FIEBERKURVE

Fieberkurve 5/2014 | Zeitung der ÖH Med Wien
Verlagspostamt: 1090 Wien Ausgabe 1/2013 P.b.b. Z.Nr. 04Z035482M

NEGLECTED DISEASES
Die Stiefkinder der Forschung.
Seite 9

GRANINGER IM INTERVIEW
Über Reiche und Arme.
Seite 12

ERNÄHRUNG 2.0
Made mit Speck?
Seite 17

KPJ
Was du wissen musst.
Seite 20

ÖH MED WIEN

Dein Studentenleben kommt zu kurz? Tu was dagegen.
Werde Fan unserer Facebook-Seite, denn Thieme liebt Medizinstudenten! Lass Dich überraschen, unterhalten und verpasse keine unserer Aktionen!
www.facebook.de/thiemeliebtmedizinstudenten
Hol Dir unsere Studenten-Newsletter! Und Du bist mit einem Klick immer up to date!
www.thieme.de/studentennewsletter

Thieme

E-RESSOURCEN
Genug von den Wälzern?
Go online!
Seite 4

AUS DER SCHÖNEN STEIERMARK
Studieren an der Meduni Graz
Seite 5

VERGESSENE KRANKE
Die Stiefkinder der Forschung.
Seite 9

6 FRAGEN
Diesmal an Professor Graninger
Seite 12

VERSUCHSKANINCHEN: MENSCH
Über die Praktiken der Pharmakonzerne.
Seite 13

(ALP)TRAUM KPJ
Was lange währt, wird endlich gut?
Seite 20

BEST OF MAIWOCHE
Eine visuelle Replik.
Seite 22

AUS DER REDAKTION

Die erste Hitzewelle haben wir hinter uns, das Semester neigt sich dem Ende zu und viele von euch sind bald unterwegs auf andere Kontinente. Dorthin führt uns auch diese Ausgabe - wir beleuchten die Gründe für den langsamen medizinischen Fortschritt in Entwicklungsländern und die Rolle, welche die Pharmaindustrie dabei spielt. Wir haben auch Prof. Graninger nach seiner Meinung gefragt. Weiters stellen wir euch eure Studienvertretungen vor und natürlich gibt es einen Bericht zu den zähen Verhandlungen um das KPJ, mit allen Fakten und Infos. Als neue Chefredakteurin der Fieberkurve bedanke ich mich bei Rita Babeluk für die hervorragende Vorarbeit und wünsche euch einen erfolgreichen Semesterabschluss, schöne Ferien und viel Vergnügen mit der neuen Fieberkurve!

Gerlinde Otti
Chefredakteurin

E-RESSOURCEN
DIE SAMMLUNG DER CURRICULA N202 UND N203

Text: Michaela Wagner-Menghin, DEMAW

Der Studienplanführer, die zentrale Plattform für Informationen zum Curriculum, ist dir vermutlich bekannt, weil du hier wichtige Informationen oder Lernunterlagen zum besuchten Curriculumselement finden kannst. Aber weißt du, was sich dort hinter dem Bereich „eRessourcen" verbirgt? (Pfeil 1)

An dieser Stelle sind verschiedene elektronische Ressourcen, z.B. Lernprogramme, Videos, eBooks oder interaktive Atlanten gelistet, die dich beim Erarbeiten der Lerninhalte des jeweiligen Curriculumselements unterstützen.

NICHT JEDE RESSOURCE SCHAFFT ES AUF DIE EMPFEHLUNGSLISTE!

Diese angeführten eRessourcen wurden durch die studentischen MitarbeiterInnen des ComputerLernStudios (DEMAW), teilweise gemeinsam mit Lehrenden, einem Review-Prozess unterzogen um ihre Brauchbarkeit als Lernressourcen für die Curricula der MedUni Wien zu gewährleisten.

Jede eRessource wird dabei zunächst von 2 bis 4 CLS-MitarbeiterInnen hinsichtlich Inhalt, Bedienung und Prüfungsrelevanz begutachtet und auf einer Notenskala, sowie durch eine kurze schriftliche Rezension bewertet. Anschließend integriert einE weitereR CLS-MitarbeiterIn die Einzelbewertungen in eine Gesamtbewertung. Dabei werden Bewertungsunterschiede analysiert und diskutiert. Die gemeinsame Bewertung, auf die man sich geeinigt hat, wird in der eRessourcensammlung veröffentlicht und bietet somit einen fundierten ersten Überblick über die eRessource (Pfeil 2). Gleichzeitig macht die Gruppe der RezensentInnen Vorschläge, für welche Curriculumselemente die jeweilige eRessource eine Lernunterstützung darstellt. Typischerweise wird dabei unterschieden zwischen „eRessourcen zur Erarbeitung von essentiellem Grundwissen", „zur Vertiefung", „Atlanten/Nachschlagewerken", „interaktiven PatientInnenfällen" oder einfach nur „eRessourcen" zum Stöbern.

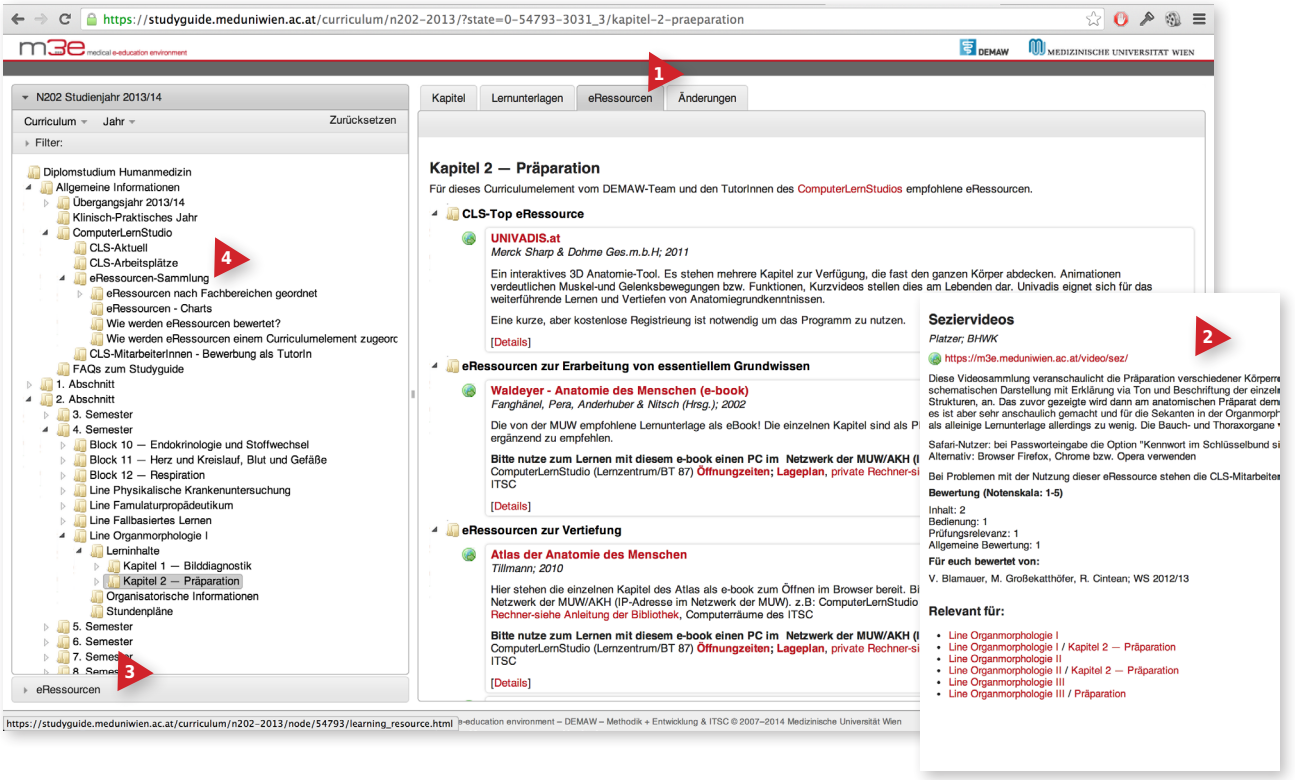
Sämtliche eRessourcen sind auch über eine alphabetische Liste oder über eine nach Fachbereichen strukturierte Liste zugänglich (Pfeil 3 und 4)

DEINE LIEBLINGS-eRESSOURCE IST NICHT DABEI?

Die CLS-MitarbeiterInnen freuen sich über deine Hinweise auf interessante eRessourcen, die noch keinen Eingang in die Sammlung gefunden haben. Vielleicht ist dein Tipp ja auch – nach dem beschriebenen Reviewprozess – für dich und deine KollegInnen entsprechend im Studienplanführer verlinkt und verfügbar! ◎

cls@medunwien.ac.at

eRessourcen für das Kapitel 2 – Präparation der Line Organmorphologie I, zugeordnet in Zusammenarbeit mit dem Linekoordinator



STUDIEREN IM SCHATTEN DES SCHLOSSBERGS

VOM ANATOMENSCHRECK HIN ZUM PATHOLOGIEHUMOR

Text: Franziska Cichini, Medizynisch, Zeitung der ÖH Med Graz

Wie es anfängt? Mit Zittern, nervösem Augenliedzucken und ein paar homöopathischen Tropfen, die ja doch nicht gegen die aufsteigende Nervosität helfen.

WAS HEISST HIER NERVOSITÄT?

Die Nerven liegen blank, die letzte Haarwäsche liegt schon zwei Wochen zurück und mit dem zusammengeknüllten Brief der besorgten Omi fest in der einen Hand, den vorsorglichen Goldfüller für die spätere Chefarztstelle in der anderen, betritt man die große Messehalle. Die erste Hürde. Der Aufnahmetest für Medizin.

Später, als schon gestandeneR und erfahreneR MedizinstudierendeR im ersten Semester, hat man bereits die wichtigsten Dinge gelernt: Man kann es. In der Einführung für Physik sitzt man mit offenen Augen und geschlossenem Mund da (nicht umgekehrt), beantwortet eifrig die Fragen der Vortragenden und schafft es schließlich auch, in den abgedunkelten Räumen nicht einzuschlafen.

Der Architekt oder Architektin gehört verprügelt, denke ich mir. Wie ein schwarzes Loch mit erschwertem Internetzugang und Empfang sitze ich in den dunklen Räumen und denke an die Sonne draußen. Keine Ablenkung, nur das Wichtigste: Physik und Chemie im Anfangsstadium.

DIE HOCHEHRWÜRDIGE ANATOMIE LÄSST GRÜSSEN.

Sezieren, präparieren und in kurzer Zeit die Namen der Strukturen lernen, die man im Sezierkurs bearbeitet. Mit interessanten und lehrreichen Vorlesungen hat man endlich das Gefühl, etwas wirklich medizinisches zu lernen. Wären da nur nicht die gefürchteten Testate, die schon dem einen oder anderen Studierenden zahlreiche Kopfschmerzen bereitet haben. Von Koffeinüberdosen und Nervenzusammenbrüchen mal abgesehen.

Auch im Privatleben geht es munter zu. Die meisten, die vor dem Studium in einer glücklichen Beziehung mit NichtmedizinerInnen waren, sind es nun nicht mehr oder in einer neuen, medizinischen Beziehung. Der Freundeskreis verschiebt sich langsam, kannte man vorher noch einen bunten Mix von Leuten aus verschiedenen Studien, ertappt man sich dabei, immer mehr mit MedizinstudentInnen zu unternehmen. Bestandene Schwierigkeiten schweißen eben doch zusammen. Ganz zu schweigen von zusammen durchgefeierten Nächten, dem einen oder anderen Bier vor der Laborübung (bei der man dann erstaunlicherweise die volle Punktezahl bekommt) und anderen, durchzechten Gelegenheiten. Durchphilosophierte Nächte sind nun keine Seltenheit mehr.

Bei dieser Gelegenheit: Danke für das Modulsystem, liebe Grazer Meduni! Ohne schwerfällige Jahresabschlussprüfung, bei der nur ein paar exemplarische Fragen zu einem riesigen Stoffgebiet gestellt werden, kann man sich viel intensiver mit dem Stoff beschäftigen. Auch wenn es auf den ersten Blick kurz lästig erscheint, alle fünf Wochen eine neue Prüfung schreiben zu müssen anstatt eine am Ende des Jahres: Es tut dem Wissensstand gut!

Als Kombination aus Pathophysiologie, Pathologie und Pharmakologie und mit einer wilden Gerüchteküche im Gepäck naht auch schon das Pathosemester.

Alles halb so wild, denke ich mir. Und tatsächlich: Obwohl es eine große Herausforderung im MedizinerInnenleben darstellt, ist das lernintensive Semester mit konsequentem Lernen, guter Organisation, und eventuell einer Sehnenscheidenentzündung auch nur menschlich und schaffbar. Wenn auch nicht einfach.

Mittlerweile kennt man die Bibliothek gut, besser als man erwartet hätte. Und da ein wenig Abwechslung gar nicht schlecht ist, wandert man mit seinem iPad und den vielen Unterlagen auch gerne mal in das Hoheitsgebiet anderer Unis. Der alte Lesesaal der Karl-Franzens Uni, auch Harry-Potter Lesesaal genannt, ist mit seinen turmhohen Bücherstapeln, goldenen Lampen und den aus dunklem Holz bestehenden Wendeltreppen wirklich sehenswert.

Aber es gibt zu viel, was man als Grazer Medizinstudierender erlebt, um es hier zu beschreiben.

Die Aufregung bei der ersten Famulatur beispielsweise. Ganz in Weiß gekleidet steht man bei der ersten Visite hinter dem Chefarzt und versucht, sich irgendwo bequem gegenlehnen zu können.
Das Prickeln, wenn man zum ersten Mal jemanden erfolgreich mit dem Stethoskop abhört oder eine Vene beim Blutabnehmen trifft.

Und die Gewissheit, dass in ein paar Jahren, wenn das Medizinstudium beendet ist, neue Herausforderungen aus dem ärztlichen Alltag bereitstehen.◎

Durch Zusammenarbeit mit der “Medizynisch" der ÖH Med Graz wollen wir zum Informationsaustausch zwischen den Studierenden in Wien und Graz beitragen. Die aktuelle Ausgabe der “Medizynisch” findet man unter www.oehmedgraz.at/site/medizynisch unentgeltlich zum Download.

FEEL THE FEAR AND DO IT ANYWAY

ODER: WHEN THE SHIT HITS THE FAN, GO FOR FRECKLES

Text: Suzann Baumann

WO FÄNGT MAN AN…

Ich denke, der Anfang allen Übels liegt wohl bei der Entscheidung, Medizin studieren zu wollen.

Das Medizinstudium ist ein Fulltimejob. Während die Studierenden der anderen Studiengänge unter dem Jahr ständig unterwegs waren, habe ich meine Zeit damit verbracht, unfassbare Mengen an Medizinbüchern zu lesen und dann auch noch zu verstehen. (Großen Respekt an alle, die nebenher arbeiten oder auch noch Kinder haben!)

Wer kommt denn bitte auf Wörter wie Hypo- und Aganglionose und was soll das überhaupt sein? Mal ganz abgesehen von den Wahnsinnigen, die sich die Namen für Medikamente ausgedacht haben. Wenn man zum ersten Mal den Anatomiesaal betritt, ist man sich nicht sicher, ob man sich übergeben soll - ob der olfaktorischen Kulisse, die einen umgibt. Genau das gleiche denkt sich dann wohl auch der Sitznachbar im Bus oder in der U-Bahn, wenn man die heiligen Hallen abends wieder verlässt. Man zieht das aber irgendwie durch, weil man will ja schließlich mal Arzt bzw. Ärztin werden. Leben retten. Urcool.

Grey´s Anatomy und Emergency Room haben uns jahrelang gezeigt, wie es geht. Wir sind zu cool. Vor allem Chirurgen. Bitte das sind doch die Coolsten überhaupt. Endlich ist es soweit und du hast das Studium hinter dich gebracht. Leider kommst du dann ziemlich bald drauf, dass du ca. 7 Jahre lang nichts gelernt hat, was dich auf das vorbereiten hätte können, was in der Klinik auf dich zukommt. Ja klar, die schrecklichen Namen sämtlicher dir bekannt vor, auch die Krankheiten hast du vielleicht schon mal irgendwo gehört oder gelesen, aber halt auch nur irgendwie…

Und dann bist du in der Klinik und alle erwarten von dir, dass du das jetzt alles kannst, weil du hast ja schließlich Medizin studiert. Du sollst plötzlich Entscheidungen darüber treffen, welche Flüssigkeiten angehängt werden oder nicht, weil das Kalium im letzten Astrup 6.0 war. What the hell war noch einmal ein Astrup und ist 6.0 Kalium nicht eigentlich eh normal? Anhand der umgebenden Gesichter kannst du dir ziemlich bald einen Reim drauf machen: Nein, das ist es nicht.

Irgendwie schaffst du es dann doch, einen normalen Astrup zusammen zu bringen und alle sind happy. Vor allem du, weil a) du noch lebst und b) das Kind auch.

Du fragst dich: Warum, um Himmels Willen, bin ich auf die verrückte Idee gekommen Medizin zu studieren. Und wird das jetzt der Alltag sein für den Rest meines Lebens? Oder halt so bis 65…

Wenn du 6 Dienste im Monat machst und am Ende ausschaust wie eine Mischung aus Derrick und Kojak, in deinen verquollenen Augenliedern die Titanic untergehen könnte und auch noch Platz für die Rettungsboote gewesen wäre.
Wenn du um 2 Uhr morgens im OP stehst und dich ein Panikattacke ereilt.

Nichts, aber auch gar nichts, kein Studium, kein Lehrbuch, keine der bekannten Serien können dich auf diese Realität vorbereiten. Du arbeitest wie blöd und kommst drauf, dass der Glaube, dass es nach dem Studium erst mal aus ist mit Lernen, ein Irrglaube war – denn jetzt geht’s erst richtig los.

Das sind so Momente wo du dir denkst: „Scheiß drauf, ich schmeiß alles hin!“ Doch dann kommt ein Patient, begleitet vom weinenden Vater und einer hysterischen Mutter, die beide völlig hilflos sind und dir in ihrer Not ihr Kind anvertrauen. Und wie durch ein Wunder ist dir klar, was zu tun ist.

Du weißt plötzlich, was du mit dem Astrup anfangen sollst, die Zahlen drauf ergeben auf einmal Sinn, du kannst danach handeln und versorgst den Patienten entsprechend und richtig.

Du erkennst plötzlich eine Aganglionose und kannst sie auch noch behandeln?! Also schaffst du es, nach all den Mühen und den Jahren des Lernens, im richtigen Moment die richtige Entscheidung zu treffen und siehst, dass es das wert war, durch all die dunklen Gassen zu gehen. Denn Monate später kommt genau dieses Kind lachend auf dich zugelaufen und du siehst schon von weitem: „Boah, ist der gewachsen.“

Du bist glücklich, weil du alles richtig gemacht hast. Und auch die Eltern, die nicht mehr weinend oder hysterisch sind, sind einfach nur mehr dankbar und freuen sich. Und das ist dann ein ganz großer MedMoment.

Deshalb: Feel the fear and do it anyway. Die Sommersprossen sind im Paket enthalten! ☺

MEDMOMENT ISPEZIAL

ZUR PERSON

Suzann Baumann hat im alten Studienplan Medizin studiert und ist seit 5 Jahren Assitenzärztin in der Klinik für Kinderchirurgie im AKH mit dem Forschungsschwerpunkt in der Kinderurologie. Derzeit macht sie ein Clinical Fellowship am Great Ormont Street Hospital for sick children in London.

IPOKRaTES
STUDENTINNEN SEMINAR

Bericht: Philipp Kaiser

IPOKRaTES - WAS IST DAS?
IPOKRaTES wurde 1980 vom österreichischen Pädiater Georg Simbruner ins Leben gerufen und steht für „International Postgraduate Organization for Knowledge Transfer Research and Teaching Excellent Students“.

War die Organisation am Anfang nur für die Fortbildung von ÄrztInnen gedacht, so merkten die OrganisatorInnen schnell, dass auch StudentInnen von dieser Art des interkontinentalen Austausches profitieren würden. So werden seit 1994 auch für StudentInnen Seminare angeboten. Inzwischen gibt es sechs StudentInnengruppen in Deutschland und Österreich.

Das Konzept ist recht einfach: es handelt sich immer um einwöchige Seminare, betreut von didaktisch herausragenden, internationalen ExpertInnen und abgehalten in kleinen StudentInnengruppen.
Was 1980 in einem kleinen Bauernhof in Dürnleis/Niederösterreich begonnen hat, hat sich in den letzten 30 Jahren zu einer internationalen Foundation etabliert. TeilnehmerInnen wurden im Laufe der Jahre zu OrganisatorInnen, OrganisatorInnen zu ÄrztInnen/ProfessorInnen und Lehrenden. So hat sich ein Kollektiv entwickelt, das in dieser Art und Weise einzigartig erscheint. Ein Kollektiv, welches den Gedanken und die Idee weiter trägt und jedes Seminar zu einem einmaligen Erlebnis macht.

Schon lange ist es nicht mehr so, dass man sich als OrganisatorIn mühsam auf die Suche nach ReferentInnen machen muss. Im Gegenteil: ProfessorInnen aus Harvard, Darthmouth, New York u.v.m. freuen sich auf ihre nächste Einladung zum Referieren.
Hierbei ist auch das „Honorarverhalten“ sehr eindrucksvoll.
Die ProfessorInnen bekommen einen Pauschalpreis für Flug und Hotel. Alle weiteren Kosten, inklusive der Aufnahme von Urlaubstagen an ihrer Heimatuniversität, regeln und finanzieren sie selbst.
Somit ist es auch für StudentInnen recht günstig an so einem Seminar teilzunehmen. Es wird schließlich nur bezahlt, was auch wirklich verbraucht wird. Hier lautet das Motto klar: Nicht Geld, sondern Wissen und die Liebe zur Medizin sind das eigentliche Zahlungsmittel.

IPOKRaTES IN WIEN - BACK TO THE ROOTS...
Nachdem sich das Wirken der IPOKRaTES Foundation mit seinem Gründer auf Weltreise begeben hat, ist es in Österreich immer mehr in Vergessenheit geraten. Erst als Georg Simbruner nach Österreich zurückkehrte und die Leitung der Klinik für Kinder und Jugendheilkunde in Innsbruck übernahm, war der Schritt in Richtung Heimat geschafft.
Umso schöner ist es nun, dass es seit zwei Jahren auch in Wien, der eigentlichen Geburtsstätte, wieder eine IPOKRaTES StudentInnengruppe gibt.
Nachdem einige ihrer Mitglieder an anderen Seminaren in Köln und München teilgenommen hatten, wurde im September 2013 das Debüt mit dem ersten eigenen Seminar gefeiert.
Wien begrüßte zwei herausragende Professoren der Harvard Medical School, welche zum Thema „Internal Medicine meets Psychiatry“ eine Woche referierten und mit diversen Bedside Teaching Einheiten eine lehrreiche Woche bescherten.

EINE WOCHE ALS IPOKRaTES STUDENT....
Ganz getreu dem Motto „Der frühe Vogel fängt den Wurm“ startet auch das erste Wiener Seminar am frühen Montag Morgen.
Unter den 20 Teilnehmern hatten sich nicht nur Wiener StudentInnen eingefunden.
In den gespannten Blicken der noch müde wirkenden Reisenden, fanden sich StudentInnen aus Berlin, Erlangen, Göttingen, München und Essen.
Nach einer kurzen Eröffnung durch die OrganisatorInnen und Prof. Simbruner übernahm ein kleiner älterer Mann das Wort. Es war Prof. Daniel Asnes, Professor für Psychiatrie an der Harvard Medical School und eine wahre Koryphäe seines Gebietes. Nach einer kurzen Einleitung über sich, seine Liebe zu Wien und speziell Sigmund Freud übergab er an seinen Reisebegleiter Professor Christopher Peckins, ebenfalls von der Harvard Medical School. Er war der Spezialist für Innere Medizin für diese Seminarwoche.
Zusammen war dies ihr 8. IPOKRaTES Seminar und sie agierten als eingespieltes Team.

Nach der Begrüßung startet Chris mit einer Einleitung über die Grundzüge der Untersuchung und diagnostischen Vorstellung von Patienten.
Der/die aufmerksame LeserIn wird jetzt bemerken, dass nur noch der Vorname fällt. Auch das ist eine Besonderheit von IPOKRaTES, welche einem am Anfang vielleicht erstaunt (so ging es mir zumindest bei meinem ersten Seminar in Köln).

Unnötige Titel und Hierarchien verkomplizieren das miteinander Lernen, ist die landläufige Meinung in der IPOKRaTES Familie und so hat es nicht lange gedauert, bis aus dem Harvard Professor Prof. Peckins der Jazz-liebende Chris und aus dem herausragenden Psychiater Prof. Asnes der Globetrotter Dan wurde.
Doch zurück zu dem Seminar.
Der Aufbau war recht einfach zu verstehen. Grundidee war es, Grundzüge der Untersuchung und Vorstellung von Patienten zu erlernen. Außerdem sollte die Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Interner Medizin beleuchtet werden.
Mit der Unterstützung der Klinik für Innere Medizin 1 unter Prof. Maurer und der Klinik für Sozialpsychiatrie unter Prof. Wancata standen den StudentInnen zwei weitere motivierte Professoren an ihrer Seite. Hier muss auch erwähnt werden, dass das Seminar vom Vizerektorat für Lehre, Gender und Diversity unter Frau Prof. Gutierrez-Lobos sehr stark unterstützt wurde.

Gleich am Anfang wurde die Gruppe in Kleinstgruppen von max. 4 Personen eingeteilt.
Nachdem das Vorgehen erklärt wurde, gingen die Gruppe auf die Station und untersuchte 3 PatientInnen. Danach gab es Zeit zum Ausarbeiten einer Vorstellung. Nach 90 Minuten fand man sich dann wieder im Arbeitsraum zusammen und lauschte den Präsentationen für weitere 90 Minuten.
Am Schluss wurde der „spannendste Fall" aus jedem Fachgebiet ausgewählt und die Professoren gingen erneut zu dem/der PatientIn und führten eine zweite Befragung mit den StudentInnen zusammen durch.
Obwohl am Anfang ein sehr pragmatisches Schema für die Anamnese vorgegeben wurde, kam es in den Vorstellungen immer wieder zu Lücken und zur Aufdeckung interessanter Details. Durch die gemeinsame Evaluierung mit den Professoren wurden die Vorstellungen von Tag zu Tag jedoch besser und am Ende der Woche klassifizierte Dan die StudentInnen als „Harvard geeignet".

Dieses System des Patientenkontaktes wurde die gesamte Woche fortgesetzt. Ergänzt wurde es mit kleinen Vorlesungen und einigen praktischen Übungen, wie z.B. einem „Advanced Auscultation Course" mit Prof. Peckins.

Ein Tag begann somit um 9.00 Uhr und endete nur selten vor 16.30 Uhr.
Doch von einem Ende darf man da eigentlich gar nicht sprechen.
Bei einem IPOKRaTES Seminar geht es nämlich nicht nur um das Lernen.
Es geht auch um einen Austausch zwischen StudentInnen, ProfessorInnen und OrganisatorInnen in einer angenehmen Atmosphäre. Wie oft hat man schließlich die Möglichkeit, ganz ungezwungen mit einem Professor aus Harvard über die Unterrichtsformen, die Zulassungen, die Aufstiegschancen oder einfach nur die beste Bar in Boston zu sprechen. Abgesehen davon ist es natürlich aber auch sehr interessant, einfach mal zu erfahren wie es StudentInnen in Berlin oder Erlangen ergeht und ob man bei einer Auslandsfamulatur nicht sogar eine/n FremdenführerIn oder eine/n BettvermieterIn gefunden hat.

So führte das Seminar die TeilnehmerInnen nicht nur durch die Sehenswürdigkeiten der Stadt, sondern auch in ein paar Bars und tolle Restaurants.
Am Montag ein Besuch im Alten AKH, am Dienstag ein Cocktailabend am Donaukanal, am Mittwoch eine Stadtführung und am Donnerstag ein unvergesslicher Abend zwischen den Weinbergen in einem Heurigen.
Selbst am Wochenende verbrachten einige StudentInnen noch Zeit mit den ProfessorInnen und besuchten das KHM, das Cafe Central, Freuds Wohnhaus und einen Jazzclub in Wien.
Nach so einer Woche ist es doch nur normal, dass aus Menschen unterschiedlichster Art nicht nur SeminarteilnehmerInnen, sondern auch FreundInnen werden.

So möchte ich einen Teilnehmer zitieren: „Ich habe bei diesem Seminar nicht nur mehr gelernt als in einem ganzen Semester, ich habe auch FreundInnen gefunden, Gleichgesinnte, welche die Medizin nicht nur als Wissenschaft sehen. FreundInnen, welche die selbe Liebe zur Medizin und zum Lebensweg als MedizinerInnen aufbringen."

IPOKRaTES ist somit mehr als nur eine Foundation welche Weiterbildung gegen Geld im herkömmlichen Sinne anbietet. Das zeigt, dass der Name und dessen Bezug zum griechischen Dichter, Denker und Arzt Hippokrates nicht ohne Grund gewählt wurde.
IPOKRaTES ist ein Gefühl, eine Einstellung und eine Beziehung zum Lehren und Lernen. Es sprengt die Grenzen zwischen herausragend und herausfordernd, erwarten und erfahren. zwischen Lehrenden und Lernenden und zwischen Wissen und Handeln.

Sei dabei und werde ein Teil von etwas, wo Lernen Spaß macht.

HAST DU INTERESSE BEKOMMEN?
Dann kommt nun bald deine Chance!!

Unser **nächstes Seminar findet vom 22.9 – 26.9.2014** im AKH Wien statt. Prof. Clifford Lo von der Harvard Medical School lädt zusammen mit uns auf eine spannende Woche zum Thema „Paediatrics- a Bedside Teaching" ein. ☺

Anmeldungen, Informationen und Bewerbung sind ab dem 16.6.2014 unter http://ipokrates.info/seminars/students/ möglich.

EINE MILLIARDE VERGESSENE KRANKE

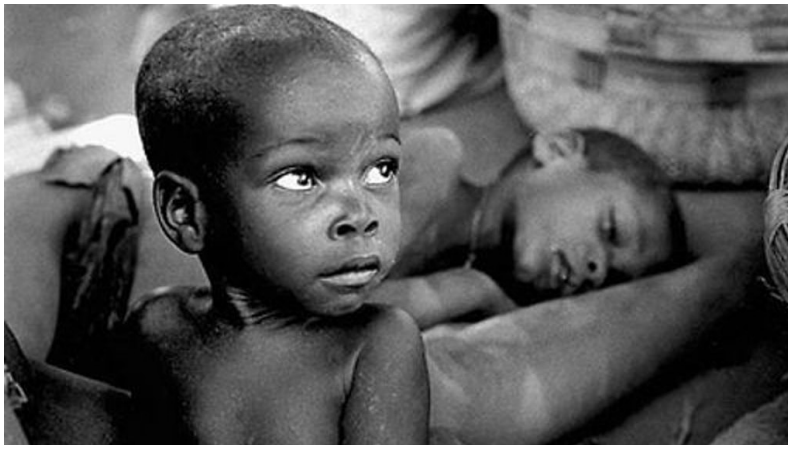
Text: Max Geist, UAEM

Es begann mit einer schmerzenden Schwellung am Unterarm. Nana erinnert sich noch gut an den Stich der weiß-schwarzen Fliege vor ein paar Tagen. Als Fieber und ein Ausschlag dazu kommen, macht sie sich Sorgen, sich etwas Ernsthaftes eingefangen zu haben. Doch die Hausfrau und Mutter von drei Kindern lebt in sehr einfachen Verhältnissen in einem kleinen Dorf im Norden der Demokratischen Republik Kongo, nicht weit der Grenze zur Zentralafrikanischen Republik. Ein Krankenhaus gibt es dort nicht. Nach einiger Zeit gehen die Fieberschübe zum Glück vorüber.

Monate nach dem kleinen Stich wird Nana auf einmal zunehmend schläfrig und teilnahmslos. Sie kann sich schlechter konzentrieren, ist nachts hellwach und verschläft die Tage. Ein paar Wochen später beginnt sie plötzlich zu stottern, der Blick wird starr.

Nun wird Nana von ihrer sich sorgenden Familie in das entfernte Bili gebracht, da sie von der provisorischen Krankenstation dort gehört haben. Die Ärzte diagnostizieren die humane afrikanische Trypanosomiasis, besser bekannt als Schlafkrankheit.

Übertragen von der Tsetse-Fliege gelangen Parasiten (Protozoen der Art Trypanosoma brucei) ins Blut, und im zweiten Stadium der Krankheit auch in das zentrale Nervensystem. Unbehandelt verläuft sie tödlich, sodass die ÄrztInnen nicht zögern, Nana zu therapieren.



Das Medikament erster Wahl, Eflornithin, ist vor Ort nicht verfügbar, da die intravenöse Verabreichung über sechs Stunden, zwei Mal am Tag für 14 Tage vom medizinischen Personal nicht ausreichend überwacht werden kann und es am nötigen Material mangelt.
Doch bei der einzigen Alternative handelt es sich um eine toxische Arsenverbindung, Melarsoprol. Schon während des ersten Zyklus treten bei Nana Kopfschmerzen, Fieber und Krämpfe auf.
Ein paar Tage später ist sie tot.

NANA IST KEIN EINZELFALL

Diese fiktive und dennoch typische Geschichte ereignet sich tausendfach in Ländern südlich der Sahara. Jeden Tag stecken sich dutzende Menschen neu an, Zehntausende sind infiziert und 70 Millionen leben in Risikogebieten. Die Diagnose ist labortechnisch aufwändig und mit einer Lumbalpunktion verbunden. Es gibt keinen Schnelltest wie z.B. bei Malaria.
Zur Behandlung stehen nur wenige, teils nebenwirkungsreiche Medikamente zur Verfügung. Schon zu Zeiten der französischen Kolonialherrschaft wurde versucht, die Schlafkrankheit unter Kontrolle zu bekommen. Doch seit den Vierzigerjahren des letzten Jahrhunderts gab es über eine lange Zeit keine Innovationen, obwohl das Problem immer größer wurde.

In den Achtzigern wurde man auf Eflornithin, ein aus der Onkologie stammendes Medikament, aufmerksam. Es versprach gute Wirksamkeit und bessere Verträglichkeit als die alte Therapie. Die Pharmafirma Hoechst Marion Roussel, heute Sanofi-Aventis, entschied 1995 jedoch das Medikament vom Markt zu nehmen, da es keinen Profit brachte.
Fünf Jahre später entdeckten ForscherInnen des Pharmakonzerns Bristol Myers Squibb (BMS) zufällig, dass Eflornithin auch gegen übermäßigen Haarwuchs hilft, sodass die Produktion für eine Creme gegen Damenbart wieder aufgenommen wurde, während es den zehntausenden Erkrankten in Afrika weiter vorenthalten blieb. Die Wiederaufnahme der Produktion konnte erst durch jahrelangen und massiven Druck der Öffentlichkeit seitens Ärzte ohne Grenzen (Médecins Sans Frontières, MSF) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erreicht werden.

Das Grundproblem besteht darin, dass Menschen aus Gebieten mit niedrigen Löhnen keinen Markt und keine Anreize bieten, Forschung für Krankheiten zu betreiben, die nur dort vorkommen. So bleiben sie auf zufällige Entdeckungen angewiesen und müssen dann noch für deren Verfügbarkeit kämpfen.

DIE STIEFKINDER DER FORSCHUNG

Die Schlafkrankheit zählt zu den 17 von der WHO identifizierten “vernachlässigten Krankheiten” (oder NTD - neglected tropical diseases). Neben der Chagas-Krankheit zählen beispielsweise Denguefieber, Tollwut, Leishmaniose und Schistosomiasis dazu. Insgesamt sind etwa eine Milliarde Menschen betroffen!
Das erschreckt, zumal Malaria, HIV/AIDS und Tuberkulose nicht unter diese Kategorie fallen, da die großen Probleme durch diese Krankheiten vielen bekannt sind, und es auch Betroffene in Industrieländern gibt.

Von den weltweiten Ausgaben für Forschung und Entwicklung entfällt nur 1%

auf die vernachlässigten Krankheiten. Zwischen 1975 und 1999 waren nur 16 der 1393 neu entwickelten Arzneimittel für tropische Krankheiten (inklusive Malaria) und Tuberkulose bestimmt. Vergleicht man die globale Krankheitslast von NTDs mit der von kardiovaskulären Erkrankungen, so wird schnell klar, dass ein fatales Ungleichgewicht besteht. Schließlich wurden im selben Zeitraum 179 neue Herzkreislauf-Medikamente entwickelt, die Krankheiten mit einer vergleichbaren Krankheitslast betreffen.

Auch von den knapp 150.000 klinischen Studien im Jahre 2011 betrafen nur 1,4 % NTDs. Währenddessen werden die Studien für Medikamente gegen Zivilisationskrankheiten oft in einkommensschwachen Ländern durchgeführt, in denen das neue, unsichere Mittel häufig die einzige Chance auf eine Therapie ist (siehe auch Artikel auf Seite 13).

Wer diesen Sommer für einen Urlaub oder eine Famulatur in die Tropen fährt und sich dort zum Beispiel mit dem Dengue-Virus infiziert, kann sich schnell in der gleichen Situation wiederfinden, in der sich auch Millionen vergessener Kranke befinden. Selbst wer sich dann zuhause in der sicheren Heimat behandeln lässt, wird bald herausfinden, dass es unter anderem für das Denguefieber noch keine kausale Therapie gibt und schwere Verläufe tödlich enden können.

Es hat in den letzten Jahren dank einiger Initiativen einen Schritt in die richtige Richtung gegeben: Im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrtausends fallen nun 4 % von 850 neuen Medikamenten auf die NTDs oder Malaria. Darunter jedoch nur vier komplett neue chemische Verbindungen, drei allein für Malaria. Doch es gibt keine spürbare Tendenz für verstärkte Forschung der Pharmaunternehmen.

Es sollte festgehalten werden, dass es nicht die gesellschaftliche Aufgabe der Pharmaindustrie ist, die Welt zu retten. Arzneimittel werden unter marktwirtschaftlichen Bedingungen entwickelt, um dann durch den Profit weitere Forschung und Entwicklung zu finanzieren, und dabei die Existenz der Unternehmen durch Wachstum zu sichern.
Wie in allen sozialmarktwirtschaftlichen Bereichen, ist es eine politische Aufgabe, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Sozial- und Umweltstandards, Menschenrechte und die aktuellen gesellschaftspolitischen Diskurse berücksichtigt werden. Ergebnis dieser zivilgesellschaftlichen Prozesse könnte sein, dass von Unternehmen erwartet wird, eine gesetzlich geregelte Verantwortung zu übernehmen, die über freiwillige "Corporate Social Responsibility" hinausgeht und effektiv statt nur öffentlichkeitswirksam ist. Ziel wäre es, Anreize zu schaffen, um die Forschung nicht nur gewinnorientiert - wie bei Lifestyle-Medikamenten gegen Damenbart – sondern auch bedarfsorientiert auszurichten.

SCHRITTE IN DIE RICHTIGE RICHTUNG

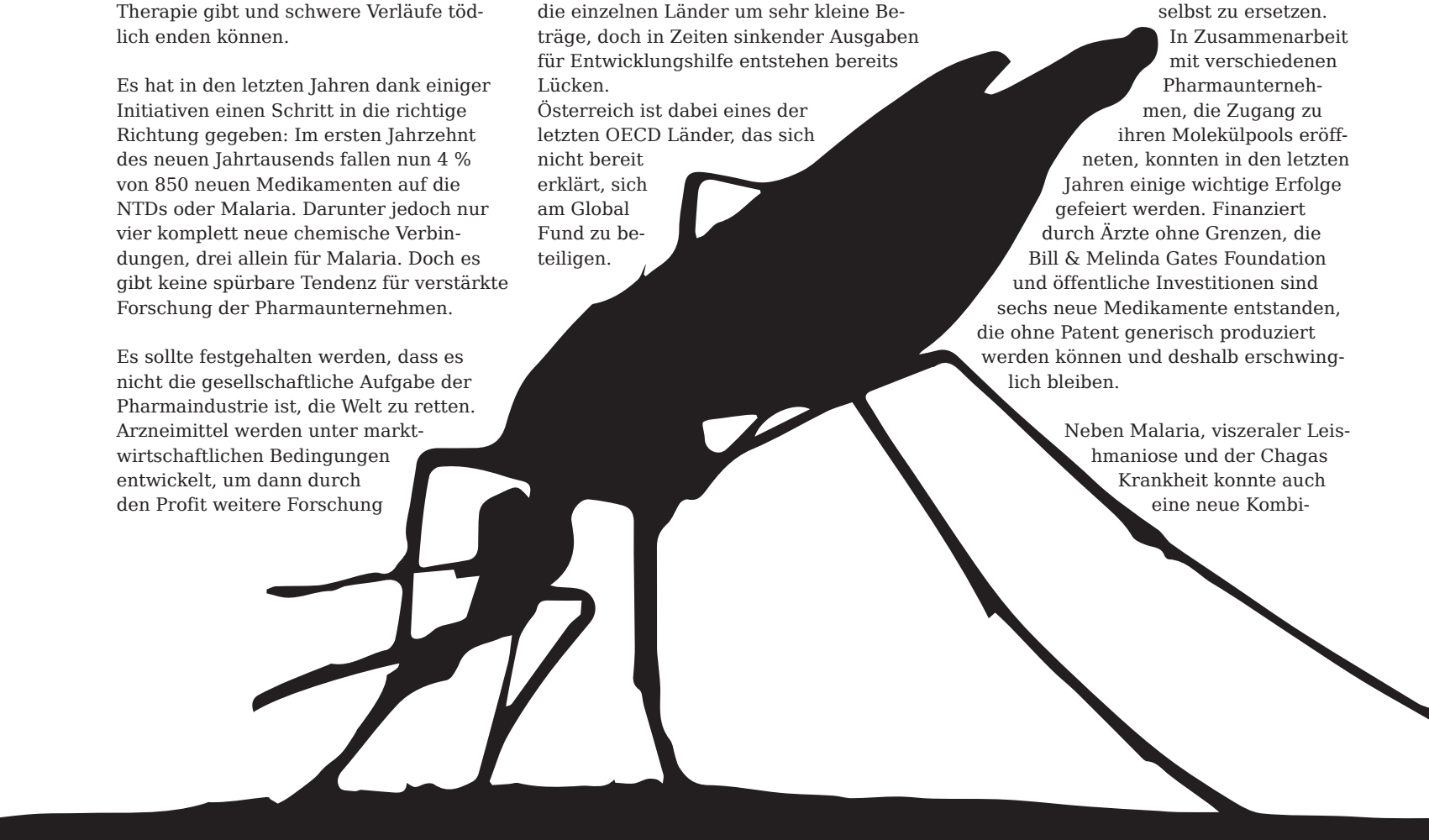
Es gibt bereits beispielhafte Finanzierungsinstrumente, um Missstand entgegenzuwirken. So wurde 2002 auf dem G8 Gipfel der Global Fund ins Leben gerufen. Es handelt sich dabei um ein hauptsächlich staatlich finanziertes Projekt, das sich die Bekämpfung von Malaria, Tuberkulose und HIV/AIDS als Ziel gesetzt hat. In den Haushalten der Staaten budgetierte Zahlungen sollen eine kontinuierliche Finanzierung sichern. Dabei geht es für die einzelnen Länder um sehr kleine Beträge, doch in Zeiten sinkender Ausgaben für Entwicklungshilfe entstehen bereits Lücken.
Österreich ist dabei eines der letzten OECD Länder, das sich nicht bereit erklärt, sich am Global Fund zu beteiligen.

Dabei wäre es notwendig, ein ähnliches Instrument für NTDs zu kreieren, beziehungsweise auf vernachlässigte Krankheiten auszuweiten.

KritikerInnen wenden ein, die Bildungs- und Gesundheitssysteme in den zerrütteten Staaten seien das Hauptproblem. Nur in entwickelteren Staaten existiere überhaupt die Grundlage für eine systematische Bekämpfung mit derart aufwändige Therapien (siehe dazu Interview mit Prof. Graninger auf Seite 12). So konnten auch im Kampf gegen die Schlafkrankheit unter der brutalen französischen Kolonialherrschaft Erfolge erzielt werden, die sich in darauf folgenden, instabileren Zeiten wieder auflösten.
Doch bis Bürgerkriege beigelegt, Naturkatastrophen unter Kontrolle gebracht und funktionierende Regierungssysteme aufgebaut worden sind, werden noch viele Jahrzehnte vergehen, in denen Menschen in zahlreichen Ländern keine praktikable Therapie zur Verfügung steht.

Auf diese notwendigen Entwicklungen könne man jedoch nicht warten – das ist die Devise internationaler Hilfsorganisationen und einiger öffentlicher Institutionen, die 2003 die Drugs for neglected diseases initiative gründeten. Die DNDi versucht seitdem, mit geringen Mitteln die unzureichende Forschung selbst zu ersetzen. In Zusammenarbeit mit verschiedenen Pharmaunternehmen, die Zugang zu ihren Molekülpools eröffneten, konnten in den letzten Jahren einige wichtige Erfolge gefeiert werden. Finanziert durch Ärzte ohne Grenzen, die Bill & Melinda Gates Foundation und öffentliche Investitionen sind sechs neue Medikamente entstanden, die ohne Patent generisch produziert werden können und deshalb erschwinglich bleiben.

Neben Malaria, viszeraler Leishmaniose und der Chagas Krankheit konnte auch eine neue Kombi-



nationstherapie für die Schlafkrankheit entwickelt und klinisch getestet werden. Mit der als NECT bekannten Therapie (Nifurtimox-eflornithine combination therapy) existiert nun eine Wirkstoffkombination, die vor allem wirksamer ist, aber auch eine etwas kürzere Verabreichungsdauer ermöglicht und weniger Nebenwirkungen aufweist. Sie ist mittlerweile die Therapie der ersten Wahl für das zweite Stadium der Schlafkrankheit.

Auch wenn noch praktikablere (z.B. eine orale Therapie) und verträglichere Medikamente und Diagnosemöglichkeiten dringend benötigt werden, stünden dank solcher "private-public partnerships" die Chancen für Nana heute besser.

Trotz dieser Bemühungen stehen diese Forschungstätigkeiten und Investitionen in keinem Verhältnis zu dem Leid und dem Bedarf der Menschen. Solang jedoch das gesellschaftliche Interesse, die ökonomischen Anreize und die politischen Rahmenbedingungen fehlen ist, sind keine großen Fortschritte im Kampf gegen NTDs zu erwarten. Dafür braucht es aber nicht nur aktive MedizinerInnen, sondern auch engagierte ExpertInnen aus verschiedensten Bereichen. Als Initiative von Studierenden an einer Vielzahl von Universitäten, will die UAEM diese Kräfte bündeln, um gemeinsam in kleinen Schritten große Ziele zu erreichen.

Quellen:

» Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases - First WHO report on neglected tropical diseases 2010
» Lancet 2013
» Lancet 2002
» Basierend auf der Summe, der durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre (years of life lost/YLL) und der mit Behinderung gelebten Lebensjahre (years lived in disability or disease/YLD): disability-adjusted life years – DALY.
» Lancet Globe Health 2013
» www.msf.org
» www.dndi.org
» www.bukopharma.de
» Harrisons Innere Medizin 18. Aufl. von Norbert Suttorp, Manfred Dietel, Martin Zeit, 2013
» Fatal Imbalance: The Crisis in Research and Development for Neglected Diseases, MSF, 2001 Health R&D (1975 – 1999)
» Pedrique B et al, DNDI/MSF forthcoming publication, 2013'

WAS VERBIRGT SICH HINTER

UAEM
UNIVERSITIES ALLIED FOR ESSENTIAL MEDICINES

Universities Allied for Essential Medicines, kurz UAEM, ist als Projekt der AMSA entstanden und eine internationale und fächerübergreifende Initiative von Studierenden und ForscherInnen, die sich für den weltweiten Zugang zu Medizin einsetzt. Bislang ist das Ziel der Entwicklung neuer Arzneimittel primär die Profitmaximierung, dadurch fehlt es in vielen Bereichen, wie etwa der Tropenmedizin, an Innovationen. Ein weiteres Problem besteht aber auch in der Erschwinglichkeit von Medizin: Aufgrund des durch Patentschutz generierten Monopols stehen die Preise neuer Medikamente oft nicht in Relation zum tatsächlichen Forschungs- und Entwicklungsaufwand. Trotz der bestehenden und von der Industrie befürworteten Preisstaffelungen („Tiered Pricing") sind diese dadurch für die Ärmsten der Armen oft unerreichbar.

UAEM sieht die öffentlich finanzierten Universitäten hierbei in einer der Schlüsselrollen, da diese mit ihrer Forschungsarbeit einen signifikanten Teil zur Entwicklung neuer Arzneien beitragen. Dies bringt eine soziale Verantwortung mit sich. Durch verstärkte Forschung für vernachlässigte Krankheiten sowie innovative Patentrichtlinien und Lizenzierungsmodelle kann eine Veränderung des Status quo bewirkt werden.

UAEM Vienna und Ärzte ohne Grenzen luden hierzu am 7. Mai 2014 zu einer gut besuchten Podiumsdiskussion im Institut für Medizinische Chemie. Thema war hierbei „Medizin für alle – wie gerecht kann Forschung sein?", es diskutierten Dr. Florian Breitenecker (Ärzte ohne Grenzen), Dr. Christian Wagner-Ahlfs (BUKO Pharma-Kampagne) und Peter von Philipsborn (UAEM München).

Kontakt: uaem@amsa.at
www.amsa.at/uaem

UAEM Europe Conference 2014, Basel

6 FRAGEN AN PROF. GRANINGER

Interview: Pegah Nazari und Max Geist, UAEM

Herr Professor Graninger, was sind vernachlässigte Krankheiten in Entwicklungsländern?
Man muss unterscheiden zwischen den Krankheiten des armen Volkes – der Vielen, und der Reichen – die Wenigen. Indien ist da ein gutes Beispiel: Die Reichen haben Privatspitäler und die gleichen therapeutischen Möglichkeiten wie in Europa. Die Armen müssen für ein oder zwei Dollar am Tag leben. Wer da jetzt auch noch krank wird, kann sich das Medikament nicht leisten und wird insofern vernachlässigt, weil er als Kunde nicht zahlungskräftig ist.
Die WHO hat 17 vernachlässigte Krankheiten festgelegt. Das sind Massenkrankheiten wie die Schistosomiasis in Afrika oder Indochina. Man sagt, die gibt's halt, aber wir machen da nichts gegen. Auch bei Malaria hat man lange einfach gesagt, dort sterben nur die Einheimischen und die interessieren uns nicht. Das ist die Malaria, da kann man nichts machen.

Liegt das Problem bei den fehlenden Investitionen der Industrie?
Die Pharmaindustrie forscht nur da, wo Gewinn ist. Der Profit entsteht zum Beispiel durch die Onkologika. An den Antiinfektiva, die jetzt generisch geworden sind, verdient man nichts mehr, das wirkt sich auf die Forschung aus.

Wie könnte man dagegen etwas unternehmen?
Denken Sie an Albert Schweitzer. Er ist an den Fluss Ogooué in Gabun gefahren und war der Meinung, die Menschen benötigen ein ordentliches Spital, das er dann dort auch gebaut hat. Das Geld hat er auf Tourneen in Europa gesammelt und dort investiert. Als Albert Schweizer gestorben ist, gab es das Gebäude zwar noch, aber die Bevölkerung litt wieder an denselben Problemen, mit denen er sie vorgefunden hatte.
Ich habe früher einmal gedacht ich werde so ein Albert Schweitzer Nachfolger. Aber ich habe in Afrika die gleiche Erfahrung gemacht habe, dass, kaum gehe ich weg von dort, alles wieder in den Urzustand zurückfällt.

Folgt daraus, dass man mangelnde Investitionen, durch systemische Veränderungen an Stelle von Einzelprojekten herbeiführen sollte?
Es liegt nicht am Geld! Die Bevölkerung braucht kein Geld, keine Medikamente, sie braucht Garnichts. Sie braucht nur Schulen! Jede Million die Sie dorthin überweisen versickert im Sand. Aber mit Schulen kommt das Bewusstsein für Bevölkerungswachstum, das Bewusstsein für Hygiene, für sauberes Wasser und auch das Bewusstsein für den Umgang mit Infektionskrankheiten.

„Ich dachte einmal, ich werde der Nachfolger Albert Schweitzers"

Woher sollen die neuen Medikamente kommen?
Es wird ja laufend geforscht. Schauen Sie sich die London School of Hygiene and Tropical Medicine an. Das ist ein ideelles Institut, nur für die Erkennung neuer Krankheiten und neuer Substanzen. Da gibt es Kongresse mit 10.000 Teilnehmern. Da boomt es und da entstehen auch Innovationen!
Die Bill & Melinda Gates Foundation haben riesige Summen in die Malariaforschung gesteckt. Es wird neue Kombinationen und Wirkstoffe geben. Die sind nicht auf dem Mist der Industrie entstanden, sondern auf dem Rücken der Forschung. Doch die Forschung muss bezahlt werden. Das Stipendium läuft ab! Sie müssen den Forscher ordentlich bezahlen, dann hat er auch genügend Freiheit etwas zu entwickeln.

Ist das der Punkt, an dem sich an den Universitäten etwas ändern muss?
Die Motivation ist das Wesentliche. Wenn Sie ein gutes Projekt erschaffen, dann bekommen Sie auch das Geld dafür. Wenn Sie natürlich alle Tropeninstitute in Europa abschaffen, wird niemand mehr über die Schlafkrankheit forschen. Nicht das Geld, sondern das Hirn muss da sein! Die Veterinärmedizin muss mit eingebunden werden und Parasitologen braucht man! Da sitzt nur einer hier, der nächste erst in München und dann Berlin...
Es werden zum Beispiel die Stellen der Parasitologen nicht nachbesetzt, weil der Bereich für unwichtig befunden wird. Das würde nicht passieren, wenn Druck auf die Verantwortlichen ausgeübt würde. Man muss Öffentlichkeitsarbeit machen und das Problem aufzeigen, dann interessieren sich die Menschen auch dafür!

Die Öffentlichkeit aufmerksam zu machen, ist genau eines der Ziele von UAEM. Vielen Dank Herr Prof. Dr. Graninger!

ZUR PERSON

Univ.-Prof. DDr. Wolfgang Graninger, Leiter der Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin I, AKH Wien. Seit 1993 besteht durch seine Initiative, eine erfolgreiche Kooperation mit dem Albert-Schweitzer-Spital in Lambaréné im zentralafrikanischen Gabun und dem CERMEL (Centre de Recherches Médicales de Lambaréné). Es ist eines der weltweit führenden Zentren für tropenmedizinische Forschung.

VERSUCHSKANINCHEN: MENSCH

Text: Gerlinde Otti

Die Industrie braucht neue Medikamente, die Pharmaforschung boomt. Immer mehr gut ausgebildete WissenschaftlerInnen suchen mit modernsten molekularbiologischen Methoden nach neuen Medikamenten. Man könnte davon ausgehen, dass sich die milliardenschweren Investitionen rentieren und neue Erfolge gegen die großen Geißeln der Menschheit erzielt werden. Doch trotzdem sterben jedes Jahr 1,2 Millionen Menschen an Malaria und die am weitesten verbreitete Therapie haben eigentlich schon die Chinesen vor 2000 Jahren angewandt.

Doch die Pharmaindustrie hat die Gebiete, in denen Malaria und andere Seuchen täglich ihre Opfer fordern, keineswegs vergessen. Die Medikamentenhersteller interessieren sich sehr für die Armen – klinische Studien sind teuer und so werden diese Tests gerne in Entwicklungsländern durchgeführt. In den Slums von Mumbai stehen riesige Forschungscluster mit angeschlossenen Kliniken, viele Pharmariesen lassen mehr als die Hälfte ihrer Studien für neue Arzneimittel abseits der westlichen Märkte durchführen. Doch die Konzerne sind nicht in die Dritte Welt gekommen, um die Krankheiten der Armen zu heilen – sondern um das riesige Reservoir an Kranken zu nutzen, an denen Medikamente getestet werden können, die der immer gesünder und älter werdenden westlichen Bevölkerung das Leben erleichtern sollen – Mittel gegen Arthritis, Herzkrankheiten und Osteoporose.

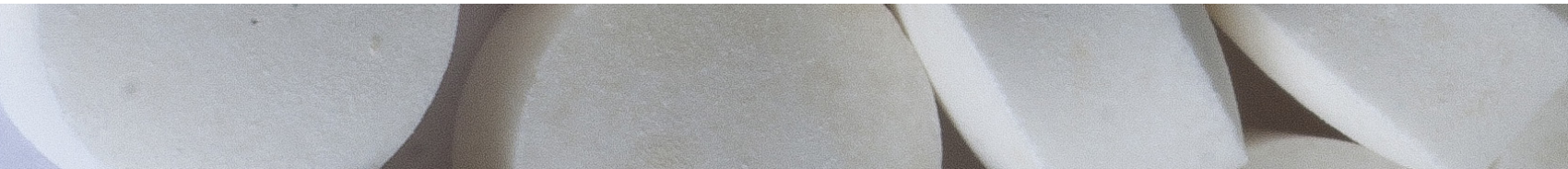
Die USA sind der größte und profitabelste Markt für die Pharmaindustrie – nirgendwo anders bekommen die Menschen dermaßen viele Medikamente verschrieben. Die Food and Drug Administration (FDA) lässt sich für die beschleunigte Genehmigung eines Medikaments von den Herstellern bezahlen und auch Fernsehwerbung für Arzneimittel ist in den USA erlaubt und durchaus üblich. Doch durch dieses Überangebot sinkt auch die Bereitschaft der PatientInnen, sich für klinische Studien zur Verfügung zu stellen.

EIN ETWAS ANDERER PLACEBO EFFEKT

Für das Testen von Mitteln gegen Bluthochdruck, Arthritis oder Allergien sind Unmengen von PatientInnen notwendig, und zwar deshalb, weil die meisten neuen Mittel kaum wirksamer sind, als die gut wirksame Standardtherapie. Es werden also reichlich Testpersonen benötigt – doch nur 1 von 20 AmerikanerInnen ist bereit, an einer klinischen Studie teilzunehmen. Wozu sich auch für ein Experiment zur Verfügung stellen, wenn eine gut wirksame Therapie vorhanden ist.

Um dieses Problem zu lösen, helfen sich Pharmakonzerne mit einer Vereinfachung – neue Mittel werden mit Placebos verglichen, eine simple Prozedur, die klare Resultate bringt. Doch auch hierfür werden ProbandInnen benötigt, und zwar solche, die bereit sind, an einem klinischen Experiment teilzunehmen, bei dem sie vielleicht gar keine wirksamen Medikamente erhalten. Die Rekrutierung von Testpersonen im Westen ist langwierig und jeder Tag, der die Genehmigung eines Medikaments verzögert, bedeutet hohe finanzielle Einbußen für Konzerne. Nun kommt es gelegen, dass die Menschen in Entwicklungsländern nicht nur an Malaria oder der Schlafkrankheit leiden – in manchen Gegenden Afrikas sind 20% der Bevölkerung DiabetikerInnen und 20 Millionen AfrikanerInnen leiden an Bluthochdruck. Nur ein verschwindender Prozentsatz dieser PatientInnen wird wegen dieser Beschwerden behandelt – der Großteil kann es sich schlichtweg nicht leisten und leidet daher noch an diversesten Komplikationen, die bei gut behandelten PatienInnen im Westen kaum auftreten. Und genau hier liegt der große Vorteil für die Pharmakonzerne, denn die Erprobung neuer Medikamente kann schneller und effizienter abgeschlossen werden, wenn es mehr Komplikationen gibt.

Geschwindigkeit ist das Essentielle in der Pharmabranche – es geht darum, möglichst schnell das neueste Insulinpräparat oder Antidepressivum noch vor der Konkurrenz auf den Markt zu bringen. Doch im Westen dauert es manchmal Monate oder gar Jahre, um überhaupt die notwendige Anzahl an PatientInnen für die klinische Testphase zu rekrutieren. Viele springen wieder ab – die Ausfallsrate im Westen beträgt 40 – 70%, während in zum Beispiel in Indien 99,5% der StudienteilnehmerInnen bis zum Ende durchhalten. Es ist natürlich ein Aufwand, klinische Tests in ärmere Länder zu verlegen – Unterlagen müssen übersetzt, Kliniken gebaut und Personal muss geschult werden. Hier hat sich eine florierende Branche



aufgetan – Consulting Unternehmen, sogenannte Clinical Research Organizations (CRO) haben sich auf die Durchführung klinischer Studien in Entwicklungsländern spezialisiert und betreiben eigene Kliniken.

DIE DEFINITION VON „FREIWILLIG“

Was gibt es eigentlich dagegen einzuwenden? In den Testkliniken haben die Kranken besseren Zugang zu medizinischer Versorgung und müssen nicht tagelang warten. Die Kliniken erhalten modernste Ausrüstung, die sie auch für ihre Zwecke verwenden können. Die Hälfte der PatientInnen bekommt immerhin wirksame Medikamente. Medizinische Versuche am Menschen setzen voraus, dass die Teilnahme auf Freiwilligkeit und genauer Information über Risiken und Nebenwirkungen beruht. Das wurde in unzähligen Beschlüssen bestätigt, unter anderem im Nürnberger Kodex 1947 und der Deklaration von Helsinki 1964. Die Essenz ist die Freiwilligkeit – PatientInnen dürfen nicht unter Druck gesetzt werden, auch nicht indirekt. Man darf daher für die Teilnahme an einem medizinischen Experiment keine hohe Vergütung oder Zugang zu besserer medizinischer Versorgung anbieten. Nehmen Menschen in Entwicklungsländern nun wirklich freiwillig an klinischen Experimenten teil? Die hohen Rekrutierungs- und niedrigen Ausfallsraten sind sensationell, kaum jemand scheint “Nein” zu sagen. Nehmen PatientInnen wirklich den Aufwand und die Nebenwirkungen eines Medikamententests in Kauf, um unter Umständen in Zukunft bessere medizinische Versorgung zu erhalten? Umfragen zeigen, dass 80% der ProbandInnen glauben, dass sie gar nicht das Recht haben, die Teilnahme an einer Studie abzubrechen. Während diese Tatsache eher zum Überdenken der aktuellen Form der klinischen Tests in Entwicklungsländern anregen sollte, sieht die Pharmaindustrie dies wohl noch als gutes Werbeargument. Werden in Europa oder den USA klinische Tests durchgeführt, ist dies ein enormer organisatorischer und bürokratischer Aufwand, die Auflagen sind streng und die Behörden verlangen genaueste Informationen über geplante Experimente und bereits evaluierte Daten. In Entwicklungsländern hingegen reicht es oft, die Auflagen der Deklaration von Helsinki und vielleicht ein paar lokale Vorgaben zu erfüllen. Die Tests werden kaum überwacht, Resultate werden von Behörden zur Kenntnis genommen, aber nicht hinterfragt. Wird ein Medikament erfolglos getestet, hat es den Versuch quasi nie gegeben. Oft fehlen auch schlichtweg die Strukturen, um ethische Anforderungen zu überprüfen. Manche Ländern sehen in den Tests der Pharmakonzerne auch einen lukrativen Wirtschaftsfaktor: So ist zum Beispiel in Indien die Einfuhr von Medikamenten zum Zweck klinischer Tests vom Zoll befreit, Hersteller genießen massive Steuererleichterungen und der Abschluss von Phase 3, also dem Austesten einer optimalen Dosis, ist für die Durchführung von Tests am Menschen nicht unbedingt Voraussetzung. Die Pharmabranche gilt als guter Geschäftspartner. Natürlich kann Indien einige medizinische Skandale in seiner Geschichte vorweisen – Ende der Neunziger wurde bei 1100 Brustkrebspatientinnen die Behandlung ausgesetzt, um den Verlauf der Krankheit zu studieren. 2001 wurden in Kerala Tests an KrebspatientInnen mit einem Stoff durchgeführt, der sich noch mitten in der Tierversuch-Phase befand. Und 2003 wurde Frauen mit Kinderwunsch ein Anti-Krebsmedikament verabreicht, das nachweislich teratogen war. Dies alles ist nicht neu und ähnliche Fälle gibt es in auch in vielen anderen Ländern. Doch es wird mit der autonomen Entscheidungsfähigkeit der Testpersonen argumentiert. Doch in Staaten wie Indien ist nur 1% der Bevölkerung krankenversichert, Behandlungen müssen im Voraus bezahlt werden und einE Hausarzt/Hausärztin ist für die meisten unleistbar. Der Großteil hat schlichtweg keine andere Option, als sich der Pharmaindustrie anzuvertrauen.

Darf man behaupten, die Armen könnten sich nicht richtig informieren und eine bewusste Entscheidung treffen? Nein, denn natürlich können auch Menschen, die in extremer Armut leben und keinen Zugang zu Bildung haben, aufgrund zur Verfügung gestellter Informationen eine bewusste Zustimmung oder Absage erteilen. Und doch – das bedeutet noch lange nicht, dass sie auch tatsächlich über alle Risiken aufgeklärt werden. Erfahrungswerte sprechen dagegen: Eine Umfrage ergab, dass 30 von 33 TeilnehmerInnen einer Studie zum Testen eines Aids-Impfstoffs in Thailand den Versuch nicht verstanden hatten. Es sei schlichtweg unmöglich, Menschen, die noch nie von einem Bakterium oder Virus gehört hätten, angemessen zu informieren – so argumentiert die Branche. Es würde

KLEINER STICH - GROSSE WIRKUNG

Text: Rita Babeluk

jedoch schon viel verbessern, wenn die bestehenden Vorschriften umgesetzt würden. Doch während in Europa die Auflagen für Medikamente, die in Entwicklungsländern getestet wurden, immer strenger werden, geht die Tendenz in den USA in die andere Richtung.

GRAVIERENDE FOLGEN

Klinische Versuche, die ethische Grundsätze ignorieren, widersprechen nicht nur den Menschenrechten, sondern erschüttert auch das Vertrauen der Entwicklungsländer in die westliche Medizin. Aidsmedikamente werden von manchen afrikanischen PolitikerInnen als das "Gift der Weißen" verdammt und in Nigeria steigen die Polio Fälle, da viele die Impfung gegen Kinderlähmung verweigern. 1996 starben in Nigeria 5 Kinder nach der Verabreichung des experimentellen Impfstoffs Trovafloxacin gegen Meningitis, viele leiden bis heute an Folgeschäden. Der damals weltgrößte Pharmakonzern Pfizer wurde geklagt und entschädigte die betroffenen Familien erst nach jahrelangen Gerichtsverfahren. Die NigerianerInnen haben das nicht vergessen. Kliniken, in denen mehr oder weniger unkontrolliert Medikamente getestet werden, verschlimmern nur die Situation.

Das alles ist den Pharmakonzernen bekannt. Doch es ist eine simple Kosten-Nutzen Rechnung, und die Vorteile für die Branche überwiegen. Es stimmt, ProbandInnen erhalten in der Tat eine bessere Gesundheitsversorgung als ihnen das nationale Gesundheitssystem in Entwicklungsländern bieten kann, doch das Behandeln von PatientInnen im Austausch für die Teilnahme an klinischen Studien ist auf keinen Fall gleichzusetzen mit medizinischem Fortschritt und der sorglose Umgang mit ethischen Richtlinien kann ernsthafte Folgen für Gesundheitssysteme mit sich bringen.

Die Sommerferien stehen vor der Tür. Nach wochenlangem SIP-Lernen freut sich jeder schon auf seinen wohlverdienten Urlaub. Manche von uns fahren weiter weg, manche bleiben in Europa. Egal wo es hingeht, ein essentieller Teil der Vorbereitungen sollte darin liegen, sich die passenden Impfungen zu organisieren. Doch für welches Land braucht man was? Und wie sieht es mit dem Kosten-Nutzen-Faktor aus?

Auf der Seite des österreichischen Außenministeriums erhält man detailierte Reiseinformationen und kann je nach Reiseziel nachsehen, welche Impfungen für diese Region benötigt werden. Selbst für den europäischen Mittelmeerraum gibt es Empfehlungen. Es muss also nicht unbedingt nach Thailand oder Guatemala gehen, um lebensbedrohliche und so leicht verhinderbare Krankheiten zu bekommen. Auch wenn manche Impfungen nicht ganz billig sind, wäre die Krankheit, gegen die sie gerichtet ist nicht noch viel fataler?

Es ist auch möglich, sich im Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin der MedUni Wien über die genauen Wahrscheinlichkeiten in einer bestimmten Region zu informieren.

Also: Lasst euch impfen, bevor es in den Urlaub geht, denn so lassen sich die Ferien doch gleich viel entspannter genießen!

⇘ INFO

Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin der MedUni Wien
Kinderspitalgasse 15, 1090 Wien
www.meduniwien.ac.at/tropenmedizin

Ambulanz
+43-1-40 160 -38280

Außenministerium
www.bmeia.gv.at

HANDSCHRIFTLICHES:

JETZT NUR NOCH UM MAMAS GEBURTSTAG ZU NOTIEREN.

CAMPUS.THIEME.DE

Deine Online-Bibliothek zum schneller lernen, weniger schleppen, mehr erreichen.

Mach Dich glücklich. Lern mit Campus.

Thieme

“EINMAL 10 DEKA MEHL-WÜRMER, BITTE!”

Text: Berivan Osso

Klingt doch irgendwie schlimm und erinnert an die Mutproben im Dschungelcamp. Doch der Verzehr von Insekten könnte schon in naher Zukunft Realität werden. Insekten bieten viele Nährstoffe, sind laut Welternährungsorganisation (FAO) umweltfreundlicher und könnten damit den wachsenden Fleischhunger der Weltbevölkerung stillen.

Beim Anblick von Insekten bekommen die meisten Menschen ein unangenehmes und angeekeltes Gefühl. Auf dem Teller sind die kleinen Krabbler in Europa unerwünscht, wobei sie in vielen Ländern in Asien, Afrika und Südamerika als Delikatesse und wichtige Proteinquelle gelten. Aber bei uns werden sie weder jetzt noch in Zukunft auf unseren Speisekarten zu finden sein, oder?
Laut der Welternährungsorganisation muss man sich mit dem Verzehr von Insekten in der westlichen Welt auseinander setzen, da die wachsende Weltbevölkerung in Zukunft ohne sie nicht zu sättigen ist. Im FAO- Bericht “Human Bite Back” (2010) sind weltweit über 1400 essbare Insektenarten bekannt. Käfer (31 Prozent) werden am häufigsten verzehrt, gefolgt von Raupen (18 Prozent), Ameisen (14 Prozent) sowie Heuschrecken und Grillen (13 Prozent).
Heuschrecken, Mehlwürmer, Ameisen etc. liefern, wie alle tierischen Lebensmittel, einen hohen Anteil an Proteinen. Weiters sind sie fast frei von Kohlenhydraten und cholesterinarm, sowie reich an Mikronährstoffen (wie z.B. Vitamine, Spurenelemente etc.).
Doch abgesehen von den Ernährungsvorteilen bietet der Umstieg auf Insektenkost einen Schlüssel zur Lösung des Welternährungsproblems. Die herkömmliche Tierhaltung benötigt große Agrarflächen zur Futtermittelherstellung und erzeugt enorme Mengen an Treibhausgasen. Es wird erwartet, dass 2050 neun Milliarden Menschen auf der Erde leben werden und der jährliche Pro-Kopf-Fleischkonsum auf 50 Kilogramm ansteigen wird. Um diesen Bedarf zu stillen, bräuchte man bald eine “zweite Erde”, um genügend Platz für die Rinder und Schweine zu schaffen.
Laut einer Studie der Universität Wageningen (2011), erzeugt ein Schwein 10-100 mal mehr Treibhausgase pro Kilogramm Fleisch als ein Insekt.
Um ein Kilogramm Fleisch zu produzieren, muss man 13 Kilogramm Nahrungsmittel verfüttern. Für die Aufzucht von einem Kilogramm Insektenfleisch braucht man 1,5-2 Kilogramm. Also was einen deutlich geringeren Aufwand an Ressourcen nach sich zieht.
Es liegt auf der Hand, dass Menschen im Westen ihre Einstellung über Entomophagie (Verzehr von Insekten) überdenken sollten. Diese Idee ist aber nicht neu. Der britische Autor Vincent Holt berichtete schon im Jahre 1885 in seinem Buch "Why not eat insects?" über den Verzehr von Insekten, was aber keinen Anklang fand.
In der heutigen Zeit stehen auf anderen Kontinenten frittierte Spinnen, Reiscracker mit Schlupfwespen oder Blattschneiderameisen auf dem Speiseplan, gleichzusetzen mit dem österreichischen Schnitzel. Das Vorfinden von “Insekten in der Küche”, würden die meisten im Westen mit dem Ruf nach dem/der KammerjägerIn beantworten. Auf der einen Seite findet man Maden abstoßend, auf der anderen Seite sieht man Garnelen, Schnecken und Austern (Anmerkung: werden lebend verspeist) als Delikatesse an und gibt dafür viel Geld aus.
Am Geschmack der Insekten kann die Abneigung gegenüber diesem Lebensmittel nicht liegen, da frittierte Spinnen an gebackenes Hühnchen erinnern, Mehlwürmer ähnlich wie Speck schmecken und Heuschrecken ein nussiges Aroma haben.
Die Frage, warum manche Kulturen Insekten essen und andere diese ablehnen, versucht man in verschiedenen Theorien zu beantworten. Man glaubt, dass in Europa Käfer, Würmer, Spinnen und Co. nicht auf dem Teller landen, weil sie nicht in großen Schwärmen auftreten und es daher schwierig ist eine “Familie damit zu ernähren”. Dies könnte sich in Zukunft durch die Errichtung von Insektenfarmen und globalen Handel leicht ändern. In den Niederlanden z.B. hat man sich schon mit dieser Problematik beschäftigt und manche Supermärkte bieten bereits Insektenfleisch in Plastikbehältern an.

Auch in Wien gibt es schon seit Jahren ein australisches Restaurant, welches Insekten und andere Kurositäten, wie Känguru- oder Krokodilfleisch auf der Speisekarte hat und sich größter Beliebtheit erfreut.
Laut Schweizer Lebensmittelportal “Natürlich leben” sind die Menschen schon “längst alle Insektenesser”. JedeR konsumiert pro Kopf und Jahr rund ½ Kilo Insekten fein gemahlen in Marmeladen, Tomatensaucen, Tiefkühlspinat. Na, dann - Mahlzeit!

STUDIENVERTRETUNG

HUMAN

Text: Mathias Schneeweiß

Frédéric P. R. Tömböl
Vorsitzender der
Studienvertretung Humanmedizin

Die Studienvertretung aller Studienrichtungen und Universitäten Österreichs haben das Ziel, einen möglichst reibungslosen Studienablauf für die Studierenden zu gewährleisten. Somit sind wir eine Anlaufstelle für Fragen und Probleme die das Studium betreffen.
An der Medizinischen Universität Wien gibt es insgesamt drei Studienrichtungsvertretungen (Human, Zahn und Postgrad). Deren Mandatarinnen und Mandatare werden bei jeder ÖH-Wahl direkt gewählt. Wir als Studienvertretung für die Studien Medizin N201 / Humanmedizin N202 vertreten den größten Anteil an Studierenden der MedUni Wien.

Seit der letzten ÖH-Wahl im Mai 2013 setzt sich das fünfköpfige Team aus folgenden Personen zusammen: Frédéric P.R. Tömböl (Vorsitzender), Mathias Schneeweiß (1. stellvertretender Vorsitzender), Sarah Schober (2. stellvertretende Vorsitzende), Abelina Zimba und Florian Berndl.

Unsere Arbeit gliedert sich eigentlich in zwei Aufgabenbereiche, die eng miteinander vernetzt sind. Einerseits bemühen wir uns in den diversen Planungsteamsitzungen aller Blöcke und Lines des Studienplanes Humanmedizin N202 in Zusammenarbeit mit den ProfessorInnen um eine stetige Verbesserung unseres Studiums. Damit dies allerdings erst möglich wird, bedarf es eures Feedbacks. Und hier möchte ich den zweiten wesentlichen Punkt unserer ÖH-Arbeit hervorheben: die direkte Interaktion mit den Studierenden. In den Gesprächen mit euch erfahren wir von den organisatorischen und inhaltlichen Problemen im Studium, welche wir dann den Verantwortlichen darbieten können. Uns ist es aber auch wichtig positive Aspekte einzelner Blöcke/Lines des Studium im Kontakt mit den Professorinnen und Professoren hervorzuheben, um den Prozess der Weiterentwicklung zu fördern.

Ein weiterer wesentlicher Punkt unserer Arbeit ist die individuelle Beratung für die Studierenden. Das reicht von Hilfe bei der Überwindung diverser bürokratischer Hürden bis zur Intervention bei Problemen mit Professorinnen und Professoren. Mit Fragen zum Studienplan und anderen Anrechnungen ist man bei uns an der richtigen Adresse.
Im bereits zu Ende gehenden Studienjahr habe wir als Studienvertretung auch ein paar Aktionen für Studierende umsetzten können. Die Impfaktion im Winter war ein voller Erfolg und auch der Skriptendruck für das 2. und 3. Studienjahr wurde gut in Anspruch genommen.

Unser Hauptziel ist es immer im Sinne der Studierenden der MedUni Wien zu handeln. Dafür benötigen wir euer Feedback, euren Input und eure Ideen!

POSTGRAD

Text: Anna Antoni

Postgraduelle Studien an der MedUni Wien beinhalten die Doktoratsstudien (PhD/N790), Medizinische Informatik und diverse Lehrgänge. Die Sprache unserer Studienvertretung (StV postgrad) ist Englisch, schließlich ist der Großteil der Studierenden die wir vertreten in einem der zwei englischsprachigen Doktoratsstudien.

Seit der Konstituierung im Herbst 2013 hat sich viel getan. Unser Hauptziel bei der Wahl 2013 war die vermehrte Sichtbarkeit, um damit als Ansprechspersonen mehr Hilfestellung bieten und vermitteln zu können. Mit unserer Beratung, welche vor allem von Doktoratsstudierenden in spe in Anspruch genommen wird, und unserer Facebook Seite sind wir diesem Ziel bereits einen Schritt näher gekommen.
Die weniger sichtbare Hintergrundarbeit im Rahmen der Curriculumskommissionssitzungen ist vermutlich die wichtigste Funktion der Studienvertretung. In jeder der drei Kommissionen (Doktoratsstudien, Medizinische Informatik, Lehrgänge) ist ein Drittel der Mitglieder durch die ÖH besetzt. Außerdem ist die StV postgrad in engem Kontakt mit den stv. Curriculumsdirektoren, welche für die jeweiligen Studienpläne verantwortlich sind.

In den vergangenen Monaten haben wir mehrere Projekte in Zusammenarbeit mit den stv. Curriculumsdirektoren sowie der Young Scientist Association (YSA) begonnen. Sie werden demnächst veröffentlicht und zu Verbesserungen in den postgraduellen Studienrichtungen führen.

Unser StV postgrad Team hat sich in den letzten Monaten verändert und wir freuen uns, dass nun auch zwei Nicht-Mediziner und internationale Studierende mit an Bord sind! Bei Interesse mitzuarbeiten oder bei Fragen/Problemen/Anregungen zu den postgraduellen Studien, könnt ihr euch jederzeit per mail an uns wenden und

Anna Antoni
Vorsitzende der Studienvertretung
Postgraduelle Studien

die Beratungszeit jeden Montag zwischen 14:00 und 16:00 im ÖH Büro Leitstelle 6M nutzen.

Anna Antoni (Vorsitzende der StV postgrad, anna.antoni@oehmedwien.at)
postgrad@oehmedwien.at
www.facebook.com/postgradmuv

ZAHN

Text: Lukas Harb

Roland Nöhammer
Vorsitzender der
Studienvertretung Zahnmedizin

Die Studienvertretung (StV) Zahnmedizin ist die unmittelbare Vertretung der Studenten auf Studienrichtungsebene und vertritt die Interessen der Zahnmedizinstudenten gegenüber den Entscheidungsträgern der MedUni Wien bzw. der Zahnklinik. Die StV besteht aus 5 Mandataren, die alle 2 Jahre im Rahmen der ÖH Wahl neu gewählt werden, sowie weiteren engagierten Kollegen der unterschiedlichen Jahrgänge. Die 5 Mandatare gehören dem Wahlbündnis StudentsFor-Students – Zahnmedizin an und sind somit keiner der Fraktionen an der MedUni Wien zuzuordnen. Als wir im Mai vergangenen Jahres nach einem aus eigener Tasche finanzierten Wahlkampf die Arbeit aufnahmen, mussten wir praktisch bei Null anfangen und Struktur und Organisation der StV neu aufbauen. Dies war insbesondere zu Beginn zeit- und arbeitsintensiver als gedacht. Abgesehen vom anfänglichen Klinkenputzen bei allen möglichen „wichtigen“ Personen, Einarbeiten in die Materie und Betreuung der Kollegen, glichen allein Kleinigkeiten wie die Einrichtung von MedUni Wien-Mailadressen uvm. einem Kampf gegen Windmühlen. Mittlerweile funktionieren natürlich nicht nur die Mailadressen, sondern auch eine völlig neu gestaltete Homepage, die in wochenlanger Zusammenarbeit mit den Kollegen der Universitätsvertretung entstanden ist. Der Downloadbereich ist einen Blick wert und wir sind bestrebt, ihn weiter auszubauen. Ebenso gibt es nun aus jedem Studienjahr Jahrgangssprecher, die zum überwiegenden Teil sehr aktiv in der StV mitarbeiten. Die Kommunikation innerhalb der Jahrgänge und dieser mit der StV war uns von Beginn an ein zentrales Anliegen. Abgesehen davon haben wir beschlossen, dass es für die Arbeit in der StV keine Aufwandsentschädigung mehr gibt, sitzen fast jeden Monat in Blockbesprechungen, wo insbesondere die Kollegen aus dem 3. Jahr wertvolle Neuerungen einbringen konnten, Sitzungen das 72WPR sowie Curriculum usw. betreffend. An dieser Stelle muss man allerdings festhalten, wie frustrierend die Arbeit oft auch sein kann, wenn man sieht, wie langsam Dinge in unserem Studium umgesetzt werden – ein Umstand, den wir so zu Beginn unserer Arbeit nicht erwartet hätten. Für weitere Informationen und Kontaktmöglichkeiten dürfen wir auf zahn.oehmedwien.at verweisen und verbleiben mit kollegialen Grüßen, Eure StV Zahnmedizin.

Anmerkung der Redaktion: Die Studienvertretung Zahnmedizin verzichtet auf geschlechtsneutrale Formulierungen.

ÖH MED WIEN
Because we care.

KPJ - Eine unendliche

Geschichte
Text: Rita Babeluk

Es war einmal in einem weit entfernten Königreich, genannt Medizinische Universität Wien... In diesem Königreich studierten hunderte Prinzen und Prinzessinnen heiter vor sich hin. Doch eines Tages kam eine böse Hexe und belegte sie mit einem Fluch: Nach fünf Jahren unbeschwerten Aufenthalts sollten sie ein Klinisch Praktisches Jahr absolvieren, doch es wird zu wenig Plätze geben...

So könnte die Geschichte der KPJ beginnen, wäre es ein Märchen. Doch wie immer ist es leider nicht so leicht. In Märchen wird oft schwarz-weiß Malerei betrieben. Deshalb versuche ich in den folgenden Zeilen die letzten Ereignisse zum KPJ so objektiv wie möglich wiederzugeben und mit sämtlichen Gerüchten, Legenden und Mythen aufzuräumen.

WAS IST DAS KPJ EIGENTLICH?

Das KPJ ist ein Konstrukt, das angelehnt ist an Ausbildungssysteme, welche in vielen Ländern – beispielsweise Deutschland – seit Jahren existieren. Das österreichische KPJ soll flächendeckend für alle drei Medizinischen Universitäten gleich aufgebaut sein und auch an den gleichen Terminen starten. Es dauert 48 Wochen und ist in 3 Tertiale zu je 16 Wochen aufgeteilt. Die Einstiegstermine beginnen dieses Jahr am 4. August und folgen dann alle 8 Wochen. Der Sinn und Zweck des ganzen liegt darin, durch Teilnahme am klinischen Alltag praxisorientiert zu lernen und Erfahrungen zu sammeln.

Die Tertiale sind:

» **Tertial A:** Innere Medizin (16 Wochen)
» **Tertial B:** Chirurgische und perioperative Fächer (16 Wochen)
» **Terital C:** Wahlfächer (16 Wochen oder 2x8 Wochen)

Die Tertiale sind in beliebiger Reihenfolge und in unterschiedlichen Krankenanstalten absolvierbar.

Der Plan sieht vor, dass die Studierenden 35 Stunden pro Woche anwesend sind. In diesen 35 Stunden sind 5 Stunden Selbststudium enthalten, in denen wir nachlesen können, was wir an dem Tag gesehen haben. Überstunden werden 1:1 als Zeitausgleich abgegolten. An gesetzlichen Feiertagen haben wir frei. Es ist vorgesehen, dass mindestens 3 bis maximal 8 Journaldienste (also Nachtdienste, mit einer Dauer von 24 Stunden) pro Tertial absolviert werden. Die dadurch entstehende vermehrte Anwesenheit muss mittels Zeitausgleich abgegolten werden. Insgesamt sind 25 Fehltage erlaubt, jedoch maximal 10 Fehltage pro Tertial. Die Fehltage sind wahlweise für Urlaub oder Krankenstand zu nutzen.
Alle Teritale können im Ausland abgeleistet werden, müssen aber an einem Universitäts- oder Lehrkrankenhaus absolviert und im Vorhinein von der MedUni genehmigt werden.

Doch nun zum äußerst heiklen Thema der Aufwandsentschädigungen. Als ÖH Med Wien finden wir es unverantwortlich und nicht als sozial vertretbar, fast fertig ausgebildete Mediziner über einen so langen Zeitraum vollkommen unbezahlt arbeiten zu lassen. Und das in einem Rahmen, der es unwahrscheinlich oder zumindest wahnsinnig schwierig macht, nebenbei noch arbeiten zu gehen. Deswegen streben wir eine gesetzliche Regelung an, die eine Aufwandsentschädigung analog zum Unterrichtspraktikum von Lehramtsstudierenden vorsieht. Diese bekommen die Hälfte des ersten Grundgehalts monatlich ausgezahlt. Bei uns wären das 650€. Da sich das für den jetzigen 5. Jahrgang vermutlich leider nichtmehr ausgeht, streben wir zumindest Sozialstipendien an.

DIE SACHE MIT DEN PLÄTZEN

Bis Ende Mai gab es in ganz Österreich 788 KPJ Plätze. Die meisten davon in den Bundesländern. Auf den ersten Blick scheint das genug zu sein und auch wenn man in die unangenehme Lage kommt

↘ TERTIALE

TERTIAL A

Innere Medizin, Angiologie, Gastroenterologie und Hepatologie, Geriatrie/Gerontologie, Hämato-Onkologie, Infektiologie, Infektiologie und Tropenmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Notfallmedizin, Onkologie, Lungenkrankheiten, Rheumatologie, Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen.

» Muss durchgehend 16 Wochen an einer Krankenanstalt absolviert werden
» Einmaliger Abteilungswechsel nach 8 Wochen ist möglich

TERTIAL B

Allgemeinchirurgie, Anästhesiologie u. Intensivmedizin, Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Kinder- und Jugendchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Plastische/Ästhetische/Rekonstruktive Chirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie, Urologie, Viszeralchirurgie
Muss durchgehend 16 Wochen an einer Krankenanstalt absolviert werden

» Einmaliger Abteilungswechsel nach 8 Wochen ist möglich
» Anästhesiologie u. Intensivmedizin in Tertial B nur im Ausmaß von 8 Wochen absolvierbar → nur in Kombination mit chirurgischem Fach möglich

TERTIAL C

» Allgemeinmedizin und alle zur Facharztausbildung berechtigten Fächer und Zusatzfächer.
» wird Allgemeinmedizin in Tertial C gewählt → 4-wöchige Famulatur. Primärversorgung kann durch freie Famulatur ersetzt werden
» Fächer, die bereits im KPJ-Tertial A und B absolviert wurden, sind im KPJ-Tertial C nicht wählbar.
» Nicht-klinische Fächer: nur im Ausmaß von 8 Wochen absolvierbar
Nicht-klinische Fächer: Anatomie, Arbeitsmedizin, Blutgruppenserologie u Transfusionsmedizin, Gerichtsmedizin, Histologie und Embryologie, Hygiene und Mikrobiologie, Immunologie, Medizinische Biophysik, Medizinische Genetik, Medizinische und Chemische Labordiagnostik, Medizinische Leistungsphysiologie, Neurobiologie, Neuropathologie, Pathologie, Pathophysiologie, Pharmakologie und Toxikologie, Physiologie, Sozialmedizin, Virologie, sowie die Additivfächer Klinische Pharmakologie und Zytodiagnostik.

Liveticker zur KPJ-Pressekonferenz im Cafe Landtmann: v.l.n.r. Rita Babeluk, Mathias Schlechta und Sarah Schober

umziehen zu müssen, so hat man doch wenigstens einen Platz. Doch so einfach ist das leider nicht. Denn von diesen 788 Plätzen österreichweit waren nur 174 für das Tertial A - also Innere Medizin – vorgesehen. Es wäre zu einem Flaschenhalseffekt gekommen. Doch Ende Mai wurde zum Glück eine Lösung gefunden.
Doch wie kam es eigentlich zu diesem Schlamassel und zu einer Lösung in letzter Minute?

Wie so oft war es eine Aneinanderkettung unglücklicher Ereignisse: HauptprotagonistInnen sind eine Universität, die plötzlich das Curriculum verändert ohne konkrete Pläne für die Umsetzung zu haben und viel zu spät in die Verhandlungen mit den potentiellen VertragspartnerInnen eintritt, ein Krankenhausverband, der versucht aus dem Missgeschick der Universität Kapital zu schlagen und verschiedene kleinere Häuser, die nicht unterschreiben wollen, solange der große Krankenhausverband nicht unterschreibt.
Eine reichlich missliche Lage!

Nach langem hin und her hat der KAV im Mai dann doch einen Vertrag mit der MedUni abgeschlossen. Das bedeutet, dass die KAV Häuser KPJ Studierende aufnehmen und ausbilden, ohne von der MedUni Geld dafür zu verlangen. Im Konkreten geht es um 373 Plätze. Dabei handelt es sich um eine Übergangslösung für das Studienjahr 2014/15. Für die darauffolgenden Jahre muss neu verhandelt werden. Zusammen mit dem KAV haben auch die KABEG (Kärnten), die Barmherzigen Brüder, die Vinzenz Gruppe und die Wiener Gebietskrankenkasse unterschrieben und stellen Plätze in ihren Häusern zur Verfügung. In dem Vertrag wurde festgelegt, dass 10% der Plätze für sogenannte Härtefälle reserviert sein müssen. Die sogenannte Härtefallregelung sieht vor, dass beispielsweise Studierende mit Kind, die nicht so einfach mal in ein anderes Bundesland ziehen können, auf jeden Fall einen Platz in Wien bekommen. Die Auswahl der Studierenden, die in diese Regelung fallen, sowie die Kriterien, welche man erfüllen muss, werden von der MedUni festgelegt. Die Richtlinien findest du auf KPJ-Infoseite der MedUni Wien unter Downloads.

Die Anmeldung für diese Häuser läuft bereits – über die Sekretariate der einzelnen Abteilungen kannst du dir einen Platz reservieren. Wenn du auf einer inoffiziellen Warteliste stehst, dann solltest du deinen Platz bestätigen. Wir bitten dich außerdem, dich von anderen Wartelisten abzumelden, sobald du einen Fixplatz hast – einfach aus Rücksicht deinen KollegInnen gegenüber.

Zum Glück ist sich alles noch einmal glimpflich ausgegangen. Nach monatelangem Bangen der Studierenden und blank liegender Nerven liegt jetzt eine Lösung vor. Es ist zwar nur eine Übergangslösung, aber immerhin.

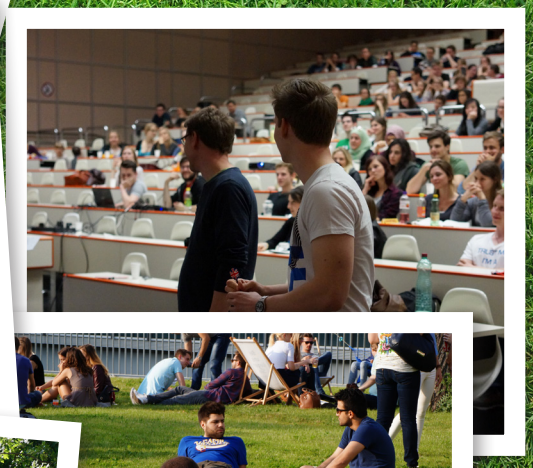
So endet unser Märchen von den Prinzen und Prinzessinnen. Sie lebten glücklich und zufrieden und wenn sie nicht gestorben sind, dann leben sie noch heute? Nun ja, die Hoffnung stirbt bekanntlich ja zuletzt, aber wirklich wissen werden wir es erst, wenn das KPJ gestartet hat.

⇘ ÜBERPRÜFUNGEN

- Mini- CEX (Mini-Clinical Evaluation Excercise)
- DOPS (Direct Observation of Procedural Skills)
- Alle 14 Tage
- Mid Term Feedback & abschließendes Feedbackgespräch
- Logbuch als Portfolio

IMPRESSIONEN EURER MAIWOCHE

Vom Spielenachmittag...



... über Schlag die Profs! ...

... und dem PubMed Quiz ...

... zum großen Finale: dem Sommerfest.

FERIEN ÖFFNUNGSZEITEN

Wir haben zwischen
05. Juli 2014
und
21. September 2014
immer

am **Montag von 10:00 bis 16:00 Uhr** geöffnet.

An folgenden Montagen
07. und 21. Juli sowie 18. August
ist die ÖH geschlossen!

Zu diesen drei Terminen findet auch keine Hepatitis Impfung oder Titer-Kontrolle statt.

Wir wünschen Euch schöne und erholsame Sommerferien!

Beratung durch die verschiedenen Referate erfolgt in den Ferien nach Vereinbarung.

KURZ PROTOKOLLIERT

Die Möglichkeit, an der Verlosung teilzunehmen besteht nur bis 4. Juni 2014 14:00 Uhr - also, worauf noch warten?
Aus: ÖH Med Wien - Newsletter 06/2014 - Eingegangen um 20:32 am 4. Juni 2014

Könnte knapp werden - wo doch schon vor 6 Stunden die Frist abgelaufen ist - aber: worauf noch warten?

KENNST DU EIGENTLICH?

BERNHARD

Mein Name ist Bernhard, ich bin 33 Jahre alt, bin verheiratet und habe einen 4 Jahre alten Sohn. Ich bin in Wien aufgewachsen und habe eine Konditorlehre gemacht, jetzt arbeite ich seit 10 Jahren in der Betriebsküche im AKH. In der Betriebsküche kümmern wir uns um die Essensausgabe und auch um das Catering, damit das Personal im AKH auch etwas zu essen hat. In meiner Freizeit baue ich mein Haus in Niederösterreich, wo ich jetzt wohne, um und auch mein Kind hält mich auf Trab.

GEORG

Ich heiße Georg und bin aus dem Bezirk Gänserndorf in Niederösterreich. Nach meiner Bäckerlehre habe ich vor 25 Jahren angefangen, in der Betriebsküche im AKH zu arbeiten. Ich bin für die Personalverpflegung im Haus und das Catering von Diplomfeiern, Ehrungen und anderen Events zuständig. Privat bin ich sehr aktiv bei der Feuerwehr Großschweindorf, wo ich verschiedene Funktionen innehabe. Außerdem bin ich begeisterter Heimwerker und arbeite gerne an meinem Haus.

SCHON PROBIERT?

KALTE ENTE

Zutaten:
3 unbehandelte Zitronen
1 Liter trockener Weißwein
1 Liter Mineralwasser
1 Flasche trockener Sekt
Eiswürfel

Die unbehandelten Zitronen werden in dünnen Spiralen geschält und in das Bowlengefäß gehängt. Die geschälten Zitronen werden in dünne Scheiben geschnitten und die Flasche Weißwein zugegeben, das ganze wird ca. 1 Stunde zum Ziehen in den Kühlschrank gestellt. Vor dem Servieren werden Mineralwasser und Sekt hinzugegeben, ebenso die Eiswürfel. Ein sehr erfrischender Drink für heiße Sommerabende, typisch für die 70er Jahre. Kann gut noch einmal mit allen Zutaten wiederholt werden, ohne dass das Aroma nachlässt.

Prost!

NÄCHSTE OFFENE REDAKTIONSSITZUNG

4. August 2014 um 16h

in der ÖH Med Wien
im AKH 6M

IMPRESSUM
Medieninhaberin und Herstellerin: HochschülerInnenschaft an der Medizinischen Universität Wien, AKH 6M Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien; Verlags- und Herstellungsort: Wien; Druck: Gutenberg-Werbering GmbH; Redaktion: Anna Antoni, Rita Babeluk, Suzann Baumann, Franziska Cichini, Max Geist, Lukas Harb, Philipp Kaiser, Pegah Nazari, Berivan Osso, Gerlinde Otti, Mathias Schneeweiß, Michaela Wagner-Menghin; Gestaltung: Jakob Zerbes.

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

Entgeltliche Einschaltung

WIR LIEBEN EUCH

MASERN SIND KEIN KINDER-SPIEL.

Schützen Sie sich und Ihre Kinder!

MIT DER MMR-GRATIS-IMPFUNG

Masern sind alles andere als eine harmlose Kinderkrankheit.
Sie sind hochansteckend und können schwerwiegende Folgen haben – auch für Jugendliche und Erwachsene!

Schützen Sie sich und Ihre Kinder rechtzeitig mit der gut verträglichen MMR-Gratis-Impfung. Informieren Sie sich bei Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt, in Ihrer Apotheke oder im Web: **www.keinemasern.at**

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT