Österreich.

Als „erster Slowake“ im Hainburger Spital wurde er mit großem Interesse betrachtet und hinsichtlich seiner Fähigkeiten gespannt beobachtet. Die Mehrheit reagierte aber eher mit Zustimmung als mit Ablehnung. Speziell auf der Gynäkologie half man ihm, aber auch die Direktion unter Herrn Dienstl war sehr großzügig mit der Unterstützung.

Als auch der Schwesternmangel akut wurde und zum Beispiel diplomierte Kinderschwester fehlten, half er, in Bratislava nach den optimalen Leuten zu suchen. Schnell sprach es sich hinter der Grenze herum, dass in Hainburg Arbeitskräfte fehlten und so gab es nach rund einem halben Jahr in Hainburg auf der ärztlichen Seite fünf oder sechs Fachärzte aus der Slowakei.

Dr. Loksa meint, dass der Ausbildungslevel von Anfang an nahezu gleich war, die slowakischen Schwestern in ihrer Heimat sogar selbstständiger agieren durften. Faktisch wurde nur ein Arzt nach Hause geschickt, weil er den Anforderungen als Chirurg nicht entsprach. Alle anderen lebten sich rasch ein.

Auch auf das mehrfach angeschnittene Thema „Dr. D.“ kam ich zu sprechen, weil ich das Problem auf Grund der vielen Äußerungen mit einem Slowaken diskutieren wollte. Dr. Loksa kannte den Chirurgen bereits aus Bratislava, wo er schon immer an vorderer Position stand, weil er gute Beziehungen hatte. Er führte zahlreiche Operationen durch und man konnte viel von ihm lernen. Als Mensch hingegen war er charakterlich problematisch und Dr. Loksa war deshalb nicht glücklich, als er nach Hainburg kam.

In der Zusammenarbeit zwischen Österreichern und Slowaken sieht er keine grundlegenden Unterschiede und soweit er weiß, hat sich noch nichts Größeres ereignet. Es ist ihm lediglich aufgefallen, dass nicht-diplomierete Österreicherinnen auf die jungen Slowakinnen eher losgehen. Er glaubt, dass das slowakische Personal generell gut akzeptiert wird. Jedenfalls hat er persönlich noch nie etwas Negatives gehört oder dass sich jemand wegen der Nationalität beschwert hätte.

Was die Sprache betrifft, so wurde mit den slowakischen Schwestern früher prinzipiell nur Deutsch gesprochen. Seit die Slowakei aber bei der EU ist, wird die slowakische Sprache zwar mehr akzeptiert, aber es ist offiziell Usus, dass Deutsch gesprochen wird, wenn etwa ein Österreicher unter mehreren Slowaken ist. Sind allerdings nur Slowaken zusammen, redet man auf Slowakisch. Hat er mit einem slowakischer Anästhesisten und einer slowakischen OP-Schwester gemeinsam Dienst, so wird in deren Muttersprache geredet, aber sobald ein österreichischer Gehilfe dabei ist, wird Deutsch verwendet. Wenn er mit einer slowakischen Patientin zu tun hat, die nur schlecht Deutsch versteht, dann redet er mit ihr slowakisch und übersetzt es den österreichischen Schwestern. Das Krankenhaus bot anfangs auch Slowakisch-Kurse an, die zunächst viel Interesse hervorriefen. Allerdings schwand nach wenigen Monaten die Begeisterung, weil es den meisten „einfach zu schwer“ war.

Mit seiner Wahlarztpraxis, die er seit Juni 2001 betreibt, trägt er dazu bei, dass zahlreiche slowakische Patientinnen das Hainburger Krankenhaus aufsuchen. Slowakinnen, die in Österreich einer Beschäftigung nachgehen, haben eine Sozialversicherung. Neben den Patientinnen, die eine internationale Privatversicherung haben, gibt es auch einige, die aus den USA oder Deutschland stammen, aber in der Slowakei wohnen und zum Beispiel bei Banken, am Bau oder in großen Firmen arbeiten. Vor fünf oder sechs Jahren wurden in Hainburg noch mehr Patientinnen behandelt, die privat bezahlt haben.

Bezüglich der Ansprüche, kann er keine Unterschiede zwischen den Nationen erkennen. Was allerdings die Schmerzempfindlichkeit betrifft, so leiden die Türkinnen mehr. Sie werden oftmals ins Krankenhaus eingeliefert – haben meistens aber nichts Ernstes, sondern auf Grund ihrer familiären

Situation eher psychische Probleme. Er meint sogar, dass türkische Schwangere weniger Probleme haben als Österreicherinnen. Das betrifft auch Geburten, denn nach mehreren Kindern wissen sie natürlich schon, was auf sie zukommt. Die Frauen sind eben nur lauter.

Der Hauptgrund, dass so viele Slowakinnen das Hainburger Krankenhaus frequentieren, ist immer noch das Spital selbst, aber der zweite Grund ist seiner Meinung nach mit Sicherheit die Tatsache, dass Slowaken hier arbeiten und sie daher in der Muttersprache kommunizieren können.

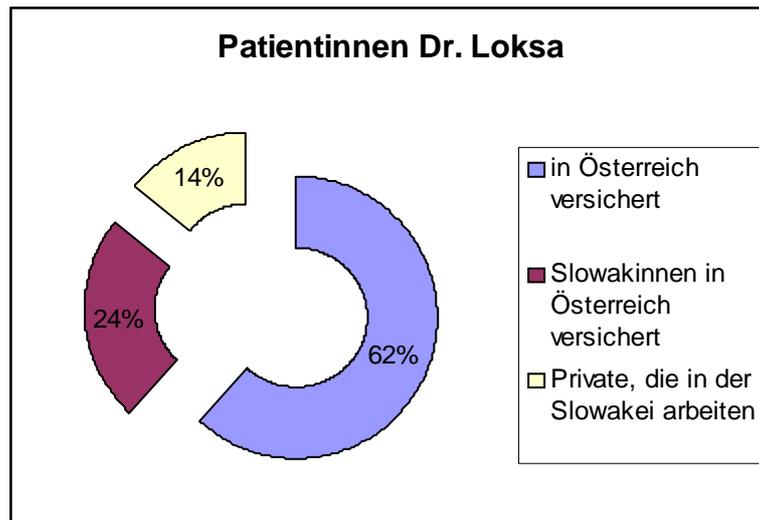
Die Badewanne zur Entspannung während der Geburt empfindet er als gute Alternative, einige Frauen bevorzugen auch den Hocker oder den Ball. Er erwähnt in diesem Zusammenhang eine Patientin, die unbedingt bei ihm in Hainburg entbinden will, denn die Möglichkeit einer Wannengeburt gibt es in ihrer Heimat Bratislava nicht.

6.4.5.1 OA Dr. Loksa – Patientenstatistik

Er war der erste slowakische Arzt in Hainburg, nahm die österreichische Staatsbürgerschaft an und eröffnete seine eigene Wahlarztpraxis in Bad Deutsch Altenburg. Für Slowakinnen, die aber aus Datenschutzgründen natürlich nicht genannt wurden, ist er so etwas wie ein „Promiarzt“.

Seine Gattin und Assistentin stellte mir die Patientinnenstatistik mit Stand 25.03.2009 zur Verfügung. Herr OA Loksa hat 383 Patientinnen in seiner Kartei. 91 Patientinnen davon sind Slowakinnen, die in Österreich versichert sind, 237 Frauen – Österreicherinnen und Angehörige anderer Nationalitäten – haben ebenfalls eine Krankenversicherung und 55 sind reine Privatpatientinnen, die nicht zwangsweise den slowakischen Pass haben, aber in der Slowakei arbeiten.

Man kann also sagen, dass ein Drittel seiner Patientinnen einen Bezug zur Slowakei haben, was indirekt auch dem Landeskrankenhaus zu Gute kommt.



6.4.6 Gespräch mit Prim. Dr. Thomas Hausner im September 2009



Primar Hausner kümmert sich liebevoll um seine Patienten und hat immer ein paar nette Worte übrig

Der 1965 in Salzburg geborene Unfallchirurg und Chirurg Dr. Thomas Hausner ist seit Anfang 2009 Leiter der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Hainburg, wo er bereits seinen Turnus absolviert und 2001 auch seine Facharztausbildung zum Chirurgen beendet hat.

Er entschied sich für Hainburg, weil er einerseits am Land in der Nähe von Wien arbeiten wollte und andererseits der Überzeugung war, dass man in einem kleinen Krankenhaus mehr sieht und lernt, aber auch Entscheidungen treffen und dafür gerade stehen muss.

Nach einem Arbeitsaufenthalt in Paris beendete er im Lorenz Böhler Unfallkrankenhaus seine zweite Facharztausbildung für Unfallchirurgie.

Momentan arbeitet er auch an seiner Habilitation, wofür er seine Ordination in Wien aufgab.

Obwohl er wusste, dass es nicht einfach sein würde, nach interimistischen Lösungen und häufigem Primarwechsel bzw. nach Dr. D. die Leitung zu übernehmen, entschied er sich schlussendlich für Hainburg, zumal er der absolute Wunschkandidat war.

Dr. Hausner betont, dass er unter der Leitung des Slowaken Dr. D. nicht im Krankenhaus war und ihn persönlich nur als „normalen“ Arzt kannte, mit dem er selbst keine Probleme hatte und der ihm viel beigebracht hat. Er vermutet, dass dessen unglückliche Art, die zu einem Persönlichkeitsproblem führte, unter anderem durch seine Ausbildung im kommunistischen System begründet war, wo man „nach oben hin buckelt und nach unten hin tritt“. Beruflich war er unbestritten, aber auf Grund seiner cholерischen, jähzornigen Art hatte er sich menschlich einige große Schnitzer geleistet, die er aber nur aus Erzählungen kennt.

Hausner hat viele slowakische Kollegen, die er alle sehr schätzt, aber er findet, dass sie anders mit den Menschen umgehen als unsere Ärzte. Er meint, dass das zwar viele Ursachen haben kann, aber er ist überzeugt, dass eine andere Sprache auch ein anderes Denken mit sich bringt. Er selbst hat Erfahrung mit Japanern, die ebenso wie die Chinesen eine andere Denkweise haben.

Er sieht die Sprache aber nicht als eigentliches Problem an, obwohl er weiß, dass sich immer wieder Patienten beklagen, wenn Angestellte des Hauses in Gegenwart österreichischer Patienten slowakisch sprechen. Diese Beschwerden kann er gut verstehen und er empfindet es als total unhöflich. Ganz selten kommt es vor, dass im OP slowakisch gesprochen wird, aber das gehört nach seinem Dafürhalten sofort abgestellt.

Bezüglich Veränderungen kann er natürlich nur für die Chirurgie sprechen. Während seiner Abwesenheit von Hainburg verbesserte sich vor allem die technische Ausstattung, sodass Eingriffe, die sonst verschickt wurden, nun in Hainburg durchgeführt werden können. Die Unfallchirurgie

wurde ausgebaut und auf dem Sektor der Handchirurgie – seiner Domäne – wurden Fortschritte gemacht. Überhaupt hat jeder Arzt sein Spezialgebiet.

Die beiden Chirurgischen Abteilungen gliedern sich folgendermaßen: Die Chirurgie 1 ist die Unfallchirurgie, die Chirurgie 2 die Allgemeine Chirurgie und darauf wird auch bei der Einteilung geachtet. Um überhaupt mehr Effizienz zu erreichen, wurde auf dem Krankenhaussektor eine verstärkte Kooperation zwischen Niederösterreich und dem Burgenland beschlossen. Bisher hat die Zusammenarbeit so funktioniert, dass Kittsee die urologischen Patienten übernahm, Hainburg dafür die Gynäkologie hat.

Die Novität besteht nun darin, dass es nach ambulanter Abklärung zu einem Austausch von Unfallpatienten zwischen Kittsee und Hainburg kommt, wenn im jeweiligen Krankenhaus kein Spezialist vor Ort ist.

Bezüglich der Zusammenarbeit mit den Slowaken in Hainburg meint er über die Schwestern, dass diese zwar einen anderen Arbeitsrhythmus haben, aber hervorragende Mitarbeiterinnen sind. Auch ausbildungsmäßig sind sie den Österreicherinnen ähnlich. – Andererseits meinen die inländischen Schwestern, dass die Slowakinnen doch „anders“ sind. Generell müssten sich die Slowaken unserem Personal anpassen, aber er meint, dass es Unterschiede von Haus zu Haus gibt.

Natürlich gibt es im Haus auch Differenzen und Gruppenbildungen zwischen den unterschiedlichen Nationen, denn eine gemeinsame Sprache verbindet. Auf der Chirurgie 1 hat er sechs slowakische Schwestern, auf der Chirurgie 2 sind es nur zwei, von denen eine auf Grund ihrer Schwangerschaft derzeit nicht da ist. Bei seinen zwei slowakischen Oberärzten sieht er keine Schwierigkeiten, da sie gut integriert sind.

Er hat das Gefühl, dass sich bei Unstimmigkeiten eher die älteren Patienten beschweren. Aber sie kommen nicht direkt zu ihm, sondern Klagen erfährt er über die Schwestern. Er persönlich sieht sich nicht als Vermittler zwischen den Nationen, aber er würde sich einklinken, wenn er darum gebeten würde. Überhaupt ist er ein konsensbereiter Mensch, der die Dinge immer anspricht.

Unter Dr. D. waren vor allem sehr viele Slowaken als Patienten auf der Chirurgie, weil er in der Slowakei Werbung dafür machte. Auch die Adipositas Chirurgie wurde von D. sehr forciert. Heute werden slowakische

Patienten hauptsächlich nach einem Unfall eingeliefert, wobei ihm bei einem Notfall die Versicherung egal ist. Er hat den Hippokratischen Eid geschworen und demnach werden nötigenfalls alle behandelt, auch illegale ausländische Arbeiter und Ausländer, die einen Unfall gehabt haben. Nicht ohne Stolz verrät er, dass die Handchirurgie für Slowaken im Kommen ist.

Bezüglich des Leidensdruckes lassen sich seiner Erfahrung nach Slowaken und Österreicher vergleichen. Bei den Südländern hingegen ist das Schmerzempfinden doch höher, quasi nach dem Motto: „Je südlicher, desto mehr wird gelitten.“

Auf die Frage, was für eine Behandlung in Hainburg sprechen würde, antwortet der Primar pauschal, dass es sich um ein kleines, persönliches, gutes Krankenhaus handelt, das den Vorteil hat, dass der Patient über das Angebot genau Bescheid weiß.

Zum Thema Mündigkeit meint er, dass es für viele Erkrankungen mehrere Behandlungsmöglichkeiten gibt, die er mit den Patienten bespricht und auch begründet. Ist das Ansinnen des Kranken mit einem zu großen Risiko verbunden und kann er dieses nicht verantworten, kann es schon vorkommen, dass er ihn wegschicken muss. Sein Ziel ist es, immer am aktuellen Stand zu sein.

Die Frage, ob er glücklich sei, beantwortet er nur zögerlich. Nach anfänglichen Bedenken, ob er den Posten überhaupt übernehmen solle, bezieht er jetzt sogar Energie aus seinem neuen Aufgabengebiet. Die Erwartungen an ihn waren jedenfalls von Anfang an sehr hoch und vieles strömte gleichzeitig auf ihn herein. Glücklich macht ihn zum Beispiel, dass er sehr willkommen ist und dass man sehr gut kooperiert.

Nach dem Motto „alles wird gut!“ kann er sich vorstellen, länger zu bleiben, denn „die Anzahl der grauen Tage und der Sonnentage“ hält sich mittlerweile schon in der Waage. Seine besondere Liebe gilt der japanischen Kultur und zu seinen Steckenpferden zählen Philosophie und Geschichtswissenschaft.

Während des gesamten Gesprächs lief im Hintergrund klassische Musik. Sympathisch machte ihn auch, dass er unter seinem Mantel ein blaues Polo und keine schneeweiße Arzt-Hose trug. Obwohl er ein großes Pensum an Büroarbeit zu erledigen hat, wollte er lieber ein Foto am

Krankenbett. Dabei ging von ihm eine derart herzliche Wärme aus, dass man richtig merkte, wie ehrlich er es mit seinen Patienten meint.

Seit im Herbst 2009 auf „seiner“ Chirurgie ein neues Operations-Mikroskop und neue Instrumente angeschafft wurden, können Eingriffe an Nerven und Blutgefäßen der Hände durchgeführt werden. Primar Hausner, der eine spezielle Ausbildung an einer Pariser Spezialklinik für Handchirurgie genossen hat und auch dafür ausgebildet ist, deckt somit ein weiteres Behandlungsspektrum ab.⁴³

Im September 2009 war Dr. Hausner in Donetsk an der Universitätsklinik tätig und er arbeitet auch am Ludwig Boltzmann Institut mit.⁴⁴

6.4.7 Gespräch mit Prim. Dir. Dr. Lukas Koppensteiner im Oktober 2009



Foto von Herrn Direktor Palatinus zur Verfügung gestellt

Der medizinische Direktor des Thermenklinikums ist gleichzeitig Vorstand der Radiologie.

Er meint, dass die Grenzöffnung zur Slowakei keine direkte Auswirkung auf seine Abteilung hatte – medizinisch hingegen gab es viele Neuerungen auf seiner Station, von denen der neue Computertomograph besonders hervorzuheben ist. Für Spezialuntersuchungen an diesem Gerät kann jeder Arzt seine Patienten zuweisen. Während der Ambulanzzeiten steht die Röntgenabteilung auch ambulanten Patienten zur Verfügung.

⁴³ Vgl. Bezirksblatt, 43, Neue Technologie im LKH, 21.10.2009.

⁴⁴ Vgl. NÖN, 44/2009, „Medizinische Innovation“, 29.10.2009.

Ein besonderes Anliegen ist ihm die Ausbildung der jungen Kollegen. Um die Qualität und die Struktur noch zu verbessern, möchte er Rotationsmodelle in der Ärzteausbildung forcieren, die es ermöglichen, dass sich Jungmediziner Wissen und Fertigkeiten der Sparten, die in Hainburg nicht angeboten werden, in der Praxis an anderen Fachabteilungen aneignen.

Außerdem ist ihm ein gutes Betriebsklima sehr wichtig. Daher mussten im Fall des Dr. D. schlussendlich auch die Konsequenzen gezogen werden, denn man sah keine Zukunft. Er meint aber, dass das Problem „Dr. D.“ nicht auf die Nationalität bezogen werden kann.

Ebenso sind ein kollegialer Führungsstil und ein gutes Einvernehmen von großer Bedeutung für ihn. Deshalb legt er auch großen Wert auf die Kommunikation innerhalb der Abteilungen sowie auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Mit der Aussage „auch in der Direktion passt kein Blatt zwischen uns 3“ meint er sich selbst, den kaufmännischen Direktor Wolfgang Palatinus und die Pflegedirektorin Johanna Pilat, mit denen er sich nicht nur fachlich, sondern auch menschlich sehr gut versteht. Auch die Primärärzte sind alle auf einer Schiene.

Zum Thema Slowaken äußert er sich nur in Bezug auf seine Abteilung. Er beschäftigt zwei Röntgenassistenten, die schon einige Zeit vor ihm im Haus waren. Sie mussten sich unter seiner Führung also nicht mehr annähern. Eine weibliche slowakische Assistentin ist momentan in Karenz. Aber auch diese hat sich rasch und gut eingefügt. Sie war zunächst in Mistelbach, wollte aber dann ihrer Heimat näher sein. Ebenso gehört ein Oberarzt aus der Slowakei seinem Team an, der ebenso wie die Assistenten ausgezeichnete Arbeit verrichtet. Im Röntgenteam erkennt er keine Unterschiede zwischen den Nationen. Das liegt möglicherweise auch daran, dass seine leitende MTA, Schwester Doris, es versteht, ein Gleichgewicht unter den Mitarbeitern zu halten. Er meint, dass die Nostrifikation nicht „wegen des Nachholens“ gemacht werden musste, sondern man musste die Ausbildung „rechtens“ machen.

Er ist überzeugt, dass es auch in der Vergangenheit immer gute Schwestern in der Slowakei gegeben hat und kann daher nicht von Unterschieden sprechen. Die slowakischen Oberärzte und auch die

slowakischen Schwestern im ganzen Haus würden „konvenieren“. So gibt es „eine phantastische Internistin und auf der Chirurgie arbeiten seit einem Jahr zwei slowakische Oberärzte, die ambitioniert und fleißig sind.“ Er erwähnt außerdem den lang eingesessenen Gynäkologen und die zwei Anästhesisten. Seines Wissens gibt es nichts Schlechtes zu berichten und soweit ihm bekannt ist, arbeiten alle gerne im Haus, zumal auch die Arbeitsbedingungen passen.

Dass es zu Schwierigkeiten wegen der slowakischen Sprache kommt, hört er immer wieder gerüchteweise, aber es kommt niemand explizit mit einer Beschwerde zu ihm. Auch aus seiner Ausbildung weiß er, dass es immer wieder „robuste Schwestern“ geben kann, aber das hat nichts mit der Nationalität zu tun. Es ist allerdings schon ein Thema, dass Patientenbeschwerden bezüglich der Kommunikation kommen, wenn ein Slowake des Deutschen nicht so mächtig ist und daher die Verständigung darunter leidet. In einem derartigen Fall müssen bei dem jeweiligen Mitarbeiter die Deutschkenntnisse verbessert werden.

Als ärztlicher Leiter legt Primar Koppensteiner großen Wert darauf, dass die deutsche Sprache verwendet wird, vor allem dann, wenn auch andere Personen anwesend sind, die nur Deutsch verstehen. Natürlich wird privat auch manchmal die Muttersprache benützt – aber sobald ein Österreicher dazukommt, ist das tabu. Die Trennung der Sprachen hält er für eine gute Sache, denn er will vermeiden, dass sich jemand ausgeschlossen fühlt.

Die Dokumente werden natürlich auf Deutsch geführt. Wird aber ein Patient etwa nach einem Unfall ins Krankenhaus eingeliefert, der nur slowakisch spricht, so darf selbstverständlich auf Slowakisch kommuniziert werden und er ist froh, wenn es einen „Dolmetscher“ gibt, denn das ist für den Informationsaustausch überaus wichtig.

Generell kommen eher weniger gebürtige Slowaken zum Röntgen, es sei denn, dass es sich um Patienten handelt, die sich in Österreich verletzt haben. Allerdings gibt es viele Patienten, die ihn privat aufsuchen. Das sind solche, die in großen internationalen Firmen in der Slowakei tätig sind und zum Beispiel aus Deutschland, Frankreich oder Amerika stammen. Diesbezüglich muss er dem in die negativen Schlagzeilen gekommenen

Primar D. zu Gute halten, dass dieser viele slowakische Patienten geholt hat, weil er im Nachbarland bekannt war.

Als Vorteile des Hainburger Krankenhauses nennt er unter anderem folgende Kriterien: Es ist klein, überschaubar und nicht so anonym wie eine Universitätsklinik. Man kennt die Patienten und es kann über einen kurzen Weg kommuniziert werden. Obwohl die Sonderstationen fehlen, ist die Grundversorgung gewährleistet und die einzelnen Fächer sind auf dem aktuellen Stand.

Durch die „Ex-Autorisierung des Gottes in Weiß, der herbei geschweht ist“, wie er es formuliert, hat sich das Verhältnis Arzt – Patient grundlegend geändert. Jeder Patient wird über seine Krankheit informiert und er muss sich selbst damit auseinandersetzen. Eine Mündigkeit als solche ist Grundvoraussetzung, aber auch eine rechtliche Norm! Ebenso ist es eine rechtliche Verpflichtung, dass Menschen über Risiken und Gefahren der jeweiligen Behandlung aufgeklärt werden und ihre Einwilligung eingeholt wird, denn gewisse Komplikationen können auch ohne Behandlungsfehler nicht ausgeschlossen werden. Der Patient seinerseits wird in die Behandlung einbezogen und ist verpflichtet, am Heilungserfolg mitzuarbeiten.

Grund für Klagen sind oft Kleinigkeiten, die als störend empfunden werden. Der Primar ist der Letzte, der bei berechtigten Beschwerden Aufklärungen nicht unterstützen möchte, aber gegen Befindlichkeitsstörungen ist er einfach machtlos.

6.5 Gespräche mit Schwestern

Fragen an die Schwestern

- Persönliche Vorstellung

Werdegang mit besonderem Bezug zum Haus

Warum gerade Hainburg?

- Was waren die grundlegenden Veränderungen aus medizinischer und „menschlicher“ Sicht im Spital Hainburg?

- Die Slowaken im Hainburger Spital

- *Personal:*

Wie ist das Ausbildungslevel des slowakischen Personals generell?

Ausbildungsstand: Wird slowakische Ausbildung anerkannt?
Zusatzqualifikationen?

Gibt es in der Zusammenarbeit zwischen dem slowakischen und dem österreichischen Personal Differenzen?

Gibt es Gruppenbildung?

- *PatientInnen:*

Akzeptanz des slowakischen Personals

Probleme auf der sprachlichen Ebene?

Aus welcher sozialen Schicht stammen die slowakischen PatientInnen?

Gibt es Unterschiede in den Ansprüchen?

Gibt es Unterschiede bezüglich des Leidendruckes? – ÖsterreicherInnen, SlowakInnen, TürkInnen

- Was ist das Herzstück des Hainburger Krankenhauses?

Worin liegen die Vorzüge einer Behandlung in Hainburg gegenüber einem großen Haus?

- Die Abteilungen im Allgemeinen

Verhältnis zwischen notwendigen medizinischen Behandlungen und Menschlichkeit?

- Die Akzeptanz der Mündigkeit der PatientInnen? (Mitspracherecht?)

- Gibt es eine Spezialisierung unter den Schwestern?

Hainburg ist ein „Krankenhaus der Grundversorgung“ – Wie weit wird im außertourlichen Bereich gearbeitet, wann erfolgt eine Auslagerung in Schwerpunktkrankenhäuser?

- Wie glücklich sind Sie im Haus?

Wie bereits bei den Ärztegesprächen gehandhabt, befinden sich die vollständigen Interviews im Appendix. Die folgenden Texte sind eine Zusammenfassung der Fakten, die einen konkreten Bezug zum Slowaken-Thema oder direkt zum Haus haben.

6.5.1 Gespräch mit Schwester N.N. im April 2009

Über die Änderungen in der Chirurgischen Ambulanz seit 1983 befragt, meint sie, dass durch die ständigen Primarwechsel das Arbeiten natürlich erschwert wurde und personalmäßig eine größere Fluktuation zu erkennen war. Nebenbei herrscht – wie fast überall – Personalmangel.

Arbeitstechnisch musste bis vor einem Jahr die Aufbereitung der Instrumente selber in der Ambulanz durchgeführt werden. Jetzt wird das von der Zentralsterilisation erledigt. Ebenso wurden die Narkosegeräte verbessert. Die Anordnung der Räumlichkeiten findet sie in der derzeitigen Form eher kompliziert.

Da in der Ambulanz keine Slowaken arbeiten, hat sie auch keine unmittelbaren slowakischen Kollegen. Im Jahr 2000 war kurz eine Schalter-Schwester aus der Slowakei tätig, welche, allen damaligen Vorurteilen zum Trotz, einen guten Draht zu den Patienten hatte.

Wie die Zusammenarbeit mit dem slowakischen Personal generell ist, wagt sie nicht zu beurteilen, denn sie telefoniert nur ab und zu mit der Röntgenabteilung und dort trifft sie dann Slowaken an. Sie hat aber schon folgende Aussagen zu hören bekommen: „Ich verstehe den slowakischen Arzt nicht. Er nuschelt. Er tut sich schwer bei Fremdwörtern.“ Soweit ihr bekannt ist, steht das slowakische Pflegepersonal dem österreichischen in fachlicher Hinsicht um nichts nach.

Als einzige Bereiche, die einer Nostrifizierung bedürfen, nennt sie die Gesetze und die Hygiene.

Den größten Unterschied zwischen Österreichern und Slowaken im Hainburger Krankenhaus sieht sie darin, dass man bei den Slowaken die Verbundenheit vermisst, die beim österreichischen Personal doch eher gegeben ist. Vor allem alt eingesessene Schwestern haben naturgemäß mehr Verbindung zum Haus als Neueinsteiger. Weil es ein relativ kleines Spital ist,

kannte früher jeder jeden – Heute fehlt vielfach die Kultur des Grüßens – auch bei den Schwestern untereinander, und das stört den alten Stamm. „Man spürt einfach nichts mehr von der seinerzeit herrschenden Zusammengehörigkeit“, bedauert sie.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang vielleicht auch die Beobachtung, dass einige slowakische Mitarbeiter zwei Handynummern besitzen, nämlich eine slowakische und eine österreichische. Haben sie frei, sind sie unter der slowakische Handynummer nicht erreichbar und können daher nicht einspringen. Auch Österreicherinnen sind nicht begeistert, wenn sie einen Zusatzdienst machen müssen, sind schließlich aber meist doch dazu bereit.

Ihrem Dafürhalten nach lässt sich schon eine gewisse Gruppenbildung unter den Slowaken erkennen. Dies war vor allem feststellbar, als noch Primar D. im Haus war. Er redete mit seinen Landsleuten prinzipiell slowakisch und als die Schwester einmal kritisierte, dass sie das störe, weil man vermuten könnte, es werde über sie oder die Patienten gesprochen, kam von ihm die plumpe Antwort: „Sie können ja auch Slowakisch lernen.“

Es ist verständlich, dass die Slowaken untereinander auf Slowakisch kommunizieren wollen, aber während der Arbeit findet sie das nicht in Ordnung.

Häufig kommen slowakische Patienten nach Hainburg, die sich eine Behandlung in Österreich leisten können. Zumeist handelt es sich dabei aber nicht um gebürtige Slowaken, sondern um Holländer, Engländer oder Franzosen, die von Botschaften oder Großwerken kommen, und da gibt es nur selten Sprachschwierigkeiten. Sie unterscheiden sich hier in ihren Ansprüchen kaum von den übrigen Patienten, sind vermutlich aber mit der Behandlung in ihrer Heimat nicht ganz zufrieden.

Da Erste Hilfe prinzipiell immer geleistet werden muss, kann es auch sein, dass Patienten, die keine Auslandsversicherung haben, kostenlos behandelt werden. In der Praxis sind Autounfälle der häufigste Grund für Erstversorgung von Slowaken. Ist der Patient sehr schwer verletzt, wird er vom Notarzt in die Slowakei überstellt. Entweder wird der Transport von einem österreichischen oder einem slowakischen Team durchgeführt oder

der Verletzte wird an der Grenze übergeben. Die diesbezügliche Zusammenarbeit funktioniert recht gut.

Unter Primar D. war es so, dass Selbstzahler aus der Slowakei sofort behandelt werden mussten, was aber auf großen Unmut stieß.

Die Schwester meint, dass die Ambulanz das Herzstück der Hainburger Klinik darstellt, weil sie der erste Ort der Kontaktaufnahme ist. Dann folgt die Chirurgie. Auch sie betont, dass man im Haus bemüht ist, sich mehr Zeit für eine persönliche Ansprache zu nehmen und den Patienten das Gefühl geben möchte, keine Nummer zu sein

Türkinnen sind ihrer Meinung nach sehr schmerzempfindlich und sie glaubt, dass Männer generell wehleidiger als Frauen sind. Andererseits hat sie die Erfahrung gemacht, dass Türken auch sehr mitfühlend sein können.

Bei Meinungsverschiedenheiten bezüglich einer Behandlung, gewinnt in der Regel der Patient. Schwestern und Ärzte können nur versuchen, in einem Gespräch aufzuklären und zu überzeugen, aber die Entscheidung liegt letztendlich beim Patienten.

6.5.2 Gespräch mit Schwester N.N. im April 2009

Die Schwester, mit der ich am 30. April ein Gespräch führte, ist einerseits gebürtige Slowakin, andererseits besitzt sie schon mehr als zehn Jahre die österreichische Staatsbürgerschaft. Das hat den Vorteil, dass sie die Mentalität ihrer Landsleute sehr gut kennt, aber auch mit den Gepflogenheiten der Österreicher vertraut ist. Sie gab mir anfänglich das Gefühl, dass zwischen Österreichern und Slowaken fast keine Probleme existieren würden. Allerdings meinte sie im Laufe des Gesprächs, dass sie sehr wohl mehrfach Spannungen zwischen Kollegen bemerkt habe, auf die sie aber nicht näher eingehen wollte.

Da sie in der Slowakei nur zur Kinderschwester ausgebildet worden war, holte sie in Mistelbach die Ausbildung zur allgemeinen Schwester nach und legte die entsprechenden Prüfungen ab. Außerdem musste sie nostrifizieren, weil in der Slowakei die Hygienevorschriften und die gesetzlichen Grundlagen anders waren.

Sie kam auf Intervention des ersten slowakischen Arztes, der in Hainburg tätig war, ins Krankenhaus. Als Hauptbeweggrund, dass ihre Entscheidung auf Hainburg und nicht auf das AKH fiel, nennt sie die Nähe zu Bratislava und die Dienstwohnung, die man ihr zur Verfügung stellte. Außerdem findet sie das wesentlich kleinere Haus einfach gemütlicher.

Sie kam wegen der Arbeit und des Geldes nach Österreich und nicht ganz ohne Stolz fügt sie hinzu, dass sie die erste slowakische Schwester in Hainburg war.

Durch die anfänglichen Sprachbarrieren war ihr Einstieg etwas schwierig, aber ihre Kolleginnen unterstützten sie in allen Belangen. Im Gegensatz zu ihren Erfahrungen, die sie in der Slowakei gemacht hat, empfindet sie die Atmosphäre und die Standards in Hainburg als viel besser und damit auch als motivierender. Generell ist sie der Ansicht, dass auf Service in Österreich großer Wert gelegt wird.

Bezüglich der unterschiedlichen Ausbildung meint sie, dass die Slowakei ebenfalls ein sehr gutes System habe und man die Krankenpflegeschulen in beiden Ländern vergleichen könnte. Einen wesentlichen Unterschied sieht sie darin, dass in Österreich alles schneller geht: Viele Prüfungen in sehr kurzer Zeit und viel Praxis auf einmal. In der Slowakei hat man mehr Zeit, um Prüfungen abzulegen und kurze Prüfungsperioden wechseln immer mit Praxiszeiten. Dadurch bleibt ihrer Meinung nach mehr im Kopf.

Der Umgang mit möglichen Sprachbarrieren ist auf ihrer Abteilung, der Gynäkologie, folgendermaßen reglementiert: Arbeiten mehrere slowakische Schwestern zusammen, dann wird untereinander in der Muttersprache geredet. Aber man provoziert nicht mit der Fremdsprache, denn sobald eine anderssprachige Person den Raum betritt, wird sofort auf Deutsch „umgeschaltet“. Überhaupt nicht gefallen hat ihr, dass ein ehemaliger slowakischer Arzt, der mittlerweile nicht mehr im Haus ist, nur auf Slowakisch gesprochen hat.

Unglaublich erscheint die Tatsache, dass sie im Spital zu manchen österreichischen Kolleginnen eine tiefere Beziehung hat als zu den Slowakinnen. Einzig eine Hebamme aus der Slowakei liegt ihr mehr am Herzen, denn diese ist ihre beste Freundin. Außerhalb der Dienstzeit trifft sie

sich mit der einen oder anderen Mitarbeiterin aus der Slowakei und mit der Familie eines Arztes pflegt sie engen Kontakt.

Mit den Patienten hat sie nur gute Erfahrungen gemacht und von Sprachproblemen ist ihr nichts bekannt. Verstehen Patientinnen nur Slowakisch, wird sie zu Hilfe gerufen. Man versucht aber in Hainburg, wenn immer es möglich ist, mit den PatientInnen – egal aus welchem Land sie stammen – in Gegenwart von Österreichern deutsch zu sprechen. Handelt es sich um etwas besonders Schwieriges, dann wird auf Slowakisch erklärt, aber den Mitpatienten wird das erläutert und man entschuldigt sich. Beim Stützpunkt verhält es sich anders: Ist sie dort allein mit slowakischen Patienten, verwendet sie selbstverständlich deren Muttersprache.

Die aus der Slowakei stammenden Patienten gehören fast immer der höheren Schicht an. Viele arbeiten auch in Österreich und haben dadurch eine österreichische Krankenversicherung.

Das Vorurteil, dass Slowaken „zu wenig sanft seien“, kann sie nicht bestätigen. Was die Schmerzempfindlichkeit der Patientinnen betrifft, sagt sie ebenfalls, dass Türkinnen eher wehleidig sind, man aber nicht verallgemeinern könne.

Besonders schätzt die Schwester an Hainburg die „gemütlichen“ Besuchszeiten. Diese sind Donnerstag bis Dienstag von 13.00 bis 15.30 und am Mittwoch von 18.00 bis 19.00.⁴⁵ Obwohl diese natürlich reglementiert sind, wird ein Auge zugedrückt, wenn jemand außerhalb der Zeit kommt. Neben der Nähe zu Bratislava sieht sie das als einen der Gründe, warum slowakische Patienten Hainburg aufsuchen und nicht Wien. Nach weiteren Vorzügen befragt, hebt sie die hygienischen Zustände, auf die in Hainburg großer Wert gelegt wird, lobend hervor. Außerdem – und das ist vielleicht das größte Plus – ist der Patient nicht nur eine Nummer, wie dies in großen Häusern oft der Fall ist.

Nebenbei erwähnt sie, dass – falls Not am Mann ist – slowakisches Personal schneller einsatzbereit ist, als wenn es nach Wien pendeln müsste.

Was ihre Philosophie betrifft, steht für sie das medizinisch Notwendige an erster Stelle, Menschlichkeit hingegen ist für sie automatisch und

⁴⁵Vgl. <http://www.hainburg.lknoe.at/patienten-und-besucherinfo/besuchszeiten.html?F=2> (06.02.2010).

selbstverständlich. Dazu zählt auch, dass auf die Mündigkeit der Patienten großer Wert gelegt wird.

Zum Abschluss unseres Gesprächs meint sie: „Es ist egal, aus welcher Nation eine Schwester stammt. Wichtig ist, wie sie mit den Patienten und Kollegen umgeht. Dann kommt es schon von selbst, dass man akzeptiert wird.“

6.5.3 Gespräch mit Schwester Sissy Staffenberger im Juli 2009



Schwester Sissy mit ihren „Mädels“

Da sich seit ihrem Arbeitsantritt außerordentlich viel gewandelt hat, kann die Oberschwester auf der Chirurgie 1 spontan nichts Konkretes bezüglich Neuerungen nennen, denn täglich wird irgendetwas neu organisiert oder verändert. Generell steht sie Innovationen positiv gegenüber.

Am Anfang ihrer Tätigkeit war die Bandbreite im Krankenhaus wesentlich größer und in den riesigen Abteilungen wurden fast alle medizinischen Sparten fächerübergreifend abgedeckt. Im Nachtdienst war eine Schwester oft für 70 Patientinnen verantwortlich.

Im Laufe unseres Gesprächs kommt sie dann doch noch auf grundlegende Änderungen im Spitalsalltag zu sprechen. So werden jetzt nur mehr Einweg-Artikel verwendet, während früher Spritzen und Geräte eigenhändig sterilisiert werden mussten.

Auch die Administration wurde umfangreicher. Gab es zuerst nur ein Blatt für den Patienten – die sogenannte Fieberkurve, so muss jetzt vom Gesetz her für jeden Patienten eine medizinische Pflegemappe angelegt werden.

Da auf ihrer Abteilung zahlreiche Slowaken – meistens Abteilungschefs großer Firmen und Angehörige der gehobenen Schicht – betreut werden, sieht sie es positiv, wenn man sich mit den Patienten in deren Muttersprache unterhalten kann. Ansonsten muss vor den Patienten aber prinzipiell auf Deutsch gesprochen werden. Reden die Schwestern mit einem Landsmann slowakisch, so wird den deutschsprachigen Patienten Bescheid gegeben.

Unter den Kollegen gibt es im Grunde keine Differenzen bezüglich der Staatszugehörigkeit. Sie erachtet die Multinationalität als Vorteil, legt aber Wert darauf, dass die Sprache der Schwestern verständlich ist und auch die älteren Patienten kein Problem damit haben. Seitens der Österreicher hat ihrer Erfahrung nach einzig die ältere, einfache Schicht verstärkt Probleme mit den slowakisch sprechenden Schwestern.

Im Schwesternzimmer ist es so geregelt, dass sofort deutsch miteinander gesprochen wird, sobald ein Österreicher den Raum betritt. Wenn Schwestern aber privat auf Slowakisch telefonieren, stört sie das nicht im Geringsten.

Ob jemand als Mensch untragbar ist, hat nichts mit der Herkunft zu tun. Unter den Ärzten versteht sie sich beispielsweise mit zwei Österreichern überhaupt nicht, dafür schätzt sie zwei Slowaken besonders.

Unterschiede in den Ansprüchen kann sie zwischen den beiden Nationen nicht erkennen. Da – abgesehen von den Vierbettzimmern – mittlerweile jedes Zimmer ihrer Station mit einer Dusche ausgestattet ist, empfinden sie es hier wie in einem Hotel.

Schwester Sissy haben Slowaken generell nie gestört, vielmehr ist sie froh, dass die Grenzen offen sind. Sie sieht in den Schwestern aus dem Nachbarland eine große Unterstützung, denn sonst hätte sie noch weniger Personal. In den Osten kann man nämlich kaum eine österreichische Schwester locken, weil das Krankenhaus doch entlegen ist.

Als Leiterin der Station hat Menschlichkeit für sie oberste Priorität – und diese hängt nicht mit der Nation zusammen. Bezüglich des Leidensdruckes kann sie sagen, dass jeder Patient seine eigene Schmerzgrenze hat, die aber im Süden erfahrungsgemäß eher niedriger ist. Auch junge Menschen hätten generell eine geringere Schmerzschwelle. Slowaken hingegen seien uns ähnlicher und würden auch mehr aushalten.

Wenn sie in Pension ist, wird sie dem Krankenhaus erhalten bleiben, indem sie einen „Verein der Freunde des Krankenhauses“ gründen möchte.

6.5.4 Gespräch mit Schwester Bettina Riedmayer im Juli 2009



Bettina Riedmayer arbeitet als Stellvertreterin in der Pflegedienstleitung. Durch ihre lange Zugehörigkeit hat sie eine besondere Verbundenheit zum Krankenhaus und kann sich damit 100-prozentig identifizieren.

Bezüglich der Veränderungen weiß sie, dass alles vielfältiger geworden ist und schneller erledigt werden muss. Auf Grund der vielen administrativen Belange wie Pflegedokumentation oder Planung ist die Zeit für persönliche Zuwendung zum Patienten geschrumpft. Allerdings würde es trotzdem keine Personalaufstockungen im großen Stil geben.

Großer Wert wird auf Fort- und Weiterbildung gelegt, da es wichtig ist, dass die Mitarbeiter auf dem letzten Stand sind. Außerdem soll die Zusammenarbeit der Schwestern der einzelnen Stationen forciert werden.

Seit dem Beitritt der Slowakei zur EU hat sich auf dem Personalsektor einiges geändert. Da früher der Ausbildungsplan der beiden Länder nicht

übereinstimmte, mussten die ausländischen Schwestern nostrifizieren, um hier als Krankenpflegerinnen arbeiten zu können. Heute können die Schwestern nach fünf Jahren Praxis in der Slowakei ohne Einschränkungen im Hainburger Krankenhaus arbeiten, denn ihre Ausbildung wird komplett anerkannt.

Ihrer Erfahrung nach sind die slowakischen Schwestern sehr gut ausgebildet und auch äußerst intelligent. Außerdem haben viele von ihnen eine andere Mentalität und Einstellung als die Österreicher. Vor allem die jungen Frauen zeichnen sich durch Wissbegierde aus, entwickeln Eigeninitiative und studieren freiwillig Pflegewissenschaften. Dieses Engagement vermisst sie mitunter bei den Österreicherinnen.

Die Arbeitssprache ist Deutsch, aber wenn zwei, drei Slowakinnen zusammenkommen, dann reden sie naturgemäß slowakisch, hören jedoch damit auf, wenn eine Österreicherin dazukommt. Wenn Patienten untereinander slowakisch sprechen ist das in Ordnung, aber grundsätzlich wird auf Deutsch gesprochen. Es sollte aber nicht sein, dass ein Arzt und eine Schwester bei der Visite in Gegenwart österreichischer Patienten auf Slowakisch kommunizieren. Prinzipiell ist es aber so, dass das Personal etwaige Probleme, die auf Grund des Sprachunterschiedes entstehen, primär selbst regelt.

Von einer Gruppenbildung ist nicht viel zu bemerken, im Gegenteil: Man steckte früher privat mehr zusammen als jetzt, ging nach dem Dienst noch zum Heurigen, nun eilt jeder heim.

Bezüglich der verschiedenen Ansprüche weiß sie nichts Konkretes. Die Slowaken, die sich eine Behandlung in Österreich leisten können, gehören meist der gehobenen Schicht an.

Im Hinblick auf den Leidensdruck entsteht der Eindruck, dass Türken anders leiden würden, weil es ihre Kultur so vorgibt und sie ein anderes soziales Gefüge haben. Außerdem müssen die Frauen bei der Geburt ihre Schmerzen „rausbrüllen“. Österreicher und Slowaken sind sich da eher sehr ähnlich.

Als ein Manko wird angesehen, dass es keine gesetzliche Möglichkeit gibt, die Deutschkenntnisse der ausländischen Mitarbeiter zu überprüfen, was früher im Rahmen der Nostrifikation geschah. Als die ersten Schwestern

in unser Land kamen, konnten viele kaum Deutsch, was vor allem das Schreiben betraf, und das ist heute auch noch oft der Fall. Gewisse Deutschkenntnisse sind aber speziell bei der Erstellung der Pflegedokumentation vonnöten, denn sonst könnte es geschehen, dass Verständnisschwierigkeiten auftreten, wenn nur Slowaken auf einer Station Dienst versehen und dann nicht einmal wissen, was ein Wort bedeuten könnte, weil sie ihre eigene Schrift nicht entziffern können.

Über die Stimmung unter den Patienten bezüglich der vielen Slowaken im Krankenhaus fällt ihr spontan die Äußerung: „Die verstehen mich nicht“, ein. Andererseits sollten sich auch die Einheimischen bemühen, deutlich zu sprechen, denn es kann durchaus vorkommen, dass Patienten den burgenländischen Dialekt von manchen Kollegen auch nicht verstehen.

Schwester Bettina schätzt die Slowakinnen, die hier arbeiten. Sie muss ihnen zugutehalten, dass es für sie kein Problem ist, wenn sie für einen zusätzlichen Dienst benötigt werden und kurzfristig einspringen müssen. (In einem anderen Gespräch bekam ich genau das Gegenteil zu hören!)

Den Slowakinnen ist bewusst, dass sie in Österreich mehr verdienen als in der Slowakei und so bringen sie auch ihre Leistung. Österreicherinnen hingegen erwecken manchmal den Anschein, als ob ihr Motto sei: „Seid's froh, dass es mich gibt.“

Ein großer Pluspunkt des Krankenhauses ist, dass es sich um ein kleines, persönliches Spital handelt, in dem die Menschlichkeit absolut im Vordergrund steht.

6.5.5 Gespräch mit Schwester Johanna Pilat, Pflegedienstleiterin, im Juli 2009



Von der Pflegedienstleiterin erfuhr ich, dass sich im Laufe der letzten Jahre bezüglich der Pflegesituation sehr viel geändert hat. Einerseits wurden Vorgänge transparenter gemacht und es gibt einen gesetzlichen Rahmen, damit Patienten sehr gut betreut werden, andererseits war die Tätigkeit früher patientenorientierter und das Personal hatte mehr Zeit, auf die einzelnen Patienten einzugehen. Dazu verhindert es heute die kürzere Verweildauer im Spital, eine engere Beziehung zum Patienten aufzubauen. In dieser Hinsicht ist die Kleinheit und Überschaubarkeit des Hainburger Krankenhauses ein Vorteil, genauso wie die Nähe zu Bratislava, welche von den Slowaken besonders geschätzt wird.

Ausbildungsmäßig ist ihres Wissens in der Slowakei die Theorie stärker ausgeprägt und die Schülerinnen haben ein kürzeres Praktikum, aber während im Nachbarland das Pflegepersonal bereits mit Matura abschließt, ist dies in Österreich erst angedacht.

Die dezentrale Lage des Standortes Hainburg hatte zur Folge, dass zu wenig österreichisches Personal zur Verfügung stand. Da man auf die Kräfte aus dem Nachbarland angewiesen war, strömten nach der Grenzöffnung slowakische Schwestern herein. Frau Pilat bekommt auch heute extrem viele Bewerbungen aus der Slowakei. Das Bewerbungsschreiben ist zwar oft fehlerhaft, aber es ist durchaus möglich, dass die Bewerberin besser spricht und sich artikulieren kann.

Sie hat die Erfahrung gemacht, dass die slowakischen Schwestern wesentlich weniger mit dem Haus verbunden sind. Außerdem ziehen Österreicherinnen für gewöhnlich an einem Strang, was man von den Slowakinnen nicht immer behaupten kann.

Natürlich gibt es auch Sprachbarrieren und die immer wieder erwähnte „härtere“ Aussprache fällt auf. Insbesondere die Verständigung mit älteren Patienten, die nicht unbedingt hochdeutsch sprechen, kann immer wieder zu Reibungspunkten führen. Wenn sie hört, dass auf der Station auf Slowakisch geredet wird, schreitet sie ein, Gespräche hinter verschlossener Tür akzeptiert sie aber.

Die Anwesenheit von fremdsprachigem Personal kann aber auch durchaus hilfreich sein, wenn beispielsweise eine Patientin überhaupt kein Deutsch versteht und eine OP-Aufklärung durchgeführt werden muss. In einem derartigen Fall werden die österreichischen Bettnachbarn selbstverständlich informiert.

Da die slowakischen Pflegekräfte nicht nur gut in der Pflege sind, sondern größtenteils auch eine nette Umgangsart haben, werden sie meistens von den Patienten anerkannt, aber für Frau Pilat hat es den Anschein, dass die Slowaken von den Jungen eher akzeptiert werden.

Ihrer Meinung nach sind die Herzstücke von Hainburg die Zahlen, Daten und Fakten, die alles belegen. Konkret ist es die Chirurgie, deren OP-Zahlen für sich sprechen. Auch die Interne ist immer gut ausgebucht, denn die Menschen werden immer älter und brauchen vermehrt medizinische Hilfe.

Die Gynäkologie und Geburtshilfe erfreut sich bei den Slowaken schon lange besonderer Beliebtheit und die Patienten aus dem Nachbarland sind jederzeit willkommen. Neben den gebürtigen Slowaken, die gewöhnlich besser situiert sind, kommen auch Anderssprachige wie Koreaner oder Amerikaner, die in grenznahen Gebieten leben, zur Behandlung.

Mentalitätsmäßig hält sie Slowaken und Österreicher für sehr ähnlich, während Südländer emotionaler seien und Freude und Schmerzen anders ausleben würden.

Die Mündigkeit jedes einzelnen Patienten hat im Spital Priorität. Es gibt ein umfangreiches medizinisches Angebot – aber wie in einem Haus der Grundversorgung eben nicht alles.

6.5.6 Gespräch mit Schwester N.N. im Juli 2009

Die Schwester arbeitet auf der Gynäkologie und bedauert, dass die ständige Personalreduktion und die Ausweitung der Administration zu Lasten des einzelnen Patienten gehen würden. Ebenso empfand sie das Ambiente im Haus früher familiärer als heute, da sich das Personal der einzelnen Stationen besser kannte.

Zwischen den einheimischen und slowakischen Schwestern kann sie auf fachlicher Ebene keine Unterschiede feststellen und seit der EU-Mitgliedschaft der Slowakei wird die Ausbildung in Österreich auch anerkannt.

Die Schwester lehnt es ab, dass in ihrer Gegenwart die slowakische Sprache verwendet wird, aber es gibt diesbezüglich keine Probleme, denn die Slowakinnen auf ihrer Station beherrschen bis auf eine Ausnahme sehr gut Deutsch. Wird im Dienstzimmer slowakisch geredet, findet sie das im Gegensatz zu Station in Ordnung. Allein Dr. Loksa, ein gebürtiger Tschechoslowake, spricht im Dienst mit den Schwestern slowakisch. Sie vermutet, dass jüngere PatientInnen bezüglich der Verständigung wahrscheinlich toleranter sind.

Die slowakischen Patientinnen gehören eher der gehobenen Schicht an oder sie arbeiten in Österreich. Die Klassepatientinnen stammen oft nicht direkt aus der Slowakei, sondern arbeiten in Fremdfirmen beziehungsweise leben in einer Partnerschaft mit einem Slowaken.

Zwischen Inländern und Patienten aus der Slowakei sieht sie keine Unterschiede in den Ansprüchen, aber auch nicht darin, was die Schmerzempfindlichkeit betrifft. Sie meint aber, dass Jugoslawen und auch Türken stärker leiden würden.

Nach der Durchführung von aufklärenden Gesprächen wird die Mündigkeit der Patienten seitens der Ärzte sehr gut akzeptiert.

6.5.7 Gespräch mit Hebamme N.N. im Juli 2009

Die ursprünglich aus der Slowakei stammende Hebamme schickt voraus, dass es ihr immer nur um Menschen gehen würde – egal welcher Nation – und sie bedauert, dass es leider auch überall „schwarze Schafe“ geben würde.

Für sie stand nie das Geld für sich selbst im Vordergrund, sondern als Alleinerzieherin die Sorge um ihren Sohn. Die Hebamme kam durch Vermittlung des bereits erwähnten Oberarztes Dr. Loksa am 1. Juli 1991 nach Hainburg und ist mittlerweile auch im Besitz eines österreichischen Passes.

Sie musste erkennen, dass eine Hebamme in Österreich viel mehr Verantwortung trägt als in der Slowakei, wodurch die Arbeit aber sehr erfüllend ist. Zu ihrem Aufgabengebiet gehört es, die Entbindende von der Aufnahme über die Betreuung während der Geburt bis drei oder mehr Stunden danach zu begleiten. In der Slowakei durfte sie weder untersuchen noch Harnstreifen kontrollieren oder Blutdruck messen, denn die Geburten wurden von den Ärzten geleitet. Kurz umschrieben, bestand in Bratislava ihr Job hauptsächlich darin, Handschuhe zu holen und die schmutzige Wäsche zu entfernen.

Die Ausbildungsunterschiede sind für sie schwer zu beurteilen, denn die Slowakinnen wurden früher nicht direkt in die Richtung Geburtshilfe ausgebildet, sondern sie waren Frauenschwestern und daher musste sie in Österreich viel dazulernen.

Auf der Gynäkologischen Abteilung in Hainburg sieht sie unter den Schwestern keine Differenzen und Probleme. Alle sind integriert und insbesondere vor den Patienten wird Deutsch gesprochen. Ist das slowakische Personal aber unter sich, wird schon die Landessprache verwendet, aber nur, solange man allein ist. Mit slowakischen Patientinnen redet sie, wenn eine österreichische Schwester dabei ist, nur deutsch. Gibt es Probleme beim Verstehen, dann reden sie zwar slowakisch, aber der Kollegin wird erklärt, warum es geht. Ab und zu kann es aber schon vorkommen, dass sich zum Beispiel der Mann einer Gebärenden auf der Gynäkologie über die Sprache aufregt.

Sie glaubt, dass die Schmerzgrenze sehr wohl mit der Nation zusammen hängt. Die Türcinnen scheinen mehr zu leiden, manchmal beten sie auch laut und schnell, aber das ist eben ihre Mentalität, die zu tolerieren ist.

Junge Österreicherinnen können mitunter auch etwas schwierig sein, während Slowakinnen in der Regel keine Probleme machen. Sie glaubt nicht, dass die Anwesenheit slowakischer Schwestern für die Patientinnen aus dem Nachbarland ausschlaggebend ist, sondern dass die Mundpropaganda zufriedener Frauen viel ausmacht.

Als Hebamme möchte sie, dass ihre Patientinnen natürlich entbinden, aber Frauen sollten für sich sprechen, während sie im Hintergrund motiviert. Beim Wunsch nach einem geplanten Kaiserschnitt gibt sie der Schwangeren zu bedenken, dass es sich um einen Bauchschnitt handelt und bei einer weiteren Geburt der Bauch mit großer Wahrscheinlichkeit wieder geöffnet werden muss. So lange es dem Baby gut geht, schlägt sie Medikation bis Epiduralanästhesie vor und erst wenn eine medizinische Indikation besteht, sollte man sich als letzte Möglichkeit für einen Kaiserschnitt entscheiden.

Die Slowakinnen, die in Hainburg entbinden, entstammen einer gehobenen Schicht. Sie finden das Spital als solches und das Ambiente im Speziellen recht einladend. Außerdem hinkt die Slowakei vor allem im Bereich der Kommunikation noch etwas nach und manche Ärzte haben noch immer nicht begriffen, dass sie mit ihren Kunden anders reden sollten. Auch die Qualität und die hygienischen Standards sind hier etwas besser.

Da Frau N.N. als Hebamme eine Niederlassungsbewilligung hat, kann man sie bei Bedarf auch privat engagieren.

6.5.8 Gespräch mit Hebamme N.N. im Juli 2009

Die österreichische Hebamme bestätigt mir, dass es seit ihrem Dienstantritt eine Reihe medizinischer Veränderungen gegeben hat. In der Schwangerenbetreuung werden wesentlich mehr zusätzliche Untersuchungen wie etwa CTG und Ultraschall durchgeführt und

Kaiserschnittgeburten haben zugenommen. Außerdem ist die Aufenthaltsdauer viel geringer als früher.

Auch sie ist eher gegen Kaiserschnitte auf Wunsch. Wenn sie allerdings medizinisch indiziert sind, wie zum Beispiel bei Zwillingen oder einer Beckenendlage, wenn das Risiko für eine normale Geburt aus anderen Gründen zu hoch ist oder es zu Problemen während der Geburt kommt, sind sie natürlich das Mittel der Wahl.

Zu ihren slowakischen Kolleginnen bemerkt sie, dass sie generell in etwa den gleichen Ausbildungsstand wie die Österreicherinnen haben. Allerdings mussten sie früher ihre Dokumente nostrifizieren lassen, was seit dem EU-Beitritt nicht mehr notwendig ist. Sie ist auch darüber informiert, dass slowakische Hebammen früher keine Geburten durchführen durften, sondern die Frauen lediglich begleitet haben.

Sowohl auf der Geburtenstation als auch auf der Gynäkologie sieht sie unter den Schwestern keine Gruppenbildung und auch mit den Ärzten herrscht ein gutes Einvernehmen.

Die aus der Slowakei kommenden Patientinnen arbeiten meist in Österreich und haben somit auch eine entsprechende Krankenversicherung, denn die „echten“ Slowakinnen könnten sich eine Behandlung in Hainburg kaum leisten. Die Klassepatientinnen sind eher Französinen, Deutsche oder Amerikanerinnen, die in Firmen in der Slowakei beschäftigt sind.

Die Ansprüche der Patientinnen sind sehr unterschiedlich, aber nicht nationalitätsabhängig. Die Gründe für eine Entbindung in Hainburg sind für meine Gesprächspartnerin klar definiert: Die freundliche, persönliche Betreuung. Ein Manko ist allerdings das Fehlen einer Kinderstation.

Was den Leidensdruck anbelangt, ist es letztlich egal, woher die Patientinnen stammen. Es stimmt aber, dass Türkinnen meistens lauter sind und zu „Allah“ beten, aber auch Österreicherinnen „gehen manchmal aus sich heraus.“

Wenn alles problemlos verläuft, leiten Hebammen die Geburt. Sobald sich aber das CTG verschlechtert, wird ein Oberarzt beigezogen. Sind die Herztöne eines Ungeborenen nicht in Ordnung, die Mutter möchte aber trotzdem unter Wasser entbinden, dann wird auf mögliche Gefahren hingewiesen, was in der Regel auch akzeptiert wird, zumal es um das eigene

Kind geht. Verhält sich ein Vater ihr gegenüber aggressiv und ausfällig, so holt sie die Kinderschwester, einen Assistenzarzt oder sogar den Oberarzt, denn allein führt sie in einem derartigen Fall kein Gespräch.

6.5.9 Gespräch mit Schwester N.N. im Juli 2009

Seit ihrer Anstellung auf der Internen Abteilung nahm die Patientenanzahl stetig zu, die Qualität stieg und die Verweildauer wurde immer kürzer. Im Gegenzug dazu wurde aber der Schwesternstand nicht erheblich erhöht. Im Jahr 2008 gab es fast 10.000 Patienten, was natürlich auch eine Steigerung der Bürokratie zur Folge hat.

Bezüglich der Zusammenarbeit mit dem slowakischen Personal meint sie, dass es problematisch wird, wenn vor allem alte Menschen nicht in der Schriftsprache reden. Natürlich probieren slowakische Schwestern zwischendurch, sich in ihrer Muttersprache zu unterhalten, aber das lehnt sie entschieden ab, weil sie es in ihrer Gegenwart als unhöflich empfindet. Einzige Ausnahme ist, dass auf Slowakisch erklärt werden darf, wenn eine Schwester etwas nicht versteht.

85 Prozent der Patienten der Internen Abteilung können als „alt“ bezeichnet werden. Allerdings sind die Patienten, die aus der Slowakei auf ihrer Station liegen, eher jünger. Persönlich hat sie dann Probleme mit den Slowaken, wenn diese nur slowakisch sprechen, denn diese Sprache beherrscht sie nicht.

Bei der Zimmerwahl würde sie die slowakischen Patienten als eher unkompliziert bezeichnen, aber natürlich gibt es auch welche, die etwas höhere Ansprüche stellen.

Den Vorteil des Landeskrankenhauses sieht sie darin, dass es klein und sehr familiär ist. Trotz der positiven Aspekte, die für das Haus sprechen, gibt es aber auch Patienten, die etwas auszusetzen haben.

Ihrer Erfahrung nach bestehen bezüglich des Leidensdruckes zwischen Österreichern und Slowaken keine gravierenden Unterschiede. Übertrieben könnte man jedoch sagen, dass Türken schwerstleidend sind, wenn sie nur einen Schnupfen haben.

Das Zusammenspiel zwischen Patientenbedürfnissen und Medizin fällt ihrer Meinung nach in erster Linie in die Kompetenz des Arztes. Bei Entscheidungsfindungen gelingt es ihr meistens, die Patienten durch ihre Argumente zu überzeugen.

6.5.10 Gespräch mit Pfleger N.N. im September 2009

Der einzige Mann aus dem Pflegepersonal, mit dem ich ein Interview führte, kam zufällig durch seinen Zivildienst, den er in einem kleinen slowakischen Krankenhaus ablegte, zur Krankenpflege.

Er war zunächst Pflegehelfer in der Slowakei, was bei uns einem Stationsgehilfen entspricht. Dann arbeitete er in der Slowakei als OP-Gehilfe und besuchte einen Pflegekurs, bevor er 1992 auf Grund eine Anzeige im Hainburger Ulrichsheim als Pflegehelfer beginnen konnte. Zwischen zwei Ländern kann man nämlich laut seiner Aussage nur auf den Posten wechseln, den man auch im Ursprungsland inne hatte.

Nachdem er in Wien das Organisatorische erledigt hatte, trat er knapp über 20-jährig als erster Slowake im Ulrichsheim seinen Dienst an. Während das Gebäude den Hainburgern sehr alt vorkam, wirkte es auf ihn wie neu.

Er musste das in seiner Heimat Erlernte nostrifizieren und einen „kleinen“ Kurs im Wiener Hartmannspital absolvieren. Während seines Stationsgehilfenjobs im Ulrichsheim suchte er nach einer neuen Herausforderung und besuchte ab 2001 in Stockerau die Krankenpflegeschule, die er 2004 mit dem Diplom abschloss. Im Februar 2005 ergriff er die Möglichkeit eines Praktikums im Hainburger Krankenhaus, wo er die verschiedensten Stationen durchlief und besonderes Interesse an der Intensivstation fand.

Er gibt zu, dass der Wechsel nach Österreich finanzielle Gründe hatte. Er wollte Geld für sein Studium verdienen, doch dann kam sein Kind und die Idee wurde verworfen.

Relativ große Unterschiede zwischen den zwei Ländern bestehen in medizinischer Hinsicht für ihn im verwendeten Material und auch der Umgang mit Medikamenten in den Apotheken ist weniger kompliziert als in

seiner Heimat. Ebenso ist Österreich in Punkto Hygiene weit voraus. Obwohl es in der Slowakei schon besser geworden ist, denkt er, dass das Land auch heute noch hinten nachhinkt. Er drückte es so aus: „In Bratislava gehe ich nur in ein Spital, um einen Besuch zu machen.“

Obwohl er noch immer in Bratislava wohnt und seit 1992 nach jedem Dienst heimfährt – zunächst mit dem Mofa – hat er seinen beruflichen Wechsel nach Österreich nie bereut und er ist sehr gerne in Hainburg.

Er hat sehr gute Sprachkenntnisse, denn in der Schule lernte er neben Russisch und ein wenig Englisch auch Deutsch und besuchte zusätzlich einen Kurs. Auf der Chirurgischen Intensivstation, wo er eingesetzt ist, hat er zwar mit sehr vielen Patienten im Tiefschlaf zu tun, aber mit denen, die wach sind, redet er gerne. Obwohl sehr viele alte Menschen darunter sind, kommt es kaum zu sprachlichen Problemen, denn aus seiner „Ulrichsheim-Zeit“ weiß er, wie man mit ihnen umgeht. Wann immer es seine Zeit erlaubt, plaudert er mit ihnen und sie sind sehr dankbar dafür. Meist sind die Patienten zwei bis drei Tage auf seiner Abteilung, manche bleiben aber auch mehrere Tage bis Monate unter seiner Obhut. Ab und zu hat er mit slowakischen Patienten zu tun, die froh sind, dass jemand da ist, der ihre Sprache spricht oder eine slowakische Zeitung bringt.

Von Gruppenbildung unter dem Personal kann seinem Ermessen nach keine Rede sein. Auf seiner Abteilung arbeiten drei Pfleger aus der Slowakei sowie einige Frauen, mit denen ein gutes Einvernehmen besteht. Es gibt aber auch Kolleginnen, die alles ganz genau beobachten und nur Fehler suchen. Das ist aber keine Frage der Nationalität, sondern eher der Geschlechter.

Er ist gewohnt, dass es Menschen gibt, die etwas gegen Ausländer haben. Andererseits gibt es aber viel wesentlich mehr, welche keine Probleme machen. Genauso können aber auch Schwestern und Patienten gegen Ausländer sein.

Was die Kommunikation betrifft, so ist ihm bekannt, dass sich zwei Slowaken prinzipiell in ihrer Sprache unterhalten, aber sobald ein Österreicher dabei ist, wird auf Deutsch gewechselt, weil er es als unhöflich empfindet, wenn man nichts versteht. Aus eigener Erfahrung weiß er, wie unangenehm das ist, denn als er in der Slowakei mit Ungarn

zusammengearbeitet hat, störte es ihn sehr, wenn diese nicht slowakisch sprachen. Aber natürlich gibt es auch Mitarbeiter, die das anders handhaben.

In Hainburg ist er sehr glücklich, er hat gute Dienste, die Arbeit ist interessant und auch die Bezahlung stimmt. Außerdem ist er sehr froh, in der Nähe seiner Heimat arbeiten zu können. Um seinen Arbeitsplatz hat er keine Angst, denn in seinem Beruf sind Fachkräfte sehr gefragt. Würde das Spital zusperren, wüsste er nicht, ob er – abgesehen von Kittsee – wegen der Entfernung in ein anderes österreichisches Spital wechseln würde.

Da sein kleiner Sohn bei ihm mitversichert ist, war dieser schon in Hainburg zur Behandlung. Seine Frau, die in der Slowakei beschäftigt ist, kann im Krankheitsfall nicht nach Österreich, um sich medizinisch versorgen zu lassen – es sei denn, es würde sich um in einen absoluten Notfall handeln.

Die Slowaken, die das Hainburger Krankenhaus aufsuchen, sind in der Regel gut situiert und zahlen privat. Als Beispiel nennt er die Zeit, als der viel zitierte Dr. D. noch im Haus war und Magenoperationen gemacht hat.

6.5.11 Palliativteam



Rosa Stach, Sabine Reiter, Renate Welleschitz, Dr. Christina Gutdeutsch

„[...] pallium ist der Mantel, der dem unheilbar Kranken, bei dem keine Aussicht mehr auf Heilung besteht, schützend umgelegt wird. Hospizarbeit und Palliativmedizin haben weitgehend die gleichen Ziele; bei der Palliativmedizin steht der medizinisch-ärztliche Aspekt mehr im Vordergrund, bei der Hospizarbeit der pflegerische und seelsorgerische. International hat sich der Begriff „palliative care“ für beides eingebürgert. Neben der Prävention, der Kuration (Heilung) und der Rehabilitation wird zunehmend die Palliation eine vierte Säule in der Medizin.“⁴⁶

Beim Gespräch mit dem Palliativ – Team standen mir vier Damen zur Verfügung, nämlich die Schwestern Renate Welleschitz und Rosa Stach, die Ärztin Dr. Christina Gutdeutsch und die Sozialarbeiterin Sabine Reiter.

Da es im Spital keine Palliativ-Betten gibt, sondern nur ein Büro auf der „Internen 3“, handelt es sich strukturell um ein Konsiliarteam, das interdisziplinär arbeitet und aus Ärzten, Schwestern und einer Sozialarbeiterin besteht. Da es sowohl mobil als auch im Haus tätig ist, kommen die Mitarbeiter im Krankenhaus überall zum Einsatz. Sie betreuen Herzpatienten und neurologisch Kranke, aber hauptsächlich arbeiten sie mit Krebskranken – dort, wo eine Heilung nicht mehr möglich ist. Sie besuchen die Patienten und begleiten sie – sei es nach Hause, im Spital oder auch in ein Hospiz. Die Arbeitsaufteilung zwischen Klinik und daheim beträgt prozentuell zirka 50:50, aber eher zu Gunsten der Außentätigkeit.

Einen großen Teil der Arbeit umfassen die Symptom-Kontrolle und die Medikamenteneinstellung. Um den Patienten so lange wie möglich in der vertrauten Umgebung zu belassen, werden zum Beispiel Punktionen durchgeführt, Einläufe und Katheder verabreicht und die Angehörigen mit wertvollen Tipps die Pflege und Betreuung betreffend, versorgt. Ein großer Stellenwert kommt in diesem Zusammenhang auch dem psychosozialen Aspekt zu: einfach zuhören und da sein – auch für die Angehörigen. Oft wird

⁴⁶ Siefert, Helmut, Von der Heiligen Elisabeth zur Hospizbewegung heute, in: Aumüller, Gerhard, Grundmann, Kornelia, Vanja, Christina (Hrsg.), Der Dienst am Kranken. Krankenversorgung zwischen Caritas, Medizin und Ökonomie vom Mittelalter bis zur Neuzeit. Geschichte und Entwicklung der Krankenversorgung im sozioökonomischen Wandel, S. 355 – 366; S. 363., N. G. Elwert Verlag, Marburg 2007.

das Team vom Hausarzt verständigt, um sich um die Angehörigen der Patienten zu kümmern.

Meine Frage, ob die Schwerkranken überhaupt noch etwas mitbekommen, bejahen alle Damen einhellig – einzig die Demenz-Kranken würden hier eine Ausnahme bilden.

Die bei meinem Gespräch anwesende Ärztin arbeitet auf der Internen und steht 10 Stunden ihrer Wochenarbeitszeit dem Palliativteam zur Verfügung. Der einzige Mann im Team – ein Internist – versieht 30 Wochenstunden Dienst.

Zusätzlich zu den 4 Pflegekräften könnte die Gruppe durchaus mehr Mitarbeiter vertragen, denn das Einzugsgebiet ist riesig: Über den Bezirk Bruck hinaus bis nach Schwechat und Gänserndorf. Die Mitarbeiterinnen fahren mit dem Privatauto und bekommen Kilometergeld abgerechnet. Eine Person erledigt je nach Wohnort der Patienten zirka zwei Hausbesuche pro Tag. Bei einem Akutfall wird der Plan geändert und auch die Dienstzeiten können nicht immer genau eingehalten werden, denn für den Zeitaufwand gibt es keine Standards. Es kann durchaus vorkommen, dass für 5 Minuten Gespräch 1,5 Stunden Fahrzeit in einen entlegenen Ort in Kauf genommen werden. Ein anderes Mal vergehen 1,5 Stunden Beratung wie im Flug. Ein Erstbesuch dauert meistens sehr lange oder die Hilfe wird komplett abgelehnt.

Das so genannte „Brückenteam“ arbeitet von Montag bis Freitag von 08.00 bis 16.00 und das Büro ist meistens mit einem Mitarbeiter besetzt, ebenso ist immer ein Handy vorhanden, denn „in der Dienstzeit“, meinen die Damen, „erreicht man uns bestimmt irgendwo.“ Gleichzeitig beklagen sie die Lücke an den Wochenenden, denn gelitten wird 24 Stunden an 7 Tagen der Woche und Schmerzen halten sich nicht an Dienstzeiten. Zum Vergleich funktioniert in Wien das Hospiz-System bereits sehr gut und auch in Niederösterreich gibt es Reform-Projekte, aber diese Ziele sind noch Visionen.

Frau Dr. Gutdeutsch ist als Internistin im Radl-Dienst tätig und versieht statt eines Tagdienstes einmal ihren Dienst im Palliativteam. Sollte sie oder ihr Kollege einmal durch Krankheit ausfallen, während der andere auf Urlaub ist, gibt es leider keine Vertretung. Zwar könnte jeder Mediziner

Palliativarzt sein – nicht nur Internisten, aber für viele ist dieser Bereich nicht zufrieden stellend und attraktiv, weil er weder finanziell noch Ansehen mäßig Vorteile bringt. Auch gibt es keinen speziellen Titel oder eine extra Ausbildung. – Das Sterben ist eben immer noch ein Tabuthema.

In einer Klausur wird besprochen, wie an das Thema herangegangen wird. In der Regel behandelt der Stationsarzt im Krankenhaus zwar spezielle Fragen, aber das Palliativteam darf sich mehr Zeit nehmen. Die Internistin genießt es, dass sie nicht nur wenige Minuten mit einem Patienten reden darf, sondern durchaus einmal über eine Stunde mit ihm verbringen kann.

Hauptaufgabe der Sozialarbeiterin ist es, sich um die finanziellen und rechtlichen Belange zu kümmern. Sie behandelt die Ansprüche der Patienten und Angehörigen und berät in dieser Hinsicht auch die anderen Teammitglieder. Außerdem hilft sie durch Kurzinterventionen in den Familien den Betroffenen beim Abschied nehmen. Alle Mitarbeiter machen auch Nachbetreuung nach einem Todesfall. Es wird darauf geachtet, dass Patienten und Angehörige Bezugspflegepersonen haben, die nach Möglichkeit die Betreuung bis zum Sterben durchgehend übernehmen.

Da die Kassen bei der Hilfsmittelbewilligung sehr unterschiedlich agieren, fallen manche Menschen heraus und können sich die Pflege daheim nicht leisten. In derartigen Fällen erfolgt die Finanzierung mit Hilfe von Spendengeldern. Unterstützung kommt zum Beispiel vom Lionsclub oder seitens der Aktion Licht ins Dunkel. Öffentliche Träger haben ebenfalls Unterstützungsfonds. Die Damen beklagen die „3 Klassen Medizin“, denn manche bekommen einen Treppenlift – andere wiederum nicht. Manchmal verfasst die Sozialarbeiterin daher auch Begleitschreiben und interveniert bei der Kasse. Andererseits ist es eine Selbstverständlichkeit, Hilfsmittel wie Bettpfanne oder Leibstuhl zu beschaffen.

Die Begleitung kann Stunden bis eineinhalb Jahre umfassen und ist oft terminlich nicht abzusehen. – Mancher Patient kommt auch in einen stabilen Zustand und dann ist es notwendig, sich mit der Realität anzufreunden. Meist wird Hilfe aber kurzfristig benötigt und dann entscheidet das Team nach Dringlichkeit, denn es hängt von den Ressourcen ab, wie viele Personen betreut werden können. Um eine gewisse Sicherheit zu schaffen, ist ein Kriterienkatalog in Arbeit, der darüber Auskunft geben

soll, wann und warum eine Betreuung abgelehnt wird. – Mitunter kann sie in der derzeitigen Situation auch aus Ressourcengründen nicht stattfinden.

Am 1. September 2009 feierte die Organisation, die am Anfang wegen des Missbrauchs als Entlassungsmanagement auch oft abgelehnt wurde, ihren 2. Geburtstag. Leider ist nicht überall die Bereitschaft für eine Öffnung vorhanden und das Team wird manchmal sogar als abschreckend wahrgenommen.

Die einzelnen Mitarbeiter werden von einer Supervision begleitet, denn in diesem Bereich braucht man einen sehr professionellen Umgang. Es wäre sehr schlecht, von der Situation vereinnahmt zu werden. Man muss sich daher auch mit dem Schönen beschäftigen und nicht nur mit dem, was schief geht. Sie lernen mit dem Sterben umzugehen, ohne gefühllos zu werden, denn eine gewisse Empathie ist immer vorhanden.

Die Schwestern haben früher auf Stationen gearbeitet, wo oft ein Ziel gefehlt hat. Ihr jetziger Aufgabenbereich ist „vielleicht abgeschlossener“ und die Begleitung der Patienten in die vertraute Umgebung stellt eine neue Herausforderung dar. Das Mitgestalten fasziniert ebenso wie das Beistehen.

Obwohl sich niemand gerne mit dem Sterben auseinandersetzt, wird das Team in der NÖN gerne präsentiert und auch über Mundpropaganda werden die Menschen darauf aufmerksam. Die Öffentlichkeitsarbeit ist von großer Bedeutung, denn Betroffene sollen Kontakt mit dem Haus und der Palliativabteilung aufnehmen.

Meine Frage, ob der ständige Umgang mit Schwerkranken nicht deprimierend sei, beantworten die Damen unisono: „Es kommt immens viel zurück.“ Die positiven Aspekte überwiegen ihrer Meinung bei weitem und es gibt mehr Emotionen als anderswo. Auch seitens der Angehörigen wird ihnen große Anerkennung und Wertschätzung entgegengebracht. Trotz allem muss man im Palliativteam sehr emotional und auch authentisch sein und es ist verständlich, dass man im Laufe der Jahre etwas abstumpft. Ebenso darf man nie außer Acht lassen, dass die Menschen eine Geschichte haben – und das ist sehr wichtig.

Obwohl ich gleich eingangs darüber informiert wurde, dass sie nichts mit Slowaken zu tun haben – weder im Team noch als Patienten, fällt einer Gesprächspartnerin plötzlich ein, dass sie doch schon einmal mit der

Slowakei in Berührung kamen: Eine Deutsche, die in Bratislava beschäftigt war, holte ihre krebskranke Mutter zu sich. Da es dem Hainburger Team nicht möglich war, in Bratislava zu agieren, wurde die Betreuung in Österreich durchgeführt. – Aber dass diese Frau hergekommen ist, war eher die Ausnahme. Die Deutsche wollte eben die beste Behandlung für ihre Mutter und hatte sich selbst kündigt gemacht.

6.5.12 Schwester, die einmal in Hainburg tätig war

Durch Zufall lernte ich eine slowakische Diplomschwester kennen, die vor einiger Zeit in Hainburg gearbeitet hat und jetzt in einem anderen Krankenhaus ihren Dienst versieht. Die junge Dame aus Bratislava wollte verständlicherweise absolut anonym bleiben. Sie wechselte freiwillig in ein anderes niederösterreichisches Spital, weil sie aus Hainburg – wie sie selbst sagt – förmlich hinaus gemobbt wurde. Dabei erwähnt sie zwei Namen von Hainburger Schwestern, die besonders viel zu ihrer Situation beitrugen. Als Grund für ihr Hinausdrängen vermutet sie, dass sie Neues ausprobieren und viele Ideen umsetzen wollte, wogegen aber die eingesessenen Schwestern etwas hatten. Sie kann zwar nur für sich sprechen, aber mit dem Arbeits-Klima wollte sie nichts mehr zu tun haben. Genauere Details wollte sie aber nicht preisgeben.

Da sie perfekt Deutsch beherrscht, hatte die Ablehnung sicher nichts mit der Sprache zu tun. Im Gegenteil wurde in Hainburg im Dialekt geredet, dass sie die Mitarbeiter oft kaum verstand.

Jetzt hat sie zwar einen wesentlich weiteren Weg zu ihrer Arbeitsstelle, aber den nimmt sie gerne in Kauf, denn in ihrer neuen Wirkungsstätte fühlt sie sich sehr wohl. Bei 2 unmittelbar hintereinander folgenden Diensten nächtigt sie in Österreich, ansonsten fährt sie heim zu ihrer Familie.

Sie bestreitet nicht, dass auch das Geld ein Motivator ist, denn „in Österreich verdienen und in der Slowakei arbeiten, ist die optimale Lösung“.

6.5.13 OP-Führung mit einer OP-Schwester

Die Besichtigung eines der 3 Operationssäle und des aseptischen Raumes nutzte ich, um einige aktuelle Fotos zu machen, die ich den vorhandenen Bildern aus den Jahren 1983, 1989, 1999 gegenüberstellte. (→ siehe Punkt 4.4) Zur Zeit meines Besuches gab es keine Operation, sondern es waren nur 3 kleinere Eingriffe in Disposition, da an einem Freitagnachmittag üblicherweise nichts Geplantes auf dem Programm steht, sondern nur akute Fälle behandelt werden.

Ich wurde von der OP-Stationsschwester Manuela von der Damenschleuse abgeholt. Vor dem Betreten des Raumes musste ich ein Schutzgewand inklusive Haube und Mundschutz anlegen sowie meine Schuhe gegen Operationsplastikschuhe tauschen. (→ siehe Foto am Textende)

Die anwesenden Schwestern führten mich herum und zeigten mir neben dem schmalen OP-Bett einige Gerät wie beispielsweise das für minimalinvasive Eingriffe. Auch das komplizierte Computersystem wurde mir kurz beschrieben.

Im Anschluss daran ging es in den Aufwach- beziehungsweise Vorbereitungsraum sowie in die Sterilisationsräume. Das Krankenhaus verfügt über eine eigene Anlage, in der Instrumente wie beispielsweise ein Skalpell drei Stunden steril gemacht werden. Prothesen brauchen hingegen vier bis fünf Stunden, bis sie wieder hygienisch sind. Es gibt eine eigene diplomierte Schwester, die sich dann um die sterilisierten Geräte kümmert, denn alles muss unter höchsten Hygienevorschriften ablaufen.

Interessant ist auch, dass es in diesem Bereich eine ganz spezielle Klimaanlage mit besonders vielen Filtern gibt. In regelmäßigen Abständen werden Partikelmessungen vorgenommen und wie mir mitgeteilt wurde, erzielt der OP-Bereich in Hainburg ausgezeichnete Werte.

Die wenigen Minuten bis zum Eintreffen der Patienten nutzte ich, um mich speziell nach den Slowaken im OP-Team zu erkundigen. Die Schwester meinte, dass es sogar gut sei, wenn Slowaken im OP mit dabei sind, denn slowakische Patienten fühlen sich in der Ausnahmesituation sicherer, wenn jemand ihre Landessprache beherrscht. Sie hat auch nichts dagegen, wenn

die Bediensteten untereinander slowakisch sprechen, solange es sich um private Unterredungen handelt, denn „ein bisschen verstehe ich schon.“ Geht es allerdings um den Patienten, so legt sie größten Wert auf optimale Verständigung. Das heißt, so bald ein Österreicher im Raum ist, muss deutsch gesprochen werden. Andererseits gibt sie zu, dass sie in der Slowakei auch deutsch mit Österreichern reden würde.

Da es durchaus vorkommen kann, dass sich nur Slowaken bei einer Operation befinden, ist die Sprache in einem derartigen Fall egal. Mit den anderen Stationen hat sie nur in den Morgen- beziehungsweise Abendbesprechungen zu tun und daher wenig Einblick in die Thematik.

In Hainburg ist es so geregelt, dass generell immer eine OP-Schwester anwesend zu sein hat, aber in den Morgenstunden sind es selbstverständlich mehr. Pro Tag ist Schwester Manuela in etwa bei 10 Operationen eingeteilt. Gereinigt werden die Räume nach einer Operation von einer Putzfrau, aber am Wochenende müssen dies die Schwestern selbst tun.

Über ihren Beruf meint sie, dass sich eine OP-Schwester nichts Privates vornehmen darf, denn an diesem Tag hätte sie zwar um 14 Uhr Dienstschluss gehabt, aber mittlerweile war es 14.45 und es waren noch drei Eingriffe geplant. Um im OP arbeiten zu dürfen, muss eine Schwester nach der regulären Ausbildung zwei Jahre Erfahrung im OP sammeln und dann ein Jahr eine Spezialausbildung absolvieren.

Nachdem ich meine grüne Kleidung abgelegt hatte, verließ ich nicht ohne Stolz durch die Personalschleuse diesen besonderen Bereich, der nicht für jedermann zugänglich ist.



6.5.14 Gespräch mit der Klinischen Psychologin Mag. Martina Fleck im Jänner 2010



Zwischen der jungen Psychologin, Frau Mag. Martina Fleck, und mir herrschte sofort ein sehr gutes Gesprächsklima.

Zunächst skizzierte sie mir ihren Werdegang: Nachdem sie 2008 an der Universität Wien ihr Psychologiestudium abgeschlossen hatte, absolvierte sie eine klinisch- und gesundheitspsychologische Ausbildung, die ein Jahr dauerte. Schließlich wurde sie im Mai 2009 in die Liste der Klinischen Psychologen vom Bundesministerium für Gesundheit aufgenommen. Ihr Schwerpunkt während des Studiums waren der onkologische und der neurologische Bereich und sie war sowohl bei der Wiener Krebshilfe als auch am „Weißen Hof“, einem Rehabilitationszentrum bei Klosterneuburg, tätig.

Nach Beendigung ihrer Ausbildung verbrachte sie einige Wochen in Vietnam, ehe sie von einer Kollegin, die bei der Wiener Krebshilfe arbeitet, gefragt wurde, ob sie nicht „die Karenzvertretung der Karenzvertretung in Hainburg“ übernehmen wolle. Dazu muss man wissen, dass die Psychologin des Krankenhauses im Sommer 2009 ihr Baby bekommen hat und deren Karenzvertretung auch schwanger geworden war. Nach kurzer Bedenkzeit trat sie im Oktober ihren Dienst an. Ihr Vertrag läuft etwa ein bis zwei Jahre, aber ganz exakt weiß sie es nicht. Sie sieht das aber durchaus positiv, denn so jung will sie sich ohnedies noch nicht „endgültig binden“.

Nebenbei ist die in Wien lebende Frau derzeit dabei, sich im 9. Bezirk in einer Gemeinschaftspraxis, die sich 7 Psychologinnen teilen und wo sie einen Raum gemeinsam mit einer Kollegin hat, eine Existenz aufzubauen.

In Hainburg ist sie an 4 Tagen pro Woche für insgesamt 20 Stunden angestellt, wobei sie bei den Zeiten sehr flexibel ist. Mag. Fleck arbeitet auf Konsiliarbasis, das heißt, dass sie von Ärzten oder Schwestern darüber informiert wird, welcher Patient Hilfe benötigt und woran er leidet. Selbstverständlich kann sie auch von einem Patienten selbst angefordert werden. Die Zeit, die sie für jeden einzelnen Klienten braucht, kann sie sich frei einteilen.

Vor einem Gespräch stellt sie sich vor und klärt zuerst ab, ob es für den Patienten in Ordnung ist, mit ihr zu sprechen. Sie zieht es vor, mit Patienten in ihrem Raum in Kontakt zu treten, aber nötigenfalls betreut sie auch direkt am Bett. Auf der Gynäkologischen Abteilung steht ein eigener Bereich zur Verfügung.

Momentan hat sie sehr viel zu tun und findet mit der ihr zur Verfügung stehenden Zeit kaum das Auslangen. Pro Patienten benötigt sie etwa 30 bis 45 Minuten, Erstgespräche können auch länger dauern. 80% der Patienten wollen von sich aus mehr Termine – 90% würden mehr Termine brauchen. Auch den Familien bietet sie eine Einbindung an, wenn es zeitlich möglich ist. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn eine Frau unheilbar an Krebs erkrankt ist und der Partner fortwährend bei ihr sitzt, dann kümmert sie sich auch um diesen.

Ihr Vorgesetzter ist der ärztliche Direktor, ansonsten ist sie keinem Primar und keinem Oberarzt unterstellt. Die meisten Kontakte hat sie zum Personal der Internen Abteilung, weil sie dort stationiert ist, aber auch bei der Krisenintervention benötigt wird. Zu den Chirurgen und Gynäkologen hat sie eher weniger Verbindung. Etwa 10% ihrer Zeit verbringt sie auf der Gynäkologie, wo sie vorwiegend Frauen betreut, die einen Abortus hatten und unter dem Verlust des Ungeborenen leiden. Ebenso gehören Bulimie und Schwangerschaftskomplikationen zu ihrem Tätigkeitsbereich. Erst einmal hatte sie in Hainburg mit Wochenbettdepressionen zu tun. Auf der Chirurgie wird sie von jenen Patienten kontaktiert, die auch interne Probleme haben. Das bedarf etwa 20% ihrer Zeit.

Auf der Internen Abteilung, wo die Menschen oft schon recht betagt sind, kommt sie am häufigsten zum Einsatz, aber nicht, wie man vermuten könnte, hauptsächlich bei Krebserkrankungen, weit öfter sind es Schwindel, Bluthochdruck oder ein schlechter Allgemeinzustand, worunter die Patienten leiden.

Sie hilft auch, wenn körperliche Symptome vorhanden sind, die durch psychische Belastungen ausgelöst werden. Oft gehen Patienten mit Beschwerden wie Bluthochdruck, Bauchschmerzen oder Schweißausbrüchen „Doktorshopping“, was bedeutet, dass sie hoffen, dass ihnen irgendein Arzt helfen kann. Aber in Wahrheit steckt ein psychologisches Problem dahinter. Je schwerer sich jemand dabei tut, sein Leben zu verändern, desto mehr Zeit muss sie sich für die Gespräche nehmen. Wichtig ist es, die Lebensgeschichte und die Umstände der Betroffenen zu kennen, denn dadurch ist es leichter möglich, Strategien zu erarbeiten, welche das Hier und Jetzt verbessern. Bei Angst und Depressionen gibt es spezielle Entspannungsverfahren wie zum Beispiel „Progressive Muskelentspannung“, die sie 15 bis 20 Minuten lehrt, damit man die Übungen im Anschluss selbst durchführen kann.

Bei Interesse bekommen die Patienten Kontaktadressen, um sich nach der Entlassung ambulant weiterbetreuen zu lassen.

An die Psychologin wenden sich auch Slowaken, aber sie meint, dass sie „ganz schlecht beim Checken, welche Nation das wirklich ist“, sei. Die meisten Patienten würden nämlich perfekt Deutsch sprechen. Einmal hatte sie mit einer türkischen Patientin zu tun, die gleich zehn Verwandte in das Gespräch eingebunden hatte, die alle durcheinander riefen. Ein nicht deutsch sprechender Patient wurde ihr noch nie zugewiesen. Wie diese zu betreuen sind, kann sie sich schwer vorstellen und sie glaubt, dass es da schon zu einem Kommunikationsproblem kommen könnte. Mit einem Dolmetsch hat sie noch nie gearbeitet. Bei sensiblen Themen könnte es durchaus sein, dass eine Botschaft beim Empfänger über das Medium anders ankommt, als es der Sender gemeint hat. Daher wäre ein Unparteiischer notwendig, denn unter Familienmitgliedern ist das schwierig.

Hauptsächlich hat sie – wie bereits erwähnt – mit dem internen Personal zu tun und von den anderen Stationen eher mit den Turnusärzten

und den Schwestern. Sie nimmt auch an der internen Teambesprechung teil und hat so guten Kontakt zu allen Mitarbeitern. Sie kann natürlich in die Akten einsehen, aber Hintergrundinformationen erfährt sie dann doch gerne direkt von den Stationsärzten.

Abschließend erwähnt sie noch, dass sie mit den Kolleginnen des Palliativteams besonders zusammenarbeitet und diese mit Tipps unterstützt. Auch mit Alkoholismus und Suizidversuchen beschäftigt sie sich. – Und besonders da bindet sie die Familien ein.

Die junge Psychologin meint zum Schluss, dass ihr das Gespräch Spaß gemacht und sie zum Reflektieren angeregt hat. Sie ist mit ihrer momentanen Situation „sehr glücklich“ und sie meint, dass ich das als Schlusssatz schreiben könne.

Beim Gehen übergab sie mir noch ihre Broschüre aus einem öffentlich zugänglichen Fach vor der Tür zu ihrem Raum.⁴⁷ Darin findet der Leser Informationen über alle Bereiche, welche von der Psychologin abgedeckt werden sowie die Kontaktadresse.

6.6 Patientengespräche

Um einen Vergleich zwischen der geburtshilflichen Situation in der Slowakei und Österreich herzustellen, suchte ich das Gespräch mit Frauen, welche vor mehr als 20 Jahren bzw. erst vor kurzem in einem der beiden Länder entbunden haben. Weiters ließ ich mir von einigen Patienten deren persönliche Erfahrungen im Hainburger Krankenhaus schildern und diese fielen – so viel sei vorweggenommen – sehr ehrlich aus.

6.6.1 Juni 2009: Gespräch mit einer Frau, die vor mehr als 20 Jahren in der Slowakei entbunden hat

Am 28. Juni 2009 hatte ich Gelegenheit, mit einer slowakischen Mutter zu sprechen, die in ihrem Heimatland vor 29 beziehungsweise 21 Jahren entbunden hat. Es fällt dabei immer wieder das Wort „hrozne“ – was

⁴⁷ Vgl. Fleck, Martina, Beratung und Behandlung. Psychologische Betreuung im Landeskrankenhaus Hainburg.

auf Deutsch so viel wie „schrecklich“ bedeutet. Auch der Vater der beiden Töchter ist bei meinem Interview anwesend und eigenartigerweise relativiert er viele Dinge oder kann sich nicht mehr wirklich an Einzelheiten erinnern. Vage Erinnerungen tauchen aber dann doch nach und nach bei ihm auf. Bei der Frau erweckt der Gedanke an die „slowakische“ Geburt heute noch immer unangenehme Gefühle.

Das erste Kind der beiden wurde in der ungefähr 100 Kilometer von Bratislava entfernten Stadt Nové Sámky geboren. Die zweite Entbindung fand in einer kleinen Klinik in Bratislava statt. Dieses Spital, an dessen Namen sich die Familie nicht mehr erinnern kann, ist mittlerweile geschlossen. Die Mutter meint, dass es zwischen den beiden Geburtenstationen und den 8 Jahren Zeitdifferenz keine Unterschiede in Ausstattung und Pflege gab, denn beide Häuser waren alt.

Wir besprechen ausführlich die Geburt im Krankenhaus von Bratislava. Auf der gesamten Gynäkologie gab es 40 Betten und es wurde nicht nach Allgemeiner Gynäkologie und Geburtshilfe getrennt. Auch wurde das heute meist standardmäßige „Rooming-in“ nicht angeboten und die Neugeborenen durften nicht – wie heute in Hainburg üblich – bei der Mutter bleiben.

In jedem Zimmer lagen etwa fünf Mütter und die Neugeborenen waren extra im Kinderzimmer aufgehoben. Alle drei Stunden wurden sie den Müttern zum Stillen gebracht und dann wieder entfernt. Es ist unglaublich, dass sie ihr Kind erst sechs Stunden nach der Geburt zum ersten Mal zu Gesicht bekam und eigentlich nicht wusste, wie es dem Baby erging. Das war wieder einmal „hrozne“ für sie. „Extraklasse“ gab es nicht. Erneut versucht der Vater abzuschwächen, aber die Mutter bleibt bei ihrer Meinung.

Auch das Essen war immer schrecklich – nichts war gut. Zu trinken gab es nur Tee, der auch fürchterlich schmeckte. So grauenhaft, dass sie bis heute keinen Tee mehr hinunter bekommt. Wieder wirft der Vater ein, dass alles nur subjektiv sei, aber die Mutter bekräftigt, dass es auch bei ihren Freundinnen nicht anders gewesen sei. Immer wieder kommen ihr fast die Tränen, wenn sie darüber spricht. Ihr Mann brachte ihr Kakao (in Nové Sámky), um ein bisschen heimelige Stimmung aufkommen zu lassen. Natürlich nicht ins Zimmer, sondern nur in einen gemeinsamen

Aufenthaltsraum. Acht Tage dauerte der Spitalsaufenthalt, da es ihr gesundheitlich nicht gut ging. Das Kind war zwar wohlauf, durfte aber trotzdem in der Klinik bleiben.

Immer wieder betont die Frau, dass der Vater nicht bei der Geburt dabei sein durfte. Dieser Umstand hat sich inzwischen geändert, denn von Bekannten weiß sie, dass das heute in der Slowakei schon möglich ist. Auch die Zwei-Klassen-Medizin gab es nicht. Alle waren gleich und wurden nach einem Schema behandelt.

Die slowakischen Schwestern hatten in meinen Interviews immer wieder durchklingen lassen, dass es in der Slowakei schmutzig gewesen sei und die Hygiene nicht unbedingt den Standards entsprach. Meine Gesprächspartnerin hingegen behauptet, dass alles rein und ordentlich war. Auch das Bad, das sich 40 Frauen am Gang teilen mussten und in dem es drei bis vier Duschen gab, beurteilt sie mit „hygiena bola dobrá.“ – also die Hygiene war gut. Gut, aber alt, könnte man laut ihrer Beschreibung den Zustand beurteilen.

Alleine aufstehen war verpönt. Immer war eine Schwester dabei, egal ob man ins Bad oder auf das WC wollte. Auch das Essen wurde ans Bett gebracht und man konnte es nicht an einem Tisch einnehmen. Besuche waren generell nicht erlaubt und der Vater durfte das Kind in Nové Sámky wenigstens durch eine Fensterscheibe bewundern, während er in Bratislava sein Neugeborenes erst beim Nachhause holen der Mutter erstmals zu Gesicht bekam. Nicht einmal, als es der Mutter schlecht ging und sie sich nicht um das Baby kümmern konnte, durfte er zu seinem Kind. Es waren ja Schwestern da, die sich um alles kümmerten. Als Gründe für diese Maßnahme wurden die Hygiene und die drohende Ansteckungsgefahr genannt. Höhepunkt der Schilderung ist, dass der Ehemann in Bratislava seine Gattin nur durch die Tür sehen durfte. – Dieses Schmankerl hob sich die Familie bis zu Schluss auf, um es mir zu erzählen.

6.6.2 August 2009: Gespräch mit einer Frau, die vor 26 Jahren in Hainburg entbunden hat

Im Vergleich zur damaligen Situation, die mir von der Slowakin geschildert wurde, muss aus heutiger Sicht eine Geburt in Hainburg eine Wohltat gewesen sein.

Die Frau, die vor mehr als einem viertel Jahrhundert in Hainburg entband, hatte als Klassepatientin „zum Glück“ ein Zweibettzimmer. Diese intime Atmosphäre war ihr besonders wichtig, zumal sie dadurch ihr Baby den ganzen Tag über bei sich haben durfte, was damals noch nicht Standard war. Da ihr Mann während der Geburt bei ihr bleiben durfte, war es alles in allem ein wunderschönes Erlebnis für beide. Besonders erinnert sie sich an das gemeinsame Frühstück noch im Kreißsaal, weil sie nach den Strapazen ungemein hungrig war.

Obwohl sie damals mit dem Schlagwort „sanfte Geburt“ noch nicht viel anfangen konnte, empfand sie die Entbindung ihrer Tochter rückblickend gesehen als eine solche. Besonders beeindruckte sie das gedämpfte Licht und die ruhige, entspannte Atmosphäre. Sie war froh, dass das Kind mitten in der Nacht das Licht der Welt erblickte und sie die einzige Gebärende war, denn schließlich gab es nur einen Kreißsaal. Die Hebamme kümmerte sich nur um sie und die Anwesenheit des Gatten gab ihr Sicherheit. Eine andere Schwester massierte ihr den Rücken und sie fühlte sich sehr geborgen.

Nach der Geburt, die komplikationslos verlief, wurde das Kind sofort angelegt und hat auch getrunken. Während die Hebamme und der in der Schlussphase anwesende Arzt die Mutter versorgten, kümmerte sich der Vater gemeinsam mit einer Schwester um das Baby, wodurch sofort eine Beziehung aufgebaut wurde.

Wie erwähnt, gab es nur einen Kreißsaal und hätte eine andere Frau gleichzeitig entbunden, so wären sie nur durch einen Paravent getrennt gewesen. Da ihr Zimmer schräg vis a vis vom Kreißsaal lag, bekam sie an den folgenden Tagen natürlich einiges mit. So erzählt sie mir von einer Türkin, die bei der Entbindung derart laut geschrien hat, dass sie selbst zugibt: „Wenn ich mein Kind noch nicht gehabt hätte, wäre ich auf und davon gelaufen, weil mir dieses Spektakel derart Angst machte“

„Rooming-in“ und „Väter bei der Geburt“ steckten damals zwar noch in den Kinderschuhen, aber sie durfte alles erleben. Besuche konnten im Zimmer empfangen werden, allerdings gab sie das Baby dann ins Kinderzimmer, weil gerade Grippezeit war.

Lag man nicht auf der Sonderklasse, so durfte man zwar Besuche im Zimmer empfangen, aber das Kind wurde nur zum Trinken gebracht.

Neben allen positiven Aspekten gab es auch einige Kritikpunkt, wie etwa die Hygiene in der einzigen Gemeinschaftsdusche am Gang, die durch die Benützung durch mehrere Wöchnerinnen nicht gerade appetitlich sauber war. So musste sie zeitig in der Früh duschen gehen, um nicht „in den Genuss“ der verunreinigten Brause zu kommen. Als Stillende hatte sie den Tipp bekommen, nichts Blähendes zu essen, aber im Spital nahm man bei der Speiseauswahl darauf überhaupt keine Rücksicht, wobei sie als Klassepatientin eine gewisse Speisenauswahl treffen konnte.

Dass die Geburt für die damaligen Verhältnisse ein so tolles Erlebnis war, verdankt sie ihrer Erinnerung nach einzig der heutigen Chefhebamme Edith, die es damals mit großem Engagement wagte, neue Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen.

Eigentlich hätte die Frau gar nicht in Hainburg entbinden wollen, da sie während der Schwangerschaft in Wien betreut wurde, aber der Dezember war ihr verkehrstechnisch zu riskant. Sie hat ihre Entscheidung schlussendlich aber nicht bereut und im Endeffekt würde sie sich auch heute wieder für Hainburg entscheiden.

6.6.3 Zwei Gespräche mit jungen Müttern aus der Slowakei, die in der Slowakei entbunden haben

Das Gespräch mit einer jungen Frau aus der Slowakei war für mich besonders interessant, weil es sich um eine Schwangere handelte, die ihr erstes Kind in der Slowakei entbunden hat und das zweite in Hainburg bekommen wird. Sie lässt sich von einem Arzt in Österreich betreuen, weil hier alles „ganz einfach besser ist“.

Bei der ersten Geburt vor zirka drei Jahren lag sie in der Slowakei in einem Standardzimmer, welches über mehrere Betten verfügte. Das

gemeinsame Bad und WC am Gang mussten sich die Patientinnen teilen. – Somit hat sich diesbezüglich gegenüber den letzten 20 Jahren nichts geändert. Selbstverständlich gibt es auch Zweibettzimmern mit Bad und WC, die mit unseren Klassezimmern vergleichbar sind. Über die hygienischen Zustände äußerte sie sich zunächst nicht.

Erwähnenswert ist, dass die Väter mittlerweile auch in der Slowakei bei der Geburt dabei sein dürfen, aber das ist noch nicht so eine Selbstverständlichkeit wie in Österreich. Außerdem mussten 500 Kronen bezahlt werden und in einigen Spitälern ist es sogar Pflicht, dass man eine Vorbereitung absolviert.

Generell beträgt die Krankenhausaufenthaltsdauer nach einer „natürlichen“ Geburt vier bis fünf Tage. Nach einem Kaiserschnitt verlängert sie sich auf sechs bis sieben Tage. In der Slowakei ist eine Nachbetreuung durch den Kinderarzt üblich, der die Eltern nach zirka zwei bis drei Wochen daheim aufsucht.

Schließlich sprach die werdende Mutter doch noch über den „normalen Standard“ in der Slowakei, der punkto Sauberkeit, Hygiene oder Verpflegung nicht an die österreichischen Verhältnisse herankommt. Auch was die Besuchszeiten betrifft, ist man in der Slowakei wesentlich weniger liberal als in Österreich. Nach einem Kaiserschnitt darf der Vater ab dem ersten Tag im Zimmer empfangen werden, aber er muss sterile Kleidung tragen. Sonst darf man die Mutter nicht im Zimmer besuchen, sondern man trifft auf dem Gang zusammen – natürlich ohne Kind – denn dieses darf man nur durch eine Fensterscheibe sehen.

Deswegen hat sie sich auch für Hainburg entschieden, weil eine Behandlung in der Slowakei, die über den Standard hinausgeht, auch privat bezahlt werden muss und da investiert sie lieber das Geld in ein Krankenhaus ihrer Wahl. Dass nur relativ wenige Slowakinnen die Möglichkeit einer Entbindung in Hainburg nutzen, liegt ihrer Meinung nach vor allem an der fehlenden Information. Außerdem ist es auch eine finanzielle Angelegenheit, da die Krankenhauskosten in Österreich höher sind als eine „Überstandard“ – Behandlung in der Slowakei.

An Hand dieses Gespräches kann man erkennen, dass es in nur 15 Kilometern Entfernung doch wesentliche Unterschiede auf dem medizinischen Sektor – konkret in der Geburtshilfe – zu Österreich gibt.

Eine weitere junge Slowakin schilderte mir ihre Erfahrungen, die sie im gröſsten Spital von Bratislava, dem Kramare-Nemocnica Akademika Ladislava Derera, gemacht hat. Sie brachte dort im Frühjahr 2009 ihr Kind zur Welt und kann über ihren Spitalsaufenthalt nur sagen, dass sie generell sehr zufrieden war. Die Ärzte und Schwestern waren nett und hilfsbereit und die Atmosphère angenehm und ruhig.

Aber wie auch in Österreich, gibt es in der Slowakei die Klassenmedizin. Das Zimmer der jungen Frau lag im „Luxus-Teil“ der Entbindungsstation, wo es nur Einbett- oder Doppelzimmer gibt und das kostet natürlich. ber die Standardzimmer kann sie keine Auskunft geben, weil sie damit nichts zu tun hatte. Ihr Zimmer war jedenfalls sehr sauber, hatte ein eigenes Bad und WC und war modern eingerichtet. Außerdem verfügte es neben einem Fernseher auch über einen Internet-Anschluss. Der Standard in den Einzelzimmern kann – soweit sie das zu beurteilen vermag – dem eines normalen sterreichischen Zimmers entsprechen. Aber es ist ein Glücksspiel, dass man eines der begehrten Einbettzimmer bekommt, weil die Bettenanzahl auf der „Luxusstation“ limitiert ist.

Kurios ist allerdings, dass auf Grund der generell schlechten Situation im slowakischen Gesundheitswesen die Entbindende vieles selbst mitnehmen muss, was in einem sterreichischen Krankenhaus Standard ist – so zum Beispiel Windeln für das Baby.

Welche Angebote den Frauen im Entbindungsraum zur Verfügung stehen, weiß sie nicht, da sie einen Kaiserschnitt hatte. Dieser wurde nicht auf besonderen Wunsch durchgeführt, sondern weil es schon im Vorhinein zu Komplikationen gekommen war. Bei einer natürlichen Geburt darf der Vater anwesend sein, beim Kaiserschnitt wartet er im Nebenraum, wo dann nach der Operation das Baby betreut und untersucht wird, während die Frau fertig versorgt wird. Generell dauert der Krankenhausaufenthalt 4 bis 5 Tage. Besuche dürfen nur in Einzelzimmern empfangen werden, für die anderen Frauen besteht die Möglichkeit, die Besucher am Gang zu treffen.

Dem österreichischen Mutter-Kind-Pass entspricht in der Slowakei eine Art „Schwangerschafts-Buch“, in das Untersuchungen und dergleichen eingetragen werden. Es ist auch vorgesehen, dass Mutter und Kind zu bestimmten Terminen zum Gynäkologen und Kinderarzt vorgeladen werden, damit die nötigen Untersuchungen und Impfungen durchgeführt werden können.

Obwohl sie einen österreichischen Gynäkologen kennt, hat sie aus finanziellen Gründen nicht in Hainburg entbunden. Zwar muss man auch in der Slowakei für Extras bezahlen, aber das ist noch immer wesentlich günstiger und erschwinglicher als in Hainburg, wo überhaupt kein Versicherungsabkommen herrscht.

6.6.4 Oktober 2009: Gespräch mit einer Mutter aus der Slowakei, die in Hainburg natürlich entbunden hat

Für dieses Gespräch konnte ich eine junge Frau aus der Slowakei gewinnen, die sich für Hainburg entschieden hatte, weil das Krankenhaus in Bratislava einen guten Ruf genießt. Außerdem hatte sie auch von anderen Ausländerinnen gehört, dass sie nach Hainburg gehen, wenn sie entbinden wollen oder gesundheitliche Probleme haben.

Mit dem Angebot auf der Gynäkologie (zum Beispiel Wanne zur Entspannung), war sie sehr zufrieden. Es wurden ihr mehrere Geburtsvarianten angeboten und sie probierte auch Verschiedenes aus, denn sie hatte absolute Entscheidungsfreiheit.

Meine Frage, ob es für sie immer klar war, dass es eine natürliche Geburt werden sollte, beantwortete sie folgendermaßen: „Ich hätte auch einen Kaiserschnitt in Erwägung gezogen, aber nur, wenn es für das Baby notwendig gewesen wäre.“ Die natürliche Geburt empfand sie als ein durchaus positives Erlebnis und die Schmerzen waren erträglich. Daher würde sie sich bei der Geburt ihres nächsten Kindes wieder für eine natürliche Geburt entscheiden, „sofern es keine Komplikationen gibt“.

Generell kann sie über das Geburtsteam in Hainburg sagen, dass auf alle ihre Wünsche eingegangen wurde und dass sie mit allem sehr zufrieden war.

6.6.5 September 2009: Gespräch mit einer Frau aus der Slowakei, die mit Wunschkaiserschnitt in Hainburg entbunden hat

Auf die Frage nach den Beweggründen für einen Wunschkaiserschnitt im Hainburger Krankenhaus erfuhr ich von einer Slowakin kurz nach der Geburt folgendes:

Sie hatte sich für Hainburg wegen der Nähe zu ihrer Heimatstadt Bratislava entschieden. Außerdem war ihr das Krankenhaus mittels Mundpropaganda empfohlen worden und ihre Bekannten und Freundinnen wussten nur Positives über die Geburtsstation zu berichten. Grund für den Wunschkaiserschnitt war einerseits ihr Alter von 33 Jahren und andererseits beschreibt sie sich selbst als eher furchtsam, sodass sie sowohl große Angst vor einer langen Geburt hatte als auch davor, dass es zu Komplikationen für ihr Baby kommen könnte.

Ganz ehrlich meint sie, dass sie sich wegen der doch sehr hohen Kosten wahrscheinlich keinen Wunschkaiserschnitt mehr in Hainburg machen lassen würde. Da es in der Slowakei in einem öffentlichen Krankenhaus aber diese Alternative nicht gibt, würde sie sich für Hainburg entscheiden, wenn es ein bisschen günstiger wäre.

Da die Dame bereits entbunden hatte, konnte sie mir auch ihre Erfahrungen bei der Kaiserschnittgeburt schildern. Alles in allem war sie damit sehr zufrieden und auch ihrem Kind geht es gut. Es kam zu keinerlei Komplikationen und bereits wenige Tage nach der Geburt hatte sie keine Schmerzen mehr. Ob sie sich wieder für einen Kaiserschnitt entscheiden würde, weiß sie jetzt noch nicht sicher, aber wahrscheinlich würde sie wieder diese Art der Geburt wählen.

Da in Hainburg viele Slowakinnen und Slowaken arbeiten, lag die Frage auf der Hand, ob sie das Krankenhaus auch in Anspruch genommen hätte, wenn der Arzt oder die Schwestern nicht aus der Slowakei gewesen wären. Dazu meint sie, dass, egal aus welchem Land das Personal war, alle sehr nett und hilfsbereit waren, ganz gleichgültig, ob es sich um Österreicher oder Slowaken gehandelt hat. Besonders schätzte sie, dass sie während einer derart schwierigen Situation ihre Muttersprache benutzen konnte. Das

hat für sie bei der Entscheidung für das Krankenhaus auch eine wichtige Rolle gespielt und in einem Nachsatz meint sie: „Es war vielleicht die entscheidende Rolle.“

6.6.6 September 2009: Frau aus der Slowakei, die eine andere Nationalität hat (Russland)

Da die erfolgreiche Geschäftsfrau russischer Herkunft, die in Bratislava lebt, mit den Finanzen keine Probleme hat, kann sie sich in der Slowakei die beste Versorgung leisten. Vor einer medizinischen Behandlung besichtigte sie daher einige Krankenhäuser in Bratislava, die sie aber nicht überzeugen konnten. Also besuchte sie mit ihrem Mann das Hainburger Spital. Der Hauptgrund, warum sie schlussendlich das Grenzspital gewählt hat, ist mit Sicherheit der bessere hygienische Standard. – „Der hat die größte Rolle gespielt“, meinte sie. Über die anderen Gründe ließ sie sich dann nicht näher aus.

Auf Hainburg wurde sie aufmerksam, da es in ihrem Bekanntenkreis in der Slowakei (in der Wirtschaftsbranche tätige Geschäftsleute, zumeist keine Slowaken) einige Personen gibt, die sich bereits in Hainburg behandeln ließen und eine Empfehlung dafür abgaben.

Generell meint sie, dass private Ordinationen in der Slowakei modern und auch punkto Hygiene in Ordnung seien, die öffentlichen Spitäler diesbezüglich mitunter aber Mängel aufweisen würden. – Bevor sie sich daher eine private Behandlung in der Slowakei leistete, die nicht wesentlich billiger gewesen wäre, suchte sie gleich Hainburg auf.

Im Nachhinein kann sie sagen, dass ihre Erfahrungen in Hainburg sehr positiv waren und sie den Entschluss, sich im Landesklinikum behandeln zu lassen, nicht bereut hat. Personell hat alles gut geklappt und sie kommt wieder auf ihr Lieblingskriterium zurück: „Hygienisch hat alles gut funktioniert.“

Dem slowakischen Personal in Hainburg stellt sie ein gutes Zeugnis aus und meint, dass in ihrem Fall alle Ärzte und Schwestern, egal welcher Nation, fachlich und menschlich sehr gut waren und sie keine Unterschiede erkennen konnte, von wem sie gerade betreut wurde.

6.6.7 Gespräch mit Frau N.N. im August 2009

Neben meiner Erhebungen mittels anonymer Fragebögen bat ich einige ehemalige Patienten und Patientinnen in einem persönlichen Gespräch um ihre individuelle Geschichte im Zusammenhang mit dem Krankenhaus Hainburg.

So unterhielt ich mich unter anderem mit Frau N.N., die sich im Frühjahr 2009 einer Unterleibsoperation unterziehen musste. „Ich wurde aufgeblasen und bekam 3 Löcher in den Bauch“, begann sie ihre Schilderung und man merkte welche Emotionen noch immer vorhanden waren. Wie ihre Operation hieß, wusste sie nicht mehr – ganz einfach „aufgepumpt mit Kohlensäure und eine Zyste entfernt, aber ohne Schnitte.“ Also „laparoskopisch“, sagte ich.

Eigentlich war alles Routine. Sie wurde an einem Sonntagabend aufgenommen und erhielt für Montag 9 Uhr einen Termin. Da sie – wie ich im Zuge des Gesprächs erfuhr – generell Angst vor Operationen hat, vereinbarte sie, dass sie um 8 Uhr ein Beruhigungsmittel erhalten würde. Zu dem kam es aber nicht.

Die Patientin vor ihr war nämlich ausgefallen und so holte man sie bereits um 07.30 zur Operation ab. Frau N.N. wurde in den Vorbereitungsraum gebracht und war sehr aufgeregt. – „Eine Operation ist schließlich ein einschneidendes Erlebnis“, fügt sie aufgebracht hinzu. Im OP wurde sie von der Operateurin begrüßt und zur gleichen Zeit vom Personal, das hinter ihr stand, angesprochen. Während der Anästhesist noch mit ihr redete wurde sie auch schon angeschnallt. Zu guter Letzt wurden ihr die Beine auch noch bei vollem Bewusstsein aufgestellt. Von diesem Zeitpunkt an kam sich die Frau nur mehr hilflos und ausgeliefert vor. Zwar hatte sie schon einen Venflon, aber der Narkosearzt und der „Anschnaller“ redeten weiter auf sie ein. Sie geriet in Panik, wollte nichts mehr hören und nichts mehr sehen. Das bemerkte auch der Anästhesist und er leitete sofort die Narkose ein. Die Operation verlief dann zum Glück problemlos.

Dass sie vorab kein Beruhigungsmittel bekommen hatte, war ihrer Meinung „eindeutig die Schuld vom Krankenhaus“. Sie spricht immer wieder

davon, dass sie überfordert war, weil sie so früh an die Reihe kam. Schließlich war sie gefragt worden, ob sie eine Beruhigung brauche oder nicht und dann hatte sie diese erst recht nicht bekommen.

Wie sich im Verlauf des Gesprächs herausstellte, musste sie sich vor vielen Jahren im Krankenhaus einer Operation unterziehen. Damals hatte sie selbst ein kleines Kind und kam erst am Morgen der Operation in das Krankenhaus. Als sie in den OP gebracht wurde, trug ein Gehilfe ein Mädchen aus dem Aufwachzimmer, welches nur eine Zahn-OP gehabt hatte, wie sie später erfuhr. Das Kind war schlaff und dieser Anblick war für Frau N.N. so dramatisch, dass sie seither immer noch panisch reagiert. – Dass sie Derartiges mit ansehen musste, war damals für sie ebenfalls die Schuld des Krankenhauses gewesen. Aber wie sie meint, „kann man das nicht verallgemeinern“. Zwar konnte sie der OP-Diener beruhigen, aber das Trauma blieb und sie kann ihre Gefühle diesbezüglich seither nicht mehr kontrollieren. Obwohl seit dem Vorfall 28 Jahren vergangen sind, reagiert sie immer noch so und alles, was unnatürlich ist, ruft bei ihr eine schreckliche Reaktion hervor.

Der Anästhesist, ein Slowake, der das Vorgespräch mit ihr geführt hatte, machte einen vertrauenswürdigen Eindruck auf sie. Generell ist ihr aber die Nationalität komplett egal, weil es ihr allein auf den Menschen ankommt. In dem aktuellen Fall hat der Narkotiseur am besten gehandelt, denn als er sie leiden sah, versetzte er sie sofort in einen Tiefschlaf.

Abgesehen von diesem Vorfall fühlte sie sich während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus sehr wohl. Sie hatte ein Vierbettzimmer, in dem sie drei Nächte allein lag. Außerdem ließ man ihr alle Freiheit und sie war pausenlos im Haus unterwegs. Dann erzählt sie mir noch von einer prekären Situation, die allerdings durch ihr eigenes Verschulden entstand: Nach der Operation waren ihr Sohn und ihre Schwiegermutter zu Besuch und am Nachmittag kam ihr Mann, der sie im Rollstuhl spazieren führte. Nachdem der Mann gegangen war, wurde ihr langweilig. Die Schwester meinte, dass sie tun könne, was sie wolle, sofern sie sich dazu fähig fühlen würde. Also machte sich die Raucherin auf in das Raucherzimmer. Plötzlich begann sie Sterne zu sehen und bekam einen Kreislaufzusammenbruch. Sie dämpfte ab und verließ fluchtartig den Raum – zum Glück stand vor der Tür

ein Rollstuhl, in dem sie zusammensank. Nachdem es ihr wieder besser ging, kehrte sie schleunig in ihr Zimmer zurück. Sie legte sich ins Bett und wagte es nicht, sich zu bewegen. Da es ihr nach der Operation gesundheitlich so gut gegangen war, hatte sie die Vollnarkose komplett vergessen.

Über das Landeskrankenhaus kann sie nichts Negatives sagen und speziell auf der Gynäkologie findet sie alles super, denn dort trifft man vor allem Gebärende und Frauen, die nur kleinere Eingriffe haben und meistens keine Schwerkranken. Ihre Besucher konnte sie zum Ausgang begleiten und als man sie einmal benötigte, wurde sie ausgerufen, was sie als sehr angenehm empfand.

Vor kurzer Zeit wurde ihre Enkelin ambulant behandelt, weil sie sich das Handgelenk gebrochen hatte. Auch in diesem Fall kümmerte man sich sehr um das Mädchen. Es wurde immer wieder geröntgt, um eine optimale Versorgung zu bekommen.

Auf meine Frage, ob sie Österreicher oder Slowaken in der Medizin bevorzuge, meinte sie, dass Menschen etwas für Menschen tun müssen. Es handelt sich um eine Dienstleistung, wo sich jeder bemüht, so gute Arbeit wie nur möglich zu leisten. Medizinisch hatte sie keine einzige Negativerfahrung zu verbuchen, aber generell hält sie zu den Slowaken, denn für sie ist es keine Frage der Nation, sondern des Menschen.

Benoten würde sie das Landeskrankenhaus mit einem „guter Durchschnitt“, was sie dann aber zu einem „guten Gut“ revidierte. Die Betreuung auf der Gynäkologie empfand sie als absolut in Ordnung und sie empfiehlt jedem, sich dort behandeln zu lassen.

6.6.8 Gespräch mit Frau N.N. im September 2009

Frau N.N. ist zwar eine körperlich betagte Dame, aber für ihre 83 Jahre noch durchaus geistig fit. Ihre ganz persönliche Geschichte liegt bereits 10 Jahre zurück.

Wegen extrem starker Hüftschmerzen musste sie zahlreiche Tabletten schlucken, die ihren Magen arg belasteten und sich negativ auf ihren

Gesamtgesundheitszustand auswirkten. Für den Notfall hatte sie daher vom Hausarzt eine Einweisung ins Krankenhaus in der Tasche.

Da sich während eines Aufenthaltes bei ihrer Tochter im Bezirk Bruck an der Leitha der Zustand dramatisch verschlimmerte, brachte die berufstätige Tochter ihre aus einem anderen niederösterreichischen Bezirk stammende Mutter an einem Samstagvormittag ins Krankenhaus Hainburg, wo sie erstversorgt wurde. Am Montag musste die Tochter wieder zur Arbeit und wähnte sich in Sicherheit, dass ihrer Mutter eine optimale Behandlung bekommen würde. Dem war aber nicht so, denn während die junge Frau arbeitete, wurde die Patientin mit der Rettung nach Hause geschickt und vor der Haustür der Schwiegermutter ihrer Tochter abgesetzt.

Von dieser Schilderung negativ überrascht, fragte ich nach genaueren Details nach. Das Procedere sah folgendermaßen aus: Im Krankenhaus wurde sie wegen der Symptome auf der Chirurgie aufgenommen. Da Wochenende war, passierte außer der Grundversorgung nichts. Allerdings kam am Montag der von vielen Schwestern bereits negativ erwähnte slowakische Doktor D. zur Visite. Da die Frau einen anderen Wohnort hatte, der nicht dem Bezirk zuzuordnen war, meinte er: „Da wird was gespielt!“, und entließ somit die Frau voller Schmerzen. Da sie zu schwach war, um sich zu wehren, ließ sie widerstandslos alles über sich ergehen.

Die Tochter vereinbarte in der Folge einen Termin bei einem Wiener Privatarzt, der eine Art Medikamentenvergiftung feststellte, verursacht durch die Einnahme von Schmerzmitteln. Diese Probleme hatte aber der Spitalsarzt nicht ernst genommen und sie daher unverrichteter Dinge entlassen.

Die Frau musste die Tabletten einige Tage absetzen, bekam dann sofort eine neue Hüfte und ihr Zustand verbesserte sich schlagartig. An das Hainburger Krankenhaus hat sie noch immer schlechte Erinnerungen und aus diesem Vorfall resultiert auch ihre Skepsis slowakischen Ärzten gegenüber. Von der Tochter erfuhr ich, dass die alte Frau immer wieder diese Geschichte erzählt.

Als ich der Betroffenen verriet, dass sich auch viele Schwestern über die ruppige Art des Mediziners bei mir beklagt haben, spürte ich ihre Freude darüber.

Ins Hainburger Krankenhaus würde sie dennoch nicht mehr gehen, denn es könnte ja wieder ein Slowake „so grauslich“ zu ihr sein. Dass ich eine besondere Affinität zur Slowakei und zum Krankenhaus habe, findet die Dame erschreckend. Meine Aufklärungsversuche, dass nicht alle Slowaken so sind, fallen bei ihr nicht auf fruchtbaren Boden.

Durch solche bösen Zwischenfälle können die Slowaken und auch das Krankenhaus in Misskredit geraten. Allerdings ist dazu ein oftmals genannter Satz zu sagen: „Es kommt auf den Menschen an, nicht auf die Nationen.“ Aber das ist einem alten Menschen eben nur schwer zu vermitteln.

6.6.9 Gespräch mit Herrn N.N. im September 2009

Aber auch genau das Gegenteil zu der oben erwähnten Geschichte kann der Fall sein – nämlich die Begeisterung über einen kompetenten Arzt und die daraus resultierende fachkundige Betreuung, die sich nicht zuletzt aus dem Zusammenspiel zwischen österreichischen und slowakischen Medizinerern ergab.

Herr N.N. erlitt am Morgen einer geplanten Fernreise einen plötzlichen Herzanfall und wurde auf die Interne Abteilung des Hainburger Krankenhauses gebracht. Zunächst kümmert sich sofort ein slowakischer Oberarzt um ihn und auch der slowakische Anästhesist nahm sich als Notarzt genügend Zeit für ein aufklärendes Gespräch. Obwohl es Sonntag war, versorgte man ihn medizinisch gut und riet ihm, über Nacht zur Beobachtung zu bleiben, denn man wollte zur Sicherheit am Montag in der Früh noch einige Tests durchführen. Also fügte er sich dem Vorschlag der Ärzte.

Zunächst sah alles ganz gut aus und der Patient hatte bereits seine Frau verständigt, dass sie ihn abholen könne. Nach der Auswertung des letzten Tests betraten aber der Primar und eine Oberärztin mit ernster Miene das Zimmer. Der erfahrene Mediziner meinte, der Patient könne zwar die Reise auf eigene Gefahr antreten, aber es bestünde natürlich die Gefahr einer neuerlichen Attacke und mit dem vorliegenden Befund würde er dem Patienten von einer Reise abraten. Die letzte Entscheidung müsse aber der

mündige Patient selbst treffen und nach seiner Rückkehr solle er sich in die Hand eines Internisten begeben. Der Mann und seine Familie entschieden sich zunächst für die Reise. Aber auf dem Heimweg kamen doch Bedenken, dass ein Flug möglicherweise zu riskant sei und so kehrte die Frau samt Tochter zurück ins Krankenhaus, wo sie sofort von Herrn Primar Bachmayer empfangen wurden. Er hatte sich zwischenzeitlich frühere Befunde aus Kittsee bestellt, um zu vergleichen, ob es sich nur um ein „generell eigenartiges EKG“ handeln würde oder ob die Abweichungen plötzlich aufgetreten seien. Als der Primar den Befund in der Hand hielt, meinte er, dass es die richtige Entscheidung gewesen sei, daheim zu bleiben.

Der Patient wurde dazu geholt und sofort ein Termin für eine Herzkatheteruntersuchung mit dem Landeskrankenhaus Thermenregion Mödling vereinbart, weil es diese Untersuchung leider nicht in Hainburg gibt. Der Arzt erklärte in einem ausführlichen Gespräch die Vor- und Nachteile der Untersuchung und der Patient willigte erleichtert ein.

Am nächsten Tag rief der Primar die Frau des Kranken an, um sich nach dessen Befinden zu erkundigen. Das Ausfüllen der Bestätigung für die Reiseversicherung einige Tage später nahm er zum Anlass, das Krankheitsbild noch einmal ganz genau zu erörtern.

Schlussendlich wurde der Patient in Mödling behandelt und es stellte sich schlussendlich heraus, dass die Vermutung, es könne doch mehr dahinter stecken, absolut richtig gewesen war.

Noch am Tag der Operation wandte sich der Mediziner an den Arzt aus Mödling und rief den Patienten sogar persönlich im Aufwachzimmer an. Die Familie ist voll des Lobes über den Primar, denn sein vorbildliches Vorgehen zeigt, dass Patientenbetreuung in Hainburg nicht an der Krankenhaustüre endet.

6.7 Selbsthilfegruppen

2008 erhielt das Landeskrankenhaus Thermenregion neben sechs anderen Landeskliniken für die Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen das

Gütesiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“. ⁴⁸ Diese Gruppen präsentierten sich auch beim Tag der offenen Tür am 28. Februar 2009 und ich nahm in der Folge mit einigen Vertretern Kontakt auf, um Informationen aus erster Hand zu erhalten. Neben einem kurzen Überblick werden exemplarisch die Hodenkrebshilfe sowie die AL-ANON (Angehörige von Anonymen Alkoholikern), die im Krankenhaus nicht so publik sind, näher vorgestellt. An Hand dieser beiden Gruppen lässt sich nämlich das breite Spektrum der Selbsthilfe anschaulich darstellen, zumal die Vertreter auf Grund ihrer Erfahrungen einen profunden Zugang zur Thematik haben.

Aus den Gesprächen mit Herrn Oth von der Hodenkrebshilfe sowie der Koordinatorin, Frau Hoffmann, ließ sich die folgende Definition ableiten: Die Kooperation mit den Selbsthilfegruppen erleichtert den Austausch von Informationen zwischen Ärzten und Patienten und noch während des Aufenthalts im Spital können Kontakte geknüpft werden. Patienten profitieren von anderen Betroffenen und erhalten wertvolle Tipps für ihren weiteren Weg. Somit kommt den Selbsthilfegruppen auch die Aufgabe zu, bei der Gesundwerdung hilfreich zu sein.

Hainburg ist ein Vorbild in Bezug auf Selbsthilfe und da die Gruppen gewissermaßen das Krankenhaus repräsentieren, ist eine gute Qualität sehr wichtig.

Folgende Gruppen haben ihren Sitz in Hainburg:

AA: Anonyme Alkoholiker

ADIPOSITAS: für Menschen mit Fettleibigkeit

AL-ANON: für Angehörige der Anonymen Alkoholiker

CARITAS, HILFSWERK, VOLKSHILFE: gemeinnützige Organisationen

HODENKREBS: Anlaufstelle

HPE: für Angehörige von psychisch Erkrankten

KOBV: Kriegssopfer- und Behindertenverband Österreich

OMBUDSSTELLE: für das Landesklinikum Hainburg

OSTEOPOROSE: für Menschen mit Knochenschwund

⁴⁸ Vgl. Pressemitteilung Landesklinikum Hainburg erhielt das Gütesiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“, 06.11.2008.

6.7.1 Gespräch mit Frau Marion Hoffmann im Sommer 2009

Ansprechpartnerin für die *Koordination der Selbsthilfegruppen* ist Frau Marion Hoffmann, der, unterstützt von Herrn Herbert Oth, die professionelle Organisation obliegt. Um mir einen ersten Einblick zu verschaffen, führte ich mit Frau Hoffmann ein Gespräch, in dem sie mir gleichzeitig ihre weiteren Aufgabengebiete im Krankenhaus vorstellte und ihren beruflichen Werdegang skizzierte.

Persönlich gehört sie keiner Selbsthilfegruppe an, sondern klinkt sich nur ein, wenn sie gebraucht wird und nimmt daher auch nur ein- bis zweimal pro Jahr an den Gruppengesprächen teil.



Will jemand eine neue Gruppe gründen, ist sie zwar nicht direkt dabei involviert, stellt aber im Krankenhaus die Räumlichkeiten zur Verfügung und legt das entsprechende Informationsmaterial auf. Auch die Organisation von Vorträgen liegt in ihrer Hand – ebenso wie das Anbringen entsprechender Plakate. Sie ermöglicht es unter anderem auch, dass die „Nach Krebs“-Organisation zu Ostern und zu Weihnachten Märkte abhalten darf.

Interessant ist der Werdegang meiner Gesprächspartnerin, die im Krankenhaus gleich mehrere Positionen inne hat. Nach ihrer Ausbildung zur Medizinisch-Technische-Assistentin im AKH arbeitete sie auf der Radiologie und war auch in der Forschung tätig. 15 Jahre später machte sie eine Umschulung zum Qualitätsmanager im Gesundheitswesen und ist somit für die *Qualitätssicherung* verantwortlich.

Darüber hinaus ist sie Leiterin der *Patientenombudsstelle*, die mit der Patientenanwaltschaft zusammenarbeitet und als Anlaufstelle für Patienten und Selbsthilfegruppen fungiert.

Seit 1. September 2009 übt Frau Hoffmann aber nicht nur diese Tätigkeiten in einer Kooperation aus, sondern macht auch die *Pressebetreuung*.

In ihrer Eigenschaft als Ombudsfrau versteht sie sich als Ansprechpartnerin für alle Probleme und Unzulänglichkeiten, sei es bei der Behandlung, der Pflege oder beim einfachen Ärger über das sperrige Kipferl oder das zu harte Ei. Frau Hofmann wird wegen der unterschiedlichsten Angelegenheiten kontaktiert und hat im Jahr mit etwa 20 bis 25 Beschwerden zu tun.

Die Lösung eines zwischenmenschlichen Konfliktes bedarf oft einer Bearbeitungszeit von zwei bis drei Tagen. Bei einer Beschwerde müssen sowohl die Ärzte als auch das Pflegepersonal befragt werden. Mit dem Einverständnis des Patienten kann sie auch Einblick in die Krankenakte nehmen, damit sie nötigenfalls mit der Patientenanwaltschaft zusammenarbeiten kann. Patientenakte gehören nämlich rechtlich gesehen dem Patienten und Mediziner unterliegen der Verschwiegenheitspflicht. Damit Frau Hoffmann auch etwas Schriftliches hat, müssen die Sachverhaltsdarstellungen der betreffenden Personen dokumentiert werden.

Für 95% der Beschwerden sind Kommunikationsprobleme verantwortlich, denn wenn zum Beispiel zwei Mediziner verschiedene Behandlungsvorschläge machen und ein Dritter eine weitere Meinung abgibt, dann ist der Patient verunsichert. Organisatorisches kann gewöhnlich schneller erledigt werden. Ist etwa ein Fenster undicht oder kaputt, dann leitet sie das einfach an die Werkstatt weiter und der Mangel wird umgehend behoben.

Gerade am Anfang war die Skepsis sehr groß, dass bei ihr als Patientenombudsfrau auch das Pflegepersonal Unterstützung und Hilfe bekommen würde, wenn es seinerseits mit einem schwierigen Patienten nicht klar kommt. In einem derartigen Fall steckt sie die Grenzen ab und klärt die rechtliche Situation. Durch das Erlernen von Fallbeispielen in entsprechenden Kursen hat sie eine gewisse Routine erlangt, aber bei Bedarf

gibt es auch eine enge Zusammenarbeit mit der Rechtsanwaltschaft. Allerdings hat sie mit personalinternen Streitereien nichts zu tun.

Bezüglich der rechtlichen Möglichkeiten bei der Einbringung von Beschwerden erklärt sie mir, dass in Österreich auf zwei verschiedenen Ebenen juristisch vorgegangen kann, nämlich privatrechtlich über einen Anwalt oder mittels Eingabe bei der Patienten-anwaltschaft. Bei Unsicherheit hilft Frau Hoffmann weiter, indem sie die Patienten unterstützt und vorbereitet. Besonders heikle Fälle werden weitergeleitet, um ein neutrales Feedback einzuholen. Ein ärztliches Schiedsgericht entscheidet dann, ob es einen wirklichen Fehler gegeben hat, denn natürlich können auch unvorhergesehene Ereignisse eintreten.

Stellungnahmen zu den einzelnen Fällen schreibt übrigens nicht Frau Hoffmann, sondern sie fasst diese nur zusammen. Als mögliches Beispiel nennt sie einen Vorfall auf einer Abteilung X. Sind das Pflegepersonal und auch die Mediziner betroffen, werden der ärztliche Direktor und die Pflegedirektorin eingeschaltet, damit die Abwicklung eingeleitet werden kann. Nach einer Befragung des Primars und der eventuell betroffenen Schwester(n), fordert Frau Hoffmann eine Stellungnahme, die meistens vom Arzt kommen muss und nur in einzelnen wenigen Fällen von der Schwester. Die Pflegedirektion zieht ebenfalls Erkundigungen ein und gibt ihre Meinung ab.

Besonders schätzt sie, dass ihr Aufgabengebiet so abwechslungsreich ist und sie im ganzen Haus zu tun hat. Sie befasst sich mit Menschen und Fällen, und wenn sich manche Dinge auch wiederholen – im Endeffekt gleicht kein Fall dem anderen.

Nach dieser informativen Passage kommen wir wieder auf die *Selbsthilfegruppen* zurück. Da Selbsthilfe grenzenlos sein soll und das Interesse an grenzüberschreitender Zusammenarbeit sehr groß ist, ist eine Erweiterung der Kooperation mit der Slowakei in Planung.

Mittlerweile hat Frau Hoffmann schon eine diesbezügliche Konzeption eingereicht und wartet auf die Genehmigung seitens des NÖGUS (NÖ Gesundheits- und Sozialfonds). Es wäre von Vorteil, dass für alle verankerten Gruppen ein Partner gefunden wird. Bei der Osteoporosegruppe und bei den Diabetikern gibt es schon Kontakte, aber diese sind nicht

regelmäßig. Wünschenswert wäre einmal jährlich eine Zusammenkunft in ganz großem Rahmen. Die Gruppen sind an und für sich gut informiert und durch den Kundendruck wird eine Verbesserung der Struktur in der Region, die auch Bratislava beinhaltet, angestrebt. Eine Vorstellung der Arbeit soll im Rahmen eines Kongresstages erfolgen. In einer Jahresplanung soll genau festgehalten werden, was die einzelnen Gruppen planen und nach einem weiteren Jahr soll dann eine Evaluierung stattfinden.

Das Krankenhaus stellt den Gruppen kostenlos Platz und Getränke zur Verfügung, um den Mitgliedern Ausgaben zu ersparen. Gemeinsam ist es auch leichter, einen Vortrag von Experten zu organisieren und bei speziellen Themen wie etwa „Tumore“ oder „Sucht“ kann der Zugang zu namhaften Experten hergestellt werden. Die Organisation diesbezüglicher Veranstaltungen fällt letztendlich in ihren Aufgabenbereich, genauso wie die Werbung und die Pressearbeit. Vor allem die Niederösterreichische Nachrichten (NÖN) und das Bezirksblatt berichten über Events und publizieren nach außen. Protokolle und Ankündigungen findet man auf einer eigenen Homepage. (→ siehe <http://www.partnerforum-gesundheit.at>)

Bei einer der nächsten Informationsveranstaltungen ist ein Treffen mit dem Palliativteam und dem Gericht Bruck/L. zum Thema Sachwalterschaft geplant. Auch Rettung, Sozialarbeiter und mobile Dienste werden immer wieder eingebunden. Ziel ist es, alle Partner zusammenzubringen und sich mehrmals pro Jahr zu treffen, um eventuelle Kommunikationsprobleme aus der Welt zu schaffen. Ebenso wird mit der Gebietskrankenkasse zusammengearbeitet, die es z.B. bei einem Vortrag über Krebs der Selbsthilfegruppe ermöglicht, einen Info-Stand aufzubauen.

Jede der Gruppen hat einen eigenen Ansprechpartner und kann auch die Abläufe selbst bestimmen. Frau Hoffmann betont nochmals, dass sie sich prinzipiell nicht einmischt oder um interne Streitereien kümmert. – Sie veranschaulicht das mit einem praktischen Beispiel: „Die Vereine im Krankenhaus verhalten sich wie die Geschäfte im Donauzentrum. Es darf nichts Geschäftsschädigendes für das Haus passieren, aber was in den Geschäften generell abläuft, ist nicht die Sache des Donauzentrum-Verwalters.“

Im Bereich des *Qualitätsmanagements* ist es ihre Aufgabe, Verbesserungen für das Haus durchzusetzen. Sie führt Statuserhebungen durch und prüft, wo Potential vorhanden ist. Eine bedeutende Rolle kommt dabei der Patientenbefragung zu. Da im Zentrum meiner Dissertation ebenfalls eine Patientenbefragung steht – nur eben in Richtung Slowakei – ist sie äußerst interessiert an den Resultaten.

Die Ergebnisse ihrer Arbeit können dann zum Beispiel am Tag der Offenen Tür präsentiert werden. Laufende Projekte, wie etwa die Ambulanzreorganisation oder die betriebliche Gesundheitsförderung, werden von ihr begleitet und moderiert. Ebenso fällt das *Risikomanagement* in ihren Kompetenzbereich.

Beim Humor geht man nach den Gedanken der KlinikClowns und Patch Adams vor.

„KlinikClowns versuchen, kranken Kindern den Heilungsprozess im Krankenhaus zu erleichtern. Ihre Initiative betrifft sowohl Kinder, die nur kurze Zeit stationär aufgenommen werden, als auch Langzeitpatienten mit schweren Erkrankungen, für die Abwechslung besonders wichtig ist.

Man findet KlinikClowns u.a. in der Chirurgie, der Onkologie und der Infektiologie.“⁴⁹

„Hunter „Patch“ Adams (* 28. Mai 1945 in Washington, D.C.) ist ein US-amerikanischer Arzt [...]. Patch Adams ist auch [...], Profi-Clown, Darsteller und Autor. Jedes Jahr organisiert er eine Gruppe von freiwilligen Clowns aus der ganzen Welt die gemeinsam nach Russland reisen, um Waisen, Kranken und allen anderen Hoffnung zu geben. [...]“⁵⁰

Dieses Verhalten soll an die Mitarbeiter und Patienten weitergegeben werden, damit das Alltägliche besser verarbeitet werden kann. Natürlich hält sie die diesbezüglichen Vorträge nicht selbst, sondern sie organisiert kompetente Leute wie zum Beispiel Prof. Dr. Rotraud Perner oder einen Ex-Klinikclown.

Einmal pro Jahr kommt es zu einer Selbstbewertung und zu einem großen Treffen zwischen den Führungskräften in Hainburg und der Qualitätssicherungskommission. Diese besteht aus sechs Mitgliedern, die

⁴⁹ http://www.klinikclowns.de/fr_01_id.html (06.02.2010).

⁵⁰ http://de.wikipedia.org/wiki/Patch_Adams (06.02.2010).

auf drei Jahre bestimmt werden. Zwei stammen aus der Verwaltung, zwei aus der Pflege und zwei aus dem medizinischen Bereich. Intern werden dann die Probleme angesprochen. In einem Tagesworkshop werden die Führungskräfte über Aktuelles informiert und Fragen nach dem Schwerpunkt der Arbeit sowie die Ergebnisse der Patientenbefragung behandelt.

An dieser Stelle erwähnt sie jenen Fall des Herrn T., welcher ein Beispiel für mögliche Beschwerdegründe ist. Da der Mann gleich weitergegangen ist, hat sie von dem Sachverhalt erst später erfahren und es kam zu einer einseitigen Berichterstattung, die unglücklich verlief. Zum Glück verhakte sich aber die NÖN nicht in dieses Thema. Da Kundenorientierung für sie an erster Stelle steht, sind primär die internen Fälle interessant. Sie achtet auch darauf, wo es für das Spital Lernmöglichkeiten gibt oder wo Potential vorhanden ist, wenn Bedarf danach besteht.

Kommt es zu einer Krise, dann gibt es seitens der PR-Abteilung der Holding Vorschriften, wie die Kommunikation zu erfolgen hat. Zur Pressearbeit meint sie: „Die Presse hat immer wer umgehängt. – So lange dieser es halt mitschleppen kann.“ Sie hat keine Ahnung, wie lange sie diesen Bereich mit betreuen wird. Ihre Aufgabe ist es, ein- bis zweimal pro Monat einen Artikel in Bezug auf das Krankenhaus in die NÖN oder in das Bezirksblatt zu setzen, um zur Imageverbesserung beizutragen. Alle Beiträge müssen übrigens von der Holding genehmigt werden. Zur Pressearbeit gehört auch die Organisation des Tages der Offenen Tür oder eines Vorsorgetages. Dafür macht sie auch die Fotodokumentation und erledigt alle Drucksorten.

Von der Wertigkeit her ist dieses Aufgabengebiet kein eigener Dienst und die dafür vorgesehene Zeitressource ist äußerst knapp bemessen. Sie hatte drei oder vier interne Fortbildungsmöglichkeiten, welche zum Beispiel das Verfassen eines Artikels, das richtige Auftreten, das korrekte Darstellen oder einen Fotokurs umfassten. Sie möchte sich aber nicht anmaßen, dass sie eine richtige Ausbildung hat. Sie sammelt einfach Erfahrungen, die es ihr ermöglichen, Prospekte einzuleiten, Veranstaltungen vorzubereiten und auch Sitzungen abzuhalten.

Sie hat zwar die Koordination inne, muss sich aber nach der Holding richten, der die Pläne sowie alles Geschriebene zur Genehmigung vorgelegt werden müssen. Eine Pressemeldung wird journalistisch verbessert und nach der Freigabe an die Medien versandt. Umgekehrt lädt sie die NÖN ins Krankenhaus ein, wenn es darum geht, über ein bestimmtes Event oder Thema zu informieren. Auf die Berichterstattung kann sie nur bedingt Einfluss nehmen, denn sie hat auch einen „Maulkorb“ von innen und muss sich an gewisse Presserichtlinien halten. So kann sie nicht einfach eine Stellungnahme abgeben, ohne vorher das Einvernehmen mit der betreffenden Abteilung hergestellt zu haben.

Nach ihren Plänen für die Zukunft gefragt, meint sie, dass sie im Moment genug zu tun und keine weiteren Ambitionen hat, sie aber trotzdem verschiedene Fortbildungen interessieren würden.

Ursprünglich hatten wir gar nicht so viel Zeit für unser Gespräch eingeplant, weil Frau Hoffmann im Anschluss wieder zu einer Sitzung musste, aber dann plauderten wir nach dem Ausschalten des Computers noch weiter, bis sie vom Ärztekollegium angerufen wurde.

Sie vertraute mir auch an, dass ihr Mann einen wichtigen 60-Stunden Job hat und sie eigentlich keine größere Karriere anstreben würde. Passend zu meinem Thema erfuhr ich noch, dass die Grenze zum Burgenland in Bezug auf die Zusammenarbeit wesentlich dichter sei als jene zur Slowakei. Sie bedauert es sehr, dass keine gute Zusammenarbeit zu Stande kommt, denn in Hainburg gibt es eine Gynäkologie – in Kittsee eine Urologie – was im jeweils anderen Spital fehlt. Auch Brustkrebsoperationen werden in Hainburg nicht mehr durchgeführt, weil die Fallzahlen zu gering waren.

Bevor ich mich endgültig verabschiedete, lud sie mich noch ein, meine Arbeit nach Fertigstellung vor dem Ärztekollegium zu präsentieren, denn schließlich sei die Sicht einer außen stehenden Person doch eine ganz andere und sie wolle meine Erkenntnisse zur Qualitätsverbesserung heranziehen.

6.7.2 AL-ANON Angehörige von Anonymen Alkoholikern



Ingrid Niedermayer

6.7.3 Hodenkrebs



Herbert Oth

Das Gespräch mit Frau **Ingrid Niedermayer**, dem „Chairman“ der AL-ANON (*Angehörige von Anonymen Alkoholikern*) und Herrn **Herbert Oth**, der sich mit dem Thema „*Hodenkrebs*“ auseinandersetzt, wurde mit beiden gemeinsam geführt, weil sie in einer Partnerschaft leben. Da jeweils von dem einen Inputs kamen, während der andere sprach, wurden die Interviews textlich nicht getrennt.

Frau Niedermayer feierte im Juli 2009 ihre zwanzigjährige Mitgliedschaft bei den AL-ANON, einer Gruppe, die versucht, Angehörigen von Alkoholikern zu helfen. (Eine genaue Begriffserklärung folgt am Ende des Gesprächs). Die Zentrale der Gruppe befindet sich in New York und nennt sich WSO – World Service Office. Die Organisation lebt von freiwilligen Spenden und bekommt keine Mitgliedsbeiträge.

Der Grund für ihr Engagement ist, dass ihr Ex-Mann selbst Alkoholiker war. Auf die Frage, ob ich ihre Geschichte schreiben dürfe, meinte sie, dass sie offen darüber reden kann – die Geschichten ihrer Mitglieder hingegen streng geheim seien, denn: „Was während der Treffen geredet wird, darf den Raum nicht verlassen.“ Deswegen nahm ich auch an keiner Sitzung teil, um die Betroffenen nicht abzuschrecken.

Zu der Zeit, als sie selbst betroffen war, lebte sie im Marchfeld. Da sie Hilfe brauchte, wandte sie sich in ihrer Verzweiflung an die „Anonymen Alkoholiker“ (AA) in Wien, wo sie erfuhr, dass ein offenes AA-Meeting, zu dem auch Bekannte und Freunde von Betroffenen kommen konnten, in Hainburg stattfinden würde.

Das Treffen ihrer Gruppe findet zeitgleich mit dem der Anonymen Alkoholiker jeden Mittwoch von 18.00 bis 19.30 statt, allerdings in einem separaten Raum. Jeden letzten Mittwoch im Monat gibt es ein offenes Treffen, zu dem jeder eingeladen ist, der in irgendeiner Form in das Problem involviert ist.

Die Anonymen Alkoholiker waren die ersten, die im Krankenhaus einen Platz gefunden hatten. Frau Niedermayer hat den Vorsitz der „Vereinigung der Angehörigen“ inne, denn ursprünglich kamen zu den Alkoholikern auch deren Angehörige, aber das wurde dann getrennt.

Es ist zwar vorgesehen, dass der Chairman immer wechselt, aber da niemand dazu bereit ist, ihr nachzufolgen, ist sie bis auf weiteres die Vorsitzende. Um dieses Amt zu übernehmen, bedarf es keiner speziellen Ausbildung. Außerdem sind alle gleich – egal ob Arzt oder Straßenkehrer.

Die Angehörigen kommen anonym, brauchen ihre Namen nicht zu nennen und sprechen einander mit dem Vornamen an. Läuft man sich draußen über den Weg, muss man sich auf eigenen Wunsch hin nicht zu kennen. Außerdem ist regelmäßiges Erscheinen bei den Treffen nicht Pflicht,

denn: „Wer kommt, ist da.“ Es kann aber durchaus sein, dass Mitglieder teilnehmen, auch wenn es zurzeit kein Problem gibt und sie einen guten Tag hatten. Maximal besteht ihre Gruppe aus fünf Personen, bei den „Anonymen Alkoholikern“ sind es hingegen 10 bis 12.

Für Betroffene ist es oft sehr schwer, sich zu deklarieren und meistens kommen sie erst dann, wenn sie keinen anderen Ausweg sehen.

Obwohl es zur besseren Information eine Präambel gibt, in der wertvolle Hinweise zu finden sind, ist diese Selbsthilfegruppe im Krankenhaus nicht so bekannt. Trotzdem gibt es Ärzte, die ihre Patienten schicken, wenn es ein einschlägiges Problem gibt. Slowaken gibt es bis dato noch nicht in der Gruppe, aber sie arbeitet auch in der Hainburger Haydn-Bibliothek, in die viele slowakische Leser kommen und somit hat sie einen guten Zugang zu den Nachbarn.

In ihrem persönlichen Fall musste Frau Niedermayer erkennen, dass sie bei ihrem Ex-Mann an ihre Grenzen gestoßen war, denn je mehr sie tat, desto schlechter wurde es. Nichts fruchtete und die Ehe ging schließlich zu Bruch. Die Familie lief ihm weg und Gesundheitsprobleme stellten sich ein. Nachdem er verlassen worden war, kam für ihn die Zeit des Umbruchs – er hörte mit dem Trinken auf, aber es war zu spät. Frau Niedermayer hatte zunächst Schuldgefühle, weil sie die Konsequenzen gezogen hatte und ihr Ex-Mann wurde als Armer, der es schwer hat, bedauert. Es entstand ein enormer Druck der Familie, denn sobald man etwas verändert, gilt man oft als böse.

Von den Anonymen Alkoholikern weiß sie, dass sehr viele trocken werden. Dann erzählt sie das Beispiel von einem jungen Mann, der es aber trotz aller Bemühungen nicht geschafft hat und bereits tot ist. Er war alkohol-, spiel- sowie tablettensüchtig und insgesamt 37-mal am Steinhof, dem Entzugsmekka. Aber nur durch die Gruppe schaffte er es, trocken zu werden. Dann kam wegen verschiedenster Schwierigkeiten ein Rückfall – und das war sein endgültiges Aus. Oft genügt es, Wein zu riechen und daher meiden trockene Alkoholiker alles Alkoholische.

Innerhalb der Gruppe entstehen oft Freundschaften und gemeinsam versucht man allem auszuweichen, was gefährlich werden könnte. Sobald ihr jetziger Lebensgefährte früher Wein oder Bier trank, hatte Frau

Niedermayer ein Problem damit, denn schon sehr früh war sie von ihrer Familie alkoholisch geprägt worden. Deshalb trinkt sie selbst nur ganz selten ein Gläschen.

Üblicherweise dauert ein Meeting ihrer Gruppe 1,5 Stunden, weil das die optimale Zeit ist, die jeder aushält. Eingangs wird die Präambel aufgesagt und Frau Niedermayer stellt 3 Fragen: Jene nach dem Themenwunsch, ob jemand ein spezielles Problem hat oder ob jemand anderer das Meeting leiten möchte. Generell gilt, dass man andere ausreden lassen muss und wenn man etwas zu sagen hat, aufzeigen soll. Da es sich um eine kleine Gruppe handelt, kann der Einzelne lange sprechen. Sobald sie merkt, dass jemand unruhig wird, greift sie ein. Prinzipiell werden nie Ratschläge erteilt. Am Schluss der Sitzung wird der Gelassenheitsspruch gesprochen. Sie berichtet vom letzten Treffen, das wieder sehr humorvoll verlief, sodass sie fröhlich nach Hause ging.

Angehörige können nur durch ihr Verhalten eine Veränderung herbeiführen. Damit meint sie, dass es kontraproduktiv ist, wenn sie etwas vertuschen oder den Alkoholiker decken, denn dann machen sie sich zum Co-Abhängigen.

In dem Kreis, in dem sie als junge Frau mit ihrem Mann verkehrte, tranken alle Alkohol und auch sie machte gern mit. Alles wurde getrunken, was es an der Bar gab. Heute weiß sie, dass das einer aushält und andere wiederum zu Alkoholikern werden. Gab es bei ihrem Mann Probleme, trank er einen Magenbitter und auch seine Freunde waren oft betrunken. Menschen verändern sich durch den Alkoholkonsum. Manche erfahren eine Wesensveränderung und rasten aus, einer wird müde und geht einfach nach Hause, anderen kennt man ihren Zustand nicht an und wieder andere tun sich leid. Generell tut das „Saufen“ nicht gut. Alkoholismus ist die Hölle und die Krankheit kommt schleichend. Zwar meinen die Trinker, dass sie jederzeit aufhören könnten, aber in der Realität ist dem leider nicht so.

Für sich hat sie gelernt, dass es nie zu spät ist, sich zu ändern und eine betroffene Frau muss erkennen, dass sie nicht die Verantwortung für die Misere hat. Auch den Kindern wird in so einem Fall gerne die Schuld gegeben.

Sie meint, dass ihr Ex-Mann einfach zu schwach war. Nachdem sie ihn verlassen hatte, waren sie vier Jahre nur noch auf dem Papier verheiratet und sie nahm weiterhin an den Meetings teil. Diese Treffen halfen ihr, die Dinge anders zu sehen und einsichtig zu werden. Angehörige sprechen nämlich nur am Anfang von den Alkoholikern.

Frau Niedermayer schildert ihr Problem nur dann, wenn sie helfen möchte, aber sie gibt keine Tipps, denn jeder muss für sich entscheiden, was gut und richtig ist. Sie sagt nur: „Ich habe es so geschafft.“

Rückblickend ist sie sehr froh darüber, zur Gruppe gegangen zu sein, denn sie litt an Migräne, weil sie alles hinuntergeschluckt hat und hegte sogar Selbstmordgedanken. Ihr Selbstwertgefühl kam erst durch die Gruppe zu Stande und das ist auch heute bei den meisten so, dass im Laufe der Zeit eine Veränderung stattfindet. Die Grundvoraussetzung ist, dass man bei der Aufarbeitung Vertrauen hat und dass über emotionale Schocks gesprochen werden kann.

Es kommen mitunter auch Eltern zu ihr, deren Sohn trinkt. In diesem Fall müssen sie lernen loszulassen und erkennen, dass es allein in seiner Verantwortung liegt, wenn er alkoholisiert fährt.

Nun schaltet sich Herr Oth von der Hodenkrebshilfe in das Gespräch ein. Er hilft via Internet oder Telefon und sein Kernansatz ist, dass man als Laie niemals Diagnosen stellen oder Therapien vorschlagen darf. Nur Unseriöse und Kriminelle würden falsche Hoffnungen wecken. Oft hilft schon der Ratschlag, eine Selbsthilfegruppe in Anspruch zu nehmen. Sein Vorteil ist, dass er für denjenigen, der Hilfe benötigt, authentisch ist. Dabei erzählt er über seine Erfahrungen und gibt Tipps. Darüber hinaus verfügt er über zahlreiche Kontaktadressen, die er an Betroffene weitergibt. Niemals ist aber eine Selbsthilfegruppe eine Organisation für Behandlungsvorschläge, denn das wäre – wie er es formuliert – unseriöser Klamauk.

Bewusst hat er eigene Websites, weil er nicht via Foren agieren möchte. – Will man mit ihm in Kontakt treten, dann soll man ihm schreiben und er beantwortet die Mails. Bewusst betont er dann immer wieder, dass er kein Arzt ist und nicht feststellen kann, ob jemand Krebs hat oder nicht, denn das sei äußerst gefährlich. Schließlich könnten sich die Patienten

verirren und zu sehr hineinsteigern. Er meint aber, dass ein langjähriger Patient oft mehr Erfahrungen habe, als ein Arzt. Sein Wunsch ist, dass mehr hinterfragt wird und sich Patienten nicht abwimmeln lassen. Wichtig ist auch, dass eine zweite Meinung eingeholt wird. Für ihn ist es wesentlich, dass er allen hilft, aber für alle Selbsthilfegruppen gilt: „Man darf Menschen nicht bedauern.“

Dann meldet sich wieder Frau Niedermayer zu Wort. Sie meint, dass Alkoholiker den richtigen Umgang mit Genussmitteln erlernen müssen und für gesunde Menschen Wein und Bier, zur richtigen Zeit genossen, sogar gesund sein kann. Wenn allerdings bereits eine Vorschädigung vorliegt, genügt schon der Alkohol, der in homöopathischen Tropfen drinnen ist.

Es gibt natürlich auch Auswüchse in der Gesellschaft. Bei der Spielsucht verhält es sich nämlich ähnlich, ebenso beim Internet und auch beim Essen. Meine Gesprächspartnerin meint: „Sucht kommt von suchen“ – und wenn man nie ein Ergebnis hat, kann das dazu führen.

Im Rahmen ihrer Tätigkeit musste sich Frau Niedermayer bewusst werden, dass sie die Welt nicht verbessern kann und dass jeder sein eigenes Leben gestalten muss. Ihr Problem begann schon in der negativen Prägung und diese Schwierigkeiten wurden ein Leben lang mitgezogen.

Herr Oth beschäftigt sich auf seinen Homepages mit den wesentlichen Themen und er gab mir sofort diesbezügliche Internet-Adressen und Broschüren, damit ich mich selbst informieren könne. (→ siehe Punkt 10)

Seine Selbsthilfegruppe Hodenkrebs besteht zu 90% aus Internetkontakten. Stolz erzählt er, dass er im Internet zirka 1.000 Zugriffe pro Monat hat und er 10 bis 20 Anfragen bekommt. Außerdem wird er angeschrieben oder telefonisch um Rat gebeten. Auch in der Presse ist er vertreten, gibt bei Männergesundheitstagen seine Erfahrungen weiter oder nimmt Österreich weit an einschlägigen Veranstaltungen teil, in deren Rahmen sich Interessierte persönlich informieren können.

Herr Oth hatte in den Jahren 1982 und 1983 Hodenkrebs und darüber berichtete er in einem Folder oder auch in einschlägigen Magazinen wie zum Beispiel dem „Medizin populär“. Sogar Patienten aus Deutschland wenden sich an ihn. Meistens ist Hodenkrebs erst bei einem Anlassfall ein Thema, über das man normalerweise nicht spricht, obwohl bei den 20- bis

40-jährigen Männern diese Krebsart besonders häufig auftritt. Nur sporadisch kommt es zu Treffen und nur selten kommen mehrere Betroffene zusammen, weil es sich immer noch um ein Tabuthema handelt und sich keiner deklarieren will. Seines Wissens ist er der einzige, der sich in dieser Form „geoutet“ hat.

Seine Gruppe ist auch ein eingetragener Verein, an den sich jeder Hilfesuchende wenden kann. Da Frauen über Krankheiten generell mehr reden, auch wenn sie den Mann betreffen, sind von 10 Personen, die mit ihm Kontakt aufnehmen, 8 Frauen. Auch bei Brustkrebs oder einer anderen Form dieser heimtückischen Krankheit kann man sich an ihn wenden. Wichtig ist auch, dass Angehörige in die Gespräche einbezogen werden, sofern dies gewünscht wird. Auch wenn junge Menschen ihrem Körper gegenüber heutzutage schon wesentlich offener sind als früher, haben speziell junge Männer oft Hemmungen, einen Urologen aufzusuchen und rechtzeitig zur Vorsorge zu gehen, obwohl – wie er immer wieder betont – Hodenkrebs gut heilbar ist. Die Schuld für dieses Tabu sieht er in veralteten Erziehungsformen, die besagen, dass man „dort“ nicht hingreifen darf, was aber nicht förderlich ist.

Vorsorge klingt zwar gut, aber es dürfen keine Geschäfte mit der Angst gemacht werden. Es muss jedem bewusst sein, dass er für sich selbst verantwortlich ist. Herr Oth kann gut zuhören und erzählen, wie es ihm ergangen ist. Die Patienten sollten davon wegkommen, im Arzt „einen Gott in Weiß“ zu sehen und den Mut haben, ärztliche Entscheidungen zu hinterfragen. In der Krankheitsphase wird man nach deren Kunst behandelt, aber irgendwann ist es vorbei. – Und da sind dann die Selbsthilfegruppen zur Stelle. Man muss sich nämlich bewusst sein, dass nach der Krankheit oft ein Leben mit Einschränkungen folgt. Selbsthilfe kann dann Lebensqualität und Lebensfreude geben und so will er vermitteln, dass es nach der Krebserkrankung „wieder weitergeht“.

Solange man gesund ist, kann man 100% Leistung erbringen – nach der Krankheit sind es vielleicht noch 90%, aber man redet im Endeffekt nur von den 10%, die man nicht mehr schafft. – Er vergleicht das mit der Schule: Hat man im Zeugnis nur Einser und einen Dreier, dann spricht man auch nur mehr von dem Dreier.

Er möchte einen Appell an die Ärzte richten, dass diese die Patienten vermehrt an Selbsthilfegruppen verweisen. Herr Oth bezeichnet sich als Praktiker der Krankheit, was die Ärzte nicht sind, da sie selbst zumeist nicht davon betroffen waren. Er will nicht Konkurrenz zum Arzt sein, wünscht sich aber mehr Zusammenarbeit im Team, um Erfahrungen auszutauschen und sich gegenseitig zu unterstützen. Dadurch möchte er dazu beitragen, dass alle auf gleicher Augenhöhe sind. Mit einem im Bezirk ansässigen Urologen pflegt er eine ganz enge Zusammenarbeit, aber andere Ärzte zeigen überhaupt kein Interesse. Seit er sich mit der Selbsthilfe beschäftigt, möchte er verstärkt Kontakte mit Urologen knüpfen und dort Informationsmaterial zur Verfügung stellen und aufstellen, aber es gibt auch folgende Reaktionen, wenn er das Gespräch sucht: „Selbsthilfe, wenn ich das schon höre,“

Herr Oth meint, dass man medizinische Selbsthilfegruppen generell als Sammelbecken für Kranke bezeichnen könnte, da häufig auch Patienten mit psychischen Problemen dabei sind. Wieder verwendet der Mann eine Metapher: „Wenn man krank ist, ist das wie mit einem Loch, in dem man ist. Ich bin derjenige, der eine Leiter hinunter stellt, aber hinaufsteigen muss man selbst.“

Öfters kommen Patienten auch vor der Diagnose zu ihm oder auch mitten drinnen. Besonders schön findet er, dass sogar einmal ein Amerikaner Hilfe bei ihm gesucht und sich dann auch bedankt hat. Sonst bekommt er eher weniger Rückmeldungen, wenn er in irgendeiner Form helfen konnte, aber das stört ihn nicht im Geringsten.

Selbsthilfe funktioniert seiner Erfahrung nach nur, wenn ein „Leithammel“ da ist, der etwas tut und der „Rest“ muss die Angebote annehmen. Wenige bringen sich ein und gestalten mit – die meisten nehmen nur heraus. Dann zeigt er mir einige Broschüren, in denen er Statements und Tipps abgegeben hat.

Frau Niedermayer und Herr Oth stellten mir umfangreiches Informationsmaterial zur Verfügung, damit ich mich besser in die Materie einlesen könne. Besonders ihre Gruppe erweckte mein Interesse, da ich zuvor kaum etwas davon gehört hatte.

AL-ANON:

Man muss sich bewusst werden, dass Alkoholismus eine Krankheit ist, die einen ganz einnimmt. Das Ziel der Gruppe ist es, gemeinsam Probleme zu lösen, weil es sich um eine Erkrankung handelt, von der letztlich die gesamte Familie betroffen ist, sei es psychisch oder physisch. Als wichtig wird es erachtet, dem Kranken gegenüber Verständnis zu zeigen und ihm Mut zu geben, ebenso wird aber geraten, dass man Alkoholiker nicht verwöhnen soll. Die Mitmenschen müssen lernen, dass man die Betroffenen nicht ändern kann – nur sich selbst kann man verändern – und auch, dass ein Alkoholiker kaum Verantwortung übernehmen kann. Ein ganz wesentlicher Punkt dabei ist das Loslassen, dem eine große Bedeutung zugeschrieben wird.

Bei den Treffen können sich Betroffene austauschen und lernen, mit der Krankheit umzugehen. Jeder, der mit einem Alkoholiker zu tun hat, kann sich an die Gruppe wenden, egal ob er zur engsten Familie gehört oder nur ein Freund ist. Es werden die verschiedensten Fragen behandelt und es wird auch Aufklärung betrieben. Man erfährt auch, dass – wie von Frau Niedermayer bestätigt – die Gruppe noch nach dem „Trockenwerden“ besucht werden kann.

Eine dazugehörende Gruppe sind die AL-ATEEN, die für die Kinder von Alkoholikern da sind. Diese haben es nämlich besonders schwer, denn einerseits lieben sie den Kranken – andererseits hassen sie ihn.

In den Broschüren finden sich auch Schilderungen persönlicher Geschichten, welche zur Sensibilisierung beitragen sollen. Die AL-ANON stellen ein Programm zur Verfügung, das einen spirituellen Einfluss hat. Es gibt jeweils zwölf Schritte und Traditionen, die den Angehörigen helfen sollen. In der Präambel, die ich als eine Art Gebetbuch bezeichnen würde, werden die Ziele kompakt zusammengefasst.⁵¹

Die zwölf Schritte in Kurzform:

1. Man muss gestehen, dass man keine Macht gegen den Alkohol hat.
2. Eine andere Macht kann uns die Genesung geben.
3. Man soll auf Gott vertrauen.

⁵¹ Vgl. Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.), Präambel, Essen 1978.

4. Der Körper wird überdacht.
5. Fehler muss man eingestehen.
6. Die Bereitschaft, sich von Gott befreien zu lassen, ist da.
7. Dieser muss unsere Fehler bereinigen.
8. Leute, die man verletzt hat, sollten bedacht werden.
9. Eine Wiedergutmachung ist das Ziel.
10. Falls man sich irrt, sollte man es eingestehen.
11. Beten und meditieren führt zu einer Verbindung mit Gott, was Kraft spendet.
12. Dann wird man erweckt und Ziel ist es, den Mitmenschen zu helfen.

Die zwölf Traditionen kurz zusammengefasst:

1. Allen soll es gemeinsam gut gehen.
2. Chef ist der Herrgott.
3. Um teilnehmen zu können, muss man einen Betroffenen im Umfeld haben.
4. Die Selbstständigkeit ist auch wichtig.
5. Ziel ist die Hilfe der Angehörigen.
6. Die Eigenständigkeit der Gruppe ist wichtig. Lediglich eine Zusammenarbeit mit den Anonymen Alkoholikern ist in Ordnung.
7. Keine Spenden sollen angenommen werden.
8. Kein Beruf sollte daraus gemacht werden.
9. Es soll keine Organisation geben.
10. Zu anderen Themen wird extern kein Statement gegeben.
11. Die Gruppe soll anziehen, aber nicht anpreisen.
12. Anonymität ist sehr wichtig.

Neben dem folgenden Gelassenheitsspruch

„Gott gebe mir
die Gelassenheit,
Dinge hinzunehmen,
die ich nicht ändern kann,
den Mut,
Dinge zu ändern,

die ich ändern kann,
und die Weisheit,
das eine vom anderen zu
unterscheiden.“⁵²

gibt es noch einen sehr bewegenden Spruch aus dem Sanskrit, dem Alt-Indischen, der für alle Lebenslagen erwähnenswert erscheint:

„Achte gut auf diesen Tag,
Denn er ist das Leben –
Das Leben allen Lebens.
In seinem kurzen Ablauf
Liegt alle Wirklichkeit und Wahrheit des
Daseins,
Die Wonne des Wachsens,
Die Größe der Tat,
Die Herrlichkeit der Kraft –
Denn das Gestern ist nichts als ein Traum
Und das Morgen nur eine Vision.
Das Heute jedoch – recht gelebt –
Macht jedes Gestern zu einem Traum voller
Glück
Und jedes Morgen zu einer Vision voller Hoffnung.
Drum achte gut auf diesen Tag!“⁵³

Die Informationen zum Thema Hodenkrebs, die mir Herr Oth zur Verfügung gestellt hat, sind äußerst aussagekräftig und regen zum Nachdenken an. Obwohl in Österreich im Jahr zirka 300 Männer von dieser Krankheit betroffen sind, wird immer noch darüber geschwiegen. Das Problem ist, dass die ersten Anzeichen oft keine Schmerzen mit sich bringen, aber eine schnelle Diagnose das Um und Auf ist. Er bedauert das fehlende Wissen in der Gesellschaft.

⁵² Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.), Präambel, Essen 1978.

⁵³ Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.), Präambel, Essen 1978.

Zunächst ist eine Selbstuntersuchung wichtig und sobald man mit der Diagnose konfrontiert wird, kann man immer noch Sperma einfrieren lassen, damit auch nach einer Operation noch die Möglichkeit für eigene Kinder besteht. Es ist ein Irrglaube, dass es nur ältere Männer treffen kann, denn am häufigsten kommt die Krankheit bei Männern zwischen 15 und 35 Jahren vor. Behandelt werden kann die Krankheit durch eine Operation sowie mit einer Strahlen- oder Chemotherapie. Ist alles gut verlaufen, so darf man im Anschluss nicht auf die Kontrolluntersuchungen vergessen.

Herr Oth schildert auch seine persönliche Geschichte. Er bekam die Diagnose mit 33 Jahren und bei ihm begann die Erkrankung mit einer Art Grippe, gepaart mit Kreuzschmerzen. Zunächst war er beim Hautarzt, dann in einer Spezialambulanz und schon sehr bald wurde er operiert. Nicht nur vier Operationen musste er ertragen, sondern auch mehrere Chemotherapien und noch andere Behandlungen. 1,5 Jahre dauerte diese Hölle und die anstehenden Nachkontrollen machten ihm riesige Angst. Nun gilt er als geheilt und gleicht die fehlenden männlichen Hormone mittels Medikamente aus.

Als er damals eine Broschüre der Krebshilfe fand, beschloss er, dass er selbst auch helfen und den Betroffenen Mut machen wolle. Stolz betont er wieder seine Zugriffe auf die Homepage und auch die Anzahl seiner Beratungen. In erster Linie möchte er aufklären und die Angst vorm Arztbesuch nehmen. Er gibt auch keine Ratschläge, außer jenen, dass man Ärzte bei Unklarheiten befragen soll. Arzt und Patient sollen Partner sein.⁵⁴

Seine eigene Broschüre „Plattform Hodenkrebs Austria. Männer haben ihn, Frauen reden darüber ...“ gibt Auskunft über die Häufigkeit der Erkrankung und deren Ursachen. Er führt an, dass besonders Menschen, die mit Chromfarben arbeiten und viel mit Benzin und Schmieröl zu tun haben, gefährdet sind. Ebenso beeinflussen andere Hodenkrankheiten die Wahrscheinlichkeit, an Hodenkrebs zu erkranken, allerdings liegt die Heilungschance mittlerweile bei 90 Prozent.

⁵⁴ Vgl. <http://www.medizinpopulaer.at> Archiv > Medizin & Vorsorge > Hodenkrebs: Zahl der Betroffenen steigt (03.09.2009).

Es ist logisch, dass man unter der Behandlung leidet und deswegen will Herr Oth die Betroffenen begleiten. Er ist auch im so genannten Partnerforum Gesundheit aktiv.

Für meine Arbeit ist der Umstand interessant, dass im Rahmen eines EU-Projekts zwischen der Region Hainburg / Mistelbach, Nordburgenland und der Region Bratislava ein Austausch von Selbsthilfe stattfinden soll. Er war diesbezüglich schon zweimal in der Slowakei auf Besuch, denn eine Zusammenarbeit mit der Region Bratislava wird angedacht. Ist in der Slowakei jemand krank, so bekommt er zwar Hilfe vom Staat, aber es gibt noch keine Selbsthilfegruppe im klassischen Sinn – so wie in Österreich. Es kommen zwar Zuckerkrankte und auch Anonyme Alkoholiker in Gruppen zusammen, aber für Krebs oder dergleichen gibt es noch keine Austauschmöglichkeit. Momentan ist man mitten in der Planungsphase und im nächsten Jahr werden slowakische Vertreter wieder zum Tag der offenen Tür eingeladen, damit sie das Hainburger Angebot kennen lernen können.

6.8 Bürgermeister aus der Grenzregion sprechen über die derzeitige Situation

Um Informationen aus erster Hand zu erhalten, bat ich den Bürgermeister der Stadt Hainburg, Karl Kindl, und den Wolfsthaler Ortschef Gerhard Schödinger, zum Interview, denn sie haben nicht nur mit slowakischen Mitbürgern zu tun, sondern auch jeweils eine Ehefrau aus der ehemaligen Tschechoslowakei.

6.8.1 Gespräch mit Karl Kindl, dem Bürgermeister von Hainburg, im Juli 2009

Für den Hainburger Bürgermeister hatte ich keinen Fragebogen vorbereitet, denn ich erwartete mir von ihm als Ortschef eine Menge an interessanten Fakten und Informationen zu meinem Thema. Also führte ich ein eher spontanes Gespräch mit ihm, bei dem ich auch überraschende Auskünfte bekam.

Seiner Beobachtung nach begann der Boom des Zuzugs der Slowaken in Hainburg ungefähr 2 Jahre nach der Ostöffnung. Die ersten slowakischen „Gastarbeiter“ waren zuerst auf dem Gastronomiesektor tätig und dann nach und nach im Pflegebereich – im Krankenhaus und im Ulrichsheim. Ärzte waren aber schon vorher aus den Nachbarstaaten zugezogen. Heute ist slowakisches Personal auch beim Hilfswerk, bei der Caritas und bei der Volkshilfe angestellt.

Ob das Gesundheitswesen in der Stadt nahe der Grenze ohne Slowaken zusammenbrechen würde, kann er nur schwer beantworten. Fix ist, dass es einen Mangel an Pflegepersonal geben würde. Er kann auch nicht so eindeutig sagen, ob er persönlich über den Zuzug froh ist, aber als Bürgermeister schätzt er die Arbeitskräfte aus dem Osten, weil sie für die Wirtschaft gut sind.

Bürgermeister Kindl lieferte mir auch aktuelle Zahlen. Per Stand 1. Mai 2009 waren 527 Slowaken in Hainburg gemeldet, von denen 394 ihren Hauptwohnsitz in der Stadt haben. Bei der letzten Volkszählung im Jahr 2000 wurden insgesamt 5.740 Menschen in Hainburg gezählt. Würde man diese Zahlen auf heute umlegen, so würde der Slowakenanteil über 9 Prozent betragen. Eine Volkszählung in der Art wie vor 9 Jahren gibt es aber nicht mehr. Viele Menschen haben auch ihren Zweitwohnsitz in Hainburg – nämlich mehr als 1.000 Personen. Für Kindl ist es aber schwer zu sagen, wer die größte Ausländergruppe in Hainburg darstellt, zumal bekanntlich sehr viele Türken in der Stadt wohnen, aber sehr viele davon schon eingebürgert sind. Er meint, dass man ein genaueres Resultat nur mehr an Hand der Religion erzielen kann. Aber eines ist er sich sicher: „Die Slowaken werden in Zukunft die größte ausländische Bevölkerungsgruppe darstellen.“ Er sieht die Slowaken jedenfalls nicht so sehr als Fremde, da sie ein Teil unseres Kulturkreises sind.

Angesprochen auf seinen Amtskollegen aus Berg, Herrn Schödinger, der sich zum Teil den Unmut der eingeborenen Bürger zugezogen hat, weil er den Slowaken-Zuzug laut deren Meinung zu arg forcieren würde, sieht er die Slowaken-Thematik neutraler. Man kann seiner Meinung die Ansiedlung der Menschen aus dem Nachbarland nämlich nicht aufhalten, weil wir Europa sind und jeder das Recht hat, sich dort niederzulassen, wo er möchte. Die

Gemeinde habe darauf aber keinen Einfluss. Ältere Leute seien im Gegensatz zu den jüngeren Semestern naturgemäß weniger flexibel und hätten vor allem auch vermehrt Ängste. Generell sei die Kriminalität zwar gestiegen, aber dieses Phänomen sei sicher nicht nur auf die Slowaken zurückführen, auch von Inländern würden zunehmend mehr Straftaten begangen werden.

Eine konkrete Frage habe ich ihm dann doch bezüglich seiner Partnerin aus der Slowakei gestellt und dabei erfahren, dass er seine Frau nach dem Fall des Eisernen Vorhanges kennen lernte, nachdem sie bereits in Hainburg zu arbeiten begonnen hatte.

Dass die Slowaken generell sehr gut integriert sind, zeigt das Beispiel von Frau Mag. Viera Wambach. Die Universitätsassistentin auf der Slawistik in Wien ist gebürtige Slowakin und lebt mit ihrem österreichischen Mann in Hainburg. Sie möchte zukünftig den „Verein der Freunde der Slowaken“ gründen und ist mit der Bitte um Unterstützung bereits an den Bürgermeister herangetreten. Er sieht in Hainburg keine Gruppenbildung, vielmehr werden die „Nachbarn“ von den Österreichern gut angenommen. Die jüngere Generation hat weniger Berührungsängste, aber die Älteren sind, wie bereits oben erwähnt, vorsichtiger, weil sie vermutlich im Laufe ihres Lebens oft auch negative Erfahrungen gemacht haben.

Slowakische Spieler verstärken auch den heimischen Fußballklub. Werden diese auf dem Fußballplatz beschimpft, mischt er sich nicht ein, denn beim Sport ist die Situation eine andere.

Was die Gemüter der Bevölkerung seit der Öffnung der Grenzen besonders bewegt, ist das verstärkte Verkehrsaufkommen. Auch die vielen Slowaken im Hainburger Bergbad regen auf und es kommen immer wieder Beschwerden. Da das Bad aber defizitär ist, sind die Slowaken wirtschaftlich wichtig für die Gemeinde.

Dass Grundstücke an „Ausländer“ verkauft werden, lässt sich nicht verhindern und er sieht keinen Grund, das negativ zu sehen. Alte Menschen hätten aber den Hang zum Dramatisieren, während die Jungen recht gut damit umgehen würden. Die Zuzüge aus der Slowakei sind relativ gut situiert und sprechen zu 99 Prozent Deutsch. Dass sie der mittleren und höheren Bildungs- und Bevölkerungsschicht angehören, sieht man an ihren Berufen, denn es sind Doktoren und Ingenieure dabei. Natürlich gibt es

auch etliche Slowaken, die in der Slowakei wohnen und in Hainburg arbeiten. Besonders überrascht hat mich die Tatsache, dass es tatsächlich Slowaken gibt, die in Hainburg am östlichen Ortsrand wohnen und in der Slowakei arbeiten. Für Kindl ist jede Form akzeptabel.

Für gewisse Bereiche sind die Slowaken sogar sehr wichtig: So „lebt“ zum Beispiel die Firma Humanplasma, eine medizinische Einrichtung, die sich am westlichen Ortseingang Hainburgs direkt vis-a-vis einiger Supermärkte befindet, von den Slowaken. Die Plasmaspender bekommen 20 Euro und lassen meistens ihr Geld gleich in den Geschäften gegenüber. Aber auch sonst kommen viele Slowaken nach Österreich zum Einkaufen.

Ich erfuhr, dass es kurz vor unserem Gespräch eine Begehung mit Landesrätin Bohuslav bei den Wirtschaftstreibenden in der Ungarstraße im Osten Hainburgs gegeben hatte. Diese zeigte, dass die Geschäftsleute nicht unzufrieden mit der Grenzöffnung sind, denn 40 bis 50 Prozent der Kunden stammen aus der Slowakei. Der östliche Teil der Stadt hat es insofern einfacher, da hier Bank und Post eine Art Zentrum bilden. Im Gegensatz dazu muss der Bereich Wienerstraße im westlichen Stadtteil mit einem Geschäftsterben umgehen.

Für Hainburg sieht er die Ostöffnung auf jeden Fall als Gewinn – vor allem wirtschaftlich. Auch dass einige Kinder aus der Slowakei hier die Schule besuchen, findet er gut.

Bezüglich der Staatszugehörigkeit meint er, dass die Annahme der österreichischen Staatsbürgerschaft heute nicht mehr so notwendig sei, denn innerhalb der EU wäre ein Staatenwechsel wesentlich einfacher geworden. In diesem Zusammenhang folgt dann noch seine ganz private Geschichte: Vor acht Jahren, als seine Frau und deren Tochter zu Österreicherinnen wurden, war das noch sehr teuer und kostete 60.000 Schilling. Außerdem musste er für das Kind Schulgeld in der Slowakei zurückzahlen. Die Schreibgebühren waren damals enorm. Überdies musste seine Frau auf der slowakischen Botschaft alle Dokumente sowie den Pass abgeben. Es wurde rasch gearbeitet und sie bekam einen Fremdenbeziehungsweise Übergangspass. In dieser Zeit war sie staatenlos und durfte nicht in die Slowakei einreisen – dafür hätte sie ein Visum gebraucht.

Gegen Ende unseres Gesprächs gesteht mir mein Interviewpartner, dass die Grenzöffnung natürlich nicht nur Vorteile mit sich gebracht hat – und da spricht der Polizist, sein erlernter Beruf, aus ihm. Der Zugang war für Kriminelle – als die Schranken noch da waren – sicher nicht ganz so einfach, doch dann verschwanden die Barrieren innerhalb ganz kurzer Zeit und es herrschte uneingeschränkte Reisefreiheit. Deshalb findet er stichprobenartige Kontrollen, bei denen man sich auf ausländische Fahrzeuge konzentrieren soll, als Ausgleichsmaßnahme in Ordnung.

Auch nach Abdrehen des Computers plauderten wir noch weiter. So verriet er mir, dass er das Slowakische passiv zum Teil recht gut verstehen würde. Seine Frau spricht mit der Tochter slowakisch, aber er empfindet die Sprache als extrem schwer. Er findet es aber gut, wenn man zweisprachig aufwächst. So hat er es immer gefördert, dass seine Tochter auch slowakischen Lesestoff bekommt. Heute arbeitet sie auf einer Bank und dort kommt es ihr gut an, wenn sie slowakische Kunden hat.

Zum Abschluss sprachen wir noch über den Fußball: Es gab nämlich die goldenen Zeiten des FKH (Fußballklub Hainburg) – an denen auch slowakische Spieler maßgeblich beteiligt waren.

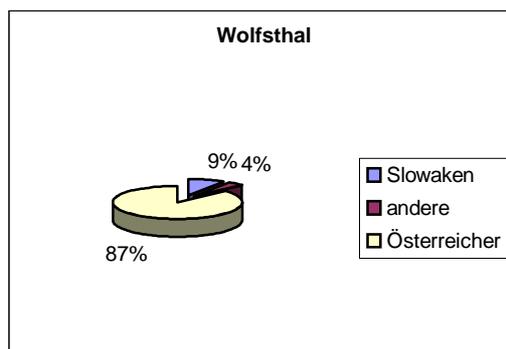
Der Bürgermeister war von meiner Idee, dieses aktuelle Thema aufzugreifen, sehr angetan und daher auch äußerst kooperativ.

6.8.2 Gespräch mit Gerhard Schödinger, dem Bürgermeister von Wolfsthal, im September 2009

Zur Begrüßung verriet mir Herr Bürgermeister Schödinger ganz stolz seine aktuelle Einwohnerstatistik vom 01.09.2009 und verweist im Besonderen auf die Slowaken.

Die Statistik sieht folgendermaßen aus:

Es gibt in der Gemeinde Wolfsthal insgesamt 1.122 Einwohner (davon 535 Männer und 587 Frauen oder 973 Inländer und 149 Ausländer). Insgesamt sind in Wolfsthal 844 Hauptwohnsitze und 278 Nebenwohnsitze gemeldet. Interessant ist, dass insgesamt 102 Slowaken in Wolfsthal leben (85 davon mit Hauptwohnsitz).



Bei unserem weiteren Gespräch meinte der Bürgermeister: „Wir müssen historisch bei 2000 beginnen. Vorher hat sich nichts getan.“ Damals gab es 1.086 Einwohner – 700 mit Hauptwohnsitz und 386 mit Nebenwohnsitz. Das heißt, seit dieser Zeit sind es immer mehr Hauptwohnsitze geworden, was nicht zuletzt an den Slowaken liegt.

Seit 2005 ist er Bürgermeister und bereits damals kamen die ersten Anfragen von Slowaken nach Grundstücken. – Zu diesem Zeitpunkt gab es nur ein bis zwei Liegenschaften, die Slowaken gehörten. Der Bürgermeister wollte Wohnraum schaffen, der finanziell erschwinglich ist. Es standen damals 20 Bauplätze zur Verfügung und vor dem Gemeindeamt hing ganz einfach eine Tafel, die darauf hinwies. Bald kamen die ersten Slowaken und siedelten sich in der Gemeinde an. Da das Zusammenleben gut funktionierte, wurden auch die Medien aufmerksam und es kam zu einer breiten Berichterstattung. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass einige Slowaken, die ein Grundstück wollten und dieses nicht sofort bekamen, meinten, dass sie lieber auf einen Bauplatz in Wolfsthal warten würden, als nach Hainburg oder in eine andere Nachbargemeinde zu ziehen.

Der Bürgermeister gibt zu, dass er sich am Anfang vorgestellt hat, dass alles einfacher sein würde. Da es aber seine Philosophie ist, keine Pro und Contra Diskussionen zu führen, kann er sagen, dass ganz tolle, gebildete Menschen gekommen sind, die sich gut in die Gesellschaft eingliedern und Kontakte pflegen. Alles in allem spricht er von einem sehr wertvollen Zuzug.

Natürlich wird am Wirtshaustisch auch anders geredet. Als Bürgermeister will er aber nicht, dass nach dem Reisepass beurteilt wird, denn Wolfsthal ist eine Kommune und homogene Gesellschaft. Alle, die hier

leben, müssen sich einfügen und anpassen und das ist der springende Punkt. Als Ortschef gibt er vor, was wichtig ist. So gab es zum Beispiel Beschwerden seitens einiger Slowaken, dass um 06.00 die Kirchenglocken läuten. Die Zuwanderer mussten aber kapieren, dass das so ortsüblich ist und wenn es ihnen nicht passt, dann müssen sie einfach gehen.

Da Bürgermeister Schödinger großen Wert auf den Erhalt des dörflichen Charakters legt, dürfen Häuser nur einen Stock haben. Ebenso gibt es eine begrenzte Grundfläche, damit keine großvolumigen Bauten entstehen. Die slowakischen Wolfsthaler arbeiten größtenteils in der Slowakei und ihr Leben hat sich – abgesehen vom Wohnort – nicht geändert.

Er selbst hat schon in der Slowakei gelebt, nämlich in Petržalka. Auch privat hat er eine besondere Bindung zur Slowakei, wie er mir erzählt. Seine Frau war nämlich slowakische Zöllnerin und er österreichischer Zöllner. Kennen gelernt haben sich die beiden am 1. Jänner 1990 und es gibt sogar einen Dokumentarfilm, der an ihrem Schicksal aufgehängt ist und von ihrem Leben handelt.

Warum er, wie viele andere Ostösterreicher auch, eine Slowakin zur Frau hat, begründet er damit, dass die Mentalität der slowakischen Frauen eine ganz andere sei als jene der Österreicherinnen, vor allem, was das Leistungsbewusstsein betrifft. Auffallend ist auch, dass sie einem Mann wesentlich ergebener sind und ihnen die Ehe fast heilig ist. Außerdem sind sie oft blitzgescheit und haben eine hohe Schulbildung, was sie einem Mann aber nicht spüren lassen. Für Österreicher, die nichts damit zu tun haben, ist das sehr überraschend. Zusammenfassend meint er: „Sie sind gescheit, schön und umsorgen den Mann treu.“

Umgekehrt gibt es kaum Österreicherinnen, die einen Slowaken zum Mann haben. Das liegt daran, dass die slowakischen Männer wesentlich patriarchalischer sind, was bei dieser Beziehungsart möglicherweise zu mentalen Reibereien führen würde.

Im Gegensatz zu Hainburg sind es in seiner Bevölkerung vielfach die jungen Leute, die den „Ausländern“ gegenüber am wenigsten offen sind. – Eine Tatsache, die auch mein Umfrageergebnis unterstreicht. Er glaubt, dass sie generell ängstlicher sein würden und sich in der Welt oft nicht

durchsetzen könnten. Deshalb muss er manchmal auch dumme Redereien von Jugendlichen einstecken.

Vielleicht hängt das Unverständnis auch damit zusammen, dass das Bildungsniveau in seiner Gemeinde eher niedrig ist und daher solche Aussagen kommen, wie: „Wenn sie mit mir reden wollen, dann sollen sie Deutsch lernen.“

Bei den Slowaken ist das umgekehrt: Sie haben einen leichten Minderwertigkeitskomplex und entwickeln dadurch einen ganz anderen Ehrgeiz. Sie gehen nach der Arbeit auf die Uni und wenn sie dienstlich gebraucht werden, kann es durchaus vorkommen, dass auch der Urlaub abgesagt wird.

In seinem eigentlichen Beruf ist der Bürgermeister Polizist und Leiter des österreichisch-slowakischen Kooperationszentrums in Jarovce und arbeitet somit in der Slowakei. Bezüglich der Kriminalitätsstatistik glaubt er mit an Sicherheit reichender Wahrscheinlichkeit sagen zu können, dass die Kriminalität in Wolfsthal wegen der Slowaken nicht gestiegen sei. Da stelle momentan der Vandalismus eher ein größeres Problem dar.

Gerne hätte er etwa im Osten der Gemeinde ein Einkaufszentrum errichtet, aber dieses Vorhaben scheiterte an Problemen mit der Raumordnung. Jetzt fahren die jungen Leute nach Bratislava in den Aupark einkaufen und erachten das als etwas Alltägliches. Mittlerweile gibt es auch eine Busverbindung zwischen Bratislava und Hainburg / Wolfsthal. Diese wurde seitens der Bevölkerung sofort akzeptiert und es gab eher Probleme mit den österreichischen Behörden, denn diese wollten die Strecke wegen des Postbusses, der viel seltener fährt, verhindern.

Seit Beginn der Beziehung mit seiner slowakischen Frau, mit der er zwei Söhne hat, lernt er Slowakisch – und er besucht noch immer Kurse. Jetzt kann er reden und übersetzen. Für ihn ist ganz wichtig, dass seine Kinder Fremdsprachen beherrschen und deswegen werden sie immer wieder für einige Wochen zur Großmutter in die Slowakei geschickt.

Als 2002 das bereits erwähnte Kontaktbüro eröffnet wurde, riet ihm sein Bezirkskommandant, nach Bratislava zu wechseln. Da er wusste, dass er viel bewegen kann, nahm er an. Besonders wichtig ist ihm, dass er die Leute nicht vor den Kopf stößt und immer in Augenhöhe mit ihnen redet.

Obwohl seine Frau der ungarischen Minderheit entstammt, spricht er aber nicht Ungarisch.

Auf die medizinische Versorgung angesprochen, meint er, dass er sich selbst nicht in Bratislava behandeln lassen würde. Aus welcher Nation der Arzt stammt, ist ihm egal, nicht aber, wo er behandelt wird. Wer in Bratislava arbeitet und in seiner Gemeinde lebt, für den gilt ein Versicherungsabkommen. Diese Menschen müssen sich auf Amtswegen nur ein Formular bestätigen lassen – und sie können in Österreich behandelt werden.

Dann kommt er nochmals auf das Zusammenleben zwischen Slowaken und Österreichern zu sprechen. Immer wieder muss er die Erfahrung machen, dass die Slowakei für viele Menschen der Grenzregion so nah und doch so fern ist. Generell seien die Leute, die nach Österreich gekommen sind, sehr kontaktfreudig und auch integriert. Slowakische Akademiker sind in seiner Gemeinde eng in das künstlerische und kulturelle Leben eingebunden. Der Chorleiter eines der drei Chöre stammt ebenso aus der Slowakei wie auch Musikprofessoren und ein slowakischer Karikaturist.

Zur Öffnung habe auch der von ihm initiierte Bus enorm beigetragen, der übrigens wegen des großen Erfolges mittlerweile jede Stunde von Hainburg Richtung Bratislava abfährt.

Manche Menschen sind aber einfach unverbesserlich und viele Probleme sind nur im Kopf. Für die Jungen nimmt er sich viel Zeit für Aufklärungsgespräche. Vorurteile werden nämlich dann überwunden, wenn eine Person ein Gesicht bekommt, denn meistens schimpft man nur über das Anonyme. Bei älteren „Skeptikern“ habe es keinen Sinn mehr, zu reden, denn hier wird sich seiner Meinung nach nichts mehr ändern.

Der Zuzug aus der Slowakei hatte auch die Schaffung zahlreicher neuer Jobs zur Folge. So profitiert eine Wolfsthaler Baufirma enorm davon und ein Bauer liefert Milch an slowakische Schulen. Für diese gibt es ein tolles Zusatzangebot: Die Kinder können an Waldpädagogik-Führungen teilnehmen oder auch zum ersten Mal Kühe sehen. Eine Zeitung aus Petržalka hat sogar darüber berichtet.

Im Gegensatz dazu führt die Frau des Bürgermeisters in Bratislava ein Geschäft mit Catering, das österreichische Spezialitäten verkauft, welche

sehr gut angenommen werden. Außerdem herrscht zwischen dem Bürgermeister und den Politikern in Bratislava ein gutes Einvernehmen. Die slowakische Partnergemeinde ist Vinory.

In Wolfsthal wird schon bei den Kleinsten im Kindergarten mit dem Slowakisch-Unterricht begonnen und mein Gesprächspartner meint, dass die Kinder ein gutes Gefühl für die Sprache hätten. Slowaken sollten Deutsch in der Schule lernen und umgekehrt sollte Slowakisch in Österreichs Schulen Pflicht sein. Auch der Kinderchor singt schon slowakische Lieder.

Genauso, wie „Rom nicht an einem Tag erbaut worden ist“, so ist es auch mit der Beziehung zu einer fremden Nation. Aber sobald Österreicher nach Bratislava kommen, merken sie, „dass die Slowaken nicht mehr am Baum leben“ Das ist dann oft ein „Aha-Erlebnis“.

Obwohl der Bürgermeister der Überzeugung ist, dass der Ort ohne Slowaken eigentlich „tot“ wäre, fürchtet er, dass es zum Crash kommen könnte, sollte ein anderer Bürgermeister gewählt werden, der die Slowaken nicht so forciert.

Er meint, dass wir uns in einer Umbruchzeit befinden, in der junge Leute hauptsächlich Standardsätze ohne Hintergrund sagen, aber auch kurz vor der Bildung einer Mikroregion, in die auch die Ungarn eingebunden werden sollten.

6.9 Zusammenfassung und Ergebnisanalyse

Analysiert man die Interviews mit Ärzten, Schwestern und auch Patienten hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Österreichern und Slowaken einerseits und andererseits im Bezug auf die Österreicher untereinander, so lässt sich erkennen, dass die Zusammenarbeit im Landesklinikum Thermenregion in den meisten Bereichen recht gut funktioniert und alle Beteiligten auch zufrieden sind.

Als Manko wird in erster Linie das *sprachliche Problem* angeführt. Da aber die Sprachkenntnisse bei den Slowaken schon recht gut sind und es generell intern so geregelt ist, dass sie angehalten werden, im Umgang mit den Patienten Deutsch zu sprechen, halten sich die Beschwerden in

Grenzen. Auch wenn sie sich untereinander slowakisch unterhalten, wechseln sie sofort zu Deutsch, sobald ein Österreicher zugegen ist.

Ein großer Vorteil des Pflegepersonals aus dem Nachbarland bezüglich der Kommunikation besteht darin, dass es mit den Landsleuten Aufklärungsgespräche in der Muttersprache führen kann, was die Arbeit erheblich erleichtert. In einem derartigen Fall wird aber dem Österreichischen Bettenachbarn erklärt, worüber gesprochen wird.

Zwar wird nicht in allen Fällen von *Gruppenbildung* gesprochen, aber es ist nur allzu natürlich, dass man seine freien Momente doch lieber mit Landsleuten verbringt. Im Allgemeinen sind die slowakischen Schwestern gut integriert. Die Österreicherinnen beklagen ihrerseits, dass man einander stationsübergreifend oft nicht einmal mehr kennt und die Gemeinschaft über den Spitalsalltag hinaus nicht mehr so funktioniert wie früher.

Die Slowaken versuchen, ihre Arbeit bestmöglich zu verrichten, denn schließlich wollen sie ihren Posten nicht aufs Spiel setzen. Die Frage, wer nun zum Beispiel bereitwilliger einspringt, wird nicht einheitlich geklärt, denn manche meinen, es wären die Österreicher und andere nennen die Slowaken.

Auch die Frage der *Freundlichkeit* wird angesprochen. Da das Haus immer größer wird und auch die Fluktuation zunimmt, kommt es häufig vor, dass man sich oft nicht einmal mehr grüßt. Das ist aber auch eine Frage der Abteilung. Da einer Zunahme der Patientenzahl und der Qualitätssteigerung eine Einsparung des Personals gegenüber steht, wird oftmals bedauert, dass durch die steigende Bürokratie und durch die Zunahme an administrativer Tätigkeit zu wenig Zeit für den einzelnen Patienten bleibt – und dieser Mangel wird schließlich als Unfreundlichkeit ausgelegt.

Dass es – wie anderswo auch – unter dem Personal Schwierigkeiten gibt, gehen aus den Aussagen einer ehemaligen slowakischen Schwester hervor, die lieber einen weiteren Weg in Kauf nimmt, als in Hainburg zu arbeiten, weil die Schere zwischen den älteren „erfahrenen“ Schwestern aus Österreich und den jungen „unerfahrenen“ Mitarbeitern doch auseinanderklafft. Ein ähnliches Problem hat auch eine junge Österreicherin angesprochen, die ebenfalls schon negative Erfahrungen der gleichen Art

gemacht hat, aber aus welchen Gründen auch immer keineswegs näher darauf eingehen möchte. Also könnte man daraus den Schluss ziehen, dass es eher auf die jeweilige Person ankommt als auf die Nationalität: Manche nehmen Sachen eben persönlicher, andere weniger.

Da es keine größeren Vorfälle seit der Mitarbeit der Slowaken gegeben hat und das Krankenhaus von den Patienten aus dem Nachbarland profitiert, lässt sich der Schluss ziehen, dass die derzeitige Situation dem Spital weder explizit geschadet noch genutzt hat.

Was die Gemeinden betrifft, die sich in unmittelbarer Nähe zur Slowakei befinden (explizit Hainburg und Wolfsthal), so haben die Bürgermeister prinzipiell nichts gegen einen Zuzug aus dem Osten, zumal sie dort auch privat ihre Erfüllung gefunden haben.

„So nah und doch so fern“ ist auch die sprachliche Problematik. Während die Slowaken – wie von mehreren Befragten bestätigt – viel williger sind, Deutsch zu lernen, so sind Österreicher oft verwundert, warum ich mir das Slowakisch-Lernen „antue“. Vielen – wie auch dem Personal im Krankenhaus – ist es vielfach zu mühsam, sich damit auseinanderzusetzen. Allerdings ist man im Krankenhaus in allen möglichen Bereichen auf Slowaken vorbereitet, wie das folgende Bild zeigt.



7 Gynäkologie

7.1 Gespräche mit Primar Gamperl im Frühjahr 2009 und dessen Lebenslauf



Da auf Grund der vielen slowakischen Patientinnen mein Hauptaugenmerk auf der Gynäkologischen Abteilung liegt, habe ich mich mit der Person des Chefs der Gynäkologie, Herrn Primar Dr. Gamperl, intensiv beschäftigt. Ich habe Auszüge aus seinem Lebenslauf, den er mir freundlicherweise zur Verfügung gestellt hat, meinem Interview vorangestellt, um zu zeigen, über welche Ressourcen der Arzt verfügt.

Da die verwendeten Termini und Abkürzungen aus dem Original stammen, wurde auf eine Erklärung seitens der Verfasserin bewusst verzichtet.

„L E B E N S L A U F

Dr. Gottfried Gamperl

Geburt: 03.09.1955

Geburtsort: Wien/ Österreich

aufgewachsen in Bruck an der Leitha (NÖ)

*Hobbies: Musik, Theater, Literatur, Philosophie,
Kommunikationswissenschaften*

Schulausbildung:

Volksschule und Gymnasium (bis 5. Klasse in Bruck an der Leitha)

Musisches Gymnasium Krems (1 Jahr)

Bundesrealgymnasium für Studierende der Musik (Schulsprecher)

Konservatorium der Stadt Wien (Hauptfach: Komposition, Nebenfach: Klavier)

Matura mit gutem Erfolg in der 9. Schulstufe am 02.06.1976.

Studium:

1976 Inskription Medizin an der Universität Wien

Ein Jahr parallel Komposition am Kons. Wien, dann Entscheidung für Medizin (Unsicherheit des künstlerischen Berufs !)

1983 Promotion zum Doktor der gesamten Heilkunde

01.09.1983:Anstellung u. Beginn der Turnusausbildung im KH

Hainburg/Donau

01.01.1985: Ausbildungsstelle für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1985 - 1998: Spitalsärztevertreter KH Hainburg/Donau

Gegenfächer im KH Hollabrunn, KH Tulln und 1989 1. Univ. Frauenklinik Wien

31.08.1989: Facharztanerkennung Frauenheilkunde u. Geburtshilfe

Oberarzt am KH Hainburg/Donau

1989: Primarstellvertreter

1989: Ausbildungsberechtigung Österreichische Gesellschaft f. Ultraschall in d. Medizin (I. Univ. Frauenklinik Wien)

1990: Wahlarztordination Wien 1180

1993: Erlangung ÖÄK-Diplom für Psychosomatische u. Psychosoziale Medizin

Berufliche Konzentration auf:

Etablierung minimal invasiver OP- Techniken an d. Abteilung

Pränataldiagnostik und Erlangung der Berechtigung zur Durchführung des „First Trimester Screening“

Etablierung Urogynäkologische OP-Techniken (TVT,PROLIFT) an d. Abteilung

Managementausbildung DONAU UNIVERSITÄT KREMS und Abschluss mit ausgezeichnetem Erfolg am 29.04.2006

Einführung des OP-Managements im Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg als verantwortlicher Abteilungskoordinator

Organisation Onkologiezusammenarbeit WSP (Prof. Salzer)

Erlangung des Fortbildungsdiploms der ÖÄK

Beschäftigung mit Fehler- und Riskmanagement“⁵⁵

Zwar hatte ich für dieses Interview einen Fragebogen vorbereitet, aber die aktuellen Vorkommnisse leiteten das geplante Gespräch sofort in eine ganz andere Richtung, sodass ich auf die Fragen erst gegen Ende des ersten Gesprächs eingehen konnte. Aus diesem Grund kam es ein Monat später zu einem weiteren Treffen, bei dem die verbliebenen Punkte behandelt wurden.

In der am 25. März erschienen Ausgabe der Gratiszeitung „Bezirksblätter“ war das Krankenhaus nämlich in die negativen Schlagzeilen gekommen. (→ siehe Punkt 7.2 / Zeitungsbericht)

⁵⁵ Gamperl, Gottfried, Lebenslauf.

7.2 Der „Fall T.“

Bezirksblatt Nr. 13, 25. März 2009

BL 2

Schwierige Geburt im

Junges Elternpaar prangert den Kommunikationsstil des Landeskl

Erst wenige Tage ist es her, dass die Landeskliniken Hollabrunn und Hainburg im Rahmen einer pompösen Gala in St. Pölten mit dem „Vorsorgepreis 2009“ ausgezeichnet wurden. Aber nicht alle Patienten verlassen das Krankenhaus immer mit einem zufriedenen Lächeln...



Leopoldine Taroncher, die sich zur Zeit im KH Eisenstadt erholt, hält ihre kleine Tochter glücklich im Arm. Foto: Taroncher

PETRONELL/HAINBURG (plp). Am 15. März brachte die Petronellerin Leopoldine Taroncher im Landesklinikum Hainburg ihr viertes Kind zur Welt. Der glückliche Vater fuhr nach der Entbindung nach Hause, um wenige Stunden später mit seinen drei Kindern die Mutter und die kleine Schwester zu besuchen. „Wir kamen an und fanden das Bett meiner Gattin leer vor“, be-

ginnt David Taroncher die Abläufe chronologisch zu schildern, „Vom Personal erfuhr ich, dass meine Frau auf der Intensivstation sei, und ich sollte den Oberarzt nach den Geschehnissen befragen. Dieser - offenbar unter Zeitdruck - erläuterte mir ungeduldig

die Fakten und reagierte ungehalten, als ich ihn mit Detailfragen ‚quälte‘, berichtet der Vater. Von ihm erfuhr Taroncher schließlich, dass seine Gattin notoperiert werden musste, diese OP gut verlaufen sei und kein Grund zur Sorge bestünde. Auf die Frage, warum er nicht informiert wurde, gab es, so Taroncher, keine klare Antwort.

Bezirksblatt-Umfrage der Woche

„Nullrundengespräche“

Tatsächlich wurde Frau Taroncher am nächsten Morgen stationär verlegt, klagte allerdings über extreme Kopfschmerzen. Bei der selbständigen Körperpflege am darauffolgenden Mittwoch bemerkte Frau Taroncher offensichtlich nach der OP nicht entferntes Tamponagematerial.

Schockiert setzte sie ihren Mann davon in Kenntnis, der sich postwendend an die behandelnden Ärzte wandte. Dieses Gespräch führte zu keinem befriedigenden Ergebnis für den Familienvater.

„Ich halte fest: meine Frau wurde nachweislich drei Tage lang nur oberflächlich untersucht. Bei meinem Kind wurden nur die notwendigsten Untersuchungen durchgeführt, die ‚Götter in Weiß‘ reagierten patzig, als sie merken, dass auch wir im Gespräch mit Fachwissen kontern können, und die Krönung der Geschichte ist, dass zu keiner Zeit der Primarius der Abteilung zugegen war“, berichtet David Taroncher ruhig, aber bestimmt.

Die Konsequenz: Die Familie ent-

LHK Hainburg

Linikums Thermenregion Hainburg scharf an

schied, das Landeskrankenhaus auf eigene Gefahr und gegen den Rat der Ärzte zu verlassen und – im wahrsten Sinne des Wortes – bei Nacht und Nebel ins KH Eisenstadt zu fahren, in dem Mutter und Kind derzeit behandelt werden.

Kommunikationsschwierigkeiten

Anfänglich reagierte das Landeskrankenhaus Hainburg zurückhaltend auf die Nachfragen der Bezirksblätter zum vorbrachten Fall. Wenig später erklärte Verwaltungsdirektor Wolfgang Palatinus im telefonischen Gespräch, dass er es sehr bedauere, wenn es zu Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Patient, Angehörigem und dem Personal gekommen sei, und er selbst zu den fachlichen Details auch keine Stellung nehmen könnte.

„Wir sind stets bemüht“, so Palatinus, „und darüber ist auch die Familie informiert gewesen, bei Schwierigkeiten jeglicher Art die im Hause befindliche Ombudsstelle zu konsultieren, die sich umgehend um eine lückenlose Klärung aller Unklarheiten auf allen beteiligten Seiten einsetzt. Meiner Meinung nach hätte Herr Taroncher diesen Weg wählen können, ohne gleich mit Anwälten oder den Medien zu kooperieren. Ich persönlich halte dies nicht für den optimalen Weg einer vernünftigen Gesprächskultur.“

Zur fachlichen Komponente des Falles bezog der Leiter der gynäkologischen Abteilung, Pimar Dr. Gottfried Gamperl, Stellung: „Nach Durchsicht der Akte, die umfassend dokumentiert ist, gibt es nichts, was für ein Fehlverhal-

ten der Kollegen spricht. Wir haben gehandelt und Leben gerettet.“

Rücksprache haltend mit David Taroncher, erklärte dieser nachdrücklich: „Es liegt mir ferne, dem Ruf des Krankenhauses zu schaden. Eines sei mir allerdings unbenommen, nämlich der Schutz und das Wohlbefinden meiner Familie! Über die fachliche Qualifikation der Ärzte und der Pflegschaft während der Geburt und der anschließenden Not-OP gibt und gab es keine Diskussion. Es geht vielmehr um die Art und Weise der Kommunikation, bzw. um das Fehlen derselben und darum, dass in Folge oberflächlich und schlampig gearbeitet wurde“, bemerkt Taroncher, der sich weiterhin rechtliche Schritte gegen das Landeskrankenhaus vorbehält.

⁵⁶ Bezirksblatt, 13, Schwierige Geburt im LHK Hainburg, 25.03.2009.

In dem Artikel wird den Ärzten der Gynäkologie von einem frischgebackenen Vater vorgeworfen, über medizinische Vorfälle bei und nach der Geburt nicht informiert worden zu sein. Um mir ein eigenes Urteil zu bilden, wollte ich auch die Seite des Abteilungsvorstandes dazu hören, zumal ich in meiner Arbeit nicht „Aufklärungsjournalismus“ betreiben, sondern ein möglichst neutrales Bild der Situation zeichnen möchte.

Primarius Gamperl äußerte sich folgendermaßen zu den Vorwürfen (Zusammenfassung):

Bei dem Vorfall sei die Kommunikation schlecht gelaufen, was eine Reihe von Missverständnissen zur Folge hatte. Der Vater habe sich im Laufe der Auseinandersetzung auch in widersprüchliche Aussagen verstrickt (einmal wirft er mangelnde medizinische Fähigkeiten vor, indem er behauptet, seine Gattin sei oberflächlich und schlampig untersucht worden, dann meint er, dass medizinisch zwar alles in Ordnung gewesen sei, es aber an der Verständigung gemangelt hätte). Laut Dr. Gamperl ist es nicht immer einfach, mit den unterschiedlichen, oft recht schwierigen Charakteren, einen Konsens zu finden. Er fordert daher eine Ombudsstelle nur für das Personal, damit auch dieses eine Anlaufstelle habe.

Interessanterweise hatte sich der Vater zuvor schon im Kreißsaal negativ über das Personal im Krankenhaus Eisenstadt geäußert, wo seine Gattin bereits früher entbunden hatte, und in das er dann seine Frau aber in einer „Nacht- und Nebelaktion“ brachte. Die diensthabende Hebamme spricht von einem Spannungsfeld, das schon während der Geburt existiert habe.

Als dann eine akute Situation eintrat, auf die aus Datenschutzgründen nicht näher eingegangen werden kann, war die zeitliche Verständigung schwierig, da der Vater war schon weg, als die lebensrettende Operation durchgeführt werden musste. Die Frau erhielt mehrere Blutkonserven und befand sich in einem kritischen Zustand. Fakt ist, dass es ein Kommunikationsproblem zwischen dem Mann und dem Dienst habenden Oberarzt gegeben habe.

Ein weiterer Vorwurf besteht darin, dass Tamponadematerial vergessen worden sei. Der Oberarzt versichert aber, dass es keine Hinweise auf die Richtigkeit dieser Aussage gäbe, denn es wurde nichts gefunden.

Ebenso wurden kalmierende Gespräche seitens des Oberarztes mit der Frau geführt, der aufgebrachte Mann wollte jedoch, dass mit ihm geredet wird. Nachdem er das Krankenhaus verlassen hatte, rief ihn Primar Gamperl an, aber das Telefonat führte zu nichts.

Die Frau war auch – entgegen anderer Meinungen – vor der Verabreichung der Blutkonserven wie alle Patienten aufgeklärt worden. Es ist allerdings oft schwierig, bei medizinisch „halbgebildeten“ Menschen den richtigen Zugang zu finden, denn die Ansprüche sind doch recht unterschiedlich. Jedenfalls ist die Situation sehr ärgerlich und die juristische Aufklärung in einem derartigen Fall nicht einfach.

Der Primar erklärte mir an dieser Stelle, dass Patienten oft Reverse unterschreiben, aus denen hervorgeht, dass sie die Aufklärung verstanden haben. Am nächsten Tag kann es aber durchaus vorkommen, dass sie behaupten, nicht genug informiert gewesen zu sein.

Später kam noch der Vorwurf einer Salmonellenvergiftung dazu, die allerdings auch nicht erwiesen ist.

Auch der Vorwurf, der Primar sei nie anwesend gewesen, stimme so nicht, denn er habe die Patientin auf der Überwachung visitiert. Die Gesprächsbasis mit dem Gatten habe sich als sehr schwierig erwiesen, sei aber wichtig gewesen, denn die Frau hatte keine eigene Willensäußerung.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Berichterstattung sehr einseitig war. Da im Hainburger Krankenhaus alles minutiös genau dokumentiert wird, hat alles auch seine Richtigkeit. Belegt wird auf Kurven und jeder Handgriff wird unterzeichnet. Deshalb ist der Primar für eine Computer-gestützte Kurvenführung, um die Dokumentation zu erleichtern.

Wie bereits erwähnt, sollte der folgende Fragebogen als Fundament für das Gespräch mit Herrn Primar Gamperl dienen. Auf Grund des beschriebenen Vorfalles beschäftigten wir uns beim ersten Treffen nur mit einem Teil davon und setzten unser Gespräch einen Monat später fort, um die verbliebenen Punkte zu behandeln. Außerdem ersparte mir der schriftliche Lebenslauf eine Reihe diesbezüglicher Fragen.

FRAGEBOGEN

- **Persönliche Vorstellung**

Werdegang mit besonderem Bezug zum Haus

Warum gerade Hainburg?

- Meine Dissertation beginnt im Jahr 1983 – und Sie sind seit diesem Jahr im Haus. Ich möchte den medizinischen Teil meiner Arbeit umgekehrt aufbereiten, als man es üblicherweise erwarten würde: Nämlich von der Praxis zur Theorie:

Was waren die grundlegenden Veränderungen aus medizinischer und „menschlicher“ Sicht auf der Gynäkologie in Hainburg?

Pläne für die nächste Zukunft?

- **Die Slowaken auf der Gynäkologie**

- *Personal:*

Wie ist der Ausbildungslevel des slowakischen Personals generell?

Ausbildungsstand: Wird slowakische Ausbildung anerkannt?
Zusatzqualifikationen?

Gibt es in der Zusammenarbeit zwischen dem slowakischen und dem österreichischen Personal Differenzen?

- *Patientinnen:*

Die Akzeptanz des slowakischen Personals?

Probleme auf der sprachlichen Ebene?

Aus welcher sozialen Schicht stammen die slowakischen Patientinnen?

Gibt es Unterschiede in den Ansprüchen?

- **Die Geburtstation ist das Aushängeschild des Hainburger Krankenhauses**

Wieso soll Frau in Hainburg entbinden?

Verhältnis Krankenhaus mit niedergelassenen Gynäkologen? (Zeit meiner Geburt: Wenn nicht Patientin eines Arztes „aus dem Haus“ → sehr distanzierendes Verhältnis)

Leidensdruck – Österreicherinnen / Slowakinnen / Türkinnen

Welche Rolle kommt den Vätern zu?

Risikoschwangerschaften: Werden Patientinnen weitergeschickt?

Wird nur die Geburtshilfe von den Slowakinnen frequentiert oder nehmen diese auch andere gynäkologische Behandlungen in Anspruch?

- **Die Allgemeine Gynäkologie**

Verhältnis zwischen notwendigen medizinischen Behandlungen und Menschlichkeit?

Die Akzeptanz der Mündigkeit der Patientinnen? (Mitspracherecht?)

Gibt es Spezialisierung unter den Gynäkologen?

Hainburg ist ein „Krankenhaus der Grundversorgung“ – Wie weit wird im onkologischen Bereich gearbeitet oder Auslagerung in Schwerpunktkrankenhäuser?

Der folgende Text ist eine zusammengefasste Wiedergabe des Interviews:

Lebenslauf

Da mir der Primar – wie bereits erwähnt – seinen Lebenslauf zur Verfügung gestellt hatte, begnüge ich mich an dieser Stelle damit, die für Hainburg relevanten Fakten anzuführen: Bereits während des Studiums hat er im Hainburger Krankenhaus famuliert und auch seinen Turnus absolviert. Abgesehen von einigen Ausbildungsunterbrechungen ist er seit 1983 im Haus und bezeichnet sich selbst als Urgestein im Krankenhaus. Hainburg ist ihm auch deshalb sehr nahe, weil er aus Bruck an der Leitha stammt. (→ siehe Punkt 7.1 / Lebenslauf ⁵⁷)

Befragt zu den **Unterschieden in der Geburtshilfe** im Bezug zur Slowakei, meint er spontan, dass die Hotelkomponente in Hainburg besser sei als in Bratislava – und das sei auch der Hauptgrund, weswegen so viele Slowakinnen in Österreich ihre Kinder bekommen. Ebenso sei das

⁵⁷ Vgl. Gamperl, Gottfried, Lebenslauf.

hygienische Niveau auf einem höheren Level. Er ist sich aber sicher, dass die Slowakei in Zukunft aufholen wird.

Eklatant ist der Unterschied bei der Zuwendung zur Patientin. In Österreich hat Einfühlsamkeit Priorität und es herrscht ein ganz anderer Ton als in unserem Nachbarland. Auf die Hinwendung wird – trotz des bedauerlichen Zwischenfalls – größter Wert gelegt. Es geht vom Anfang an um die Bedürfnisse der Patientinnen und es ist erkennbar, dass die Ansprüche zugenommen haben.

War der Arzt früher unangefochten bei seinen Entscheidungen, so darf heute jede Frau ihre eigenen Wünsche äußern. Die Patientinnen sind besser informiert – vor allem durch das Internet – und dadurch auch mündiger geworden.

Medizinische Unterschiede

In Petržalka gäbe es die perfekte Ergänzung zu Hainburg, denn die dort befindliche Klinik deckt alle Bereiche ab, die es in Hainburg nicht gibt. Primarius Gamperl wäre für eine Zusammenarbeit sehr dankbar, denn das Spital ist in nur fünf Minuten mit dem Hubschrauber erreichbar. Allerdings wird diese Möglichkeit in keiner Weise von den oberen Stellen angedacht, da die Staatsgrenze trennend zwischen den beiden Standorten verläuft. In gesundheitlichen Belangen gilt Wien noch immer als Zentrum für Hainburg und Umgebung, denn die Verkehrsanbindung ist deutlich besser als nach St. Pölten.

In die Medizin wird in Österreich sehr viel Geld investiert. Das heißt, „obwohl alle immer jammern, wird im Gegensatz zu anderen Ländern ins Gesundheitswesen vergleichsweise viel hineingesteckt.“ Um auf dem neuesten Entwicklungsstand zu bleiben, werden in Hainburg zum Beispiel die Ultraschallgeräte alle drei bis fünf Jahre ausgetauscht. Auch auf die endoskopischen Techniken wird – sofern es möglich ist – mehr Wert gelegt, womit er die grundlegenden Veränderungen im Laufe der letzten Jahre aufgezählt hatte.

Noch vor einigen Jahren legte man in der Geburtshilfe Wert auf eine natürliche Geburt. Heute gibt es vermehrt Wünsche in Richtung Kaiserschnitt, was Statistiken (→ siehe Punkte 7.10 und 7.10.1) belegen.

Dabei handelt es sich nicht um indizierte Operationen, sondern um den so genannten „Wunschkaiserschnitt“. Eine Sectio wird aber zum Beispiel auch als Präventivum durchgeführt, wenn ein besonders großes Kind zu erwarten ist oder es sich um eine zarte Frau handelt.

Galt früher die Sectio nur als Alternative, wenn eine Pathologie auftrat, so erfolgen heute bereits 15 bis 20 Prozent der Geburten per Kaiserschnitt. Da es sich dabei um einen operativen Eingriff handelt, sind die Gynäkologen zu einem Aufklärungsgespräch verpflichtet, in dem über die Vor- und Nachteile gegenüber einer natürlichen Geburt informiert wird.

Wenn Schwangere Angst vor der Geburt haben, können sie auf diese Art der Entbindung bestehen und laut Gamperl spricht nichts dagegen, wenn es um ein normales „Surrounding“ geht. Das bedeutet, dass der Kaiserschnitt in der Kernarbeitszeit stattfindet und zwei Fachärzte, ein Kinderarzt und zwei Anästhesisten vor Ort sind. Selbstverständlich werden Noteingriffe während der Nacht durchgeführt, aber dafür gelten andere medizinische Voraussetzungen.

Die Selbstbestimmung der Frau steht im Hainburger Krankenhaus jedenfalls im Zentrum. Waren früher bei einer Geburt nur die Hebamme und der Arzt ausschlaggebend, so entscheidet heute die Frau. Er meint, die Gebärhaltung ist entweder „sitzend, liegend, unter Wasser, über Wasser, stehend, hockend, ..., eben wie es der Frau gefällt.“ Früher bekamen Mütter ihre Babys ausschließlich in der Rückenlage im Kreißbett, was heute als total unnatürlich und schlecht angesehen wird. Im Vergleich zu anderen Kulturen, die schon früher darauf kamen, dass das Liegen bei einer Geburt kontraproduktiv sei, hinkte man in unseren Breiten hinten nach. Die patientenorientierte Geburt ist für Ärzte und Hebammen anspruchsvoller („die kugeln“, nach Angabe von Dr. Gamperl, „am Boden herum, um der Frau eine optimale Geburt zu ermöglichen“).

Heute sind auch die technischen Möglichkeiten bei einer Geburt wesentlich ausgereifter. So gibt es das funkgestützte CTG, was das Gebären unter Wasser ermöglicht. Früher war eine Frau einfach nur an Kabeln angeschlossen. Auch der so genannte Kreuzstich, die Epiduralanästhesie-Entwicklung, ist im Laufe der letzten zehn Jahre verändert worden. Es gibt

aber auch Frauen, die einfach sagen: „Macht´s, was wollt´s!“ Sie möchten einfach nur keine Schmerzen verspüren.

Mein Gesprächspartner gibt mir auch einen Einblick in den Bereich der **Allgemeinen Gynäkologie**. Besonderer Wert wird in dieser Abteilung bei Operationen auf die Organerhaltung gelegt. Früher musste man sich als Arzt den Vorwurf gefallen lassen, dass das Wesentliche die „Gebärmutterbereinigung“ sei. Man machte es sich somit relativ einfach: Die Frauen wurden operiert und ins Bett gelegt und die Betten waren ausgelastet. Das war aber nicht nur in Hainburg so. In vielen Spitälern galt diese Ansicht und die Kollegen wurden bestens dafür ausgebildet. Auch mein Gegenüber hat diese Operation in extensio gelernt. Dass aber bei der Entfernung die Architektur des Körpers zerstört wird, hatte man zu wenig bedacht.

War eine Frau 35 Jahre alt und wollte keine Kinder mehr beziehungsweise waren ihr die Blutungen zu lästig, wurde die Entfernung des Organs sogar als Empfängnisverhütung angesehen. Es waren aber nicht nur die Spitalsärzte, welche die Frauen zu dieser Operation einliefern ließen, sondern sie wurden auch von spitalsfremden Ärzten zugewiesen. Mit der Operation kamen aber auch andere Probleme, wie zum Beispiel lästige Unterbauchschmerzen.

In der modernen Gynäkologie geht der Trend in Richtung Gebärmutter Spiegelung und die endoskopischen Operationen sollten möglichst erhaltend durchgeführt werden. Das gilt nicht nur für Frauen, die bloß geringe Beschwerden haben, sondern auch für jene mit größeren Problemen. Was das Thema Brustkrebs betrifft, handelt es sich um einen Streit zwischen Chirurgen und Gynäkologen. In der Brustchirurgie gibt es in Hainburg eine eher geringe Fallzahl. Allerdings liegt diese Operation in der Hand der Chirurgen.

Bei schweren onkologischen Operationen wird eher in ein Zentrumsspital umgeleitet. Schließlich ist es nachweislich, dass ein Arzt umso erfolgreicher operiert, je häufiger er einen bestimmten Eingriff durchführt. Bei Gebärmutterhals- beziehungsweise Eierstockkrebsverdacht wird mit dem Wiener AKH und dem Wilhelminenspital zusammengearbeitet. Das Procedere sieht so aus, dass nach der Gebärmutter Spiegelung die

Unterlagen an ein onkologisches Consilium in Wien geschickt werden, welches berät, was das Beste für die Patientin ist. In der Folge wird festgelegt, ob diese Operation in Hainburg durchgeführt werden kann oder nicht. Selbstverständlich darf dabei die finanzielle Komponente nicht außer Acht gelassen werden. Viele Patientinnen sagen aber von sich aus, dass sie die Operation in Hainburg erledigt haben wollen, weil Wien zu weit entfernt ist und sie die gewohnte Umgebung benötigen. Der Primar will auch die Information bei bösartigen Erkrankungen optimieren. Dabei ist die Einschätzung wichtig, was eine Patientin verkraften kann. In derartigen Fällen kann auch auf die Unterstützung der Psychologin, die sich um das psychische Wohl der Patienten im Haus kümmert, zurückgegriffen werden.

Das Hauptaugenmerk für die Zukunft liegt bei Primar Gamperl auf der Weiterentwicklung der kommunikativen Medizin. Er möchte den starken Ansprüchen der Patientinnen immer besser gerecht werden. Sowohl die Gynäkologie als auch vor allem die Geburtenabteilung sind sehr dienstleistungsorientiert. – Im Gegensatz dazu fühlt sich die Interne Abteilung von selbst, weil dort vor allem ältere Patienten stationär behandelt und betreut werden.

Für Werbematerial verwendet Primarius Gamperl kein Geld, dafür ist ihm die Mundpropaganda sehr wichtig, denn er möchte alle Patientinnen möglichst zufrieden stellen. Alle Frauen sollen optimal informiert sein und auch auf Umfragen legt er größten Wert. Bei Komplikationen sollen sich die Betroffenen zusammensetzen und Wege zur Verbesserung erarbeiten.

Querulanten sind negativ für das Image des Krankenhauses und Menschen wie der eingangs erwähnte Herr zerstören in wenigen Minuten eine monatelange Arbeit. Zur Kommunikation gehören immer mindestens zwei Menschen und in dem geschilderten Fall handelt es sich um eine hochmaligene Persönlichkeit, die Dinge in die Welt setzt, die aufgeklärt gehören – wie zum Beispiel eine Salmonellenvergiftung, von der erst später die Rede war. Der Abteilungsvorstand empfindet die Vorgangsweise „als Schrotflintenschuss“, der Trittbrettfahrer anziehen könnte. Eine gute Kommunikationsfülle ist die Basis einer guten Zusammenarbeit zwischen Patienten und Ärzten und somit unerlässlich.

Ein wichtiges Anliegen ist ihm auch die Verbesserung in der Verständigung zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem Spital. So beruft er jedes halbe Jahr ein fachliches Forum zur Verbesserung der Kommunikation ein, zu dem auch ein Top Vortragender eingeladen wird.

Einmal jährlich im Juni organisiert Gamperl einen gesellschaftlichen Event unter dem Titel „Kunst und Medizin“, zu dem Fachärzte und praktische Ärzte mit ihren Familien geladen sind.

Weiters möchte er zukünftig noch organerhaltender arbeiten, weil er diese Trendwende ganz im Sinne des Zeitgeistes empfindet und es mehr seinem Naturell entspricht. Sein Credo ist, nicht nur Betten zu füllen, sondern in erster Linie den Spitalsaufenthalt auf ein Minimum zu beschränken.

Bezüglich des **Ausbildungsniveaus** des medizinischen Personals meint er, dass die Mitarbeiter aus der Slowakei heute genau so aktuell wie Österreicher ausgebildet und die Standards absolut vergleichbar sind. Durch die EU müssen aber – im Gegensatz zu früher – keine Prüfungen abgelegt werden. Früher wurde zwar lange Jahre anders gelehrt, aber die kulturellen Unterschiede sind schnell veränderbar und daher sind die Schwestern entsprechend gut ausgebildet und mit den neuesten Techniken vertraut.

Was die **Fremdsprachen** anbetrifft, ist slowakisches Personal sehr nützlich: Da nach Hainburg – vor allem auf die Geburtshilfe – viele Patientinnen aus der Slowakei kommen, ist es wichtig, dass sie auch in ihrer Sprache betreut werden, denn dadurch wird die Behandlung doch sehr erleichtert. Ein Oberarzt slowakischer Herkunft spricht zum Beispiel auch Ungarisch und Russisch, was sicher von Vorteil ist. Ebenso erweitert ein Pole die sprachliche Palette in Hainburg.

Andererseits gibt es auch sprachliche Probleme, wenn jemand die deutsche Sprache nicht so gut beherrscht. So musste sich das Krankenhaus im besprochenen Streitfall neben anderen Vorwürfen auch gefallen lassen, dass der unzufriedene Herr beim Abgang aus dem Spital geschimpft hat, dass in Hainburg „ja nur lauter Ausländer arbeiten und ihn keiner versteht“.

Natürlich ist es kompliziert, wenn vor allem alte Patienten sagen: „Heans Sie, Schwesta, kummans amoi her!“ und als Antwort kommt dann: „Was du sagen?“ Das ist in Hainburg zwar nicht häufig der Fall, aber es

führt mitunter doch zu einer Barriere, die im Problemfokus ist. Entsprechende Deutschkenntnisse und Deutschkurse sind daher unumgänglich für eine gedeihliche Zusammenarbeit. Sonst gibt es aber laut dem Primararzt keinen „Kampf der Kulturen“.

Natürlich bewerben sich noch immer viele Ärzte aus der Slowakei, aber momentan herrscht Aufnahmestopp, weil das Team neben dem Chef aus einer stellvertretenden Oberärztin, fünf Gynäkologen und drei Turnusärzten besteht. Im Dienst sind immer ein Facharzt und ein Turnusarzt und somit ist die Abteilung ausreichend bestückt.

Gespräch am 23. April 2009

Beim zweiten Termin mit Herrn Primar Gamperl wurde zuerst kurz der **Fall T.** angesprochen, denn nach einem Monat war die Angelegenheit noch immer nicht ausgestanden. Er hatte zwischenzeitlich von einem Rechtsanwalt einen Brief bekommen, in welchem er aufgefordert wurde, binnen extrem kurzer Frist sechs Fragen zu beantworten. Der Anwaltsbrief stieß im Spital natürlich auf Befremden, aber Gamperl reagierte auf das Schreiben und leitete es an die Rechtsabteilung weiter, die den Inhalt etwas abmilderte.

Außer dem „Bezirksblatt“ hatte sich kein Medium für den Fall interessiert, aber diese Zeitung ist eben in Hainburg eine Lokalpresse, die gratis ins Haus geliefert wird. Den Primar stört an dem negativen Artikel, dass er so reflexionsarm ist und auch ins Internet gestellt wurde. Gibt man in der Suchmaschine Google die Stichwörter „Geburt“ und „Hainburg“ ein, so erscheint sofort der negative Artikel – und für präsumtive „Kundinnen“ ergibt sich dadurch möglicherweise ein komplett falsches Bild.

Interessant ist, dass einige Wochen nach Erscheinen des Negativ-Artikels dieselbe Journalistin ein Gespräch mit dem Primar geführt und einen objektiven Artikel mit einer positiven Schlagzeile zum Thema „Kommunikation im Kreißsaal“ verfasst hat, welcher am 22. April 2009, also einen Tag vor unserem Gespräch, erschienen ist.

Kommunikation im Kreißsaal

Primar Dr. Gottfried Gamperl befasst sich seit Jahren mit dem Thema „Kommunikation“

In allen Bereichen des Lebens erweist sich die Kommunikation als eines der wichtigsten Elemente, wenn nicht sogar als das wichtigste Element bei der täglichen Arbeit.

HAINBURG. Dies gilt selbstverständlich auch im hochsensiblen Bereich der Medizin und in ganz besonderem Ausmaß im Berufsfeld der Geburtshilfe, wo das Gelingen und Scheitern eben dieser Kommunikation oft den entscheidenden Einfluss auf das Resultat der gemeinsamen Bemühungen von Ärzten, Schwestern und Patienten ausübt.

Die Botschaft entsteht erst beim Empfänger

Im Idealfall – und von diesem



Gerade in der **Ausnahmesituation** einer Geburt ist das Vertrauen, das zwischen Hebamme und Gebärender im Vorfeld aufgebaut wurde, von enormer Wichtigkeit.

Foto: privat

gehen die werdenden Eltern verständlicherweise aus – kann in ruhiger und sicherer Atmosphäre die Geburt als ein nicht nur gänzlich natürlicher, sondern darüber hinaus auch noch die

Partnerschaft bereichernder Vorgang erlebt werden. Die werdende Mutter wird in nötigem Maße von Hebammen und Ärzten unterstützt. Problemsituationen können aber trotz aller Vorsorge

nahezu schlagartig entstehen und treten für alle Beteiligten meist völlig überraschend ein. In einer Notfallsituation ist eine gut aufgebaute Kommunikationsbasis zwischen den medizinisch handelnden Personen, wie auch auf Seiten der werdenden Eltern von essenzieller Wichtigkeit. Gleichzeitig ist aber auch der kommunikative Umgang zwischen Patient und medizinischer Betreuung wichtig. „Die Botschaft entsteht beim Empfänger“, ist Primar Dr. Gottfried Gamperl überzeugt, „und deshalb bedarf es intensiver Bemühungen von Seiten des Personals immer wieder zu überprüfen, ob und vor allem wie Informationen beim Gegenüber angekommen sind.“

Weiterbildung ist wichtig

Primarius Dr. Gamperl, Leiter der gynäkologischen Abteilung im Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg, befasst sich seit vielen Jahren intensiv mit dieser Thematik. Gamperl legt Wert darauf festzuhalten, dass der regelmäßige Abgleich der unterschiedlichen Wahrnehmung der Wirklichkeiten eine Bringschuld der Hebammen und der Ärzte ist. „Während der Ausbildung und auch in berufsbegleitenden Weiterbildungsseminaren lernt das Personal in der Regel, wie wichtig ein über mehrere Stunden aufgebautes Vertrauensverhältnis – fließende Kommunikation – zwischen den handelnden Personen ist. In der Realität sieht es allerdings oft anders aus“, beschreibt Gamperl nur eines der Probleme. „Meist lernen sich Hebamme und Kreißende erst bei der Aufnahme zur Geburt kennen. Manch ein über Stunden aufgebautes Vertrauensverhältnis muss durch einen Dienstwechsel abrupt beendet werden.“ Im Krankenhaus Hainburg ist man bemüht, all die dadurch entstehenden Probleme vorausschauend zu beobachten. „Wir lernen jeden Tag dazu, wenn es um Kommunikationsprobleme geht und geben unsere Erfahrungen gerne weiter“, so Gamperl abschließend.

Dem Primar ist eine gut funktionierende **Kommunikation** besonders wichtig. Natürlich kann immer etwas schief laufen, aber der konkrete Fall

⁵⁸ Bezirksblatt, 17, Kommunikation im Kreißsaal, 22.04.2009.

hat scheinbar einen anderen Hintergrund. Für Herrn T. scheint die Sache noch längst nicht beendet zu sein, denn der Primar verriet mir, dass ihm zugetragen wurde, dass Herr T. beim Heurigen erzählt: „Ich quäle jetzt den Gamperl.“

In weiterer Folge schnitt ich nochmals das Thema „Kommunikation im OP“ an, denn hier besteht ein kausaler Zusammenhang mit der „Slowaken-Thematik“. Dass in einem Operationssaal jeder jeden verstehen muss, ist selbstverständlich und daher gibt es im Hainburger Krankenhaus eine Pflichtsprache, nämlich Deutsch. Sollten einmal nur Slowaken zusammenarbeiten, kann es natürlich passieren, dass nur Slowakisch gesprochen wird, aber sobald ein Österreicher dazukommt, muss auf Deutsch gewechselt werden. Das ist quasi ein ungeschriebenes Commitment.

Durch meine diesbezügliche Frage angeregt, entschied der Primar, diesen Passus protokollarisch festzuhalten und in die Statuten aufzunehmen.

Für ihn steht allerdings fest, dass viele Slowaken im Personal sprachlich kein Nachteil sind, sondern eher ein Gewinn! Wenn beispielsweise jemand aus Tschetschenien kommen sollte, ist es immer noch leichter sich zu verständigen, wenn jemand eine slawische Sprache beherrscht und somit ein vertrauensvolles Verhältnis hergestellt werden kann. Da es in Hainburg auf der Gynäkologie immer wieder Patientinnen gibt, die nur Slowakisch beherrschen, kann es vorkommen, dass eine Pflegekraft von der Internen Abteilung geholt wird, wenn zum Beispiel kein Slowake vor Ort ist. Man kann generell sagen, dass in Hainburg immer jemand Dienst hat, der der slowakischen Sprache mächtig ist.

Natürlich führen eine gemeinsame Sprache, Kultur und Herkunft zu einer gewissen Gruppenbildung. Gegen ein „Abplaudern“ in der eigenen Sprache ist laut Gamperl überhaupt nichts einzuwenden, denn Menschen tun sich in ihrer Muttersprache leichter. Zwar sind prekäre Situationen und krankenhauspolitische Streits noch nicht vorgekommen, der Primar kann sich aber durchaus vorstellen, dass in einer heiklen Situation Slowaken zu Slowaken helfen und Österreicher zu ihren Landsleuten. In einem fachlichen

Diskurs würde sich Herr Primar Gamperl niemals auf eine Seite stellen bzw. einem Inländer mehr glauben als einem Ausländer.

Herkunftsmäßig vermutet er die slowakischen Patientinnen eher in der höheren Schicht mit einem erweiterten Horizont, denn wer sich eine Behandlung in Österreich nicht leisten kann, blickt meistens nicht über die Grenze.

Als Pluspunkte für das Krankenhaus sieht er neben der Hotelkomponente und den besseren hygienischen Verhältnissen die relativ hohe Anzahl an sozialen Kontakten zwischen Personal und Patienten. In großen Kliniken würde das Menschliche vermutlich nicht so im Zentrum stehen wie in Hainburg.

Obwohl es medizinisch keine gravierenden **Unterschiede** gibt, so doch **in den Ansprüchen**. Man muss bedenken, dass vor allem ein internationales Publikum aus der Slowakei nach Österreich kommt, das in höchstem Maße Ansprüche hat. Dies sind vor allem Franzosen, Deutsche, Japaner und Koreaner, die eine eigene Gruppe bilden. Sie sind in internationalen Firmen tätig oder Gattinnen von Botschaftern.

Gebürtige Slowaken haben keine besonderen Ansprüche und die Österreicher sind für ihr „Jammern“ über alles und jedes bekannt, was der Primar auch zum Teil bestätigen kann. Auffällig ist, dass man das eigene Krankenhaus weniger schätzt als ein fremdes. Man erachtet die Behandlung in Hainburg als selbstverständlich. – Slowaken hingegen sind dankbarer, weil sie auch andere Verhältnisse kennen. Waren die österreichischen Patienten einmal in Wien, so schätzen sie Hainburg dann doch wieder. Als Hauptbrennpunkt erwähnt der Patient dann wieder gerne die Kleinheit. Das Landeskrankenhaus ist noch immer überschaubar, auch wenn es wächst. Oft ist beim Befund die Unterschrift dessen, der die Untersuchung gemacht hat, wichtiger als das Ergebnis selbst. Erhält man von einem „Eingeborenen“ die Diagnose, hat alles eine tiefere Bedeutung. Das ist so wie beim Telefon: Wenn ich eine bekannte Stimme höre, dann ist es beruhigender, als jemand völlig Fremden in der Leitung zu haben oder – wie in unserem Fall – im Krankenhaus zu sehen.

Bezüglich des **Leidensdruckes** kann der Primar keine Unterschiede entdecken. Auch dass „Türkinnen mehr leiden“, erachtet er als Vorurteil. Die

Türken seien – wie alle Südländer – eher extrovertiert. Vor allem Slowaken verhielten sich aber nicht anders als Österreicher.

Was die **Rolle der Väter** während einer Geburt betrifft, so sagt der Primar schlicht: „Man kommt mit!“ Leider gibt es in Hainburg darüber keine Statistik, aber durch meine Dissertation brachte ich ihn auf die Idee, in Zukunft darüber Buch zu führen. Auch die Hebammen hatten leider keine diesbezügliche Information verfügbar.

Die **Geburtenstation** bezeichnet Primar Gamperl als überschaubar und sehr familiär. Die Kapazität ist eher gering und zehn Entbindungen pro Tag wären nicht möglich. Die Patientinnen haben die Gelegenheit, vor der Geburt alle Untersuchungen wie CTG oder Labortests im Haus vornehmen zu lassen und dabei das Team kennen zu lernen. Die sechs Fachärzte und sieben Hebammen „laufen den werdenden Müttern während der Schwangerschaft sicher einige Male über den Weg“ und man kann Vertrauen zu ihnen fassen. Ist ein Arzt im Krankenhaus angestellt, so kann sich ihn die Patientin durchaus für die Entbindung wünschen. Allerdings muss dabei auch Rücksicht auf den Mediziner genommen werden, der sich zeitmäßig an die gesetzlichen Vorschriften halten muss. Hat er schon ein Wochenende Dienst hinter sich, kann er nicht gezwungen werden, die Geburt durchzuführen, wenn er sich körperlich und geistig nicht mehr in der Lage dazu fühlt. Die Kosten für Ultraschall sowie alle anderen nötigen Untersuchungen werden von den Krankenkassen übernommen. Den Arzt kann man aber – wie zuvor erwähnt – nicht immer bestellen.

Primar Gamperl betont an dieser Stelle die Wichtigkeit seiner Sekretärin und bezeichnet sie als Schnittstelle, deren Arbeit oft unterschätzt wird. Er würde sie fast als Managerin bezeichnen.

Einmal pro Monat gibt es mit der Chefhebamme eine **Besprechung**, in der die wichtigsten Anliegen beredet werden. Alle Ärzte sind Angestellte des Krankenhauses und es besteht eine Art Commitment – also gelebte Vereinbarung. Als Vorgesetzter kann er mit seinen Kollegen Abkommen vereinbaren, wer beispielsweise die Geburt bei wem leitet, was allerdings viel Fingerspitzengefühl erfordert. Schließlich kann es zu Spannungen im Kollegenkreis kommen, wenn alle Patientinnen nur bei einem Mediziner entbinden wollen.

Bei der Auswahl der **Hebamme** ist es möglich, dass eine Frau während der gesamten Schwangerschaft und auch bei der Geburt von ein und derselben Person begleitet wird. Es wird dann eine Vereinbarung getroffen, dass diese Hebamme von der Patientin einen bestimmten Eurobetrag erhält. Sollte die Wunschhebamme zum Zeitpunkt der Geburt regulären Dienst haben, so muss sie sich um eine Vertretung kümmern, die dann von ihr bezahlt wird und ihren allgemeinen Dienst übernimmt, damit sie sich „ihrer“ Patientin widmen kann. Besteht eine Zusatzversicherung, so kann man als Patientin ein Agreement mit dem Arzt eingehen, dass er entbindet oder operiert – auch wenn er nicht Dienst hat. Ist er nicht ein Angestellter des Spitals, so ist das allerdings nicht möglich, weil Hainburg kein Belegspital ist.

Ein heißes Thema ist nach wie vor die hohe Stundenanzahl, welche durchaus einen Graubereich darstellt. Jeder muss sich selbst einschätzen, wie lange er ununterbrochen arbeiten kann.

Dass die Kindersterblichkeit in Hainburg praktisch nicht vorhanden ist, liegt wohl daran, dass **Risikoschwangerschaften** und zu erwartende Frühgeburten weitergeschickt werden. Primar Gamperl legt großen Wert auf den Transfer, solange das Baby noch innerhalb der Gebärmutter ist – sofern das noch möglich ist. Es wird dann abgeschätzt, ob eine Überstellung noch zumutbar ist. Allerdings kann es auch sein, dass es trotz zu erwartender Probleme zu spät ist und im Haus entbunden werden muss. Bei einer Transferierung kann ein Notarzt mitgeschickt werden, aber dann geht das nicht zu schnell, denn grundsätzlich gilt: „Je mehr Arzt, desto langsamerer Transport.“ Im Extremfall kann ein örtlich stationierter Notarzt die werdende Mutter begleiten, wobei Notfallmediziner in diesem Fall nicht unbedingt Gynäkologen sind, sondern auch Internisten, Chirurgen, etc. sein können. Im Gegensatz zur Geburtshilfe wird die Allgemeine Gynäkologie von Slowakinnen nicht besonders oft frequentiert.

Äußerst selten kann es zu einer Situation kommen, in der sich ein Kollege um eine medizinische und psychosoziale Notsituation gleichzeitig kümmern muss. Dann stellt sich die Frage, womit er sich zuerst beschäftigen soll. Bei einer Geburt stehen zwei Menschen auf dem Spiel. Als Arzt ist es ihm wichtig, zuerst das Medizinische zu managen, denn

andernfalls kommt es womöglich zu zwei psychosozialen Notfällen. Bleibt Zeit, so gibt es im Vorfeld eine begleitende adaptierte Aufklärung. Geht es allerdings um Leben und Tod, so redet der Dienst habende Arzt nichts und das ist auch rechtlich abgesichert.

Das **Mitspracherecht** der Patientinnen steht auf der Gynäkologie und besonders bei einer Geburt an vorderster Front. Man geht davon aus, dass Patientinnen mündig sind und eine Behandlung aus Überzeugung ablehnen oder fordern. Indem Patientinnen mehr Wahlmöglichkeiten haben, werden sie stärker zur Mitarbeit herangezogen. Wenn zum Beispiel eine Mutter unbedingt eine natürliche Geburt möchte, aber das CTG sehr schlecht ist, dann schlägt der Arzt eine Sectio vor. Die Letztentscheidung liegt aber bei der Frau.

Im Hainburger Spital ist es das Ziel, dass jeder Facharzt alle Bereiche auf seinem Gebiet abdeckt, da die Fluktuation auf Grund der freien Tage groß ist. Sonst wäre ein gleiches Angebot schwierig, wenn nicht jeder Arzt die gleichen Befähigungen hätte wie sein Kollege. Natürlich gibt es Segmente, wo einer mehr Erfahrungen hat beziehungsweise ein anderer weniger. Deshalb teilt Gamperl als Primar ein, wer was planmäßig macht.

7.3. Antrittsrede Primar Gamperl

Anlässlich seines Antrittes verfasste Primar Gamperl eine Pressemitteilung, die nicht nur seine Umsichtigkeit zeigt, sondern auch unterstreicht, wie wichtig es ihm ist, dass alles in geordneten Bahnen abläuft. Die im folgenden Abschnitt daraus kursiv zitierten Passagen wurden von der Verfasserin unbearbeitet übernommen.⁵⁹

„Mit grosser Freude und dem guten Gefühl, der gestellten Anforderung zu entsprechen beginne ich meine Tätigkeit als Abteilungsvorstand. Da ich seit bereits 1990 Stellvertreter meines Vorgängers Prim. Dr. Mick war, kann ich ohne Verzögerung mit meiner Tätigkeit beginnen.“

⁵⁹ Gamperl, Gottfried, Pressemitteilung Antritt Primar.

Weiters weist er darauf hin, dass er aus der Umgebung stammt und stark mit dem Bezirk verbunden ist. Er erzählt über die Liebe zur Musik und dass ihn speziell die Geburtshilfe faszinierte. Bei seinem Werdegang wurde er von seinem Vorgänger, Herrn Primar Mick, sehr unterstützt. Karrieremäßig führte ihn sein Weg in verschiedene Spitäler in ganz Niederösterreich und privat wurde er während seiner Ausbildungszeit Vater zweier Töchter.

Weiters schreibt er:

*„Mein Betätigungsfeld als **Oberarzt der Abteilung im KH Hainburg** waren der Ultraschall, hier spez. die frühe Missbildungsdiagnostik, die „Schlüsselloch-OP-Technik“, Einführung der „Bändchen-OP“ bei Harnverlust und vor allem die Vaginale Gebärmutter-OP.*

Daneben Ausbildung zum Arzt für Psychosomatik und Psychosoziale Medizin, ein Bereich der in meinem Fach einen ganz besonderen Stellenwert besitzt.

*Durch mein besonderes Interesse für Kommunikationwissenschaften und Managementtheorien betrachte ich die **Funktion des Abteilungsleiters** vor allem aus dieser Perspektive, aber auch meine - nun schon 25jährige - Erfahrung als Arzt sind mir eine wertvolle Hilfe, diese sehr anspruchsvolle Aufgabe bewältigen zu können.“*

7.4 Kommunikation im Kreißzimmer

Da das Thema „Kommunikation“ ein ganz wichtiges im Hainburger Krankenhaus ist – nicht zuletzt wegen des Vorfalles mit Herrn T. – gibt es auf der Gynäkologie ein diesbezügliches Leitbild. Da ich es als solches zum Teil direkt übernommen habe, wurde an der Rechtschreibung der zitierten Passagen nichts verändert.⁶⁰

⁶⁰ Gamperl, Gottfried, Kommunikation im Kreißzimmer.

„Kommunikation im Kreisszimmer

In allen Bereichen der Medizin erweist sich die Kommunikation als eines der wichtigsten Elemente unserer täglichen Arbeit. In ganz besonderem Ausmaß läßt sich dies im Berufsfeld der Geburtshilfe nachweisen, wo das Gelingen und das Scheitern eben dieser Kommunikation oft den entscheidenden Einfluß auf das Resultat unserer Bemühungen im Kreisszimmer ausübt.“

Er möchte, dass die Geburt sicher und ruhig abläuft und sieht sie als ein vollkommen natürliches Ereignis an, wobei Hebammen und Ärzte zur Unterstützung da sind. Auch die Beziehung zum Partner kann dadurch bereichert werden. Ein einfacher Geburtsverlauf wird von allen gewünscht – und meist ist es auch so. Aber es kann auch zu unerwarteten Situationen kommen. Probleme entstehen meist plötzlich – und jeder muss darauf vorbereitet sein. Tritt ein solcher Fall ein, ist gute Kommunikation angesagt. Das Team muss miteinander reden, aber auch die Eltern müssen adäquat informiert werden.

„Weil es ja aber hier um Kommunikation geht, darf nicht unerwähnt bleiben, dass in vielen Krankenanstalten und ganz besonders in Grenzregionen oft nicht einmal die simple Voraussetzung der gemeinsamen Sprache gegeben ist und selbst engagierteste nonverbale Kontaktversuche die Kulturgrenzen für alle Beteiligten oft nur umso schmerzlicher spürbar machen.

Wie dieses Problem zu lösen ist, geht über die Gestaltungsmöglichkeiten der Betroffenen Berufsgruppe hinaus und bedarf Maßnahmen von übergeordneter Stelle.

Aber selbst bei gemeinsamer Muttersprache ist Verständnis nicht die Regel, sondern erfahrungsgemäß eher die Ausnahme.

Die Botschaft entsteht tatsächlich beim Empfänger und deshalb bedarf es intensivster Bemühungen von Seiten des Personals immer wieder zu überprüfen, ob und vor allem wie Information beim Gegenüber angekommen ist. In Beziehung zu Patientinnen ist es jedenfalls eine

selbstverständliche Pflicht auf diese Tatsache Rücksicht zu nehmen. In diesem Zusammenhang ist auch auf das vom multiprofessionellen Team beanspruchte Interpretationsmonopol und der damit verbundene Verlust an Selbstbestimmung der werdenden Eltern hinzuweisen. Regelmäßiges Abgleichen der unterschiedlichen Wirklichkeiten ist auch hier Bringschuld der Hebammen und Ärzte, denn dies führt zu sinnvoller Erweiterung des Betrachtungswinkels aller Beteiligten und damit zur Verbesserung der Kommunikationsbasis.“

Wie man oben unschwer erkennen kann, ist es für den Primar besonders wichtig, dass die Verständigung auf den unterschiedlichen Ebenen klappt und es sicherlich nur eine Ausnahme darstellt, was im Fall des Herrn T. abgelaufen ist.

Im Krankenhaus gibt es auf der Gynäkologie laut Dr. Gamperl drei Schnittstellen, nämlich:

Patientin / Hebamme

Hebamme / Arzt

Patientin / Arzt

Patientin / Hebamme

Optimal wäre es, wenn sich die Hebamme und die Patientin bereits in der Schwangerschaft kennen lernen würden, damit eine Beziehung aufgebaut werden kann. Der Normalfall ist aber so, dass die Hebamme und die Frau einander erst bei der Geburt kennen lernen. – Kommt dann noch ein Dienstwechsel dazu, ist das überhaupt eine Umstellung für die Frau. – Daher muss das Problem zuvor angesprochen werden und eine geordnete Übergabe erfolgen.

Eine gute Hebammen Aus- und Weiterbildung ist enorm wichtig, um stets auf dem aktuellen Stand zu sein.

„Das oberste Ziel aller Bemühungen von Seiten der Hebamme kann aber mit Sicherheit nur darin liegen, die Selbstbestimmung der werdenden Mutter so weit als nur irgend möglich zu unterstützen.“

Hebamme / Arzt

„Die Kommunikation zwischen Hebamme und Arzt ist ein eminent wichtiges Feld.

Im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung ist es die Aufgabe des Arztes einerseits die Kommunikationsbasis mit der Patientin aufzubauen, aber andererseits auch mit der Hebamme tunlichst darüber Konsens zu erreichen, wie der zu erwartende Geburtsverlauf einzuschätzen ist und ob, und wenn ja, welche unterstützenden Maßnahmen ergriffen werden können.“

Wie ich auch in meinen Gesprächen erfahren habe, sind die eigentlichen Begleiterinnen der Frauen die Hebammen. Gibt es Komplikationen, wird ein Arzt herangezogen. Auch bei der eigentlichen Geburt sind die Mediziner anwesend und die Verantwortung obliegt ihnen.

„Dieser Übergang der Verantwortung wird in gutem Arbeitsklima wohl problemlos vor sich gehen, birgt aber auch einiges an Spannung in sich. Bei bestimmten Personalkonstellationen sind hierbei aber auch mehr oder weniger offene Konflikte zwischen Hebamme und Arzt denkbar.“

Mitarbeitergespräche seitens der Führungskräfte, die bei Bedarf auch als Vermittler auftreten müssen, sind unumgänglich, weil es sonst eventuell zu fatalen Situationen kommen könnte.

„Leitende Hebamme und Abteilungsvorstand sind hier in besonderem Ausmaß gefordert und nötigenfalls auch aufgerufen professionelle Unterstützung für die Mitarbeiter in Form von Coaching oder Mediation anzufordern.“

Patientin / Arzt

„Auch das Verhältnis zwischen Patientin und Arzt kann nur so gut funktionieren, so gut es dem Arzt gelingt das erwähnte

Interpretationsmonopol aufzugeben, um dadurch der werdenden Mutter erst jenen Einblick zu ermöglichen, der sie vom Objekt zum Subjekt des Entscheidungsprozesses werden lässt.“

Der Arzt ist gefordert, der Patientin alles verständlich zu erklären. Das ist vor allem dann wichtig, wenn man eine Einwilligung der Gebärenden benötigt. Auch hier ist eine diesbezügliche Weiterbildung sehr zuraten.

Da Immer mehr Väter bei der Geburt anwesend sein wollen, kommt der Kommunikation eine noch wichtigere Bedeutung zu, denn nun gibt es noch eine Bezugsperson mehr im Kreißsaal.

„Für die werdenden Eltern vollzieht sich der Übergang von Vertrauen können zu Vertrauen müssen oft unmerklich, meist fließend und manchmal auch plötzlich und überraschend. All diese Übergänge bedürfen einfühlsamer Vermittlung und Begleitung seitens des Betreuungsteams! Möge die Übung gelingen!“

Das Thema „Kommunikation“ ist aber nicht nur in Hainburg ein „heißes Eisen“, sondern beschäftigt die Medizin im Allgemeinen. In einem Kurier Artikel ist unter dem Titel „Der Arzt als Partner statt als Halbgott“, zu lesen, wie wichtig die Kommunikation bei Erkrankungen ist. ⁶¹ Einer der führenden Ärzte des Wiener AKH, Univ.-Prof. Raimund Jakesz, findet, dass Gefühle auch auf die Physis einen Einfluss haben. Die Patienten müssen sich mit sich selbst beschäftigen, aber der Arzt kann auch ein Partner dabei sein. Wichtig ist dabei, dass aber die Schulmedizin auch bei psychischer Behandlung nie vernachlässigt wird. Die Psychologin Ulla Konrad meint, dass die Gefühle bei schlechten Diagnosen durcheinander kommen und daher Aufklärungsgespräche enorm wichtig seien. ⁶²

⁶¹ Vgl. Kurier, Der Arzt als Partner statt als Halbgott, 29.06.2009.

⁶² Vgl. Kurier, Checklisten für Ärzte ersetzen Improvisationskunst im OP, 10.12.2009.

7.5 **Abteilungskonzept** ⁶³

„Abteilungskonzept:

*Entwicklung eines **neuen Abteilungs-Leitbildes:***

*Verbesserung der Abteilungsinternen Kommunikationsflüsse durch gemeinsame tägliche Besprechungen zwischen Ärzten, Schwestern und Hebammen vor der Morgenvisite
dadurch vermehrte Einbeziehung der psychosozialen Hintergründe unsrer Patientinnen
bessere Abstimmung des Ärztlichen Handelns durch vermehrte Berücksichtigung pflegerischer Inhalte“*

Da es ihm als Leiter äußerst wichtig ist, dass Risiken und Fehler vermieden werden, liegt sein Hauptaugenmerk auf der Kommunikationskultur. Ebenso erachtet er Reflexion als wichtigen Bestandteil der Arbeit. Sympathisch macht ihn, dass für ihn eine „Abflachung der Hierarchie“ notwendig ist. So sieht er sich als Verbindungsglied zwischen dem Spital und den Ärzten. Auf eine hausinterne Fortbildung wird großer Wert gelegt. Einmal jährlich veranstaltet er eine Fachärztekonzferenz, zu der auch die zuweisenden Ärzte geladen sind.

Wie im Lebenslauf ersichtlich, ist der Primar ein äußerst musischer Mensch. Deshalb kann er mit seiner Liebe zur Kunst nicht hinter dem Berg halten:

„Veranstaltungsreihe „Kunst & Medizin“ – der Premierenabend war am 28.5.2008 – im Gegensatz zu ähnlichen Events, soll dabei in Zukunft die SPRACHE im Mittelpunkt stehen!! So möchte die buchstäblich vitale Bedeutung der verbalen Kommunikation im Spital thematisieren und nebenbei eine künstlerische Atmosphäre schaffen, in der – so glaube ich

⁶³ Gamperl, Gottfried, Pressemitteilung Antritt Primar.

– die besten Voraussetzungen auch für das eine oder andere Kollegengespräch geschaffen sind

Nächste Veranstaltung am 17.06.2009 19.30!“

An dieser Veranstaltung konnte ich auch teilnehmen. Neben zahlreicher Prominenz aus Politik und Wirtschaft aus Hainburg und Umgebung waren zahlreiche Krankenhausmitarbeiter anwesend.

Nachdem Dr. Gamperl schwungvoll zum Thema Kommunikation referiert hatte, hielt die Kammerschauspielerin Marianne Nentwich eine launige Lesung. Hier konnte der Primar seine beiden Berufungen ausleben und man merkte, dass er ein profunder Kenner der Materie ist.

Dr. Gamperl schreibt in seinem Presstext weiter:

*„In der **Geburtshilfe** ist die Hauptherausforderung, dass wir als Geburtshelfer, Hebammen und Kinderschwestern im Spannungsfeld zwischen kundenorientierter Dienstleistung und maximaler medizinischer Sicherheit agieren müssen.*

Die zur Entbindung sich uns anvertrauenden Frauen erwarten einen möglichst selbstbestimmten Geburtverlauf – von der Gebärhaltung, über Unterwassergeburt, oder der sogenannten schmerzlosen Geburt, bis hin zum Wunschkaiserschnitt – wir als verantwortliches – multiprofessionelles – Team müssen dabei den letztlich medizinisch tragfähigen Kompromiss zusammen mit den Schwangeren finden.

Dank intensiver Kommunikation gelingt dies auch sehr gut.“

Das Ziel bei gynäkologischen Operationen ist es, dass die Organe möglichst erhalten bleiben. Deshalb bevorzugt er – so fern es irgendwie möglich ist – endoskopische oder vaginale Operationen.

Als Beispiel schildert er die neuen Operationstechniken bei Harnverlust und Senkungsbeschwerden.

„Oberste Priorität hat die Kommunikation an unserer Abteilung, der Respekt vor der Autonomie unserer Patientinnen ist für unser

multiprofessionelles Team die zentrale Grundlage aller diagnostischer und therapeutischen Schritte.

Das Ziel der Abteilung ist, wohnortnah in einer überschaubaren – ja geradezu familiären Atmosphäre – medizinische Versorgung nach neuestem Stand der Wissenschaft zu ermöglichen.“

7.6 Ausbildungskonzept für Allgemeinmediziner

Überdies sieht er es als seine Aufgabe, junge Ärzte ausbilden. Dass Herr Primar Dr. Gamperl nichts dem Zufall überlässt, ist in folgendem Turnusärzteleitbild ersichtlich. Dieses wird zum Teil wörtlich wiedergegeben bzw. von der Verfasserin zusammengefasst und gewährt einen Einblick in den Tagesablauf und das Behandlungsspektrum. ⁶⁴

„Ausbildungskonzept Arzt für Allgemeinmedizin

Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Landesklinikum Thermenregion Hainburg

AusbildungsleiterIn (AL) ist der/die Primararzt/Primarärztin
(Gesamtverantwortung, bedside-teaching, Prüfungen)

Bereichsansprechpartner sind die jeweils im Rahmen der Morgenbesprechung zugeteilten Oberärzte und der Kinderarzt.

Die dabei in der Ausbildung zu berücksichtigende Abteilungsbereiche sind:

CTG Ambulanz (mindestens 10d)

(Anmerkung: „CTG = Cardiotokographie. Kontinuierliche Aufnahme und elektronische Registrierung der Kontraktionen des Uterus und der kindlichen Herztöne“ ⁶⁵)

Ultraschallambulanz (mindestens 10d)

OP / mindestens (mindestens 10d)

⁶⁴ Gamperl, Gottfried, Ausbildungskonzept Arzt für Allgemeinmedizin 01.06.2008.

⁶⁵ Sandoz AG, Lexikon medizinischer Abkürzungen. 6. Auflage, o.O. 1983, S. 57.

Station/Untersuchungsraum

Kreißzimmer

Kinderzimmer/ Kinderarzt (mindestens 20x)

Die angeführten Mindestzeiten verstehen sich nicht zwingend als durchgehend, auch eine tagweise Zuteilung ist möglich.“

Maßnahmen zur Fortbildung finden monatlich statt. Turnusärzte erhalten Frontalvorträge, absolvieren problemorientiertes Lernen oder müssen Präsentationen erstellen. Zur Kontrolle gibt es ein Ausbildungslogbuch. Um möglichst umfassende Erfahrungen zu sammeln (Anamnese, Untersuchung, OP-Assistenz), werden Turnusärzte in zahlreichen Bereichen zur Mitarbeit eingesetzt.

Der Tagdienst eines Turnusarztes auf der Gynäkologischen Abteilung sieht folgendermaßen aus:

Um 7.30 Uhr findet die so genannte Morgenbesprechung statt. Dabei werden die in der Nacht aufgenommenen Patientinnen vorgestellt und Problemfälle bzw. anstehende Operationen besprochen. Nach der Arbeitszuteilung für den Tag – Operationen, Anamnese, CTG-Ambulanz, ... erfolgt um 8.00 Uhr die Morgenvisite, an der die Turnusärzte selbstverständlich auch teilnehmen. Entlassungsuntersuchungen werden durchgeführt und Rezepte ausgestellt. Auf die Anamnese der neuen Patientinnen folgen um 10.45 Uhr die Aufnahme- und Konsiliaruntersuchungen. Um 12.30 ist schließlich die Mittagsbesprechung. Die Übergabe muss detailliert sein, wenn um 13.30 Uhr die Kernarbeitszeit endet. Wichtig ist eine genaue Kenntnis aller Abteilungsbereiche, ebenso soll der Turnusarzt über die Krankenakte Bescheid wissen. Sobald Unklarheiten auftreten, muss er den Facharzt informieren.

Nachtdienste versehen Turnusärzte immer gemeinsam mit einem Oberarzt.

*„Bei allen **Gynäkologischen Aufnahmen** ist – wenn nicht dringliche fachärztliche Massnahmen erforderlich sind – vorerst die Anamnese, der Aufnahmestatus und allenfalls Grav-test und Harnstreifen*

durchzuführen. Über darüber hinaus notwendige Laboruntersuchungen entscheidet der/die nun verständigte Oberarzt/ärztin im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung.

Bei dringlich angeforderten Konsiliaruntersuchungen sollte ebenfalls nach Möglichkeit das oben beschriebene Vorgehen gewählt werden.

Bei allen **Geburtshilflichen Aufnahmen** ist in Absprache mit der Hebamme vor oder nach einer CTG-Untersuchung Status und Anamnese unter möglichst vollständiger Berücksichtigung des **MKP** zu erheben. („MKP = Myokardiopathie. Erkrankungen, die primär oder sekundär am Herzmuskel ablaufen. Gehen meist mit Herzvergrößerung und therapierefraktärer Herzinsuffizienz einher.“⁶⁶)

Falls der Ausbildungsstand dies erlaubt ist nun eine grob orientierende Ultraschalluntersuchung möglich, um Kindslage, Herzaktion und Plazentalokalisation festzustellen.

Die geburtshilfliche vaginaluntersuchung, eine allenfalls nötige Blutabnahme sowie das Setzen eines Venflons ist mit dem zu Rate gezogenen Oberarzt oder mit der Hebamme abzustimmen.

Die Anwesenheit bei allen Geburten ist obligat, nach 3 fachärztl. Einschulungen ist das Nähen selbstständig möglich.“

Blutabnahmen und routinemäßige Untersuchungen sollen noch vor der Morgenbesprechung oder der Nachmittagsvisite durchgeführt werden. Auch die Medikamentenzuordnung hat zu erfolgen. Ganz wichtig ist, dass die Fieberkurve bei allen Untersuchungen und Kontrollen dabei ist. Dadurch kann es zu keinen Verwechslungen kommen und die Medikamente können sofort eingetragen werden.

Unter anderem gibt es folgende Ausbildungsinhalte:

„Schwangerenvorsorge und Mutter-Kind-Pass

Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft

⁶⁶ Sandoz AG, S. 143.

Komplikationen während der Schwangerschaft

CTG

Geburt

Medikamente im Kreißzimmer

Kaiserschnitt / Organisationsablauf NOTSECTIO

Vakuumentraktion

Versorgung von Dammriss und Dammschnitt

Wochenbett und Stillen

Wechselsymptome und Hormonersatztherapie

Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Gynäkologische Infektionen

Vaginalsonographie

Brustuntersuchung

Kontrazeption

Gynäkologische Anamnese

Hormonstatus

Harninkontinenz

„Geriatrische Gynäkologie“

Integrierte Psychosomatische und Psychosoziale Medizin

DD des Unterbauchschmerzes („DD = Differentialdiagnose“⁶⁷)

Blutungsanomalien“

Bei der Anamnese legt der Primar großen Wert auf Genauigkeit. Außerdem soll vor der Untersuchung ein Gespräch stattfinden. Hier steht wieder die Kommunikation im Mittelpunkt. Alle zuvor eingenommenen Medikamente müssen in der Fieberkurve eingetragen werden. Die Arbeit der Turnusärzte wird von Fachärzten kontrolliert und es gibt eine gemeinsame Reflexion.

Im Operationssaal werden Befunde studiert, Röntgenbilder aufgehängt und die Patientinnen abgedeckt. Ebenso gehört das Setzen eines Dauerkatheters zur Aufgabe der Turnusärzte. Während einer Operation hat

⁶⁷ Sandoz AG, S. 62.

der Turnusarzt die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Nach einem Eingriff kann er die Patientin umbetten und sobald sie wieder am Zimmer ist, macht er die Übernahme und dokumentiert den Zustand.

„Kreissaal und Geburtshilfliche Station

Die Anwesenheit bei der Geburt ist während der Dienstzeit verpflichtend. Die Interpretation des CTG's sollte ausführlich geübt werden, speziell die Nomenklatur ist gut zu beherrschen, da im Falle einer Abweichung von der Norm der/die Facharzt/ärztin schon am Telefon professionell informiert werden sollte.“

Turnusärzte sollen in ihrer Ausbildungsphase bei allen möglichen Komplikationen anwesend sein, denn bei Abweichungen von der Norm kann ein Turnusarzt sehr viel lernen, wie etwa Vakuumextraktionen, Notfallhandgriffe und auch Erstversorgung der Säuglinge. Ebenso sollen Notkaiserschnitte gelernt werden.

Um Fehler zu verhindern, spricht Gamperl über die Wichtigkeit der strukturierten Übergabe. Bei dem dabei geltenden so genannten SAFE - Prinzip werden wichtige Daten weitergegeben:

S: Situation: Was ist los?

A: Anamnese: Was war los ?

F: Fakten: Was sind die Fakten ? (Klinik, Befunde, Medikamente, sonstiges?)

Was sind die Möglichkeiten ? (Therapieoptionen)

Welche ist die Beste?

E: Entscheidung : was geschieht?“

Probleme können jederzeit angesprochen werden.

„Dies stellt einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Organisationsabläufe dar und sollte ohne hierarchische

Rücksichtnahmen kommuniziert werden. Es sollen alle Auge und Ohren als risikomindernde Instrumente genützt werden!“

Da sich die Turnusärzte in einer Lernphase befinden, muss natürlich täglich überprüft werden, ob das Erlernte behalten wurde. So wird zum Beispiel auch überprüft, wie Patientinnen vorgestellt werden, selbst wenn das banal klingt. Kurze, mündliche Überprüfungen stehen an der Tagesordnung.

Zur Zeugnisausstellung gibt es vom Ausbildungsleiter eine abschließende Prüfung. Wie auch auf der Universität kann es vorkommen, dass die Beurteilung negativ ausfällt. Während der monatlichen Abteilungssitzung werden die Gründe für das schlechte Abschneiden erörtert und im Anschluss erfolgt eine intensivere Unterweisung. Es gibt ein Vieraugengespräch und der Ausbildungsleiter fungiert als Motivator.

In der nächsten Monatssitzung wird wieder besprochen, ob sich die Leistung des Turnusarztes gebessert hat und es folgt ein kurzfristiges Prüfungsgespräch. Steht wieder eine negative Beurteilung im Raum, so werden unter anderem der ärztliche Direktor sowie der Betriebsrat informiert.

Der Ausbildungsleiter kann eine weitere Prüfung terminisieren und falls diese wieder nicht positiv ist, gibt es ein negatives Zeugnis.

„Ausbildungskonzept

Arzt für Allgemeinmedizin

Version 1

verteilt am 01.06.2008

Prim. Dr. Gottfried Gamperl

Vorstand der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Landesklinikum Thermenregion Hainburg“

Primar Gamperl autorisierte mich, die oben angeführten Beiträge zu zitieren, „denn einige Passagen könnte man nicht besser wiedergeben“.

7.7 Geburtenstatistik

Um herausfinden zu können, wie viele slowakische Kinder im Hainburger Krankenhaus seit der Öffnung des neuen Hauses das Licht der Welt erblickten, stellte mir das Gemeindeamt Hainburg an der Donau freundlicherweise die Geburtenstatistik des Zeitraumes 1983 bis 2008 zur Verfügung.⁶⁸

Hier ist deutlich zu erkennen, dass es einen kontinuierlichen Anstieg der slowakischen Geburten in Hainburg gegeben hat. Im Jahr 1983 kam in Hainburg auf 280 Geburten noch kein einziges slowakisches Baby.

Das erste Kind mit damals noch tschechoslowakischer Staatsbürgerschaft wurde 1987 entbunden. Bei den Eltern handelte es sich um Tschechoslowaken mit Wohnsitz in Österreich.

1991 wurde erstmals die magische 500er Marke an Geburten pro Jahr überschritten. Von diesem Zeitpunkt an bewegten sich die Zahlen in der Umgebung der 500er Grenze, wobei 2001 ein deutlicher Einbruch mit lediglich 400 Entbindungen zu verzeichnen war. Zwischen 1993 und 2006 kamen zwischen 7 und 19 slowakische Erdenbürger pro Jahr zur Welt, ehe 2007 mit 33 slowakischen Geburten ein neuer Höhepunkt erreicht wurde.

2008 stieg die Zahl sogar auf 58. Das heißt, mehr als 10 Prozent der in Hainburg geborenen Kinder hatten einen slowakischen Hintergrund. Hinzu kommen noch 25 Ausländerkinder, deren Eltern einen Wohnsitz in der Slowakei haben. Das ist nicht zuletzt das Verdienst des gebürtigen slowakischen Gynäkologen Dr. Loksa, der im fünf Minuten von Hainburg entfernten Bad Deutsch Altenburg eine Ordination betreibt. Viele seiner internationalen Patientinnen arbeiten in der Slowakei, nehmen aber bei Erkrankungen oder Geburten lieber den österreichischen Standard in Anspruch. Da die Behandlung durch eine slowakische Versicherung nicht abgedeckt ist, kommen sie privat und bringen dem Landesthermenklinikum wertvolles Geld.

⁶⁸ Geburtenstatistik und Ehestatistik Hainburg an der Donau 1983 bis 2008.

Zusätzlich ist hier in einer Tabelle mit Eheschließungen in Hainburg ersichtlich, dass Slowaken auch den Schritt vor den Standesbeamten im nahe gelegenen Österreich wagen.

Jahr	Geburt	CSR	SWÖ	SWS	AWS	ABS	EHE	CSR	SWÖ	SWS	AWS	ABS
1983	280	0					76	0				
1984	297	0					65	0				
1985	311	0					54	0				
1986	305	0					65	0				
1987	353	1	1				114	0				
1988	367	0					61	0			1	
1989	399	0					67	0				
1990	469	1	1				81	1		1		
1991	510	3	3				82	5	4	1		
1992	497	4	4		1		84	6	5	1		
		SVK						SVK				
1993	500	7	6	1	1		70	5	2	3		
1994	471	7	5	2	2		59	3	1	2	1	
1995	484	7	3	4	6		59	1		1		
1996	500	5	4	1	4		63	7	3	4	1	
1997	542	8	6	2	5	1	66	6	4	2		
1998	511	8	8		4		55	5		5		
1999	492	11	9	2	7		59	6	3	3		
2000	457	9	5	4	9	3	51	3		3		
2001	400	12	8	4	13	1	67	7	3	4		

2002	496	7	4	3	7	2	67	6	4	2		
2003	451	12	3	9	11		70	9	5	4		
2004	450	16	5	11	14	2	69	4		4		
2005	521	15	8	7	20	4	79	17	11	6		
2006	469	19	6	13	12	5	68	5	3	2	1	
2007	502	33	15	18	24	4	69	2	1	1		
2008	482	58	26	32	25	6	63	17	10	7		

Geburt	Gesamtzahl für das Jahr
Ehe	Gesamtzahl für das Jahr
SVK	Slowaken gesamt
SWÖ	davon Slowaken mit Wohnsitz in Österreich
SWS	davon Slowaken mit Wohnsitz in der Slowakei
AWS	Ausländer Wohnsitz in der Slowakei
ABS	Ausländer mit Bezug zur Slowakei z.B. Arbeit

Quelle: Gemeinde Hainburg / Petra Feichtinger

7.8 Kaiserschnitt versus vaginale Geburt

Da der „Kaiserschnitt“ – und hier insbesondere die Wunschsectio – in meinen Interviews oft zur Sprache kam und dieses Thema die Meinungen der Betroffenen oft spaltet, zog ich drei einschlägige Werke bzw. Artikel in verschiedenen Printmedien heran, um die Erfahrungsberichte zu ergänzen.

Grin, Wolfgang, Kaiserschnitt – Wunsch oder Notwendigkeit, Edition Va Bene, Wien – Klosterneuburg 2004.

Jurgelucks, Christiane, Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Trauma. Über das Erleben betroffener Frauen, Mabuse – Verlag, Frankfurt am Main 2004.

Oblasser, Caroline / Ebner, Ulrike / Wesp, Gudrun, Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen, 1. Auflage, Edition Riedenburg, Salzburg 2007.

7.8.1 Problem: Pro und Contra Kaiserschnitt

„Gesicherte Zahlen darüber, wie viele Frauen die Sectio ohne medizinische Indikation wünschen, existieren nicht. Krankenhäuser, die der Forderung nach dem ‚Wunschkaiserschnitt‘ offen gegenüberstehen, bewegen sich in einer rechtlichen Grauzone, da Krankenkassen ‚Maßnahmen, die das Maß der Notwendigkeit überschreiten‘ [...] nicht übernehmen dürfen. Das macht die quantitative Erfassung bundesweit schwierig, da Sectiones ohne medizinische Indikation in den Perinatalerhebungen nicht als solche ausgewiesen werden.“

In den Medien und in den Berufsverbänden der Hebammen und GynäkologInnen wird der Trend zum ‚Wunschkaiserschnitt‘ zum Teil sehr emotional und kontrovers diskutiert.“⁶⁹

⁶⁹ Jurgelucks, Christiane, Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Trauma. Über das Erleben betroffener Frauen, Mabuse – Verlag, Frankfurt am Main 2004, S. 8, 9.

Einerseits vertritt man die Auffassung, dass jede Schwangere ein Recht auf selbst bestimmte Geburt habe, andererseits meint man, dass ein Kaiserschnitt nach Wunsch das „natürliche“ Geburtserlebnis verhindert.⁷⁰

In ihrem Buch „Kaiserschnitt“ beschäftigt sich die Autorin Christiane Jurgelucks primär „mit dem Erleben von Frauen, die per Sectio entbunden wurden“⁷¹. Sie beschreibt hauptsächlich das individuelle Erlebnis eines Kaiserschnitts aus Sicht der Betroffenen.

Insgesamt wurden 19 Frauen von Christiane Jurgelucks über ihre Erfahrungen bezüglich einer Kaiserschnittgeburt interviewt. Unter den psychosozialen Aspekten stellte die Autorin gleich eingangs fest, dass jeder Kaiserschnitt individuell empfunden werde. Berücksichtigt wird dabei auch, ob der Kaiserschnitt geplant oder spontan erfolgt. Gibt es Komplikationen, so steht das Baby für die werdende Mutter im Vordergrund und ihr eigener Wunsch spielt nur mehr eine sekundäre Rolle.⁷²

Etwa 50 Prozent der Befragten bevorzugten eine Geburt auf natürliche Art und Weise. Das Hauptaugenmerk der zukünftigen Mütter liegt auf einem reibungslosen Verlauf des Prozesses und richtet sich auf „positives Geburtserleben für sich und ihr Kind“⁷³.

Schmerzen während der Entbindung werden als etwas ganz Natürliches akzeptiert und neutral beurteilt. Am wichtigsten ist im Endeffekt, dass man ein gesundes Baby hat.⁷⁴ Die Autorin vertritt folgende Ansicht: „Die Geburt wird in der Vorstellung zur herausfordernden Selbsterfahrung jenseits aller bekannten Grenzen und bei Erfolg vielleicht die Krönung des Frau-Seins.“⁷⁵

Christiane Jurgelucks teilt nach genauem Studium ihre befragten Frauen in drei Gruppen ein und arbeitet die entscheidenden Unterschiede folgendermaßen heraus:

⁷⁰ Vgl. Jurgelucks, S. 9.

⁷¹ Jurgelucks, S. 10.

⁷² Vgl. Jurgelucks, S. 43.

⁷³ Jurgelucks, S. 63.

⁷⁴ Vgl. Jurgelucks, S. 62, 63.

⁷⁵ Jurgelucks, S. 64.

„Bewusstes“ Geburtsideal	„Natürlich“ instinktives Geburtsideal	Medizinisch „kontrolliertes“ Geburtsideal
Idealisierung der Geburt reflektierte und ausgiebige Auseinandersetzung	Keine Idealisierung der Geburt, eher pragmatische Einstellung	Idealisierung der Medizin
Frau möchte Geburt bewusst erleben	Die Geburt soll möglichst ungestört verlaufen	Geburt als Risiko
Hohe emotionale Bedeutung des Geburtserlebens	Frau möchte ihr Kind selbst gebären	Geburt soll intensiv überwacht werden
Großes Vertrauen in die eigene Gebärkompetenz	Zutrauen in die eigene Gebärkompetenz	Emotionale Ablehnung des aktiven Geburtserlebens
Keine medizinischen Interventionen, Betreuung durch Hebammen	So wenig medizinische Maßnahmen wie möglich, Hebamme sehr wichtig	Angst vor Kontrollverlust
Hausgeburt, Geburtshaus oder besonders alternative Kliniken mit persönlichem Ambiente, medizinische Ausstattung nicht wichtig	Geburt in einer Klinik, die natürliches Gebären unterstützt, jedoch über eine moderne medizinische Ausstattung verfügt	Ärztliche Betreuung wichtig, Hebamme zweitrangig
Emotionale Ablehnung der Sectio	Keine generelle Ablehnung der Sectio	Geburt in einem Perinatalzentrum oder Geburtsklinik mit hoher Geburtenzahl, auch Belegkliniken
Geburtsschmerz als Herausforderung zu persönlichem Wachstum	Keine Idealisierung des Geburtsschmerzes	Positive Bewertung der Sectio im Vergleich zur Spontangeburt
Verzicht auf Schmerzmittel	Nutzung von Schmerzmitteln und PDA	Angst und negative Bewertung des Geburtsschmerzes
Ausgeprägter Stillwunsch	Stillwunsch	Ausdrücklicher Wunsch nach Schmerzerleichterung
		Stillwunsch

76

Auch das Geburtserlebnis an sich lässt sich nach Ansicht der Autorin nach Auswertung der befragten Frauen in drei Gruppen gliedern:

Überwiegend positive Bewertung des Geburtserlebens	Positiv und negativ bewertetes Erleben etwa ausgeglichen	Überwiegend negative Bewertung des Geburtserlebens
Natürliches oder kontrolliertes Geburtsideal	Natürliches oder kontrolliertes Geburtsideal	Bewusstes oder natürliches Geburtsideal
Hohes Ausmaß an Kontrolle über die Situation, Aufklärung und Mitsprache	Ausreichende Aufklärung und Mitspracherecht	Kontrolliertes Geburtsideal, wenn starker Kontrollverlust erlebt wurde
Intensive medizinische und menschliche Betreuung während invasiver Maßnahmen	Ausreichende menschliche Begleitung während invasiver Maßnahmen und während der Entbindung	Keine Aufklärung und Mitspracherecht

⁷⁶ Jurgelucks, S. 110.

Klare Indikation	Klare Indikation	Keine oder nicht ausreichende menschliche Begleitung während invasiver Maßnahmen und während der Entbindung
Keine existenzielle Gefährdung von Mutter oder Kind	Notsectio wird toleriert bei gleichzeitiger starker Fürsorglichkeit des Partners oder der GeburtshelferInnen	Unklare Indikation
Keine Trennung von Mutter und Kind	Keine Trennung von Mutter oder Kind	Erleben einer Notsectio
Erfolgreiches Stillen	Abhängigkeit von med. Personal	Trennung von Mutter und Kind (Kind in der Kinderklinik)
	Versagensgefühle	Erleben von Gewalt
	Gefühle des Scheiterns	Erleben von starken Entfremdungsgefühlen
	Stillen	Erleben von Gegenüberlosigkeit
		Abhängigkeit von med. Personal
		Versagens- und Schuldgefühle
		Gefühle des Scheiterns
		Blockierte Mutter – Kind – Beziehung
		Stillprobleme

77

Christiane Jurgelucks resümiert, dass eine Kaiserschnittgeburt eine traumatische Erfahrung für eine Frau sein kann. [...] „Besonders destruktiv scheint sich dabei die Kombination von existentieller Bedrohung – verbunden mit Trennung – und Gewalt, sowie die Kombination von Gegenüberlosigkeit und Entfremdungsgefühlen auszuwirken.“⁷⁸

Univ. Prof. Dr. Peter Husslein, Ordinarius der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie der Universität Wien prophezeit als Gastautor in dem Buch „Kaiserschnitt – Wunsch oder Notwendigkeit“ von Wolfgang Grin: „Die Geburtsmethode der Wahl wird weitgehend der elektive Kaiserschnitt sein. Vaginale Geburten werden nur nach besonderer Aufklärung über damit verbundene Risiken „auf besonderen Wunsch“ erfolgen. Dies gilt besonders für Erstgebärende.“⁷⁹

⁷⁷ Jurgelucks, S. 114.

⁷⁸ Jurgelucks, S. 120.

⁷⁹ Grin, Wolfgang, Kaiserschnitt – Wunsch oder Notwendigkeit, Edition Va Bene, Wien – Klosterneuburg 2004, S. 8.

Er vertritt auch die Ansicht, dass die Schwangerschaft wichtiger als die Geburt werden könnte, weshalb die Betreuung in diesen 9 Monaten qualitätsmäßig noch wesentlich von größerer Bedeutung werden könnte. Bereits in der ersten Zeit ist es wichtig, die Schwangerschaft zu klassifizieren, nämlich ob sie mit hohem oder kaum zu erwartenden Risiken verbunden ist. Logischerweise werden Frauen mit geringem Risiko unter anderem „nur“ von Hebammen betreut, ist jedoch ein großes Risiko zu erwarten, dann werden alle möglichen Ressourcen seitens der Medizin ausgeschöpft.⁸⁰

Bei einer Geburt geht es aber bei weitem nicht nur um das Thema „Kaiserschnitt oder nicht?“, sondern auch um den individuellen Verlauf. Wie ich in meinen Gesprächen mit Medizinerinnen und Schwestern in Erfahrung bringen konnte, verhalten sich Slowakinnen und Österreicherinnen bei der Geburt sehr ähnlich. Allerdings wurde immer wieder das Schlagwort „Morbus Islam“ von den Befragten ins Treffen geführt. Frauen mit türkischem Migrationshintergrund bzw. solche, die aus der Balkan-Region stammen, „entbinden erfahrungsgemäß lauter“.

Der Autor bestätigt dies in seinem Buch mit einem Ausspruch einer seiner mohammedanischen Befragten, die ihm mitteilte: „Man muß (sic!) nur laut genug während der Entbindung schreien, dann wird es ein Bub.“⁸¹

Bei einem Wunschkaiserschnitt muss man sich überlegen, ob man das Recht auf eine gleichwertige Alternative nicht ins Auge fassen könnte und ob jede Frau in der Lage ist, sich selbst für oder gegen eine Entbindung dieser Art zu entscheiden.⁸²

„Die Entscheidungsfreiheit der Frau selbst muß (sic!) aber unangetastet bleiben.“⁸³

Die „Sectio auf Bestellung“ ist nicht nur ein gesellschaftspolitisches Problem, sondern es geht hier auch um die finanzielle Bereitstellung der Mehrkosten.⁸⁴

⁸⁰ Vgl. Grin, S. 9.

⁸¹ Grin, S. 50.

⁸² Vgl. Grin, S. 54.

⁸³ Grin, S. 55.

⁸⁴ Vgl. Grin, S. 56.

Notfälle stellen die Mediziner meist vor große Probleme und zwingen sie zu raschem Handeln. Solche Komplikationen sind beispielsweise Schwangerschaftsvergiftungen oder verfrühte Plazentalösung. In Sekundenschnelle muss der Arzt sich dann meist für einen Notkaiserschnitt entscheiden. Dadurch entsteht eine komplette Operationssituation, bei der jede Sekunde zählt. Neben dem Operateur muss noch ein zweiter Arzt, ein Anästhesist, eine Hebamme für das Kind und eine OP-Schwester vor Ort sein. Möglichst schnell muss auch ein Kinderarzt in der Nähe sein.

Grin erklärt diesbezüglich: „Da der Geburtshelfer gezwungen ist, das Kind so schnell wie möglich aus dem Bauch der Mutter zu holen, macht er meist einen Längsschnitt vom Nabel bis zum Schambeinknochen. Dadurch kann er mit wenigen Schnitten bis zur Gebärmutter vordringen und spart daher viel Zeit. Diesen Vorteil erkauft man sich aber zum Preis eines kosmetisch viel schlechteren Ergebnisses. Diese Narbe wird man zeitlebens sehen.“⁸⁵ Notkaiserschnitte sind zumeist „Stress pur“ für das medizinische Personal. Die Entbindende ist zugleich Zuschauerin und spielt dabei auch die Hauptrolle. Hierbei gibt es für alle Beteiligten nur einen Gefühlsausdruck, nämlich „Angst“.

Statistisch gesehen, kann es bei jeder zehnten Gebärenden zu solchen Hindernissen kommen. Hausgeburten enden bei unvorhergesehenen Komplikationen meistens noch lebensbedrohlicher.⁸⁶ Manchmal tauchen auch Überlegungen auf, ob eine Geburt per Kaiserschnitt risikoloser zu Stande kommt, als eine Geburt auf natürliche Weise.⁸⁷

Grin meint: „Bei der Risikoanalyse des Kaiserschnitts unterscheidet man prinzipiell mütterliche Risiken und kindliche Risiken. Obwohl beide in seltenen Fällen sehr ernst seien und auch mit tödlichem Ausgang verlaufen können, zählt für die werdende Mutter das eigene Leben in der Regel weniger als das ihres Kindes.“⁸⁸

„Sind nun [...] Risiken die Überlegung eines Kaiserschnittes wert? [...] Ist Gebären nicht schon per se gefährlich? Auch die natürliche Geburt

⁸⁵ Grin, S. 93.

⁸⁶ Vgl. Grin, S. 91 – 94.

⁸⁷ Vgl. Grin, S. 95.

⁸⁸ Grin, S. 97.

beherbergt Risiken für Mutter und Kind, zum Unterschied zum Kaiserschnitt scheinen diese aber nicht zu Gunsten des Kindes verteilt zu sein, sondern zu Gunsten der Mutter.“⁸⁹

In dem Kapitel „Promis, Stars und ihre Kinder“⁹⁰ berichtet Wolfgang Grin über die „[...] Operationswut unserer Prominenten [...].“⁹¹ „Der Terminkalender entscheidet oft bei Prominenten, denn in so einem streng durchgeplanten Arbeitsalltag hat so etwas Unberechenbares wie eine spontane Entbindung keinen Platz. Dann ist es angenehm, wenn sich ein so wichtiges Ereignis exakt terminisieren lässt (sic!).“⁹²

Als Beispiel wird unter anderem der Fußballstar David Beckham angeführt, dessen Frau zwischen zwei wichtigen Spielen entbinden musste, weil er bei der Geburt dabei sein wollte. „Dabei wird auch die Verantwortung über den Geburtsablauf an die Ärzte abgegeben und die zu Entbindende schlüpft in die Rolle der Passivität. [...], verlagert sich jetzt fast alles auf die Seite der Mediziner.“⁹³ Kommt es bei „prominenten“ Geburten zu Komplikationen, so bedeutet das meist das Aus für die berufliche Laufbahn des Gynäkologen.

[Anmerkung: Da in der folgenden Passage mehrmals Verstöße gegen die „neue Rechtschreibung“ zu finden sind, wurde an den entsprechenden Stellen auf das (sic!) verzichtet.]

Abschließend stellt sich der Autor auch die Frage: „Kaiserschnittkinder – die anderen Kinder?“⁹⁴ und bemerkt dazu: „Zweifelsohne sind die ersten Minuten im Leben eines Menschen von großer Bedeutung. Es ist unschwer vorzustellen, daß die vaginale Geburt unter starken Preßwehen eine extreme Streßsituation für ein Kind darstellt. [...] Man kann davon ausgehen, daß diese Vorgänge Streßfaktoren im Körper des jungen Lebens freisetzen. [...] Auf der anderen Seite vollziehen sich mit der Geburt auch zahlreiche Änderungen im kindlichen Körper, die für das Leben außerhalb des Mutterleibes notwendig sind. [...] Man kann davon ausgehen, daß die freiwerdenden Streßfaktoren durchaus einen Sinn in dieser

⁸⁹ Grin, S. 99.

⁹⁰ Grin, S. 103.

⁹¹ Grin, S. 104.

⁹² Grin, S. 104, 105.

⁹³ Grin, S. 107.

⁹⁴ Grin, S. 109.

Ausnahmesituation haben können. Wie friedlich erscheint dagegen eine Schnittentbindung. [...] Bedenken wir aber die wichtigen Umstellungen im kindlichen Organismus [...], so erscheint das Fehlen der Streßsituation mehr als Nachteil denn als Vorteil.“⁹⁵ Laut Autor Grin ergeben die ganzen Studien keine eindeutigen Beweise, welche Art der Geburt die optimale sei.⁹⁶

Dass das Thema „Kaiserschnitt“ auch in den Medien immer wieder präsent ist, beweisen unter anderem zwei Artikel aus der Zeitung „Die Presse am Sonntag“. In „Glaubenskrieg und die Geburt“ und „>Das Kind ist nicht geerdet<<“ geht es eben um diese Problematik.^{97, 98}

So spricht eine Mutter etwa davon, dass sie nach einem so genannten „Notkaiserschnitt“ gar nicht wusste, ob sie sagen dürfe, dass sie ein Kind zur Welt gebracht habe. Bei der Entbindung ihres zweiten Kindes lief alles „natürlich“ ab und das erfüllte sie mit einem sehr guten Gefühl.

Gründe für den Trend zur Sectio sind unter anderem, dass im Westen immer weniger Kinder geboren werden. Die Mütter sind älter und niemand möchte ein Risiko eingehen. Eine Statistik belegt, dass 2003 in Österreich jedes fünfte Kind per Kaiserschnitt zur Welt kam und es 2007 bereits 27 Prozent waren.

Hebammen sind von diesem Trend nicht besonders begeistert, denn nur bei natürlichen Geburten haben sie einen wichtigen Part. Kommt ein Kind mittels Sectio zur Welt, so müssen sich die Geburtshelferinnen nur um das Baby kümmern. Deswegen lautet der Slogan auf der Homepage des Österreichischen Hebammengremiums „Kinder kommen durch Frauenkraft“. Daran kann man auch erkennen, dass Sectiones ein Zeichen von weniger Stärke sind.

Viele Frauen, die per Kaiserschnitt entbinden, haben Schuldgefühle und suchen nach Rechtfertigungen – so werden zum Beispiel Blutdruckprobleme sehr gerne als Grund angeführt.

Intensiv wird auf den geplanten Kaiserschnitt eingegangen, der aus verschiedensten Gründen gemacht werden kann. Zum Beispiel weil der 09.09.2009 so ein schönes Datum ist oder weil die Sternkonstellation gut

⁹⁵ Grin, S. 109 110.

⁹⁶ Vgl. Grin, S. 111.

⁹⁷ Vgl. Die Presse am Sonntag, Glaubenskrieg um die Geburt, 26.04.2009.

⁹⁸ Vgl. Die Presse am Sonntag, „Das Kind ist nicht geerdet“, 26.04.2009.

ist oder auch, weil man in der Arbeit gerade nicht so viel zu tun hat. Natürlich sind das aber eher die Ausnahmefälle, welche aber trotzdem sehr gerne genannt werden.

Der Irrglaube, dass man sich mit einem Kaiserschnitt Schmerzen ersparen kann, ist ebenso vorhanden. Schließlich ist eine Sectio aber eine große Operation. – Sie wird in dem Artikel auch als „Körperverletzung“ bezeichnet.

Die natürliche Geburt sollte also möglichst ihren Platz haben, weil sie auch für das Kind von Vorteil ist. Bei einer Geburt passiert nämlich schon ein erster Entwicklungsschritt. Auch wird von Kaiserschnitt-Kritikern gerne auf die engere Bindung zwischen einer Mutter und einem natürlich geborenen Baby gesprochen.

Eine „Sectio-Soft“, bei der das Licht gedämpft und das Baby sofort auf den Bauch der Mutter gelegt wird, ist eine neue Variante. Trotz der besten Vorbereitung und Planung kann aber dennoch immer etwas Unvorhergesehenes eintreten. So kann zum Beispiel ein Kaiserschnitt notwendig werden oder die Mutter nach der Geburt so erschöpft sein, dass sie sich nicht sofort um das Baby kümmern kann. Solche Erlebnisse bleiben sehr lange in den Köpfen einer Mutter und manchmal muss nach einem derartigen Trauma sogar psychologische Hilfe in Anspruch genommen werden.

Methoden wie Kinesiologie (Muskelbehandlung, Anm.), Osteopathie (Behandlung der Beschwerden der Gelenke, Anm.) oder Cranio-Sacral-Therapie (Osteopathiebehandlung mit Emotionen, Anm.) sollen bei Problemen eingesetzt werden. Allerdings sind diese wissenschaftlich nicht erwiesen.

Im „Währingerblattl. Die Zeitung der Währinger Grünen“ wird in dem Artikel: „Geburt: Natur versus Technik“ berichtet, dass in der Semmelweisklinik die „sanfte“ Geburt immer mehr zurückgeht.⁹⁹

Die 1943 eröffnete Klinik war bekannt für ihre sanften Methoden. Es gab bald das so genannte „Rooming-In“ sowie die ambulante Geburt. Hebammen bekamen einen hohen Stellenwert. Der Leiter, Prof.

⁹⁹ Vgl. Währingerblattl. Die Zeitung der Währinger Grünen, 02/09, Geburt: Natur versus Technik.

Rockenschaub, war gegen eine „Übertechnisierung“ und somit auch gegen Kaiserschnitte. Die Selbstbestimmung der Frauen war für ihn enorm wichtig und auch der Schwangerschaftsabbruch wurde von ihm ermöglicht. Allerdings ist seit 2005 angedacht, das Spital zu schließen und ins neue Krankenhaus Nord einzugliedern.

Während der letzten Jahre wurde die Hebammenarbeit mehr und mehr zurückgedrängt und eine Schwangerschaft immer mehr zu einer Pathologie. Sobald es schwierig wird, gibt es laut dieses Artikels keine „normale“ Geburt mehr. Im Jahr 2008 gab es von den 2.419 Geburten bereits 26% Kaiserschnitte, während 2002 bei 2.968 Geburten nur 15,3% erfolgten.

Im Wiener AKH, wo sehr komplizierte Geburten stattfinden, lag die Kaiserschnittzahl 2008 bei 50%. Im Vergleich dazu hat Hainburg eine relativ geringe Rate an Kaiserschnitten, nämlich 136 Sectiones bei 482 Geburten oder rund 28%. (→ siehe Punkt 7.10) Das liegt wahrscheinlich zum Teil auch daran, dass die vorhersehbaren komplizierten Geburten, die zwangsläufig zu einem Kaiserschnitt führen würden, meistens weitergeschickt werden.

Eine Forderung der Grünen ist es, dass sich die werdenden Eltern unter anderem die Geburtsart selbst aussuchen können.

Wissenschaftlich gesehen gilt: „Jede geburtshilfliche Operation bedarf einer sorgfältigen Indikationsstellung wie der Beherrschung der operativen Technik. [...] Das Ziel der meisten geburtshilflichen Operationen ist die Überwindung einer Gefährdung des Kindes, aber auch einer maternen Komplikation.“¹⁰⁰

Interessante Information zum Thema „Kaiserschnitt – Traum oder Trauma?“ liefert auch das Autorentrio Caroline Oblasser, Ulrike Ebner und Gudrun Wesp in ihrer länderübergreifenden Studie „Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht“. In diesem „Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen“¹⁰¹ berichten 162 Kaiserschnitt-Mütter aus Österreich, Deutschland, der Schweiz und Frankreich, die eine

¹⁰⁰ Martius, Gerhard, Breckwoldt, Meinert, Pleiderer Albrecht (Hrsg.), Lehrbuch der Gynäkologie und Geburtshilfe. 2. verbesserte Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1996., S 286.

¹⁰¹ Oblasser, Caroline / Ebner, Ulrike / Wesp, Gudrun, Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen, 1. Auflage, Edition Riedenburg, Salzburg 2007, S. 3.

bis vier Sectiones hinter sich haben, über ihre persönlichen Erfahrungen zu diesem Thema. Teilweise kommen sie auch hochprofessionell-sensibel fotografiert ins Bild.

In ihrem Vorwort definieren die Autorinnen ihren zentralen Wunsch, „[...]“, dass unsere Nachforschungen dem Kaiserschnitt ein vielschichtiges „Gesicht“ geben und ihn aus seiner [...] Zwickmühle herausholen. Möge er wieder das werden, was er nach Meinung fast aller TeilnehmerInnen des Kaiserschnitt – Fotobuches eigentlich sein sollte: Eine operative Maßnahme, die das Leben von Mutter und Kind im Notfall rettet.“¹⁰²

Im Kapitel „Debatte um den Kaiserschnitt“¹⁰³ setzt Prof. Dr. Erich Saling, ein Schöpfer der vorgeburtlichen Medizin, voraus „[...]“, dass jede Frau von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen und damit maßgeblich in die Entscheidung, wie die Geburt ablaufen soll, einbezogen werden muss.“¹⁰⁴

Dr. Saling liefert dabei auch interessante Details: „Auf lange Sicht dürfte sich, was den Kaiserschnitt angeht, der „gesunde Menschenverstand“ durchsetzen. [...], die Rate von Frauen mit „Wunschkaiserschnitt“ [...] lediglich bei 2%. 90% der Patientinnen mit vorausgegangenem Kaiserschnitt würden demnach diese Geburtsvariante bei weiteren Schwangerschaften nur in Notfällen für angemessen halten und als keine wirkliche Alternative zur Spontangeburt erachten. [...] Damit wird der medizinisch nicht indizierte Kaiserschnitt wesentlich häufiger durch Geburtshelfer verursacht als durch den eigenen Wunsch der Schwangeren.“¹⁰⁵

Die Ärztin und Hebamme Anna Rockel-Loenhoff betrachtet den Terminus „Wunsch-Kaiserschnitt“ eher kritisch und stellt sich dabei die Frage, wie sich Schwangere etwas „wünschen“ könne, wovon sie aus medizinischer Sicht eigentlich nicht viel Ahnung haben.

Die Medizinerin bemerkt auch, dass viele Frauen, die vom ersten Kind unproblematisch durch eine Sectio entbunden wurden „[...] nun bewusst den natürlichen Geburtsweg für sich und ihr ungeborenes Kind wählen

¹⁰² Oblasser, S. 13.

¹⁰³ Oblasser, S. 14.

¹⁰⁴ Oblasser, S. 14.

¹⁰⁵ Oblasser, S. 15.

möchten.“¹⁰⁶ Als Extremfall diesbezüglich stellt sie den Lesern eine Frau vor, die nach der fünften Sectio endlich einmal einen „normalen“ Geburtsvorgang erleben wollte. Nahezu ident äußert sich diesbezüglich auch Renate Großbichler-Ulrich, die Präsidentin des Österreichischen Hebammengremiums: „Interessant ist auch, dass die spontane Geburt nach einem oder zwei Kaiserschnitten thematisiert wird. Auch wir Hebammen machen immer öfter die Erfahrung, dass Frauen nach einem Kaiserschnitt ihr zweites Kind vaginal entbinden wollen.“¹⁰⁷

Der Bund Deutscher Hebammen geht davon aus, „[...]“, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu den wohl kreativsten Erfahrungen im Leben einer Frauen gehören, [...].“¹⁰⁸ und zentriert seine Forderungen in dem Slogan „Kinder sollen sicher und mit Freude geboren werden!“¹⁰⁹ Weiters fordert dieser Verein, dass ein „menschenwürdiges“ Geburtserlebnis im Vordergrund stehen müsse.

Bezüglich der Frage: „Kaiserschnitt: Traum oder Trauma?“ schreibt Caroline Oblasser, dass keine der 162 interviewten Mütter beim zweiten Mal freiwillig eine Sectio verlangte, was interessante Rückschlüsse zulässt.

Provokativ stellt die Autorin auch die Fragen „Könnte es sein, dass sich der Kaiserschnitt längst zu einem Marketinginstrument entwickelt hat? Dass er seine wahre Daseinsberechtigung als lebensrettende Maßnahme längst verloren hat und als Teil der „Eventgesellschaft“ inzwischen eben jenes „Event“ gestalten lässt, das man bislang „Geburt“ nannte?“¹¹⁰

Als Schlussresümee stellt die Autorin fest, „[...]“, es wird immer Gegner und Befürworter des Kaiserschnittes geben – und jene, die genau dazwischen stehen.“¹¹¹

Die Autorin zieht als Definition für den Kaiserschnitt die Internetseite „wissen.de“ heran, die da lautet: „[...] ist der Kaiserschnitt – auch Schnittentbindung genannt – die operative Beendigung einer

¹⁰⁶ Oblasser, S. 16.

¹⁰⁷ Oblasser, S. 21.

¹⁰⁸ Oblasser, S. 20.

¹⁰⁹ Oblasser, S. 20.

¹¹⁰ Oblasser, S. 25.

¹¹¹ Oblasser, S. 25.

Schwangerschaft oder Geburt durch chirurgische Eröffnung der Gebärmutter.“¹¹²

Caroline Oblasser veröffentlicht in ihrem Buch auch interessante Kaiserschnittgesamtzahlen zum Thema „Die Kaiserschnitt – Gesellschaft: Schneiden ohne medizinischen Grund [...]“¹¹³: 96% der Hebammen meinten darin, dass sehr viele Sectiones heutzutage medizinisch *grundlos* erfolgen. Auf die Frage „Wunschsectio auf Verlangen der Frau [...]“¹¹⁴ sprachen sich zwar 81% der Gynäkologinnen, aber kein einziger männlicher Kollege dafür aus.

7.9 Vor- und Nachteile einer Schnittgeburt – Gespräch mit dem Gynäkologen OA Dr. Loksa

Generell meint Dr. Loksa zu diesem Thema: „Der Kaiserschnitt auf Wunsch sollte nicht sein. Es muss immer eine Indikation dafür geben.“ Aber er führt ihn als Arzt aus, wenn eine Frau davon überzeugt ist, dass es der richtige Weg für sie sei. Er ist aber froh, dass es nicht viele sind, die einen solchen Eingriff unbedingt wirklich wollen.

Es macht für ihn einen Unterschied, ob eine 36-Jährige bei ihrer ersten Geburt den Wunsch danach äußert oder ob es sich um eine kerngesunde 22-Jährige handelt. Bei der älteren Frau versteht er es, bei der jungen nicht. Um jener die Angst zu nehmen, versucht er, sie durch genaue Aufklärung von den Vorteilen einer natürlichen Geburt zu überzeugen. Bei spontan auftretenden Problemen verhält es sich natürlich ganz anderes, denn dann ist ein Kaiserschnitt klarerweise vorzuziehen.

Vorteil eines Kaiserschnitts ist mit Sicherheit, dass das Kind nicht viele Stunden leiden muss und sich den Weg durch den Geburtskanal erspart. Die Frauen schätzen es, dass alles rasch vorbei ist und sie nicht stundenlange Kontraktionen erdulden müssen. Aber natürlich gibt es den operativen Nachteil. Eine Sectio ist ein Bauchschnitt und somit ein Eingriff mit allen Risiken einer Operation im Verhältnis zu einer spontanen Geburt.

¹¹² Oblasser, S. 44.

¹¹³ Oblasser, S. 286.

¹¹⁴ Oblasser, S. 287.

Aus kosmetischer Sicht ist es mittlerweile möglich, dass man Narben in vielen Fällen kaum mehr sieht und dünne Frauen einen Bikinischnitt erhalten können. Ist eine Schwangere jedoch stark übergewichtig, so wird der Schnitt in der Mitte des Bauches gesetzt und der Arzt muss sich erst durch die Fettdecke „arbeiten“. Da das Baby wenig Platz hat, kann das für das Kind und den Operateur zum Problem werden. Generell führt der Gynäkologe die Operation durch. Ist ein Kaiserschnitt gewollt, dann achtet man auch darauf, dass nach Möglichkeit ein Kinderarzt anwesend ist. Bei einer Notsectio ist das Risiko drei- bis fünfmal höher als bei einem geplanten Kaiserschnitt. Außerdem kommt der Stressfaktor dazu, weil alles ganz schnell gehen muss, wenn zum Beispiel die Frau stark blutet oder das Kind schlechte Werte hat. Bei spontanen Kaiserschnitten kümmert sich der Anästhesist oder, wenn anwesend, der Notarzt um das Baby und der Gynäkologe um die Frau. Der optimalste Zeitpunkt für eine Entbindung in Hainburg ist der Nachmittag, weil da zwei Anästhesisten zur Verfügung stehen.

Weiters erklärt er, dass spinale Narkose-Methoden (→ siehe Punkt 7.12) der Schmerzlinderung dienen. Als Geburtshelfer erlaubt er der Frau auf Wunsch Maßnahmen zur Betäubung, allerdings muss dazu ein Anästhesist zur Verfügung stehen, was am Abend oder zu Stoßzeiten aber nicht garantiert ist. Ein Gynäkologe kann und darf diese Art der Schmerzausschaltung nämlich nicht selbst anwenden.

Zu der provokanten Aussage: „Mit einem Kaiserschnitt hat eine Frau nicht geboren“, meint der Oberarzt, dass das sehr philosophisch sei. Eine Frau hat zwar keine Wehen, aber für ihn ist das „trotzdem eine Geburt“.

7.10 Sectio-Statistik im Hainburger Krankenhaus

Die folgende Statistik zeigt die aktuellen Kaiserschnittzahlen zwischen 2005 und 2008, wobei nach geplanten und ungeplanten Eingriffen im Verhältnis zur Gesamtgeburtenzahl unterschieden wird. ¹¹⁵

¹¹⁵ Vgl. Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg, Sectio-Statistik 2005 – 2008.

	Sectiones	geplant	ungeplant	Geb. ges.
2005:	139 / 26,7%	60 / 43,2%	79 / 56,8%	521
2006:	120 / 25,6%	69 / 57,5%	51 / 42,5%	469
2007:	144 / 28,7%	88 / 61,0%	56 / 39,0%	502
2008:	136 / 28,2%	67 / 43,3%	69 / 57,7%	482

7.10.1 Geburtenstatistik III-2008: Hainburg im Vergleich zu Gesamtösterreich

Herr Primar Gamperl überließ mir die Quartalsauswertung III-2008, in der die Geburtenstatistiken aller österreichischen Spitäler, die über eine Geburtenabteilung verfügen, aufgelistet sind. Daraus entnahm ich einiges Zahlenmaterial, um die Stellung des Krankenhauses Hainburg im Vergleich zu den anderen Häusern zu zeigen. An dieser Auswertung nahmen neben zahlreichen regionalen Krankenhäusern wie Klosterneuburg, Mistelbach, Tulln, Mödling, Gmunden unter anderem auch folgende Geburtenabteilungen teil: KH der Barmherzigen Brüder Eisenstadt, AKH Wien Universitäts-Frauenklinik, Grazer Universitäts-Frauenklinik, Diakonissen-Krankenhaus Salzburg, Barmherzige Brüder Linz und SMZ Ost Wien.

2008 wurden in Hainburg im Juli 43, im August 41 und im September 31 Kinder entbunden. Das ergibt für dieses Quartal eine Anzahl von insgesamt 115 Geburten. 55 Frauen waren Erstgebärende, 48 bekamen ihr zweites Kind, für acht war es die dritte Geburt und vier waren Mehrgebärende. Alle 115 in Hainburg geborenen Kinder waren Einlinge. In Gesamt-Österreich wurden in diesem Zeitraum von 19.260 Frauen 19.571 Kinder geboren. 18.910 Frauen bekamen Einlinge und 295 Zwilling. Die sich daraus ergebende Diskrepanz von 71 Neugeborenen resultiert aus Mehrlingsgeburten.

111 Kinder in Hainburg waren in der Schädellage. Spontan wurden 72 Kinder (62,6%) entbunden, per Sectio 32 (27,8%), mittels Vakuum 9 und sonstige 2.

Hainburg liegt bei den Sectiones ungefähr im österreichischen Schnitt, denn in Gesamtösterreich waren es 28,7% (5525 Geburten von 19260).¹¹⁶

Allerdings gibt es einen eklatanten Unterschied: In Hainburg erfolgten 62,5% der Kaiserschnitte primär – das heißt geplant, in Gesamtösterreich waren es hingegen 51,5%.¹¹⁷

Sieht man sich die Gebärpositionen an, so sind die in Hainburg Gebärenden eher konservativ: 65,2% entbinden im Kreißbett und nur eine Frau hat die Wassergeburt genutzt. 4 wählten andere Varianten und 1 Person ist ohne Angabe. In Gesamtösterreich waren es 61,6%, die im Liegen entbanden.

Hainburg liegt auch bezüglich der Geschlechter nicht ganz im Trend: 53,9% der Neugeborenen waren weiblich, 46,1% männlich. In Österreich war es umgekehrt: 48,3% waren weiblich, 51,6% männlich und 0,1% ohne Angabe.

In Hainburg beträgt die Mortalität bei Neugeborenen 0%, weil – wie bereits erwähnt – „schwierige Fälle“ rechtzeitig ausgelagert werden.

7.11 Gynäkologie und Geburtshilfe – dreisprachiges Angebot

Da Primarius Gamperl großes Interesse an der Zusammenarbeit mit slowakischen Patientinnen hat, wurde eine professionelle Broschüre in drei Sprachen herausgegeben, nämlich in Deutsch, Englisch und Slowakisch. Englisch deswegen, weil man auch die internationalen Patientinnen, die in der Slowakei, aber auch im Osten unseres Landes leben, ansprechen will.

Das moderne Layout besticht durch angenehme Farbwahl und übersichtliche Anordnung der angebotenen Leistungen. Getrennt werden die Bereiche Allgemeine Gynäkologie unter dem modernen Schlagwort *„Zeit für die Frau – Kommunikative Frauenmedizin“* sowie die Geburtshilfe unter *„Zeit für die Geburt – Selbstbestimmte Geburtshilfe“* vorgestellt.

Reich bebildert werden Angebote, Therapieformen und Möglichkeiten der Nachsorge beschrieben und wie zufällig springen die Worte „Vertrauen“ und „Glück“ an passender Stelle ins Auge.

¹¹⁶ Vgl. Quartalsauswertung III – 2008: Tabellen. A.ö. KH Hainburg, 11.12.2008, S. 3.

¹¹⁷ Vgl. Quartalsauswertung III – 2008: Tabellen. A.ö. KH Hainburg, 11.12.2008, S. 3.

Alles in allem vermittelt der gelungene Folder den Eindruck von Ruhe, Zuwendung und individueller Betreuung. ¹¹⁸

¹¹⁸ Landeskrinikum Thermenregion Hainburg. Zeit für die Geburt. Entbinden wie zu Hause.

Kommunikative Frauenmedizin

Ein neuer Weg, der das Gespräch ins Zentrum stellt.

Vor der Behandlung:

- aufklärende Gespräche über Diagnose, Behandlungsziel und therapeutische Möglichkeiten bei: Blutungsstörungen, Unterbauschmerzen, Eierstockentzündungen, Endometriose, Gebärmuttermyomen, Harninkontinenz



Therapieformen:

- Vaginale oder laparoskopische („Schlüsselloch“) OP-Techniken
- Alle Standardoperationen der Gynäkologie, Sterilitätsabklärung, modernste OP-Verfahren bei vaginalen Senkungszuständen
- Bei Funktionsstörungen des Beckenbodens: Urodynamik, TVT-o

Nach der Therapie oder Operation:

- Intensive, begleitende Aufklärung zur Unterstützung des Gesundungsprozesses – auf Wunsch unter Miteinbeziehung des Partners
- Postoperative Betreuung: Ernährungsberatung, Beckenbodengymnastik



Das gesamte Abteilungsteam der Gynäkologie wünscht Ihnen einen angenehmen Aufenthalt.

Prim. Dr. Gottfried Gamberl
Vorstand der Gynäkologisch/Geburtshilflichen Abteilung



Communicative Women's Medicine

A new method which focuses on discussion.

Before treatment:

- Informative talks about diagnosis therapy goals and therapeutic possibilities in cases of: dysfunctional bleeding, pelvic pain, ovarian infections, endometriosis, uterus myoma, urinary incontinence

Kinds of therapy:

- Vaginal and laparoscopic (key-hole) surgery techniques
- All standard gynaecological operations, sterility diagnosis, most modern surgical techniques for cases of vaginal prolapse
- In cases of floor related dysfunctions of the female pelvic: urodynamic, transobturator tape treatment (TVT-o)

After therapy or surgery:

- Comprehensive support during the recovery process – if desired, also involving your partner • postoperative support: nutritional advice, pelvic floor gymnastics

Komunikatívne ženské lekárstvo

Nový spôsob, ktorého stredobodom je rozhovor.

Pred ošetrením:

- Informatívne rozhovory o diagnóze, ciele terapie a terapeutických možnostiach pri: poruchách krvácania, bolestiach v podbrušku, zápaloch vaječníkov, endometrióze, myómoch maternice, inkontinencií moču

Druhy terapie:

- Vaginálne alebo laparoskopické („cez kl'účovú dierku“) operačné techniky
- Všetky štandardné gynekologické operácie, vyšetrenie sterility, najmodernejšie operačné metódy v prípade poklesnutej vagíny
- V prípade porúch funkčnosti panvového dna: urodynamické vyšetrenie, metóda tzv. páskovej operácie (TVT-o)

Po terapii alebo operácii:

- Intenzívne sprievodné poradenstvo ako podpora v procese uzdravovania – na želanie aj za spoluúčasti partnera
- Pooperačná starostlivosť: poradenstvo v oblasti výživy, gymnastika panvového dna

Prim. Dr. Gottfried Gamberl
Head of the Department of Gynaecology /Obstetrics
Predstavenstvo gynekologicko-pôrodnického oddelenia

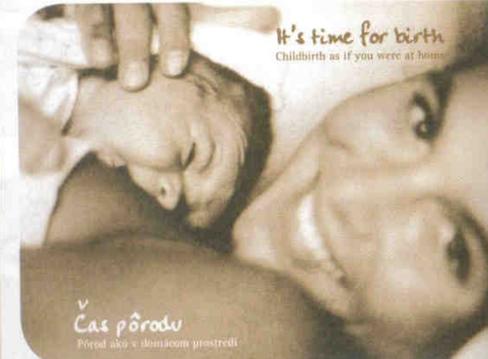
Bezpečie

Informationsblätter der Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Landeskrankenhauses Thermenregion Hainburg • Informationsblätter der Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Landeskrankenhauses Thermenregion Hainburg • Informationsblätter der Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Landeskrankenhauses Thermenregion Hainburg • Informationsblätter der Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Landeskrankenhauses Thermenregion Hainburg • Informationsblätter der Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Landeskrankenhauses Thermenregion Hainburg

Landeskrankenhaus Thermenregion
HAINBURG

Zeit für die Geburt

Entbinden wie zu Hause



It's time for birth
Childbirth as if you were at home

Čas pôrodu
Pôrod ako v domácom prostredí

Zeit für die Frau

Ganz im Zyklus der Natur



Time for women
In harmony with nature

Čas pre ženu
Žena prirodzene

Selbstbestimmte Geburtshilfe

Entbinden, so wie Sie und Ihr Partner es sich wünschen.

Vor der Geburt:

- Ambulanz-Untersuchungen wie Combined Test, frühzeitige Geburts-terminbestimmung, Dopplerultraschall, 3D-Ultraschall
- Vorbereitungskurse und Vorträge
- CTG-Untersuchungen

Die Geburt:

- Gemeinsames Finden der richtigen Gebärposition; moderne Entbindungsbetten, Gebärhocker, im Stehen, in der Entspannungswanne
- Duft, Musik und sanfte Methoden der Geburtserleichterung wie etwa Homöopathie, Akupunktur, PDA, ...

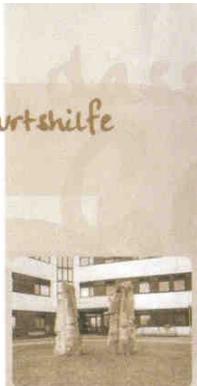
Nach der Geburt:

- "Rooming in" oder Familienzimmer
- regelmäßige kinderärztliche Betreuung, physiotherapeutische Anleitung, psychologische Hilfe
- Unterstützung durch Stillberatung, Beckenbodengymnastik, Anleitung zur Säuglingspflege ...

Das Team der Geburtshilflichen Abteilung wünscht Ihnen alles Gute für Ihre Geburt!

Prim. Dr. Gottfried Gamperl
Vorstand der Gynäkologisch/Geburtshilflichen Abteilung

Alles, was wir besitzen können,
ist ein Geschenk der Zeit.



Personalised obstetrics

Give birth in the best way for you and your partner.

Before birth:

- Procedures in our department such as combined test, premature birth diagnosis, Doppler ultrasound scan, 3D ultrasound scan
- Preparation courses and presentations
- CTG examinations

Birth:

- Finding the best birthing position, modern birthing beds, birthing stool, free-standing birth, or in the relaxation bath
- Fragrances, music and gentle techniques to relieve the stress of childbirth such as homeopathy, acupuncture, peridural anaesthesia ...

After birth:

- "Rooming in" or family room
- Regular paediatric support, physiotherapy, and psychological support
- Support for you and your partner in all important questions such as breastfeeding, pelvic floor exercises, looking after your child

The obstetrics team wishes you all the best for the birth of your child.

Prim. Dr. Gottfried Gamperl
Head of the Department of Gynaecology/Obstetrics

All that we possess is the gift of time.



Individualizované pôrodnictvo

Rodiť tak, ako ste si to priali Vy a Váš partner.

Pred pôrodom:

- Ambulantné vyšetrenia ako combined test, stanovenie predčasného termínu pôrodu, Doppler ultrazvukové vyšetrenie, vyšetrenie 3D ultrazvukom
- Prípravné kurzy a prednášky
- CTG vyšetrenia

Pôrod:

- Spoločné nájdenie najvhodnejšej pôrodnej polohy; moderné pôrodné lôžka, pôrodné stoličky, pôrod v stoj alebo v relaxačnom kúpeľi
- Vône, hudba a jemné metódy uľahčenie pôrodu ako napr. homeopatia, akupunktúra, peridurálna anestézia (PDA), ...

Po pôrode:

- "Rooming in" alebo rodinná izba
- Pravidelná starostlivosť poskytovaná pediatrom, fyzioterapeutickú a psychologickú podporu
- Podpora a poradenstvo v oblasti kojenia, gymnastika panvového dna, úvod do starostlivosti o dojča

Tim pôrodnického oddelenia Vám želá všetko najlepšie pre pôrod Vášho dieťátka!

Prim. Dr. Gottfried Gamperl
Predstavenstvo gynekologicko-pôrodnického oddelenia

Všetko, čo máme vlastnit', je dar času.



7.12 Vortrag eines Anästhesisten am 25. September 2009

Zur besseren Vorbereitung auf die Geburt bietet das Landesklinikum auf der Gynäkologie in regelmäßigen Abständen Kreißsaal-Führungen und Anästhesisten-Vorträge an. Mit dieser Aufklärung sollen den werdenden Müttern einerseits Ängste genommen, andererseits aber auch Entscheidungen erleichtert werden.

7.12.1 Peridural- / Spinalanästhesie zur Schmerzlinderung

Bei dem Vortrag des Anästhesisten und Oberarztes Dr. Anton Seebauer waren sechs Paare – vier davon aus der Slowakei und von diesen wiederum eines aus Belgien sowie eine Frau ohne Begleitung und eine junge Frau mit ihrer Mutter anwesend.

Thema dieser Powerpoint-unterstützten Informationsveranstaltung war die Vorstellung verschiedener Methoden zur Schmerzlinderung bei der Geburt. Ausführlich wurden die Möglichkeiten der Peridural- oder auch Epiduralanästhesie sowie der Spinalanästhesie vorgestellt. Sollte eine Frau eine Methode davon in Anspruch nehmen wollen, würde es ein weiteres Gespräch mit einem Narkosefacharzt unmittelbar vor der Geburt geben.

Da diese Thematik für mich etwas Neues und Unbekanntes darstellte, beschäftigte ich mich im Anschluss noch genauer mit den medizinischen Fakten, welche ich mir von einem Anästhesisten, der nicht im Hainburger Krankenhaus tätig ist, speziell erklären ließ bzw. dem Aufklärungsbogen für Patienten entnahm. ¹¹⁹

7.12.1.1 Periduralanästhesie – PDA

„Peridural“ bedeutet Schmerzausschaltung auf Nervenfasern, die das Rückenmark verlassen. Somit kann die Mutter die Entbindung ohne große Schmerzen erleben, weil die Nervenfasern, welche die Schmerzen leiten,

¹¹⁹ Vgl. DIOmed-Aufklärungssystem. Weißbauer, W., Ulsenheimer, K. (Hrsg.), Info An6. Periduralanästhesie / Spinalanästhesie zur Geburtshilfe, DIOmed Verlags GmbH, Ebelsbach 2005.

mittels Katheter, durch den Schmerzmittel eingebracht werden, betäubt werden. Kommt es dann noch zu weiteren Eingriffen, etwa einem Dammschnitt, braucht man meistens keine zusätzliche Anästhesie mehr. Natürlich weist der Arzt auch auf Nebenwirkungen und Komplikationen wie Übelkeit, Herzrhythmusstörungen, Kreislaufversagen, Atemprobleme oder Kollaps hin.

Die Schmerzmessung erfolgt an Hand einer imaginären Skala. Mit einer Art Lineal kann die Intensität gezeigt werden oder man kann auch darüber sprechen. Wichtig ist, sich den Schmerz, den man verspürt, an Hand von Ziffern von 0 bis 10 vorzustellen. Da jeder bei gleicher Verletzung eine andere Höhe empfindet, ist ein Schmerz etwas rein Subjektives. Die angegebene Höhe ist nicht so relevant, sondern nur die Abnahme im Laufe einer Behandlung. Es muss eine Art Trend festgestellt werden. Wenn jemand „6“ sagt, so bekommt er zum Beispiel eine gewisse Dosis eines Mittels. Sagt er nach einer gewissen Zeit wieder „6“, so hat das Mittel nichts genützt und die Dosis muss erhöht werden oder es muss kontrolliert werden, ob nicht zum Beispiel der Katheter herausgerutscht ist. – Oder der Anästhesist muss eine andere Option wählen.

Im anschließenden praktischen Teil des Vortrags meint der Arzt, dass eine Schwangere, die zur Geburt ins Haus kommt, bereits eine Vorstellung hat, ob sie eine Betäubung will oder nicht. Hat sie sich schon dafür entschieden, dann soll sie bei der Aufnahme gleich die Schwester oder Hebamme darüber informieren. Das ist deswegen notwendig, weil das Anästhesistenteam tagsüber zirka vier bis fünf Personen umfasst, ab 17 Uhr aber nur mehr ein Narkosearzt über Nacht anwesend ist. Ist nur ein Anästhesist vor Ort und in einer anderen Abteilung findet gleichzeitig eine Notoperation statt, so kann er eventuell gar nicht kommen oder es kann bedeuten, dass ohne ihn weitergemacht werden muss. Weiß das Krankenhaus vorher Bescheid, kann bereits im Vorhinein disponiert werden.

Zum besseren Verständnis erklärt der Oberarzt den Anwesenden die anatomischen Gegebenheiten und bedient sich dabei manchmal einer recht volkstümlichen Ausdrucksweise. Hier die Wiedergabe in zusammengefasster Form: Der Periduralkatheter wird im Sitzen meist zwischen dem 2. und 3. oder dem 3. und 4. Wirbel nach Vereisung der Einstichstelle in der

Lendenwirbelsäule gesetzt. Die Gebärmutter und der Unterleib werden quasi mit einem Gürtel umgeben, denn die Nerven in der Gegend werden betäubt und somit der in der Wehenphase betroffene Bereich ausgeschaltet. Die Wirkung einer PDA setzt nach zirka 15 Minuten ein, die Spinalanästhesie wirkt schon kurz nach der Anwendung. Bei jeder der beiden Formen ist ein Kaiserschnitt möglich. Der Eingriff muss unter hochsterilen Bedingungen durchgeführt werden, denn schon ein einziger Keim könnte zu einer Gehirnhautentzündung führen. Durch die lokale Anästhesie besteht die Möglichkeit, dass die Wehen schwächer werden, sodass die Verabreichung eines Wehenmittels erforderlich wird. Da in der Austreibungsphase die Nerven im sakralen Bereich (Kreuzbeingegend, Anm.) getroffen werden, kann es sein, dass es in den letzten Minuten zu einer Schmerzzunahme kommt. Es würde wenig Sinn machen, zu diesem Zeitpunkt noch nach zu spritzen, weil die betroffenen Nerven ohnedies nicht erreicht würden. Außerdem würde eine totale Empfindungslosigkeit die Frau beim Pressen beeinträchtigen und somit die Austreibung des Kindes erschweren. Im schlimmsten Fall könnte es sein, dass der Kopf stecken bleibt oder ein anderes Problem auftritt, das zu einem Kaiserschnitt führen könnte. Dazu bedarf er keiner extra Narkose, denn sobald die 3- bis 5-fache höhere Dosis des Anästhetikums oder Schmerzmittels nachgespritzt wird, tritt nach ca. 15 Minuten eine vorübergehende Querschnittlähmung ein.

Bei einem „echten“ Notfallkaiserschnitt ist eine Vollnarkose notwendig, weil es zu lange dauern würde, bis die Wirkung der oben genannten Betäubungsformen einsetzt.

Um den Frauen die Angst vor den „Kreuzstich-Horror geschichten“ von früher zu nehmen, erklärt der Vortragende, dass während der gesamten Dauer der Anästhesie alle Körperfunktionen überwacht.

In diesem Zusammenhang wird auch der Unterschied zwischen Nebenwirkungen und Komplikationen erklärt, denn diese Begriffe werden oft gleichgesetzt. Nebenwirkungen sind verursacht und können auf Grund der gewählten Methode oder der Medikamente entstehen. Komplikationen hingegen resultieren aus einer Fehl- oder Falschbehandlung, die man unbedingt vermeiden sollte.

7.12.1.2 Spinalanästhesie („Kreuzstich“)

Medizinisch gesehen, handelt es sich bei der Spinalanästhesie um das gleiche Einstichverfahren wie bei einer PDA. Sie wird ebenfalls in der Lendenwirbelgegend durchgeführt und die applizierte Menge des Lokalanästhetikums wirkt direkt auf das Rückenmark. Durch eine hauchdünne Nadel wird das entsprechende Medikament eingespritzt und binnen kürzester Zeit tritt die Betäubung ein, die bis zur Brusthöhe reicht. „Wie der Schmerz zum Hirn kommt, ist für die Patienten nicht relevant“, meint der Arzt und schneidet deswegen das Thema nur kurz an, indem er populär erklärt: „Die Schmerzen gehen in die Nervenfasern hinein, durch das Rückenmark gehen sie nach oben.“

Sie wird fast nur bei geplanten Kaiserschnitten angewandt und wirkt viel schneller. Nebenwirkungen und Komplikationen sind mit denen einer PDA vergleichbar.

7.13 Kreißsaal-Führung am 25. September 2009

Zur anschließenden Kreißsaal-Führung kamen dann noch der Partner der Frau und 3 weitere Paare aus Österreich dazu. Auffallend war, dass die slowakischen Paare miteinander plauderten, die österreichischen Paare aber getrennt saßen.

Die Führung begann mit einer Stunde Verspätung, weil an diesem Tag drei Geburten stattfanden, die natürlich Vorrang hatten. Die Chefhebamme Edith, die mir bereits auf die Welt geholfen hatte, stellte zunächst den Raum vor, welcher der erste Zutritt für die Schwangere ist. Hier wird die Frau ab der 38. Schwangerschaftswoche regelmäßig zur CTG Kontrolle gebeten um die Herztöne des Ungeborenen zu untersuchen. Auch die Aufnahme vor der eigentlichen Geburt erfolgt in diesem Raum und nach den Untersuchungen wird dort entschieden, ob die Frau gleich in die Entbindungsräumlichkeiten kommt, noch eine Weile spazieren gehen darf oder auf die Station gehen kann.

Im Anschluss wurde der Entspannungsraum mit Wanne besichtigt, wo die Frau während der Eröffnungsphase ein Bad nehmen kann, welches

krampflosend wirkt. Im Bett, das sich ebenfalls in diesem Raum befindet, kann die Frau die Position frei wählen. Manche bevorzugen hier das Knien, andere benützen lieber den Hocker. Für das Abspielen von Entspannungsmusik ist ein CD-Player vorhanden. Dazwischen kann die Frau auf Wunsch spazieren gehen. Der Ortswechsel während einer problemlos verlaufenden Geburt wird von den Frauen sehr geschätzt. Immer wieder wird ein CTG gemacht, nötigenfalls sogar im Wasser. Sobald der Muttermund 7 bis 8 cm weit genug geöffnet ist, begibt sich die Schwangere in den Kreißsaal. Entbinden drei Frauen gleichzeitig, dann müssen sie sich den Entspannungsraum wie auch die Wanne teilen. Eine Periduralanästhesie würde wegen der Einstichwunde die Benützung der Wanne verhindern.

Die Geburt an sich wird bei der Führung nicht besprochen, zumal dafür die Geburtsvorbereitungskurse vorgesehen sind. Pro Jahr finden in Hainburg rund 500 Geburten statt. Diese erfolgen laut Schwester Edith schubweise und ein Einfluss der Natur lässt sich deutlich erkennen, sodass bei Vollmond und Wetterwechsel erfahrungsgemäß mehr Babys auf die Welt kommen.

Nächster Besichtigungspunkt ist einer der beiden Kreißsäle. Dort kann die Gebärende ebenfalls unter Anleitung der Hebamme die unterschiedlichen Positionen ausprobieren und sich dann entscheiden, ob sie stehen oder auf der Seite liegen möchte. Das Gebärbett ist sehr breit und bequem. Außerdem kann es in der Höhe und der Lage verstellt werden.

Sobald das Baby da ist, wird es auf den Bauch der Mutter gelegt und dann von der Schwester und vom Vater betreut, während die Frau noch ärztlich versorgt wird. Nach der Kontrolle durch den Arzt wird das Baby angelegt.

Zum Abschluss stellt die Hebamme den Gebärhocker vor, den man verwenden kann, wenn der Muttermund ziemlich offen ist. Dort können die Wehen „veratmet“ werden und der Vater sitzt als Stütze hinter der Frau. Wenn alles problemlos verläuft, kann darauf entbunden werden, aber meistens erfolgt ein Wechsel ins Bett.

Üblicherweise versieht eine Hebamme Dienst. Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag ist von 08.00 bis 14.00 auch eine zweite anwesend,

da an diesen Tagen auch Ambulanzzeiten sind. Aber der Kreißsaal hat immer Priorität.

Der zweite Kreißsaal ist fast gleich ausgestattet, aber hier kann eine Frau auch für einen geplanten Kaiserschnitt vorbereitet werden oder wenn sich während einer Geburt herausstellt, dass doch eine Sectio notwendig ist. Der Kaiserschnitt selbst erfolgt im OP. Ist eine Vollnarkose erforderlich, darf der Partner nicht dabei sein. Anschließend kommt er mit dem Baby wieder auf die Geburtenstation.

Für den Fall, dass es zu Komplikationen kommt oder das Baby in ein spezielles Krankenhaus geschickt werden muss, steht auch ein Inkubator zur Verfügung. Äußerst selten braucht man zum Glück den Reanimationsraum, wo im Ernstfall spezielle Maßnahmen für das Kind getroffen werden können.

In einem Schulungsraum wird den Müttern das richtige Baden und auch das Stillen in aller Ruhe gezeigt. Dreimal pro Woche kommt der Kinderarzt, um die Neugeborenen zu untersuchen. Falls ein Baby an Gelbsucht leidet, kommt es in ein spezielles Bestrahlungsbettchen. Verläuft alles komplikationslos, können die Kinder entweder die ganze Zeit über bei der Mutter sein oder auch im Kinderzimmer untergebracht werden.

Droht eine Frühgeburt oder ist mit anderen großen Problemen zu rechnen, bemüht man sich, die Mutter noch rechtzeitig ins AKH oder das SMZ-Ost zu transferieren.

Nach einer problemlos verlaufenen Geburt bleibt die Frau ungefähr vier Tage im Spital, wobei der Tag der Geburt als 0-Tag bezeichnet wird. Aber der Aufenthalt kann auch länger dauern, wenn es zum Beispiel mit dem Stillen nicht klappt. Frauen, die bereits ein Kind daheim haben, möchten eher früher nach Hause.

Auf der Geburtenstation gibt es Vierbettzimmer, aber man achtet darauf – sofern es möglich ist – dass nur drei Betten genutzt werden, denn drei Mütter und drei Neugeborene in einem Zimmer sind genug. Die Hebamme kritisiert, dass damals beim Bau nicht an eine geringere Bettenanzahl gedacht wurde. Man tendiert, die vierte Frau eher auf die Gynäkologie zu legen oder in einem Klassezimmer unterzubringen, damit mehr Freiraum für jede einzelne Frau bleibt. Ein Zweibettzimmer kann auch

zu einem Familienzimmer umfunktioniert werden, damit der Vater bei Mutter und Kind bleiben kann – und das für 120 Euro pro Nacht. In jedem Zimmer sind Wickelgelegenheiten vorhanden. Während WC und Waschbecken Standard sind, befindet sich das Bad mit drei Duschen am Gang. Die Klassezimmer, in denen höchstens drei Betten sind, werden momentan umgestaltet und mit Duschen ausgestattet. Die Einbett- und Zweibettzimmer haben bereits eine Nasszelle mit WC und Dusche.

Nach der Führung wandte sich eine Frau aus Belgien mit ihrem Mann an die Hebamme, da sie in Bratislava leben, sie aber in Hainburg entbinden möchte. Neben wertvollen Tipps bekommen sie gleich einen Termin für ein CTG. Auch die versicherungstechnischen Details werden besprochen. Geld dürfte keine Rolle spielen, zumal sie gleich nach einem Einbettzimmer fragt. Außerdem ist sie auf der Suche nach einem Arzt in Hainburg, damit sie weiß, bei wem sie entbinden soll.

Durch die Führung wird der Eindruck vermittelt, dass auf der Geburtenstation hohe Kompetenz durch Fürsorge seitens der Hebamme ergänzt wird.

8 Conclusio

Da meine These in mehrere Teilbereiche unterteilt ist, wird sie zum Teil bestätigt und zum Teil ergeben sich abweichende Ergebnisse.

Schenkt man den Stimmen aus der Bevölkerung im Grenzgebiet Glauben, stehen die Menschen in kleinen Städten und Orten der steigenden Zuwanderung von Ausländern nach der Grenzöffnung noch immer kritisch gegenüber. Ich habe an Hand des Landeskrankenhauses Thermenregion Hainburg und der Grenzöffnung zur Slowakei folgende Behauptungen aufgestellt: Es herrscht nach wie vor eine gewisse Ausländerfeindlichkeit und ein gewisses Maß an Misstrauen gegenüber dem slowakischen Personal vor, junge Menschen sind aber aufgeschlossener und stehen den Slowaken weniger argwöhnisch gegenüber, Geld ist der Motivator dieser Art von Arbeitstourismus im Gesundheitsbereich und sprachliche Probleme sind nach wie vor der größte Hemmschuh für eine gedeihliche Zusammenarbeit.

Die Patienten geben dem Landeskrankenhaus Thermenregion eine bessere Note als dem slowakischen Personal im Speziellen. Bekamen die Slowaken eine Bewertung von 2,5 so wird das Krankenhaus mit einem Wert von 2,3 bewertet.

Was die Behandlung betrifft, so sind drei Viertel (74%) der Befragten der Meinung, dass die Behandlung gleichwertig ist. 18% finden, dass die Österreicher besser behandeln und 6% fühlen sich bei den Slowaken besser aufgehoben. 50% der Befragten wollen lieber von Östreichern behandelt werden und 48% ist es egal. Daraus kann man schließen, dass die Hälfte doch lieber von Einheimischen betreut wird.

Auch meine These, dass Slowaken vorrangig wegen des Geldes in Hainburg arbeiten, wurde bestätigt, denn gleich 75% sind dieser Meinung und immerhin 51% glauben, dass die Slowaken den Östreichern ihren Arbeitsplatz wegnehmen.

Die Sprache gilt nach wie vor als das größte Problem zwischen den beiden Nationen, denn von allen Problemen, die angeführt werden, sind 45% auf die Sprache zurückzuführen, während alle anderen Schwierigkeiten zusammengezählt einen Prozentsatz von 55 ergaben.

Die Kommunikation im Krankenhaus wird von einem Viertel der Befragten (24%) als mangelhaft angesehen. 15% empfinden sie als „sehr gut“ und 56 als „gut“.

Komplett „über den Haufen geworfen“ wurde hingegen meine Annahme, dass junge Menschen eher aufgeschlossen sind. Diesem Irrtum unterlagen auch die Krankenschwestern. Es sind nämlich 22% der jüngsten Gruppe und 14% der zweiten Gruppe (komplett) unzufrieden – während es bei den ältesten Menschen nichts Schlechteres als ein Befriedigend gab. Bei der vorletzten Gruppe sind zwar 17% nur genügend zufrieden, aber keiner ist überhaupt nicht zufrieden. 40% der Jüngsten vergaben („sehr) gut“, bei der zweiten Gruppe verteilten 52% („sehr) gut – aber gleich 73% („sehr) gute“ Beurteilungen gab es bei der vorletzten Gruppe und immerhin 62% bei der ältesten Gruppe.

Gepaart mit der Befragung der Schwestern und Ärzte, die sich größtenteils nicht so extrem negativ über die Slowaken geäußert haben, kann gesagt werden, dass die Patienten schon die österreichische Betreuung bevorzugen und dass sicherlich Kritikpotential vorliegt.

An den sprachlichen Problemen muss auch noch gearbeitet werden, denn speziell ältere Leute haben laut Angaben der Schwestern Probleme damit, auch wenn sie dies nicht in meinem Fragebogen explizit zugegeben haben. Schwestern sollten von Österreicherinnen auf Standardwörter, die in Hainburg und Umgebung verwendet werden, geschult werden. Damit könnte enorm viel Missverständnispotential herausgenommen werden.

Vielleicht wäre es besser, wenn die Slowaken geschickter agieren würden, sobald die finanziellen Vorteile einer Beschäftigung in Österreich angesprochen werden, denn das verstimmt manche Menschen. Auch die Tatsache, dass Slowaken den Österreichern den Arbeitsplatz wegnehmen, muss sensibilisiert werden.

46% der Befragten sind der Meinung, dass das Krankenhaus ohne Slowaken keineswegs zusammenbrechen würde und nur 8% glauben, dass es das Krankenhaus nicht ohne Slowaken schaffen würde.

Allerdings widerspricht die Beantwortung der Abschlussfrage dem zuvor Genannten: 58% der Befragten meinen, dass die Grenzöffnung trotz allem genutzt hat und 23% glauben an einen Schaden.

Das heißt, dass trotz aller Unzufriedenheit im Endeffekt doch ein positiver Aspekt der Grenzöffnung zu erkennen ist und das Landesklinikum auf einem guten Weg ist.

Welche Ansatzpunkte für Veränderungen bzw. Verbesserungen ergeben sich nun für das Landesklinikum Thermenregion aus meiner Arbeit?

Auf Grund der Ergebnisse der Umfragen und Interviews stellte ich fest, dass es bei einigen der Befragten auch Anlass zur Kritik gab. Die Gründe für die Beschwerden wurden im empirischen Teil im Einzelnen aufgelistet, wobei es auffällig ist, dass einige Klagen mehrfach genannt wurden.

Zunächst wäre es mit Sicherheit wünschenswert, die Mitarbeiter auf einen einheitlichen „Sprach-Level“ zu bringen. Das heißt, dass das slowakische Personal nicht nur fähig sein sollte, sich in der Schriftsprache auszudrücken, sondern auch mit Begriffen der regionalen Mundart vertraut gemacht werden sollte, denn es kann durchaus vorkommen, dass nur ortsfremdes Personal gemeinsam Dienst versieht und in einer derartigen Situation wirken sich Verständigungsprobleme besonders negativ aus. Auch wenn es durchaus üblich ist, dass Deutsch als „Arbeitssprache“ verwendet wird, besteht der Wunsch, dass dies zu einer verbindlichen Regel werden sollte.

Zum Thema Kommunikation wäre auch anzumerken, dass sich das Personal generell mehr Zeit – etwa bei der Aufklärung – nehmen sollte, obwohl das, wie mir mehrfach bestätigt wurde, schon recht gut funktioniert.

Auch häufigere Zusammenkünfte des Personals oder gemeinsame Unternehmungen wären empfehlenswert, denn es ist meines Erachtens in einem relativ kleinen Haus fast unglaublich, dass es zu Aussagen wie „oft grüßt man einander nicht einmal am Gang, weil man einander nicht kennt“, kommt, denn gerade durch eine bessere Verknüpfung der Abteilungen auf dieser Ebene könnte das Spital punkten.

Dass es zu viel Arbeit für zu wenige Leute gibt, wird ebenfalls kritisiert. Das Personal würde sich oft gern mehr Zeit für die einzelnen Patienten nehmen, aber das ist durch die zusätzliche Steigerung der Bürokratie vielfach nicht möglich und so bleibt wenig Raum für persönliche Kontakte.

Da sich der Tod nicht an Tageszeiten hält, wäre für das Palliativteam nicht nur die Ausdehnung der Kernarbeitszeit wichtig, sondern auch eine Aufstockung des Personals, damit noch mehr Menschen von dieser Einrichtung profitieren könnten.

Schlussendlich wurde eine Ausdehnung der Ambulanzzeiten angeregt, um die mitunter oft recht langen Wartezeiten zu verkürzen.

9 Anhang – Vollständige Interviews

Da meine Gesprächspartner nicht nur die konkret gestellten Fragen bereitwillig beantworteten, sondern meist auch viel Privates sowie zahlreiche interessante Randinformationen in das Gespräch einfließen ließen, werden die in den Punkten 6.4 und 6.5 in Hinblick auf die „Slowaken-Problematik“ zusammengefassten Interviews mit Ärzten und Pflegepersonal in einem Appendix in vollständigem Umfang angeführt.

Gespräche mit Ärzten

Gespräch mit OA Dr. Stanislav Haninec im Juli 2009

Das Gespräch mit dem Anästhesisten Dr. Stanislav Haninec war mit Sicherheit eines der positivsten im Rahmen meiner Dissertation. Zwar verspätete er sich um 20 Minuten, weil er ein Gespräch mit Angehörigen einer Sterbenden hatte, aber natürlich geht die Arbeit vor.

Auf meine Frage, warum er überhaupt hier sei, antwortet er ganz energisch: „Geld“. Den wahren Grund, weshalb er das Geld so dringend benötigte, verriet er mir etwas später in einer berührenden Geschichte.

Zunächst erörterte er die Motive, warum er überhaupt Arzt wurde. Er wollte einfach diesen Beruf ergreifen, weil seine Schwester ebenfalls vier Jahre vor ihm Ärztin geworden war. Außerdem wollte er von seinen Eltern weg. Allerdings studierte er nicht in seiner Heimat Bratislava, sondern in Prag – wie sein Anästhesie-Kollege Dr. Pavlovič, mit dem er schon fast 30 Jahre zusammenarbeitet. Außerdem hatte sein Vater acht Geschwister, von denen vier ebenfalls Ärzte wurden und seine Mutter arbeitete als Krankenschwester. Die Medizin ist ihm somit in die Wiege gelegt worden.

Da seine Mutter Tschechin und sein Vater Slowake ist, bezeichnet er das Slowakische nicht als seine Muttersprache, sondern das Tschechische. Es gibt aber für ihn, der einen slowakischen Pass hat, keine Unterschiede zwischen Tschechen und Slowaken, denn schließlich war es ja einmal eine Nation.

Heute arbeitet er nur elf Kilometer von seinem Haus in einem Nobelvorort von Bratislava entfernt, obwohl er eigentlich ursprünglich gar nicht nach Österreich wollte. Wie bereits erwähnt, absolvierte er seine Ausbildung in Prag und fand bald darauf in Bratislava in der Universitätsklinik und im Eisenbahnerkrankenhaus eine Anstellung. Der Zufall wollte es, dass im Jahr 1992 ein ehemaliger Kollege, der im Krankenhaus Hainburg arbeitete, nach Wien wechseln wollte. Als Auflage wurde ihm befohlen, selbst einen Ersatz zu finden. Also machte er Dr. Haninec das Angebot, nach Hainburg zu kommen. Es bedurfte aber einiger Zeit und einiger Überredungskunst, bis er schließlich am 17.12.1992 in Hainburg seinen Dienst antrat.

Man muss wissen, dass sein zweites Kind damals sehr krank war. Der Anästhesist war zwar in Bratislava ein junger Primar, lebte aber in bescheidenen Verhältnissen. Seine Frau war in Karenz und dem Kind wollten sie eine private Rehabilitation zukommen lassen, weil staatlich drei bis vier Therapien pro Woche sicherlich nicht möglich gewesen wären. Um alle finanziellen Ressourcen auszuschöpfen und somit das Kind optimal versorgt zu wissen, meldete er sogar das Telefon, den Fernseher und das Radio ab.

Dr. Haninec war zu dieser Zeit 35 Jahre alt und Primar im Eisenbahnerkrankenhaus. Zunächst hatte er Bedenken es zu verlassen, denn schließlich hatte er das neue Spital mit aufgebaut und betrachtete es als sein „Baby“. Doch als er die 50.000 Kronen Minus auf seinem Konto sah, musste er seinem Herz einen Stoß geben und wechselte nach einem halben Jahr „Bearbeitung“ seitens seines Hainburger Kollegen zu seinem heutigen Arbeitsplatz. Eine Woche vor Weihnachten war sein erster Arbeitstag in Österreich und er wurde gefragt, ob er schon einen Christbaum hätte. Dies kostete ihm nur ein müdes Lächeln. So geschah für ihn ein Weihnachtswunder: Man legte ihm eine Vorauszahlung von 12.000 Schilling auf den Tisch. So viel Geld hatte er noch nicht gesehen.

Das Krankenhaus, das er verließ, war an und für sich nicht schlechter als das in Hainburg. Es war kein typisch slowakisches Spital, sondern das eigens für Eisenbahner errichtete Haus war eines mit dem höchsten Standard in der Slowakei. Als man ihm beispielsweise in Hainburg voll Stolz

die „Siemens-Monitore“ präsentierte, dachte man, das hätte er noch nie gesehen. Er aber konterte: „Wir haben ‚HP‘ in unserem Spital in Bratislava.“ Da er wie seine Kollegen Loksa und Pavlovič auch an der Uni-Klinik in Bratislava gearbeitet hatte, kam er von einem – für slowakische Verhältnisse – doch hohen Level, denn dieses Spital ist wesentlich besser als periphere Kliniken ausgestattet. So gab es für ihn in Hainburg nicht wirklich etwas Neues, denn auch in seinen beiden ehemaligen Kliniken war alles sehr gut. Der 53-Jährige äußert den Wunsch, bis zu seiner Pensionierung in Österreich zu bleiben.

Haninec lebte viereinhalb Jahre in Hainburg. Allerdings war das nicht optimal für seine Frau, eine Lehrerin für Slowakisch und Staatsbürgerkunde, denn diese Fächer wurden natürlich in Österreich nicht benötigt. Noch dazu hat sie einen Dokortitel in Pädagogik und war somit überqualifiziert, sodass man sie am Arbeitsmarkt nicht einmal als Kellnerin oder Bedienerin aufnehmen wollte.

Heute wohnt er in einem Haus auf einem Grund mit 1.000 Quadratmetern beim Berg mit dem klingenden Namen „Thebenstute“. Ganz empfindlich reagierte er auf meine Frage, ob er denn in Petržalka lebe. Darauf antwortet er, dass das doch nur eine Plattenbausiedlung sei und das wäre mittlerweile unter seinem Standard.

Beim Thema Ausbildung meint er, dass das sensibel sei. Zwischen der Slowakei und Österreich würde es sich um unterschiedliche Welten handeln. Dann erklärt er weiter, dass Österreich und die Slowakei zwar geographisch immer nahe waren, aber doch weit entfernt, weil es politische, pädagogische und weltanschauliche Unterschiede gegeben hat. Früher empfand er die slowakische Ausbildung des Pflegepersonals als generell besser. Mit der Zeit wird aber die Ausbildung immer ähnlicher und er ist mit der heutigen Art eher unzufrieden. Schwestern werden Magistrae, aber er meint, sie hätten weniger Ahnung als das alte Pflegepersonal. Über vieles, was früher selbstverständlich war, wüssten die Schwestern nicht mehr Bescheid. Seiner Meinung nach sind die slowakischen Schwestern aus Angst, ihren Job – und somit Geld – zu verlieren, unterwürfiger als die österreichischen. Oft wüssten sie mehr, aber sie trauen es sich nicht zu sagen. Generell ist er der

Meinung, dass die heute 50-Jährigen besser Bescheid wissen als die Jungen.

Bezüglich der Gruppenbildung meint er, dass die slowakischen Kollegen wie Loksa oder Pavlovič gute Arbeitskameraden sein würden, aber nicht mehr. Auf Grund der gemeinsamen Herkunft hätte er aber ein bisschen mehr Bezug zu ihnen als zu anderen. Gruppenbildungen ließen sich schon erkennen, denn es wird unter den Slowaken auch slowakisch gesprochen. Ich muss an dieser Stelle einwerfen, dass dieser Arzt perfektes Hochdeutsch spricht und das, obwohl er kein Wort Deutsch beherrschte – bis zu dem Zeitpunkt, als er gefragt wurde, ob er nicht nach Hainburg wolle. Es folgte dann eine Zeit, die er intensiv zum Deutschlernen nutzte. Am meisten profitiert er aber durch „Learning by doing“. Lustig ist zu erwähnen, dass er in den ersten drei Monaten seiner „Hainburgzeit“ immer wieder davongelaufen ist, wenn das Telefon geläutet hat, weil er sich damals noch nicht so gut verständigen konnte.

Jetzt ist ihm die Kommunikation ein besonderes Anliegen und es ist ihm wichtig, alle Fragen der Patienten möglichst zu beantworten. Er bezeichnet sich selbst mit einem Augenzwinkern als problematischer Typ. Hier möchte ich einschieben, dass von ihm eine warme Herzlichkeit und ein derartiges Vertrauen ausgehen, sodass ich ihm als Anästhesisten uneingeschränktes Vertrauen entgegenbringen würde. Es ist keine Übertreibung, wenn er scherzhaft über sich behauptet, dass er stolz ist, ein guter Anästhesist zu sein. Er möchte jedem Vertrauen vermitteln, egal, ob es sich um ein junges Mädchen oder eine alte Frau handelt. Er meint, er sei älter, habe warme Hände und eine Brille, denn das wirkt positiv. Außerdem trägt er immer kurze Ärmel, damit die Patienten nicht Angst haben müssen, dass er irgendetwas versteckt hat. Vor Operationen setzt er sich zu den Patienten und fragt, ob er sie berühren dürfe, damit das Vertrauen in seine Hände noch größer wird. Diese Basis ist ihm ganz wichtig.

Die slowakischen Patienten entstammen größtenteils einer höheren Schicht oder es handelt sich um Notfälle, die erstversorgt und dann in ihre Heimat überstellt werden. Natürlich gibt es auch Probleme zwischen Slowaken und Österreichern: Die Österreicher akzeptieren nicht, wenn die Slowaken in ihrer Muttersprache reden. Nur wenn ein Patient gar nicht

Deutsch spricht, dann wird es stillschweigend akzeptiert. Er meint, dass die Österreicher schon allergisch auf die slowakische Sprache sind. Ihm persönlich wird als Ausländer keine Kritik entgegengebracht. Als Anästhesist ist er aus der Sicht der Patienten nur für die Narkose verantwortlich und daher ist es ihnen meist gleichgültig, wer das macht, Hauptsache, es wird gut gearbeitet. Bei Schwestern kommt es allerdings durchaus vor, dass sie wegen ihrer „harten Aussprache“, womit ihre mitunter doch schroffe Art gemeint ist, kritisiert werden. Bemerkenswert ist auch, dass man in Hainburg unter dem Personal nicht nur Slowakisch, sondern auch Ungarisch, Tschechisch, Polnisch und Serbokroatisch hört. Hierzu erzählt er wieder eine Anekdote: Einmal wurde er zum Rapport gerufen, weil man sich aufgeregt hatte, dass slowakisch gesprochen würde. Er konterte in seiner charmanten Art: „Woher wissen Sie, dass das Slowakisch war? Es kann auch Ungarisch sein.“ Somit war sein Kontrahent mundtot.

Das Krankenhaus in Hainburg hat seiner Meinung nach einen guten Ruf und er möchte nicht mehr von hier weg. Er fühlt sich in dem kleinen Spital sehr wohl, weil die Patienten keine anonymen Nummern sind und einen Namen haben. Mit vielen war er schon beim Heurigen oder kennt die Leute aus der Zeit, als seine Kinder hier zur Schule gingen. Er bezeichnet die Hainburger Atmosphäre als familiär.

Dr. Haninec bedauert, dass der Krankenhauspark dem Neubau zum Opfer gefallen ist, denn das war ein Treffpunkt, der sehr beliebt bei Patienten und Angehörigen war.

Auf die Frage, ob es Unterschiede zwischen den Patienten unterschiedlicher Herkunft gäbe, meint er spontan: „Ich nenne es „Morbus Islam“. – Andere nennen es „Morbus Mediterran“. Die Leute aus dem Süden sind seiner Meinung viel wehleidiger, Slowaken und Österreicher sind sich, was die Schmerzgrenze betrifft, durchaus ähnlich. Slowaken kommen aber nicht nur wegen des slowakischen Personals nach Hainburg, es gibt einige, die einfach eine „Durchuntersuchung“ wollen, welche dreieinhalb Tage in Anspruch nimmt.

Auch der Qualität wegen kommen unsere Nachbarn nach Österreich. Es ist sauber, das Essen ist gut und jede Reinigungskraft ist ein Putzprofi. Als er neu im Spital war und sich seinen Schlüssel holen wollte, ging er mit

dem Hausmeister in das betreffende Büro. Auf dem Weg dorthin kamen sie an Flecken auf dem Boden vorbei. Der Hausmeister nahm sein Notizbüchlein heraus und schrieb sich jede einzelne Verunreinigung auf. So was wäre in der Slowakei undenkbar gewesen. Denkt er an das berühmte Kramáre-Spital, muss er sagen: „Das sieht heute noch genauso schmutzig aus wie in meiner Jungärztezeit.“ Diese Aussage wurde mir von einem Österreicher bestätigt, der einige Wochen zuvor zu einer Untersuchung bei einem slowakischen Knie-Spezialisten war und zu mir sagte: „Du würdest dort aus dem Bett hüpfen und davonlaufen.“ Ob im Operationssaal oder in der Werkstatt: Laut Dr. Haninec sind in Hainburg überall Profis am Werk und keine Amateure.

Was den Patientenwillen betrifft, muss er sagen, dass er deren Wünsche zu respektieren hat, egal ob er sie gut findet oder nicht. Die Situation hat sich zwar leicht, aber nicht eindeutig, verändert. Als Narkosearzt hat er aber im Gegensatz zu Ärzten anderer Fachrichtungen den Vorteil, selbst entscheiden zu können, ob es z.B. eine Kurznarkose oder etwas Längeres wird, ohne den Patientenwillen zu verletzen.

Generell kann man seinen Ausführungen zufolge sagen, dass sich auf dem medizinischen Sektor in den letzten 26 Jahren viel geändert hat – egal ob in Österreich oder in der Slowakei.

Negativ erwähnt er einen ehemaligen Primar aus der Slowakei, dessen Motto er folgendermaßen beschreibt: „Es ist eine Demokratie. – Mein Wille geschehe!“ So meint er mit einem Augenzwinkern scherzhaft, dass er aus einem Land mit ehemaliger Diktatur in ein Spital mit einem „Diktator“ kam. Viele Erfahrungen haben sich im Laufe der Jahre vermehrt und je älter er wird, desto größer wird seine Akzeptanz. Auch das Leben hat ihn vieles gelehrt: Seine Mutter erkrankte vor einigen Jahren schwer, hat überlebt, ist aber seit diesem Zeitpunkt alt und krank. So etwas stimmt ihn nachdenklich. Wenn eine Frau mit 88 Jahren Nierenversagen hat und an einer Sepsis leidet, dann muss der Arzt auf die Situation besonders eingehen und die Patientin mit genügend Schmerzmitteln versorgen, damit sie nicht leidet. Ebenso muss man die Angehörigen begleiten, ihnen beistehen und Zeit zum Abschiednehmen geben.

Dr. Haninec, der sich selbst immer wieder als konservativ bezeichnet, hat manchmal ein Problem beim Akzeptieren des Patientenwillens: So verweigern etwa Zeugen Jehovas Blutkonserven. Als Anästhesist will er das nicht akzeptieren, weil der OP-Tisch „sein“ Tisch ist und nicht der Tisch der Jehovas. So kann es dann schon zu verbalen Auseinandersetzungen kommen, wenn man ihn zwingen will, kein lebensnotwendiges Blut zu verabreichen. Sein Motto lautet: „Auf meinem Operationstisch wird nicht gestorben.“

Beim Verabschieden meint der Oberarzt nochmals: „Bei mir stirbt keiner.“ Und das ist sehr beruhigend für Patienten. Außerdem gab er mir noch etwas mit auf den Weg: „Österreicher und Slowaken sind sich ähnlicher, als sie zu sein glauben.“

Gespräch mit Prim. Dr. Karl Bachmayer im Juli 2009

Der Vorstand der Internen Abteilung, Herr Primar Dr. Bachmayer, absolvierte nach dem Medizinstudium an der Universität Wien seine Ausbildung an der Zweiten Medizinischen Universitätsklinik. Anschließend arbeitete er als Oberarzt auf der Zweiten Medizinischen Abteilung der Allgemeinen Poliklinik der Stadt Wien und im Sozialmedizinischen Zentrum (SMZ) Ost, ehe er in das Hainburger Krankenhaus kam.

Nachdem er der Einladung gefolgt war, Urlaubsvertretung in Hainburg zu machen, war er vom jungen, engagierten Team sehr angetan. Als dann einige Zeit später der Anruf aus Hainburg kam, dass dort die Primar-Stelle offiziell frei geworden sei und man ihm den Vorschlag machte, sich zu bewerben, sagte er erfreut zu und bewarb sich ebenso wie einige andere Kollegen. Wie alle Bewerber musste er eine Probezeit hinter sich bringen, allerdings kannte man ihn schon von der Urlaubsvertretung. Ein Schlüsselerlebnis für die gute Zusammenarbeit in Hainburg war damals für ihn eine alte Dame, die große Schmerzen hatte. Sie wurde zum Röntgen geschickt und er war begeistert, wie prompt er ihre Bilder bekam.

Es gibt auch einen weiteren Bezug zu Hainburg: Er wurde im benachbarten Kittsee geboren, besuchte in der Bezirkshauptstadt Bruck an der Leitha die Schule und erbte nach dem Tod seiner Eltern deren Haus. Als

Student wohnte er in Wien und lebt seit 2006 in die Nähe von Schwechat. Für Dr. Bachmayer war es eine Herausforderung, Chef einer Abteilung zu werden. Der Entschluss, die Leiterstelle in Hainburg anzunehmen, war sicher darin begründet, dass er all das umzusetzen hoffte, wovon er überzeugt war. Natürlich war auch die Umgebung ausschlaggebend und vor allem der Anruf, dass man Interesse an ihm zeigte. Schlussendlich reihte ihn der Landessanitätsrat fachlich auf Platz 1, obwohl sogar Professoren unter seinen Mitbewerbern waren, und auch der Gemeinderat war mit dieser Wahl einverstanden. Das war im Jahr 1994. (Bei der Jahreszahl vergewissert er sich bei seiner Sekretärin, aber das Datum ist ihm noch sehr präsent.) Sein erster Tag wäre der 1. März gewesen, aber das war ein Samstag, sodass er am 3. März seinen Dienst antrat. Er kam damals in ein Zimmer, blickte aus dem Fenster und sah die Sonne wie eine Kugel aufgehen Dies war für ihn eine eindrucksvolle Symbolik.

Obwohl seine Zeit als Primar bis dato sehr arbeitsreich war, möchte er in Zukunft noch einiges bewirken. Momentan befindet er sich weit in der Mitte seiner Vorstellungen. Die größte Veränderung seit seinem Antritt war mit Sicherheit, dass die Länge der Verweildauer im Krankenhaus minimiert wurde. Waren es 1994 noch zirka 10 Tage, so spricht man auf der Internen Abteilung nur mehr von 6 Tagen. Gleichzeitig konnte die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen erhöht werden. Generell sei der Personalstand besser geworden, aber die genaue Anzahl solle ich bei der Schwester Oberin erfragen, aber wie bereits erwähnt: Er ist noch immer mitten im Working Process.

An seiner Abteilung wird immer versucht, den Standard der Diagnostik jenen der führenden Spitäler anzugleichen. Das Wirken auf seiner Station ist sogar von der Landesärztekammer anerkannt, sodass sie als Ausbildungsstelle für Sonographie dienen kann. Wies die Interne Abteilung seinerzeit beispielsweise nur den Standard eines Grundversorgungskrankenhauses auf, wird jetzt bei der Versorgung mit Herzschrittmachern mit der Chirurgie zusammengearbeitet.

In Personalentscheidungen ist er nicht direkt eingebunden, denn die Einstellung der Schwestern obliegt primär der Oberin der Pflegedienstleitung. Bei ihm beschwert sich kaum jemand darüber, dass es

Probleme zwischen dem Personal unterschiedlicher Nationen gibt. Er ist der Meinung, dass man alles auf einer globalen Ebene sehen muss. Natürlich kommt es aber immer wieder zu Konflikten und Differenzen – wie überall, wo Menschen arbeiten. Aber Meinungsverschiedenheiten gibt es auch innerhalb der deutschsprachigen Gruppe, innerhalb der Slowaken und so weiter. Der Primar kann jedenfalls keinen Überhang bei Problemen zwischen Österreichern und Slowaken erkennen. Das heißt, dass es in den Fällen, wo er eingebunden ist, keine Unstimmigkeiten wegen der Sprache gibt. Und auf Gerüchte legt er keinen Wert. Erst wenn er ausdrücklich gebeten wird, sieht er es als einen moralischen Auftrag, einzuschreiten.

Was die Sprache der Schwestern betrifft, so ist es für ihn absolut in Ordnung, wenn slowakische Schwestern private Unterhaltungen auf Slowakisch führen. Sind sie aber im offiziellen Auftrag unterwegs, dann müssen sie mit den Patienten unbedingt deutsch sprechen.

Im Hainburger Spital gibt es auch slowakische Patienten auf seiner Abteilung, aber deren Anzahl ist eher gering. Der Versicherungsstatus ist recht unterschiedlich. Die meisten von ihnen wohnen zwar in Bratislava, haben aber eine österreichische Versicherung, weil sie in unserem Land arbeiten. Die Zahl der Privatpatienten aus der Slowakei und Ungarn ist unbedeutend. Es kommen aber immer wieder Patienten aus Korea, den USA, Deutschland und anderen Staaten, die zwar in der Slowakei wohnen, aber im Bedarfsfall lieber in einem Krankenhaus im Nachbarland behandelt werden wollen.

Was das Verhältnis der Patienten zum slowakischen Personal betrifft, so gibt es sicher so manchen Vorurteil, aber bis dato ist ihm noch nichts Konkretes persönlich zu Ohren gekommen und für ihn macht es einen Unterschied, ob eine Meinungen nur kolportiert wird oder ob er eine Äußerung persönlich hört. Einige ältere Patienten neigen vereinzelt zu einer Erziehungskultur. – Damit meint er, dass diese über die Schwestern bestimmen wollen.

Nebenbei gibt es auch Patienten, die einen Unterschied zwischen den Geschlechtern machen. Bei diesen hat eine Ärztin keinen Stellenwert und sie wollen daher von einem „richtigen“ Mann behandelt werden. Aber bei ihm als erfahrenen Arzt herrscht weder ein Gegensatz zwischen Mann und Frau

noch zwischen Alt und Jung. Diese Vorurteile sind für ihn nicht nachvollziehbar und er möchte auch nicht jeden Tag „trouble shooting“ machen. Seiner Ansicht nach können Probleme nicht fokussiert werden.

Sein Ärzteteam aus Österreich wird von einem Slowaken, einem Tschechen, einem Ungarn und einem Iraker ergänzt, aber in seiner Arbeit ist er immer wieder mit Notärzten aus der Slowakei konfrontiert. Bei der Einstellung eines ausländischen Kollegen verlangt er einen bestimmten Level an Sprachkenntnissen und dieser ist auch ein Voraussetzungskriterium für die Anstellung. Die größten sprachlichen Probleme entstehen seiner Meinung, wenn einzelne Patienten im breitesten Dialekt sprechen.

Die Gründe, welche für eine Behandlung in Hainburg sprechen, sind für den Primar leicht erklärbar. Zunächst ist es die Überschaubarkeit, die in einem kleinen Krankenhaus gegeben ist. Auch die Transparenz der Vorgänge ist erstaunlich und die Geschwindigkeit der Arbeitsabläufe ist auffallend.

Durch verschiedene Statements, die ihm zu Ohren kommen, erhält er ein breites Meinungsspektrum. So gibt es Patienten, die nicht in ein Standardkrankenhaus wollen, weil manches medizinisch nicht durchgeführt wird – zum Beispiel Kernspintomographien. Andere wiederum sagen – wenn sie nach einer Spezialuntersuchung wieder nach Hainburger kommen – dass sie froh sind, endlich keine Nummer mehr zu sein und dass sie es schätzen, dass es hier nicht wie am Fließband zugeht.

Die Argumente für eine patientenglobale Einschätzung sind für ihn nicht belegbar. Natürlich gibt es kulturelle Unterschiede zwischen Österreichern, den Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Slowakei und der Türkei. Jeder hat seine unterschiedliche Art, mit körperlichem Missbefinden umzugehen. Das hat seiner Erfahrung nach sicher auch mit der Erziehung einer Nation zu tun. Man kann also nicht allgemein sagen, dass Österreicher und Slowaken gleich empfinden. Jeder Patient ist ein individueller Einzelfall.

Die Türken sind zum Beispiel patriarchalischer eingestellt als wir und auch in der Slowakei herrscht seiner Meinung nach ein bisschen dieser Trend. Sprechen andere Ärzte vom „Morbus Islam“, so spricht er vom „Morbus Austriacus“. Damit meint er, dass einige Österreicher „halt gerne jammern“. Es gibt auch Eigenheiten in der sozialen Kommunikation, die

aber von Individuum zu Individuum verschieden sind. „Man muss halt mit jammern ...“ – Das ist wie eine Art sozialer Druck.

Interessant ist es für ihn, soziale Unterschiede wahrzunehmen. Zum Beispiel hatte er zum Zeitpunkt meines Interviews einen Patienten aus Korea, der kaum Englisch sprach. In solchen Fällen muss er mehr Zeit investieren, erhält dadurch aber auch Einblicke in eine andere medizinische Welt, ebenso wie in den fremden medizinischen Markt. Menschen, die eine andere Sprache sprechen, sind für ihn deshalb sehr interessant. Er meint, dass der folgende Satz vielleicht überheblich klingen würde, aber er sagt ihn mit Überzeugung: „Wenn ich Patienten aus dem Ausland habe, dann ist das für mich eine exquisite Herausforderung.“

Er sieht sich gewissermaßen als verlängerter Arm von Österreich und als Gastgeber, der mit Ausländern durchwegs gute Erfahrungen gemacht hat. Manchmal werden Patienten aus fremden Ländern nach einem Unfall eingeliefert oder wenn sie zum Beispiel einen Schlaganfall im Rahmen einer Kreuzfahrt auf der Donau erlitten haben. Kurze Zeit vor unserem Gespräch hatte er einen amerikanischen Patienten, der in Trnava arbeitet und ganz allein ins Krankenhaus kam. Das widerstrebt ihm, denn um diese Art von Patienten muss man sich extra kümmern.

Dr. Bachmayer hat sehr gute Englischkenntnisse, spricht Französisch und hat auch einen slowakischen Sprachkurs belegt. Er empfindet diese Sprache zwar als toll, aber sie zwingt einen zu einer perfekten Aussprache, die er gerne können würde. Außerdem beherrscht er einige Worte Ungarisch, weil seine Eltern diese Sprache verwendeten, wenn die Kinder etwas nicht verstehen sollten.

Seiner Meinung nach ist die Willensfreiheit der Menschen unantastbar und als Arzt muss man es ernst nehmen, wenn die Meinung des Patienten mit dem Standpunkt der Medizin kollidiert. In einem derartigen Fall müssen mit dem Kranken alle Eventualitäten durchgesprochen und ihm die Risiken vor Augen geführt werden. Er erläutert, was aus medizinischer Sicht richtig wäre, klärt über die Vor- und Nachteile auf und diskutiert die unterschiedlichen Möglichkeiten, denn „nach Rom kommt man über Venedig und über die Toscana“. Natürlich hat er auch rechtliche Vorgaben zu beachten und muss prinzipiell den Willen der Patienten akzeptieren und

respektieren. Nur in Notfällen herrschen andere Gesetze. Das heißt, dass man – wenn es keine Verfügung gibt – so agiert, als ob man einen Auftrag hätte.

Zu diesem Gespräch ist anzumerken, dass wir es am Gang der Internen Abteilung führten, damit er alles im Auge hat.

Gespräch mit Dr. N.N. im August 2009

„Eigentlich passiert in Hainburg nichts Spektakuläres.“ – Das war die erste Reaktion des jungen Turnusarztes, der zurzeit seinen Dienst auf der Gynäkologie versieht, auf meine Ankündigung, dass ich mit ihm ein Interview machen würde.

Da ich den jungen Arzt schon seit dem Gymnasium kenne, war dieses Gespräch sehr locker und ungezwungen. Besonders fiel mir auf, dass sich seine Ausdrucksweise doch wesentlich von der meiner anderen Gesprächspartner unterschied und er sehr offen alle meine Fragen beantwortete, allerdings aber den Wunsch äußerte, namentlich nicht genannt zu werden.

Er wusste zunächst nicht, was er werden sollte. Da ihm das Helfen im Blut liegt, entschied sich der Pfadfinder in der siebenten Klasse Gymnasium, bei der Rettung mitzuarbeiten. Nach dem Bundesheer, wo er Sanitäter war, inskribierte er Medizin.

Da er zum Bezirk Bruck an der Leitha eine lokale Beziehung hat, arbeitet er jetzt als Turnusarzt in Hainburg. Wäre er im AKH geblieben, hätte er gleich Assistenzarzt werden können. Allerdings überlegte er sich, dass er Arzt werden wollte und nicht nur Mediziner. Diese Aussage machte mich ein bisschen stutzig. Er erklärte mir, dass der Turnus die Basis bildet, um ein breites Spektrum abzudecken. Im Rahmen der Ausbildung im AKH spezialisiert man sich auf einem Fachgebiet, hat aber Probleme, eine Diagnose in einer anderen Sparte zu stellen.

Auf seine Erfahrungen mit Slowaken angesprochen, meinte er, dass er Dr. D. erlebt hat und das sollte reichen, denn er empfand ihn als furchtbar. Und wäre er in der Schule nicht mit einem Slowaken befreundet gewesen,

hätte er gedacht, dass alle Slowaken wie dieser Arzt seien. So hat er aber eine ganz andere Meinung von Slowaken. Den neuen Primar auf der Chirurgie, Dr. Hausner, bezeichnet er übrigens als „urnett“.

Da mir von früher bekannt war, dass mein Gesprächspartner nicht gerade schüchtern ist, meinte ich: „Du hast Dr. D. sicher Paroli geboten.“ Er bejahte und meinte, dass es des Öfteren Streitereien gegeben habe. – Aber im Endeffekt hat ihm der Slowake sogar angeboten, ihm nach Oberösterreich zu folgen und dort seine Ausbildung fortzusetzen. Er ließ ihn viele Erfahrungen sammeln, andererseits musste er sich aber auch anschreien lassen. Während einer Operation wurde er aus nächster Nähe angebrüllt und dann meinte er nur, das sei auf seine „cholerische Art“ zurückzuführen.

Seiner Meinung nach arbeiten die Slowaken hauptsächlich des Geldes wegen in Österreich. – Aber das würden andere genauso machen, wenn das „Paradies“ nur 10 Kilometer entfernt ist. Schlimm wäre es nur, wenn der Patientenbezug leiden würde, aber das tut er nicht, denn die Slowaken bemühen sich genauso wie die Österreicher. Aber es kommt auf die jeweilige Person an. – Es gibt auch unter den Österreichern schlechte Menschen. Er kennt viele Slowaken und hat sogar Verwandte in der Slowakei. Allerdings kann er Unterschiede in der Mentalität feststellen.

Was er später einmal machen wird, ist noch nicht ganz klar. Er weiß aber, dass er auf keinen Fall einfach nur Arzt im Krankenhaus sein möchte. Es würden ihn Auslandseinsätze, ein Dienst bei „Ärzte ohne Grenzen“ oder die Arbeit als Notarzt interessieren. In Hainburg kriegt er zwar nichts „Arges“ zu sehen, aber in den Basics wird man optimal geschult und bekommt einen umfassenden Überblick. Nie wird es hier Transplantationen geben oder extreme Frühgeburten, aber Blinddarm zu operieren, lernt man perfekt. Er hat auch in Oberwart gearbeitet, aber hier gefällt es ihm doch besser. Nochmals meint er, dass man ohne Turnus nur Spezialist in einem Bereich ist, aber nach dem Turnus auf vielen Gebieten umfangreiche Kenntnisse hat. Er ersönlich darf „voll viel machen“ – natürlich alles unter Aufsicht.

Am Nachmittag und in der Nacht ist er nur mit einem Oberarzt auf der Station. Er muss dann in die Zimmer gehen, wo er nötigenfalls auch reanimiert, Adrenalin verabreicht oder mit dem Defibrillator arbeitet. Ist er

unsicher, kann er sofort den Oberarzt zu Rate ziehen. Umgekehrt muss sich der Oberarzt sicher sein, dass er dem Turnusarzt vertrauen kann. Er könnte auch einfache Operationen durchführen. Will aber ein Patient absolut nicht von einem Turnusarzt behandelt werden, so kann er das sagen und das wird dann auch akzeptiert. Seine Ausbildung dauert 10 Jahre und auf der Gynäkologie zu arbeiten, kann Glück oder Leid bedeuten. Es gibt hier „aufregende“ Fälle wie etwa Zwillingsgeburten, aber auch tragische Momente, wenn etwa eine Frau mit Bauchschmerzen ins Spital kommt, in Wahrheit aber ein totes Baby in sich trägt.

Den Dienst auf der „Internen“ findet er sehr anstrengend. Hier kann es vorkommen, dass in der Nacht oft zwei Rettungen und ein Notarztwagen gleichzeitig ankommen. Die Notfälle müssen dann alle versorgt und behandelt werden. Generell versehen im Spital in der Nacht drei Oberärzte, ein Anästhesist und drei Turnusärzte Dienst.

Er denkt, dass die slowakische Ausbildung besser sei, denn dort lernen die Schwestern vier Jahre, in Österreich hingegen nur drei. Die Slowakinnen sind seiner Meinung nach auch geschickter, was das Geben von Spritzen oder die Medikamentenverabreichung betrifft. Zwischen den Nationalitäten hat er noch keine Differenzen mitbekommen und auch Gruppenbildungen sind ihm nicht aufgefallen. Er ist mit den Slowaken „per du“ und man könnte sagen, dass die Slowaken generell viel „lässiger sind“.

Als junger Mann findet er die Slowakinnen generell hübscher, die slowakischen Männer hingegen total „ungestylt“. Er stellt sich selbst oft die Frage, warum so viele Österreicher eine Slowakin zur Frau haben und nur so wenige Slowaken eine Österreicherin.

Die Akzeptanz der slowakischen Schwestern ist nicht immer ganz leicht. Patientenaussagen wie: „Die sprechen gar kein Deutsch“, findet er als nicht gerechtfertigt. Sicherlich wurde schon das eine oder andere Mal eine Slowakin bei der Behandlung abgelehnt, aber im Nachtdienst hat man wenig Chance, denn wenn nur eine Slowakin anwesend ist, besteht keine Alternative. Die meisten Beschwerden kommen von Patienten der Sonderklasse. Dass die Ausländerinnen weniger Qualifikationen hätten, ist seiner Meinung einfach nur ein Vorurteil, das er nicht nachvollziehen kann.

Außerdem hat er die Feststellung gemacht, dass slowakische Patientinnen wesentlich dankbarer sind.

Es kann durchaus vorkommen, dass aus der Slowakei Anrufe wie: „Ich würde gerne jemanden von der Neurochirurgie Hainburg sprechen“, kommen. Manche Slowaken glauben nämlich, dass in Hainburg einfach alles behandelt wird.

Die Gynäkologie in Hainburg bezeichnet er zwar als schön, aber natürlich nicht so komfortabel wie in einer Privatklinik. Seiner Meinung nach würden sich die Klassezimmer eigentlich nur durch die Bettenanzahl von den anderen unterscheiden.

Die Patienten, die aus der Slowakei kommen, sind beispielsweise Koreaner oder andere Angehörige des diplomatischen Dienstes. Die slowakischen Staatsbürger entstammen der besseren Mittel- oder Oberschicht und sind ebenfalls meistens Diplomaten oder Konzernchefs, wobei vor allem die Frauen von hochrangigen Mitarbeitern der Autobranche die Gynäkologie frequentieren. Generell sind die Menschen, die aus der Slowakei kommen, viel dankbarer und mit allem zufrieden, weil sie wissen, welche Verhältnisse in der Slowakei herrschen. Beschwerden erreichten ihn bisher nur ein- oder zweimal.

Die Gründe, die für einen Spitalsaufenthalt in Hainburg sprechen, liegen auf der Hand. Jeder Einzelne ist nicht einer von hundert Patienten, sondern eine Persönlichkeit. Es herrscht eine sehr familiäre und überschaubare Atmosphäre und man wird als Patient sicher netter eingebunden als in einem großen Haus. Außerdem sind die Struktur und die Hierarchie sehr klar abgesteckt. Einen weiteren Vorteil sieht er darin, dass von Koloskopien über Mammographien viele Untersuchungen im Haus durchgeführt werden. Es gibt genügend Service und das wird gerne angenommen. Vieles könnte ausgelagert werden, aber das wird den Patienten zu liebe nicht gemacht. Man könnte sagen, dass man in Hainburg empathisch engagiert ist.

Die Frage nach Unterschieden beim Schmerzempfinden beantwortet er mit den mir bereits bekannten Worten: „Morbus Balkan“. Österreicher und Slowaken seien hingegen gleich. Schreien die Türkinnen viel und laut, dann bekommen sie mehr Geschenke. Frauen mit Migrationshintergrund haben

daheim oft nicht viel zu sagen und werden nicht so richtig wahrgenommen. In der Klinik stehen sie hingegen im Mittelpunkt und müssen nicht weitere Kinder versorgen. Es ist auch so, dass man zum Beispiel eine gebrochene Hand sieht und den Schmerz verstehen kann. Handelt es sich hingegen „nur“ um Bauchschmerzen, so wird das nicht so richtig anerkannt. Hier sorgt man sich aber um jeden einzelnen Kranken. Meine Frage, ob sich Türkinnen gerne von Männern behandeln lassen würden, verneint er. Oft würde es einiger Überredungskunst und des Versprechens bedürfen, dass Ehemann, Vater, Cousin, Bruder, ... anwesend sein dürfen.

Bezüglich der Gratwanderung zwischen medizinischer Notwendigkeit und eigener Entscheidung meint der junge Arzt: „Wir überreden niemanden, wir versuchen nur zu erklären.“ Er veranschaulichte mir, wie er dabei vorgeht. So werden etwa die Vorteile eines Kaiserschnittes aufgezählt, wenn eine Frau unbedingt eine Wassergeburt will, die aber für das Kind fatal sein könnte. Außerdem beruhigen in einem derartigen Fall die Ärzte, dass bei einem Kaiserschnitt alles gut wird und das Kind unter Wasser eventuell Schäden davontragen könnte.

Zum Schluss fragte ich ihn noch, ob es ihn nicht stören würde, wenn Stationsschwestern den jungen Ärzten so richtig „drüberfahren“ – wie ich es bei meiner Recherche mitbekommen habe. Er findet das nicht schlecht, denn so lernen sie, Verbände anzulegen und andere weitere Fertigkeiten. – Und mit der Zeit würden sie immer mehr akzeptiert, denn Respekt muss man sich schließlich erarbeiten.

Gespräch mit OA Dr. Ladislav Pavlovič im August 2009

Das Gespräch mit Dr. Ladislav Pavlovič bedurfte insgesamt fünf Anläufe, weil dem stets schwer beschäftigten Anästhesisten immer wieder Operationen dazwischenkamen. Da wir einander schon länger persönlich kennen, begannen wir nach einigen persönlichen Worten mit dem Interview. Ich muss gestehen, dass ich ein „Fan“ von Dr. Pavlovič bin – nicht nur, weil er mich schon ausgezeichnet narkotisiert hat, sondern auch deshalb, weil er eine faszinierende Persönlichkeit in der Slowakei ist.

Er arbeitet seit 1993 im Landeskrankenhaus und es ist für ihn schwer zu sagen, weshalb er in Hainburg ist. Jedenfalls waren es verschiedene Fügungen in seinem Leben, die ihn hierher führten: Er hatte das optimale Alter, die optimalen Freunde und der Standort Hainburg ist optimal von seinem Haus bei Bratislava entfernt.

Sein Studium absolvierte er in Prag, weil er dort als Fußballer tätig war. Von seinem 15. bis zum 18. Lebensjahr spielte er in der Juniorennationalmannschaft und wusste zunächst nicht, ob er sich für eine Profikarriere oder den Arztberuf entscheiden sollte. Da er die Heilkunst aber phantastisch fand und Fußball nur liebte, entschied er sich, „Medizin zu machen und daneben auch ein bisschen Fußball“. Er erklärte mir, dass man in der ehemaligen Tschechoslowakei zuerst einem Regionalclub angehörte, dann in der Slowakei spielte, bevor man in der Tschechoslowakei einen Vertrag bekam. Er zieht immer wieder Parallelen zwischen Fußball und Medizin, wie ich im Laufe unseres Gesprächs des Öfteren feststellen konnte. Sein erstes Erlebnis mit Österreich war ein Fußballerisches: Im Alter von 17 Jahren schoss er sein erstes Tor für die Tschechoslowakei beim 3:1 gegen Österreich in Neusiedl/See. Diese positive Erinnerung blieb ihm jahrelang in seinem Gedächtnis.

Heute zählt er als Teamarzt des Slowakischen Fußballnationalteams zu den prominenten Persönlichkeiten in der Slowakei. Aber bis dahin war es ein weiter Weg: Zuerst hatte er bei Inter Bratislava die medizinische Betreuung der neunjährigen Kinder inne, von dort wechselte er zum Nachwuchs, dann zu den Junioren der Ersten Liga und schließlich zu den Senioren. Mit Artmedia Bratislava wurde er Meister und gewann den Pokal und den Supercup. Dieses Team betreute er sogar in der Champions League und für ihn als Arzt ist es eine große Befriedigung, an den Erfolgen seiner Mannschaft teilhaben zu dürfen. Im Vorjahr wechselte der gesamte erfolgreiche Betreuerstab von Artmedia zum Nationalteam und er ging mit.

Da er als Arzt dem Hainburger Krankenhaus jederzeit zur Verfügung stehen möchte, verbringt er kaum Urlaub mit seiner Familie, sondern mit dem Nationalteam, denn dieses ist eben Urlaub für ihn.

Wichtig ist ihm auch die Möglichkeit sich weiterzubilden, um immer auf dem neuesten Stand zu sein. Den Menschen zu helfen, ist ihm nämlich das größte Anliegen.

Mich interessierte in diesem Zusammenhang, warum Dr. Pavlovič nicht Sportarzt wurde. Er erklärte mir, dass die Anästhesie eine Verbindung zwischen allen wichtigen medizinischen Sparten sei. Außerdem war seinerzeit die Ausbildung zum Anästhesisten in der Slowakei dreiteilig, denn Intensivmedizin und Notfallmedizin gehörten auch noch dazu. So lernte er viel Hilfreiches für den Sport und außerdem hat er auch eine Ausbildung zum Sportmediziner. Er betont aber, dass das „Anästhesisten-Dasein“ oberste Priorität für ihn habe.

Wie bereits erwähnt, liegt ihm sehr viel daran, Menschen zu helfen und er macht den Vergleich mit einer Fußballmannschaft: „In einem kritischen Zustand muss man was ändern.“

Der Grund, warum er nach Österreich gekommen ist, liegt unter anderem auch darin, dass er von diesem Land mehr kennen lernen wollte. Ohne auf konkrete Beispiele näher einzugehen, findet er, dass es in der Medizin viele Verbindungen zwischen den Nationen geben würde und die Ärzte immer zusammengearbeitet haben. So gibt es Einflüsse von Wien nach Prag und umgekehrt. Die Medizin hat sich beharrlich weiterentwickelt und man kann sehen, dass Einflüsse eine wichtige Rolle spielen. Viele Methoden wurden in Österreich zum ersten Mal entwickelt und was Operationen, Meinungen und Theorien betrifft, so sieht er ein großes Potential für die Zukunft. Im Sport ist das bei beiden Nationen genau so, aber es treten eben dieselben Probleme wie im Fußball auf: Es gibt viele Wünsche, aber wir sind in einer Situation, wo stärkere Mannschaften, wie zum Beispiel Spanien, England oder Italien, antreten. Diese haben mehr Potential und bessere Teams, aber trotzdem gibt es auch in unserem Raum gute Spieler. Man muss einfach viel arbeiten und immer kleine Schritte nach vorne machen. Nebenbei verrät mir Dr. Pavlovič, dass er in Prag jede Klinik kennt.

Der Oberarzt hatte das Glück, in Bratislava in der besten Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin zu arbeiten, wo sich ihm alle Möglichkeiten der hochspezialisierten Medizin auftaten. Er hatte hier nicht nur einen phantastischen Chef, sondern auch beste Literatur sowie ausgezeichnete

Geräte zur Verfügung. Somit hatte er in Österreich keine Probleme mit der Technik, musste aber trotzdem Nostrifikations-Prüfungen machen, obwohl in seiner Klinik in Bratislava ein sehr hohes Niveau herrschte.

Dr. Pavlovič versichert mir, dass er gewiss nicht nur des Geldes wegen in Österreich ist. Bereits 40 Jahre alt, ergriff er einfach die Chance, in einem Bereich zu arbeiten, wo er auch eine neue Sprache lernen konnte. Er hatte zunächst beabsichtigt, nur ein paar Jahre in Österreich zu bleiben, weil er eigentlich nach England wollte. Da er aber alle Möglichkeiten vorfand, fragte er sich, warum er etwas ändern sollte. Er kann beispielsweise Fortbildungskurse besuchen oder an internationalen Kongressen teilnehmen. Dr. Pavlovič war übrigens auch Notarzt in Hainburg.

Im Gegensatz zu vielen seinen Kollegen wurde er nicht österreichischer Staatsbürger, weil er ahnte, dass die Slowakei früher oder später zur EU kommen würde und dann ohnedies alle Europäer wären. Auch heute sieht er weder Vor- noch Nachteile zwischen beiden Nationen und er findet es egal, welcher man angehört.

Um Fußball und Medizin koordinieren zu können, lebt er im Gegensatz zu vielen Slowaken, die in Österreich beschäftigt sind, in der Slowakei, denn von seinem Haus hat er nur 17 Minuten bis in das Krankenhaus Hainburg.

Bezüglich der Ausbildung in der Slowakei kann er mir nur über das frühere System Auskunft geben: Die Studenten kamen schneller „zur Sache“, denn bereits in der ersten Phase des Medizinstudiums erfolgte eine Spezialisierung, was natürlich oftmals eine schwierige Entscheidung darstellte und zu Verzögerungen führte. Mein Gesprächspartner findet diese Lehrweise sehr gut, denn so werden die Studenten vom Anfang an besser in das Fach eingeführt und gelangen als Fachmann schneller in die Hochmedizin – beispielsweise sind sie früher in der Lage, Transplantationen durchzuführen. In der Slowakei gibt es außerdem ein gutes Verhältnis zwischen Theorie und Praxis – So darf man als junger Arzt auch wichtige Behandlungen selbst durchführen.

Dr. Pavlovič sieht keine Unterschiede in der Arbeitsweise oder in den Beziehungen zwischen österreichischen und slowakischen Schwestern. Wenn ein Arzt gut mit jemandem arbeiten kann, dann hängt das nicht mit dem Alter oder der Nation zusammen. Da er als Mediziner immer das

Maximum für die Patienten herausholen will, ist es keine Frage der Staatszugehörigkeit, welchen Arzt oder welche Schwester er am besten findet. Ein OP-Gehilfe, der in Hainburg arbeitet und dessen Nation er mir nicht nennt, ist zum Beispiel der Beste, den er überhaupt kennt. Auch am Notarztwagen gab es einige phantastische Mitarbeiter, welche bei der Arbeit ein gutes Potential hatten.

Wie bereits erwähnt, lässt mein Gegenüber bei diesem Interview immer wieder Vergleiche mit dem Fußballsport einfließen. Wenn er bei einer Operation ist, dann ist das wie bei einem Match: Er will gewinnen und ein Tor machen und er gibt bis zur letzten Sekunde alles – nur in diesem Fall für den Patienten.

Auf meine Frage, was in Österreich besser als in der Slowakei sei, nennt er die Tatsache, dass hier so viele Menschen aus so vielen Ländern zusammenleben und zusammenarbeiten. Unglaublich war für ihn, dass einmal neun Personen aus verschiedensten Nationen im Operationssaal standen: Das medizinische Personal stammte aus Polen, Deutschland, Rumänien, der Slowakei und Österreich. Die Patientin bei der Sectio war Brasilianerin und ihr Mann Mongole. Er findet es schön, wenn verschiedene Nationen auf neues Leben warten und er erkennt eine Akzeptanz des Personals. Natürlich gibt es auf der ganzen Welt „schlechte“ Menschen und er kann nicht 20 Jahre irgendwo leben, wo alles 100-prozentig schön ist. Hatte zum Beispiel einmal jemand in Bratislava eine schlechte Erfahrung mit dem Auto, so bleibt das im Kopf hängen und wird auf alle Slowaken umgemünzt. Natürlich ist der Druck in einem Krankenhaus sehr groß. Jeder, gleichgültig ob Patient, Arzt oder Schwester, hat ein Privatleben und alle haben ab und zu einmal einen schlechten Tag. Auch hier kommt wieder der Vergleich mit dem Fußball: Nicht nur auf dem Fußballplatz kann man schlecht drauf sein, sondern auch im Krankenhaus.

Die slowakischen Patienten, die im Hainburger Krankenhaus behandelt werden, sind vielfach in verschiedenen Berufen in Österreich tätig. Jene, die aus Bratislava kommen, sind meistens Ausländer, die dort arbeiten. Die echten Slowaken entstammen vielfach einer höheren Schicht und wenn sie in der Slowakei bekannt sind, so schätzen sie an Hainburg die Anonymität und die private Umgebung. Hier herrscht Ruhe und viele kennen

die Ärzte. Er glaubt schon, dass Slowaken deswegen kommen, weil ihre Landsleute hier arbeiten. Einen wichtigen Grund sieht er auch in der Mundpropaganda, denn wenn es einem gut gegangen ist, dann wird das Krankenhaus weiter empfohlen.

In Hainburg wird zwar nicht alles behandelt – weder nephrologisch noch neurochirurgisch – aber in gewissen Bereichen hat man richtig gute Erfahrungen, nämlich in der Gynäkologie und der Chirurgie.

Was den unterschiedlichen Leidensdruck betrifft, so lässt sich schon feststellen, dass verschiedene Nationen verschiedene Traditionen haben. Patienten aus asiatischen Ländern oder dem Balkanraum haben wesentlich mehr Begleitung mit und auch jede Religion hat ihre Besonderheit. Ärzte haben ihr spezielles Studium absolviert und wissen daher, welche Therapie am besten für die Patienten ist. Aber man muss als Mediziner auch nachdenken, ob diese oder jene Behandlung für jede Religion oder Nationalität passend ist. Was für den einen gut ist, kann für einen anderen negativ sein. Als Arzt muss man deshalb auch andere Meinungen akzeptieren und überlegen, warum Patienten so unterschiedlich empfinden, denn auch psychologische Faktoren könnten sich dahinter verbergen.

Dr. Pavlovič will immer so beraten, wie er auch mit seinen beiden Söhnen verfahren würde und er möchte die Patienten darüber aufklären, welche negativen Auswirkungen zum Beispiel die Ablehnung einer Behandlung mit sich bringen könnte. Man hört von so vielen verschiedenen Erkrankungen, dass jemand, der nicht die notwendigen medizinischen Informationen hat, nicht wirklich beurteilen kann, was für ihn das Beste ist. Bei den betagten Österreichern bewundert er, dass auch 90- oder 100-Jährige mental sehr stark sind.

Dr. Pavlovič ist es wichtig, dass Ordnung herrscht. Er möchte klare Linien und lehnt chaotische Situationen ab. Wenn jemand sagt, dass er „happy“ sei, dann bedeutet das meist Stillstand. Er empfiehlt jedem, immer wieder etwas Neues zu machen.

Es steht fest, dass die Medizin erstrangig für ihn ist. Fußball hingegen hält er für ein sehr schönes Hobby, bei dem seines Erachtens nicht immer zu 100 Prozent das Gewinnen im Vordergrund steht. Für ihn ist sein Beruf nicht ein Job wie für einen Profi, der immer an das Business denken muss.

„Es ist schön, wenn es gute Spieler, Trainer und Mannschaften gibt, aber wenn man verliert, ist plötzlich alles schlecht. Trotzdem kann ein Spiel auch für die verlierende Mannschaft schön sein – nämlich dann, wenn sie alles gegeben hat. Hat man eine weniger gute Leistung erbracht, dann ist es natürlich schlecht. Wichtig ist, dass man immer gegen das Verlieren ankämpft und stets das Beste gibt – und das ist die wahre Kunst.“

Gespräch mit OA Dr. William Loksa im September 2009

Das Gespräch mit Dr. Loksa fand in privater Atmosphäre in seinem Wohnzimmer statt.

Bereits im 5. oder 6. Semester seines Studiums stellte er während eines Praktikums fest, dass er Gynäkologe oder Urologe werden wolle. Sein Wunsch, den Arztberuf zu ergreifen, wurde dadurch bestärkt, dass er beim Tennis viele Bekannte hatte, die auch Mediziner waren. Hier ist hinzuzufügen, dass mein Gesprächspartner vor allem im Doppel in den höchsten Klassen der Tschechoslowakei gespielt hat. Ich warf ein, warum er nicht Chirurg oder Orthopäde werden wollte, da dies für einen Sportler nahe liegender gewesen wäre. Für diese Richtungen hatte er aber kein Interesse und aus der Urologie wurde schlussendlich nichts, weil kein Ausbildungsplatz frei war.

Dr. Loksa studierte in Košice, wo er von 1974 bis 1978 auch praktizierte. Nach Bratislava kam er wegen seiner Frau, die als professionelle Fechterin in der Hauptstadt lebte und auch studierte. Seine Tennis-Karriere beendete er aus beruflichen Gründen, nachdem er in der Saison 74/75 in der ersten und zweiten Liga doppelt agiert hatte. Auch ein Jahr Heer kam ihm direkt nach dem Studium dazwischen.

Er ist der erste slowakische Arzt, der kurz nach der Wende ins Hainburger Spital kam. Nach der Grenzöffnung wollte er sofort nach Österreich und schickte daher insgesamt zehn Bewerbungen in Richtung niederösterreichische Spitäler. Die erste positive Antwort kam aus St. Pölten und er hätte schon annehmen wollen, aber „zum Glück“ – wie er rückblickend feststellt – war dann doch keine Stelle frei. Dann traf das Angebot aus Hainburg ein, welches ihm auf Grund der Nähe zu seiner

Heimat viel besser zusagte. Da einer der Oberärzte soeben nach Gänserndorf gegangen war und es zu diesem Zeitpunkt nur drei Ärzte auf der Gynäkologie gab, waren sogar mehrere Arbeitsplätze frei. So trat er im Juni 1990 seinen Dienst an. Deutsch konnte er bereits, denn in weiser Voraussicht hatte er in dieser Sprache maturiert und nicht – wie üblich – in Russisch. Bezüglich der Sprachkenntnisse reichte der Ärztekammer das Reifezeugnis, auf medizinischer Seite musste er an der Universität Wien insgesamt sieben Prüfungen nachmachen und hält somit auch ein Diplom der Universität Wien.

Die größte Diskrepanz betraf damals für Dr. Loksa die hygienischen Maßnahmen. Das Hainburger Haus war ganz neu und er vergleicht seine Wirkungsstätte in Bratislava, das Kramáre-Spital, folgendermaßen mit Hainburg: „Zwei Sterne zu fünf Sterne!“ Medizinisch gesehen gab es hingegen zu Hainburg praktisch keine Unterschiede. Die technischen Geräte waren perfekt und in der Slowakei verwendete man auf der Gynäkologie sogar Laser, was zur damaligen Zeit etwas Besonderes war. Laut seiner Angaben war die Ausstattung in Bratislava vielleicht sogar noch besser als in Österreich. Von der Medizin her würde er das Kramáre mit dem AKH in Wien vergleichen, aber es fehlte schon damals an der Optik und er meint, dass dies heute noch schlechter sei. Seit kurzem gibt es in Bratislava auch ein neues Privatspital, das seiner Meinung nach wirklich gut ist. – Aber die alten Häuser bezeichnet er als „eine Katastrophe“.

Der Hauptgrund für seinen Staatenwechsel war, dass er mit der Situation in der Slowakei überhaupt nicht zufrieden war und auch keine Hoffnung hatte, dass sich so schnell etwas ändern würde, weil noch immer dieselben Leute etwas zu sagen hatten. Der finanzielle Faktor stellte ebenfalls einen großen Unterschied zwischen der Slowakei und Österreich dar. Das Verhältnis Schilling zu Kronen war 1:3 und mein Gegenüber kann sich noch gut an sein erstes Gehalt in der Slowakei erinnern: 5.000 Kronen. Das Finanzielle war somit ein weiterer Beweggrund.

Die Emigration nach Österreich war bereits sein zweiter Auswanderungsversuch, denn schon 1981 wollte er vor allem aus finanziellen Gründen nach Algerien, was aber misslang.

Es lag von Anfang an in seiner Absicht, nach Österreich zu ziehen – und in weiterer Folge die Staatsbürgerschaft anzunehmen – weil ihn die tägliche Anfahrt und die Wartezeiten im Stau extrem störten. Er war nur kurz allein in Österreich, denn nach etwa einem Monat holte er seine Frau und die beiden Kinder zu sich.

Als „erster Slowake“ im Hainburger Spital wurde er mit großem Interesse betrachtet und einige Leute machten „große Augen“. Sie waren sehr gespannt und wollten wissen, was er kann und wie er ist. Die Mehrheit reagierte eher mit Unterstützung als mit Ablehnung. Speziell auf der Gynäkologie half man ihm, aber auch die Direktion unter Herrn Dienstl war sehr großzügig mit der Unterstützung.

Nach zwei Monaten suchte ihn die Oberin auf und meinte, dass ihr zehn Schwestern fehlen würden. Es gab zum Beispiel zu wenige diplomierte Kinderschwestern und so half er, in Bratislava nach den optimalen Leuten zu suchen. Schnell sprach sich in der Slowakei herum, dass man in Hainburg Arbeitskräfte suchte.

Dr. Loksa meint, dass der Ausbildungslevel von Anfang an nahezu gleich war, die slowakischen Schwestern in ihrer Heimat sogar selbstständiger agieren durften. Faktisch wurde nur ein Arzt nach Hause geschickt, weil er den Anforderungen als Chirurg nicht entsprach. Alle anderen lebten sich rasch ein.

Auch auf das mehrfach angeschnittene Thema „Dr. D.“ kam ich zu sprechen, weil ich das Problem auf Grund der vielen Äußerungen mit einem Slowaken diskutieren wollte. Dr. Loksa kannte Dr. D. bereits aus Bratislava, wo er schon immer an vorderer Position stand, weil er gute Beziehungen hatte. Als Chirurg wurde er andauernd präferiert, er führte zahlreiche Operationen durch und man konnte viel von ihm lernen. Als Mensch hingegen war er charakterlich problematisch und Dr. Loksa war deshalb nicht glücklich, als Dr. D. nach Hainburg kam. Abgesehen vom ehemaligen Primar Dr. Zacherl war er aber der Beste unter den Chirurgen und konnte nahezu alle Bereiche abdecken. Schon beim ersten Aufenthalt in Hainburg gab es gewisse Probleme mit Schwestern und vom Primar abwärts legte er es sich mit allen an.

Dr. D. wirkte dann zwischenzeitlich in Linz, wo er noch sehr viel dazu lernte, denn dort wurde natürlich weitaus mehr operiert als in Hainburg und auch ein breiteres Spektrum abgedeckt. Als man ihn schlussendlich zurückholte und zum neuen Primar kürte, hätte man wissen müssen, was man sich damit antut. Da aber kein anderer Mediziner Interesse für diesen Posten hatte, blieb keine andere Wahl, als ihn zu ernennen.

In der Zusammenarbeit zwischen Österreichern und Slowaken sieht er keine grundlegenden Unterschiede und soweit er weiß, hat sich noch nichts Größeres ereignet. Es ist ihm lediglich aufgefallen, dass nicht-diplomierete Österreicherinnen auf die jungen Slowakinnen eher losgehen.

Was die Sprache betrifft, so wurde mit den slowakischen Schwestern früher prinzipiell nur Deutsch gesprochen. Seit die Slowakei aber bei der EU ist, wird die slowakische Sprache zwar mehr akzeptiert, aber es ist offiziell Usus, dass Deutsch gesprochen wird, wenn etwa ein Österreicher unter mehreren Slowaken ist. Ist man allerdings unter sich, redet man auf Slowakisch. Hat er mit einem slowakischer Anästhesisten und einer slowakischen OP-Schwester gemeinsam Dienst, so wird in ihrer Muttersprache geredet, aber sobald ein österreichischer Gehilfe dabei ist, wird Deutsch verwendet. Er meint dazu: „Lernt Slowakisch, es ist eure Nachbarsprache!“ Das Krankenhaus bot anfangs auch Slowakisch-Kurse an, die zunächst viel Interesse hervorriefen. Allerdings schwand nach wenigen Monaten die Begeisterung, weil es den meisten „einfach zu schwer“ war.

Er persönlich spricht in der Dienstzeit gerne mit slowakischen Schwestern, aber auch mit den Österreicherinnen. Generell glaubt er, dass das slowakische Personal doch recht gut akzeptiert wird. Er hat noch nie etwas Negatives gehört oder vernommen, dass sich jemand wegen der Nationalität beschwert hätte. Ist er bei einer slowakischen Patientin, die nur schlecht Deutsch spricht, dann redet er mit ihr slowakisch und übersetzt es den österreichischen Schwestern auf Deutsch.

Dass immer mehr slowakische Patientinnen nach Hainburg kommen, dazu trägt er auch mit seiner Wahlarztpraxis bei, die er seit Juni 2001 betreibt. Im Krankenhaus freut man sich jedenfalls über die Patientinnen aus dem Nachbarland. Slowakinnen, die in Österreich einer Beschäftigung nachgehen, können sich die Behandlung ohne finanzielle Probleme leisten.

Vor fünf oder sechs Jahren wurden in Hainburg noch mehr Patientinnen behandelt, die „cash“ bezahlt haben. Neben den Patientinnen, die eine internationale Privatversicherung haben, gibt es auch einige, die aus den USA oder Deutschland stammen, aber in der Slowakei wohnen und zum Beispiel bei Banken, am Bau oder in großen Firmen arbeiten.

Einige dieser Frauen kommen zu ihm in die Ordination, die Französischsprachigen lassen sich meist vom ehemaligen Primar Dr. Mick behandeln und die Deutschen suchen die deutsche Ärztin Dr. Wagner auf. Er glaubt nicht, dass er in seiner Wahlarztordination mehr Patientinnen hätte, wenn er gebürtiger Österreicher wäre, denn in der näheren Umgebung gibt es bereits fünf weitere Gynäkologen.

Bezüglich der Ansprüche kann er keine Unterschiede zwischen den Nationen erkennen. Was allerdings die Schmerzempfindlichkeit betrifft, so würden die Türkinnen mehr leiden. Sie werden oftmals ins Krankenhaus eingeliefert – haben meistens aber nichts Ernstes, sondern eher psychische Probleme. Viele sind bereits 20 Jahre in Österreich und können noch immer kaum Deutsch. Sie sitzen nur daheim und kümmern sich um ihre Kinder. Diese Situation führt oft dazu, dass sie mehr krank werden als andere. Die junge Generation lernt zwar Deutsch, aber leider noch immer nicht alle. Er meint sogar, dass türkische Schwangere weniger Probleme machen als Österreicherinnen. Das betrifft auch Geburten. Oft haben sie fünf, sechs oder sieben Kinder und daher wissen sie natürlich schon, was auf sie zukommt. Die Frauen sind eben nur lauter.

Den Hauptgrund, dass so viele Slowakinnen das Hainburger Krankenhaus frequentieren, sieht er im Spital selbst, aber der zweite Grund ist seiner Meinung nach mit Sicherheit die Tatsache, dass Slowaken hier arbeiten und sie in der Muttersprache kommunizieren können. Die neue Generation kommt seit den letzten zwei oder drei Jahren.

Zur Selbstbestimmung der Patienten gehört, dass ihnen in Aufklärungsgesprächen alle Möglichkeiten der Therapie aufgezeigt werden und sie dann eine Entscheidung treffen können. Auf der Gynäkologie nehmen die Patientinnen eigentlich immer seinen Rat an, in der Geburtshilfe gibt es allerdings mehr Alternativen und da versucht er, gemeinsam mit der betroffenen Frau einen Kompromiss zu finden. Entscheidend ist es immer,

die medizinische Situation mit dem Wunsch der Patienten in Einklang zu bringen – vor der Geburt sollte jedenfalls alles abgesprochen sein und wenn möglich, sollte dann im Plan nichts mehr geändert werden.

Ihn persönlich stört, dass einige Schwestern manchmal zu viel spekulieren und noch einmal alles mit den Patienten diskutieren, obwohl bereits eine Entscheidung gefallen ist. Badewanne, Hocker oder Ball empfindet er als gute Alternativen zur herkömmlichen Entbindung im Liegen. Er erwähnt in diesem Zusammenhang eine Patientin, die unbedingt bei ihm in Hainburg entbinden will, denn die Möglichkeit einer Wannengeburt gibt es in ihrer Heimat Bratislava nicht.

In der slowakischen Hauptstadt haben von acht Geburtskliniken bereits fünf geschlossen. In den drei verbliebenen finden jetzt täglich 15 bis 20 Geburten statt und die Frauen werden nach drei oder höchstens vier Tagen entlassen.

Unter den Ärzten der Hainburger Gynäkologie und Geburtshilfe gibt es keine Spezialisierung.

Persönlich ist der Oberarzt zufrieden und er wird wohl nichts mehr ändern, denn „dafür ist es zu spät“, wie er zugibt.

Gespräch mit Prim. Dr. Thomas Hausner im September 2009

Der 1965 in Salzburg geborene, gelernte Unfallchirurg und Chirurg Dr. Thomas Hausner ist seit Anfang 2009 Leiter der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Hainburg.

Nach seinem Studium in Wien und Innsbruck absolvierte er seinen Turnus in Hainburg, wo er 2001 die Facharztausbildung beendete. Er war auch am anatomischen Institut als Assistent tätig.

Ursprünglich wollte er im AKH Wien Orthopäde werden, bekam aber die gewünschte Stelle nicht, weil ihm nötige Ausbildungsteile fehlten. Dazu erklärt er mir als Laie, dass man zum eigentlichen Fach, das man ausüben möchte, auch die passenden Komplementärfächer erlernen muss. Das sind im Fall des Orthopäden unter anderem die Neurologie, die Unfallchirurgie und auch die Kinderheilkunde. So entschied er sich schließlich für die Chirurgie.

Dass er gerade in Hainburg landete, ist absoluter Zufall. Er schrieb zahlreiche Bewerbungen und Hainburg war das erste Haus, das sich bei ihm meldete, weil es eine Ausbildungsstelle zum Chirurgen gab. Außerdem wollte er am Land und in der Nähe von Wien arbeiten. An einem kleinen Krankenhaus schätzt er, dass man mehr sieht und lernt, aber auch Entscheidungen treffen und dafür gerade stehen muss.

Nach dem Turnus war er unter anderem auch in Paris tätig. Ab 2003 war sein Arbeitsplatz das Lorenz Böhler Unfallkrankenhaus, wo er seine 2. Facharztausbildung für Unfallchirurgie absolvierte.

Momentan arbeitet er auch an seiner Habilitation, zumal er vor seinem Dienstantritt im Jahr 2009 in der Forschung tätig gewesen ist. Außerdem hatte er eine Ordination in Wien, die er allerdings im Mai schloss, denn Primar, Habilitation und Praxis waren ihm zu viel.

Eigentlich hatte er nie vor, in Hainburg Primar zu werden. Dann schildert er, wie er für das Amt geworben wurde: Er war im Juli 2008 in Wien mit der Straßenbahn unterwegs, als plötzlich sein Handy läutete und die Stationsschwester Sissy am Apparat war. Sie frohlockte, dass sein Vorgänger Dr. D. seine Stelle zurückgelegt hätte und fragte ihn in ihrer direkten Art: „Willst du nicht in Hainburg Primar werden?“ – Seine spontane Antwort war: „Sissy, das wird nix.“ Danach wurde er förmlich mit Anrufen aus Hainburg bombardiert und sogar der ärztliche Direktor kontaktierte ihn.

Dr. Hausner überlegte lange, denn er wusste, dass es sich um einen schweren Job handeln würde. Andererseits floss in seine Gedanken mit ein, dass es im „Böhler“ noch lange dauern würde, bis der nächste Karriereschritt möglich wäre. Er wäre noch lange „Knecht“ gewesen, von denen es viele gibt. Schlussendlich entschied er sich für Hainburg und nach einigen Gesprächen war alles unter Dach und Fach.

Im weiteren Gesprächsverlauf rollten wir die Durststrecke der Chirurgie auf. Zum ehemaligen Chef, Primar Zacherl, bis zu dessen Abgang alles reibungslos abgelaufen war, gab es ein sehr freundschaftliches und väterliches Verhältnis. Dr. Hausner meint dazu: „Er ist mein medizinischer Vater.“ Im Juni 2003 ging dieser in Pension und es war vorgesehen, dass der Posten schnell nachbesetzt würde. Allerdings verlief die hausinterne Ausschreibung nicht optimal und so musste zweimal ausgeschrieben

werden. Normalerweise dauert ein Ausschreibungsverfahren ein halbes Jahr. Ein dreiviertel Jahr führt Oberarzt Grünwald ein Interregnum, ehe Dr. Reisinger, ein ehemaliger Oberarzt aus Hainburg mit ausgezeichneter Ausbildung, die Stelle des Primars übernahm, da er etwas Dienst älter als Dr. Grünwald war. Seinerzeit hatte er sich mit Zacherl überworfen und war aus Hainburg weggegangen, ehe er für ein Jahr als Primar zurückkehrte. Seine Karriere in Hainburg dauerte deswegen nur so kurz, weil er nicht pragmatisiert wurde und der Job hier gegenüber seinem Posten in Wien finanziell schlechter gestellt war. So legte er seine Tätigkeit zurück und Grünwald übernahm wieder interimistisch.

Während dann Dr. D. die Leitung innehatte, war Dr. Hausner nicht im Krankenhaus tätig. Er persönlich kannte ihn nur als Kollegen und hatte keine Probleme mit ihm. Während D. in Hainburg war, verriet er Hausner, dass er nicht lange bleiben würde, weil er Widerstand aus dem Haus spürte. Ich warf an dieser Stelle ein, dass ihm nicht nur Gegenwind entgegengebracht wurde, sondern dass er bekanntlich auch ausgeteilt hat. Hausner meinte darauf, dass D. in seiner Zeit als Primar schlecht ausgesehen hätte und dass er ihn bereits von früher kannte, als er ein „Wilder“ war. Er hatte in einem kommunistischen System gelernt, wo man „nach oben hin buckelt und nach unten hin tritt“. Hausner schätzte ihn, weil er ihm viel beibrachte. Aber natürlich räumt er auch ein, dass es sich um einen jähzornigen Typen gehandelt hat. Beruflich war er sehr fleißig, aber auf Grund seiner cholерischen Art leistete er sich menschlich einige grobe Schnitzer. Im Zorn habe er unüberlegte Dinge getan, aber den legendären Handywurf kenne er lediglich aus Erzählungen. Seine verschiedenen Aktionen wurden sogar bis in die höchsten Kreise des Landes transportiert. So wäre er nur befristet verlängert worden und das war ihm zu wenig. Der Grund dafür, dass D. ein Persönlichkeitsproblem hatte, könnte unter anderem seine „andere“ Ausbildung gewesen sein.

Hausner hat viele slowakische Kollegen, die er alle sehr schätzt, aber er findet, dass sie anders mit den Menschen umgehen als unsere Ärzte. Das könne zwar viele Ursachen haben, aber er meint, dass eine andere Sprache auch ein anderes Denken mit sich bringt. Er selbst fährt oft nach Japan, weil er dieses Land liebt und auch die Mentalität sehr gern mag. Die

Menschen haben ebenfalls eine andere Denkweise, wie auch die Chinesen anders denken. Allerdings sieht er die Sprache nicht als eigentliches Problem an, obwohl er weiß, dass sich immer wieder Patienten beklagen, wenn Angestellte des Hauses neben österreichischen Patienten slowakisch sprechen. Das empfindet er als total unhöflich und er kann die Beschwerden gut verstehen. Schließlich erlebte er es während seiner Zeit in Paris umgekehrt. Er arbeitete an einer großen Uni-Klinik, wo es nur wenige Menschen gab, die Deutsch sprachen. Mit denen in seiner Muttersprache zu sprechen, empfand er auch als unhöflich und falsch. Ganz selten kommt es vor, dass im OP slowakisch gesprochen wird, aber das gehört seines Dafürhaltens sofort abgestellt.

Bezüglich der Veränderungen während seiner Abwesenheit von Hainburg und seiner Rückkehr nennt er vor allem das technische Equipment, das sich total verbessert hat. Er kann natürlich nur für die Chirurgie sprechen, wo vor allem die Unfallchirurgie ausgebaut wurde. Vor allem Eingriffe, die sonst in andere Krankenhäuser verlagert wurden, können nun in Hainburg durchgeführt werden. Auch in der Handchirurgie wurden Fortschritte gemacht. – Und das sagt er mit Stolz, weil das sein Spezialgebiet ist. In diesem Zusammenhang verrät er auch, dass die Handchirurgie für Slowaken im Kommen ist.

Er selbst macht weniger Bauchchirurgie, weil auf diesem Gebiet OA Grünwald spezialisiert ist. Er ist zwar der Chef, Grünwald aber der Leiter der Bauchchirurgie und Hausner scheut sich nicht, seinem Kollegen Fragen zu stellen. Jeder Arzt hat sein Spezialgebiet und die beiden Chirurgischen Abteilungen sind auch unterteilt: Die Chirurgie 1 ist die Unfallchirurgie, die Chirurgie 2 ist die Allgemeine Chirurgie und darauf wird auch bei der Einteilung der Fälle geachtet.

Dann berichtet er mir von einer ganz neuen und wirklich „brandheißen“ Sache: Wenige Tage vor unserem Gespräch wurde eine Kooperation zwischen den Ländern Niederösterreich und Burgenland beschlossen. Er konnte insofern zu dieser Zusammenarbeit beitragen, da er auf persönlicher Ebene einen guten Kontakt zur Chirurgie in Kittsee hat. Er kennt den Chef Dr. Bastian persönlich, sein Schwiegervater war dort Oberarzt und seine Frau stammt ebenfalls aus Kittsee.

Die Kooperation besteht schon länger, aber sie wird erst jetzt medial bekannt gegeben. Die Kittseer übernehmen die urologischen Patienten – Hainburg hat dafür die Gynäkologie. Die Novität besteht darin, dass Patienten nach Kittsee geschickt werden, wenn ein Unfallchirurg in Hainburg allein Dienst hat – und umgekehrt ein Unfallpatient nach Hainburg gebracht wird, wenn er gerade dann in Kittsee eingeliefert wird, wenn kein Spezialist vor Ort ist. In der jeweiligen Ambulanz wird alles nur kurz abgeklärt und dann weiter geschickt.

Den slowakischen Schwestern stellt er ein gutes Zeugnis aus und bezeichnet sie als hervorragende Mitarbeiterinnen. Auch ausbildungsmäßig seien sie den Österreicherinnen ähnlich. – Allerdings würden manche der inländischen Schwestern meinen, dass die Slowakinnen doch anders sind. Generell müssten sich die Slowaken aber dem österreichischen Personal anpassen, wobei es aber Unterschiede zwischen den einzelnen Häusern gäbe.

Dann kommen wir wieder auf die Kittsee-Thematik zurück. Er meint, dass die Kittseer Angst um ihre Arbeitsplätze haben und da der burgenländische Landeshauptmann Niessl aus Frauenkirchen und somit aus dem angrenzenden Bezirk stammt, wollte er Veränderungen und ein mögliches Abwandern von Arbeitsplätzen in Richtung Hainburg verhindern. Deswegen kam es lange zu keiner Einigung, obwohl eine Zusammenarbeit permanent gefordert wurde, was auch Zeitungsartikel immer wieder bestätigten.

Natürlich gibt es im Haus auch Differenzen und Gruppenbildungen zwischen den Nationen, denn eine gemeinsame Sprache verbindet. Auf der Chirurgie 1 hat er sechs slowakische Schwestern, auf der Chirurgie 2 sind es nur zwei, von denen eine auf Grund ihrer Schwangerschaft beurlaubt ist. Bei seinen zwei slowakischen Oberärzten sieht er keine Schwierigkeiten, denn sie sind gut integriert.

Er hat das Gefühl, dass sich die älteren Patienten eher beklagen. Aber sie kommen mit Beschwerden nicht direkt zu ihm, sondern er erfährt dies über die Schwestern. Da er im Haus ein gutes Netzwerk aufgebaut hat, bekommt er sehr viel mit. Sollte sich jemand schlecht benehmen, dann „staucht“ er die Betroffenen nicht zusammen, denn er ist ein

konsensbereiter Mensch, der die Dinge anspricht. Als Vermittler zwischen den Nationen sieht er sich zwar nicht, aber er würde sich einklinken, wenn er darum gebeten würde.

Unter Dr. D. waren sehr viele Slowaken als Patienten im Haus, vor allem auf der Chirurgie, weil er – wie Hauser salopp formuliert – „drüben fischen“ war. Auch die Adipositas Chirurgie wurde von Dr. D. sehr forciert.

Slowakische Patienten werden auf seiner Abteilung eher unfallmäßig eingeliefert. Im Notfall ist ihm die Versicherung egal, weil „das wird schon europäisch abgedeckt sein“. Er hat den Hippokratischen Eid geschworen und demnach werden alle behandelt, wenn es nötig ist. Auch wenn beispielsweise ein illegaler Arbeiter einen Unfall hatte, muss es das System aushalten.

Bezüglich des Leidensdruckes sind Slowaken und Österreicher gleich einzustufen. Bei anderen Bevölkerungsgruppen wie etwa den Südländern ist der Leidensdruck erfahrungsgemäß doch höher. Quasi nach dem Motto: „Je südlicher, desto mehr wird gelitten.“ Das Schmerzempfinden hat seiner Meinung nach sehr viel mit der Kultur zu tun. Als Beispiel nennt er den Indianer, der an den Marterpfahl gefesselt ist und nach außen hin reaktionslos seine Schmerzen erträgt, während eine süditalienische Frau mit einer Gallenkolik ganz anders reagiert. Je mehr es nach Südosteuropa geht, desto mehr wird gelitten.

Meine Frage, welche Gründe für eine Behandlung in Hainburg sprechen würden, beantwortet der Primar lachend: „Es ist ein gutes Krankenhaus.“ In dem kleinen und persönlichen Haus weiß man, was man selbst behandeln kann und was ausgelagert werden muss.

Zum Thema Mündigkeit hat er eine einfache Antwort: Da es für viele Erkrankungen mehrere Behandlungsmöglichkeiten gibt, bespricht er mit den Patienten alle Möglichkeiten und begründet sie dem Patienten. Erscheint ihm das Ansinnen des Kranken total kontraproduktiv, so kann er dies nicht verantworten. Als Beispiel erzählt er mir eine Episode, die schon länger zurückliegt: Eine Dame mit einem Fingertumor kam zu ihm, nachdem sie schon mehrfach ambulant operiert worden war. Dr. Hausner wollte die Frau für einen weiteren Eingriff stationär aufnehmen. Da sie dies ablehnte,

musste er sie wegschicken. Sein Ziel ist es, immer am aktuellen Stand zu sein.

Auf die Frage, ob er glücklich sei, antwortet er nur zögerlich. Universitätsprofessor würde er jedenfalls nicht werden wollen. Er hat einen Coach, der ihm hilft, in die neue Situation hineinzuwachsen, weil er ungeplant aus der Forschung sofort in eine leitende Funktion gekommen ist. Rückblickend meint er, dass er Ende April depressiv war, Ende Juni ging es ihm schon besser und jetzt würde er sogar Energie aus seinen neuen Aufgaben ziehen. Glücklich macht ihn zum Beispiel, dass er willkommen ist und dass man sehr gut mit ihm kooperiert. Als störend empfindet er die – wie er es nennt – „vielen Baustellen“, die im Haus gleichzeitig auf ihn hereinströmen. „Das war am Anfang wie ein Tsunami“, meint er. Auf ihn kam das Obama-Schicksal zu. Alle erwarteten von Anfang an so viel von ihm. „Hausner kommt!“ entsprach in etwa „Obama kommt!“.

Sein Motto ist „Alles wird gut!“ – und das glaubt er auch. Alles Neue ist wie eine Woge über ihn „her geschwappt“, aber er will an die Wasseroberfläche kommen und momentan steht ihm das Wasser noch bis zum Kinn. Es wird besser und er kann sich vorstellen, länger zu bleiben. Manchmal wird das aber relativiert. Die Anzahl der grauen Tage und der Sonnentag hält sich bei ihm mittlerweile schon in der Waage.

Die Philosophie und die Geschichtswissenschaften sind seine Steckenpferde. Mit Karate beschäftigt er sich schon seit 20 Jahren und es interessieren ihn weitere japanische Kampfkünste. An den Wänden in seinem Raum hängen Bilder, die an seine Affinität zu Japan erinnern.

Auffällig bei diesem Gespräch war, dass im Hintergrund klassische Musik lief, was ich als extrem angenehm empfand. Ebenso trug Dr. Hausner im Gegensatz zu den anderen Medizinern unter seinem Mantel ein blaues Polohemd und auch keine schneeweiße Arzt-Hose, was auf mich ebenfalls einen sehr sympathischen Eindruck machte.

Wir plauderten auch über meinen beruflichen Werdegang und er zeigte sich äußerst interessiert an meiner Arbeit. Zum Abschied sagte er zu mir: „Hat Spaß gemacht.“

Als ich ihn um ein Foto bat, fragte ich: „Als Arzt oder Bürokrat?“ Er antwortete mir, dass er zwar sehr viel Büroarbeit hätte, aber er wollte dann

lieber ein Foto am Krankenbett. Wir gingen in das Zimmer einer ausgesprochen lieben alten Dame, zu der er sich ans Bett setzte und sie an sich drückte. Es ging von ihm eine so herzliche Wärme aus und man merkte richtig, dass er es ehrlich mit seinen Patienten meint.

Da ich ihn bis zu meinem Gespräch nicht persönlich gekannt und nur Lobeshymnen auf ihn gehört hatte, war ich sehr neugierig auf ihn. Nach dem Gespräch verstand ich die Bedeutung des Satzes von Schwester Sissy: „Ich bin so glücklich mit meinem Haus!“

Gespräch mit Prim. Dir. Dr. Lukas Koppensteiner im Oktober 2009

In seiner Kindheit lebte der heutige ärztliche Direktor in Wien, bevor er aus familiären Gründen nach Mistelbach zog, wo er nicht nur gelebt, sondern im Krankenhaus auch seinen Turnus gemacht hat. Seit 1998 arbeitet er in Hainburg.

Am Ende seiner Facharztausbildung zum Radiologen wurde er vom damaligen ärztlichen Leiter, Direktor Werner, gefragt, ob er nicht die Vertretung in der Radiologie in Hainburg übernehmen wolle. Nach der Pensionierung des Chefs der Radiologie, Primarius Göschl, wurde die Stelle ausgeschrieben und eine Kollegin übernahm die Leitung der Abteilung. Diese erkannte aber bereits nach zwei Monaten, dass die Aufgabe zu viel für sie wurde, weil sie im Süden Niederösterreichs lebte und ein kleines Kind als Alleinerzieherin zu betreuen hatte. So war die Radiologie plötzlich ohne Chef und Dr. Koppensteiner sprang aus der Vertretung ein. Schließlich bewarb er sich bei der neuen Ausschreibung und man entschied sich für ihn.

Parallel zu seiner ärztlichen Tätigkeit war er auch immer politisch aktiv und setzte sich mit den Anliegen und Sorgen der Ärzte auseinander. Soziales und wirtschaftliches Engagement war immer vorhanden, und er war auch bei den Verhandlungen zum Spitalsärztegesetz eingebunden. Außerdem galt dem rechtlichen Rahmen schon immer sein Interesse.

Da er mit Direktor Werner schon immer gut zusammen gearbeitet hatte, wurde er dessen Nachfolger in der ärztlichen Direktion. Er baute zum Beispiel die Qualitätssicherungskommission in Hainburg auf, die er auch leitete. In der Zwischenzeit absolvierte Frau Hoffmann die Ausbildung zur

Qualitätssicherungsmanagerin und übernahm seine diesbezüglichen Agenden.

Die Grenzöffnung zur Slowakei hatte keine direkte Auswirkung auf seine Abteilung – medizinisch hingegen gab es viele Neuerungen. Das Röntgen wurde modernisiert, ebenso wie die Mammographie und der Ultraschall und es entwickelten sich neue Durchleuchtungsmethoden. Bereits drei Wochen nachdem er nach Hainburg gekommen war, wurde ein neuer Computertomograph geliefert.

Während der Ambulanzzeiten steht die Röntgenabteilung den ambulanten Patienten zur Verfügung. Für Spezialuntersuchungen am CT kann jeder Arzt seine Patienten nach Hainburg zuweisen. Außerdem betreibt er im Krankenhaus auch eine Privatordination – unabhängig von seiner Krankenhaus-Tätigkeit. Eine eigene Wahlarztpraxis würde sich nämlich für ihn nicht rechnen, denn die Anschaffungskosten von mehreren Millionen Euro würde er nie rein bekommen. Gynäkologen sind zum Beispiel klassische Wahlärzte, weil sie einen verhältnismäßig geringen Aufwand an Geräten haben und damit die Investitionen nicht so hoch sind. Die Idee mit der Ordination im Krankenhaus ist nach dem Krankenanstaltengesetz möglich, denn so können auch die Geräte synergetisch genutzt werden. Er untersucht privat nach Vereinbarung und zahlt dem Krankenhaus auch Miete.

Als Direktor wird er nicht nach Arbeitsstunden entlohnt, sondern pauschal. – Er bekommt sein Gehalt laut Vertrag und die Arbeit muss zeitunabhängig erledigt sein. Natürlich haben stationäre Patienten Vorrang, das heißt, ein privater Termin muss für einen Notfall verschoben werden.

Bezüglich seiner Zukunftspläne befragt, fühlt er sich für die Ausbildung der jungen Kollegen verantwortlich. Er hat bereits viel erreicht, möchte aber die Qualität und die Struktur noch verbessern. Interessant sind für ihn Rotationsmodelle. Damit meint er, dass den Turnusärzten die Chance gegeben werden soll, das zu lernen, was in Hainburg nicht angeboten wird, da es sich, wie bereits angeführt, um ein Haus der Grundversorgung handelt. Es besteht natürlich auch die Möglichkeiten, sich bei Konsiliarfachärzten weiterzubilden, aber er ist der Meinung, dass das Erlernen der HNO-Tätigkeit, der Dermatologie, der Augenheilkunde, der

Neurologie oder der Kinderheilkunde im Spital nicht ersetzt werden kann. Die jungen Ärzte sollen sich das Wissen dieser Sparten in der Praxis an den Fachabteilungen aneignen, um den täglichen Ablauf besser verstehen zu lernen. Dort erhalten die Jungmediziner dann eine umfassendere Ausbildung, so wie dies auf dem Gebiet der Gynäkologie, der Chirurgie sowie der Internen Medizin in Hainburg möglich ist. Er hat sich diesbezüglich mit Vertretern aus Mistelbach zusammengesetzt und da das Haus auch dem Klinikverband Weinviertel angehört, ist es keine Angelegenheit, dass junge Ärzte aus Hainburg auch dort lernen können.

Außerdem ist es ihm ein großes Anliegen, die leidvolle Geschichte von immer wieder auftretenden Animositäten und falsch zusammenlaufenden Fäden zu beenden. Vorfälle, die sich früher ereignet haben, auf die er aber nicht näher eingehen wollte, gefallen ihm überhaupt nicht.

Primar Zacherl war beispielsweise total impulsiv und dominant. Er hatte Charisma, war medizinisch top und man hörte diesbezüglich nur das Beste, aber andererseits zeigte er immer, dass er in der Hierarchie ganz oben stand. – Dieses Hierarchie-System ist für ihn heutzutage total überkommen.

Auch mit Primar D. war es nicht einfach. Es mussten schlussendlich Konsequenzen gezogen werden, denn in seinem Fall sah man keine Zukunft. Wollte D. Privatpatienten bevorzugen, so stellte Koppensteiner klar, dass ein Versorgungsauftrag zu erfüllen ist und es allen Patienten gut gehen muss. Erst wenn jeder Notfall versorgt ist, darf auch auf Spezialwünsche geachtet werden.

Den derzeitigen Leiter der Chirurgie bezeichnet er als einen ambitionierten Menschen, bei dem die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern funktioniert. Auch menschlich und medizinisch findet er ihn hervorragend. Er war sein Wunsch- und Traumkandidat und er ist für das Krankenhaus froh, dass es ihm gelungen ist, Dr. Hausner zu bekommen. Es ist wichtig, dass klare Entscheidungen getroffen werden und er glaubt, dass die Chirurgie bald „ein sehr runder Betrieb“ sein wird. Aber das braucht seine Zeit, denn innerhalb von fünf Jahren gab es vier verschiedene Primärärzte und zwischendurch immer wieder eine Interimslösung. So wurden viele Steine verschoben und es entstand ein tiefes Loch.

Ein großes Anliegen ist dem Direktor die Kommunikation innerhalb der einzelnen Abteilungen. Außerdem sind ihm kollegiale Führung und ein gutes Einvernehmen sehr wichtig. Niemand soll allein Entscheidungen treffen und es soll alles sehr gut abgesprochen sein. Mit der Aussage „auch in der Direktion passt kein Blatt zwischen uns 3“ meint er sich selbst, den kaufmännischen Direktor Wolfgang Palatinus und die Pflegedirektorin Johanna Pilat. Dieses Team, das sich fachlich sowie menschlich bestens versteht, bezeichnet er als sehr kompakt. Ebenso sind die Primärärzte alle auf einer Schiene. Er hat alles dafür getan, dass Prim. Gamperl die Leitung der Gynäkologie übernommen hat. An Prim. Bachmayer schätzt er besonders, dass er sich immer Zeit für seine Patienten nimmt und dies bei der Ausbildung von Jungärzten als einen ebenso wesentlichen Punkt sieht. Primar Preis von der Anästhesie ist jung und ambitioniert und seine Abteilung hat ebenfalls eine tolle Entwicklung mitgemacht.

Zum Thema Slowaken äußert er sich nur über seine Abteilung. Er beschäftigt zwei Röntgenassistenten, die schon einige Zeit vor ihm im Haus waren. Sie mussten sich unter seiner Führung also nicht mehr annähern. Eine weibliche slowakische Assistentin ist momentan in Karenz. Aber auch diese hat sich rasch und gut eingefügt. Sie war zunächst in Mistelbach, wollte aber dann ihrer Heimat näher sein. Ebenso gehört ein Oberarzt aus der Slowakei seinem Team an, welcher – ebenso wie die Assistenten – ausgezeichnete Arbeit verrichtet. Er meint, dass die Nostrifikation nicht „wegen des Nachholens“ gemacht werden musste, sondern man musste die Ausbildung „rechtens“ machen.

Im Röntgenteam erkennt er keine Unterschiede zwischen den Nationen und er ist auch der Ansicht, dass das oft angesprochene Problem D. nicht auf die Nationalität bezogen werden kann. Seine leitende MTA, Schwester Doris, versteht es, ein Gleichgewicht unter den Mitarbeitern zu halten. Sie ist zwar eine autoritäre Führungsperson, die aber andererseits mütterlich alles zusammen hält. Auf seiner Abteilung kann er von einem familiären Klima sprechen. Es herrscht die Bereitschaft, Einsätze zu übernehmen und er ist auch stolz auf die niedrige Krankenstandsrate, aber nicht, weil er Leute unter Druck setzt, sondern weil einfach „keiner krankfeiern“ will.

Er ist überzeugt, dass es auch in der Vergangenheit immer gute Schwestern in der Slowakei gegeben hat und er kann nicht von Unterschieden sprechen. Die im ganzen Haus beschäftigten slowakischen Oberärzte und Schwestern würden einfach konvenieren. So gibt es eine „phantastische“ Internistin und auf der Chirurgie arbeiten seit einem Jahr zwei slowakische Oberärzte, die ambitioniert und fleißig sind. Er erwähnt außerdem den lang eingesessenen Gynäkologen und die zwei Anästhesisten. Er weiß nichts Schlechtes zu berichten und soweit ihm bekannt ist, arbeiten alle gerne im Haus zumal auch die Arbeitsbedingungen passen.

Die Angestellten sind Landesbedienstete und gehören zur Landesklinikenholding. Im Grunde genommen ist der Personalchef der Landeshauptmann. Was Neuanstellungen betrifft, so ist es ihm vor allem wichtig, dass der Abteilungsvorstand gut mit dem neuen Mitarbeiter auskommt und dass auf den Abteilungen im Team gearbeitet werden kann. Es ist sicher nicht seine Art, „aus eigenem Antrieb jemanden in eine Position hineinzudrücken“.

Dass es zu Schwierigkeiten wegen der slowakischen Sprache kommt, hört er immer wieder gerüchteweise, aber es kam bis dato niemand explizit mit einer Beschwerde zu ihm. Auch aus seiner Ausbildung weiß er, dass es immer wieder „robuste Schwestern“ geben kann, aber das hat nichts mit der Nationalität zu tun. Es ist allerdings schon ein Thema, dass viele Patientenbeschwerden bezüglich der Kommunikation kommen, wenn ein Slowake des Deutschen nicht so mächtig ist und die Patienten zum Beispiel mit dem Arzt nicht richtig kommunizieren können. Dann müssen bei dem jeweiligen Mitarbeiter eben die Deutschkenntnisse verbessert werden.

Die Radiologie wird eher selten von gebürtigen Slowaken frequentiert. Vereinzelt handelt es sich um Personen, die sich in Österreich verletzt haben, aber er hat viele Patienten, die privat zum Röntgen kommen. Das sind solche, die in großen internationalen Firmen in der Slowakei tätig sind und zum Beispiel aus Deutschland, Frankreich oder Amerika stammen. Diesbezüglich muss er dem ehemaligen Primar D. zu Gute halten, dass dieser auf Grund seines Bekanntheitsgrades viele Slowaken geholt hat.

Als ärztlicher Leiter legt Primar Koppensteiner großen Wert darauf, dass Deutsch gesprochen wird, vor allem, wenn auch andere Personen

anwesend sind, die nur diese Sprache verstehen. Natürlich wird privat auch manchmal die Muttersprache verwendet – aber sobald jemand dazukommt, ist das tabu. Die Dokumente werden generell auf Deutsch geführt. Kommt ein Verletzter etwa nach einem Unfall ins Krankenhaus, der nur slowakisch spricht, so darf selbstverständlich auf Slowakisch kommuniziert werden und er ist dann froh, wenn es einen „Dolmetscher“ gibt, denn die Informationen sollten ja bestmöglich ankommen. Die Trennung der Sprachen hält er für eine gute Sache, denn wenn mehrere Personen an einer Unterhaltung teilnehmen und eine nicht Slowakisch versteht, dann würde sich diese ausgeschlossen fühlen und das will er vermeiden.

Spricht man über das Krankenhaus Hainburg, dann findet er es wichtig, dass dessen Vorteile präsentiert werden: Es ist klein, überschaubar und nicht so anonym wie etwa eine Universitätsklinik. Der Vorzug in der kleinen Einheit ist, dass man die Patienten kennt und über einen kurzen Weg kommunizieren kann. Die einzelnen Fächer sind auf dem aktuellen Stand und man ist bei medizinischen Tätigkeiten auf dem Laufenden. Hainburg ist in Wohnortnähe und hat ein großes Einzugsgebiet. Obwohl Sonderstationen fehlen, kann hier die Grundversorgung gewährleistet werden, denn Hainburg ist von allen niederösterreichischen Krankenanstalten von seinen „medizinischen Nachbarn“ am weitesten entfernt: 70 Kilometer von Mistelbach, 50 Kilometer von Wien und 1 Stunde von Mödling.

Primar Koppensteiner ist sehr froh, dass ein Paradigmenwechsel, verbunden mit einer „Ex-Autorisierung des Gottes in Weiß, der herbei geschwebt ist“, stattgefunden hat. Ärzte erfreuen die Patienten nicht mehr mit ihrer Gunst – das ist jetzt zum Glück vorbei. Jeder Patient wird über seine Krankheit informiert und er muss sich selbst mit der Erkrankung auseinandersetzen. Eine Mündigkeit als solche ist Grundvoraussetzung, aber auch eine rechtliche Norm! Die Zeiten des „Ich behandle Sie, weil das halt so sein muss“, ist erfreulicherweise vorüber. Es gibt eine Rechtsprechung in diese Richtung und es ist eine rechtliche Verpflichtung, dass Menschen aufgeklärt werden. So muss für jede Behandlung eine Einwilligung eingeholt werden. Der Patient seinerseits wird in die Behandlung einbezogen und ist verpflichtet, am Heilungserfolg

mitzuarbeiten und sich nicht berieseln zu lassen. Er muss klar wissen, welche die Risiken sind und welche Gefahren die jeweilige Behandlung mit sich bringt, denn gewisse Komplikationen können auch ohne Behandlungsfehler nicht ausgeschlossen werden.

Die meisten Patienten wollen zwar alles wissen, aber kaum tritt etwas Unvorhergesehenes ein, so beklagen sie sich sofort. Oft sind es Kleinigkeiten, die als störend empfunden werden, wie etwa eine Wand, die nicht den Vorstellungen entspricht oder das Essen, das ein bisschen zu kalt serviert wird. Wenn jemand vom Personal stressbedingt einmal nicht so freundlich ist, wird sofort darüber geklagt – und das über Umwege. So kann es vorkommen, dass beim Patientenanwalt oder bei Politikern Beschwerden eingebracht werden. Der Primar ist der Letzte, der bei berechtigten Einwänden Aufklärung nicht unterstützen möchte, aber gegen solche Befindlichkeitsstörungen ist er einfach machtlos.

Abschließend haben wir noch einige Dinge „out of records“ besprochen. Zufrieden konnte er mir erzählen, dass ein Fall, bei dem das Krankenhaus wegen angeblich falscher Behandlung mit Todesfolge angeklagt wurde, positiv für das Haus ausgegangen ist. Es wurde im Nachhinein von der Patientenanwaltschaft und auch von den Angehörigen der Toten klargestellt, dass der Arzt alles richtig gemacht hatte und ihm keine Vorwürfe gemacht werden konnten. – Zwar gingen die negativen Berichte durch die Schlagzeilen, aber er gibt die gute Nachricht nicht an die Medien weiter, weil er die alte Geschichte nicht „aufwärmen“ will.

Er überlegt Maßnahmen, wie man Mitarbeiter schützen kann, denn viele Bestimmungen schützen die Patienten, aber niemand steht hinter dem Personal. – Gegen böswillige Patienten hat man aber im Grunde genommen keine Chance.

Gespräche mit Schwestern

Ich möchte vorausschicken, dass alle persönlichen Angaben der Schwestern auf freiwilliger Basis erfolgten. Es ist bei den Interviews für eine Dissertation nämlich wie bei einer journalistischen Arbeit: Je weniger man von seiner Persönlichkeit preisgeben muss, desto mehr Informationen gibt

man von sich. Also benenne ich die Schwestern, die nicht wollten, dass ihre Identität bekannt wird, mit N.N.

Gespräch mit Schwester N.N. im April 2009

Kurzer beruflicher Werdegang:

1976 trat sie in die damalige Hainburger Schwesternschule ein, wo sie 1980 ihr Diplom machte. Anschließend wollte sie nach Salzburg, weil ihr Mann dort beruflich stationiert war, verwarf aber diese Idee sehr bald.

Seit 1999 hat sie die Leitung der Chirurgischen Ambulanz inne. Dass sie in Hainburg arbeitet, hat sich ergeben, da sie aus dem Bezirk Bruck/Leitha stammt. Ursprünglich hatte sie sich vorgestellt, in Wien ihre Ausbildung zu absolvieren, aber in der Privatklinik, in der sie sich als Schwesternschülerin bewarb, wurde sie nicht genommen, weil sie keine Matura hatte. So wurde sozusagen aus der Not eine Tugend gemacht.

Bezüglich der personellen Veränderungen, die seit 1983 im Hainburger Krankenhaus stattgefunden haben, meint sie, dass ihr früherer Chef, Primar Zacherl, ein „Urgestein“ war und es seit seiner Pensionierung einen ständigen Primarwechsel gegeben habe, was das Arbeiten natürlich erschwerte. Seit knapp zehn Jahren ist er nun in Pension und es folgten auf ihn die Primare Reisinger, D. und jetzt eben Hausner. Dazwischen gab es immer wieder Monate ohne verantwortliche Leitung.

Die Frequenz im ambulanten Bereich hat im Laufe der letzten Jahre stark zugenommen. Kam man früher eher seltener, so kommen heute Patienten mit oftmals langer Wartezeit. Aus diesem Grund ist auch eine Arbeitsgruppe in Planung, um die Organisation der Ambulanz zu verbessern und auch die räumliche und personelle Situation zu erleichtern. Die Ambulanz ist sozusagen „im Werden“. Primär ist eine Umgestaltung in der Anordnung der Räumlichkeiten angedacht, denn diese ist momentan eher kompliziert. So gibt es einen Haupteingang und eine Rettungseinfahrt. Die Patienten werden prinzipiell nach ihrem Eintreffen gereiht, aber manchmal kommt eine Akutrettung, was die Menschen in der Wartehalle nicht sehen. Die Schwestern sind dann in der Mitte und geraten zwischen die Fronten. Was den Umbau betrifft, lässt die Schwester alles auf sich zukommen. Sie

weiß noch nicht, wie der Ablauf sein wird bzw. wie es nach dem Spatenstich im Frühling 2010 weitergehen wird. Sie hofft zwar, dass alles gut wird, ist aber nicht ganz davon überzeugt.

Bis vor einem Jahr musste die Aufbereitung der Instrumente selber in der Ambulanz durchgeführt werden. Jetzt wird das von der Zentralsterilisation erledigt. Auch die Narkosegeräte wurden verbessert. In der Ambulanz gibt es nämlich einen kleinen OP für septische Fälle sowie einen Schockraum, der aber nur selten genutzt wird. Wie fast überall, herrscht auch in der Chirurgischen Ambulanz Personalmangel. Ansonsten fällt der Schwester zu den Veränderungen spontan nichts ein, denn bei den großen Geräten hat sich nicht wirklich was geändert und neue Gipsscheren sind nicht erwähnenswert.

Persönlich absolviert sie momentan eine Wundmanagerausbildung im AKH, die abwechslungsreiche Arbeit in der Ambulanz macht ihr aber am meisten Spaß. Sie ist stets bemüht, eine gewisse Menschlichkeit an den Tag zu legen, aber manche Patienten machen es ihr nicht gerade leicht. Sind sie aggressiv und ungeduldig, kann es schon vorkommen, dass man als Pflegekraft auch enerviert ist.

Die Ambulanzen sind Montag bis Freitag von 07.00 bis 19.00 und samstags von 07.00 bis 13.00 besetzt. Generell verrichten in der Kernzeit zwei Schwestern Dienst. Ab 15.00 ist aber immer nur eine Schwester allein anwesend. In der restlichen Zeit übernehmen die OP-Gehilfen und Dienst habende Schwestern die Versorgung. Anzumerken ist noch, dass die Endoskopie und die Ambulanz von einem Team betreut werden.

Wie die Zusammenarbeit mit dem slowakischen Personal generell ist, traut sie sich nicht zu beurteilen, denn sie telefoniert nur ab und zu mit der Röntgenabteilung, wo sie dann Slowaken antrifft. Da in der Ambulanz derzeit keine Slowaken arbeiten, hat sie keine unmittelbaren Kollegen aus dem Nachbarland, was sich aber bald ändern soll, denn es ist beabsichtigt, eine Kollegin aus der Slowakei für 20 Wochenstunden in das Team aufzunehmen. – Eine Slowakin, die schon früher in Hainburg gearbeitet hat, dann nach Wien gezogen ist und jetzt wieder zurückkommt. Über Personaleinstellungen entscheidet prinzipiell die Pflegedienstleitung. So waren drei Schwestern zum Schnuppern da und Schwester Eva hat das

Rennen gemacht. Sie gilt als arbeitsam und passt gut in ihr Team. Die anderen zwei Mitbewerberinnen wollten ohnedies nicht unbedingt in die Ambulanz. Eine ist ledig und kinderlos – daher möchte sie mehr als 20 Stunden arbeiten. Sie wird daher als Vollzeitkraft in der Anästhesie eingesetzt werden. Die andere hat Kinder und geht ins onkologische Team. Eva hat gemeint, wenn es finanziell einigermaßen passt, dann ist es für sie derzeit in Ordnung – und es besteht ja noch immer die Hoffnung auf eine Aufstockung ihrer Dienstzeit.

Soweit meiner Gesprächspartnerin bekannt ist, steht das slowakische Pflegepersonal dem österreichischen ausbildungsmäßig um nichts nach. Den größten Unterschied zwischen den Österreichern und Slowaken im Hainburger Krankenhaus sieht sie darin, dass man bei den Slowaken die Verbundenheit vermisst, die beim österreichische Personal doch eher gegeben ist. Alt eingesessene Schwestern haben naturgemäß mehr Verbindung zum Haus als Neueinsteiger.

Sie bedauert, dass im Gegensatz zu früher, wo jeder jeden kannte, heute viel seltener im Stiegenhaus begrüßt wird – auch bei den Schwestern untereinander. Heute ist das Spital zwar noch immer überschaubar, aber in dieser Hinsicht hat sich doch einiges geändert. Das stört den alten Stamm natürlich und stimmt nachdenklich. Man vermisst einfach die ehemalige Vertrautheit im Haus.

Auffällig ist auch, dass viele slowakische Mitarbeiter zwei Handynummern haben, nämlich eine slowakische und eine österreichische. Haben sie frei, sind sie unter der angegebene Handynummer nicht erreichbar und können daher nicht einspringen. Auch Österreicherinnen sind nicht begeistert, wenn sie einen Zusatzdienst machen müssen, aber sie sind schließlich meist doch dazu bereit.

Sie meint, dass auch eine gewisse Gruppenbildung untereinander erkennbar ist. Dies war vor allem feststellbar, als noch Primar D. im Haus war. Er redete mit den Kolleginnen immer slowakisch und als die Schwester einmal einwarf, dass sie das stören würde und man vermuten könnte, es werde über sie oder die Patienten gesprochen, kam vom Primar die plumpe Antwort: „Sie können ja auch Slowakisch lernen.“ Ansonsten hatte sie selbst aber keine echten Probleme mit ihm. Die Zusammenarbeit mit dem jetzigen

Primar Hausner empfindet sie als sehr angenehm und das merken auch die Patienten.

Für sie liegt es in der Natur der Sache, dass die Slowaken untereinander auf Slowakisch kommunizieren wollen, aber während der Arbeit findet sie das nicht in Ordnung. Als im Jahr 2000 kurze Zeit eine Schalter-Schwester aus der Slowakei in der Ambulanz tätig war, hatte meine Interviewpartnerin anfangs Bedenken, dass sich Patienten darüber aufregen würden, aber sie wurde positiv überrascht, denn die Schwester hatte „einen guten Draht“ zu ihnen. Was sie sonst über slowakisches Personal zu hören bekommt, sind Aussagen wie: „Ich verstehe den slowakischen Arzt nicht. Er nuschelt. Er tut sich schwer bei Fremdwörtern.“

Häufig kommen Patienten aus der Slowakei nach Hainburg, die sich eine Behandlung in Österreich leisten können. Zumeist handelt es sich dabei aber nicht um gebürtige Slowaken, sondern um Holländer, Engländer oder Franzosen, die von Botschaften oder Großwerken kommen, und da gibt es nur selten Sprachschwierigkeiten.

Da Erste Hilfe immer geleistet werden muss, kann es durchaus vorkommen, dass Nicht-Versicherte gratis behandelt werden, was aber eher selten vorkommt. Autounfälle sind der häufigste Grund für Erstversorgung von Slowaken. Ist der Patient sehr schwer verletzt, wird er vom Notarzt in die Slowakei überstellt. Entweder wird der Transport von einem österreichischen oder einem slowakischen Team durchgeführt oder der Verletzte wird an der Grenze übergeben. Die diesbezügliche Zusammenarbeit funktioniert recht gut. Die slowakischen Patienten, die bewusst nach Hainburg in die Ambulanz kommen, sind vermutlich mit der Behandlung in ihrer Heimat nicht zufrieden. Sie unterscheiden sich in ihren Ansprüchen kaum von den übrigen Patienten und sind zumeist nicht „sekkanter“ als andere.

Primar D. wollte es so, dass Selbstzahler aus der Slowakei sofort behandelt werden mussten, was aber auf Widerstand beim Personal stieß.

Hainburg ist ein kleines Grundversorgungs Krankenhaus, in dem man versucht, sich mehr Zeit für eine persönliche Ansprache zu nehmen und dem Patienten das Gefühl geben möchte, keine Nummer zu sein. Die Schwester meint, dass die Ambulanz das Herzstück der Hainburger Klinik

darstellt, weil sie der erste Ort der Kontaktaufnahme ist. Dann folgt die Chirurgie.

Zum Thema „Bevorzugung“ sagt sie, dass „Hausleute“ nach Möglichkeit rascher und zwischendurch drangenommen werden. – Aber das sei in anderen Bereichen auch durchaus üblich, dass Bekannte eingeschoben werden. Ebenso kann eine Schwester schnell einmal eine Auskunft von einem Oberarzt einholen.

Türkinnen sowie Südländer sind ihrer Meinung nach sehr schmerzempfindlich und sie meint, dass Männer generell wehleidiger als Frauen sind. Als Schülerin war sie vor 30 Jahren bei der Entbindung einer Türkin anwesend, welche fürchterlich jammerte. Sie beschloss daraufhin, nie Kinder zu bekommen, weil ihr das Verhalten Angst machte. Mittlerweile ist sie aber trotzdem selbst Mutter geworden.

Andererseits hat sie die Erfahrung gemacht, dass Türken starke Familienbande haben und sehr mitfühlend sein können. Wenn sie z.B. einmal ein Kind versehentlich mit heißem Tee verbrüht haben, jammern sie mehr als das Kind selbst und wollen es unbedingt beschützen. Somit projizieren sie ihre Angst auf das Pflegepersonal und es gibt schnell Vorwürfe, weil sie selbst ein schlechtes Gewissen haben.

Alte Leute sind in der Regel recht dankbar und es kommt allgemein etwas zurück, wenn man ihnen Zuwendung schenkt. Nicht alle sind natürlich immer gleich gut aufgelegt. Dann kann es schon passieren, dass die Schwester auch nicht positiv reagiert, wenn jemand ganz unfreundlich ist. Dazu folgende Episode: Eine junge Frau mit gebrochenem Arm tobte, warum sie so lange warten müsse. Sie warf den Schwestern vor, nur Kaffee zu trinken und das sei ein Witz. Darauf meinte die Schwester: „Sie sind sicher im Krankenstand. Sie müssen warten.“ – Darauf die Antwort: „Nein, bin ich nicht.“ Verwundert fragte die Schwester, wann sie wieder arbeiten müsse. Als Antwort kam kleinlaut: „Ich bin arbeitslos.“ Darauf wurde die Patientin ruhig und hörte mit ihren Tiraden auf.

Bei Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich einer Therapie gewinnt in der Regel der Patient. Schwestern und Ärzte können nur versuchen, in einem Gespräch zu überzeugen und aufzuklären, aber die Entscheidung liegt letztendlich beim Patienten. Wird von diesem allerdings eine

Unterschrift eingefordert, zieht er meist seine unrealistischen Wünsche zurück. Bei Zeugen Jehovas müssen deren Verfügungen unbedingt akzeptiert werden.

Schwestern, die im Ambulanzbereich Dienst versehen, müssen universell einsetzbar sein – sowohl im Endoskopie- als auch im Ambulanzbereich – sie gipsen aber nicht selber, das machen zumeist die OP-Gehilfen. Überraschend ist für mich zu erfahren, dass täglich zirka zehn bis zwölf Endoskopien durchgeführt werden.

Augenverletzungen werden an die ortsansässige Fachärztin Dr. Alschinger verwiesen. Ist diese nicht im Dienst, werden die Patienten bei Akutverletzungen in das SMZ-Ost weitergeleitet. Unfallopfer mit gravierenden Verletzungen werden in die Schwerpunktkrankenhäuser Mistelbach, Wiener Neustadt und Tulln überstellt. Nach Arbeitsunfällen wird bei Bedarf ins Lorenz Böhler Unfallkrankenhaus transferiert. Da Primar Hausner von dort kommt, gibt es einen guten Draht zu dieser Einrichtung. Im onkologischen Bereich wird mit dem Wiener AKH zusammengearbeitet.

Bevor ein Patient überstellt wird, braucht das Hainburger Krankenhaus eine Bettenzusage. Bei Spezialwünschen seitens des Betroffenen übernimmt die Krankenkasse womöglich nicht die Transportkosten oder nur die Kilometer bis zu dem Spital, wo der Patient hingebracht hätte werden sollen. Wenn sich ein aus Wien stammender Kurgast in Bad Deutsch Altenburg verletzt, ist es für den Patienten einfacher, in die Stadt gebracht zu werden, selbst wenn die Verletzung in Hainburg hätte versorgt werden können.

Zum Abschluss wurde noch einmal die Frage nach den auffälligsten Unterschieden zwischen Slowaken und Österreichern gestellt. Wieder fiel der Schwester spontan die Mentalität der Slowaken ein und damit verbunden die fehlende Zusammengehörigkeit: „Nach der Arbeit heim und aus!“

Gespräch mit Schwester N.N. im April 2009

Diese Schwester bat ich deshalb um ein Gespräch, weil sie einerseits gebürtige Slowakin ist, andererseits aber schon mehr als zehn Jahre die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt. Das hat den Vorteil, dass sie die

Mentalität ihrer Landsleute gut kennt, aber auch mit den Gepflogenheiten der Österreicher bestens vertraut ist.

Da sie mein erster Berührungspunkt mit slowakischem Pflegepersonal im Krankenhaus war, erwartete ich das Treffen mit Spannung – und ich muss sagen, dass es ein äußerst angenehmes Gespräch war, bei dem ich das Gefühl hatte, dass es fast keine Probleme zwischen Östreichern und Slowaken geben würde. Vorab beteuerte ich ihr, dass das Gesagte vertraulich behandelt werden würde und sie versicherte mir, ganz ehrlich mit mir zu reden.

Die Schwester, die mittlerweile Österreicherin ist, besuchte eine vierjährige Krankenpflegeschule in der Slowakei und wurde 1980 mit ihrer Ausbildung zur Kinderkrankenschwester fertig. Von 1980 bis 1990 war sie in Bratislava in einem Spital tätig. – Allerdings nicht in ihrem ursprünglich erlernten Fachgebiet. Dann machte sie eine Ausbildung zur OP-Schwester und kam als solche auf der Neurochirurgie zum Einsatz.

Auf die Stelle im Hainburger Krankenhaus, wo sie als Kinderschwester auf der Geburtshilfe begann, wurde sie durch einen Arzt aufmerksam gemacht. Parallel dazu absolvierte sie in Mistelbach eine Ausbildung zur allgemeinen Schwester und legte die entsprechenden Prüfungen ab. Sie musste das nachholen, weil sie in der Slowakei nur zur Kinderschwester ausgebildet worden war. Außerdem musste sie nostrifizieren, weil in der Slowakei die Hygienevorschriften und die gesetzlichen Grundlagen anders sind.

Die Schwester durchlief im Krankenhaus Hainburg alle Bereiche. Nach ihren Einsätzen auf der Chirurgie und im OP-Bereich arbeitet sie nun auf der Gynäkologie und Geburtshilfe. In dieser Abteilung, wo sie universell eingesetzt wird, gefällt es ihr am besten.

Eigentlich war es Zufall, dass sie nach Hainburg kam, denn sie war fast schon im AKH aufgenommen, als ihr ein bekannter slowakischer Arzt, der bereits in Hainburg tätig war (übrigens der erste Slowake im Hainburger Spital) den Tipp gab, dass in absehbarer Zeit eine Kinderschwester aufgenommen werden würde. Obwohl ihre Dokumente bereits im AKH waren und sie auf der Neurochirurgie hätte beginnen können, entschied sie sich

für Hainburg. Die Wartezeit überbrückte sie damit, dass sie für kurze Zeit gemeinsam mit ihrem Mann in einem Geschäft in der Stadt arbeitete.

Als Hauptbeweggrund dafür, dass ihre Entscheidung schlussendlich auf Hainburg fiel, nennt sie die Nähe zu Bratislava. Außerdem ist das Spital wesentlich kleiner als das AKH und dadurch einfach gemütlicher. Überdies sagte ihr die Dienstwohnung besser zu, denn im AKH wäre ihre Bleibe nur eine bessere Abstellkammer gewesen. Sie kam wegen der Arbeit nach Österreich und nicht ganz ohne Stolz fügt sie hinzu, dass sie die erste slowakische Schwester in Hainburg war.

Sehr ehrlich ist sie auch bei der Motivation für ihren Wechsel nach Österreich: Das Geld! Damals verdiente sie in der Slowakei 2.000 Kronen – in Österreich betrug ihr Anfangsgehalt umgerechnet 60.000 Kronen.

Natürlich gab es am Anfang Sprachbarrieren und alles war etwas schwierig für sie, weil sie die anderen Mitarbeiter noch nicht so gut kannte und sich mit der Verständigung schwer tat, aber sie hatte Glück mit ihren Kolleginnen – sie bezeichnet sie wörtlich als „phantastisch“. Sowohl die Schwester Oberin als auch die Stationsschwester bemühten sich in dieser nicht immer einfachen Zeit sehr um sie. Da auf der Gynäkologie seit langem immer das gleiche Team zusammenarbeitet, das sie als ganz toll empfindet, kann sie persönlich nur von guten Erfahrungen sprechen und positive Erlebnisse schildern.

Das auf der OP-Station herrschende Klima empfand sie während ihrer dortigen Tätigkeit als nicht besonders gut und sie ist daher sehr froh, wieder auf der Gynäkologie arbeiten zu können.

Im Gegensatz zu ihren Erfahrungen, die sie in der Slowakei gemacht hat, erachtet sie die Atmosphäre hier in Hainburg als viel angenehmer. Die Arbeit ist für sie nämlich in einer angenehmeren Umgebung 100 mal motivierender. Sie genießt die schönen Krankenzimmer und auch die Bettwäsche gefällt ihr viel besser. Ebenso hält sie den Standard, was das Essen und die Betten betrifft, für wesentlich höher. Natürlich sind auch viele Geräte und Maschinen, mit denen gearbeitet wird, qualitativ besser. Generell ist sie der Ansicht, dass auf Service in Österreich mehr Wert gelegt wird.

Da es bereits 20 Jahre zurück liegt, dass sie in einem slowakischen Operationssaal gearbeitet hat, ist sie davon überzeugt, dass sich in der

Slowakei sicher auch einiges geändert hat. Allerdings fügt sie hinzu, dass bereits damals – also 1990 – in Österreich alles viel moderner und besser war.

Es liegt auf der Hand, dass verschiedene Länder unterschiedliche Ausbildungssysteme haben. Der Slowakei bestätigt sie ein sehr gutes System und eine Krankenpflegeschule in Bratislava lässt sich mit der in Mistelbach qualitativ durchaus vergleichen. Den Hauptunterschied sieht sie darin, dass in Österreich alles schneller geht: Viele Prüfungen in sehr kurzer Zeit und viel Praxis auf einmal. In der Slowakei hat man mehr Zeit, um Prüfungen abzulegen und kurze Prüfungsperioden wechseln immer mit Praxiszeiten. Dadurch bleibt ihrer Meinung nach mehr im Kopf. In ihrem Fall waren abgesehen von der Hygiene und den Gesetzen, die in Österreich anders sind, keine Nostrifikations-Prüfungen notwendig.

Seit nunmehr 15 Jahren ist sie Österreicherin und sie will bis zur Pension im Hainburger Krankenhaus bleiben, denn hier hat sie ihren Traumjob gefunden.

Sie weist nochmals darauf hin, dass sie im Hainburger Spital die einzige Slowakin war, als sie der Arbeit wegen nach Österreich kam. Sie lernte jede Abteilung kennen und auch auf der „Internen“ gefiel es ihr gut, während für sie die Arbeit im OP nicht so angenehm war.

Was die Sprache betrifft, erklärt sie mir den Umgang mit möglichen Barrieren folgendermaßen: Arbeiten mehrere slowakische Schwestern in einer Abteilung zusammen, dann wird selbstverständlich untereinander in der Muttersprache geredet. Aber man provoziert nicht mit der Fremdsprache, denn sobald eine anderssprachige Person den Raum betritt, wird sofort auf Deutsch umgeschaltet. Das bezeichnet sie als eine Form von Intelligenz. Überhaupt nicht gefallen hat ihr, dass ein slowakischer Arzt, der mittlerweile nicht mehr im Haus ist, hauptsächlich nur die slowakische Sprache verwendet hat. Sie hat das schon immer bewusst vermieden. Ganz im Gegenteil: Früher kamen österreichische Kolleginnen zu ihr und sagten: „Sag mir das auf Slowakisch!“

Unglaublich ist für die Schwester die Tatsache, dass sie im Spital mit vielen Österreicherinnen eine tiefere Beziehung hat als mit den Slowakinnen. Einzig ihre beste Freundin, eine Hebamme aus der Slowakei, liegt ihr mehr

am Herzen. Von einer Mitarbeiterin aus einem anderen Staat wurde sie einmal sehr enttäuscht, aber darauf will meine Gesprächspartnerin nicht näher eingehen. Sonst gehen einige berufliche Beziehungen auch ins Private über. Mit der einen oder anderen Kollegin aus der Slowakei trifft sie sich ab und zu außerhalb der Dienstzeit und mit der Familie eines Arztes pflegt sie engen Kontakt.

Mit den Patienten hat sie durchwegs nur gute Erfahrungen gemacht. Oft wollen diese Näheres über ihre Lebensgeschichte wissen, weil das Slowakische für viele doch eher fremd ist. Von Sprachproblemen an sich ist ihr nichts bekannt. Es kann aber durchaus vorkommen, dass es Patientinnen gibt, die nur Slowakisch sprechen und da wird sie dann zu Hilfe gerufen. Ebenso geht man vor, wenn zum Beispiel eine Patientin aus Frankreich im Haus ist. In diesem Fall wird jemand aus dem Personal gesucht, der Französisch versteht. Verwendet man am Krankenbett eine Fremdsprache, sieht das der Bettnachbar in der Regel locker. Man versucht aber in Hainburg – wenn immer es möglich ist – mit den Patienten, egal aus welchem Land sie stammen, deutsch zu sprechen, wenn Österreicher im Zimmer sind. Handelt es sich um etwas besonders Schwieriges, dann wird auf Slowakisch geredet, aber den Mitpatienten wird das erklärt und man entschuldigt sich. Bei der Kanzel verhält es sich anders: Wenn sie nämlich dort allein mit slowakischen Patienten ist, verwendet sie selbstverständlich deren Muttersprache.

Die aus der Slowakei stammenden Patienten gehören fast immer der höheren Schicht an. Viele arbeiten auch in Österreich und haben dadurch eine österreichische Krankenversicherung. Selbst diejenigen, die selbst zahlen, haben aber keine übermäßigen Wünsche. Es wird aber darauf geachtet, dass Privatpatientinnen die ihnen zustehenden „kleinen“ Zimmer bekommen.

Das Vorurteil, dass Slowaken in der Pflege „zu wenig sanft seien“, kann sie nicht bestätigen. Was die Schmerzempfindlichkeit der Patientinnen auf der Gynäkologie betrifft, sagt sie, dass Südländerinnen, und hier im Besonderen Türkinnen, eher wehleidig seien. Aber man kann nicht verallgemeinern, denn jede Frau ist individuell. Im Übrigen glaubt sie, dass

sich beim Schmerzempfinden das Verhältnis zwischen Österreicherinnen und Slowakinnen die Waage hält.

Besonders schätzt die Schwester am Krankenhaus die „gemütlichen“ Besuchszeiten. Diese sind Donnerstag bis Dienstag von 13.00 bis 15.30 und am Mittwoch von 18.00 bis 19.00. Das empfindet sie neben der Nähe zu Bratislava als einen der Gründe, warum die Slowaken Hainburg wählen und nicht Wien. Ist Not am Mann, ist umgekehrt das slowakische Personal schneller einsatzbereit, als wenn es nach Wien pendeln müsste. (Im Vergleich dazu hat mir eine österreichische Schwester gesagt, dass die Slowakinnen dazu neigen, das österreichische Handy in der Freizeit abzudrehen, damit sie nicht einspringen müssen.)

Nach weiteren Vorzügen befragt, hebt sie die hygienischen Zustände, auf die in Hainburg großer Wert gelegt wird, lobend hervor. Außerdem – und das ist vielleicht das größte Plus – ist der Patient nicht nur eine Nummer, wie dies in großen Häusern oft der Fall ist. Liegen beispielsweise auf der Geburtsstation nur drei, vier oder fünf junge Mütter, so bleibt für die individuelle Betreuung viel mehr Zeit als bei 30. Man merkt sich die Namen und nach einer Woche Spitalsaufenthalt weiß eine Schwester über jede Patientin genau Bescheid – und auch umgekehrt. Als besonderes Beispiel nennt sie das Stillen: Wenn das nicht funktioniert, nimmt man sich in Hainburg stundenlang Zeit, bis es klappt. Bezüglich des Verhältnisses zu bekannten und unbekanntem Patientinnen meint die Schwester, dass man alle gleich behandeln würde.

Sie gerät wieder ins Schwärmen, denn von Anfang an wurde sie äußerst liebenswürdig aufgenommen. Allerdings hat sie bereits mehrfach miterlebt, dass es Spannungen zwischen Kollegen geben kann. In diesem Zusammenhang erzählt sie die Geschichte einer Schwester, die als eine der nächsten Pflegekräfte nach ihr in Hainburg eintraf. Diese wurde von der ersten Sekunde an abgelehnt, weil sie zu souverän agierte und einfach nicht in das Hainburger Ensemble passte. Zu meiner Gesprächspartnerin hatte sie zwar eine gute Beziehung, von den Österreicherinnen wurde sie hingegen nie aufgenommen und stand immer seitlich. „Meine“ Schwester meint, dass sie selbst in diesem Punkt ein wenig sensibel ist, denn seit es damals das

Problem mit der einen Schwester gegeben hat, sieht sie manches ein bisschen anders.

Nach und nach kamen weitere Schwestern aus der Slowakei und mein Gegenüber war froh, vom OP wegzukommen – nicht wegen der Slowaken, sondern wegen des dort herrschenden Klimas. Salopp meint sie: „Und tschüss!“

Sie persönlich betrachtet die Gynäkologie als das Herzstück des Hauses und ihre Arbeit auf dieser Abteilung mit der meisten Praxis empfindet sie als sehr angenehm. Das medizinisch Notwendige steht für sie an erster Stelle, Menschlichkeit ist für sie automatisch und selbstverständlich. Sie meint, dass sie als Mitarbeiterin nicht nur medizinisch und pflegerisch ohne Fehler sein soll, sondern sich auch um jeden, der kommt, gleich gut bemühen muss – egal ob Slowake oder Österreicher. Die Ärzte – einerlei aus welchem Land sie stammen – empfindet sie als gleich einfühlsam und der Primar steht an der Spitze des Ganzen.

Auf die Mündigkeit der Patienten wird großer Wert gelegt. Wenn einer zum Beispiel eine Koloskopie nicht möchte, so akzeptiert sie das. Sollte aber eine Untersuchung wirklich wichtig sein, wird ausdrücklich darauf hingewiesen. Verweigert der Patient dann noch immer, ist das auch in Ordnung. In einem derartigen Fall muss ein Revers unterschrieben werden, denn es kann vorkommen, dass Zysten zu platzen drohen, aber die Patientin trotzdem unbedingt nach Hause möchte.

Waren früher die Gynäkologie und die Geburtshilfe zwei Stationen, so wurden sie im Laufe der Zeit zusammengelegt. Die Stationsschwester macht die Dienstenteilung, aber es wird auch darauf geachtet, dass jede Schwester universell eingesetzt werden kann und Kinderschwestern zumindest Beidienst auf der Abteilung machen und umgekehrt. Bei ihr persönlich verhält es sich so: 80 Prozent Gynäkologie, 20 Prozent Kinderzimmer, aber sie hilft dort, wo sie gebraucht wird. Natürlich hat aber jede Schwester ihre eigenen Spezialitäten.

Hainburg arbeitet wie jedes Grundversorgungs Krankenhaus und auf der Geburtenstation läuft medizinisch alles genauso ab wie in vergleichbaren anderen Krankenhäusern. Wenn etwas ganz Außergewöhnliches vorliegt,

wird die Patientin zur Behandlung weitergeschickt. In diesem Zusammenhang erwähnt sie, dass es früher einen Arzt gab, der Magenverkleinerungen durchführte, das Spital aber inzwischen verlassen hat.

Am Schluss unseres Gespräches sagte sie noch etwas ganz Schönes: „Es ist egal, aus welcher Nation eine Schwester stammt. Wichtig ist, wie sie mit den Patienten und Kollegen umgeht. Dann kommt es schon von selbst, dass man akzeptiert wird.“

Gespräch mit Schwester Sissy Staffenberger im Juli 2009

Eigentlich hatte ich bei vielen Schwestern Grund zu schreiben, dass sie nett sind, aber das Gespräch mit der Stationsschwester Sissy S. auf der Chirurgie 1 war etwas Besonders für mich. Bei ihren Ausführungen hatte ich durchwegs das Gefühl, dass für sie der Beruf, den sie seit 37 Jahren ausübt, nicht nur Broterwerb, sondern auch Hobby ist.

Bereits als Volksschulkind wollte sie entweder Kindergärtnerin oder Krankenschwester werden und hat schon damals ihre Puppen als Schwester immer wieder fürsorglich versorgt. Auch bei Besuchen im Krankenhaus war sie von dem – damals noch alten – Haus fasziniert. Als sie mit zehn oder zwölf Jahren auf Ferienlager war, kümmerte sie sich um die anderen Kinder und stellte Diagnosen, als sie Bauchweh hatten. Schließlich erfüllte sich ihr Berufswunsch. Sie begann im Jahre 1973 ihre Schwesternausbildung, die sie 1977 mit dem Diplom abschloss. Sie erinnert sich genau daran, dass sie ihren Dienst am 4. September 1973 im alten Haus antrat.

Als 1983 das neue Haus in Betrieb genommen wurde, war sie gerade mit ihrem Sohn Alex in Karenz. Nach ihrer Rückkehr war das Spital vom alten Vierkanthaus in das neue Gebäude umgezogen, was jetzt allerdings wieder renovierungsbedürftig ist. In der Zeit seit ihrem Arbeitsbeginn hat sich irrsinnig viel gewandelt. So viel, dass sie spontan gar nichts Konkretes sagen kann, denn nahezu täglich wird irgendetwas neu organisiert oder verändert.

Am Anfang ihrer Tätigkeit war die Bandbreite viel größer. Nachdem ihr damaliger Chef in Pension gegangen war, stellte Primar Zacherl mit nur

einem Oberarzt das ärztliche Team. Im Nachtdienst war sie oft für 70 Leute verantwortlich und in den riesigen Abteilungen wurden damals fast alle medizinischen Sparten fächerübergreifend abgedeckt. Urologische Eingriffe oder auch Schädeloperationen, die früher vorgenommen wurden, werden heute nicht mehr durchgeführt.

Im Laufe unseres Gesprächs fallen ihr dann doch noch grundlegende Änderungen im Spitalsalltag ein. So werden jetzt nur mehr Einwegartikel verwendet, während früher Spritzen und Geräte eigenhändig sterilisiert werden mussten. Wurde damals mit einem Röhrchen Blut abgenommen, was oft in einem Blutbad endete, gibt es nun die sogenannte geschlossene Blutabnahme. Schwester Sissy kann sich nicht mehr vorstellen, wie das alles möglich war. Generell meint sie zum Thema Neuerungen, dass man zuerst alles ausprobieren muss, bevor man kritisiert. Als dienstälteste Stationsschwester sagt sie zur Pflegedienstleiterin einfach: „Hanna, das müssen wir ausprobieren.“ Zuerst will sie sich informieren und dann erst beurteilen, ob etwas gut ist oder nicht. Sicherlich sind manche Neuerungen anfangs gewöhnungsbedürftig, aber mit der Zeit stellen sie oft eine Erleichterung dar. So hat sie den Umgang mit dem Computer auch erst vor fünf Jahren erlernt. Man kann ihn heute nicht mehr wegdenken, denn das Labor, die Verpflegung und sogar das Röntgen sind computergesteuert.

Auch die Administration wurde umfangreicher. Gab es zuerst nur ein Blatt für den Patienten – die Fieberkurve, so wird jetzt vom Gesetz her gefordert, dass für jeden Patienten eine medizinische Pflegemappe angelegt wird. Um diese Bürokratie zu bewältigen, müssen die Schwestern vieles in den Zimmern schreiben. Das nimmt zwar viel Zeit in Anspruch, aber trotzdem ist es für sie wichtig, mit den Patienten zu plaudern oder ihnen die Hand zu halten. Ihrer Meinung nach muss man nämlich Schwester mit Leib und Seele sein, sonst kann man nicht viel bewirken.

Meine Fragen beantwortet sie mehr als bereitwillig und sie betont auch, wie gut sie es findet, dass eine derartige Arbeit über das Krankenhaus geschrieben wird. Immer wieder merke ich, wie sehr ihr das Haus am Herzen liegt.

Was sie mir dann bezüglich des Personals berichtet, betrifft nur ihre Abteilung. Unter ihren Kollegen gibt es im Grunde keine Differenzen

bezüglich der Nationalität, aber unter 14 Leuten kann es natürlich vorkommen, dass sich der eine besser versteht und der andere schlechter. In ihrem Team arbeiten Menschen mit österreichischem, slowakischem und polnischem Pass. Sie erachtet die Multinationalität als Vorteil, legt aber Wert darauf, dass die Sprache der Schwestern verständlich ist und auch die älteren Patienten kein Problem damit haben. Wenn neue Mitarbeiter eingestellt werden, sind ihr Mitarbeitergespräche besonders wichtig.

Auf ihrer Station werden zahlreiche Patienten aus der Slowakei betreut und sie erachtet es als Vorteil, wenn man sich in ihrem Team in verschiedenen Sprachen mit den Patienten unterhalten kann. Es ist klar, dass Patienten aus der Slowakei besser zurechtkommen, wenn slowakische Schwestern mit ihnen in ihrer Muttersprache kommunizieren. Sie selbst hat einmal einen Slowakischkurs besucht, aber mehr als „Wie geht’s?“ und „Haben Sie Schmerzen?“ ist nicht drinnen. Für sie ist es beruhigend zu wissen, dass jemand vom Personal anwesend ist, der alles 1:1 übersetzen kann, speziell bei den Visiten. Fast alle Slowaken – auch die Patienten – sprechen Deutsch. Für alle Fälle ist auch ein Wörterbuch auf der Station vorhanden und das macht dann richtig Spaß, wenn so übersetzt wird.

Da sie schon selbst die Erfahrung gemacht hat, wie unwohl man sich fühlt, wenn man allein mit drei slowakischen Schwestern und einem Arzt Dienst versieht, die sich nur in ihrer Landessprache unterhalten, hat sie es so geregelt, dass sofort deutsch miteinander gesprochen wird, sobald ein Österreicher den Raum betritt. Wenn Schwestern aber mit Mann und Kindern auf Slowakisch telefonieren, stört sie das nicht im Geringsten.

Sie verlangt, dass vor den Patienten prinzipiell die deutsche Sprache verwendet wird. Reden die Schwestern mit einem Landsmann slowakisch, so wird den deutschsprachigen Patienten Bescheid gegeben. Seitens der Österreicher hat ihrer Erfahrung nach einzig die ältere, einfache Schicht verstärkt Probleme mit den slowakisch sprechenden Schwestern. In Wirklichkeit haben diese aber oft generell etwas gegen Ausländer – so etwa auch gegen Türken. Wichtig ist, dass Patienten nachfragen, wenn sie die Schwestern nicht verstehen. Als eine französische Patientin auf ihrer Station lag, holte sie Herrn Primar Bachmayer und auch ihren Sohn, der im Spital arbeitet, zum Übersetzen.

Auf das große Ärzteteam angesprochen, gesteht sie mir, dass zwei Österreicher darunter sind, mit denen sie sich überhaupt nicht versteht, dafür aber zwei Slowaken „liebt“. Dann kommt sie wieder auf die slowakischen Patienten zu sprechen. Diese gehören durchwegs der gehobenen Schicht an und sind meistens Abteilungschefs in Firmen. Sie hatte aber auch schon slowakische Patienten, die der mittleren Bevölkerungsschicht angehörten, und auch hier herrschte Akzeptanz auf ganzer Ebene.

Unterschiede in den Ansprüchen kann sie zwischen den beiden Nationen nicht erkennen. Die Slowaken finden, dass das Hainburger Spital ein schönes Krankenhaus ist und sind mit den Angeboten zufrieden. Da auf ihrer Abteilung – abgesehen von den Vierbettzimmern – mittlerweile jedes Zimmer über eine Dusche verfügt, empfinden sie es hier wie in einem Hotel. Computergesteuert kann unter Normal-, Schon- und Vollwertkost gewählt werden. Sie denkt aber, dass es auch in der Slowakei nette Häuser gibt.

Schwester Sissy haben Slowaken nie gestört, vielmehr ist sie froh, dass die Grenzen offen sind. Sie sieht in den Schwestern aus dem Nachbarland eine große Unterstützung, denn sonst hätte sie noch weniger Personal. Für den Osten Österreichs kann man nämlich kaum eine einheimische Schwester begeistern, weil das Krankenhaus doch entlegen ist.

Ob jemand als Mensch tragbar ist oder nicht, habe ihrem Dafürhalten nach nichts mit der Nationalität zu tun. Auch der frühere Primar, Dr. Zacherl, machte keine Unterschiede und sie erinnert sich daran, dass sie von ihm auch „ihr Fett abgekriegte“, obwohl sie sich privat sehr gut verstanden. Seine Rügen waren aber nie grundlos. Sie akzeptiert sehr wohl Strenge, aber ein Mensch, speziell ein Chef, muss sich im Zaum halten. Ich sprach sie in diesem Zusammenhang auch auf den früheren slowakischen Primar Dr. D. an, dessen Führungsstil und Umgangston nicht immer unumstritten waren und auch nicht unbedingt zur Imageverbesserung beigetragen haben. Interessanterweise ging sie nicht näher darauf ein, sondern meinte nur, dass sie jetzt sehr froh über den neuen Primar Dr. Hausner ist, mit dem es ein sehr gutes Einvernehmen hat.

An dieser Stelle erzählt sie mir auch eine sehr persönliche Geschichte, die ihr gutes Verhältnis zum slowakischen Personal untermauert. Einem

gebürtigen slowakischen Gynäkologen ist sie ewig dankbar, weil dieser extra ins Krankenhaus gekommen ist, als es bei der Geburt ihrer Enkelin schwerste Komplikationen für die Schwiegertochter gegeben hat. Der Arzt raste vom Tennisplatz ins Spital, ließ das Auto offen stehen und der Portier musste es aus dem Halteverbot entfernen, während er die junge Frau rettete.

Schwester Sissy legt in ihrem Beruf nicht nur größten Wert auf das Medizinische, sondern vor allem auch auf das Menschliche, was eine Reihe von Dankschreiben zeigt, die teilweise sehr persönlich sind. So besorgte sie einmal der Mutter einer jungen Patientin ein Quartier, damit diese in der Nähe ihrer Tochter sein konnte. Derartige Maßnahmen sind natürlich in einem kleinen Haus leichter durchführbar, unterstreichen aber auch ihr großes Engagement.

Das Herzstück im Spital ist für sie sicherlich die Unfallchirurgie, weil diese momentan boomt. Dabei sind die Ärzte Sebök und Hausner hervorzuheben. Hände, Füße, Schultern und sogar Hüften werden operiert, wobei in Hainburg die Wartezeit kürzer ist als in großen Häusern. Wenn dann eine alte Frau zum Beispiel wenige Tage nach einer Operation wieder „herumläuft“, ist das für sie der größte Lohn für alle Mühen.

Da Hainburg – wie Direktor Palatinus sowie andere Gesprächspartner bereits mehrfach betont haben – ein Spital der Grundversorgung ist, können manche Behandlungen einfach nicht durchgeführt werden. Ihr ist es aber lieber, wenn ein Oberarzt eine Operation ablehnt, bevor es zu Komplikationen kommt. In einem derartigen Fall wird der betroffene Patient auf eine Fachabteilung verlegt. In Mistelbach und in Mödling etwa gibt es eine spezielle Unfallchirurgie. Auch das AKH ist manchmal eingebunden.

Als Leiterin der Station ist es ihr sehr wichtig, dass alles rundherum funktioniert. Sie ist es gewohnt, selbstständig zu arbeiten und wenn notwendig, Entscheidungen zu treffen. So ist es ihr auch ein Anliegen, dass die Patienten in den Zimmern zusammenpassen.

Was den Leidensdruck betrifft, empfindet jeder Patient anders und hat seine eigene Schmerzgrenze, die aber im Süden erfahrungsgemäß eher niedriger ist. Sie denkt, dass Slowaken und Österreicher einander ähnlich sind und mehr aushalten. Die Jungen haben eine geringere Schmerzschwelle, andererseits muss sie alte Menschen manchmal fragen, ob sie nicht doch

Schmerzen haben. Das liegt wahrscheinlich daran, dass sie früher viel ertragen mussten. Die richtige Einschätzung ist daher immer eine Gratwanderung, genauso wie die Behandlung der Zeugen Jehovas, die eigenen Richtlinien unterliegt. Daher verlangt sie von den Angehörigen dieser Religionsgemeinschaft auch Unterschriften für die erforderlichen Eingriffe. Sie erinnert sich in diesem Zusammenhang an einen lange zurückliegenden Fall, als ein Mädchen, das sich einen Holzpfeiler in den Unterleib gerammt hatte, eine Blutkonserve gebraucht hätte, was aber abgelehnt wurde. An und für sich müssen die Patienten verbluten, aber im Extremfall gibt es auch die Möglichkeit der Kurzentmündigung. Diese wurde einmal, als das Gericht noch in Hainburg war, angewandt. Ein zwei- oder dreijähriges Kind konnte so nach einer Mandeloperation gerettet werden. Meine Gesprächspartnerin akzeptiert jede Religion und sie findet es auch gut, wenn vor einer Hüftoperation ein Eigenblutdepot angelegt wird. Bei einem kleinen Kind ist das allerdings aus medizinischen Gründen nicht möglich. Daher findet sie die Idee von Familienkonserven gut.

Über das derzeit herrschende Medizinsystem ist Schwester Sissy teilweise nicht ganz glücklich, denn viele Patienten nehmen die verordneten Arzneien nicht ein, wenn sie sich etwa durch das Aussehen von ihren gewohnten Medikamenten unterscheiden. Daher sollte die Aufklärung durch die Hausärzte verbessert werden. Sie scheute sich auch nicht, einen Brief an Landeshauptmann Pröll zu schicken, um auf Missstände aufmerksam zu machen. Als Schwester identifiziert sie sich absolut mit dem Haus und oft ist sie mehr im Dienst als daheim.

Da es im Gesundheitsbereich äußerst wichtig ist, stets auf dem Laufenden zu sein, liegt ihr Fortbildung sehr am Herzen. Melden sich Schwestern für Kurse – wie derzeit für den Schmerzmanagementkurs – so forciert und unterstützt sie das. Es ist nämlich nicht nur wichtig, dass eine Operation gut verlaufen ist, auch der Betreuung danach kommt große Bedeutung zu, wobei der Schmerz minimiert werden muss. Auch Wundmanagement soll in Kursen erlernt und beherrscht werden.

Da ich Sissy persönlich kenne und sie als total lebensfrohe Person schätze, erwartete ich mir auf die Frage: „Wie glücklich bist du?“ ein eindeutiges „Sehr“. Aber stattdessen wurde ich negativ überrascht. Was sie

mir am Ende unseres Gesprächs offen über ihre Probleme mit dem oft genannten Dr. D. erzählte, die sie sogar ins Burn Out trieben, zeigte mir, welchen Belastungen engagierte Mitarbeiter ausgesetzt sein können.

Die früher immer positive Schwester konnte nicht mehr lachen, begab sich in neurologische Behandlung, besuchte Gesprächstherapien und war acht Wochen im Krankenstand. Unter D. als Primar veränderte sich alles. Sissy hat prinzipiell nichts gegen Neuerungen, aber unter D. war immer ein „neuer Zirkus“. Bildlich erklärt sie, dass sie immer „das Krokodil beim Kasperl war und eine auf den Deckel bekommen hat“ und das zehrt natürlich an der Substanz. Einmal riss er ihr sogar vor den Patienten die Hand von der Fieberkurve. Sie braucht Bestätigung vom Chef und die fehlte einfach. Schließlich konnte sie nicht mehr arbeiten, aber nach entsprechenden Therapien und dem längeren Krankenstand kehrte sie stärker denn je an ihren Arbeitsplatz zurück.

Als sie wieder zurückkam, war Dr. D. zwar noch einige Zeit im Krankenhaus, aber in der Folge wurde sein Vertrag nicht mehr verlängert. Glücklicherweise meint sie an dieser Stelle, dass unter Dr. Hausner alles anders ist.

Schwester Sissy empfindet die Patienten als wichtigstes Gut im Krankenhauseschehen. Auf „ihrer“ Chirurgie befinden sich nur 24 Betten und ihre Devise lautet: „Keiner liegt bei mir auf dem Gang, alle Patienten müssen im Zimmer sein.“ Wenn zu viele Patienten sind, muss eben ein Aufnahmestopp her.

Menschlichkeit hat für sie oberste Priorität und hängt nicht mit der Nation zusammen. Wenn sie in Pension ist, wird sie dem Krankenhaus erhalten bleiben, indem sie einen „Verein der Freunde des Krankenhauses“ gründen möchte. Menschen, die keine Ahnung vom Hainburger Krankenhaus haben, schimpfen oft darüber, aber wenn Patienten einmal anderswo behandelt wurden, kommen sie reumütig zurück.

Gespräch mit Schwester Bettina Riedmayer im Juli 2009

Schwester Bettina ist seit 1984 im Haus. Nach dem Besuch einer Hauswirtschaftsschule entschied sie sich, Schwester zu werden und wurde zunächst für ein Praktikum aufgenommen. Da es damals die

Personalsituation verlangte, konnte sie zunächst als Stationsgehilfin bleiben. Schließlich wurde sie auf dem zweiten Bildungsweg diplomierte Schwester. 2004/2005 war sie Betriebsrätin, ehe sie das – wie sie es nennt – unverschämte Angebot bekam, als Stellvertreterin in der Pflegedienstleitung zu arbeiten. Sie machte den Stationsleitungskurs und kann sagen, dass sie auf ihrem Werdegang immer unterstützt und gefördert wurde. Zum Krankenhaus hat sie durch ihre lange Zugehörigkeit eine innige Verbundenheit und kann sich damit 100-prozentig identifizieren, sodass sie nirgendwo anders arbeiten möchte.

Zur Frage bezüglich der Veränderungen meint sie, dass alles schneller und vielfältiger geworden ist und in kürzerer Zeit ablaufen muss. Also unter dem Motto „schneller, höher, weiter“. Da die Pflegedokumentation sowie die Planung mehr wurden, ist die Zeit für persönliche Zuwendung zum Patienten auf Grund der zahlreichen administrativen Belange geschrumpft. Es gab auch einen Wandel in der Pflege, aber die Dienstposten wandelten sich nicht mit. Das bedeutet, dass es nicht mehr Personal gibt und dadurch der persönliche Kontakt zum Patienten zwangsläufig reduziert wird. Die steigende Belastung für das Personal hat auch eine verstärkte Fluktuation zur Folge. Ebenso werden Untersuchungen routinemäßig durchgeführt, wenn sonst alles in der Norm ist. Die rasche Entlassung von Patienten erweist sich oft als Bumerang: Sie werden heim geschickt und kommen manchmal noch am selben Tag wieder.

Ihre Pläne für die Zukunft sind der Abschluss des Akademielehrgangs und dann die Übernahme der Pflegedienstleitung nach der Pensionierung ihrer Vorgängerin, Frau Pilat. Sie weiß, dass diese Tätigkeit großes Engagement und Konsequenz verlangt. Da es wichtig ist, dass die Mitarbeiter auf dem letzten Stand sind, wird sie bei ihren Kolleginnen und Kollegen ebenfalls großen Wert auf Fort- und Weiterbildung legen. Außerdem erwartet sie sich eine bessere Zusammenarbeit der Schwestern der einzelnen Stationen. Für sie zählt Handschlagqualität, denn es darf nicht sein, dass heute etwas so ist und morgen nicht mehr gilt. Es werden unzählige Gespräche geführt und es wäre schade um die Zeit, wenn die Ergebnisse nicht umgesetzt würden.

Viele Faktoren sind ihr vorgegeben. Obwohl die Einstellung der Schwestern in den Zuständigkeitsbereich der Pflegedienstleitung fällt, wird es etwa keine Personalaufstockungen im großen Stil geben. Trotz Personalmangels und trotz der bereits erwähnten Mehrbelastungen des Personals, hat in den letzten Jahren im Haus ein Umdenken stattgefunden. Ein Krankenhaus ist schließlich ein Dienstleistungsbetrieb und das muss sie ihren Mitarbeitern immer wieder in Erinnerung rufen. Sie nennt die Patienten Kunden und denen sollen alle Errungenschaften zu Gute kommen, denn der Kunde ist bekanntlich König.

Seit dem Beitritt der Slowakei zur EU hat sich auf dem Personalsektor einiges geändert. So passte früher der Ausbildungsplan der beiden Länder nicht zusammen und deshalb mussten die Schwestern nostrifizieren, um hier als Krankenpflegerinnen arbeiten zu können. Heute können die Schwestern nach fünf Jahren Praxis in der Slowakei ohne Einschränkungen im Hainburger Krankenhaus arbeiten, denn ihre Ausbildung wird komplett anerkannt.

Ihrer Erfahrung nach sind die slowakischen Schwestern sehr gut ausgebildet und auch äußerst intelligent. Außerdem haben viele von ihnen eine andere Mentalität und Einstellung als die Österreicher. Für Pflegerinnen aus dem Osten ist ein Arzt ein Gott in Weiß und sie sind Dienende. Die Slowakinnen haben anfangs mehr Selbstbewusstsein, das aber schnell schwinden kann. Vor allem die jungen Frauen zeichnen sich durch Wissbegierde aus, entwickeln Eigeninitiative und studieren freiwillig Pflegewissenschaften. Dieses Engagement vermisst sie mitunter bei den Österreicherinnen, denen es oft sogar darauf ankommt, dass ihnen seitens des Krankenhauses ein Busticket bezahlt wird, wenn sie zu einer Fortbildungsveranstaltung fahren. Slowakinnen hingegen opfern auch ihre Freizeit, um ihre Entwicklung voranzutreiben. Generell ist sie mit dem Ausbildungslevel zufrieden.

Differenzen unter ihren Mitarbeiterinnen gefallen ihr nicht – und das sagt sie auch offen heraus. Die Amtssprache ist Deutsch, aber wenn zwei, drei Slowakinnen zusammenkommen, dann reden sie naturgemäß slowakisch, hören jedoch damit auf, wenn eine Österreicherin kommt. Wenn Patienten slowakischer Herkunft sind und sich lieber in dieser Sprache

unterhalten, dann ist das in Ordnung, aber grundsätzlich wird Deutsch gesprochen, was aber manchmal vergessen wird. Es sollte aber nicht sein, dass ein Arzt und eine Schwester bei der Visite in Gegenwart von Patienten slowakisch reden. Prinzipiell ist sie dafür, dass das Personal etwaige Probleme, die auf Grund des Sprachunterschiedes entstehen, primär selbst regelt. Sie findet es gar nicht gut, wenn nicht wenigstens versucht wird, Schwierigkeiten untereinander zu lösen und sie ist daher der Meinung, dass man erst dann zu ihr kommen soll, wenn im persönlichen Gespräch kein Ergebnis erzielt werden konnte. Jeder Einzelne soll aber für sich entscheiden, ob er zuerst redet oder gleich zur Stationsleitung geht.

Zur Angelegenheit Dr. D. kann sie von sich aus nur sagen, dass sie keinen Kontakt und daher auch keine Probleme miteinander hatten. Sie kennt bestimmte Geschichten nur vom Hörensagen und weiß, dass schon vor den Eklats im Haus mit Unterschriften gegen ihn vorgegangen wurde. Er hatte keine feine Art und soll sogar Handys nachgeworfen haben. – Was ich von anderen Schwestern auch gehört habe. – Außerdem habe er die Schwestern nicht arbeiten lassen. Hätten sich Mitarbeiterinnen bei ihr beschwert, wäre sie selbstverständlich hinter den Frauen gestanden. Aber es ist manchmal auch so, dass aus einer Mücke ein Elefant gemacht wird.

Fest steht, dass er gute Operationen machte. Es mangelte ihm aber an Menschenführung, er konnte sich nicht gut artikulieren und war ein Chaot, aber fachliche Kompetenz kann man ihm nicht absprechen. Unter Primar Zacherl war die Chirurgie eine eigene Domäne und unter ihm war das Schiff dann führerlos. Sie findet, dass Oberärzte „Knüppel im Kreuz brauchen“, aber unter seiner Führung machten die Ärzte, was sie wollten. Man konnte sich nicht auf ihn verlassen, er versäumte Gesprächstermine und Projekte mit ihm waren sinnlos, weil er seinen Part nicht erfüllte. Alles war ihm egal.

Zu Gruppenbildungen kann sie wenig sagen. Sie hat aber das Gefühl, dass man früher privat mehr zusammensteckte als jetzt. Man ging nach dem Dienst noch zum Heurigen, jetzt eilt jeder heim. Bezüglich der verschiedenen Ansprüche weiß sie nichts Konkretes. Sie kennt nur die Interne Abteilung und als sie noch dort arbeitete, stammten nur äußerst selten Patienten aus dem Ausland. Was sie so hört, wollen Slowaken prinzipiell nicht anders behandelt werden. Sobald die Kunden Selbstzahler sind, haben sie vielleicht

andere Ansprüche, aber sonst nicht. Die Slowaken, die sich eine Behandlung in Österreich leisten können, gehören meist der gehobenen Schicht an.

Im Hinblick auf den Leidensdruck weiß sie, dass Türken anders reagieren, weil es ihre Kultur so vorgibt und es bei ihnen ein anderes soziales Gefüge gibt. Außerdem müssen die Frauen bei der Geburt ihre Schmerzen raus brüllen. Österreicher und Slowaken sind sich, was das Schmerzempfinden anbelangt, sehr ähnlich.

Dann kommt sie auf eine Tatsache zu sprechen, die sie allerdings sehr stört. Sie hat nämlich keine Möglichkeit, die Deutschkenntnisse der ausländischen Mitarbeiter zu überprüfen, denn das ist gesetzlich nicht vorgesehen, weil es dem Gleichheitsprinzip widerspricht. Früher mussten alle nostrifizieren, wobei eine schriftliche und eine mündliche Deutschprüfung abzulegen waren. Als sie in unser Land kamen, konnten viele kaum Deutsch, vor allem was das Schriftliche betraf, und das ist heute noch oft so. Sie wollte ihnen einen Deutschkurs schmackhaft machen, aber das wäre nur auf freiwilliger Basis möglich gewesen, denn in der Dienstzeit ist das nicht durchführbar. Gewisse Deutschkenntnisse sind allerdings speziell bei der Erstellung der Pflegedokumentation vonnöten, denn diese sollte gut geschrieben sein, weil sie theoretisch auch vor Gericht kommen könnte. Sie ist der Ansicht, dass man sich bei einer gewissen Ausbildung eine ordentliche Schrift erwarten könnte, aber manchmal habe diese nicht einmal Volksschulniveau. Es kann durchaus vorkommen, dass nur Slowaken auf einer Station Dienst haben. Oft wissen sie dann nicht einmal, was ein Wort bedeutet, weil sie ihre eigene Schrift nicht lesen können. Wobei Bettina aber einräumt: „Ich möchte so gut Slowakisch können wie die Deutsch.“ Es ist keine Frage, dass das ein Mehr an Arbeit erfordert, weil die Kollegen genauer schauen müssen.

Ob sich die Patienten über die vielen Slowaken im Krankenhaus ärgern, weiß sie eigentlich nicht. Manchmal sagen sie: „Die verstehen mich nicht.“ Andererseits sollten sich auch die Einheimischen bemühen, deutlich zu sprechen. Lustig ist es, in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass viele Patienten den burgenländischen Dialekt von manchen Kollegen auch nicht verstehen. Sicherlich ist die Situation in Hainburg durch den hohen

Ausländeranteil nicht ganz einfach, vor allem seit der Übernahme des Spitals durch das Land. Diesbezüglich ist erwähnenswert, dass Versetzungen vor Neuaufnahmen gehen. Slowakische Schwestern sind natürlich nicht glücklich, wenn sie nach St. Pölten oder nach Waidhofen fahren müssen. Sie suchen dann um Versetzung nach Hainburg an, um nicht immer so weit pendeln zu müssen. Früher mussten die Slowaken zumindest einen Zweitwohnsitz in Österreich vorweisen, aber das ist mit der EU gefallen.

Bettina schätzt die Slowakinnen, die hier arbeiten. Sie muss ihnen zugutehalten, dass es für sie kein Problem ist, wenn sie für einen zusätzlichen Dienst benötigt werden und kurzfristig einspringen müssen. Österreicher lehnen in einem derartigen Fall eher ab, während es mit den Slowakinnen keinerlei Diskussionen gibt. Irgendwann muss sie dann doch sagen: „Einmal musst auch du einspringen. Die letzten vier Mal hat es immer andere getroffen.“ Sie gesteht aber auch ein, dass sie früher oft keine Telefonnummern von den Slowakinnen hatte.

Den Slowakinnen ist bewusst, dass sie in Österreich mehr verdienen als in der Slowakei und so bringen sie auch ihre Leistung. Österreicherinnen hingegen erwecken manchmal den Anschein, als ob ihr Motto sei: „Seid´s froh, dass es mich gibt.“

Ein großer Pluspunkt des Krankenhauses ist die Tatsache, dass es sich um ein kleines, persönliches Spital handelt. Sie hat es am eigenen Leib verspürt, dass es auch anders sein kann, als ihr Sohn im Wiener AKH mittels Kaiserschnitt zur Welt kam. Von mir kam hier postwendend der Einwurf: „Du warst Schwester in Hainburg und hast dann in einem anderen Haus entbunden.“ Sie unterstrich in diesem Zusammenhang, was ich bereits von Primar Gamperl erfahren hatte: „Um Komplikationen zu vermeiden, werden schwierige Fälle in Schwerpunkthäuser wie das AKH verlegt.“ Sie musste deshalb im AKH entbinden, weil sie einen vorzeitigen Blasensprung hatte und ihr Sohn bei der Geburt nur 1,2 Kilo wog. Da sie mit der Behandlung sehr unzufrieden war, schrieb die sonst eher resolute Frau ihren AKH-Frust mit Namen und Telefonnummer nieder, bekam aber nie eine Reaktion drauf.

Weiters meint sie dazu: „Wenn jemand über Hainburg herzieht, dann zeige ich ihm das AKH.“ Sie hat ihren damaligen Aufenthalt nur unpersönlich und herzlos empfunden und würde nie wieder dorthin gehen. Sie weiß aus eigener Erfahrung, als sie kurz auf der Gynäkologie gearbeitet hat, dass man in Hainburg ganz anders behandelt wird.

Berufsbedingt kommt sie in viele Krankenhäuser, hört viele Kritiken und merkt dadurch, dass Hainburg eine Insel der Glückseligen ist. Natürlich sei manches verbesserungswürdig, aber man solle Probleme keineswegs aufbauen. Sie versicherte mir auch, dass die Schwestern in der Pflege keine Klassenunterschiede machen und erklärte mir schließlich noch die Modalitäten bei der Zimmervergabe auf den drei Internen Abteilungen. Auf der „Interne 1“ sind 10 von 26 Betten für Klassepatienten reserviert, auf der „Interne 2“ 12 von 32 und auch auf der „Interne 3“ sind viele Klassebetten. Da die Anzahl der echten Klassepatienten (täglich ein bis zwei Aufnahmen) im Verhältnis zu den Patienten der allgemeinen Gebührenklasse eher gering ist, werden diese bedarfsmäßig in Klassezimmern untergebracht. Auch die Jüngeren, die sich selbst versorgen können, kommen eher in die kleinen Zimmer, weil diese vom Stützpunkt weiter entfernt sind. Der Pflegebedarf in den Vierbettzimmern ist sehr aufwändig und daher liegen diese näher beim Stützpunkt. Was Sonderfälle wie die Zeugen Jehovas betrifft, akzeptiert sie deren Extrawünsche. Ist allerdings Gefahr in Verzug, wird nicht extra nachgefragt.

Die Menschlichkeit steht absolut im Vordergrund, aber auf dem Gebiet der Entlassungsmodalitäten sowie der Übergangspflege ortet sie großen Handlungsbedarf. Sie ärgert es, wenn Akutbetten nur aus sozialer Indikation mit Patienten „gefüllt“ werden, zum Beispiel, wenn daheim das Zimmer ausgemalt wird oder im Heim noch kein Platz frei ist. Dann kann es vorkommen, dass manche Patienten in stationärer Betreuung bleiben, selbst wenn es medizinisch nicht mehr indiziert ist.

Bettina ist grundsätzlich glücklich in Hainburg, aber natürlich gibt es auch schlechtere Tage – wie bei allen.

Gespräch mit Schwester Johanna Pilat, Pflegedienstleiterin, im Juli 2009

Warum die aus Petronell stammende Pflegedienstleiterin, Frau Johanna Pilat, in Hainburg arbeitet, ist leicht erklärt. Krankenschwester war immer ihr Berufswunsch und deshalb besuchte sie 1971 in Mödling die Krankenpflegeschule, die sie 1975 mit dem Diplom beendete. Im Anschluss wollte sie weg von ihren Eltern und hatte auch ein Vorstellungsgespräch in der Rudolfsstiftung, wo es ihr aber nicht wirklich gefiel. Zwar wollte sie andere Häuser kennen lernen, doch dann wurde ihre Mutter krank und sie blieb im Bezirk.

Durch ihre lange Zugehörigkeit ist sie mit dem Spital bestens vertraut und diese Zeit war auch sehr prägend für sie. Im alten Krankenhaus war sie die dritte Diplomierte inmitten der geistlichen Schwestern. Unter dem jungen Primar Zacherl wurde damals so ziemlich alles operiert – nur Transplantationen wurden nicht vorgenommen. Es gab eine Unfallchirurgie, aber auch eine Urologie, wo Prostataoperationen durchgeführt wurden. Sie musste zunächst einmal das Kinderzimmer übernehmen, wo zum Beispiel Kleinkinder nach Tonsillektomien zu betreuen waren. Frau Pilat durchlief nach und nach alle Bereiche des Pflegedienstes. Sie half aus, war Diplomschwester und Stationsleiterin und arbeitete in verschiedenen Fachbereichen, ehe sie 1996 ihren Dienst als Pflegedirektorin antrat.

In ihren Anfangsjahren war die Tätigkeit mehr patientenorientiert und dem Personal stand mehr Zeit zur Verfügung, auf die einzelnen Patienten einzugehen. Es ergaben sich immer wieder Möglichkeiten zum Plaudern, was jetzt nicht mehr so einfach möglich ist – zumindest nicht am Tag.

Speziell nach dem 1989 aufgedeckten Fall „Lainz“ wurde vieles verändert und es entstanden neue Aufgabenbereiche. Die Pflege wurde auf Standards der Diagnosen stabilisiert, aber grundsätzliche Bereiche in der Pflege blieben unverändert. Gegenwärtig ist alles transparenter und es gibt einen gesetzlichen Rahmen, damit Patienten sehr gut gepflegt werden. Konkret geht alles nach Punkten für erbrachte Leistungen. Je nach Diagnose werden die Punkte dann abgearbeitet. Da man diese erwirtschaften muss, gilt die Devise: Je mehr Patienten – desto besser. Die Mitarbeiter

spüren natürlich, dass es hektischer geworden ist. Die kürzere Verweildauer im Spital verhindert es auch, eine engere Beziehung zum Patienten aufzubauen. (Früher war etwa bei einem Schenkelhalsbruch ein Aufenthalt von drei Wochen vorgesehen.)

Die bereits erwähnte Schwester Bettina ist die Vertretung von Frau Pilat, welche beabsichtigt, 2011 in Pension zu gehen. Beide Damen sehen sich ständig mit Änderungen und Neuerungen konfrontiert. Seitens der Holding kommen immer wieder neue Vorschläge und Instruktionen. Es laufen viele Projekte und auch die Pflegestandards werden neu überarbeitet und im Haus implementiert. Es gibt auch verschiedene längerfristige Projekte mit konkreten Zielen, wie zum Beispiel das „gesunde Krankenhaus“, das für drei Jahre anberaumt ist.

Was unter dem Begriff „gesundes Krankenhaus“ gemeint ist, erfuhr ich einige Wochen später von Frau Bettina Riedmayer sowie der Betriebsrätin, Frau Elisabeth Wenhardt. Das Angebot umfasst ein Führungskräfte-Coaching, das für die Stationsleitungen vorgesehen ist und in dessen Rahmen Frau Prof. Dr. Rotraud Perner jeden Monat eine zweistündige Lehreinheit abhält. Auch gemeinsame Wellness-Tage werden in einer Therme verbracht. Ebenso gibt es bei Bedarf Vergünstigungen bei den Weight Watchers zwecks Gewichtsreduktion. Eine Walkinggruppe, gemeinsames Radfahren und Laufen wurden eingeführt, aber die anfängliche Euphorie war bald wieder verschwunden.

Wichtig ist auch das „gesunde Arbeiten“. Konzepte für das Personal dienen dazu, dass dieses aus dem Trott heraus kommt. Schließlich ist es wichtig, dass man auf die Zukunft der Mitarbeiter schaut und sie bei Laune hält, denn ihre Zahl nimmt nicht zu. Außerdem möchte man ein zufriedenes Team.

Im Verhältnis zum Jahr 2008 wächst 2009 die Zahl der Patienten stetig an und diese Tendenz wird auch in Zukunft anhalten, weil die Leute immer älter werden. In der Umgebung Hainburgs gibt es einige Alten- und Pflegeheime, deren Bewohner bei gesundheitlichen Problemen eingeliefert werden. Die alten Menschen haben besondere Ansprüche: Wichtig für sie sind eine intensive Pflege und das Eingehen auf ihre Bedürfnisse. Auch die

Angehörigen nehmen einen wichtigen Part ein. Ihre Nachfolgerin Bettina ist daher gefordert, dafür Sorge zu tragen, dass sie die Mitarbeiter behält.

Was den Ausbildungslevel betrifft, ist in der Slowakei die Theorie stärker ausgeprägt und die Schülerinnen haben ein eher unkonventionelles, kürzeres Praktikum als wir. Während in der Slowakei das Pflegepersonal aber bereits mit Matura abschließt, ist dies in Österreich erst angedacht.

Einen Nachteil des Standortes Hainburg sieht sie in der dezentralen Lage. Früher gab es den Schulverband Hainburg-Mödling mit Schwesternschülerinnen aus der Region. Seit dieser nicht mehr existiert, fehlt es am eigenen Nachwuchs. Oft stellt sich Frau Pilat die Frage, warum im Osten der Beruf so unattraktiv ist. Am Tag der offenen Tür versucht man deshalb, Gusto darauf zu machen. Zur Zeit werden österreichische Schwestern aus anderen Häusern wie zum Beispiel Zwettl oder Horn aufgenommen. Diese bleiben dann einige Jahre, aber wenn sie keinen Partner finden, verlassen sie die Gegend wieder.

Nach der Grenzöffnung strömten slowakische Schwestern herein und da keine Österreicherinnen zur Verfügung standen, war man auf die Kräfte aus dem Nachbarland angewiesen. Frau Pilat bekommt auch jetzt noch extrem viele Bewerbungen aus der Slowakei. Sie hat aber die Erfahrung gemacht, dass die slowakischen Schwestern wesentlich weniger mit dem Haus verbunden sind, was sie als Manko empfindet. Wenn jemand aus der Gegend stammt, dann ist das Spital für ihn quasi die Heimat. Andererseits ist es legitim, wenn die Slowakinnen hauptsächlich bloß Geld verdienen wollen und dann wieder heim fahren. Mitarbeiter aus dem Burgenland sind zum Beispiel auch anders verbunden, identifizieren sich aber trotzdem mit ihrer Arbeitsstätte. Die Österreicherinnen ziehen für gewöhnlich an einem Strang – von den Slowakinnen tun das nicht alle. Die Schwestern, die sich in der Umgebung angesiedelt haben und bereit sind, auf ein gemeinsames Ziel hinzuarbeiten, die will sie auch behalten. Einen Vorteil hat Frau Pilat gemeinsam mit ihrer Stellvertreterin: Sie können sich die besten Kräfte aus dem Ausland aussuchen. 1996 war das noch nicht so.

Der Vorteil des Hainburger Krankenhauses liegt in der Kleinheit und Überschaubarkeit sowie in der Nähe zu Bratislava, welche von den Slowaken besonders geschätzt wird.

Natürlich gibt es auch Sprachbarrieren und die von Patienten oft als „härter“ bezeichnete Aussprache fällt auf. (Mit „härter“ ist der etwas forsche, rüde Tonfall gemeint, Anmerkung) Mit älteren Patienten, die nicht unbedingt hochdeutsch sprechen, ist die Verständigung manchmal besonders schwer und es kommt immer wieder zu Reibungspunkten. Manche Patienten brauchen eben länger mit dem Verstehen, aber es gibt auch die Möglichkeit, langsam und deutlich nachzufragen. Es hat für sie den Anschein, dass die Slowaken von den Jungen eher akzeptiert werden. Wenn Frau Pilat hört, dass auf der Station auf Slowakisch geredet wird, dann geht sie hin und erinnert daran, dass wir in Österreich sind. Bei Gesprächen hinter verschlossener Tür akzeptiert sie es aber. Sie ist sich mit ihrer Nachfolgerin Bettina einig, dass ein gewisser Deutschstandard extrem wichtig ist. Bewerbungen geben aber nicht unbedingt Aufschluss über die Deutschkenntnisse. Das Schreiben ist zwar oft fehlerhaft, aber es ist durchaus möglich, dass die Pflegekraft mündlich besser ist – dann weiß sie, dass sie sich artikulieren kann, aber es am schriftlichen Formulieren mangelt. Es ist schon vorgekommen, dass sie zu Bewerberinnen gesagt hat: „Lernen Sie bitte Deutsch und dann können Sie wieder kommen.“

Die Anwesenheit von fremdsprachigem Personal kann aber auch durchaus hilfreich sein. Wenn beispielsweise eine russische Patientin überhaupt kein Deutsch versteht und mit ihr deshalb auf Slowakisch oder in einer anderen Fremdsprache geredet wird, dann ist das in Ordnung, besonders wenn es sich um eine OP-Aufklärung handelt, denn in einem derartigen Fall ist es besonders wichtig, dass die Verständigung klappt. Selbstverständlich werden die österreichischen Bettenachbarinnen informiert.

Da die Slowakinnen, die im Krankenhaus arbeiten, nicht nur gut in der Pflege sind, sondern größtenteils auch nett, werden sie meistens von den Patienten akzeptiert. Als noch eine Nostrifikation verlangt wurde, war ein guter Level in der Sprachbeherrschung zu bemerken, zumal auch eine Deutschprüfung in Stockerau abzulegen war. Und das ist eben jetzt ein Manko. Seit dem Beitritt der Slowakei zur EU im Mai 2004 können Slowakinnen nämlich nach fünf Jahren Erfahrung in der Slowakei in Wien um Gleichstellung ansuchen, wo aber nur überprüft wird, ob die Ausbildungskriterien übereinstimmen. Frau Pilat hat allerdings den Vorteil,

dass sie sich auf Grund ihrer Position die Bewerber aussuchen kann und nicht jeden nehmen muss. Problematisch wird es nur, wenn sie Personal braucht und kein Österreicher zur Verfügung steht oder den Anforderungen nicht entspricht, denn dann ist sie auf Slowaken angewiesen. Schwestern kommen immer wieder zum Schnuppern und auf diese Weise bekommt die Oberin auf der Station den ersten Eindruck, ob sie ins Team passen würden. Die letzte Entscheidung liegt aber schlussendlich bei Frau Pilat.

Seit das Krankenhaus vom Land übernommen wurde, ist sie nicht gebunden, Mitarbeiter zu behalten, wenn diese nicht entsprechen. Als das Spital noch Gemeindesache war, war es schwieriger, sich von ihnen zu trennen.

Ihrer Meinung nach sind die Herzstücke von Hainburg die Zahlen, Daten und Fakten, die alles belegen. Konkret ist es die Chirurgie, deren OP-Zahlen für sich sprechen. Die Operationssäle sind ausgelastet und speziell bei Unfällen können Dr. Sebök und Primar Hausner ihre Fähigkeiten unter Beweis stellen. Ebenso nimmt die Behandlung von Sportverletzungen zu, da die Menschen immer aktiver werden. Auch die Interne Abteilung ist stets gut ausgebucht, denn wie bereits erwähnt, werden die Menschen immer älter und die Pflegeheime in Hainburg, Gänserndorf oder Fischamend sind „gute Zulieferer.“

Die Gynäkologie und Geburtshilfe erfreut sich bei den Slowaken schon lange besonderer Beliebtheit und man ist derzeit über die Patientinnen aus dem Nachbarland recht froh. Sie bedauert es, dass die Kassenpraxis des früheren Primar Dr. Mick noch nicht weitergegeben wurde, aber das soll sich schon bald ändern, denn es ist angedacht, dass sie von einem Facharzt des Krankenhauses übernommen wird. Zwar gibt es einige Oberärzte, die eine Wahlarztpraxis betreiben, aber das kann sich nicht jede Patientin leisten und Ärzte bringen eben oft ihre Patienten mit.

Neben den „echten“ Slowaken aus der Slowakei kommen auch Anderssprachige wie Koreaner oder Amerikaner, die in Bratislava leben, zur Behandlung. Die Slowaken sind gewöhnlich besser situiert, denn für Personen mit geringerem Einkommen ist eine Behandlung zu teuer, da es keine Kassenabstimmung gibt.

Während ihrem Dafürhalten nach Slowaken und Österreicher eine gemeinsame Mentalität haben, sind Südländer emotionaler und leben Freude und Schmerzen anders aus.

Die Mündigkeit jedes einzelnen Patienten hat im Spital Priorität. Auch auf diesem Gebiet hat sich im Vergleich zu früher viel geändert, denn heute wird vieles hinterfragt, was früher seitens der Patienten als selbstverständlich hingenommen wurde. Als Frau vom Fach möchte sie Befunde persönlich besprechen. Sie möchte gerne über alle Vorgänge informiert sein und ist auch anderem gegenüber offen. Mündigkeit ist nicht immer gleichzusetzen mit Notwendigkeit, aber man soll als Mediziner erklären und begründen können. Sie kann auch beruhigen und meistens sind die Patienten einsichtig. Manchmal wollen die Angehörigen aber bessere Informationen. Sie erzählt aus ihrer eigenen Lebensgeschichte: Als sie mit ihrer Tochter im AKH war, musste alles sehr schnell gehen, sodass für Aufklärung keine Zeit blieb. Aber in der Nacht um 23.00 kam dann der Operateur zu ihr, um mit ihr zu reden – und das war sehr beruhigend für sie.

Den Vorteil des Hainburger Spitals sieht sie darin, dass es klein und überschaubar ist. Es wird gute Medizin mit vielen Operationen geleistet, aber eben nicht alles. So gibt es beispielsweise keine Prostataoperationen mehr, obwohl Herr Dr. Grünwald diese im Rahmen des Versorgungsauftrags sicher machen könnte. Wenn eine OP nur einige Male pro Jahr durchgeführt wird, liegt ein größeres Risiko vor und sie will keine Experimente. Ärzte sollten sich spezialisieren und selbst wenn es einen Arzt gibt, der etwa die Prostata operiert, dann dauert es wieder lange, bis sich das herumspricht und eine Urologie wäre in Hainburg nicht sinnvoll. Vorbereitung und Nachbereitung hält sie bei der Behandlung für sehr wichtig.

Mit dem, was sie hier hat, ist Frau Pilat glücklich. Für die Zukunft wünscht sie sich, dass das Haus so bleibt und nicht kleiner wird.

Gespräch mit Schwester N.N. im Juli 2009

Die Stationsschwester der Gynäkologie schloss die Krankenpflegeschule im AKH 1978 mit ihrem Diplom ab. Sie war zunächst

auf Kinderkrankenpflege und Säuglingspflege spezialisiert. 1981 beendete sie ihre Arbeit in Wien auf der Onkologie und Endokrinologie und bekam im gleichen Jahr ihre Tochter. Nach der Karenz fing sie im Juli 1985 aus familiären Gründen im Krankenhaus Hainburg zu arbeiten an, denn Wien wäre von ihrem Wohnort Marchegg aus schwer erreichbar gewesen. Von 1985 bis April 2008 war sie im Turnusdienst auf der Geburtshilfe tätig, ehe sie die Stationsleitung übernahm.

Sie bedauert, dass es im Laufe der Jahre zu Personalreduktionen kam, was natürlich weniger Zeit für den einzelnen Patienten zur Folge hatte. Außerdem wurde die Administration erweitert. Bei der Patientenpflege muss der Pflegeprozess dokumentiert werden und die Schwestern müssen Pflegediagnosen erstellen, was einen wesentlich größeren Aufwand bedeutet. All das hat zur Folge, dass nicht mehr so gearbeitet werden kann, wie sie es sich einst vorgestellt hat.

Mittlerweile ist Hainburg zwar wieder ein altes Haus, aber früher war das Ambiente familiärer. Man kannte auch das Personal anderer Stationen. Heute gibt es Schwestern, die man kurz im Lift sieht und erfährt, dass sie schon ein halbes Jahr im Spital arbeiten. Zu den Ärzten ist der Kontakt eher gegeben.

Seit die Slowakei EU-Mitglied ist, wird die Ausbildung der slowakischen Schwestern anerkannt und es sind keine Unterschiede feststellbar, aber natürlich gibt es sowohl unter den Österreichern als auch unter den Slowaken engagierte und weniger einsatzfreudige Arbeitskräfte. Generell ist sie als Chefin aber mit ihren Schwestern zufrieden. Wenn etwas nicht in Ordnung ist, dann weist sie darauf hin, damit sich ein Fehler nicht wiederholt.

In ihrer Gegenwart wird die slowakische Sprache eher nicht verwendet, aber es gibt diesbezüglich keine Probleme. Wie es auf anderen Stationen ist, kann sie nicht beurteilen. Wird im Dienstzimmer slowakisch geredet, findet sie das in Ordnung, aber nicht auf der Station. Einzige Ausnahme ist Dr. Loksa, ein ehemaliger Slowake, denn sobald er Dienst hat, wird mit den Schwestern slowakisch gesprochen. Hat zum Beispiel Dr. Layr, der nicht Slowakisch kann, ein Verständigungsproblem, so übersetzt eine Schwester und das wird auch goutiert. Den Bettnachbarn wird auf der

Gynäkologie – im Gegensatz zu den Gepflogenheiten auf den anderen Abteilungen – nicht erklärt, was auf Slowakisch beredet wurde. Generell gibt es keine Sprachprobleme, denn die meisten der Slowakinnen sprechen – abgesehen von einer Schwester – sehr gut Deutsch. Außerdem sind die Patientinnen jünger und somit wahrscheinlich auch toleranter. Die jugoslawische Schwester versteht ebenfalls alles.

Der Großteil der slowakischen Patientinnen hat keine anderen Ansprüche als die Inländer. Sie gehören eher der gehobenen Schicht an und diejenigen, die aus der Mittelschicht stammen, arbeiten in Österreich. Die Klassepatientinnen kommen oft nicht direkt aus der Slowakei, sondern arbeiten in Fremdfirmen oder sind in einer Partnerschaft mit einem Slowaken.

Die Gynäkologie hatte schon immer einen guten Ruf. Schwester N. will ihre Station nicht in den Himmel loben, aber ihre Station hat tatsächlich einen guten Ruf. Es herrscht ein familiäres Klima und die Station platzt meistens nicht aus allen Nähten. Außerdem ist es relativ ruhig.

Müsste die Schwester ihren Appendix entfernen lassen, würde sie es ruhigen Gewissens in Hainburg tun, denn die Chirurgen sind erfahren bei Routineeingriffen. Die Patienten kommen hauptsächlich aus dem Bezirk Bruck/Leitha und dem Bezirk Gänserndorf.

Was die Bevorzugung betrifft, schaut sie nur, dass die Zimmer klein sind, wenn sie jemanden kennt. Medizinisch macht sie aber keine Unterschiede.

Was das Leiden anbelangt, meint sie, dass Jugoslawen schmerzempfindlicher sind und auch die Türken stärker empfinden. Natürlich fühlen Österreicher auch Schmerzen, aber nicht so stark. Slowaken und Österreicher sind sich diesbezüglich sehr ähnlich. Aber wie auf allen Gebieten ist es von Mensch zu Mensch verschieden. Türkinnen und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien sind vor allem was den Kaiserschnitt betrifft, schwerer zu mobilisieren.

Die Mündigkeit der Patienten wird von den Ärzten sehr gut akzeptiert. Zuerst wird geredet und aufgeklärt, dass es zum Beispiel ohne Kaiserschnitt zum Tod des Kindes kommen könnte. Jeder Arzt handelt aber anders und

verschiedene Ärzte reagieren eben unterschiedlich. Zur Absicherung müssen alle Sonderwünsche unterschrieben werden.

Ist ein neugeborenes Kind auffällig, so wird es nach der Geburt in ein anderes Krankenhaus mit entsprechender Abteilung transferiert. Neben Routineeingriffen werden auch Totaloperationen durchgeführt oder bei Inkontinenz spezielle Behandlungen angewandt. Wird aber zum Beispiel ein Karzinom diagnostiziert, werden die Patienten in ein geeignetes Zentrum zur Behandlung geschickt.

Da sich die Schwester nie einen anderen Beruf vorstellen konnte, ist sie mit ihrer Arbeit sehr zufrieden. Wenn sie gesund bleibt, will sie bis zur Pension im Haus bleiben.

Gespräch mit Hebamme N.N. im Juli 2009

Noch bevor ich mein Interview mit der slowakischen Hebamme beginnen konnte, meinte sie, sie sei keine große Rhetorikerin und sie werde nicht viel erzählen. Im Endeffekt wurde aber ein sehr informatives, langes Gespräch mit vielen privaten Details daraus. – Mehr als ich zu hoffen gewagt hatte.

An dieser Stelle musste ich erkennen, dass es in einem Krankenhaus um sehr viel mehr als nur um die Frage der Medizin geht, nämlich vor allem auch um die Geschichte der verschiedenen Menschen. So sagte sie gleich eingangs – noch ehe ich sie diesbezüglich fragen konnte, dass es ihr nur um Menschen geht, egal welcher Nation, und sie bedauert, dass es leider auch überall böse Menschen gibt.

Der Grund ihres Hierseins ist eine sehr berührende Geschichte. Für sie stand nie das Geld für sich selbst im Vordergrund, denn sie sagt über sich selbst, dass sie überhaupt nicht materiell eingestellt sei, sondern vielmehr habe sie als Alleinerzieherin nur an ihren Sohn gedacht. Obwohl sie seit seiner Geburt die ganzen Jahre für ihn allein verantwortlich war, wollte sie ihm bieten, was ihm zwei Elternteile geboten hätten. Während ihrer Karenz lebte sie bei ihren Eltern in der Mittelslowakei. Die Rückkehr in die Klinik nach Bratislava war nicht so einfach, aber sie wollte unbedingt in der Slowakei arbeiten.

An dieser Stelle holte sie weiter aus: Sie war nach Tripolis in Libyen gegangen, um dort als Schwester zu arbeiten – und kam schwanger zurück. Sie betont aber, dass der Vater aus der Tschechoslowakei stammte.

Nun war sie in der Slowakei, hatte ihren Sohn und bekam von ihrer Mutter das Angebot: „Wenn du es aushältst, dann lass das Kind da.“ So überließ sie das Kind seinen Großeltern, denn die hatten ein großes Haus mit Wiese und Fluss. Mehr als drei Jahre betreute ihre Mutter den Kleinen. Hätte sie ihn nach Bratislava mitgenommen, wäre sie womöglich ein Sozialfall geworden und das wollte sie nicht. Als Alleinerzieherin hätte sie keine Nachtdienste machen können, hätte die Wochenenden frei gebraucht und nur in der Ambulanz beschäftigt, hätte sie nicht genug verdient. So wollte sie in Bratislava bleiben und ihren Sohn spätestens zu sich holen, wenn er sechs war und in die Schule kam.

Aber durch einen Zufall – besser gesagt einen Anruf an einem Sonntagnachmittag im Februar 1991 – wurde ihr Leben verändert: Der bereits erwähnte Gynäkologe Dr. Loksa, der nur 50 Meter entfernt von ihr in Petržalka wohnte, war am Telefon. Er arbeitete seit Dezember 1990 in Hainburg und fragte sie: „Kennst du eine Hebamme, die Deutsch kann? Wir brauchen nämlich in Hainburg eine.“

Sie brauchte zwar wegen ihres Sohnes einen neuen Job, aber 17 Lektionen eines Deutschbuches zu lernen, war am Abend nicht möglich. Da auch keine Kollegin Deutsch beherrschte, musste sie absagen. Beim Kaffee besprach sie das Problem mit einem Oberarzt, der nur meinte: „Du hast hoffentlich zugesagt.“ Als sie verneinte, wurde er richtig böse, denn in ihrem Fall müsse sie ja nicht über Rembrandt sprechen und die paar Wörter wie „pressen, atmen, ...“ das könne ja nicht so schwer sein. Also setzte sie sich in ein Taxi und fuhr nach Hainburg, schaute sich nach Dr. Loksa um und fragte, ob sie noch eine Hebamme bräuchten. Gemeinsam gingen sie zur Oberin und sie versuchte mit ihren paar eingelernten deutschen Sätzen, die da lauteten: „Ich heiße... . Ich komme aus der Slowakei. Ich habe einen Sohn“, durchzukommen. Sie hoffte, nicht mehr gefragt zu werden. Schließlich wurde ihr angeboten, sich bei Interesse die Station genauer anzusehen.

Also nahm sie sich zwei Wochen Urlaub, ohne dass man in der Slowakei davon wusste, was sie vorhatte. Hainburg stellte ihr gratis ein Zimmer und Verpflegung zur Verfügung, damit sie unentgeltlich schnuppern konnte. Dann nahm sie im Mai ihren Resturlaub und kam für drei Wochen nach Hainburg. Nachdem die Formalitäten erledigt waren, konnte sie kündigen und am 1. Juli 1991 hatte sie ihren ersten Arbeitstag. Nach weiteren sechs oder sieben Jahren bekam sie den österreichischen Pass.

Was ihre damalige Arbeitssituation betraf, war es eine riesige Umstellung für sie. Sie musste erkennen, dass eine Hebamme in Österreich viel mehr Verantwortung trägt als in der Slowakei, die Arbeit dadurch aber sehr erfüllend ist. In Österreich begleitet eine Hebamme die Entbindende und ein breites Spektrum – von der Aufnahme über die Betreuung während der Geburt bis drei oder mehr Stunden danach – gehört zu ihrem Aufgabengebiet. Wenn notwendig, verbringt sie Stunden bei der Gebärenden. In der Slowakei durfte sie nicht untersuchen und die Geburten wurden von den Ärzten geleitet. Ihre Aufgabe in Bratislava bestand hauptsächlich darin, Handschuhe zu holen und die schmutzige Wäsche zu entfernen. Harnstreifen kontrollieren und Blutdruck messen durfte sie auch noch. Wenn alles gut verläuft, ist eine Geburt für sie das Schönste, das man sich vorstellen kann. Sie betont wieder und wieder, dass ihre Arbeit so erfüllend ist. – Eben anders als in der Slowakei. Ob sich diesbezüglich inzwischen in der Slowakei viel geändert hat, weiß sie nicht.

Dass sich slowakische und österreichische Spitäler optisch unterscheiden, ist logisch. Das Verhältnis mit den Primaren Mick und Gamperl war bzw. ist sehr gut und sie drücken sich auch etwas anders aus als die Kollegen in der Slowakei, zumal ihr damaliger Primar ein Despot war. In ihrer Klinik gab es jährlich 1.500 Geburten. Sie war also oft müde, aber noch bevor sie sich heim schleppen konnte, wurde sie wegen einer Kleinigkeit „zusammengeputzt“. Sie war jung und konnte damit nicht so gut umgehen. Sie hat deshalb oft geweint, aber so war eben das System.

In Hainburg wurde sie von Anfang an freundlich behandelt. Die Oberin, Frau Drescher, nahm sie gut auf, sie konnte lernen und selbstständig arbeiten – und die Grammatik war dabei nicht so wichtig. Neben ihrer Arbeit lernte sie oft bis in die Nacht, da sie sich auch den

ortsüblichen Dialekt aneignen wollte. Schließlich holte sie auch ihren Sohn nach. Für die Nostrifikation ging sie sechs Monate nach Wien und besuchte die Schule in der Semmelweis-Klinik, war im „Radldienst“ eingeteilt und am Abend wurde gelernt.

Die Ausbildungsunterschiede sind für sie schwer zu beurteilen, denn die Slowakinnen wurden früher nicht direkt in die Richtung ausgebildet, sondern sie waren Frauenschwestern und sie musste daher in Österreich viel dazulernen. Junge Ärzte in der Slowakei, denen bekannt war, dass sie beabsichtigte, nach Österreich zu gehen, wussten, dass sie Erfahrung bei Geburten brauchte und unterstützten sie besonders. Die Arbeit wurde zur Routine und sie lernte Dinge, die sie auch in Österreich brauchen konnte. Zufrieden meint sie, dass ihr Job ihr Hobby ist und das kann schließlich nicht jeder von sich behaupten.

Schon als Zehnjährige war ihr klar, dass sie einmal im Spital arbeiten würde. Aber dann kam alles ganz anders. In der Grundschule brauchte sie nur zuhören und hatte immer ausgezeichnete Noten. Dann kam die Klassenlehrerin und verkündete, dass es einen Probelauf gäbe, der es ermöglichen würde, dass Kinder aus Grundschulen in ein Gymnasium wechseln könnten. Normalerweise dauerte die Grundschule neun Jahre und nun wollte man prüfen, ob man diese braucht. Also kam sie gegen ihren Willen aufs Gymnasium, wissend, dass man damit außer studieren nichts anfangen konnte. Im Gegensatz zu ihr waren ihre Eltern sehr froh darüber, denn früher war alles nicht so einfach.

Sie war sehr unglücklich, denn mit einem Mal war die letzte Möglichkeit, in eine Schwesternschule zu wechseln, vorbei. Nach der Matura wollte sie Medizin studieren, aber diesen Wunsch hatten auch die anderen 36 oder 37 Abgänger aus ihrem Jahrgang. Da die Studienplätze begrenzt waren und ihr die nötigen Beziehungen fehlten, hatte sie keine Chance. Also ging sie für zwei Jahre nach Ružomberok in die Hebammenschule und machte so quasi ihren Abschluss.

1981 fing sie in Bratislava zu arbeiten an, bevor sie nach Libyen wechselte, wo sie in einer Poliklinik eine Anstellung fand. Dann kehrte sie, wie bereits erwähnt, nach Hause zurück, war schwanger und in Karenz.

Wieder auf ihren Arbeitsplatz in Hainburg angesprochen, gibt es ihrer Meinung nach unter den Schwestern keine Differenzen und Probleme. Niemand sitzt in einer eigenen Ecke, sondern alle kommen zusammen und es wird Deutsch gesprochen. Vor den Patientinnen wird nicht auf Slowakisch geredet. Im slowakischen Personal wird zwar untereinander die Muttersprache verwendet, aber nur, wenn es allein ist. Kommt eine Österreicherin dazu, wechseln sie sofort auf die Landessprache. Mit slowakischen Patientinnen redet sie, wenn eine österreichische Schwester dabei ist, nur deutsch. Gibt es Verständigungsprobleme bei der Slowakin, dann sprechen sie zwar slowakisch, aber der Kollegin wird erklärt, worum es geht. Mit ihrem Sohn redet sie sowohl slowakisch als auch deutsch, ihr österreichischer Lebensgefährte hingegen beherrscht nur das notwendigste slowakische Vokabular. Sie glaubt, dass man eine Sprache am besten lernt, wenn man dazu gezwungen ist.

Wie es auf der Internen Abteilung bezüglich des Verhältnisses zwischen slowakischen Schwestern und Patienten aussieht, kann sie nicht wirklich sagen. Ab und zu kann es aber schon vorkommen, dass sich zum Beispiel der Mann einer Gebärenden auf der Gynäkologie über die Sprache aufregt. Aber sie glaubt nicht, dass sie im Kreißaal ihrer Abstammung wegen nicht akzeptiert wird. Sollte es aber irgendwelche Schwierigkeiten geben, ist sie geduldig und um eine gewisse Harmonie bemüht.

Ihrer Meinung nach gibt es schon eine gewisse Affinität zwischen der Schmerzgrenze und der Nation. Die Türkinnen scheinen mehr zu leiden, manchmal beten sie auch laut und schnell, aber das ist eben ihre Mentalität und man kann sie deswegen nicht verurteilen. In Libyen war es nicht anders. Dort hatten Frauen 10 bis 15 Kinder und in der Schwangerschaft immer Probleme. Sie kamen einfach in die Ambulanz, weil sie raus aus dem Haus wollten oder einfach Zuwendung suchten. Es wurde der Blutdruck gemessen oder sie verlangten nur Multivitamin-tabletten, die das Personal dann oft draußen in den Sträuchern fand.

Slowakinnen machen in der Regel kaum Probleme und sie kommt mit ihnen recht gut zurecht. Junge Österreicherinnen bereiten mitunter auch Schwierigkeiten. Manchmal haben sie ein Ausgangsgewicht von 80 und 90 Kilo und das kann in der Schwangerschaft bis zur Geburt auf 130kg

anwachsen. Eine Schwangerschaft dauert 40 Wochen, aber sie wollen wegen des Gewichts früher entbinden. Als Hebamme hat sie aber erst Akzeptanz dafür, wenn das Kind ausgereift ist. Auffällig für sie ist, dass Frauen aus Bosnien Herzegowina oft dadurch anecken, weil sie frech sind und man sie mit der Prinzessin auf der Erbse vergleichen könnte.

Auch einen geplanten Kaiserschnitt findet sie nicht so erstrebenswert. Wehen tun nun einmal weh, aber viele Mütter sind noch nicht reif genug, um zu verstehen, dass es bei einer Geburt Schmerzen gibt. So lange es dem Baby gut geht, schlägt sie Medikation bis Epiduralanästhesie vor. Die Frauen sollen „die Zähne zusammenbeißen“ und erst wenn es nicht anders geht, kommt der Kaiserschnitt als letzte Möglichkeit in Frage. Sie lässt Aussagen wie: „Ich will keine Schmerzen“ nicht als Argument gelten. Viele Schwangere bedenken nicht, dass es einen Bauchschnitt gibt und bei einer weiteren Geburt der Bauch mit großer Wahrscheinlichkeit wieder geöffnet wird. Sie meint, dass die heutigen jungen Frauen wenig belastbar und schnell mit den Wehen überfordert sind. Aber die Geburt ist ja erst der Anfang dessen, was Eltern für ihre Kinder tun. Prinzipiell findet sie es gut, wenn sich Eltern um ihre Kinder Sorgen machen, aber alles sollten sie ihnen nicht aus dem Weg räumen. Das führt nämlich dazu, dass man nicht mehr bereit ist zu kämpfen. Auch als Eltern braucht man viel Zeit und Geduld – vom Babyalter bis zum Erwachsenwerden.

Sie glaubt nicht, dass Patientinnen nur wegen der Schwestern nach Hainburg kommen, sondern dass die Mundpropaganda sehr zufriedener Frauen viel ausmacht. Die Slowakinnen, die in Hainburg entbinden, entstammen in der Regel einer höheren Schicht. Sie finden das Spital als solches und das Ambiente im Speziellen einladender, während in der Slowakei vieles veraltet ist. Man kümmert sich hier besser um jede einzelne Patientin, man spricht mehr und betreut intensiver. Die Slowakei hinkt vor allem bei der Kommunikation noch etwas nach und manche Ärzte haben noch immer nicht begriffen, dass sie mit ihren Kunden anders umgehen sollten. Auch die Qualität und die hygienischen Standards findet sie hier besser.

In ihrem Beruf bemüht sie sich, ihr Bestes zu geben. Die Menschen, die aus der Slowakei nach Österreich kommen, um hier zu arbeiten, haben

ein gewisses Intelligenzniveau, denn – wie in ihrem Beispiel – ist es nicht ganz so einfach, nach zehn Jahren Arbeit in Bratislava eine neue Sprache zu lernen und neu anzufangen, noch dazu mit einem Kind. Sie wollte die Sprache lernen und musste viel dafür tun. Natürlich hat sie sich als 30-jährige Anfängerin auch unwohl gefühlt. Mittlerweile ist Österreich zu ihrer zweiten Heimat geworden, wo sie sich angekommen fühlt. Sie hat viele Freunde gewonnen und ist sehr glücklich.

Als Hebamme möchte sie, dass die Frauen natürlich entbinden, solange es von Seiten des Kindes möglich ist und so lange alles im Normbereich liegt. Die Gebärenden sollen selbst sprechen und sie motiviert im Hintergrund. Heute stehen auch zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung, um eine Geburt zu erleichtern – sei es durch die Wanne zur Entspannung oder durch Medikamente, die eingesetzt werden, bevor es zu einer Operation kommt. Wenn sich eine Geburt allerdings sehr lange hinzieht und überhaupt nichts weiter geht, dann beginnt man schon, sich Alternativen zu überlegen.

Sie kann keine Trends erkennen, ob Geburten häufiger in der Nacht oder am Tag stattfinden. Sie weiß nur, dass es Gebärende auf ihrer Station am Tag genauso leise haben wie in der Nacht. Wenn die Frauen absolute Ruhe brauchen oder es dunkel wollen, werden Türen und Fenster geschlossen, damit es finster wird. Sie ist generell in der Eröffnungsphase bei der Patientin und gegen Schluss ist sie immer öfters bei dieser. Solange die Wehen noch in längeren Intervallen kommen, schaut sie immer wieder vorbei, aber wenn alles in Ordnung ist, dann gibt es in dieser Phase für sie nichts zu tun. Da spielen die Väter, die meist vor Ort sind, eine große Rolle. Bei fast allen Frauen ist der Partner dabei oder zumindest die Mutter oder eine andere Bezugsperson. Sie ist dafür, dass immer eine Vertrauensperson anwesend ist, denn das erleichtert auch ihre Arbeit.

Keine Gebärende ist allein. Wenn die Patientin allerdings gut zurecht kommt, muss sie nicht ständig bei ihr sitzen. Sie wirft aber immer wieder einen Blick auf die werdende Mutter, kontrolliert das CTG und die Begleitperson kann sie jederzeit rufen. Am Schluss, wenn der Muttermund schon sieben oder acht Zentimeter offen ist, dann verläuft alles unter Kontrolle.

Da sie eine Niederlassungsbewilligung hat, kann man sie bei Bedarf auch privat engagieren, wenn sie keinen Dienst hat. So übernahm sie zum Beispiel bei einer Slowakin, die zwar Slowakisch, Englisch und Französisch spricht, aber gemeint hat, sie fühle sich in Gegenwart einer slowakisch sprechenden Hebamme besser, die Begleitung. Mit 48 Jahren hat sie keine großen Zukunftspläne mehr, sondern das Gefühl, angekommen zu sein. Jetzt hat sie auch einen österreichischen Lebenspartner, mit dem sie viel unternimmt. Wichtig ist ihr in allen Lebenslagen ein bestimmtes Niveau.

Auch mit dieser Schwester habe ich nach dem „offiziellen Teil“ noch weiter geplaudert und erkannt, dass sie eine äußerst lebensfrohe Person ist, die sich in Hainburg wirklich wohl fühlt und hier eine zweite Heimat gefunden hat. Natürlich fährt sie noch immer gern in ihre alte Heimat, etwa auf den Markt oder einfach nur, weil auch ihr Lebenspartner sehr gerne dort ist.

Allerdings kritisiert sie an Hainburg, dass so wenig los ist und man abends kaum Leute auf der Straße sieht, und das findet sie schade. Sie ist gut integriert und hat viele Freundinnen gefunden. Sie liebt die Natur – vor allem Kanu fahren in der Au, was sie erst entdecken musste – denn sie hätte sich nicht gedacht, dass sich hier solche Schönheiten verbergen.

Dann redet sie noch von ihrem Sohn, der seiner Großmutter am Totenbett versprochen hat, die Matura nachzuholen. Bevor ich gehe, betont sie noch einmal, dass sie mit ziemlicher Sicherheit noch heute in der Slowakei wäre, wenn sie nicht das Kind bekommen hätte, denn für sie allein hätte es allemal gereicht, aber für zwei wäre es als Alleinerzieherin viel schwieriger gewesen. – Und das glaube ich ihr aufs Wort.

Gespräch mit Hebamme N.N. im Juli 2009

Das Gespräch, das ich am 28. Juli 2009 mit einer österreichischen Hebamme führte, war etwas Besonderes für mich, denn sie ist die Frau, die mich als erstes in Empfang genommen hat – nämlich als Hebamme bei meiner Geburt.

Der Grund, weshalb sie in Hainburg arbeitet, ist die Nähe zu ihrem Wohnort im Burgenland. Vorher war sie für zwei Jahre in Wien beschäftigt,

aber sie wollte nicht für immer in der Stadt bleiben. Als dann das Angebot aus Hainburg kam, nahm sie an, obwohl sie noch ganz gerne eine Weile in Wien geblieben wäre, aber sie wollte sich schlussendlich die Chance nicht entgehen lassen.

Was ihre Ausbildung betrifft, absolvierte sie zunächst in der Haushaltungsschule, bevor sie die Ausbildung zur Hebamme machte. Sie erfüllte sich damit einen ihrer drei Berufswünsche: Kindergärtnerin, Kinderschwester oder Hebamme.

1981 kam sie ins Haus und sie bestätigt mir, dass es seither eine Reihe medizinischer Veränderungen gegeben hat. So gibt es mit Sicherheit mehr Kaiserschnitte und auch wesentlich mehr zusätzliche Untersuchungen in der Schwangerschaft, wie etwa CTG und Ultraschall. Außerdem ist die Aufenthaltsdauer viel kürzer als früher.

Auf meine Frage bezüglich ihrer Ansicht zu Kaiserschnittgeburten meint sie, dass sie eher gegen Wunschkaiserschnitte ist. Wenn sie allerdings medizinisch indiziert sind, wie zum Beispiel bei Zwillingen oder einer Beckenendlage, wenn das Risiko für eine normale Geburt aus anderen Gründen zu hoch ist oder es zu Problemen während der Geburt kommt, ist sie natürlich dafür.

Zu ihren slowakischen Kolleginnen bemerkt sie, dass sie generell in etwa den gleichen Ausbildungsstand wie die Österreicherinnen haben. Allerdings mussten sie früher ihre Dokumente nostrifizieren lassen, was seit dem EU-Beitritt nicht mehr notwendig ist. Auch der Hebammen-Level sei ähnlich. Sie weiß aber, dass slowakische Hebammen früher keine Geburten leiten durften, sondern lediglich Hilfsdienste verrichteten.

Sowohl auf der Geburtenstation als auch auf der Gynäkologie gibt es unter den Schwestern keine Gruppenbildung und auch mit den Ärzten herrscht ein gutes Einvernehmen. Ebenso haben die Patientinnen meistens keine Vorlieben für die Nationalität des Personals. Einige wollen allerdings, dass eine Hebamme ständig bei ihnen bleibt. Optimal wäre es daher, wenn man die Patientin während der Schwangerschaft, bei der Geburt und auch im Wochenbett begleitet. Da die Hebammen aber einen so genannten „Radl-Dienst“ haben, ist das nur in Ausnahmefällen möglich, denn sonst müsste die Schwester, nachdem sie Nachtdienst hatte und eine Patientin am Tag

darauf bei ihr entbinden will, anschließend wieder einen Nachtdienst machen.

Direkt slowakische Patientinnen gibt es ihrer Erfahrung nach nicht. Sie haben zwar die slowakische Staatsbürgerschaft, arbeiten aber in Österreich als Kellnerin, als Schwester oder als Kassierin und sind somit im Inland sozialversichert. Für die meisten „echten“ Slowakinnen wäre eine Behandlung in Hainburg kaum leistbar. Die Klassepatientinnen aus der Slowakei sind eher Französinen, Deutsche oder Amerikanerinnen, die bei Firmen in der Slowakei beschäftigt sind. Diese sprechen hauptsächlich englisch und da alle Schwestern zumindest ein wenig Englisch können, gibt es keine Verständigungsprobleme.

Die Ansprüche der Patientinnen sind sehr unterschiedlich, aber nicht nationalitätsabhängig. Selbstverständlich gibt es Klassepatientinnen, welche im Einbettzimmer zum Beispiel auch Wunschessen bekommen. Das ist aber von den Versicherungen abhängig.

Die Gründe für eine Entbindung in Hainburg sind für meine Gesprächspartnerin ganz klar: Die freundliche, persönliche Betreuung oft in Wohnortnähe, die nur in einem kleinen Haus möglich ist. Es steht genügend Zeit für jede einzelne Patientin zur Verfügung und ermöglicht, dass individuell auf die Bedürfnisse jeder Frau eingegangen werden kann. In Wien hingegen gleicht es oft eher einer Massenabfertigung. Als Manko bezeichnet sie allerdings das Fehlen einer Kinderstation.

Ausstattungsmäßig gibt es in Hainburg zwei Kreißsäle und ein Entspannungszimmer, welches man im Notfall (also falls drei Geburten gleichzeitig stattfinden) auch in ein Entbindungszimmer umfunktionieren kann. Früher war es so, dass nur ein Paravent zwei entbindende Frauen trennte.

Die Dienste der Hebammen sind – wie bereits erwähnt – so geregelt, dass eine jeweils Tag- und eine Nachtdienst versieht. Zusätzlich ist eine weitere Hebamme immer von 07.30 bis 14.00 im Haus. Meine Gesprächspartnerin schätzt die Abwechslung dieser Wechseldienste.

Prinzipiell versucht sie, keinen Unterschied zwischen einer ihr bekannten oder fremden Patientin zu machen und bemüht sich, jede gleich einfühlsam zu betreuen. Wenn man einander allerdings schon kennt, so ist

das von Vorteil, denn man kann sich besser auf die Frau einstellen, was diese wiederum als sehr angenehm empfindet. Kennt man eine Person sehr gut, so kommt es schon vor, dass man beim Primar nachfragt, ob es nicht – je nach Verfügbarkeit – ein besseres Zimmer gäbe.

Was den Leidensdruck anbelangt, ist es letztlich egal, woher die Patientinnen stammen. Es stimmt zwar schon, dass die Türkinnen meistens lauter sind und zu „Allah“ beten, aber auch Österreicherinnen können laut sein und Türkinnen hingegen leise. Besonders die erste Geburt ist mit Sicherheit schwerer.

Als Stationsvorsteherin versucht sie, keinen Einfluss auf ihre Kolleginnen zu nehmen. Wenn sie aber nach ihrer Meinung gefragt wird, dann gibt sie eine ehrliche Antwort. Handelt es sich um einen Wunschkaiserschnitt, fragt sie die Patientin nach dem Grund und klärt diese über andere Geburtsmöglichkeiten auf. Sind die Herztöne eines Ungeborenen nicht in Ordnung, die Mutter möchte aber trotzdem unter Wasser entbinden, dann weist sie auf mögliche Gefahren hin, was in der Regel auch akzeptiert wird, zumal es um das eigene Kind geht. Verhält sich ein Vater ihr gegenüber aggressiv und ausfällig, so holt sie die Kinderschwester, einen Assistenzarzt oder sogar den Oberarzt, denn allein redet sie in so einem Fall mit niemandem.

Wenn alles problemlos verläuft, dann leiten Hebammen die Geburt. Verschlechtert sich aber das CTG, so holt sie den Oberarzt herbei. Sind zwei Geburten gleichzeitig, so wechseln die Hebamme und der Oberarzt einander ab. Falls bei einer Patientin das CTG auffällig ist, bleibt der Oberarzt bei dieser. Zu einem „Supergau“, wo ein Kaiserschnitt und mehrere reguläre Geburten gleichzeitig stattfinden, kommt es zum Glück eher selten. Bei einer Sectio ist die Hebamme normalerweise anwesend, aber entbindet eine zweite Frau gleichzeitig, so geht die Kinderschwester statt ihr in den OP mit. Der Dienst habende Oberarzt ist dann für den Kaiserschnitt zuständig und ein Turnusarzt wird für die komplikationslose Geburt geholt. Die Kommunikation zwischen der Geburtenstation im zweiten Stock und dem OP im ersten Stock ist sehr gut. Es braucht nur eine Notglocke betätigt zu werden und schon wird für den Eingriff alles vorbereitet. Auch Internisten oder Chirurgen können im Notfall gerufen werden.

Das Landeskrankenhaus bietet einmal im Monat für werdende Mütter eine Kreißsaalbesichtigung und Anästhesisten halten monatlich einen Vortrag über PDA (Periduralanästhesie) ¹²⁰. Das Hainburger Team beschäftigt sich auch mit Homöopathie. So hat eine Oberärztin eine spezielle Ausbildung und dieses Wissen gibt sie an die Hebammen weiter. Ebenso wird mit Aromatherapie gearbeitet.

Abschließend meint sie, dass sie sich auf ihrem Arbeitsplatz sehr wohl fühlt und sich auch für glücklich hält.

Gespräch mit Schwester N.N. im Juli 2009

Meine Gesprächspartnerin von der 2. Internen Abteilung lebt mit ihrer Familie seit ihrer Geburt in Hainburg, blieb der Liebe wegen in der Stadt und arbeitet seit ihrer Diplomierung 1990 im örtlichen Krankenhaus. Sie wollte ursprünglich Säuglingsschwester werden, ist aber im Nachhinein froh, dass sie auf der Internen Abteilung ihren Platz gefunden hat, denn hier ist sie glücklich.

Angesprochen auf die Ansteckungsgefahr auf der Internen Abteilung meint sie, dass sie diese nicht störe und dass sie diesbezüglich keine Angst habe. Auch wenn sehr viele Patienten in ihrer Umgebung etwa eine Lungenentzündung gehabt haben, hat sie sich noch nie angesteckt, denn im Laufe der Zeit entwickelt man eine gewisse Resistenz. Mit einem Augenzwinkern meint sie: „Uns kann nur die schwarze Pest töten.“ Im Gegensatz zu ihrer Abteilung gibt es auf der „Internen 1“ zwei Infektionszimmer, wo zum Beispiel Schweinegrippe-Patienten untergebracht werden. Im Falle, dass mehr Bedarf an speziellen Zimmern ist, muss dieser Platz geschaffen werden, denn es kann durchaus vorkommen, dass mehr Menschen erkrankt sind, als es Platz in den Infektionsbetten gibt.

Was sich seit ihrer Anstellung geändert hat, ist sicherlich die immer kürzer werdende Verweildauer. Auch die Qualität steigt und die Patientenzahl nimmt stetig zu. Im Gegenzug dazu blieb aber der

¹²⁰ Sandoz AG, S 171.

Schwesternstand fast unverändert. Im Jahr 2008 gab es fast 10.000 Patienten, was natürlich auch eine Steigerung der Bürokratie zur Folge hat.

Bezüglich der Zusammenarbeit mit dem slowakischen Personal meint sie, dass es problematisch wird, wenn vor allem alte Menschen nicht in der Schriftsprache reden. Sie sagen zum Beispiel nicht: „Ich muss urinieren“, sondern sie meinen: „I muaß wischaln“, und damit können dann die slowakischen Schwestern oft nichts anfangen. „Dolmetscher“, sprich österreichische Schwestern, sind aber nur bedingt vorhanden, denn manchmal machen slowakische Schwestern gemeinsam Dienst und sind somit auf sich allein gestellt, sich mit den Patienten zu verständigen.

Natürlich probieren slowakische Schwestern zwischendurch, sich in ihrer Muttersprache zu unterhalten, aber das lehnt sie entschieden ab, weil sie es in ihrer Gegenwart als unhöflich empfindet. Einzige Ausnahme ist, dass slowakisch erklärt werden darf, wenn eine slowakische Schwester etwas nicht versteht. Hier setzt auch ihre Kritik beim nicht ganz unumstrittenen früheren Primar D. an, denn dieser unterhielt sich mitten auf dem Gang lautstark in seiner Muttersprache. Ansonsten kann sie aber nichts Negatives über ihn sagen, weil sie nicht mit ihm zusammenarbeiten musste. Verfällt eine ihrer slowakischen Kolleginnen in ihre Muttersprache, so muss sie nichts mehr sagen, sondern es genügt, dass sie dieser einen Blick zuwirft – und schon wird auf Deutsch weiter geredet.

85 Prozent der Patienten der Internen Abteilung können als betagt bezeichnet werden. Allerdings sind die Patienten, die aus der Slowakei auf ihrer Station liegen, eher jünger. Sie entstammen meist einer besseren Schicht und kommen zu einer Durchuntersuchung. Sie hat dann Probleme mit den Slowaken, wenn diese nur slowakisch sprechen, denn diese Sprache beherrscht sie nicht.

Was die Zimmerwahl anbelangt, sind die slowakischen Patienten eher unkompliziert, aber natürlich gibt es auch welche, die – was den Komfort betrifft – etwas mehr herauszuholen versuchen. Aber sie können zum Beispiel auch nur aus den Speisen auswählen, die vorhanden sind – selbst wenn sie in einem Klassezimmer liegen.

Den Vorteil des Landesklinikums sieht sie darin, dass es klein und sehr familiär ist. Natürlich gibt es auch unzufriedene Patienten, aber wenn

jemand einmal zum Beispiel im AKH wie eine Nummer behandelt worden ist, dann meint er, dass es hier im Vergleich zu Wien viel besser sei.

Ihrer Erfahrung nach gibt es bezüglich des Leidensdruckes zwischen Österreichern und Slowaken keine gravierenden Unterschiede. Türken hingegen sind schwerstleidend, wenn sie nur einen Schnupfen haben. Auch bei Geburten ist das nicht anders, denn da schreien die Türkinnen „bis zum Hauptplatz.“

Der Zusammenhang zwischen Menschlichkeit und Medizin fällt ihrer Meinung nach in erster Linie in die Kompetenz des Arztes. Als Schwester versucht sie in einfacher Form darzulegen, was Sache ist und klar zu machen, was gut wäre. Sie muss schauen, was möglich ist, aber wenn dann trotzdem ein „Nein“ kommt, muss sie es akzeptieren. – Aber das ist sehr selten, denn meistens lassen sich die Patienten durch ihre Argumente überzeugen. Schließlich sind sie sehr vernünftig, wenn etwas lebenswichtig ist.

Unter den Schwestern gibt es im Grunde keine Spezialisierung, einzig eine Schwester ist für die Diabetes-Koordination verantwortlich. – Übrigens eine Slowakin. Sie erwähnt auch das Palliativteam, das im Haus arbeitet.

Auf einer fiktiven Glückchkeits-Skala von 1 bis 10 ist sie bei 9 angelangt.

Gespräch mit Pfleger N.N. im September 2009

Der einzige Mann des Pflegepersonals, mit dem ich ein Interview führte, ist zufällig durch seinen Zivildienst zu diesem Beruf gekommen. Üblicherweise dauert in der Slowakei das Heer nämlich zwei Jahre, er aber machte nach dem Gymnasium nur 18 Monate und dafür sechs Monate Zivildienst in einem kleinen slowakischen Krankenhaus, das den Barmherzigen Brüdern gehörte.

In einem Rückblick schildert er mir seinen Werdegang: Zunächst war er Pflegehelfer in der Slowakei, was bei uns einem Stationsgehilfen entspricht. Dann arbeitete er dort weiter für ein Jahr als OP-Gehilfe. 1992 besuchte er in der Slowakei einen Pflegekurs, bevor er die Möglichkeit bekam, im Hainburger Ulrichsheim (Altersheim, Anmerkung) als Pflegehelfer

zu arbeiten. Zunächst musste er das Erlernte nostrifizieren und einen kleinen Kurs im Wiener Hartmannspital absolvieren. Während seiner Tätigkeit als Stationsgehilfe im Ulrichsheim suchte er nach einer neuen Herausforderung und besuchte ab 2001 in Stockerau die Krankenpflegeschule, die er 2004 mit dem Diplom abschloss. Bis Februar 2005 arbeitete er weiterhin im Heim, bis er im Krankenhaus, wo es ihm besser gefiel, die Möglichkeit eines Praktikums bekam. Zunächst durchlief er im Haus die verschiedensten Stationen und fand besonders die Intensivstation interessant.

Zwischen zwei Ländern kann man laut seiner Aussage nur auf den Posten wechseln, den man auch im Ursprungsland inne hatte. Als er 1992 in seinem Spital in Bratislava eine Anzeige fand, dass man in Hainburg Personal suchte, fasste er den Entschluss, sich in Österreich zu bewerben. Nachdem er in Wien das Organisatorische erledigt hatte, trat der knapp über 20-Jährige als erster Slowakei im Ulrichsheim seinen Dienst an.

Er gibt zu, dass der Wechsel finanzielle Gründe hatte. Er wollte in Österreich Geld verdienen, um in der Heimat weiterstudieren zu können. Dann kam aber sein Kind und die Idee mit dem Studium wurde ad acta gelegt.

Relativ große Unterschiede zwischen den zwei Ländern bestehen in medizinischer Hinsicht für ihn im verwendeten Material und den Umgang mit Medikamenten in den Apotheken findet er weniger kompliziert als in seiner Heimat. Auch in Punkto Hygiene ist Österreich weit voraus. Obwohl es in Bratislava schon besser geworden ist, denkt er, dass das Land auch heute noch hinten nachhinkt. In Bratislava geht er nur ins Spital, um einen Besuch zu machen. Er meint, dass es uns dagegen sehr gut gehen würde.

Er wohnt zwar noch immer in Bratislava und fährt seit 1992 jeden Tag heim – zunächst mit dem Mofa, denn schließlich sind es nur 19 Kilometer – aber seinen Wechsel nach Österreich hat er nie bereut und er ist sehr gerne in Hainburg. Nach seiner Tätigkeit im Ulrichsheim und nach der Ausbildung zum Diplompfleger wollte er etwas Neues machen und beruflich aufsteigen. Besonders interessierten ihn schon immer der OP-Bereich und die Intensivstation. Auch die Anästhesie gefällt ihm sehr gut.

Auf der Chirurgischen Intensivstation, wo er derzeit eingesetzt ist, hat er mit sehr vielen Patienten im Tiefschlaf zu tun, aber mit denen, die wach sind, unterhält er sich gerne. Daraufhin spreche ich ihn auf seine sehr guten Deutschkenntnisse an und er meint, dass er in der Schule Sprachen gelernt hat – Deutsch, Russisch und ein wenig Englisch – und zusätzlich besuchte er auch Kurse. Da er sehr viele alte Menschen zu betreuen hat, fragte ich nach, ob es da nicht zu besonderen sprachlichen Problemen kommen würde. Er verneint, denn schließlich hatte er auch im Heim immer Kontakt mit dieser Altersgruppe und weiß, wie man damit umgeht. Wann immer es seine Zeit erlaubt, plaudert er mit seinen Patienten und sie sind sehr dankbar dafür.

Meist sind die Patienten zwei bis drei Tage auf seiner Abteilung, manche bleiben aber auch mehrere Tage bis Monate unter seiner Obhut. Wenn sie sich im künstlichen Tiefschlaf befinden, muss er sie waschen und wickeln. Wichtig ist, dass er sich auch mit medizinischen Geräten auskennt, denn die Ärzte kommen immer nur kurz vorbei und melden sich beim Pflegepersonal, das alle Monitore unter Kontrolle haben muss. Weiters ist er für die Verabreichung der von den Ärzten verordneten Medikamente verantwortlich.

Von Gruppenbildung kann keine Rede sein. Auf seiner Abteilung sind drei Pfleger aus der Slowakei sowie einige Frauen, mit denen ein gutes Einvernehmen besteht. Andere wiederum beobachten alles ganz genau und suchen nur Fehler. Das ist aber keine Sache der Nationalität, sondern eher eine Frage der Geschlechter. Das Putzen stellt sich ebenfalls immer als Problem dar, denn Männern ist es nicht so wichtig. Er glaubt, dass man als Mann generell vieles anders sieht.

Hat man Hauptdienst, ist man von 07.00 in der Früh bis 19.00 für diese Abteilung verantwortlich, hat das Telefon über und ist auch für die Administration verantwortlich. Als Beidienst arbeitet man zum Beispiel von 07.00 bis 15.00. Ab und zu hat er mit slowakischen Patienten zu tun, die froh sind, dass jemand da ist, der ihre Sprache spricht und eine slowakische Zeitung bringt.

Intensivpatienten, die nicht an der Beatmungsmaschine hängen, fördert er insofern, dass er sie täglich etwa zwei Stunden heraussetzt, damit sie nicht immobil werden.

Er ist gewohnt, dass es Menschen gibt, die prinzipiell etwas gegen Fremde haben und ebenso können auch Schwestern und Patienten gegen Ausländer sein. Andererseits gibt es aber wesentlich mehr, welche keine Probleme damit haben.

Was die Sprache untereinander betrifft, so weiß er, dass zwei Slowaken untereinander zwar slowakisch reden, aber sobald ein Österreicher dabei ist, auf Deutsch gewechselt wird, weil er es als unhöflich empfindet, wenn man nichts versteht. Aus eigener Erfahrung weiß er, wie unangenehm das ist, denn als er in der Slowakei mit Ungarn zusammengearbeitet hat, störte es ihn auch, wenn diese nicht slowakisch sprachen. Aber natürlich gibt es auch Mitarbeiter, die das anders handhaben.

In Hainburg ist er sehr glücklich, er hat gute Dienste, die Arbeit ist interessant und auch die Bezahlung stimmt. Er hat keine Angst um seinen Arbeitsplatz, denn in seinem Beruf sind Fachkräfte sehr gefragt. Außerdem ist er sehr froh, dass er in der Nähe seiner Heimat arbeiten kann. Würde das Spital zusperren, wüsste er nicht, ob er – abgesehen von Kittsee – wegen der Entfernung in ein anderes österreichisches Spital wechseln würde.

Da sein kleiner Sohn bei ihm mitversichert ist, war dieser schon in Hainburg zur Behandlung. Seine Frau, die in der Slowakei beschäftigt ist, kann im Krankheitsfall aus finanziellen Gründen leider nicht nach Österreich. Also hofft er, dass sie nicht ins Spital muss. Sie hat zwar einen wichtigen Finanzjob, verdient aber weitaus weniger als in Österreich. – Sie würde also nur in einem absoluten Notfall hier behandelt werden.

Die Slowaken, die das Hainburger Krankenhaus aufsuchen, sind gut situiert und zahlen privat. Als Beispiel nennt er die Zeit, als der viel zitierte Dr. D. noch im Haus war und Magenoperationen machte.

9.1 Randbemerkungen

Jedes Mal, wenn ich in das Spital kam, um Interviews zu führen beziehungsweise bei meinen Recherchen neue Bekanntschaften machte, dachte ich mir, dass es eigentlich nicht besser werden könnte, denn ich fühlte mich bei allen sehr gut aufgenommen.

Einzig eine Schwester auf der Gynäkologie verweigerte mir das Gespräch. Die positiven Erlebnisse überwogen so sehr, dass ich nicht wüsste, von wem ich mich im hoffentlich nicht so bald eintretenden Fall der Fälle behandeln lassen möchte.

Aber nicht nur der Umgang, der mit mir gepflegt wurde, begeisterte mich, sondern auch die Behandlung der Patienten. So viel Freundlichkeit und Zuneigung, aber auch medizinisches Können, hätte ich nicht erwartet.

Allen voran die Primärärzte der Abteilungen haben mich mehr als überzeugt, zumal sie nicht nur äußerst kompetent waren, sondern auch außerordentlich hilfsbereit und freundlich. Jeder Einzelne nahm sich ausreichend Zeit und beantwortete bereitwillig alle meine Fragen. Zum Teil stellten sie sogar ihr Telefon ab, um während des Gespräches nicht gestört zu werden. Sie zeigten großes Interesse am Verlauf meiner Arbeit und äußerten den Wunsch, eine eigene Ausgabe der fertigen Dissertation zu erhalten. Ferner machte ich die Erfahrung, dass sich jeder auf unterschiedlichste Art und Weise durch spezielle, nicht-medizinische Interessen auszeichnet, was sehr sympathisch macht. Aus jedem Gespräch ging ich jedenfalls gestärkt hinaus und ich bin sehr froh, das für mich genau richtige Themengebiet gewählt zu haben.

Auch die übrigen Ärzte waren durchwegs sehr kooperativ und wenn wir uns noch Monate nach dem Gespräch am Gang trafen, wurden einige nette Worte gewechselt. Ebenso ist über die Schwestern, die ich näher kennenlernen durfte, nichts Negatives zu sagen und jedes Mal, wenn wir uns im Krankenhaus begegneten, begrüßten wir uns außerordentlich herzlich.

Besonders freut mich das generelle Interesse. Arrivierte Damen boten sich als Mittlerinnen an und halfen mir bei Terminvereinbarungen, weil ihnen das Haus sehr am Herz liegt. Das Sekretariat des kaufmännischen Direktors erwies sich als sichere Insel, wo ich jeden meiner Besuche begann

und auch beendete. Zu beiden Damen pflege ich jetzt ein richtig freundschaftliches Verhältnis.

So bleibt mir abschließend nur zu sagen, dass ich das Hainburger Krankenhaus auf Grund meiner persönlichen Erfahrungen, die ich im Verlauf meiner Arbeit gemacht habe, sehr zu schätzen gelernt habe. Weiters hoffe ich, dass durch die gewonnenen Erkenntnisse, besonders was den Bereich der Kommunikation anbelangt, ein Beitrag zur Verbesserung des diesbezüglichen Klimas geleistet wurde und außerdem Inputs, die zur Beseitigung von Missständen, welche sich im Rahmen der Befragungen und Gespräche herauskristallisierten, gegeben wurden.

10 Literatur

Literatur:

Grin, Wolfgang, Kaiserschnitt – Wunsch oder Notwendigkeit, Edition Va Bene, Wien – Klosterneuburg 2004.

Jurgelucks, Christiane, Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Trauma. Über das Erleben betroffener Frauen, Mabuse – Verlag, Frankfurt am Main 2004.

Martius, Gerhard, Breckwoldt, Meinert, Pleiderer Albrecht (Hrsg.), Lehrbuch der Gynäkologie und Geburtshilfe. 2. verbesserte Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1996.

Oblasser, Caroline / Ebner, Ulrike / Wesp, Gudrun, Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen, 1. Auflage, Edition Riedenburger, Salzburg 2007.

Sandoz AG, Lexikon medizinischer Abkürzungen. 6. Auflage, o.O. 1983.

Siefert, Helmut, Von der Heiligen Elisabeth zur Hospizbewegung heute, in: Aumüller, Gerhard, Grundmann, Kornelia, Vanja, Christina (Hrsg.), Der Dienst am Kranken. Krankenversorgung zwischen Caritas, Medizin und Ökonomie vom Mittelalter bis zur Neuzeit. Geschichte und Entwicklung der Krankenversorgung im sozioökonomischen Wandel, S. 355 – 366; S. 363., N. G. Elwert Verlag, Marburg 2007.

Stedman, Thomas Lathrop, Stedman's Medical Dictionary. 25th Edition. Illustrated, Williams und Wilkins, Baltimore 1990.

Zeitungen und Broschüren:

Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.), 30 Jahre Selbsthilfe für Angehörige in Wien. Mut zur Veränderung, Wien 2005.

Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.), Alkoholismus – eine Krankheit der ganzen Familie, Essen 1979.

Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.), Bevor sie wiederkommen, Essen 1979.

Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.), Erklärung der Zwölf Schritte und Zwölf Traditionen, Essen 1979.

Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.), Präambel, Essen 1978.

Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.), Schwerpunkt Al-Anon. Für genesende Alkoholiker mit alkoholkranken Angehörigen, Essen 1979.

Amtsblatt, Bruck an der Leitha, 5/2009, Grünes Licht für Neubau des Landeskrankenhauses Thermenregion Hainburg, 05.03.2009.

Bezirksblatt, 5, Weitere Chance für Twin-City-Region, 28.01.2009.

Bezirksblatt, 9, Erfolgsgeschichte: Vom Hospital zum Landeskrankenhaus, 25.02.2009.

Bezirksblatt, 13, Schwierige Geburt im LKH Hainburg, 25.03.2009.

Bezirksblatt, 17, Kommunikation im Kreißsaal, 22.04.2009.

Bezirksblatt, 39, Neuer Web – Auftritt für LKH, 23.09.2009.

Bezirksblatt, 43, Künstler öffnen ihre Türen, 21.10.2009.

Bezirksblatt, 43, Neue Technologie im LKH, 21.10.2009.

Bezirksmagazin, 1/09, Landeskliniken: Tag der offenen Tür.

Die Presse am Sonntag, Glaubenskrieg um die Geburt, 26.04.2009.

Die Presse am Sonntag, „Das Kind ist nicht geerdet“, 26.04.2009.

Gesundheit. Das Magazin, Interview mit einem Betroffenen. Diagnose Hodenkrebs – nicht aufgeben!, 57. Jahrgang, Nr. 5, Agis Verlag GmbH, Baden-Baden, Oktober 2006.

Heute, Top-Klinikum für Hainburg, 23.01.2009.

Kurier, 65 Millionen Euro für Hainburg, 23.01.2009.

Kurier, Der Arzt als Partner statt als Halbgott, 29.06.2009.

Kurier, Checklisten für Ärzte ersetzen Improvisationskunst im OP, 10.12.2009.

Niederösterreich Zeitung, Beste Versorgung in Landeskliniken, Mai 2009.

NÖN, 05/2009, 65 Millionen Euro für Spitalsumbau!, 28.01.2009.

NÖN, 05/2009, Spital-Umbau nun fix: Baubeginn Mitte 2010, 28.01.2009.

NÖN, 06/2009, „Interne“ versorgt fast 5.000 Patienten im Jahr, 04.02.2009.

NÖN, 06/2009, Neuer Chirurgie-Leiter, 04.02.2009.

NÖN, 07/2009, Moderne OP-Methoden und Menschlichkeit, 11.02.2009.

NÖN, 09/2009, „Offene Tür“ im Spital, 25.02.2009.

NÖN, 10/2009, Mit der NÖN beim Tag der offenen Tür, 04.03.2009.

NÖN, 34/2009, „Spital: Auf zu neuen Wegen“, 19.08.2009.

NÖN, 43/2009, Kunst und Lyrik im Spital“, 21.10.2009.

NÖN, 44/2009, „Mehr Infos erwünscht“, 29.10.2009.

NÖN, 44/2009, „Medizinische Innovation“, 29.10.2009.

NÖN, 45/2009, „Klinikspaß mit Rapp“, 04.11.2009.

Oth, Herbert, Plattform Hodenkrebs Austria. Männer haben ihn, Frauen reden darüber

Schmidl, Hannes, Gesunde Gärten, in: Stadtplanung Wien. Beiträge zur Stadtforschung, Stadtentwicklung und Stadtgestaltung, Band 64: Gesunde Gärten. Frei- und Grünräume für Heil- und Pflegeanstalten in Wien, Wien, o.J..

Standard, 11,6 Kilometer und eine rot-schwarze Grenze, 12.08.2009.

Währingerblattl. Die Zeitung der Währinger Grünen, 02/09, Geburt: Natur versus Technik.

Internet:

http://de.wikipedia.org/wiki/Patch_Adams (06.02.2010).

<http://www.hainburg.lknoe.at>.

<http://www.hainburg.lknoe.at/patienten-und-besucherinfo/besuchszeiten.html?F=2> (06.02.2010).

http://www.klinikclowns.de/fr_01_id.html (06.02.2010).

<http://www.medizinpopulaer.at> Archiv > Medizin & Vorsorge > Hodenkrebs: Zahl der Betroffenen steigt (03.09.2009).

<http://www.partnerforum-gesundheit.at>.

Vom Landeskrankenhaus zur Verfügung gestellte Unterlagen:

Fleck, Martina, Beratung und Behandlung. Psychologische Betreuung im Landeskrankenhaus Hainburg.

Gamperl, Gottfried, Ausbildungskonzept Arzt für Allgemeinmedizin 01.06.2008.

Gamperl, Gottfried, Kommunikation im Kreisszimmer.

Gamperl, Gottfried, Lebenslauf.

Gamperl, Gottfried, Pressemitteilung Antritt Primar.

NÖ Landeskrankenhäuser – Holding (Hrsg.), Patienten-Information. Alles, was Sie wissen wollen!, St. Pölten, o.J.

Riedmayer, Bettina, Worauf muss ich als Pflegemanager in Bezug auf die Berufsberechtigung (DGKS/DGKP) bei der Einstellung eines neuen Mitarbeiters besonders achten?. „Ausübung der verschiedenen Berufe im Pflegebereich – Umsetzung der rechtlichen Bestimmungen“, NÖ Landesakademie – Abteilung höhere Fortbildung in der Pflege, Universitätslehrgang für Pflegemanagement 2009/2010, 28.02.2009.

Riedmayer, Bettina, Ermittlung des Personalbedarfs für die Stationen Interne 1 und Chirurgie 1 am Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg

nach DKG 85 (133 min.) und PPR. „Verfahren der Personalbedarfsermittlung im Pflegebereich“, NÖ Landesakademie – Abteilung höhere Fortbildung in der Pflege, Universitätslehrgang für Pflegemanagement 2009/2010, 15.06.2009.

Stadtgemeinde Hainburg a. d. Donau (Hrsg.), Krankenhaus Hainburg a. d. Donau. Festschrift anlässlich der Eröffnung des Neubaus (1. Baustufe) des a. ö. Krankenhauses der Stadt Hainburg an der Donau, Brentano Papier und Druck Ges. m. b. H., Gänserndorf 9. April 1983.

Stadtgemeinde Hainburg a. d. Donau (Hrsg.), Krankenhaus Hainburg a. d. Donau. Festschrift anlässlich der Eröffnung des Neubaus (2. Baustufe) des a. ö. Krankenhauses der Stadt Hainburg an der Donau, Brentano Papier und Druck Ges. m. b. H., Gänserndorf September 1989.

Krankenhaus Hainburg an der Donau (Hrsg.), 50 Jahre Krankenhaus Hainburg, Druckservice Muttenthaler, Petzenkirchen 1999.

DIOMed-Aufklärungssystem. Weißauer, W., Ulsenheimer, K. (Hrsg.), Info An6. Periduralanästhesie / Spinalanästhesie zur Geburtshilfe, DIOMed Verlags GmbH, Ebelsbach 2005.

Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg. Altersstruktur der Ärzte und des Pflegepersonals (13.05.2009) plus Diagramme.

Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg. Bettenstand Krankenhaus.

Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg. Ergebnisse der Patientenbefragung 2006 – 2008.

Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg. Flächen im Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg.

Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg. Gebühren für den Aufenthalt im Landeskrankenhaus.

Landeskrlinikum Thermenregion Hainburg. Sectio-Statistik 2005 – 2008.

Landeskrlinikum Thermenregion Hainburg. Skizze Landeskrlinikum – Endausbau.

Landeskrlinikum Thermenregion Hainburg. Zeit für die Geburt. Entbinden wie zu Hause.

Landeskrlinikum Thermenregion Hainburg – Küchenleitung. Artikelliste für die Produktion: 25.09.2009, Hainburg 25.09.2009.

Landeskrlinikum Thermenregion Hainburg – Küchenleitung. Produktionsplan: 25.09.2009, Hainburg 25.09.2009.

Landeskrlinikum Thermenregion Hainburg – Küchenleitung. Rezeptverteilungsplan: 25.09.2009, Hainburg 25.09.2009.

Landeskrlinikum Thermenregion Hainburg – Küchenleitung. Speiseplan für die Zeit von 25.11.2009 bis 10.01.2010, Hainburg 24.11.2009.

Landeskrlinikum Thermenregion Hainburg – Küchenleitung. Stationsspeiseplan für die Zeit von 07.12.2009 bis 13.12.2009, Hainburg 24.11.2009.

NÖ Landeskrlikinen-Holding-Pressespiegel, APA-Journal Gesundheit vom 23.04.2009, Freie Arztwahl für Patienten rückt näher.

Präsentation Landeskrlinikum Thermenregion Hainburg. „Tag der offenen Tür“.

Pressemitteilung Landeskrlinikum Hainburg erhielt das Gütesiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“, 06.11.2008.

Pressemitteilung Grünes Licht für Neubau des Landeskrankenhauses
Thermenregion Hainburg, 22.01.2009.

Quartalsauswertung III – 2008: Tabellen. A.ö. KH Hainburg, 11.12.2008.

Unterlagen – Gemeindeamt Hainburg/Donau:

Geburtenstatistik und Ehestatistik Hainburg an der Donau 1983 bis 2008.

11 Abstract

11.1 Abstract: Deutsch

Titel

Ostöffnung – Fluch oder Segen für die medizinische Betreuung im Grenzgebiet zur Slowakei am Beispiel des **Landeslinikums Thermenregion Hainburg** im Allgemeinen und der Gynäkologie und Geburtshilfe im Besonderen

Hochschule

Universität Wien, Historisch-Kulturwissenschaftliche Fakultät, Institut für Geschichte

Betreuer

Prof. Dr. Bolognese-Leuchtenmüller, Birgit; Doz. Dr. Skopec, Manfred

Kurzfassung

Thema:

Ostöffnung – Fluch oder Segen für die medizinische Betreuung im Grenzgebiet zur Slowakei am Beispiel des **Landeslinikums Thermenregion Hainburg** im Allgemeinen und der Gynäkologie und Geburtshilfe im Besonderen

Methodik:

Umfrage, Interviews, Beschreibung, Fotos

Themen dieser Arbeit sind:

Beschreibung des Landeslinikums Thermenregion Hainburg (inklusive der zusätzlich angebotenen Serviceeinrichtungen) und dessen Bedeutung für die Ostregion, nicht nur als Gesundheitseinrichtung, sondern auch als Ort der Begegnung. Kurzer historischer Rückblick, speziell

ausgerichtet auf die letzten 25 Jahre sowie ein Ausblick in die Zukunft. In einem Fototeil werden Vergleiche angestellt und Veränderungen gezeigt.

Im Zentrum steht eine Zufriedenheitsumfrage in der Bevölkerung über das Spital unter besonderer Berücksichtigung des slowakischen Personals. In Form von Gesprächen mit Patienten, Ärzten, Schwestern und anderen für das Krankenhaus relevanten Personen, die in Porträts vorgestellt werden, konnte herausgefiltert werden, welche Schwierigkeiten bzw. positiven Aspekte die Ostöffnung mit sich brachte. Durch die aus den Umfragen und Interviews gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse sollen Ansatzmöglichkeiten für Verbesserungen aufgezeigt werden. Besonderes Augenmerk ist auf die Gynäkologie gerichtet, da diese Abteilung von besonders vielen Patientinnen aus der Slowakei frequentiert wird und hier die „Hotelkomponente“ im Mittelpunkt steht. Dem Thema „Sectio“ ist in diesem Zusammenhang ein Kapitel gewidmet, da es in den Interviews immer wieder angesprochen wurde.

Außerdem kommt dem Bereich der Kommunikation große Bedeutung zu, da es nicht nur mit Ausländern immer wieder zu sprachlichen Schwierigkeiten kommt, sondern ein Mangel auch zu Missverständnissen zwischen Patient und Arzt führen kann, wie ein negatives Beispiel aus dem Spitalsalltag gezeigt hat.

Schließlich sollen die Vorteile einer Behandlung in Hainburg gegenüber einem großen Krankenhaus aufgezeigt werden – ebenso wie Mängel, die belegen, was noch fehlt, um besser zu sein als andere.

11.2 Abstract: English

Title

Opening to the East – Curse or boon for the medical care in the border area to Slovakia illustrated by way of the **Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg** in general and the Department of Gynaecology and Obstetrics in particular

University

University of Vienna, Historical and Cultural Studies, Department of History

Persons in charge

Prof. Dr. Bolognese-Leuchtenmüller, Birgit; Doz. Dr. Skopec, Manfred

Abstract

Topic:

Opening to the East – Curse or boon for the medical care in the border area to Slovakia illustrated by way of the **Landeskrlinikum Thermenregion Hainburg** in general and the Department of Gynaecology and Obstetrics in particular

Method:

Survey, interviews, description, photos

Topics of the thesis:

Description of the Landeskrlinikum Thermenregion Hainburg (including the additional offered services) and its importance for the Eastern region not only as an organization for health but also as a social centre. Short historical review, especially aimed at the last 25 years as well as an outlook to the future. In one part illustrated by means of photos comparisons are drawn and changes are shown.

In the centre is a satisfaction survey in the population about the hospital considering particularly the Slovakian staff. Interviews and conversations with patients, doctors, nurses and other persons relevant to the hospital, who are introduced in portraits, the difficulties and positive aspects of the opening to the East are filtered out. Through the results and findings gained by the interviews possibilities for improvement are pointed out. Particular attention is given to the specialty gynaecology as this ward is frequented by quite a lot of Slovak patients and here the “hotel component” is the focus of attention. One chapter is devoted to “Cesarean section” since it was touched on in the interviews over and over again.

Communication is an area of great significance as it leads to difficulties in the language not only with foreigners but a lack can also result in

misunderstanding between patient and physician which is shown through an incident that happened in the hospital daily routine.

Finally the advantages of a medical treatment in Hainburg in contrast to a huge hospital are demonstrated as well as imperfections which give evidence what is missing in order to be better than others.

12 Curriculum Vitae

Mag. phil. Martina WITTMANN

Lebenslauf

- Persönliche Daten: Geboren am 3. Dezember 1982 in Hainburg an der Donau
Österreichische Staatsbürgerin
Römisch-katholisch
Ledig, keine Kinder
Vater: Markus Wittmann, Hauptschullehrer
Mutter: Erika Wittmann, geb. Sodoma, Hauptschullehrerin
- Schulbildung: Volksschule B. D. Altenburg von 1989 bis 1993
Gymnasium Bruck an der Leitha von 1993 bis 2001
8. Juni 2001: Matura am Gymnasium Bruck / Leitha
Lehramtsstudium Geschichte und Französisch an der Universität Wien von Oktober 2001 bis April 2005
28. April 2005: Diplomprüfung
Slowakisch-Bachelor-Studium seit Oktober 2008
Sozialgeschichte-Dissertantin seit Oktober 2008
- Berufliche Tätigkeit: Ferialpraxis: ORF-Sportredaktion vom 1. August bis 30. September 2001
Freie Mitarbeiterin beim ORF vom 1. Oktober 2001 bis 31. Dezember 2003
Angestellte der ORF Sportredaktion seit Jänner 2004
- Sonstiges: 1998: Fair Play-Botschafterin bei der Fußball WM in Frankreich
Mitarbeit für den ORF beim Wiener Opernball
- Besondere Kenntnisse und Fähigkeiten: Fremdsprachen: Englisch, Französisch, Latein, Slowakisch
Grundkenntnisse der Tschechischen, Bosnischen, Kroatischen und Serbischen Sprache
EDV: Word, Outlook, Access, Excel, Ask Sam, Power Point
- Hobbys und Interessen: Sprachen, Kulturreisen
Medizin
Lesen
Platzsprecherin bei einem regionalen Fußballverein
Sport

Bad Deutsch Altenburg, am 01. März 2010