

FIE BER KUR VE

A large, dark silhouette of a person is positioned on the right side of the page. The person is shown from the waist up, leaning forward with their right hand pressed against their forehead, suggesting a headache or intense stress. The silhouette is set against a white background, creating a high-contrast, graphic effect.

WELCHER FEHLER IST DIR SCHON PASSIERT?

ab Seite 8

**WENN BEHANDLUNGEN SCHIEF LAUFEN:
DIE ANGST VOR DEM VERSAGEN**

ab Seite 12

INTERVIEW MIT DR. GERNOT RAINER

Warum wir unsere Arbeitsbedingungen mit-
gestalten sollten!

ab Seite 16

DIE LAMENTOLOGIE

#mimimi

ist ein Zweig der Wissenschaft, der in Wien bereits eine ebenso traditionsreiche wie beschauliche Vergangenheit sein Eigen nennen kann. Unsere jahrhundertealte Hochburg der Lamentologie vermag auch prominente und renommierte Anhänger_innen aufzuweisen (siehe Thomas Bernhard, etc.).

Wenn auch du der Ausübung dieser Kunst tagtäglich mit Passion nachgehst, egal ob z. B. aufgrund von unfähigen Mitmenschen, „kreativen“ Einfällen deiner Universität oder des österreichischen Verwaltungsapparats, laden wir dich herzlichst ein diesem begründeten Ärger in max. 140 Zeichen hier verbal Luft zu machen.

Die lustigsten und versiertesten lamentologischen Publikationen werden wir anonym abdrucken!

Also los, lamentiere!! :D

Bitte schickt eure lamentologischen Publikationen mit max. 140 Zeichen für die nächste Ausgabe **bis Ende Juli** an: **lamentologie@oehmedwien.com** (Die Einsendungen werden einem peer-review nach internationalen, lamentologischen Standards unterzogen und, wenn sie die Qualitätskriterien erfüllen, anschließend anonym abgedruckt!)

GRP CONSULT
MMAG. PETER GRILL

HR
MED
CON

Wir suchen für **zahlreiche namhafte Krankenhäuser in ÖSTERREICH und DEUTSCHLAND**

200 ASSISTENZÄRZTINEN und ASSISTENZÄRZTE

zur Ausbildung in folgenden Fachgebieten

Lust auf eine spannende Ausbildungsstelle?

Ja, aber woher nehmen, und welche ist wirklich spannend??

Wir haben den Überblick!!

Echt, und was kostet mich Eure Dienstleistung?

Nichts!

*Allgemeinmedizin
Anästhesiologie und Intensivmedizin
Chirurgie – alle Schwerpunkte
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Innere Medizin – alle Schwerpunkte
Kinder- und Jugendheilkunde
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Med. chem. Labordiagnostik
Neurologie
Nuklearmedizin
Orthopädie und Traumatologie
Pathologie
Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin
Radioonkologie - Strahlentherapie
Urologie*

Von Beginn an die RICHTIGE Stelle finden – wir helfen Ihnen gerne dabei!



Ihre Bewerbung richten Sie bitte per Mail oder Post an:

GRPconsult MMAG. PETER GRILL

Steiglandweg 1 / 9, 4060 Leonding / Austria, TEL: 0043 699 1075 2909, MAIL: office@grpconsult.at, WEB: www.grpconsult.at

IN DIESER AUSGABE ...

AUS DER REDAKTION

SCHWERPUNKT

404 error

- 8 **WELCHER FEHLER IST DIR SCHON PASSIERT?**
- 10 **DER VERURTEILTE STUDENT**
- 11 **FEHLERMANAGEMENT**
- 12 **WENN BEHANDLUNGEN SCHIEF LAUFEN:
DIE ANGST VOR DEM VERSAGEN**
- 13 **CIRS**
Was ist das?
- 15 **HISTORISCHES FEHLERQUIZ**

Das Ende des Jahres rückt näher. Die SIP steht vor der Tür, ein weiteres Jahr auf dem Weg zum_r Arzt_in liegt schon wieder fast hinter uns.

Wir befassen uns diesmal schwerpunktmäßig mit einer Schattenseite des Medizinbetriebs: Fehler. Sie passieren jeder und jedem und können in unserem zukünftigen Beruf dramatische Konsequenzen haben.

Zusätzlich haben wir dir u. a. alle Infos zu den SIP-Terminen zusammengefasst und wir haben uns mit Dr. Gernot Rainer (ab S. 16) unterhalten.

Wir wünschen dir viel Durchhaltevermögen und viele ***fragen für deine SIP (bzw. OSCE),

Deine Redaktion



Die Fieberkurve-Redaktion v. l. n. r.
Marlene Hahn, Johannes Oswald,
Jennifer Hergeth, Mirlinda Ademi

3
Inhalt

... AUSSERDEM ...

- 4 **SIP-TERMINE IM MÄRZ**
- 5 **VORLÄUFIGE ERGEBNISSE DER
UMFRAGE ZUM 72-WOCHEN-
PRAKTIKUM 2016**
- 6 **"TAKING RESPONSIBILITY"**
IPPNW SEMINAR IN VORARLBERG
- 7 **OFFENER BÜCHERSCHRANK**
Mit Bücher-Rezensionen
- 16 **DAS INTERVIEW MIT DR. GERNOT
RAINER**
„Es ist ein super Beruf, man muss nur die Arbeits-
bedingungen aktiv mitgestalten!“
- 19 **VEREIN PULS: SCHNELLES HANDELN
RETTET LEBEN**
- 20 **EIN VORSITZ-RÜCKBLICK**
- 21 **RÄTSEL & PUBMEDQUIZ4YOU**
- 22 **RÜCKBLICKE DER STV HUMAN, ZAHN
UND POSTGRAD**

SIP-TERMIN IM MÄRZ

Text: Leon Fierek

4
Studium

Der Jubel war groß, als die Curriculumdirektion dazu bewegt werden konnte dieses Jahr endlich einen zusätzlichen SIP-Termin im März anzubieten. Relativ schnell wich der Freude aber Ernüchterung - wieso, kannst du jetzt nachlesen.

Für jede SIP haben Studierende 5 Antritte, von denen ein möglicher 4. und 5. Antritt kommissionell erfolgen. Bisher gab es an der MedUni Wien dazu 5 Prüfungstermine pro Jahr (Juni, September, November, Februar und April). Aber: Laut Universitätsgesetz muss eine Prüfung dreimal pro Semester angeboten werden ("Prüfungstermine sind jedenfalls für den Anfang, für die Mitte und für das Ende jeden Semesters anzusetzen", § 59 Abs. 3 UG 2002).

Über mehr als 10 Jahre hinweg hat die MedUni daher entgegen den gesetzlichen Vorgaben zu wenige Prüfungstermine angeboten. Letztes Jahr konnte die Studienvertretung Human in der Curriculumkommission, und durch Gespräche mit der Curriculumdirektion, endlich erreichen, dass ein weiterer Prüfungstermin ermöglicht wird - im März.

Leider bedeuten mehr angebotene Prüfungstermine aber nicht, dass jeder Termin auch praktisch wahrgenommen werden kann. Aufgrund von Anmeldefristen und langen Wartezeiten zwischen Schreiben einer SIP und dem Ergebnis einige Wochen später ist es derzeit nicht möglich, sowohl den Februar- als auch den Märztermin, beziehungsweise sowohl März- als auch Apriltermin wahrzunehmen.

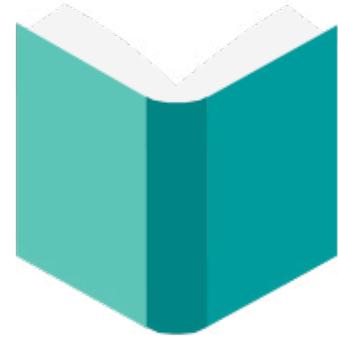
Besonders im 4. Studienjahr, wo die SIP4a bereits im Februar stattfand, waren sich viele Studierende der Situation nicht bewusst und warteten lieber bis März um mehr Zeit zur Vorbereitung zu haben. Dadurch verlor man effektiv eine Antrittsmöglichkeit bis zum Beginn des 5. Studienjahres.

Ein weiteres Problem dieses Jahr: Das Angebot des zusätzlichen Prüfungstermins wurde praktisch nicht wahrgenommen. Etwa bei der SIP 4a, bei der sich laut Professor Horn von der Curriculumdirektion insgesamt 75 Studierende angemeldet hatten - aber nur 16 zur Prüfung antraten, der SIP5a mit nur einem Prüfungsteilnehmer und der SIP1b, von der sich ausnahmslos alle abgemeldet hatten.

Vorschläge der Studienvertretung, zukünftig die Prüfungstermine im Sommersemester so zu legen, dass auch alle Termine wirklich wahrgenommen werden können, sind laut Curriculumdirektion derzeit aufgrund der Anmeldefristen und Zeit bis zum Prüfungsergebnis nicht umsetzbar, sofern man den Termin der Juni-SIP nicht zwei Wochen nach hinten verschiebt.

Für die Zukunft hoffen wir natürlich trotzdem, dass eine Lösung gefunden werden kann. Dies wäre beispielsweise möglich, wenn das Prüfungsergebnis rascher veröffentlicht würde - denn so könnte man sich womöglich noch fristgerecht für die kommende SIP anmelden. An anderen Universitäten Österreichs stehen Ergebnisse von Multiple-Choice-Tests einen Tag später fest - bei uns dauert es mitunter mehr als drei Wochen. Gerade bei der Juni-SIP erscheint die Wartezeit bis zum Prüfungsergebnis quälend lange und hält vom unbeschwertem Genießen der Ferien und von möglichen Urlaubsplanungen ab.

Aber wieso dauert es eigentlich so lange, bis das SIP-Ergebnis bekanntgegeben wird? Denn eigentlich steht das Ergebnis schon 1-2 Tage nach der Prüfung fest: Die Antwortbögen werden eingescannt, einen Tag später findet dann noch das so genannte "SIP Verify" statt, bei dem die Bögen kontrolliert werden, bei denen laut Scan Antworten fehlen bzw. nicht alle Antwortoptionen angekreuzt wurden. Bei diesem SIP Verify ist zur Beobachtung auch immer jemand von der ÖH dabei.



Grund für diese lange Zeit sind die Fragenbeanstandungen, bei denen eine Prüfungskommission berät, ob eine beanstandete Frage eliminiert wird oder nicht. Leider dauert dies manchmal ziemlich lange.

Auch hier haben wir als Studienvertretung Human Verbesserungsvorschläge, etwa dass ein vorläufiges Prüfungsergebnis (vor Abzug der eliminierten Fragen) nach der Prüfung im MedCampus veröffentlicht wird oder etwa ein anonymisiertes, allgemeines Prüfungsfeedback unmittelbar nach der SIP einsehbar ist, bei dem zu jeder Frage die richtige Antwort dabeisteht und man sich so sein vorläufiges Prüfungsergebnis selbst „ausrechnen“ kann.

Und ganz so revolutionär ist das gar nicht: Die Zahnmedizin-Studierenden im 3. und 4. Jahr haben seit einiger Zeit genau diese Möglichkeit.

Bei all diesen Themen stehen wir in engem Austausch mit der Curriculumdirektion und arbeiten an Lösungsvorschlägen, um Besserungen zu schaffen.

PS:

Sollte es von deiner Seite noch weitere Ideen und Verbesserungsvorschläge zum Prüfungswesen geben, oder willst du dich bei uns einfach mal über die SIPs auskotzen, bist du gerne jederzeit zum Jour Fixe der Studienvertretung Humanmedizin eingeladen. Wir sind jeden Dienstag um 15:30 Uhr im AKH auf 6M und freuen uns auf dich!

VORLÄUFIGE ERGEBNISSE DER UMFRAGE ZUM 72-WOCHEN- PRAKTIKUM 2016

Text: StV Zahn

Mein Tag beginnt sehr früh. Bereits um 6 Uhr klingelt mich mein Wecker aus dem Schlaf und die ersten Fragen, welche mir sofort durch den Kopf schießen: „Was kann ich heute wieder falsch machen? Von wem könnt ich heute eine saftige Standpauke kassieren? Werde ich zum Mittagessen kommen? Naja, viel Zeit wird dafür eh nicht bleiben!“... So in der Art starten viele Kolleg_innen Tag für Tag ins 72-Wochen-Praktikum, wie unsere aktuelle Umfrage unter Studierenden auf der Zahnklinik vermuten lässt. Heute möchten wir euch die vorläufigen Ergebnisse präsentieren.

Teilnahme: 107 Studierende (etwa 70%)

Zufriedenheit allgemein

Die allgemeine Zufriedenheit hat sich im Vergleich zum letzten Jahr etwas gebessert. Während 2015 noch 59% der Studierenden Unzufriedenheit angaben, sind es heuer 43%.

Umgang

Ein problematisches Thema ist leider immer noch der persönliche Umgang durch Lehrpersonal, Ärzt_innen und Mitarbeiter_innen der Zahnklinik mit Studierenden: genau wie 2015 geben auch heuer 62% Unfreundlichkeit an, davon 18% "größtenteils unfreundlich und respektlos". Studierende gaben an Angst davor zu haben Dienstständ_innen Fragen zu stellen, die während der Behandlung auftreten. Dieses Problem kann nicht durch erhöhten Druck von oben gelöst werden, das Klima muss sich auch im Umgang der Klinikleitung mit den Angestellten bessern.

Personal

48% der Studierenden geben an, dass der Betreuungsschlüssel von 1 Assistentenärzt_in für 3 Behandlungseinheiten nur selten eingehalten wird. Darüber hinaus sind 71% der Studierenden der Meinung, das derzeitige Personalkontingent (die Quantität) sei mangelhaft in Bezug auf die Gewährleistung einer guten Ausbildung. Selbst wenn der Betreuungsschlüssel von 1:3 eingehalten

wird, empfinden dies 36% als nicht ausreichend.

Arbeitszeitbelastung

Die Studierenden geben heuer im Durchschnitt 48 Stunden pro Woche an, die auf der Zahnklinik verbracht werden. Im Vergleich zur letzten Umfrage ist dies eine Reduzierung um 1 Stunde (49 Stunden pro Woche). Diese Gesamtzeitbelastung ergibt sich aus der reinen Arbeitszeit plus zusätzlicher Tätigkeiten, die nicht im Terminkalender aufscheinen und daher zumeist erst nach der Pflichtenwahrnehmung durchgeführt werden können und müssen. (Terminvereinbarungen mit Patient_innen, Modellerstellung, Vorbereitung für synoptische Fallplanungen, Diplomarbeitenbesprechungen, etc.) Diese organisatorischen Tätigkeiten nehmen im Durchschnitt 7 Stunden pro Woche ein. Laut den Richtlinien beträgt die Anwesenheitszeit der Studierenden 37,5 Stunden pro Woche, diese wird aber deutlich überschritten.

Erwerbstätigkeit

Hinzu kommt, dass ca. 50% der Studierenden im 72-Wochen-Praktikum nebenbei erwerbstätig sind. Ca. 10% mussten bzw. müssen einen Kredit aufnehmen um sich das Studium finanzieren zu können.

Psychische Belastung

Fast alle Teilnehmer_innen geben an, dass sie aufgrund der Arbeitsbelastung an psychischen Problemen (Schlafstörungen, Unruhe, etc.) leiden. Dieses Ergebnis resultiert aus der hohen Stundenanzahl pro Woche und der angegebenen Erwerbstätigkeit neben dem 72-Wochen-Praktikum, die für 50% der Studierenden notwendig ist.



Pausenregelung

76% der Studierenden gaben an, selten oder fast nie die Möglichkeit zu haben an einem Arbeitstag mindestens 30 Minuten zu pausieren. Im Durchschnitt haben die Studierenden pro Woche nur 1,9 Mal die Möglichkeit Mittagessen zu gehen. Es ist sehr erfreulich, dass die Klinikleitung auf dieses Umfrageergebnis äußerst rasch reagierte, wenn auch die Umsetzung einer plötzlichen Zwangspause ohne Rücksicht auf bereits bestehende Patient_innentermine vorerst nicht gut ankam.

Zahnklinik konkurrenzlos

Ein erstaunliches Ergebnis erzielte die Frage, ob man den Leistungskatalog bzw. einen Teil davon gerne auf anderen Zahnkliniken bzw. Lehrpraxen absolvieren möchte: 87% der Teilnehmer_innen wünschen sich dies, davon 59% sogar "unbedingt".

Ausbildung vs. Arbeitsleistung

Dass im 72-Wochen-Praktikum die Ausbildung im Vordergrund steht, finden nur 6% der Studierenden. 74% haben eher das Gefühl, dass die zu erbringende Arbeitsleistung im Vordergrund steht.

Genau diese vorläufigen Ergebnisse durften wir bereits Ende April im Senat der Medizinischen Universität Wien vorstellen. Welche Konsequenzen sich in nächster Zeit daraus ergeben, bleibt noch abzuwarten. Eines können wir versprechen: Wir werden ihnen weiterhin auf den Zahn fühlen! ;)

"TAKING RESPONSIBILITY" - IPPNW SEMINAR IN VORARLBERG

Text: Mareike Thies

6
Studium

Was sind eigentlich Small Arms und wie funktioniert das Asylverfahren? Diesen Fragen wurde im Seminar zum Thema Flucht und Fluchtursachen nachgegangen, welches die IPPNW im April für Studierende und Ärzt_innen veranstaltete.

Neben dem „Running Gag“, dass dieses Jahr keine Altfragen in der SIP vorkommen werden, kann man den Jahrganggruppen des wohl bekanntesten sozialen Netzwerkes auch wirklich hilfreiche Informationen entnehmen: Ende 2015 las ich einen Post der IPPNW-Austria OMEGA (Österreichische MedizinerInnen gegen Gewalt und Atomgefahren), die zu einem Workshop-Wochenende zum Thema Flucht, Fluchtursachen und soziale Verantwortung in der Medizin einlud. „Klingt interessant“, dachte ich mir und meldete mich gleich für das Seminarwochenende an.

IPPNW, was ist das eigentlich? IPPNW steht für "International Physicians for the Prevention of Nuclear War". In der NGO engagieren sich Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinstudierende für eine menschenwürdige, friedliche Welt frei von atomarer Bedrohung. Die Mitglieder der Organisation arbeiten rund um die Themengebiete Atomwaffen, Atomenergie, Frieden und soziale Verantwortung.



„Taking Responsibility“ lautete auch das Motto des Workshop - Wochenendes. Rund 20 Ärzt_innen und Medizinstudierende machten sich im April auf den Weg nach Vorarlberg, genauer gesagt nach Gurtis. Das Wochenende bot Einblicke in die spannenden Zusammenhänge von Gewalt und Gesundheit und ihre Auswirkungen auf Gesundheitssysteme auf globaler Ebene. Das Thema Flucht wurde von allen Seiten beleuchtet. Neben Workshops und Diskussionsrunden mit Expert_innen und Betroffenen bearbeiteten wir in Gruppen verschiedene Fragestellungen und erarbeiteten Lösungsansätze.



Die Sozialarbeiterin Judith Ecker berichtete beispielsweise von ihren Erfahrungen in einem Flüchtlingsheim der Caritas und Boris Lechthaler von der Solidarwerkstatt Linz erklärte Zusammenhänge von politischen und wirtschaftlichen Fluchtursachen. Beim gemütlichen Zusammensitzen am Lagerfeuer konnte man dann auch noch mehr über die IPPNW erfahren:

Die IPPNW Austria-OMEGA konnte insbesondere im Bereich der „Small Arms“ schon viel erreichen. Im April 2013 wurde das „Arms Trade Treaty“ (ATT) beschlossen. Neben anderen NGOs kämpfte die IPPNW für den Erlass dieses multilateralen Vertrages.

Das ATT soll international hohe und für alle Staaten gleiche Standards zur Autorisierung von Export, Transit und Import von konventionellen Waffen (vom Hubschrauber bis zu Kleinwaffen) schaffen. So soll verhindert werden, dass Schlupflöcher für Warlords entstehen, Regime und militante Gruppierungen Bürgerkriege und Bandenkriege schüren.

Wer gerne im Ausland famulieren und dabei auch noch Land und Leute kennen lernen möchte, für den ist das Programm „famulieren und engagieren“ genau das Richtige. Das Studierenden-Austausch-Programm der IPPNW verbindet medizinische Ausbildung mit sozialem Engagement. Die Studierenden gehen nicht nur für vier Wochen ins Ausland um eine Famulatur zu absolvieren - sie bleiben darüber hinaus noch für mehrere Wochen in der Region um in einem friedens- oder gesundheitspolitischen Projekt mitzuarbeiten.

Du willst soziale Verantwortung übernehmen oder dich für einen guten Zweck engagieren? Die IPPNW-Studierendengruppe Österreich freut sich über jedes neue Gesicht!

<http://www.ippnw.at>



OFFENER BÜCHERSCHRANK



Öffnungszeiten:

Di - Do jeweils von
10:00 - 14:30 Uhr

In unserem Offenen
Bücherschrank kannst du dir
jederzeit kostenfrei Bücher aus-
leihen.

Wenn du selbst Bücher oder
Skripten hast, die du nicht mehr
brauchst, würden wir uns freuen,
wenn du dieses Projekt unter-
stützt und sie uns vorbei bringst.

Weitere Rezensionen
findest du auch auf
unserer Homepage:

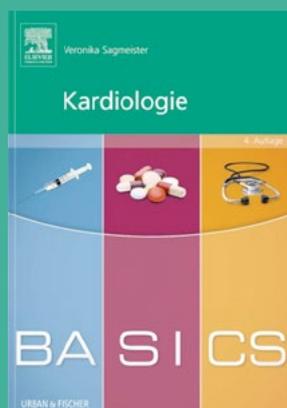
<http://oehmedwien.com>

BASICS KARDIOLOGIE

Veronika Sagmeister
4. Auflage 2016 Elsevier

"Ein gutes Buch für Kar-
diologie-Anfänger innen.
Trotz der oberflächlichen
Ausrichtung, deckt es das
Fachgebiet gut ab."

Text: Johannes Oswald

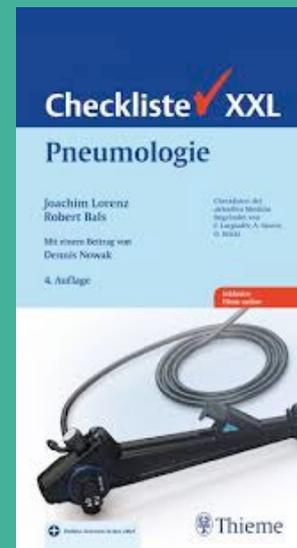


CHECKLISTE XXL PNEUMOLOGIE

Joachim Lorenz
Robert Bals
4. Auflage 2016 Thieme

„Als Ergänzung zum Unterricht in
Block 12 ist dieses Buch nicht zu
empfehlen, da es nahezu aussch-
ließlich klinisch orientiert ist.
Wer seine Berufung jedoch in den
Lungenerkrankungen sieht, sollte
den Preis in Kauf nehmen und in
dieses Nachschlagewerk investie-
ren. Für jene, denen die Printver-
sion im Hardcover zu sperrig ist,
gibt es dieses alternativ auch als
eBook.“

Text: Dr. med. univ. Beata Morajda

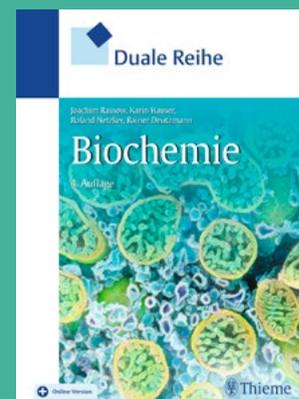


DUALE REIHE BIOCHEMIE

Joachim Rassow Karin Hauser
Roland Netzker Rainer Deutzmann
4. Auflage 2016 Thieme

"Das Buch richtet sich speziell an
Medizinstudierende. Die biochem-
ischen Zusammenhänge werden
in vielen Illustrationen gut erklärt
und es werden auch klinische
Bezüge wiederholt und hervorge-
hoben. Üblich für die Duale Reihe
werden die Zusammenhänge
und die wichtigsten Stichworte
am Rand übersichtlich und kurz
dargestellt."

Text: Serkan Asilkan



KLINIKMANUAL ANÄSTHESIE

Michael Heck, Michael Fresenius,
Cornelius Busch
2. Auflage 2015 Springer

"Es ist ein kompaktes Buch für die
Klinik - gut strukturiert und stich-
wortartig aufgebaut. Allerdings
hat es so gut wie keine Abbil-
dungen und ist dem einen oder
anderen möglicherweise etwas zu
kompakt."

Text: Johannes Oswald



WELCHER FEHLER IST DIR SCHON PASSIERT?

Interview: Ina Ottinger

Fehler passieren leider jedem/r – wir haben nachgefragt und überraschend offene Antworten bekommen.

8 Schwerpunkt

Elias, Medizinstudent, 5. Jahr

Was ist passiert?

Ich habe bei einer 65jährigen polymorbiden Patientin den Aufnahmestatus gemacht. Die Anamnese war wegen der Sprachbarriere ziemlich schwierig. Eigentlich hätte ich auch fragen müssen, ob sie mit der Abtastung der Mammæ einverstanden ist, aber weil die Aufnahme eh schon so mühsam war, hab ich die Untersuchung ausgelassen und im Anamnesebogen vermerkt: "unauffällig". Nachdem die Daten schon in der digitalen Patientenakte waren, ist aufgefallen, dass bei der Patientin noch kein EKG gemacht worden ist. Ich bin also nochmal zur Patientin. Beim Anlegen der Brustwandableitungen hab ich bemerkt, dass die Frau einen Riesenknoten in der Brust hatte - direkt an der Stelle, wo ich die EKG-Elektrode aufkleben wollte.

Wie hat das Umfeld reagiert?

Ich habe es dem zuständigen Arzt gesagt und er meinte, ich soll einen Nachtrag in der Patientenakte machen.

Warum denkst du, ist dir dieser Fehler passiert?

Aus Faulheit und übertriebener Coolness.

Was hast du aus deinem Fehler gelernt?

Dass ich Patient_innen in jedem Fall frage, ob ich eine Untersuchung machen darf. Wenn es ihnen unangenehm ist, können sie ablehnen. Falls ich eine Untersuchung nicht mache, hinschreiben: "Nicht durchgeführt".

Tanja, Medizinstudentin, 5. Jahr

Welchen Fehler hast du gemacht?

Während einer Famulatur auf einer HNO-Abteilung sollte ich einem Patienten ein Medikament mittels Einmalspritze über den Venflon verabreichen.

Ich war schon beim Patienten, dann wurde ich aber unterbrochen und musste nochmal zum Stützpunkt. Zurückgekommen, verabreichte ich die wenigen Milliliter über den Venflon.

Der Patient sagte: "Au, das brennt". Ich wunderte mich - lag der Venflon vielleicht schon länger?

Dann erschrak ich: Auf dem Nachtkästchen war eine zweite Einmalspritze gelegen, die genau gleich aussah wie meine: Ich hatte zur falschen gegriffen und dem Patienten gerade 3% Wasserstoffperoxid i.v. verabreicht! Wasserstoffperoxid wurde bei uns verwendet um Ohrenschmalz zu lösen, indem es in den Gehörgang geträufelt wurde. Die Pflege hatte die Spritze beim Patienten gelassen, weil es nochmal eingetropfelt werden sollte.

Was hast du gemacht, als du den Fehler entdeckt hast?

Ich sagte es sofort der Assistenzärztin. Sie rief bei der Vergiftungszentrale an. Die meinten, aufgrund der geringen Menge wäre nicht unbedingt von einer Schädigung auszugehen, aber genau sagen könne man das nie. Die zweite Gefahr ging von einer Bakteriämie aus. Die Spritze war natürlich alles andere als steril gewesen. Es hieß abwarten und den Patienten beobachten.



Wie hat der Primar reagiert?

Am nächsten Tag war der Vorfall sofort Thema bei der Morgenbesprechung: Der Primar sah die Assistenzärztin und mich ernst an: "Das hättet's ihr mir sofort sagen müssen." Er war am Nachmittag noch im Haus gewesen.

Was mich beeindruckte, war seine Konsequenz: Der Vorfall wurde im Arztbrief erwähnt. Zwar nicht so formuliert, dass die Angehörigen des Patienten einen Herzinfarkt kriegen würden, sollten sie das lesen, aber es stand drin, es wurde nichts vertuscht.

Zweitens verfügte der Primar, dass ab dem Tag nie wieder etwas, was nicht i.v. gegeben werden durfte, in einem i.v.-fähigen "Behältnis" auf der Station verwendet wurde: Statt Einmalspritzen gab es Tropf-Fläschchen.

Auch mit mir redete der Primar noch: "Gewöhnen Sie sich an, alles was Sie am Patienten verrichten, bewusst zu tun." Ich habe ihn danach oft beobachtet und selten einen Arzt erlebt, der mit soviel Bedacht, Sorgfalt, Konzentration und Kontrolle arbeitete. Der Patient hat das alles, wofür ich sehr dankbar bin, völlig folgenfrei überstanden.

Warum denkst du, ist dir dieser Fehler passiert?

Unmittelbar davor hatte mir ein Pfleger extrem schnell erklärt, wie ich die Konzentration einer Infusion berechnen sollte.



Ich dachte: Ich mach das garantiert nicht, wenn ich das nicht wirklich verstanden hab.

Also fragte ich nochmal nach. Darauf verdrehte der Pfleger die Augen und sagte: "Ach, ich mach's selbst!"

Das war mir erst recht peinlich, weil ich dachte, na toll, der denkt jetzt, ich bin extrem langsam (von Begriff).

Und obwohl es mir gar nicht auffiel, war ich danach noch immer unkonzentriert und hab alles viel schneller gemacht - auch weil ich nicht langsam wirken wollte.

Was hast du draus gelernt?

Erstens: Immer unmittelbar, bevor ich etwas verabreiche, nochmal auf das Etikett schauen. Zweitens: Mich von nichts und niemandem hetzen lassen, in meinem Tempo arbeiten, selbst wenn's langsam oder unerfahren aussieht.

Michael, Assistenzarzt am AKH, 5 Jahre Berufserfahrung

Was ist passiert?

Ich habe einem Patienten mit Penicillin-Allergie eine Penicillin-Infusion angehängt und bin dann außer Dienst gegangen.

Wie hat das Umfeld reagiert?

Der Kollege aus dem Nachtdienst hat mich entgeistert angerufen und gefragt, ob ich bissl wahnsinnig bin. Ich hatte nicht in der Patientenakte nachgeschaut und nicht gesehen, dass eine Penicillin-Allergie eingetragen war. Der Kollege hat das Antibiotikum umgestellt.

Wie hast du dich gefühlt?

Ich war dem Kollegen sehr dankbar, dass er das entdeckt und mich informiert hat. Nachdem das Medizinische geklärt war, sagte er: Jedem ist schon mal so ein Fehler passiert.

Warum glaubst du, ist dir dieser Fehler passiert?

Ich war irrsinnig unter Druck, war der einzige Arzt auf der Station.

Was hast du aus dem Fehler gelernt?

Niemals mehr ein Antibiotikum anzusetzen ohne vorher in die Patientenakte zu schauen.

Alexia, Studentin, als Rettungssanitäterin 1,5 Jahre Erfahrung

Was ist passiert?

Ich hab mal eine Patientenverwechslung erlebt: Beide Patienten konnten nicht deutsch, hatten den gleichen Namen und Grippe. Den einen "Herrn Mohammed" hätten wir von der Rudolfstiftung nach Hause bringen sollen, den anderen auf die Infektiologie vom Kaiser Franz Josef - Spital zur weiteren Abklärung. Wir lieferten also "Herrn Mohammed" mit Mundschutzmaske im KFJ ab. Dann erfuhren wir, dass das der Falsche gewesen war. Wir fuhren also mit dem anderen "Herrn Mohammed" hin und wollten den Ersten wieder mitnehmen, der ja eigentlich nach Hause entlassen werden hätte sollen. Doch der war inzwischen auf die Intensivstation vom KFJ verlegt worden. Er hatte plötzlich Blut gehustet und war mit der Sättigung abgefallen.

Klingt ja fast wie eine schicksalhafte Fügung?

Naja, ich hab den Verdacht, dass wir zuerst eigentlich eh mit dem Richtigen unterwegs waren und dann jemand irrtümlich dachte, wir hätten sie verwechselt...

Was hast du aus dem Fehler gelernt?

Bei häufigem Namen und fehlenden Sprachkenntnissen im Ausweis nachschauen.

Matthias, Student, als Rettungssanitäter 1 Jahr Erfahrung

Was ist passiert?

Wir sollten einen Diabetiker, der nach einer Fastenkur einen Kreislaufzusammenbruch hatte, ins Spital bringen. Wir dachten, der hat sicher auch einen Elektrolytverlust, also hängte ihm mein Kollege erstmal ein Elo-Mel (isotone Infusion) an. Irgendwie besserte sich der Zustand des Diabetikers nicht und dann entdeckten wir, dass ihm mein Kollege aus Versehen eine Glucoselösung angehängt hatte. Beim Nachmessen hatte der Patient schon einen Zucker von 460 mg/dl.

Warum denkst du, ist dieser Fehler passiert?

Das Elo-Mel hatte einen dunkelroten Schriftzug, die Glucoselösung auch, sah einfach ähnlich aus. Wir hatten die Lösungen im Rucksack und haben einfach die falsche rausgezogen.

Was hast du aus dem Fehler gelernt?

Ich stand neben dem Patienten mit der Infusionslösung, hab aber nicht so genau geschaut. Mich nicht drauf verlassen, was jemand anderes macht. In einem Team müssen immer alle mit-schauen, mitkontrollieren, mitdenken.

Fazit:

Wer sich angewöhnt so zu arbeiten wie "es eigentlich gehört", ist auf der sicher(er)en Seite.

Häufig wäre nur ein kontrollierender Blick nötig gewesen. Manchmal hätte dieser Blick nur 1 Sekunde gedauert...

DER VERURTEILTE STUDENT

Text: Johannes Oswald

10
Schwerpunkt

Unser aller Alptraum wurde in Deutschland bereits wahr: 2013 wurde ein Medizinstudent aus Münster für einen Fehler im Praktischen Jahr strafrechtlich verurteilt.

22. August 2011:

Ein Medizinstudent wurde im Rahmen seines PJs auf der Kinderonkologie in Bielefeld zu einem 10 Monate alten Leukämie-Patienten geschickt um ihm Blut abzunehmen.

Während der Blutabnahme kommt eine Schwester ins Zimmer und hinterlässt beim Patienten eine unbeschriftete Spritze.

Was zwischen dem Studenten und der Schwester gesprochen wurde, wird wohl nie mehr mit Sicherheit nachzuvollziehen sein.

Jedenfalls verabreichte der Student anschließend das Antibiotikum Cotrimoxazol, das in der Spritze war, dem Kind intravenös über eine bereits laufende Infusion. Vorgesehen war, es oral einzuträufeln. Das Kind erlitt einen anaphylaktischen Schock und starb.

Der tragische Fall war Anlass für eine Anzeige der Eltern. Das Besondere war, dass diese den Studenten strafrechtlich anzeigten.

Es gab in der Vergangenheit bereits zivilrechtliche Verfahren - wo es also „nur“ um eine Art Schadenersatz geht - gegen Medizinstudierende. Dies war jedoch der erste derartige Strafrechtsprozess in Deutschland.

2013 musste sich der - mittlerweile - junge Arzt vor dem Amtsgericht Bielefeld für die Tat verantworten. Dort wurde er im erstinstanzlichen Prozess zu 120 Tagessätzen à 15€ Geldstrafe verurteilt.

Der Chefarzt argumentierte in dem Prozess u. a., dass die Spritzen zur i.v.-Verabreichung in seiner Klinik angeblich mit einem Etikett mit Patientendaten, Medikamentenname und Dosierung versehen seien und sich auch üblicherweise eine Nadel mit Schutzhülle darauf befindet.



Die fatale Spritze war mit einem roten Kombistoppel versehen gewesen.

Nach dem Vorfall führte das Krankenhaus übrigens eigene Spritzen für orale Medikamentengaben ein, die nicht mehr an die intravenösen Systeme konnektiert werden können. Die Klinik hätte das natürlich auch schon längst früher machen können - entsprechende Fallberichte aus den USA waren seit vielen Jahren bekannt.

Nicht zuletzt deshalb kam es - nach Berufung durch den Angeklagten - in 2. Instanz zu einer Strafmilderung auf 90 Tagesätze.

Diese Milderung war insofern sehr bedeutsam, da es damit nicht mehr im Führungszeugnis des Arztes aufscheint.

Ein entsprechender Eintrag im polizeilichen Führungszeugnis hätte eine Katastrophe für sein künftiges, berufliches Leben bedeutet.

Die Eltern des Kindes waren nach der Strafmilderung laut der deutschen Bild-Zeitung „geschockt“ über das milde Urteil. Die Begründung für die Milderung des Urteils waren die „gefahrträchtigen Behandlungsmodalitäten“ in der Klinik in Bielefeld.

Auch ein weiterer Student von derselben Abteilung sagte aus, dass er die vom Chefarzt behauptete Art und Weise, wie die unterschiedlichen Spritzen hergerichtet wurden, nicht kenne.

Dazu habe es häufigen Personalwechsel und keine fixen Ansprechpersonen für Studierende auf der Station gegeben. Auch die Universität Münster stellte sich hinter ihren Studierenden - letztlich eben nur mit begrenztem Erfolg.

Aus diesem Fall Lehren für die Praxis zu ziehen ist nicht leicht. De facto weiß auch zurzeit niemand, wie ein ähnlicher Prozess in Österreich ausgehen würde.

Was übrigens ein Grund ist, warum Versicherungen in Österreich bereits maßgeschneiderte Produkte für KPJ-Studierende verweigert haben, da das Risiko für sie einfach unkalkulierbar sei.

Jedenfalls ist gerade bei der Verabreichung von Medikamenten höchste Aufmerksamkeit und maximale Absicherung das Beste! Du solltest primär wirklich nur nach ausdrücklicher, ärztlicher Anweisung irgendetwas verabreichen! Diese Anweisung kann prinzipiell natürlich auch schriftlich in der Patientenakte sein, wenn du diese SELBST überprüft hast (richtige/s Datum, Präparat, Dosis, Verabreichungsform, etc.) und sicher bist, dass das Medikament noch nicht verabreicht wurde.

Das mag zusätzlicher Aufwand sein, kann aber im Ernstfall Leben retten!

FEHLERMANAGEMENT

Text: Johannes Oswald

Seit ca. 20 Jahren ist aus wissenschaftlicher Sicht klar: Die meisten Fehler sind menschlichen Ursprungs und sie sind zu einem weitaus überwiegenden Teil vermeidbar.

Es gibt eine verständliche Erwartungshaltung der Bevölkerung: Medizinische Diagnostik und Behandlung soll perfekt sein. An mögliche Fehler oder Komplikationen wollen die Meisten gar nicht denken.

Nicht zuletzt deshalb entstand der Mythos der „Götter in Weiß“. Doch diese gibt es nicht (auch wenn einige Ärzt_innen vielleicht immer noch so tun als ob).

Nicht zuletzt deshalb hat es bei uns bis zur Jahrtausendwende gedauert einen systematischen Zugang zum Thema Fehlermanagement und Patient_innensicherheit zu finden.

Die augenöffnende Publikation war „To Err is Human“ (Kohn et al., 2000), welche erstmals die gesammelte, wissenschaftliche Grundlage für erschreckende Tatsachen lieferte: Die vermeidbaren Fehler in der Krankenhausmedizin rangieren unter den 10 häufigsten Todesursachen! Noch vor Verkehrsunfällen, AIDS und Brustkrebs.

Weitere Forschungen in den Jahren danach ergaben, dass ca. 3 von 1000 hospitalisierte Patient_innen schwere Schäden aufgrund von vermeidbaren Fehlern erleiden.

Woher kommen die Fehler?

80% aller Fehler passieren in der Medizin (und anderen Hochrisikobereichen) durch Team- und Kommunikationsfehler.

Dort besteht also auch das größte Verbesserungspotential.

Und es würde sich wohl auch für unsere zukünftigen Patient_innen lohnen, wenn wir lernen würden effektiv im Team zu arbeiten und zu kommunizieren.

Entscheidend ist in diesem Zusammenhang auch die sogenannte „Fehlerkultur“, also wie mit passierten Fehlern umgegangen wird.

Grob gesagt: Ob in einer Organisation aus Fehlern Lehren gezogen werden oder ob man nur einfach nichts mehr davon hören will.

Was tun?

Großes Vorbild beim Fehlermanagement ist für die Medizin insbesondere die zivile Luftfahrt. Dort gelang es das Unfallrisiko mit verschiedenen Maßnahmen deutlich zu senken. Heute ist das Flugzeug das sicherste Verkehrsmittel.

Von dort stammt z. B. die Idee für die OP-Checkliste, die mittlerweile in den meisten Krankenhäusern vor jeder OP abgefragt wird. Dort stehen oft relativ banale Fragen drauf (z. B.: Wer ist die Person am OP-Tisch? Welche Seite wird operiert? Wurde diese oder jene Maßnahme auch tatsächlich durchgeführt?).

Allerdings verhindern solche Checklisten, dass man in der alltäglichen Routine auch bei der 10ten OP nichts vergisst oder wechselt. Tatsächlich ist es weitaus effektiver solche systemischen Maßnahmen zu setzen, als auf Einzelpersonen loszugehen.

Denn diese „shame and blame culture“, in der Organisationen durch disziplinarische Maßnahmen versuchen ihren Mitarbeiter_innen die Fehler auszutreiben, ist nach Meinung der Wissenschaft nicht nur unangenehm, sondern auch nicht effektiv. Stattdessen müssen Maßnahmen und Arbeitsabläufe gefunden werden, die ... Fehler möglichst verhindern, ... Fehler möglichst früh erkennbar machen und ... Auswirkungen von Fehlern minimieren.

Ein Begriff, der in der Medizin fast unbekannt ist, ist die sogenannte „Assertivness“. Das ist die Fähigkeit seine Bedenken solange mit Nachdruck zu äußern, bis eine Lösung gefunden wird. Diese Fähigkeit ist besonders schwer auszubilden, wenn man in einem sehr hierarchischen System arbeitet.

Dennoch müssen wir alle den Mut und die Hartnäckigkeit haben, auch z. B. ein_e Oberärzt_in - natürlich höflich - auf Fehler

solange hinzuweisen, bis unsere Bedenken geprüft werden. Das ist in der klinischen Praxis meist nicht leicht, aber: Ein_e gute_r Vorgesetzte_r sieht seine Mitarbeiter_innen als Sicherheitsnetz.

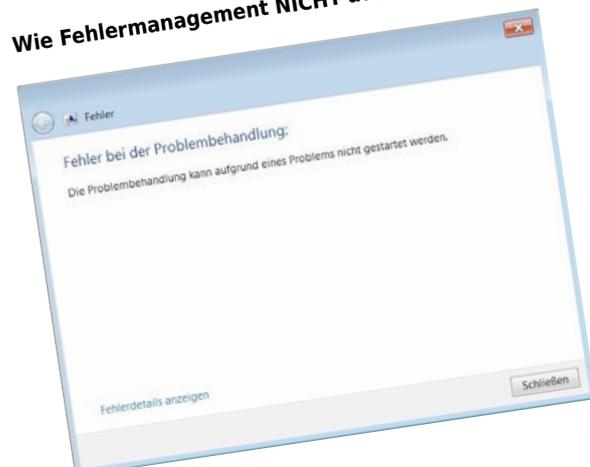
Ein weiterer, wichtiger Punkt sind Team-Trainings. Dabei geht es darum, dass im Team, z. B. das Management einer Notfallsituation, geübt wird.

Wie oben schon erwähnt, passieren die Mehrzahl aller Fehler durch Team- und Kommunikationsschwierigkeiten. Deshalb sollten bei solchen Trainings nicht nur technische Skills, sondern auch soziale Skills und eine gute Fehlerkultur erlernt werden. In der Luftfahrt sind solche Trainings sogar gesetzlich vorgeschrieben. Auch in der Medizin sollten sie heute in keinem Krankenhaus fehlen.

Dazu kommen natürlich noch viele andere Maßnahmen, die zur Fehlerprävention beitragen können. Du findest in dieser Zeitschrift z. B. auch noch etwas zum CIRS.

Fehlermanagement ist also zum größten Nutzen unserer Patient_innen und wird in Zukunft mit Sicherheit einen immer größeren Stellenwert im klinischen Alltag einnehmen. Da es sich in der Wissenschaft um einen relativ jungen Trend handelt, ist auch die wissenschaftliche Beschäftigung damit derzeit ziemlich modern und wird es wohl in absehbarer Zeit auch bleiben.

Wie Fehlermanagement NICHT aussehen sollte!



WENN BEHANDLUNGEN SCHIEF LAUFEN: DIE ANGST VOR DEM VERSAGEN

Text: Mirlinda Ademi

12
Schwerpunkt

Die Vorstellung, dass Irrtümer gänzlich vermeidbar sind, ist weltfremd. Wer kennt sie nicht? Kunstfehler, die unheimliche Schlagzeilen machen - der Alptraum jedes_r Mediziner_in. Vom vergessenen Tupfer mit anschließender Sepsis, liegengelassener Schere, falsch amputierter Gliedmaße, über nicht auffindbare Schlüssel eines Kreissaales mit einer darauffolgenden Notgeburt im Korridor. Die Illusion des Gottes in weiß ist über die Jahre hinweg zurecht nach und nach zerbröckelt. Conclusio? Ja, Irren ist verdammt menschlich! Davon ist auch medizinisches Fachpersonal nicht ausgenommen. Aber ist die Last zu wissen, einen nicht mehr gutzumachenden Behandlungsfehler verschuldet zu haben, für die Verantwortlichen selbst auch tragbar?

Null-Fehler-Mentalität: Es kann jede_n treffen!

Ein fiktives 0815-Szenario: Es ist Samstagnacht als sich der Zustand einer an Leberzirrhose und Anämie leidenden Patientin in einem Linzer Krankenhaus verschlechtert. Die junge diensthabende Assistenzärztin verordnet schließlich das Anhängen einer Blutkonserven. Diese wird kurze Zeit später mit zwei weiteren korrekt geliefert.

Ein Fehlgriff folgt: Konserventausch mit schwerwiegenden Folgen. Etwa zwölf Minuten nach Beginn der Transfusion - rund ein Drittel des Inhalts ist bereits verabreicht - erbricht die Patientin und wird reanimationspflichtig. Trotz einer Blutaustauschtransfusion und intensivmedizinischer Maßnahmen verstirbt die Patientin an den Folgen der induzierten Hämolyse.

Es folgt eine schwierige Zeit für die verantwortliche Ärztin. Man weiß "zurecht" zu schimpfen, vorlaute Münder hätten selbst in der Situation besser gehandelt, Köpfe werden geschüttelt Finger zeigen erbot auf die „inkompetente“ Schuldige. Kolleg_innen machen abfällige Bemerkungen, ein langer Gerichtsprozess steht an. Nicht nur das Ende der Karriere droht der Ärztin, sondern auch massiver psychischer und sozialer Druck.

Sie ist nach dem Vorfall großen emotionalen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Zwei Nervenzusammenbrüche innerhalb von 7 Wochen.

Ein Behandlungsfehler mit gravierenden Folgen. Opfer gibt es mehrere. An erster Stelle stehen die Verstorbene und deren Angehörigen. Über die auf der Schuldigen bürdende Last verschwendet niemand unnötig Gedanken. Schließlich seien der fremde Zorn und das Leid verdient. Irren ist menschlich, aber nicht ärztlich!

Das zweite Opfer

Die Idealvorstellung einer medizinischen Fachkraft ist es helfen zu können. Einfach ist das jedoch nicht: Wer sich der Verantwortung annimmt, muss sich der Bürde bewusst sein. Kleine Irrtümer können große Konsequenzen mit sich ziehen. Seit der Jahrtausendwende zeigt sich ein Wandel in der Einstellung gegenüber Behandlungsfehlern, ein bis dahin wenig beachtetes Thema.

In Österreich etwa sterben jährlich geschätzte 1.900 Menschen infolge von Behandlungsfehlern. Patient_innen zahlen mit ihrem Leben. Ärzt_innen mit ihrer emotionalen und psychischen Gesundheit, sie bleiben nicht unverschont. Emotionale Hilfestellung ist unabdingbar, wenn die Gefahr psychischen Schaden zu nehmen verringert werden soll.

Eine interessante Sicht der Situation teilt die Johns-Hopkins-Universität in Baltimore, wo die Ausdrücke „first victim“ für Patient_innen, „second victim“ jedoch für den oder die verantwortliche Ärzt_in geprägt wurden.

Die Stiftung für Patientensicherheit in Zürich zeigte beispielsweise anhand von Studien, dass behandelnde Ärzt_innen vor allem mit Reue, Verzweiflung, Schuldgefühlen und mangelndem Selbstvertrauen zu kämpfen haben.

Weiters gab zwei Drittel des befragten medizinischen Personals einer amerikanischen Studie an, durch die Fehlerereignisse größere Angst davor zu haben erneut zu versagen.

Rund 40% büßten ihr Vertrauen in ihre ärztliche Fähigkeit ein und litten von nun an unter schwerwiegenden Schlafstörungen.

Vor allem junge Absolvent_innen sind durch die Umstellung vom Studierenden zu_r verantwortlichen Ärzt_in mit ihren Pflichten teilweise überfordert. Im stressigen Krankenhausalltag bleibt meist keine Zeit und Raum für Zweifel und Verunsicherungen. Es herrscht Daueranspannung. Die Ansprüche an sich selbst und die Idealvorstellungen sind realitätsfern, machen müde und begünstigen wiederum Fehler. Es entsteht ein Teufelskreis bestehend aus Schuldgefühlen und Versagensängsten.

Das oberste Ziel auf dem Weg zu mehr "patient safety" ist eine Fehlerkultur zu fördern, in der der Gesundheitspersonal keine Angst mehr hat, Fehler einzugestehen.



CIRS - WAS IST DAS?



Text: Max Niederer

Laut Homepage ist CIRS „ein bundesweites, freiwilliges und anonymes Fehlerberichts- und Lernsystem für alle im österreichischen Gesundheitswesen Beschäftigten. Unter www.cirsmedical.at können sicherheitsrelevante Ereignisse wie Fehler, Beinahe-Fehler, (entdeckte) Risiken, kritische oder unerwünschte Ereignisse berichtet, kommentiert oder zu Lernzwecken nachgelesen werden“.

CIRS steht jedenfalls für „Critical Incident Reporting System“. Und genau das ist auch der Sinn dahinter. Jede_r, der oder die in Österreich in einem Gesundheitsberuf tätig ist, kann hier Fallberichte (und deren Folgen) anonym veröffentlichen. Jede_r Interessierte kann dann nachlesen und im Forum die Meinung dazu abgeben und so vielleicht ein Stück weit dazu beitragen, solche oder ähnliche Fehler in Zukunft zu vermeiden.

Aufgrund der völligen Anonymisierung der Fälle entstehen für die/den Melder_in sowie alle beteiligten Personen keinerlei juristische oder strafrechtliche Konsequenzen. Ebenfalls wird die „Herkunft“ des Falles nicht ermittelt beziehungsweise sofort wieder gelöscht um auch die Rückverfolgbarkeit zu_r Melder_in auszuschließen.

Und aufgrund dieser Faktoren sinkt auch die Hemmschwelle Fehler, sowie deren zum Teil weitreichende Folgen, in diesem anonymen Rahmen zu präsentieren. So ist es zum Beispiel möglich, schmökert man in einigen interessanten Fallberichten, zu erfahren, wie es aufgrund einfachster Fehler oder Verwechslungen zu erheblichem Patient_innenschaden kommen konnte. Oder auch zum Tod.

Die Idee zu einem solchen Sicherheitssystem hatte ursprünglich der amerikanische Psychologe James Reason. Er verglich die Fehlerentstehung mit Schweizer Käse Scheiben. Jedes Loch steht für einen Fehler. Kommen nun einige Fehler in ungünstiger Reihenfolge zusammen, hat dies natürlich Konsequenzen. Ziel von CIRS (und natürlich auch von jeder anderen Art der Qualitätssicherung) ist es nun, den Käse dichter zu machen. Unter anderem eben durch Aufzeigen einiger dieser zum Teil recht großen Löcher.

Abschließend sei gesagt, dass es sich durchaus lohnt einmal ein bisschen in diesen zum Teil wirklich spannenden Fällen zu schmökern.

Für weitere Informationen: <http://www.cirsmedical.at>

13



med basic

Praxisnah, individuell und von Mentoren betreut: Die 9-monatige Basisausbildung für Ärzte im größten Ordensspital Österreichs

**Berufung lernen.
Berufung leben.**

Ihre Ausbildungsvorteile mit dem neuen und einzigartigen Basisausbildungskonzept am Klinikum Wels-Grieskirchen:

- Kick-off mit 3 Einführungstagen
- 9 Monate **knowledge in practice**: wöchentliche Fortbildungen speziell für die Basisausbildung
- Mentoren vermitteln Wissen und Erfahrung
- Individuelle Betreuung
- Kontinuierliches medizinisches Training
- On top: **med basic-Seminar**

Weitere Details zum Ausbildungsprogramm: medbasic.klinikum-wegr.at

IRRGLAUBEN DER MEDIZIN

Text: Max Niederer

14
Schwerpunkt

Manche Lehrmeinung besagt, dass der Mensch sich vom Rest des Tierreichs durch sein Gehirn abhebt. Neueste Erkenntnisse spezifizieren dies und meinen, es sei vor allem die Besserwisserei, die dem Menschen als Alleinstellungsmerkmal dient. Besserwisserei ist so alt wie die Geschichte der Menschheit und gerade unter Mediziner_innen, und solchen die es noch werden wollen, ein häufig zu beobachtendes Phänomen. Hier werden wir gleich die Spreu vom Weizen trennen! Wenn auch du eine_r von jenen bist, die oder der kein_e Besserwisser_in ist, sondern es einfach besser weiß, dann haben wir hier das ultimative "Als es die Medizin nicht besser wusste"-Quiz. Weißt du, welche Geschichten wahr sind und welche wir frei erfunden haben?

1. Gehirnbewegungen

Erstmals von Hippokrates von Kos und einige Jahre später von Galen beschrieben war der Begriff der „Gehirnbewegung“ oder auch „Liquorpulsationen“ lange Zeit in der medizinischen Versenkung verschwunden. Bis sich im 19. Jahrhundert wieder einige Physiologen und Anatomen damit beschäftigten und die mysteriösen Pulsationsbewegungen zu erklären versuchten.



Die gewagteste Erklärung hierfür lieferte wohl Meister Galen selbst. Er nahm an,

dass sich das Gehirn bei Inspiration (ähnlich wie die Lunge) mit Luft fülle. Beim Durchtritt durch die Löcher des Siebbeines werde die Luft erwärmt und gelange in die vorderen Ventrikel, wobei sich das Gehirn ausdehne.

Durch Vermischung mit Schleim entstehe in den Hirnventrikeln der „Spiritus animalis“, welcher zunächst dem hinteren, dritten Ventrikel und von dort den Nerven zugeführt werde. Durch Nasenschleimhaut und Gaumen werden laut Galens Theorie überflüssige Schlackstoffe abgeschieden, die bei Herstellung des „Spiritus animalis“ anfallen.

Doch auch andere Theorien machten die Runde. So wurde etwa lange darüber debattiert, ob die Pulsationsbewegungen des Gehirns synchron mit dem Rhythmus des Herzschlages oder doch eher synchron zur Atmung erfolgen.

Und nun zum ersten Mal: Wahr oder erfunden?

2. Weihwasserhandel

Der Schwarze Tod wütete in ganz Europa und führte zu verschiedenen Therapieversuchen. Einer der Absurderen stammt aus Trier in Deutschland.

Dort lebte im frühen 14. Jahrhundert der Erzbischof und Kurfürst Balduin von Luxemburg, der sich nicht nur zum ergebenen Kirchendiener berufen fühlte, sondern auch zum Medikus:

Er entwickelte die Therapie des Weihwassertrinkens, welches die „Sünde aus dem Körper waschen sollte“.

Da er jedoch auch noch Fürst und Geschäftsmann war, verdiente er sich innerhalb weniger Jahre eine goldene Nase mit dem Verkauf an verzweifelte Bürger_innen. 1350 konnte er dann damit die heutigen Osttürme des ältesten Doms Deutschlands errichten lassen. Ob er selbst an seine Therapie geglaubt hat, lässt sich heute leider nicht mehr nachvollziehen.

Wie sieht's nun mit dieser Geschichte aus: Wahr oder Erfunden?



3. Keiserschnitt

Lange Zeit eine gefürchtete, sagenumwobene Operation – heute alltägliche klinische Routine.

Im 15. Jahrhundert, als man die Bestrebungen forcierte Kind UND Mutter lebend durch die Operation zu bringen machte man sich natürlich auch Gedanken, wie die Sauer- und Nährstoffversorgung des Ungeborenen von statten ging.

Die gängigste Lehrmeinung sagte aus, „dass das Kind Luft durch die Arterien der Mutter ansauge, weshalb alles daran zu setzen sei, den mütterlichen Mund während des Eingriffes offen zu halten und selbige zum Atmen zu anmieren sei“. Ebenfalls, so war der vorherrschende Glaube, sei das Ungeborene in der Lage Luft über die Geburtswege anzusaugen, weshalb auch diese offen zu halten seien.

Glaubst du uns jetzt? Wahr oder erfunden?





4. Was mag das wohl sein?

So etwas wie das, was auf dem nebenstehenden Bild zu sehen ist, fällt jetzt zwar nicht unbedingt in den Bereich des medizinischen Irrglaubens, doch würden das die Patienten, an denen dieses Unding zur Verwendung kam, sicher anders sehen. Doch wofür benötigte man dieses Gerät? Hat auf den ersten Blick Ähnlichkeit mit einer Armbrust oder einem Bogen. Aber ein Bogen in der Medizin???

- a) Pestbeulenbohrer zum Aufbohren der Pestbeulen
- b) Gerät zum Betäuben
- c) Zahnbohrer für Löcher
- d) Gerät zum Abhacken verfaulten Zehen
- e) hat gar nichts mit Medizin zu tun, es ist ein Gerät zum Feuer machen

5. Ophthalmologie im Alten Ägypten

Augeninfektionen sind häufig in Afrika. Im alten Ägypten gab es gegen dieses Leiden jedoch ein so exklusives Rezept, dass die Zutaten selbst in unserer globalisierten Welt (hoffentlich) schwer zu erhalten sind. Da sie die Gehirne ihrer Toten entfernten, gab es dieses Organ jedoch scheinbar im Überfluss.

„Rezept für jegliche Form der Erkrankung des Auges: Teile ein menschliches Gehirn in seine zwei Hälften und vermische eine davon mit Honig. Schmiere es dir aufs Auge am Abend, trockne die andere Hälfte, zerstoße sie, siebe sie und schmiere sie dir dann in der Früh aufs Auge.“ - Ebers Papyrus

Nur noch eine Bitte: Don't try this at home!

Also, ist das den alten Ägyptern wirklich zuzutrauen - Wahr oder erfunden?

6. Spanische Grippe

Die spanische Grippe, welche im Jahre 1918 in weiten Teilen der Welt wütete, ist, blickt man auf die absoluten Todeszahlen, mit der Pest im Mittelalter durchaus vergleichbar. Da man damals von den Viren als kleine Krankheitsüberträger noch wenig bis gar nichts wusste, waren auch manche Behandlungsansätze durchaus gewagt. So entwickelte etwa der in Wien wirkende Neurobiologe und Mediziner Robert Bárány (1876-1936) die „Quecksilberinhalationstherapie“. Patienten wurden dazu angehalten, „mindestens 3-mal am Tag für einige Minuten tief und kräftig die Dämpfe aus einer stärkenden Quecksilbermischung einzusatmen“.

Obwohl Bárány 1914 bereits den Nobelpreis für Physiologie erhielt, bewahrheitet sich hier wieder einmal die alte Redewendung, wonach Genie und Wahnsinn eng beieinanderliegen.

Ließ Bárány seine Patienten wirklich Quecksilberdämpfe einatmen? Wahr oder erfunden?

7. Strahlende Gesundheit und Schönheit

Der Gesundheitsmarkt des 20. Jahrhunderts hat viele skurrile radioaktive Produkte gesehen. In dieser Liste hat sich ein Produkt versteckt, das es jedoch nie gegeben hat. Weißt Du welches?

- a) Radium-Thorium-Lippenstift (für ein strahlendes Lächeln)
- b) Radium-Thorium Parfüm (für langanhaltenden Duft)
- c) Radiumwasser-Zwieback (für die Gesundheit)
- d) Radium-Schokolade (same)



- Auflösung:
- 1. Gehirnbewegungen: wahr
 - 2. Weihwasserhandel: erfunden
 - 3. Keyserchnitt: wahr
 - 4. Bilderrätzel: c
 - 5. Ophthalmologie im Alten Ägypten: wahr
 - 6. Spanische Grippe: erfunden
 - 7. Strahlende Gesundheit und Schönheit: b

„ES IST EIN SUPER BERUF, MAN MUSS NUR DIE ARBEITSBEDINGUNGEN AKTIV MITGESTALTEN!“

DAS INTERVIEW MIT DR. GERNOT RAINER

Fragen: Johannes Oswald, Serkan Asilkan

Dr. Gernot Rainer ist Lungenfacharzt mit Additivfach Intensivmedizin im Wiener Otto-Wagner-Spital und der Gründer der Gewerkschaft für angestellte Ärztinnen und Ärzte Österreichs „Asklepios“. Diese wurde im Jänner 2015 im Rahmen des Konflikts um die neuen ärztlichen Arbeitszeiten gegründet. Persönlich war er dieses Jahr schon in aller Munde durch die Nichtverlängerung seines Dienstvertrags mit Stadt Wien.

Was war Ihre persönliche Motivation die Ärztegewerkschaft Asklepios zu gründen?

Die persönliche Motivation war vornehmlich eine sehr, sehr starke Frustration. Weit über eine Dekade das Ignorieren von Arbeitnehmerschutzbestimmungen.

2003 bzw. in den späten 90ern hat die EU erstmals moniert, dass ein 40-Stunden-Vertrag einzuhalten ist. Plus zulässige 8 Stunden anordenbare Überstunden.

Als dann ungefähr im Sommer 2014 Strafzahlungen in Millionenhöhe pro Monat gedroht haben, hat sich plötzlich der Sozialminister der Sache angenommen und in den Bundesländern wurde wie wild drauf los verhandelt. Nach dem Dienst noch bis spät in den Nachmittag arbeiten war für uns selbstverständlich und hat mich immens gestört.

Ich habe ab den späten Vormittagsstunden des Folgetages Schädelweh bekommen, habe mehr als einmal mir irgendeine Tablette eingeworfen. Nur alle haben getan als wäre das normal. Das heißt, ich habe diese Entwicklung irrsinnig begrüßt.

Und dann hat man einmal nix mehr gehört und erstmals wurden Fragen laut: Wie und wer verhandelt da eigentlich und was passiert?

Es ist in allen möglichen Bundesländern in verschiedenen Varianten zu Verhandlungen gekommen, großteils hinter verschlossenen Türen.

Das betraf vor allem das Gehaltssystem: Wir hatten ein niedriges Grundgehalt, dafür halt Nachtdienste und



Überstunden hoch honoriert. Das heißt, es hätte ein Verdienstentgang von 30% gedroht. Verhandelt hat in Wien die Gewerkschaft der Gemeindebediensteten (GdG) mit ihrem Vorsitzenden, dem Herrn Ing. Meidlinger. Er selber für die SPÖ im Gemeinderat, verhandelt gegen eine rote Stadträtin und verhandelt erstmals mit der Ärztekammer mit dem Präsidenten Szekeres, damals auch SPÖ. Das heißt, das war ein rein rotes Konglomerat, das hinter verschlossenen Türen verhandelte.

Und da kam die Idee auf - und ich weiß nicht wer von den Kolleg_innen - warum wir denn eigentlich keine eigene Vertretung haben und das Beispiel war das des Marburger Bundes in Deutschland. Wobei ich mir gedacht habe, warum eigentlich nicht? Und ich habe ganz banal nachgeschaut - und mit 2-3 Juristen, die ich kannte, geredet - kann man eine Gewerkschaft gründen? Darf man das? Und wenn man's tut, wie tut man's? Und es war erstaunlich simpel: Man braucht 2 Gründer_innen und dann muss man sich - jede einzelne Gewerkschaft in Österreich ist auf Basis des Vereinsgesetzes konstituiert - mit den üblichen Organen gründen: Obmann, Obfrau, Kassier_in, Schriftführer_in, etc.. Dann haben wir das getan.

Es war sicher die Stimmung zu diesem Zeitpunkt wahnsinnig aufgeheizt. Es

waren die Medien voll mit diesem Thema in allen Bundesländern und als dann etwas Neues passiert ist, war das Interesse riesig.

Warum brauchen wir die Ärzt_innengewerkschaft Asklepios neben der Ärztekammer?

Der Witz ist, jede_r, die oder der entweder beim Krankenanstaltenverbund (KAV), bei der TILAK, SALK - wo auch immer - arbeitet, ist ein Vertragsbediensteter und hat deswegen keinen Kollektivvertrag! Sondern an sich werden die Gehälter per Landesgesetzgebung beschlossen. Dasselbe ist in Wien letztlich auch passiert. Das heißt, dieses Brimborium der Verhandlungen vorher wäre juristisch de facto nicht notwendig. Es ist sozialpartnerschaftlich üblich. Kärnten war ein besonders eklatantes Beispiel: Da hätte die Ärztekammer gerne verhandelt, die hatten aber die gewerkschaftliche Vertretung in Kärnten durch einen gewissen Herrn Auer. Und der Herr Auer hat sich wirklich öffentlich in die Medien gestellt und hat dann gesagt, also die Forderungen der Ärzt_innen, die kann er so nicht mittragen und unterstützen.

Und es sind unzählige verschiedene Gewerkschaften für die Ärzt_innenschaft zuständig. Allein in Wien gibt's 5 verschiedene Gewerkschaften: Die größte ist eben KAV mit der GdG - jetzt „Union“. Im AKH hat die GÖD, die Gewerkschaft Öffentlicher Dienst, verhandelt. Für's

Hanusch-Spital wär's die Gewerkschaft der Privatangestellten; für die ganzen Ordensspitäler ist es die VIDA und dann gibt's für die AUVA-Häuser noch eine.

Die Ärztekammer hat Arbeitnehmerschutzgesetze verschlafen, sie hatte ja über eine Dekade Zeit diese Interessen zu vertreten. Die Gewerkschaften, die für uns verhandelt haben, haben sich nicht eingesetzt. Wenn ich sagen würde, die Ärztekammer ist so grandios und macht ihren Job so toll, dann hätten wir Asklepios nicht gründen brauchen.

Mit welchen Missständen kämpfen in Ihren Augen primär die angestellten Ärzt_innen in Österreich?

Es kommt derzeit zu einem Herunterfahren des öffentlichen Gesundheitswesens. Ich glaube als Argument wurde die Arbeitszeitverkürzung genommen. Was immer behauptet wird - es soll mehr Tagespräsenz geben, dafür in der Nacht weniger - stimmt schlichtweg nicht.

Was wir erlebt haben ist, dass die Leute die jetzt - und das ist begrüßenswert - einfach in der Früh nach dem Nachtdienst außer Dienst gehen, die sind nicht ersetzt worden. Was nicht weniger geworden ist, sind die Patient_innen. Das heißt, es kommt zu einer irrsinnigen Arbeitsverdichtung. Das hat unmittelbar Konsequenzen gehabt auf die Ausbildung.

Es war in den Strukturen vorher schon nicht leicht, dass man immer genug Zeit gefunden hat. Jetzt haben wir Situationen, wo wir gerade irgendwie noch den Betrieb aufrecht erhalten und haben noch überhaupt keine Idee, wie wir auch noch eine adäquate Ausbildung gewährleisten sollen. Ich glaube, dass vorherrschend ein ökonomischer Gedanke da ist, der sagt: Wir haben überbordend viele Spitalsbetten. Ist ja auch richtig. Der Witz ist aber, das ist eine Steuerung gewesen, die über Jahrzehnte gelaufen ist. Und auch da war die Ärztekammer nicht unschuldig, sie hat noch bis 2012 von den Geldern der Ärzt_innen eine Art Werbekampagne geschaltet: "Die Wiener Spitalsärzt_innen, wir sind alle rund um die Uhr für Sie da, wir sind immer für Sie da!". Das heißt, wir haben einen freien Zugang zu allen Spitalinfrastrukturen und wir haben den Patient_innen auch beigebracht diese Strukturen rund um die Uhr, jederzeit wahrzunehmen.

Dann wurde über Jahrzehnte auch gesagt: "Wir müssen den niedergelas-



senen Bereich stärken!". Das wurde mantraartig wiederholt, passiert ist es nicht. Diese wirklich überbordende Spitalslastigkeit jetzt radikal runterzufahren, das ist die Idee. Ich glaube jetzt wird sehr brutal Ökonomie betrieben.

Aber wenn man sich das heute anschaut: Eigentlich ist es doch ein Traum. Die Ärzt_innen arbeiten weniger für das gleiche Geld, oder?

Also Kompensation ist nicht hundertprozentig gelungen. Vor allem weil einige der Rechenmodelle noch auf diesen möglichen 8 Überstunden pro Woche basieren - das ist das, was als Nächstes rigoros gekappt wird.

Man darf nicht vergessen: 8 Überstunden pro Woche pro Arbeitnehmer_in in einer Vollzeitbeschäftigung und das - was weiß ich - mal 3600 Bediensteten. Das ist schon viel, viel, viel Geld. Dass weniger gearbeitet wird und dass es ein Mehr an Lebensqualität außerhalb des Spitals gibt, das ist wirklich richtig. Also allein das mit den Ersatzruhetagen ist ja auch ein Kuriosum, weil Ersatzruhetage haben nicht unbedingt mit den 48 Wochenstunden zu tun.

Es gibt ein Bundesgesetz, das hätte besagt, dass man für Samstagdienst, respektive Freitag-Sonntag-Kombinationen, im Ausgleich einen Tag bekommt. Wurde in Wien schlichtweg ignoriert und erst ehemalige Mitarbeiter_innen haben es beim Rechnungshof angezeigt. Dann kam es zu einer panikartigen Umsetzung von einem Monat zum

nächsten.

Also so wird mit Gesetzen umgegangen, die da sind!

Heute treffen wir uns vor allem wegen der Nichtverlängerung Ihres Vertrages mit dem KAV (Wiener Krankenanstaltenverbund) vor einiger Zeit. Das hat medial eine große Aufmerksamkeit erregt. Sind sie in die Medien gegangen oder sind diese an Sie herangetreten?

Wechselweise. Ich habe nicht gedacht, dass es diese Wellen schlägt. Dass es dann so groß wurde und das Interesse so riesig wurde, ist skurrilerweise entkoppelt von meiner Person.

Z.B. dass es im Nationalrat besprochen wurde, das habe ich selber aus den Medien erfahren. Das Ganze betrifft auch ganz viele Kolleg_innen: Ich war 9 Jahre im selben Spital, zwischendurch wurde ich 3 Mal verlängert. Dies ist etwas, was man in der Wirtschaft eine Kettenvertragsstruktur nennen kann. Darauf fußt meine Anzeige gegen die Stadt Wien - eigentlich hätte schon die letzte Verlängerung einer Definitivstellung entsprechen müssen.

Damit kann ich sagen, ok, dann ist es aber eine sittenwidrige Kündigung aus verpönten Motiven. Das wird das Gericht entscheiden.

Was glauben Sie, woran eine Verlängerung scheiterte?

Diese Dauervertragskommmission, ich kenne deren Zusammensetzung nicht, bis auf den Mann der Gesundheitsministerin und das hat das „Profil“ recherchiert. Als offizielles Schreiben habe ich von der Personalstelle nur erhalten: Sie werden nicht verlängert wegen „fehlender Identifikation mit den Gesamtinteressen der Stadt Wien“. Von der Gegenseite wurden damit politische Gründe in die eigene Begründung geschrieben. Wobei, was sind die Interessen der Stadt Wien? Der



KAV gehört per se der Öffentlichkeit, uns allen. Was ist die Stadt Wien?

Die derzeit regierende Partei? Ich unterstelle ganz, ganz konkret, dass das politisch motiviert ist. Es bleibt ja sonst nichts übrig.

Machen sie jemandem konkret einen Vorwurf?

Nein, es ist hier ein Gesamtsystem, das darf man nicht unterschätzen. Dieses Klima des sich wirklich Fürchten, dass ein Arzt oder eine Ärztin offen redet über Zustände. Ich glaube nicht unter der jungen Generation. Das ist auch eine Mentalitätssache: Ich habe angefangen 2007 in Wien, da gab es immer mehrere Bewerber_innen auf eine Stelle. Da war schon ganz klar, man gliedert sich in ein wahnsinnig hierarchisches System ein. Das meines Erachtens auch in der Form längst obsolet ist - überall wo die Arbeitszufriedenheit größer ist, sind die Hierarchien deutlich flacher geworden.

Ich mache dem KAV konkret einen Vorwurf. Und auch dem rot geführten Gesundheitsressort dieser Stadt. Ich glaube, das Kalkül war, der ist unbequem, den werden wir uns nicht behalten - da wird nur kurz eine Meldung in der Presse sein, Sache ist erledigt.

Haben Sie eigentlich Ihre Bewerbung vor der Entscheidung zu Gesicht bekommen?

Ja, ich musste sie auch unterschreiben.

Warum haben Sie unterschrieben, wenn Sie dieser nicht zugestimmt haben?

Was in den Medien nicht vorgekommen ist, ist eine Art - nicht Disput - mit dem Abteilungsvorstand. Wenn er die Verlängerung nicht beantragt, kommt es zu gar nichts. Er hat gesagt, er kann das nicht anders ausfüllen von seiner Person her. Ich habe noch handschriftlich dazu geschrieben, ich sehe eine hohe Identifikation mit der Stadt Wien und der

Dienststelle, und das haben wir beide unterschrieben und eingereicht. Dann ging es weiter über die Ärztliche Direktion, wo dann die Frau Direktor Hörnlein (Anmerkung: Gattin von Bürgermeister Häupl) das auch nochmal unterfertigt hat und von da an die Dauervertragskommission. Fachlich waren alle Punkte positiv, wie auch schon die Bewertungen davor. Es war ja nicht die Erste.

Glauben Sie, dass Ihr Abteilungsvorstand dazu motiviert wurde oder dass es seine persönliche Meinung ist?

Er hätte es ja nicht einreichen müssen. Ich weiß es de facto nicht genau. Aber wir werden uns wieder sehen vor dem Arbeitsgericht, da werde ich die Frage weitergeben.

Hand aufs Herz: Wenn wir nach dem Studium sofort eine Stelle finden, ist Ihre Vertragsauflösung als Facharzt dann nicht eher ein Problem für den KAV, als für Sie?

Für die Abteilung akut, ja. Weil die Arbeitskraft schlichtweg mangelt. Wenn man unterstellt, dass es zu einem Zusammenschmelzen des Spitalssektors kommen soll: Dann nein! Ich persönlich hänge weniger an den Strukturen, aber ich habe das Team irrsinnig gemocht und mir ist viel an der Intensivmedizin gelegen. Jetzt betreibe ich meine Wahlartzordi, macht mir auch riesen Spaß. Aber Intensivmedizin mache ich dort keine.

Bewerben Sie sich wieder in einem anderen Haus?

Da muss man realistischerweise sagen, ich bin Lungen-Doktor und in einem Gemeinde-Wien-Spital brauche ich mich nicht mehr zu bewerben. Da gibt es noch das Hartmann-Spital und das Hanusch-Spital und das war's.

Erweiterung meiner Wahlartzordination um einen weiteren Ordinationstag. Und was ich machen möchte, ist ein Buchprojekt mit dem Brandstätter Verlag über das Gesundheitssystem mit einem sehr, sehr wilden Zeitplan: Das soll im September schon raus-

kommen. Und es wird abzuwarten sein, wie sich der Prozess entwickelt. Mein Anwalt meint, sowas kann ein, eineinhalb Jahre dauern.

Möchten Sie noch etwas Spezielles zu den Medizinstudierenden sagen?

Ich glaube, dass wir eine neue Generation brauchen. Wir haben große Pensionierungswelle in 5 bis 10 Jahren. Und es gehört wirklich was geändert, die Sache mit den Hierarchien, die ich angesprochen habe, es gehört ein anderer Umgang her. Es ist ein super Beruf, man muss nur die Arbeitsbedingungen aktiv mitgestalten! Ich glaube, Ausbildung wird ein riesen Thema. Und all diese Dinge wird die nächste Generation maßgeblich mitbestimmen. Weil sie erstmals auf Grund der Quantität in der Lage ist zu sagen, ich gehe sonst woanders hin! Ich muss mich nicht mehr mit 4 Leuten um einen Job zu bewerben. Und ich glaube, es kann sich jetzt was Sinnvolles tun und das macht die nächste Generation und nicht die, die jetzt in Pension gehen wird.

Vielen Dank für das Interview!



VEREIN PULS: SCHNELLES HANDELN RETTET LEBEN

Text: Mario Krammel



Verein zur Bekämpfung des plötzlichen Herztodes

Ein Herzstillstand ist einer der zeitkritischsten Notfälle in der Medizin: Nur 18 von 100 Personen überleben einen plötzlichen Herzstillstand außerhalb des Krankenhauses. Durch rasche Ersthilfe können die Überlebenschancen jedoch signifikant verbessert werden. Aus diesem Grund hat sich der Verein Puls in Zusammenarbeit mit der MedUni Wien dem Kampf gegen den plötzlichen Herztod verschrieben.

Mehr als 12.000 Österreicher_innen sterben pro Jahr am plötzlichen Herztod. Obwohl in Österreich das Netz der Blaulichtorganisationen so dicht wie nirgends anderswo in Europa ist, liegt die Krankenhausentlassungsrate nach einem präklinischen Herzstillstand in Wien derzeit nur bei 18 Prozent.

Durch kräftigen Druck in der Mitte des Brustkorbes und den raschen Einsatz eines automatisierten externen Defibrillators noch vor Eintreffen der Rettung können Zeug_innen eines Kollaps effizient Hilfe leisten.

„Bei einer leblosen Person nimmt die Überlebenschance ohne Hilfsmaßnahmen pro Minute um etwa zehn Prozent ab. Die rasche Hilfe durch Laien, noch bevor der Rettungsdienst eintrifft, ist somit oft die einzige Möglichkeit einen Menschen wieder ins Leben zurückzuholen“, so Dr. Mario Krammel, geschäftsführender Präsident des Vereins Puls und Anästhesist und Intensivmediziner an der MedUni.



Ziel des Vereins ist die Überlebensrate nach einem Herzstillstand nachhaltig zu verbessern.

„Eine möglichst flächendeckende Installation von öffentlich zugänglichen Defibrillatoren und die Förderung einer ‚Kultur des Hingreifens‘ im Ernstfall sind unsere Hauptziele“, erklärt Prof. Wolfgang Schreiber, Vorstand des wissenschaftlichen Beirates und Notfallmediziner an der MUW.

Puls hat deshalb eine Reihe an Projekten ins Leben gerufen:



Schulprojekt

„Ich kann Leben retten!“

Auf Initiative von Puls absolvieren seit dem Schuljahr 2014/2015 alle Wiener Volksschüler_innen der dritten Klassen zwei 50-minütige Einheiten „Wiederbelebungunterricht“. Der Hintergedanke dabei: aus geschulten Kindern werden couragiert handelnde Erwachsene. Zusätzlich sind starke Partner beteiligt: Die Stadt Wien, die Helfer Wiens, der Wiener Stadtschulrat, die Wiener Berufsrettung, der Samariterbund, das Wiener Jugendrotkreuz, die Malteser, die Johanniter, sowie Studierende der MUW.

First Responder Projekt

Im Rahmen des Projektes „First Responder – Polizei Wien“ wurden in Polizeiinspektionen und Polizeiautos mittlerweile mehr als 200 Defis installiert. Das Projekt nutzt das Prinzip des „First Responders“: bei Notrufen mit Verdacht auf Herzstillstand wird neben den Rettungskräften auch die Polizei verständigt. Polizeibeamte_innen, die oft vor der Rettung vor Ort sind, können effizient helfen. Seit Anfang 2013 gab es schon 160 Lebensrettungen.

Defis im öffentlichen Raum

Im Rahmen weiterer Projekte setzt der Verein Puls darauf Defis im öffentlichen Raum verfügbar zu machen. Mit dem Projekt Definetzwerk (www.definetzwerk.at) werden die öffentlich zugänglichen Laien-Defibrillatoren in einem mehrfach verifizierten Datensatz kartographiert. Diese werden entsprechend den Leitlinien des European Resuscitation Councils aus 2015 den Leitstellen der Rettungsorganisationen zur Verfügung gestellt, damit im Ernstfall schnell das nächste Gerät gefunden werden kann. Zusätzlich werden in Kooperation mit Partnern wie beispielsweise der Stadt Wien, der Firma Gewista oder den Wiener Linien laufend Projekte zur Installation frei zugänglicher Defis umgesetzt.

Kampagnen und Medienarbeit

Unterstützt und begleitet werden alle diese Projekte durch ein vielfältiges Portfolio an Maßnahmen zur Awarenessbildung – von Medienarbeit über Schulungsangebote bis hin zu direktem Bürger_innenkontakt bei Großveranstaltungen wie dem Wiener Donauinsselfest.

Wir brauchen DEINE Hilfe - werde Teil des PULS Netzwerkes

Mit der Kampagne „Leben retten ist kinderleicht“ und einem Aktionstag am 13. Juni in Wien soll zusätzlich Aufmerksamkeit generiert werden: An Infoständen im AKH, auf der Mariahilfer Straße und an U-Bahnnotenpunkten wird die Bevölkerung mittels Give-aways, Infos zu Defis und mit ‚Hands-on Trainings‘ vor Ort informiert und damit die ‚Kultur des Hingreifens‘ im Ernstfall weiter gefördert. Für den Aktionstag brauchen wir DEINE Hilfe - werde Teil des PULS Netzwerkes.

Information und Anmeldung zum
Aktionstag am 13. Juni unter
office@puls.at

Weitere Infos folgen dann per Mail!

EIN VORSITZ-RÜCKBLICK

Text: Eren Eryilmaz

20
ÖH
...
ÖH

Ein Jahr ist nun seit der letzten ÖH Wahl vergangen und es ist sehr viel passiert. Und was hat euer ÖH Med Vorsitzteam in dieser Zeit gemacht? Hier ein kompakter Zwischenbericht:

Am 1. Juli 2015 sind wir, Johanna, Eren und Lukas, hochmotiviert in die Exekutivperiode gestartet und leiten seitdem die ÖH Med Wien. Anfangs haben wir viel Zeit damit verbracht Antrittsgespräche zu führen und unsere Ideen Entscheidungsträger_innen näher zu bringen. Wir haben mit dem Rektorat, Mitgliedern des Unirats und Senats, der Gesundheitsministerin, dem Zahnklinkleiter, neuen ÖH-Interessent_innen und mit vielen anderen Gespräche geführt um dich bestmöglich zu vertreten und eine bunte ÖH aufzubauen. Nach dem Sommer stand nun ein großes Team mit einigen alten und vielen neuen Gesichtern, das wächst und wächst.

Doch was ist bisher geschehen?

Seehr viel.

Durch ständigen Austausch mit dem Rektorat, den Studienvertretungen Human, Zahn und PhD, anderen Hochschulvertretungen, der ÖH-Bundesvertretung und studentischen Initiativen wie AMSA, Serpents, Sono4You und Medimeisterschaften sind wir die Schnittstelle für alles Mögliche. So konnten wir uns zum Beispiel bei unseren monatlichen Jour-Fixes mit unserer Vizerektorin für Lehre, Prof.in Rieder, Unterstützung für ÖH-Projekte wie den Sozialtopf, Ersti-Taschen, After-SIP- & Punschstände uvm. sichern. Mit Unterstützung des Referats für sozialpolitische Angelegenheiten und unserer Wirtschaftsreferentin haben wir ein sehr großes Projekt, den Sozialfonds, aufgebaut, um Studierenden in finanziellen Notlagen und/oder mit Kindern unter die Arme zu greifen. Nach viel Diskutieren und Lobbyieren kam am Anfang des Jahres obendrein die Bestätigung vom Rektorat, dass das AKH endlich eine Aufwandsentschädigung für KPJ-Studierende zahlt.

Wir haben auch 2 neue Referate ins Leben gerufen, das Referat für Organisation und Schulungen und das Referat für



Multimedia (ehemalig cc:mm), mit allen insgesamt 10 Referaten haben wir alle 2 Wochen ein öffentliches "ÖH Meeting" namens get tÖHgether etabliert (wo du auch <3-lichst eingeladen bist) und haben etliche Infoveranstaltungen, Aktionen und Feiern koordiniert und mitveranstaltet.

Neben Selfies von Partys posten, Sitzungen leiten, Studierende im Senat und in den Curriculumkommissionen Human und Zahn vertreten, tausende Emails lesen und schreiben, unzählige Gespräche führen, Probleme lösen, Ansprechperson für alles sein, Aufgaben verteilen, Referate koordinieren und ... achja, Studieren - haben wir trotzdem noch einiges vor. Zum Beispiel muss unser Prüfungssystem weiterentwickelt werden, damit wir in unserer

Lernzeit sinnvolle Inhalte lernen, anstatt von SIP-Altfragen. Ein wichtiges Thema ist die Zahnklinik, die zurzeit unter Kritik steht. Viele Studierende klagen dort über sehr schlechte Bedingungen im 72-Wochen-Praktikum und eine Bezahlung gibt es, bei durchschnittlich 48h/Woche, auch nicht. Das wollen wir gemeinsam mit der Studienvertretung Zahnmedizin ändern und setzen uns intensiv für Verbesserungen und eine Aufwandsentschädigung ein.

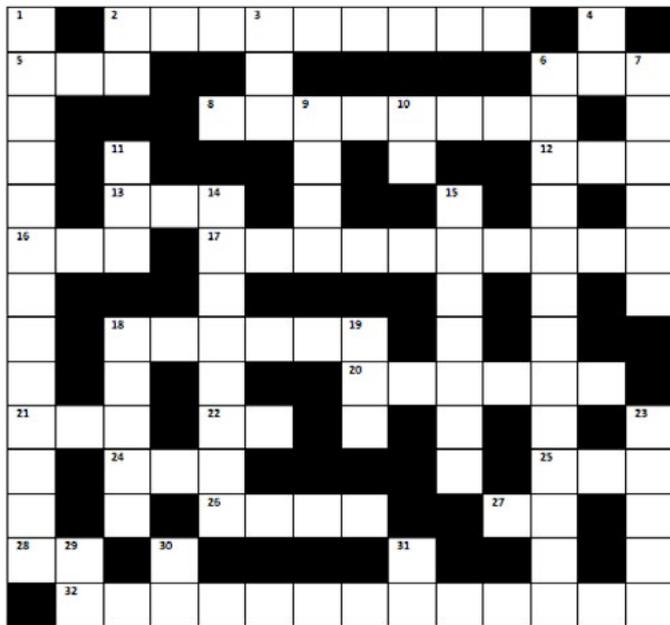
Wie du merkst, tut sich einiges in deiner ÖH Med. Falls du Lust hast dir mal persönlich ein Bild davon zu machen oder du selber mitmachen möchtest, dann komm einfach bei unseren get tÖHgether vorbei oder schreib uns eine Mail!



SCHLAG DIE PROFS:

Wer nicht dabei war, hat die genialste Show des Semesters verpasst! Nachdem die Profs in den ersten 3 Spielen triumphiert hatten, rissen unsere Studis in den letzten Spielen noch das Ruder herum und trugen den Sieg davon! Noch nie war der Hörsaal so laut!

KREUZWORTRÄTSEL VON LUCA MARTELANZ



SENKRECHT

1 Wie wird eine Niere, die durch den Verlust von Nephronen, Fibrosen und ein Gewicht von weniger als 80 Gramm charakterisiert ist, bezeichnet? **2** Abk. Wie werden Eileiterschwangerschaften, Ovarschwangerschaften und intramurale Graviditäten gemeinsam bezeichnet? **3** Abk. Welcher Tumormarker kann in sehr geringen Konzentrationen in den Körperflüssigkeiten einer Patientin mit einem Zervixkarzinom nachgewiesen werden? **4** Abk. Wie wird Diazepam Patient_innen mit einem persistierenden epileptischen Anfall gegeben? **6** Was ist ein Symptom der Gastroparese? **7** Welches Enzym weist einen Aktivitätsmangel bei der Cholesterinester-Speicherkrankheit auf? **9** Wie wird eine durch Brucella abortus verursachte Brucellose noch bezeichnet? **10** Abk. Der Nervus laryngeus recurrens welcher Seite schlingt sich in seinem Verlauf nicht um den Aortenbogen? **11** Abk. Welche neoplastische Erkrankung kann zu einer erhöhten Anfälligkeit für Infekte und Milzinfarkten führen? **14** Mit welchem Arzneimittel wird bei älteren Patient_innen die Behandlung des Morbus Parkinson begonnen? **15** Welche Form der akuten Kopfschmerzen wird mit Antiemetika, Analgetika und Triptanen bzw. Ergotaminderivaten behandelt? **18** Gegenüber welchem Zahn mündet der Ohrspeicheldrüsenangang in die Mundhöhle? **19** Abk. Exogene allergische Alveolitis. **23** Welcher Wert ist normalerweise größer als 70% und wird als alternative Darstellung der Prothrombinzeit gesehen? **29** Welche Strecke im EKG wird über die isoelektrische Linie gehoben und kann auf einen frischen Myokardinfarkt hinweisen? **30** Abk. Maßeinheit für die durch ionisierende Strahlung verursachte Energiedosis. **31** Abk. Welches Ion hat eine extrazelluläre Konzentration von 100mmol/l?

WAAGRECHT

2 Welche Krankheit hat eine Prädispositionsstelle im Gebiet des Locus Kiesselbachi? **5** Abk. Welche Oxidoreduktasen im menschlichen Körper bestehen aus ungefähr 500 Aminosäuren und besitzen im aktiven Zentrum ein Eisen(III)-Ion? **6** Abk. Wo befinden sich Zellen die Melanozyten-stimulierende Hormone (MSH) produzieren? **8** Welcher Punkt liegt auf der Monro-Linie und ist für die Diagnose der Appendizitis entscheidend? **12** Abk. Welche Klassifizierung wird zur Beurteilung von gefärbten Zellabstrichen vom Muttermund verwendet? **13** Abk. Maßeinheit der Stoffmenge. **16** Abk. Medioklavikularlinie. **17** Welche Nebenwirkung kann bei einer Überdosierung von Mutterkornalkaloiden auftreten? **18** Welche Form der Fehlsichtigkeit kann durch Zerstreungslinsen mittels Brille oder Kontaktlinsen behoben werden? **20** Welche Erkrankung wird durch eine verminderte Hämoglobinkonzentration charakterisiert? **21** Abk. Welches Lipoprotein entsteht nach Triglyceridabgabe aus den VLDL? **22** Abk. Originalpackung. **24** Abk. Welcher Rezeptor wird durch Ticlopidin, Clopidogrel und Prasugrel blockiert? **25** Abk. Auf welcher Station werden Patient_innen mit einer Lungenembolie aufgenommen? **26** deutsch: oculus **27** Dieses EKG-Intervall hängt von der Herzfrequenz ab. **28** Abk. Welche Herzrhythmusstörungen können bei Gesunden jedoch auch im Rahmen einer KHK oder Myokarditis auftreten? **32** Mit welchem operativen Eingriff kann eine durch eine Rekurrensparese bedingte Heiserkeit behandelt werden?

PUBMEDQUIZ4YOU

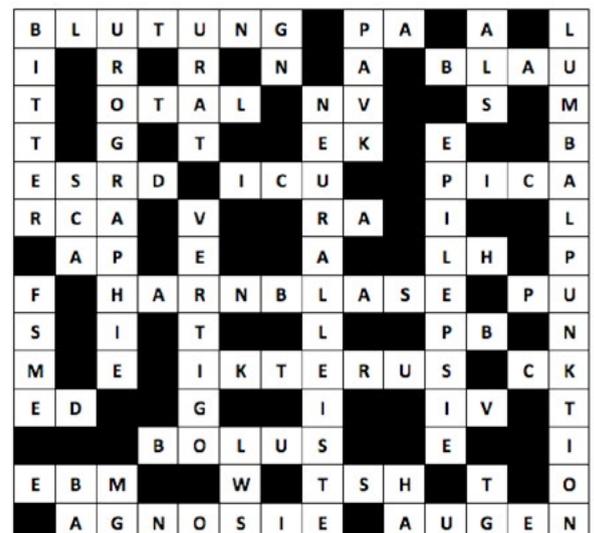
1. Wann wurde die Medizinische Universität Wien gegründet?
2. Wie nannte man früher Hebammen die Frauen halfen ungewollte Kinder abzutreiben?
3. Wie vielen Haushalten, entspricht der Wasserverbrauch des AKH pro Tag?
4. Wie viel wiegt der Waldeyer 19. Aufl. in kg?
5. Phobia-ABC: Algophobia, Barophobia, Chlorophobia?
6. Wie lang ist das Rohrpostsystem des AKH Wien?
7. Wenn eine Ärztin im Gespräch mit einem Patienten die „Buchmetapher“ anwendet, worum geht es ihr vor allem?
8. In welcher Arztserie spielen folgende Darsteller: Hans Sigl, Neil Patrick Harris, Dick Van Dyke

BILDERQUIZ:



Lösungen: 1 - 2004; 2 - Engelmacherin; 3 - 90 000; 4 - 2,236 kg; 5 - Angst vor Schmerz, Angst vor Druck und/oder Schwerkraft, Angst vor Farbe Grün/günen Dingen; 6 - Hans Sigl = Bergdoktor, Neil Patrick Harris = Doogie Howser M.D, Dick Van Dyke = Scrubs / Diagnose:Mord; 7 - Nippelschutz für Mütter (es wurde damals länger gestillt und die Kinder hatten schon Zähne); Bild 2 - Gerät zum Aufdehnen der Harnröhre

Lösung des Kreuzworträtsels der Aprilausgabe



DIE RÜCKBLICKE DER STV HUMAN, POSTGRAD UND ZAHN

STV Human

Als Studienvertretung ist es uns ein großes Anliegen dir das Studieren so problemlos wie möglich zu gestalten. Heuer haben wir viele Projekte verwirklichen können. Einige, wie der Fahrtkostenzuschuss für die Tertiale im 5. Jahr sind größer, manche etwas kleiner – wie zum Beispiel die Stirnspiegel fürs HNO-Tertial.

Das sehr umfangreiche KPJ-Logbuch konnten wir im Pflichtteil für dich verkleinern. Einige der teilweise utopischen Lernziele wurden überarbeitet. Wir wollen weiterhin Anpassungen im Logbuch und auch allgemein Verbesserungen am KPJ vornehmen. Dafür brauchen wir jedoch dein Feedback, auch Berichte auf pjcheck.at helfen zukünftigen Kolleg_innen sehr.

Wir verwenden viel Zeit für etwas weniger Sichtbares: die Beratungen. Wir stehen dir persönlich, telefonisch, per Mail und auch via Facebook für Fragen und Anliegen rund ums Humanmedizinstudium zur Verfügung. So konnten wir vielen Studierenden bei weiteren Prüfungsterminen, verpassten Anmeldungen zu Kleingruppen oder Ersatzleistungsterminen helfen.

Ein weiterer, großer Teil unserer Arbeit findet in den insgesamt 64 Blockplanungsteams statt. Hier diskutieren wir auf Augenhöhe mit Lehrenden über Verbesserungen in Seminaren, Praktika und Tertialen. Nicht zuletzt sind wir auch eine sportliche Studienvertretung. Deshalb liegt es uns nahe die MedUni Wien Serpents zu fördern - sei es das Basketball- oder das American Football-Team. Letzteres haben wir vor Kurzem unterstützt, indem wir ihnen eine finanzielle Starthilfe für Schutzausrüstungen gegeben haben. #ssssafetyfirst

Um bei all diesen wichtigen Dingen koordiniert vorzugehen, treffen wir uns mindestens einmal in der Woche auf 6M – wie etwa dienstags um 15:30 bei unserem regelmäßigen Jour Fixe. Du bist herzlich eingeladen mal vorbeizukommen und dein Feedback zu diesen wichtigen Themen anzubringen (NB: bei uns gibt's immer Kaffee & Knabbereien!).

ÖH Med Wien Postgrad

Die Studienvertretung für postgraduelle Studien (ÖH Med Wien Postgrad) vertritt die Studierenden der Doktoratsstudien (PhD/N790) und der Medizinischen Informatik.

Im Jahr 2015/2016 stand die starke Hintergrundarbeit für die Studienplangestaltung im Vordergrund, da die Studienpläne für die Doktoratsstudien geändert wurden.

Die wichtigste Änderung der Studienpläne betrifft die Notwendigkeit einer Supervisor_in und eines Projektthemas bei Inskription ab Herbst 2016. Auf den ersten Blick erscheint dieser Schritt wie eine unnötige Hürde, jedoch hat sich gezeigt, dass es einen Schutz für Studierende darstellt. Denn in vielen Fällen hat es Jahre gedauert um Supervision und Projekt zu finden - Jahre in denen man unter Umständen unbezahlt und ohne rechtlichen Schutz arbeitet. Diese Änderung bedeutet aber auch, dass die Projektfindung einfacher und transparenter gestaltet werden muss. Deshalb arbeiten wir weiterhin gemeinsam mit der MUW an einer Web-Plattform um dies zu ermöglichen.

Weiters haben wir 2016 zum zweiten Mal ein Reisestipendienprogramm für Kongressteilnahmen umgesetzt, sowie eine große Informationsveranstaltung gemeinsam mit der Young Scientist Association veranstaltet.

Beratung ist eine ständige Kernaufgabe der ÖH Med Wien Postgrad, daher gibt es immer die Möglichkeit der Kontaktaufnahme unter postgrad@oehmedwien.com sowie persönliche Beratung nach Terminvereinbarung.

Du kannst dir auch einen Überblick über die Doktoratsstudien in unserem „Quick Guide Doctoral Studies“ verschaffen. Er ist erhältlich im AKH auf 6M sowie elektronisch auf postgrad.oehmedwien.com

STV Zahn

Als Studienvertretung Zahnmedizin blicken wir seit den ÖH-Wahlen im Mai 2015 auf eine sehr erfolgreiche Zeit zurück, die wir nun stichwortartig zusammenfassen möchten:

- » Erstellung spezifischer Dritt- und Viertklässlerguides sowie eines Guides für das 72 Wochen Praktikum
- » wöchentliche Studierendenberatung jeden Dienstag ab 18:00 Uhr im ÖH-Büro der Zahnklinik
- » die lang ersehnte Kürzung des Leistungskatalogs im 72-WPR
- » Abschaffung der Prüfung „Rechtliche und wirtschaftliche Grundlagen“ und Integration als informative Vorlesung ins 72-WPR
- » erstmalige Belegung von Tutor_innenstellen in den Praktika Schnitzen und Aufwachsen des dritten Studienjahres
- » Erstellung von Gipsmodellen, mit denen man das Aufwachsen daheim üben kann
- » erstmalige Umsetzung der drei gesetzlichen LV-Prüfungstermine pro Semester
- » gut besuchtes Punschfest im Hof der Zahnklinik, dessen Erlös zu 100% an AmberMed gespendet wurde
- » Vortrag zum Thema "Lupenbrillen"
- » Kontakt mit Klinikleitung, Rektorat und Bundesministerium um die Problemfelder des 72 Wochen Praktikums sowie dessen Bezahlung zu besprechen
- » Organisation des Oral-B Vortrags in Zusammenarbeit mit Fr. Sperlch
- » Informationsveranstaltung zum Thema Bezahlung im 72-WPR im April, die uns eine große Solidarität von Studierendenseite aufzeigte
- » Umstellung der Z-SIP-Auswertung, so dass auch bei eliminierten Fragen niemals über 66,67% erreicht werden müssen
- » kostenlose Trainingseinheiten für Dentalmikroskopie in Zusammenarbeit mit der Fa. Zeiss
- » Überarbeitung der Richtlinien fürs 72-WPR sowie Kürzung und Umstrukturierung der Dienstwochen ab Oktober 2016

...to be continued! ;-)

REMINDER: KG-Anmeldung

Von 30. August bis zum 12. September sind die Kleingruppenanmeldungen für das Wintersemester!

Wenn du versäumst dich anzumelden, kannst du dein Studium im nächsten Semester unter Umständen nicht fortsetzen!

Vergiss auch nicht, dich für etwaige Wahlfächer, die du im WS machen möchtest, rechtzeitig anzumelden!

WICHTIG

Wenn du im **September zur SIP** antreten möchtest, vergiss auf keinen Fall dich in den Ferien fristgerecht anzumelden!

SIP1a, SIP1b, SIP4a
Anmeldung zwischen 18. 7. und 8. 8. 2016

SIP2, SIP3, SIP5a
Anmeldung zwischen 8. 8. und 29. 8. 2016



ÖH AFTER-SIP-STÄNDE

Elektrolytauffrischungen gibt es wie gewohnt nach den großen SIP-Terminen vor dem Eingang zur Studien- und Prüfungsabteilung!

DI, 28. 6. 2016 (SIP1a & 1b) – von 10 bis 15 Uhr
MI, 29. 6. 2016 (SIP2) – von 10 bis 15 Uhr
DO, 30. 6. 2016 (SIP3) – von 11 bis 15 Uhr
FR, 1. 7. 2016 (SIP5a) – von 11 bis 15 Uhr



Öffnungszeiten der ÖH in den Sommerferien:
geöffnet am **4.7., 25.7., 1.8., 22.8., 29.8.** (Montags)

(Impfzeiten sind gleich wie Öffnungszeiten)
ab September wieder jeden Montag

BILDQUELLENVERZEICHNIS

Ein großes Dankeschön geht an Pixabay für viele Bilder!

S. 14: Mines de Gavà 017, Wikipedia, diese Datei ist unter der Creative-Commons-Lizenz „Attribution-ShareAlike 4.0 International“ lizenziert. Der Urheber dieser Bilder ist Jordiferrer ; Weihwasser, Wikipedia, diese Datei ist unter der Creative-Commons-Lizenz „Attribution-ShareAlike 3.0 Unported“ lizenziert. Der Urheber dieser Bilder ist Neitram.

IMPRESSUM

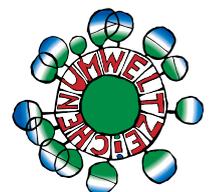
Medieninhaber und Hersteller: Hochschülerinnen- und Hochschülerschaft an der Medizinischen Universität Wien, AKH 6M, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien; Verlags- und Herstellungsort: Wien

Chefredakteur: Johannes Oswald;

Redaktion: Mirlinda Ademi, Marlene Hahn, Jennifer Hergeth;

AutorInnen: Luca Martelanz, Ina Ottinger, Max Niederer, Mareike Thies, Leon Fierek, Mario Krammel, Serkan Asilkan

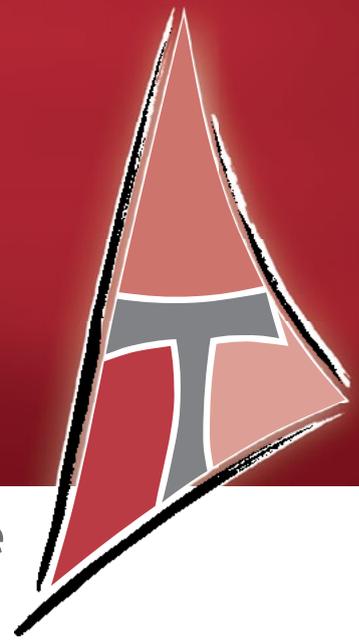
Gestaltung: Marlene Hahn



Ärztin sein Arzt sein

im Krankenhaus ST. JOSEF BRAUNAU

www.khbr.at/karriere



“ *mittendrin* statt
nur dabei,„

... als KPJ-StudentIn,
... als FamulantIn,
... als TurnusärztIn in
Basisausbildung, ...

St. Josef Braunau – mit vielen Vorteilen

- alle med. Fachrichtungen / 400 Betten
- beste Lernchancen und Ausbildung auf aktuellstem medizinischen Stand
- selbstverantwortliches Arbeiten
- attraktive Arbeitszeiten / auch Teilzeit
- umfangreiche Sozialleistungen und günstige Wohnmöglichkeiten

St. Josef Braunau – es lohnt sich!



Krankenhaus St. Josef Braunau - Dr. Helene Mayerhofer

Tel.: 07722 / 804-8060 • E-Mail: bewerbung@khbr.at