

FIEBERKURVE

SCHWERPUNKT

Leben und Sterben

ab Seite 8

STUDIUM

Die Quote

Seite 4

GESELLSCHAFT

Der Wert von Bildung

Seite 18

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!

Personalmanagement: Dr. Helene Mayerhofer • Tel.: 07722 / 804-8060

Turnusärztevertreter: Dr. Manuel Staniek • Tel.: 07722 / 804-6164

E-Mail: bewerbung@khbr.at

ZERTIFIZIERTES LEHRKRANKENHAUS



Inhalt

STUDIUM



Die Quote	4
Tutor_innenstellen	5
Sommer. Sono. Seashore sign.	6
Rezensionen	7

SCHWERPUNKT



Recht auf Sterben?	8
Suizid und Medien	10
Recht auf Abtreibung	12
Genetischer Threesome	13

GESELLSCHAFT



Rise of the Superbugs	14
Boy ... or ... Girl?	15
Ärzte ohne Grenzen im Mittelmeer	16
Der Wert von Bildung	18
Gameday!	20

EXTRAS



Shall we play a game?	21
ÖH Med Wien sucht	22
Last but not Least	23

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir waren diesmal ein bisschen poetisch unterwegs, als wir im ÖH-Büro in unserem Lieblings-Uniklinikum an dieser Ausgabe arbeiteten:

Von drin vom Spitale kommen wir her,
wir müssen euch sagen, es weihnachtet sehr!
Allüberall auf den Blutdruckspitzen,
sehen die Patienten goldene Lichtlein blitzen,
und droben aus dem Kreissaalort,
sieht mit goldenen Augen ein Kindlein hervor,
und so wie wir stolchten durch den fensterlosen Gang,
da kam an uns ein Thema heran:
Leben und Sterben liegen hier nah beinand,
und oft nicht zu trennen, in ein und demselben Gewand.

Die Kerzen fangen sicher nicht zu brennen an,
der Brandschutz verbietet es hierorts jederman,
Alt und jung sollen in diesem Gebäude nun,
niemals, niemals von der Arbeit ruhn,
und fallen die Studenten hinab zur Erden,
dann kann für die Profs Weihnachten werden.

Wir schreiben diesmal O liebe Leserschaft,
warum die Medizinerquote vielleicht bald abgeschafft,
auch viele Flüchtende kamen in unsere Stadt,
wo's eitel schwierige Nostrifikationen hat.

Hast du Sono-Wissen auch bei dir?
Wo du's bekommst erfährst du hier.
Tutoren stellen sich wieder vor,
wie auch schon in vielen Ausgaben zuvor.

Und zur Weihnachtszeit in Block 9 spricht vor,
ein – wie könnt es anders sein - Pharma-Professor:
„Doch für die Studenten, nur die schlechten,
die treff ich auf den Teil, den rechten!“
Und die Uni sprach: So ist's recht,
so schaffe sie mir vom Hals, mein treuer Knecht!

Von drin vom Spitale kommen wir her,
wir müssen euch sagen, es weihnachtet sehr!
Nun so urteilt über diese Ausgabe gerecht:
Ist's gut oder schlecht?

Eure Redaktion

Wir freuen uns jederzeit über Ideen und
Feedback unter:
feieberkurve@oehmedwien.com

Die Quote

Text: Johannes Oswald

Die EU möchte die Quotenregelung beim MedAT kippen. Diesen Monat wird sich herausstellen, ob sie das auch wirklich macht.

Bei der Europäischen Kommission läuft aktuell ein EU-Vertragsverletzungsverfahren gegen Österreich und Belgien wegen der Quotenregelung beim Zugang zum Medizinstudium. Du kannst dich sicher noch an die Quoten beim Einstiegstest erinnern (75% Österreich, 20% EU, 5% Nicht-EU). Diese Quotenregelung wurde 2006 eingeführt, nachdem 2005 die ursprüngliche Zugangsregelung in Österreich durch den Europäischen Gerichtshof (EuGH) aufgehoben wurde. Bis 2005 waren nur Ausländer_innen in Österreich zum Studium zugelassen, die auch in ihrem Heimatland einen Studienplatz nachweisen konnten. Die plötzliche Aufhebung dieser Regelung führte zu chaotischen Szenen im Sommer 2005. Deutsche Studienanwärter_innen campierten vor der Studien- und Prüfungsabteilung um einen der – damals schon limitierten – Studienplätze zu bekommen. Diese wurden kurzfristig nach dem Prinzip „first come – first served“ vergeben.

Eine Quotenregelung wie diese (mit Bevorzugung von Inländer_innen) wurde in Belgien und Österreich eingeführt, wogegen Studienanwärter_innen beim EuGH klagten. Belgien ist mit einem ähnlichen Ansturm von Studienbewerber_innen aus Frankreich konfrontiert, wie eben Österreich aus Deutschland. Der EuGH urteilte daraufhin, dass solche Quotenregelungen der Freizügigkeit innerhalb der Union grundsätzlich widersprechen. Allerdings ergänzte er 2010 in einem Urteil gegenüber Belgien: „[...] es sei

denn [...], dass diese Regelung im Hinblick auf das Ziel des Schutzes der öffentlichen Gesundheit gerechtfertigt ist.“ Dieser Satz war Anlass für eine gewisse Erleichterung der nationalen Politik. Auf diesem Urteil fußt nun, dass die Europäische Kommission das Vertragsverletzungsverfahren gegen Belgien und Österreich seit vielen Jahren im Rahmen eines Memorandums ausgesetzt hat. Eben dieses Memorandum läuft jetzt jedoch aus und Österreich muss somit beweisen, dass die Quote tatsächlich zum Schutz der öffentlichen Gesundheit notwendig ist.

Hier wird es schwierig. Das Argument des Wissenschaftsministers ist der angebliche Ärzt_innenmangel in Österreich. Die MedUnis würden zu wenige österreichische Absolvent_innen hervorbringen, sodass es dann einen Mangel im Gesundheitssystem gibt. Dabei muss man jedoch sagen, dass dieses Argument auch bezweifelt werden kann. Österreich ist OECD-Meister bei der Ausbildung von Medizinabsolvent_innen und auch in der Ärzt_innendichte bezogen auf Einwohner_innen zumindest im oberen Bereich. (Die zugrundeliegenden Zahlen sind divergierend und werden von verschiedenen Stellen unterschiedlich interpretiert.) Jedoch hat sich das Gesundheitswesen in Österreich über Jahrzehnte an einen deutlichen Überschuss an Medizinabsolvent_innen gewöhnt. Dementsprechend wurden jede Menge Turnusärzt_innen als billige Arbeitskräfte ausgenutzt und diverse nichtärztliche Tätigkeiten – angeblich oft mit Unterstützung der Ärztekammer – auf sie abgewälzt. Wenn ein_e Turnusärzt_in nicht spurte, gab es mindestens zehn andere, die auf den Job schon warteten. Diese Situation änderte sich in

den letzten 5 Jahren scheinbar über Nacht. Dazu kam unlängst eine starke Verkürzung der erlaubten Arbeitszeit und die Abschaffung des „klassischen“ dreijährigen Turnus. All das führte natürlich kurzfristig zu Personalmangel in den Spitälern. Zu den Beschwerden der Krankenhäuser kommen dann noch die Probleme bei der Nachbesetzung von allgemeinmedizinischen Kassenplanstellen. Das ist zwar vor allem den schlechten Bedingungen in der Allgemeinmedizin geschuldet, aber es erzeugt ein landesweites Bild vom angeblichen Ärzt_innenmangel und ruft diverse Landes- und Lokalpolitiker_innen auf den Plan. Vor allem die Bundesländer verlangen lautstark mehr Medizinstudienplätze und denken nicht daran ihre – zahlenmäßig aufgeblähten – Spitalstrukturen zu verkleinern. Das Burgenland verlangte zum Beispiel eine sagenhafte Erhöhung der Studienplätze „um mindestens 1000“.

Grundsätzlich ist dabei natürlich festzuhalten, dass man in ein löchriges Fass nicht oben noch mehr hineinschütten sollte. Es gehen schließlich nach dem Studium nicht nur die Deutschen wieder zurück in ihre Heimat, sondern es flüchten auch viele Österreicher_innen vor den österreichischen Ausbildungsbedingungen ins Ausland.

Ob die EU-Kommission ihr Vertragsverletzungsverfahren fortsetzen wird, ist zu Redaktionsschluss unklar. Wie es bei einer Aufhebung der Quotenregelung weitergehen soll, wurde von Wissenschaftsminister Mitterlehner bereits angedeutet. Es wird über eine Form der Bleibepflicht nach dem Studium nachgedacht, eventuell gekoppelt an Stipendien. Sicher auch keine erstrebenswerte Lösung. Wir können gespannt sein.



Tutor_innenstellen

Falk, 9. Semester

Wofür bist du Tutor? Ich war Tutor für die Block 4 Seminare

Worin besteht deine Tätigkeit? In der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung, inkl. Fragen etc., von abendlichen Vorträgen (gekoppelt an eine PowerPoint Präsentation für ca. 2-3 h). Die Grundidee dieser Tutorenstelle ist das Lern- und Lehrformat von Studierenden für Studierende, um die Vorbereitung für die Seminare des Block 4 zu erleichtern.

Wie hast du von der Stelle erfahren? Wie erfolgt die Anmeldung? Die Stelle wurde zum ersten Mal 2014 durch das Planungsteam Block 4 mit Fr. Prof Geiger beschlossen und dann eingesetzt. Die Nachfolge Bewerbung auf die Tutorenstelle ist dieses Jahr über die ÖH-Kanäle gelaufen (ÖH Med Wien Facebook/Newsletter)

Gibt es eine Bezahlung? Ja gibt es – entsprechend der Tutorentlohnstufen der Meduni Wien.

Wie groß ist der Zeitaufwand? Der Zeitaufwand beträgt offiziell 4 Semesterwochenstunden, diese sind aber nur gebündelt im Februar/März abzuleisten. Der Zeitaufwand ist allerdings in diesen Wochen sehr hoch - ca. 10-15h pro Woche.

Sonstige Vorteile? Diese Tutorenstelle kann ich nur empfehlen, da man die Grundlagen der Physiologie wiederholt, lernt Vorträge zu halten und Präsentationen geschickt zu gestalten und jede Menge Kontakte knüpfen kann.

Eigene Empfehlung/ Meinung? Absolut zu empfehlen, hat mir persönlich sehr viel gebracht und ich habe viele wertvolle Erfahrungen sammeln können.

Wofür bist du Tutor? Ich bin Tutor für Virologie in Block 9.

Worin besteht deine Tätigkeit? Ich bespreche anhand von vorgegebenen Fallbeispielen den Block 9 – Virologie -Stoff mit jeweils einer Kleingruppe durch. Dabei teste ich auch das Wissen der Kolleg_innen über den Stoff, da jeder Fall von eine_r Kolleg_in übernommen wird.

Wie hast du von der Stelle erfahren? Wie erfolgt die Anmeldung? Ich habe in der Virologie-Vorlesung in Block 9 davon erfahren, dass man über das Virologie-Wahlfach Tutor_in werden kann. Man lernt dort über verschiedene Kapitel der Virologie und hält am Ende eine Präsentation über ein Paper. Dann wird die Präsentation durch eine_n Professor_in bewertet und man wird je nach Bewertung gereiht. Wenn Stellen frei werden, werden Sie nach dieser Reihung nachbesetzt.

Gibt es eine Bezahlung? Ja gibt es – entsprechend des Standardtutorenvertrags der MedUni Wien.

Wie groß ist der Zeitaufwand? Es sind 6 Tage (jeweils Dienstag und Donnerstag) in den 3 Block-9 – Seminarwochen. Es sind pro Tag jeweils 3 Stunden.

Sonstige Vorteile? Gehalt, Kleingruppenvoranmeldung. Man bekommt Kontakt zu den Virolog_innen, falls man sich für den Bereich interessiert. Und zu guter Letzt lernt man Stoff, den man unterrichtet, natürlich am Besten.

Nachteile? Man muss sich halt die Zeit für die Seminare organisieren. Geht aber eigentlich immer irgendwie.

Eigene Empfehlung / Meinung? Man sammelt erste Erfahrungen im Unterrichten. Es ist auch sehr interessant einmal die andere Seite bei einer mündlichen Prüfung (wobei bei uns nur die Professor_innen Ersatzleistungen vergeben) kennenzulernen.

Johannes, 9. Semester



Sommer. Sono. Seashore sign.

Text: Elisabeth Stadler (Sono4You)

Ein abgedunkelter Raum. Konzentrierte Blicke auf das Schallgerät. Pulssynchron schwingen die Segel der Mitralklappe. Feuerrot und Saphirblau leuchtet der Fluss in den Gefäßen, untermalt vom donnergleichen Dröhnen des Pulsed-Wave-Dopplers.

Diese und ähnliche spannende Situationen durften die 28 Teilnehmer_innen der Sono4You Summer School für Ultraschall, die heuer von 23.-26. September zum ersten Mal in Wien stattfand, hautnah miterleben.

Den Schwerpunkt der Summer School, die Sono4You Wien in enger Kooperation mit Sono4You Graz veranstaltete, stellte die Notfallsonographie dar. Anhand aus Graz gestreamter Vorlesungen vermittelten internationale Vortragende theoretische Grundlagen,



die daraufhin, betreut von 12 studentischen Tutor_innen, direkt angewandt wurden. Neben Traumasurgeons aus Johannesburg und Vancouver kamen Notfallmediziner_innen u. a. aus London, Cambridge und Graz zu Wort und verliehen einen

Einblick in ihr täglich Tun und Schalllen.

Als Einstieg dienten Vorträge zu den Basics von Ultraschall und eine Wiederholung der Anatomie von Herz und Abdomen. Gefolgt wurde dies von Präsentationen des e-FAST- und des RUSH-Protokolls. Dann ging es auch schon direkt an den Schallkopf. Jeweils vier Teilnehmer_innen und mindestens ein_e Tutor_in kamen hier auf je eines der insgesamt 10 Ultraschallgeräte. Abwechselnd durfte jemand Schallmodell sein, während die anderen sich um den Bildschirm scharten und sich Durchblick im schwarzweißen Schallgestöber verschafften. Die rechte Niere wurde entdeckt, der Morison-Pouch auf freie Flüssigkeit geprüft. Leber und Milz ließen sich ebenfalls blicken und zwischendurch pochte das Herz ins Bild.

Nachdem auf die allgemeine Handhabung eines Ultraschallgerätes eingegangen und die anatomischen Grundlagen geklärt wurden, wurde das Augenmerk auf die korrekte Durchführung der Notfallprogramme e-FAST und RUSH gelegt (= Focused assessment with sonography for trauma / Rapid Ultrasound for Shock and Hypotension).

Hier sucht man bei traumatisierten Patient_innen nach freier Flüssigkeit und Pneumothorax und verschafft sich einen Überblick über die Herzfunktion.

Außerdem gab es eine TVT-Session (= tiefe Venenthrombose), in der Venenschall geübt und die wichtigsten Kennzeichen einer



Thrombose wiederholt wurden.

Für ein besonderes Highlight sorgten, in Zusammenarbeit mit Univ. Prof. Dr. Hiesmayr, die Ultraschallvisiten auf der kardio-anästhesiologischen Intensivstation des AKH Wien, wo die zuvor theoretisch besprochenen Pathologien an Patient_innen geschallt werden konnten. In kleinen, mit tragbaren Ultraschallgeräten ausgestatteten Gruppen wurden die einzelnen Patient_innen zuerst vorbesprochen und anschließend geschallt. Dies ermöglichte den Teilnehmer_innen einen direkten Einblick in die klinische Anwendung der Notfallsonographie.

Weiters durften die Studierenden an von Sono4You gebauten Pleurapunktions- und Biopsiemodellen ultraschallgezielte Interventionen üben.



Rezensionen

Mittels Ultraschallkontrolle wurden Pleuraergüsse punktiert und Biopsate aus Brustmodellen entnommen. Somit konnten die Teilnehmer_innen ein Gefühl für den Umgang mit Nadel und Schallsonde zugleich entwickeln. Abschluss des dichten Programms bildete ein Übungsnachmittag, wo alle Schnitte und Protokolle nochmal nach Belieben und unter Aufsicht eine_r Tutor_in geübt werden konnten. So konnte dank der zahlreichen Kooperationen und der entsprechenden Geräteausstattung für ein abwechslungsreiches und schallintensives Wochenende gesorgt werden, das sowohl bei Teilnehmer_innen als auch Tutor_innen viel Begeisterung und Faszination für die Sonographie hervorrief.



ANÄSTHESIE INTENSIVMEDIZIN NOTFALLMEDIZIN FÜR STUDIUM UND AUSBILDUNG

Hans W. Striebel
9. Auflage 2016 Schattauer

„Ein ausführliches Lehrbuch zu einem angemessenen Preis. Man darf allerdings keine Abneigung gegen längere Texte haben.“

Text: Johannes Oswald



CHECKLISTE CHIRURGIE

Felix Largiadèr, Hans-Detlev Saeger, Marius Keel, Christiane Bruns
11. Auflage 2016 Thieme

"Die Checkliste Chirurgie eignet sich hervorragend als Begleiterin bei Famulaturen, im KPJ und eventuell auch später während der Assistenz-Ausbildung. Ich selbst habe dieses Buch im Rahmen meiner ersten Famulatur auf Empfehlung mehrerer Assistenzärzt_innen gekauft und kann es vorbehaltlos weiterempfehlen."

Text: Leon Fierek



VON PRÜFUNGSANGST ZU PRÜFUNGSMUT, VON LAMPENFIEBER ZU AUFTRITTSLUST

Cersten Jacob
1. Auflage 2014 Schattauer

"Lampenfieber und Prüfungsangst sind weit verbreitet und bereiten vielen Problemen. Das Buch von Cersten Jacob beschreibt was Lampenfieber überhaupt ist, wie man Stimme und Körperhaltung richtig einsetzt, sich entspannt, mental vorbereitet und gibt gute Tipps und Tricks. "

Text: Marlene Hahn



Recht auf Sterben?

Text: Marina Kojic

Ob und wann ein Mensch sein Leben durch Sterbehilfe beenden darf ist vor allem eine rechtliche Frage, die in Europa sehr unterschiedlich – in manchen Ländern auch sehr unklar - gehandhabt wird.

Eine große Rolle in der Festlegung der Rechtslage spielen die Auffassung des „würdevollen Sterbens“, religiöse Einflüsse und historische Entwicklungen des Landes.

Grundsätzlich wird juristisch zwischen verschiedenen Formen der Sterbehilfe unterschieden.

Passive Sterbehilfe: Verzicht auf bzw. Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen

Indirekte Sterbehilfe: Einsatz von Mitteln zur Leidenslinderung, welche als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können (z.B. Morphine).

Beihilfe zum Suizid: Bereitstellung oder Verschreibung einer tödlich wirkenden Substanz, um einem Menschen die Selbsttötung zu ermöglichen

Aktive Sterbehilfe: Gezielte Verabreichung einer tödlich wirkenden Substanz durch eine Drittperson.

POLEN

Aktuelle Rechtslage: jegliche Form der Sterbehilfe verboten.

Während in den meisten Ländern zumindest eine Form der passiven Sterbehilfe erlaubt ist, sind in Polen alle verboten und strafbar. Grund dafür ist wohl die starke katholische Prägung des Landes, die auch in politisch - rechtliche Angelegenheiten vordringt.



Von Gegner_innen der Sterbehilfe wird Sterbehilfe auch zusammen mit Abtreibung als vorsätzlicher Mord bezeichnet. Einer der Ausgangspunkte ist hier das Prinzip der „Achtung für das Leben“, das unter anderem gleichbedeutend mit dem Verbot, das Leben zu bewerten, verstanden wird. Durch lebenswertende Handlungen wie Abtreibung oder Sterbehilfe würde eine Einteilung in würdiges und unwürdiges Leben entstehen, die nicht zu rechtfertigen sei.

So steht im „Kodex der ärztlichen Ethik“ 1992 unmissverständlich: „Dem Arzt ist unter keinen Umständen erlaubt, Euthanasie zu üben“. Weiters wird ausgeführt, dass im terminalen Zustand jedoch dem/der Ärzt_in die Entscheidung überlassen wird Reanimationsversuche zu unterlassen. Diese Wertung soll jedoch jedenfalls situationsbedingt sein und dem/der Ärzt_in wird nahegelegt nach bestem Wissen und Urteilsvermögen jegliches Dilemma dieser Art zu vermeiden.

BELGIEN

Aktuelle Rechtslage: alle Formen der Sterbehilfe sind zugelassen. Neben Belgien ist auch in den Niederlanden jede Form der Sterbehilfe zugelassen. Belgien wurde zum Vorreiter, als mit einer Gesetzesänderung 2014 die Sterbehilfe auch für mündige Minderjährige zugelassen wurde. Die Rechtmäßigkeit der Durchführung von aktiver Sterbehilfe ist an ein vorgeschriebenes Verfahren gebunden: Der/die Patient_in muss über die Lebenserwartung, gesundheitlichen Zustand sowie Therapiemöglichkeiten informiert werden und gemeinsam mit dem/der Ärzt_in zum Entschluss kommen, dass es keine „vernünftige“ Alternative gibt. Ebenso muss über eine gewisse Periode der Sterbenswunsch aufrecht bleiben, sowie schriftlich festgehalten werden und das psychische und physische Leiden durch mehrere Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen überprüft werden. Jeder Antrag auf Sterbehilfe muss von einer dafür zuständigen Kommission

überprüft werden, die aus acht Mediziner_innen, vier Jurist_innen und vier, unmittelbar mit der Problematik unheilbar Kranker befassten, Personen besteht. Prof. Etienne Vermeersch, der als Präsident des Bioethikrats der belgischen Regierung an der Verabschiedung des Sterbehilfegesetzes 2002 maßgeblich beteiligt war, folgerte, dass mit Inkrafttreten des Gesetzes eine schon gängige Praxis der aktiven Sterbehilfe legalisiert wurde und durch die vielen standardisierten gesetzlichen Vorgaben transparenter wurde.

Weiters sagt der Onkologe Prof. Bernheim, der an der Entwicklung des belgischen Rechtsmodells beteiligt war, in einem Interview, dass seit der Verabschiedung des Gesetzes das Vertrauen ins belgische Gesundheitssystem Prozent gestiegen sei. In Belgien ist die Sterbehilfe, nach dem von Bernheim entwickeltem Modell, Bestandteil der Palliativmedizin.

Befürworter_innen der aktuellen belgischen Rechtslage beteuern immer wieder, dass die aktive Sterbehilfe auch für Angehörige der Kranken erlösend wirke, da man sich in einem würdevollen Prozess mit dem Abschiednehmen auseinandersetzen kann.

ÖSTERREICH

Aktuelle Rechtslage:

Aktive Sterbehilfe: Strafbar. Sie wird per §77 StGB mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren geahndet.

Beihilfe zum Selbsttötung: Gleichgesetzt mit aktiver Sterbehilfe, ebenfalls per §78 StGB mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren bestraft.

Indirekte Sterbehilfe: zugelassen

Passive Sterbehilfe: zugelassen
"Sterbenlassen statt Sterbehilfe": Dies ist nicht nur ein Slogan der Caritas, sondern auch das Programm, auf das sich das österreichische Parlament geeinigt hat. An dieser Richtung hat sich in den letzten Jahren wenig geändert und es scheint, dass sie auch in Zukunft beibe-

halten wird. Im Auftrag des Parlaments diskutierte die Bioethikkommission – bestehend aus Wissenschaftler_innen, Theolog_innen, Mediziner_innen und Jurist_innen – über Vorschläge an die parlamentarische Enquetekommission „Würde am Ende des Lebens“. Jedoch war der ursprüngliche Zweck der Enquete keine Auflockerung der Gesetzeslage. ÖVP und Kirche planten Sterbehilfe jeglicher Art verfassungsrechtlich zu verbieten, die Enquetekommission sollte diese Möglichkeit überprüfen und debattieren.

Im Endergebnis hat sich an der früheren Rechtslage nichts geändert.

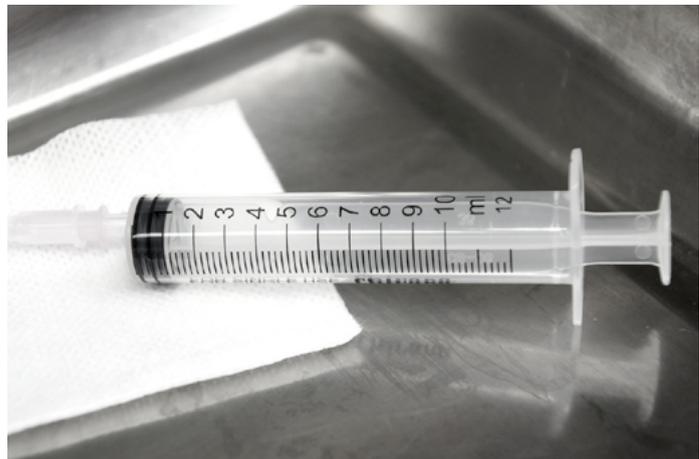
“Wenn jemand wirklich sterben will, kann man das leider allzu oft nicht verhindern. Unser Rezept heißt Schmerzen lindern, dann schwindet oft der Sterbewunsch“, war das Statement der ÖVP-Seniorensprecherin und Vorsitzende der Kommission Gertrude Aubauer.

Ein schmerzfreies Sterben gilt in Österreich als ein höheres Rechtsgut gegenüber der Lebensverlängerung, weshalb indirekte Sterbehilfe erlaubt ist.

Deutschlands Rechtslage ist ähnlich, bis auf den Unterschied, dass in Österreich Anstiftung zum Suizid, Hilfeleistung durch Tun oder unterlassener Hilfeleistung gleichgesetzt wird. Bei Anwesenheit während der Selbsttötung drohen auch Angehörigen bis zu fünf Jahren Gefängnis. Der/Die Ärzt_in riskiert eine Anklage wegen Beihilfe, falls ihm/ihr ein_e Patient_in vorher vom Sterbewunsch

erzählt hat.

Dadurch sehen sich manche Menschen gezwungen ihrem Sterbewunsch in einem anderen Land mit entsprechender Rechtslage nachzukommen. In der Schweiz ist die Beihilfe zum Suizid straffrei und in den letzten Jahren stieg der sogenannte „Sterbetourismus“ dort an. Einig sind sich die Expert_innen der Bioethikkommission in der Notwendigkeit des Ausbaus von Palliativ- und Hospizmedizin. Ein Vorhaben, das leider aufgrund mangelnder Mittelbereitstellung, vor allem im Bereich Kinderhospiz, nur sehr langsam voranschreitet. Eine Diskussion über Sterbehilfe, die tatsächlich zu einer Rechtslagenänderung führen könnte, scheint derzeit jedoch in Österreich eher unwahrscheinlich.



Suizid und Medien

Text: Jennifer Hergeth

Leben und Sterben. Das ist der Schwerpunkt unserer letzten Ausgabe vor Weihnachten.

Das SSM2-Seminar "Suizid und Medien" beschäftigt sich ebenfalls mit diesem Thema und folgenden Fragen: Welchen Einfluss haben die Medien auf das Suizidverhalten der Menschen? Wie geht man beim Berichten richtig damit um? Gerade diese präventiven Maßnahmen zu beleuchten und sich das Bewusstsein über dieses sensible Thema wieder ins Gedächtnis zu rufen, ist in dieser Zeit des Jahres mehr angebracht denn je.

Suizid in Österreich

Im Jahr 2014 lag die Zahl der Suizidtoten in Österreich bei 1.313 Personen. Eine doch recht hohe Zahl, man hört oder liest ja selten davon. Allerdings hatte die Suizidrate in den letzten 40 Jahren einen deutlichen Rückgang zu verzeichnen. Noch 1970 lag sie bei einem Höchststand von 2.139 Toten pro Jahr. Diese Abnahme geht unter anderem auf die Einführung einer Medienempfehlung im Jahr 1987 zurück.

Wer ist betroffen?

Die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: 2014 stehen 989 Männer 324 Frauen gegenüber. Auch bei der Wahl des Tötungsmittels spielt das Geschlecht eine Rolle. Männer greifen eher zu harten, aber definitiven Wegen wie Erschießen, wohingegen Frauen "sanfte" Methoden wie Vergiften bevorzugen. Die insgesamt häufigste Art der Selbsttötung stellt unerwarteterweise das Erhängen dar. Macht sich vielleicht

hier bereits die Beeinflussung durch unsere Medien und das häufig verwendete Bild eines Erhängten bemerkbar? Ein weiterer wichtiger Faktor ist das Alter. Die Suizidrate steigt mit dem Alter stetig an, ist also am höchsten bei den über 65 Jährigen.

Präsuizidales Syndrom

Um nachvollziehen zu können, warum Medien in diesen Statistiken eine Rolle spielen, ist es zunächst wichtig den Zustand suizidaler Personen zu verstehen. Das „Präsuizidale Syndrom“ wird in drei Phasen unterteilt:

Phase 1: Eine Tür öffnet sich: Die Betroffenen befinden sich in einer von Leid geprägten Situation und es kommt zum ersten „gedanklichen Erwägen“ der Selbsttötung.

Phase 2: Aufgrund des Andauerns ihrer Leidenssituation suchen Betroffene nach „Lösungsmodellen“. Ziel ist es einen raschen Ausweg aus ihrer Situation zu finden. In diesem Stadium werden ganz bewusst „lebenserhaltende und suizidale Impulse“ gegeneinander abgewogen. Diese Phase dehnt sich bis zur Entschlussfindung aus.

Phase 3: Der Entschluss wurde gefasst. Die Betroffenen haben sich bereits bewusst für den Suizid als Ausweg entschieden. In dieser Phase kommt es schließlich zur „Ruhe vor dem Sturm“. Von vielen Angehörigen wird dieser Zustand als Besserung aufgefasst und Sätze wie „es ging ihm doch gerade wieder besser“ sind keine Seltenheit. In Realität handelt es sich dabei allerdings

um die Erleichterung, den Entschluss gefasst zu haben. Das Leiden ist bald vorbei. Die Suche nach der Lösung ist abgeschlossen und der Ausweg endlich gefunden.

Präsuizidales Verhalten

Wichtige präsuizidale Verhaltensmuster finden sich vor allem in Phase 2 und 3. Erstere ist gekennzeichnet durch typische „Warnsignale nach Stein“ wie:

- direkte oder indirekte Ankündigung: „ich will nicht mehr“, „alles ist sinnlos“
- aktuelle Krisen: Trennung, Tod, Arbeitslosigkeit
- Verzweiflung, Freudlosigkeit: Aufgabe von Hobbys
- Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen, Unerreichbarkeit
- **Einengung:** *Dies bezieht sich sowohl auf die Gefühlswelt als auch auf den mentalen Horizont. Den Betroffenen ist es nicht mehr möglich die Vielfalt an Lebens- und Auswegen wahrzunehmen und ihr Denken ist auf Einfachheit beschränkt. Auch alltägliche Handlungen oder Arbeits- und Gedankenprozesse stellen eine immer größere Schwierigkeit dar.*

Einfluss durch Medien

In genau die Prozesse der Phase 2 greifen nun unsere Medien ein. Die verzweifelte Lösungssuche, als auch die geistige Einengung, machen die Personen empfänglich für jede Art von Strategie, die ihnen geboten wird.

Oder: warum bei U-Bahn Ausfällen nie von Suizid gesprochen wird

Im Wesentlichen ist dieses Phänomen durch zwei Effekte geprägt: Zum einen der „Imitationseffekt“ (veraltet: Werther-Effekt), zum anderen der Papageno-Effekt. Der eine bedeutet eine Zu-, der andere eine Abnahme der Suizidalität durch Medienbeeinflussung.

Imitationseffekt/ Werther-Effekt

Vor allem bei Identifizierung kann es zu Nachahmungstaten kommen. Identifizierung bedeutet, dass soziale oder biografische Ähnlichkeiten vorliegen. Besonders Jugendliche sind aufgrund ihrer Identitätssuche sehr anfällig für diese Art der Berichterstattung. Es soll daher vermieden werden, Reportagen mit zahlreichen Daten aus dem Leben des oder der Betroffenen zu schmücken. Auch sollten Situationen nicht zu sehr vereinfacht werden (z. B. Selbstmord nach Scheidung), da dies eine pauschale Lösungsstrategie für bestimmte Situationen vorschlägt.

Dieser Effekt zeigt sich deutlich am Beispiel der U-Bahn-Suizide. Mit der Einführung dieser und zahlreicher sensationsträchtiger Berichte erreichte in Wien die absolute Zahl der Verstorbenen innerhalb eines Jahres 28. Nach Einführung der Medienempfehlung 1978 sank diese im Folgejahr rasant auf nur mehr 6 Suizide.

Papageno-Effekt

Ebenso ist es möglich Menschen durch Präsentation neuer Lösungsvorschläge vom Suizid abzubringen. Es hat sich gezeigt, dass in den Medien behandelte bewältigte Krisen die Suizidzahl im Sinne eines Rückganges beeinflussen können. Man erreicht dadurch zum einen, den Betroffenen die Temporarität ihres Zustandes bewusst zu machen. Zum anderen bietet man konkrete Wege aus der Krise. Man kann diesen Effekt nutzen, um ganz bewusst auf Bewältigungsstrategien aufmerksam zu machen.

Darf ich darüber berichten?

Die Tatsache, dass unsere Medien einen derart ausgeprägten Einfluss auf das Suizidverhalten in der Gesellschaft haben, heißt keinesfalls, dass man am besten ganz darauf verzichtet darüber zu berichten. Denn wie so oft spielt nicht das „dass“, sondern das „wie“ eine Rolle. Es hat sich gezeigt, dass neutrale Reportagen ohne Identifikationspotential zu keinem Anstieg der Suizidrate führen. Außerdem lohnt es sich, die positiven Auswirkungen des Papageno-Effektes auszunutzen.

Wie soll ich berichten?

Dafür gibt es einen bereits erwähnten Leitfaden, der auch online einsehbar ist (http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/pdf3_Leitfaden_Medien.pdf).

VERMEIDEN SIE DAHER BITTE:		SCHREIBEN SIE BITTE:	
Vereinfachende Erklärung für den Suizid „Wegen Scheidung Selbstmord begangen“		Berücksichtigen Sie, dass eine Vielzahl von Faktoren zum Suizid geführt hat.	
Heroisierung der Person, Romantisierung des Suizids (z.B. „Selbstmord aus Liebe“)		Aufzeigen von alternativen Lösungsansätzen zur Bewältigung einer Krise. Berichten Sie von Menschen, die ihre suizidale Krise positiv bewältigen konnten (Interviews mit Betroffenen)	
Beschreibung des Suizids als unverständlich oder ohne erkennbare Vorzeichen (z.B. „wo er/sie doch alles hatte“, „zuletzt war er/sie doch so fröhlich“)		Die meisten Menschen deuten oder kündigen ihre Suizidabsicht an. Wenn möglich, fassen Sie solche Hinweise zusammen (siehe z.B. www.kriseninterventionszentrum.at/suizidverhuetung.htm)	
Interviews mit trauernden Angehörigen, Zitate der Polizei und anderer Ersthelfer über die Hintergründe des Suizides.		Respektieren Sie die Würde von geschockten Angehörigen.	
„XY hinterließ einen Abschiedsbrief, in dem ...“		„Eine Nachricht des Verstorbenen wurde gefunden und wird gegenwärtig von Fachleuten ausgewertet.“	
Sensationsträchtige Schlagzeilen zum Suizid prominenter Personen, z.B. „XY tot: Selbstmord“		Informieren Sie die LeserInnen, ohne den Suizid besonders hervorzuheben, im Inneren des Blattes (z.B. „XY im Alter von 65 Jahren verstorben“). Reduzieren Sie die verstorbene Person nicht auf ihre Todesart.	

Wie frei ist SEX heute?

- The human drama of abortion

Text: Sabrina Tahon

Historisch gesehen versuchten die Mächtigen seit jeher die Menschen in allen Lebensbereichen zu bevormunden und Druck auszuüben – selbst das fundamentale Bedürfnis von Frauen, zu kontrollieren wie viele Kinder sie wann gebären, fiel und fällt auch heutzutage noch unter die Kontrolle des Staates.

Auf Abtreibung folgt die Todesstrafe. Dieser Leitsatz, durch Kaiserin Maria Theresia I. mithilfe eines Gesetzeserlasses eingeführt, galt noch bis zum Ende des 2. Weltkriegs und sorgte dafür, dass Frauen mit unterschiedlichen Maßnahmen dazu gezwungen wurden, alle Schwangerschaften auszutragen. Dies propagierte sie unter dem Vorwand für das Wohl der Gesellschaft möglichst viele Kinder zu zeugen. Besonders Monarchien, Diktaturen oder kriegführende Staaten streben danach eine möglichst große Bevölkerung und folglich viele Soldat_innen zu haben.

Maria Theresia I. war die erste Person in einer Machtposition, die den Schwangerschaftsabbruch in Österreich im Strafgesetzbuch verbieten lies. Der Grund dafür war, dass politische Intentionen, die natürlich auch heutzutage verfolgt werden, und staatliche Interessen eine sehr große Rolle bei diesem öffentlich ziemlich umstrittenen Thema spielen.

Aus diesem Grund fanden Abtreibungen im Verborgenen statt. Die häufigste Methode war das Sprengen der Frucht-

blase, das mithilfe einer Stricknadel zumeist von den Frauen selber durchgeführt wurde. Aber auch das Runterspringen von Tischen, das Heben von schweren Lasten, das Schlagen in den Bauch oder die Nutzung des metallenen Endes eines Kleiderbügels waren Methoden, auf die ungewollt Schwangere tatsächlich zurückgriffen. Mittlerweile existieren verschiedene Methoden des Schwangerschaftsabbruchs, die weitaus weniger Schäden, sowohl körperliche als auch psychische, bei der ungewollt Schwangeren hinterlassen.

Bei der Absaugmethode wird vor dem Eingriff der Muttermund durch die Gabe eines Prostaglandins aufgeweicht um die Aufdehnung zu erleichtern. Anschließend wird der Muttermund mit einer gynäkologischen Kugelzange festgehalten und die Öffnung mit feinen Metallstiften gedehnt. Schließlich wird der Fruchtsack mit dem Embryo, sowie die Schleimhaut der Gebärmutter, abgesaugt.

Die „Abtreibungspille“ blockiert die Wirkung des Progesterons und führt zur Öffnung des Muttermunds. Durch die Einnahme von Prostaglandin zwei Tage später zieht sich die Gebärmutter zusammen und stößt die Gebärmutterschleimhaut mitsamt dem Fruchtsack und dem Embryo aus. Bei der Küretage wird nach Aufdehnung des Muttermundes der Fruchtsack mit dem Embryo und die Gebärmutterschleimhaut mit einer Kürette abgeschabt. Eine Hysterektomie wird meist nur bei Erkrankungen der Gebärmutter durchgeführt.

Obwohl der Schwangerschaftsabbruch in Österreich erst seit 1975 unter gewissen Bedingungen bis zum dritten Schwangerschaftsmonat straffrei ist, unterliegt er nach wie vor sehr starken Restriktionen seitens des Staates.

Sehr lange bestand lediglich die Möglichkeit eines operativen Schwangerschaftsabbruchs, der geregelt erfolgen, finanziert und von anderen durchgeführt werden musste. Seit etwa 10 Jahren existiert die Option einer medikamentösen Abtreibung, die einem Spontanabort gleichkommt und von diesem kaum zu unterscheiden ist. Der Staat beansprucht bis heute das Recht für sich über das Sexualverhalten und die Fruchtbarkeit seiner Bürger_innen entscheiden zu dürfen.

Die Einzigen, die über ihre Sexualität und ihre Fruchtbarkeit entscheiden können, sollten in Zukunft jedoch nur noch die Betroffenen selbst sein.



Genetischer Threesome – IVF macht's möglich!

Text: Mirlinda Ademi

Die erfolgreiche Therapie ungewollter Kinderlosigkeit ist seit Ende der fünfziger Jahre keine Utopie mehr. Die Lösung bietet künstliche Befruchtung, ein Überbegriff für verschiedene medizinische Methoden, durch welche eine Schwangerschaft herbeigeführt und damit der langersehnte Kinderwunsch erfüllt werden kann.

Im Laufe der vergangenen siebzig Jahre hat sich einiges getan. Für große Aufregung im Punkte Reproduktionsmedizin sorgte jedoch Ende September diesen Jahres eine im britischen Magazin New Scientist veröffentlichte Nachricht: das Drei-Eltern-Baby war geboren worden!

USA – „Land der Träume“

Ein wissenschaftlicher Durchbruch, an dem man seit mehreren Jahren gefeilt hat, ist gelungen. Unter Federführung amerikanischer Ärzt_innen wurde im April das weltweit erste Baby mit drei Eltern geboren. Medienberichten zufolge stammen die beiden Eltern des kleinen Jungen aus Jordanien und reisten in die USA um Hilfe am New Hope Fertility Center in New York City zu holen. Grund hierfür war ein mitochondrialer Gendefekt, der bereits die ersten zwei Kinder des Paares betroffen hatte. Die Befruchtung selbst wurde aus US-rechtlichen Gründen nicht auf amerikanischem Boden, sondern im Nachbarland Mexiko durchgeführt. Mit der Bekanntgabe der Nachricht wartete man fünf Monate, um sich von

der Gesundheit des kleinen Buben zu vergewissern. Vater, Mutter, Mutter, Kind – Eine Konstellation, die im EU-Raum bisher nur in Großbritannien legal durchführbar ist. Ein Tabubruch?

Mitochondriopathie

Defekte der Mitochondrien führen zum Versagen des zellulären Energiestoffwechsels und spielen mit einer Prävalenz von etwa 1:5000 eine wichtige Rolle in der pädiatrischen und neurologischen Klinik. Genetische Ursache der Funktionsstörungen können Mutationen in der nukleären DNA oder den mitochondrialen Genen (mtDNA) sein. Mutationen der mtDNA werden maternal vererbt. Beweggrund der Eltern war in diesem Fall das Leigh-Syndrom, eine subakute nekrotisierende Enzephalomyelopathie, welche durch die Mutter auf die beiden anderen Kinder zuvor vererbt worden war. Beide seien den Folgen der Krankheit im Kindesalter erlegen. Das Leigh-Syndrom ist eine hereditäre, mitochondrial bedingte Enzephalopathie, die zur progredienten Entmarkung und atrophischen Degeneration der Basalganglien und des Hirnstammes führt. Heilung für die Betroffenen gibt es leider nicht. Palliative Maßnahmen bestehen in der Sondenernährung und Beatmung der/des Patient_in im finalen Stadium.

Die Drei-Eltern-Methode

Um einer Vererbung von maternal bedingten Stoffwechselerkrankungen vorzubeugen, war seit Jahren eine Drei-Eltern-Methode im Gespräch. Durch ein an Rhesus-Affen getestetes



und ausgeklügeltes Verfahren

wurde das Ziel folgendermaßen erreicht:

Durch einen sogenannten Spindel-Transfer wurde der Zellkern der Eizelle der Mutter entnommen und in eine entkernte Eizelle der Spenderin eingesetzt. Erst danach erfolgte die Befruchtung mit dem Spermium des Vaters. Fünf Embryos wurden auf diese Art gezeugt, nur einer entwickelte sich regelrecht und wurde der jordanischen Frau im Anschluss implantiert. Das Ergebnis: Ein Drei-Eltern-Baby, das die genetischen Merkmale von gleich drei Menschen in sich enthält.

IVF – die Revolution des 20. Jahrhunderts

Das Drei-Eltern-Baby? Verwirrend und paradox! Das ist das erste, was mir beim Anblick der Schlagzeilen durch den Kopf schießt. In Österreich ist so etwas von der Rechtslage her gar nicht denkbar. Zwei österreichische Gesetze, die sich speziell der Fortpflanzungsmedizin widmen, sind das Fortpflanzungsmedizingesetz (FmedG) und das IVF-Fonds-Gesetz. Menschenrechte werden jedoch durch die Europäische Menschenrechtskonvention und deren Zusatzprotokoll bestimmt. Umstritten bleibt nach diesen Vorgaben der wirkliche Beginn des grundrechtlich geschützten Lebens und der Schutz des Embryos, ein großes Manko!?

RISE OF THE SUPERBUGS

Text: AMSA



Steuern wir tatsächlich auf ein Zeitalter ohne Antibiotika zu und wie können wir das verhindern?

Einer der bekanntesten Erfinder, den jeder von uns kennt, ist Alexander Fleming, der Entdecker des Penicillins. Mit ihm und seiner Entdeckung begann der große Durchbruch der Antibiotika, die bis dahin Unvorstellbares in der Medizin möglich machten. Starben früher sehr viele Menschen an Infektionskrankheiten, können wir sie heute in den meisten Fällen gut behandeln. Auch viele andere Therapien wurden erst durch Antibiotika routinemäßig möglich, wie zum Beispiel invasive Eingriffe, immunsuppressive Chemotherapie, Hüftgelenkersatz-OPs und Transplantationen.

Alexander Fleming entdeckte aber auch, dass die Bakterien bei zu geringer Dosis gegen Penicillin resistent werden konnten. In seiner Nobelpreisrede 1945 warnte er vor der Gefahr des falschen Gebrauchs von Penicillin, weil das Medikament irgendwann nicht mehr wirken würde.

Genau dieses Szenario ist eingetreten. Durch den falschen Gebrauch von Antibiotika wurde die Resistenzentwicklung stark beschleunigt. In einigen Ländern kann man Antibiotika rezeptfrei kaufen.

Sehr häufig werden sie bei nicht-bakteriellen Erkrankungen angewendet, z.B. bei Influenza.

Zudem gibt es laut Studien in 30-50% der Fälle Fehlentscheidungen bei der Wahl des Antibiotikums und bei der Einnahmedauer. Dazu kommt noch der Einsatz von Antibiotika in der Massentierhaltung. So konnten innerhalb einiger Jahrzehnte immer mehr Bakterien Resistenzen entwickeln.

Schon 1994 titelte die Times "Revenge of the killer microbes – are we losing the war against infectious diseases?" Aber erst 2015, 70 Jahre nach Alexander Flemings Rede und seiner Warnung, ist das Problem der Antibiotika-Resistenzen endlich in der Weltpolitik angekommen.

Die Mitglieder der WHO haben sich auf einen globalen Aktionsplan geeinigt und Angela Merkel forderte die G7-Länder auf eine Vorreiterrolle im Kampf gegen Antibiotika-Resistenzen einzunehmen. Expert_innen der WHO warnen schon vor einer Post-Antibiotika-Ära, in der einfache Infektionen wieder tödlich enden können. Doch das ist kein pessimistisches Zukunftsszenario. In der EU sterben bereits jetzt 25.000 Menschen jährlich an Infektionen mit multiresistenten Bakterien. Eine von der britischen Regierung in Auftrag gegebene Studie schätzt, dass bis 2050 Antibiotika-Resistenzen 300 Millionen verfrühte Tode verursachen werden.

Was können wir nun tun?

Durch bessere Hygiene und mehr Impfungen könnten viele Infektionen ganz vermieden werden.

Zudem müssen wir mit den existierenden Antibiotika verantwortungsvoll umgehen um die Resistenzbildung zu verlangsamen. Der Einsatz von Antibiotika muss beschränkt werden auf die richtige Anwendung in der Therapie von bakteriellen Infektionen bei Menschen und Tieren - jedenfalls nicht für die Behandlung von viralen Infekten und vor allem nicht in der Massentierhaltung. Und drittens brauchen wir dringend neue Therapien um multiresistente Infektionen zu behandeln.

Die meisten Antibiotikaklassen wurden vor 1960 entdeckt, seitdem ist nur wenig Neues auf den Markt gekommen. Doch warum hinkt die Entwicklung von Medikamenten der Resistenzentwicklung so hinterher?

Keine 5% des Geldes der pharmazeutischen Forschung werden in die Entwicklung antimikrobieller Therapien investiert. Antibiotika stellen keinen interessanten Markt dar, weil die Forschung teuer ist und der Profit zu gering. Eine Pharmafirma will ihr Produkt möglichst oft verkaufen um damit Gewinn zu machen. Genau das darf bei Antibiotika aber nicht der Fall sein. Eine neue antimikrobielle Therapie sollte als Reservemedikament dienen, damit Bakterien keine Chance haben Resistenzen zu entwickeln.

Delinkage als Motivation

Deswegen muss ein innovativer Weg her um Pharmafirmen zu motivieren in einem finanziell uninteressanten Bereich zu forschen.

Eine Idee, um dies zu realisieren, heißt Delinkage. Man trennt den Verkaufspreis von den Produktionskosten des





BOY...OR...GIRL?



Text: Hatice BÜSRA CUKAZ

Medikamentes. Das bedeutet, dass der Gewinn nicht davon abhängt, wie oft das Medikament verwendet wird und wie viel es kostet. Stattdessen bekommt das Unternehmen für ein erfolgreiches Medikament Geld aus einem Fond der WHO-Mitgliedsstaaten und erhält so trotzdem seinen Profit. Damit diese Lösung funktionieren kann, braucht es den politischen Willen der Regierungen. Aus finanzieller Sicht wäre das Prinzip von Delinkage umsetzbar. Allein durch einen Beitrag der OECD-Länder von 0,01% des Bruttoinlandsproduktes würden 4-5 Milliarden Dollar jährlich zusammenkommen, ein Summe die in der Medikamentenentwicklung große Unterschiede bewirken kann.

Das Wichtigste aber ist schnell zu handeln, weil wir nicht mehr Jahrzehnte abwarten können, bis alle das Problem ernst nehmen und es zu spät ist. Denn sonst steuern wir tatsächlich auf ein Zeitalter zu, in dem Antibiotika unwirksam sind und Menschen erneut an heute heilbaren Infektionskrankheiten sterben müssen.

In der Medizin als Sexualdifferenzierungsstörung klassifiziert, da eine eindeutige Geschlechtszuordnung aufgrund von genetischen, anatomischen oder hormonellen Gründen nicht erfolgen kann, bezeichnen sich Betroffene selber als intergeschlechtliche Menschen und lehnen somit die Pathologisierung ihrer Kondition vehement ab.

In 1 von 2000 Geburten können Ärzt_innen mit der verantwortungsvollen Aufgabe konfrontiert werden, ein Neugeborenes, dessen äußerliche Geschlechtsorgane keine eindeutige Zuordnung zu einem Geschlecht zulassen, eine Klassifizierung in männlich oder weiblich vorzunehmen. Diese Entscheidung der/des behandelnden Mediziner_in zieht in der Regel weitlaufende Folgen nach sich, nicht zuletzt weil intersexuelle Menschen ihr eigenes Selbstverständnis finden müssen, für das sie in der Gesellschaft kein Vorbild haben.

Obwohl unter dem Begriff der Intersexualität, auf Englisch als DSD (Disorders of Sexdevelopment) abgekürzt, über 4000 verschiedene medizinische Syndrome, bzw. mögliche Geschlechtsentwicklungen fallen, führt die Erklärung dieser natürlichen Varianten des Lebens als „Syndrome“ zur Verwirrung Betroffener und ihrer Angehöriger.

Ein großes Konfliktpotenzial birgt die geschlechtsbestimmende Operation im Säuglings- bzw. Kindesalter. Dabei werden die Betroffenen sehr oft dem Geschlecht zugewiesen, durch das die Fruchtbarkeit sowie das sexuelle Gefühlsempfinden erhalten werden können. Die Eltern folgen aus Überforderung mit dieser Entscheidung und aus Angst, ihre Kinder könnten nicht der

gesellschaftlichen Norm entsprechen, den medizinischen Ratschlägen der Ärzt_innen und lassen diese Eingriffe oft viel zu früh durchführen. Dieses Vorgehen birgt fatale Folgen in sich, da die Betroffenen selber komplett in der Entscheidungsfindung ihres Geschlechts übergangen werden.

Einige intersexuelle Menschen ziehen es sogar im Erwachsenenalter vor keine chirurgischen Eingriffe über sich ergehen zu lassen, da aus gesundheitlicher Sicht keine Indikationen dafür bestehen und sie somit nicht krank oder behandlungsbedürftig sind.

Eine intersexuelle Bewegung, die sich der Bekämpfung dieser Problematik verpflichtet hat, besteht seit den 1990er Jahren. Verbände von intersexuellen Menschen kämpfen für ein Verbot von verfrühten, rein kosmetischen, medizinisch nicht notwendigen Operationen an Kindern.

Die Zukunft sollte so gestaltet werden, dass unsere Gesellschaft die Angst davor verliert aus mehr als zwei Geschlechtern zu bestehen. Menschen und ihren Angehörigen wäre sehr geholfen, wenn Intersexualität öffentlich sichtbar wäre, da die Auseinandersetzung und die Selbstfindung für intersexuelle Menschen einen langen Prozess darstellt, der ihnen durch genügend Aufklärung der breiteren Masse erleichtert werden würde.

Europäischer Alltag, humanitäre Krise

Text: Matthias Krainz

Voller Vorfreude auf unseren gemeinsamen Sizilienurlaub verlassen wir am 24. Juli Palermo Richtung Trapani. Groß sind unsere Erwartungen an die selbsterklärte „vielfältigste Region Italiens“ mit ihren zauberhaften Landschaften und einer Kultur, die stets stolz als Mischung aus Afrika und Europa, Orient und Okzident präsentiert wird.

In Trapani checken wir in ein B&B gegenüber vom Hafen ein, schon beim Vorbeifahren fällt uns die große, orangefarbene gestrichene „Aquarius“ auf. Große Buchstaben am Oberdeck verraten die eigentliche Mission: Es ist eines von drei Schiffen mit denen Médecins sans Frontières (Ärzte ohne Grenzen) gemeinsam mit SOS Méditerranée derzeit im Mittelmeer operieren. Wir schlucken alle. Obwohl wir uns im letzten Jahr mit dem Thema Flucht und Asyl beschäftigt haben, ist diese greifbare Nähe dessen, was tagtäglich im Mittelmeer passiert, ein anderes Kaliber.



Wir entschließen uns im Vorbeigehen einen näheren Blick auf das abgesperrte Gelände rund um das Schiff zu werfen und scheinen interessiert zu

wirken. Zwei Frauen verlassen gerade das Boot und sprechen uns an. Eine der beiden ist die medizinische Leitung, die einzige Ärztin an Bord. Ihre Kollegin macht für SOS Interviews mit Flüchtlingen um mehr über die Behandlung und die Umstände in Libyen und anderen Zwischenstationen herauszufinden.

Sie erzählen uns, dass sie normalerweise 3 Wochen auf See sind, meistens vor den libyschen Hoheitsgewässern, wo sie auf einen „rescue call“ warten. Täglich brechen dort ca. 20 Boote auf, keines davon hat genug Treibstoff um es auch nur ansatzweise bis nach Italien zu schaffen, die Schlauchboote sind in schlechtem Zustand und maßlos überfüllt. Für die meisten ist es nicht der erste Versuch über das Meer zu gelangen, viele wurden zurück nach Libyen gebracht, kamen ins Gefängnis und mussten mehrmals den hohen Preis für einen Fluchtversuch an Schlepper zahlen.

SOS patrouilliert auch jene Bereiche, die eigentlich von der FRONTEX Mission Triton abgedeckt werden. Diplomatisch begründen die beiden Frauen das mit den unterschiedlichen „Mandaten“ der Organisationen.

Wir wissen, was sie meinen und fragen nach Push Backs (siehe Info-Box). Sie verziehen das Gesicht und bestätigen, was wir befürchten. Es gäbe zwar in letzter Zeit keine derartigen Zwischenfälle seitens FRONTEX mehr, aber EU-Deals mit Libyen.

Wie beim EU-Türkei-Deal, der helfen soll „unsere Außengrenzen zu schützen“, wird auch hier die schmutzige

Arbeit an die libysche Küstenwache ausgelagert.

Die Ärztin erzählt uns, dass im Schnitt eine von 23 Personen beim Versuch über das Mittelmeer zu kommen stirbt und stellt in den Raum, was für ein Aufschrei um die Welt ginge, wäre Flucht eine Krankheit. Neben den vielen Toten haben sie trotzdem noch Erfreuliches zu berichten. Sie erzählen uns von 50 schwangeren Frauen und einer Geburt an Bord. Ein besonderer Moment für die gesamte Crew und ihre Gäste. „Gäste“, so bezeichnen sie die geretteten Menschen an Bord. Wir sind beeindruckt von diesem respektvollen und reflektierten Zugang.

Als wir am nächsten Tag zurückkommen, werden wir prompt eingeladen an Deck zu kommen. Die Crew scheint an neugierige Tourist_innen gewöhnt zu sein, wir werden gleich gefragt, ob wir uns auch für die medizinische Arbeit an Bord interessieren und bekommen eine dementsprechende Tour. Die beiden Krankenpfleger, die uns herumführen, sind neben der ärztlichen Leitung und einer Geburtshelferin das einzige medizinische Personal an Bord und das

Push Backs sind Abschiebungen von Flüchtlingen bevor sie die Möglichkeit hatten einen Asylantrag zu stellen. Sie verletzen unter anderem den völkerrechtlichen Grundsatz des Nichtzurückweisungsprinzips und die Genfer Flüchtlingskonvention.

– Ärzte ohne Grenzen im Mittelmeer



für bis zu 600 Gäste. Sie erklären die Abläufe auf See und, dass bei einem vollen Schiff alle mithelfen, egal ob Journalist_innen, die nautische und technische Crew oder die leitende Ärztin, alle verteilen warme Mahlzeiten und helfen mit, wo sie können. Jedes Mitglied hat viel Erfahrung, für niemanden ist es der erste Einsatz mit Ärzte ohne Grenzen. Teamsprache ist Englisch, aber alle sprechen zumindest auch Französisch, viele noch weitere Sprachen. Manche sind dauerhaft auf MSF-Missionen, wie die beiden Krankenpfleger, andere helfen einmal im Jahr aus, wie der junge Arzt, der heute erst an Bord gekommen ist. Sonst arbeitet er in einem Londoner Krankenhaus. Für mögliche Notfallsituationen mit vielen Bewusstlosen gibt es regelmäßig Trainings an Bord, überall hängen Whiteboards, die an die Creweinteilung für den Ernstfall und die Abläufe erinnern.

Der Rundgang führt uns unter Deck in das Krankenzimmer, es gibt eine Liege und eine spärliche Ausrüstung,

trotzdem müssen hier alle akuten Fälle versorgt werden. Wir fragen nach den Sicherheitsvorkehrungen - Mundschutz und Ganzkörperanzug, wie bei behördlichen Missionen, gibt es nicht. Das Risiko sei minimal und es würde sie im Umgang mit ihren Gästen behindern.

Wir fragen sie, was das Schwerste an ihrer Arbeit ist. Einer der beiden Pfleger antwortet, dass es für ihn bei besonders vielen Gästen am schwierigsten ist. Man möchte allen eine sichere und

würdevolle Überfahrt mit einer warmen Mahlzeit, medizinischer Versorgung und Ruhe ermöglichen, stößt dabei aber oft an die Grenzen des Möglichen.

Wir sind beeindruckt, schockiert, traurig und wütend und wollen eigentlich noch mehr wissen, aber nicht zu viel ihrer spärlichen Freizeit in Anspruch nehmen, bevor es für die „Aquarius“ und ihre Besatzung wieder für drei Wochen auf See geht. Wir verabschieden uns von der Besatzung und verlassen mit vielen widersprüchlichen Gefühlen das Schiff. Ein Satz des Pflegers hallt in unseren Köpfen nach. „Change European politics and we wouldn't need to do this job here at all.“



Der Wert von Bildung



Text: Chiara Tetzlaff

Flüchtlinge sind, nach wie vor, ein präsenteres Thema, unter anderem auch ein sehr polarisierendes. Es gibt häufige Debatten, wie mit ihnen umgegangen werden soll. Ein ebenso häufiger Konflikt ist, ob, und wenn ja inwieweit, sie etwas Positives in das Land bringen könnten.

Eine gängige Theorie ist, dass Flüchtlinge in der Regel gut gebildet sind, denn nur diejenigen mit einem gewissen Hintergrund haben die finanziellen Mittel, sich die Flucht leisten zu können. Sei es nun Wirtschaft, das Bauwesen oder auch die Medizin. Manche sehen Flüchtlinge als Chance an die Wirtschaft neu zu beleben oder freie Arbeitsplätze in verschiedensten Branchen zu füllen.

Eine stark diskutierte Möglichkeit ist die Integration entsprechend ausgebildeter Flüchtlinge in das Gesundheitswesen. Dies bedarf aber, vielleicht noch mehr als in anderen Berufen, der Gleichstellung ihrer Abschlüsse mit unserem – der Nostrifizierung.

Die Nostrifizierung bezeichnet den Prozess, der durchlaufen wird um eine/n ausländische/n Ausbildung oder Abschluss mit einem hiesigen gleichzusetzen. Dies muss gegeben sein um den entsprechenden Beruf ausüben zu dürfen. Dafür muss der/die Bewerber_in an der entsprechenden Universität oder Fachhochschule, an der das Fach bei uns unterrichtet wird, einige Dokumente vorlegen: einen Reisepass, einen Nachweis über den Status der ausländischen Einrichtung

(Universität, o.ä.), möglichst detaillierte Unterlagen über sein/ihr Studium, Abschlussurkunde sowie eine Angabe zum angestrebten Beruf. Die Nostrifizierung zu beantragen kostet derzeit 150€, dieser Betrag muss im Voraus bezahlt werden. Sollten in den Abschlüssen zu große Unterschiede bestehen, so ist dem/der Antragsteller_in der Zugang zur hiesigen Universität o.ä. gewährt, um entsprechende Lücken in der Ausbildung zu füllen. Das betrifft aktuell eine nicht gerade geringe Anzahl an Personen an der MedUni Wien. Häufig sind einige dieser Nostrifikant_innen z. B. in der Bibliothek im AKH zu sehen.

Die Debatte im medizinischen Bereich dreht sich vor allem um den Punkt, inwieweit eine ärztliche Bildung aus z. B. Syrien mit einer österreichischen gleichzusetzen ist. Diesbezüglich wird bestimmt auch weiter gestritten, doch gibt es inzwischen einen Gesetzesentwurf, der das Ärztegesetz im Bezug auf Flüchtlinge erweitern soll. Zwei wichtige Änderungen sind vorgesehen: Die erste regelt nun, dass eine medizinische Ausbildung auf alle Fälle nostrifiziert werden muss. Angeblich hatte die Ärztekammer schon länger den Vorsatz

dies umzusetzen – nun soll eine rechtliche Grundlage dies stützen. Sollten Probleme im Prozess des Nachweises bestehen, wie sie leicht durch die Flucht entstehen können, so soll Flüchtlingen der direkter Zugang zur ärztlichen Prüfung bzw. einer verkürzten turnusähnlichen Ausbildung gewährt werden.

Das Problem dieser Änderung ist, dass es lediglich bereits akzeptierte Asylberechtigte und subsidiär Schutzbedürftige einschließt, jedoch nicht Asylbewerber_innen. Dies kann durchaus dazu führen, dass weitere Bewerber_innen Österreich verlassen und nach Deutschland oder Schweden gehen. Denn dort ist die Integration von Flüchtlingen schon weitaus fortgeschrittener.

Die zweite Änderung schließt allerdings auch Asylbewerber_innen mit ein. Sie soll Asylberechtigten, subsidiär Schutzberechtigten und eben auch Asylbewerber_innen die Möglichkeit geben, während des Nostrifizierungsprozesses Famulaturen durchzuführen. Dies bedarf einer Klarstellung, ob es sich bei den eingeschlossenen Personen nur um jene handelt, bei denen der Nostrifizierungsantrag läuft, oder auch jene die



einen Nostrifizierungsbescheid mit Auflagen haben, bzw. ob letztere in bereits bestehenden Regelungen bedacht sind.

Nun wurde bereits erwähnt, dass die Integration ausgebildeter Flüchtlinge z.B. in Deutschland und Schweden besser funktioniert. Und zwar folgendermaßen:

In Deutschland bedarf es zur Ausübung des ärztlichen Berufes der Approbation - eine vorübergehende Beschäftigung als Ärzt_in ist auch auf Grund einer fachlich & zeitlich eingeschränkten Berufserlaubnis möglich. Diese vorübergehende Möglichkeit bedarf keiner Nostrifizierung, sondern lediglich eines Nachweises einer abgeschlossenen Ausbildung und uneingeschränkter Berufsberechtigung im Herkunftsland. Diese befristete Berufserlaubnis wird auf max. 2 Jahre ausgestellt.

Parallel zur Befristung muss eine Fachsprachprüfung abgelegt werden, die aus drei Teilen besteht: Arzt-Patienten-Gespräch, Dokumentation und Arzt-Arzt-Gespräch.

In der Regel wird auf Bundesland-Ebene über Approbationen entschieden. Die Ausbildung gilt als gleichwertig, wenn Dauer und Inhalt keine allzu großen Unterschiede darstellen. Sind die Differenzen zu groß, wird nachgesehen, ob diese durch entsprechende Berufserfahrung ausglich werden. Ist auch dies nicht gegeben, so wird eine Kenntnisstandsprüfung (Drittstaatsangehörige) bzw. Eignungsprüfung (EU) absolviert. Parallel zur Approbation muss ein Nachweis für ausreichende Fachsprachkenntnisse erbracht werden.

Es werden auch Gesetzesentwürfe

diskutiert, die die Integration von medizinisch ausgebildeten Flüchtlingen noch stärker fördern sollen.

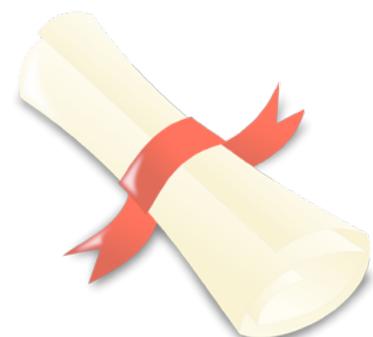
In Schweden braucht man eine „Lizenz zur Berufsausübung“. Diese wird durch das National Board of Health and Welfare ausgestellt und ist auf 2 Wegen zu erlangen:

Zum einen kann das Board die ausländische Ausbildung bewerten. Ist diese grundsätzlich gleich, müssen die Antragsteller_innen Schwedisch lernen, eine Eignungsprüfung in Schwedisch ablegen, ein 18-monatiges bezahltes Praktikum an einem Krankenhaus absolvieren & an einem Kurs über schwedisches Recht und Verordnungen teilnehmen. Ist eine klinische Fachausbildung nachweisbar, kann von dem Praktikum und der Eignungsprüfung abgesehen werden.

Zum anderen gibt es die Möglichkeit, nach positiver Bewertung durch das Board, einen 40-wöchigen Zusatzlehrgang an einer Universität zu besuchen (3 Universitäten bieten dies an). Es gibt Optionen für Stipendien. Ist der Lehrgang absolviert, wird das Zeugnis an das Board geschickt. Dann wird die Entscheidung getroffen, ob ein 18-monatiges bezahltes Praktikum im Anschluss ausgeführt werden kann. Der Prozess ist zudem kostenlos. Das einzige Problem kann sein, dass die Bearbeitungsdauer manchmal etwas

länger ausfällt.

Somit unterstützen diese Länder die ankommenden Flüchtlinge auf dem Weg zu einem Beruf, der in vielen Ländern Personalmangel hat, während in Österreich streckenweise Bewerber_innen abgeblockt werden. Der österreichische Gesetzesentwurf ist ein Schritt in die richtige Richtung um zumindest ein paar der Hürden zu überbrücken. Flüchtlinge können eine wirkliche Chance für das Gesundheitssystem darstellen, da gerade in Österreich und Deutschland häufig Klagen über einen Ärzt_innenmangel zu hören sind. Auch viele unserer Absolvent_innen verlassen nach dem Studium das Land und die ausländischen Studierenden gehen häufig in ihr Heimatland zurück. Mit den Flüchtlingen gibt es eine Gruppe, die eine neue Heimat sucht, zu uns kommt und dem Land wirklich helfen kann.



GAMEDAY!

Text: Leo Bouvier-Azula

Collegefootball ist endlich in Österreich angekommen!

Am 23.10. bestritten die drei Vorreiterunis beim ACSL (Austrian College Sports League) Kickoff-Event die ersten Spiele. Es wurde zwar mit halber regulärer Spielzeit gespielt, was die Spannung aber nicht nahm. Der hierfür gewählte Spielmodus war als Heranführen der zukünftigen Fans an American Football gedacht. Für die nächste und erste Season ist dann eine reguläre Spielzeit vorgesehen.

Beim Kickoff-Event konnten sich unsere MedUni Wien Serpents im ersten Spiel klar mit 22-8 behaupten. Nach einer Interception und anschließendem Touchdown, stand von Anfang an fest, dass mit den Serpents nicht zu spaßen ist. Das letzte Game des Tages bestritten die MedUni Wien Serpent gegen die WU Tigers. Nach einem Big Play mit Touchdown und einem verwerteten Fieldgoal der Tigers stand es sehr bald 7-0 für die WU. Trotz zweier exzellenter

Drives der Serpents Offense konnten wir vor der Halbzeit nicht mehr ausgleichen und gingen mit 7-0 in die Pause.

Nach der Halbzeitpause leistete die Serpents Defense hervorragende Leistung und so konnte bald auf 7-6 aufgeholt werden. Bei 34 verbleibenden Sekunden wurde eine 2-Point-Conversion versucht. Hier wird knapp vor der gegnerischen Endzone versucht erneut einen Touchdown zu erzielen. Dieser würde 2 Punkte auf das Scoreboard bringen und kann in so einem Fall das Spiel gewinnen.

Leider ging die Taktik durch einen incomplete Pass nicht auf und so verloren wir knapp mit einem Endstand von 7-6. Trotz der klaren Underdog-Position der MedUni Wien Serpents konnten wir unsere Qualität zur Schau stellen und zeigen, dass wir künftig ein ernstzunehmender Gegner sein werden.

Solltest DU Lust auf österreichischen College Football bekommen haben,

kannst du dich gerne auf der Serpents Facebookseite oder per Mail an serpents.acsl@gmail.com bei uns melden.

GLOSSAR

Interception = Abfangen des Footballs aus der Luft, wodurch die verteidigende Mannschaft das Angriffsrecht erhält.

Field Goal = Erfolgreicher Kick durch die Torstangen, für den man drei Punkte bekommt.

Drive = Eine komplette Angriffsserie bis die gegnerische Mannschaft wieder im Ballbesitz ist.

Two Point Conversion = Der Versuch, nach einem Touchdown zwei Extrapunkte zu erzielen.

Incomplete Pass = Ein_e Spieler_in der eigenen Mannschaft fängt den Ball nicht.

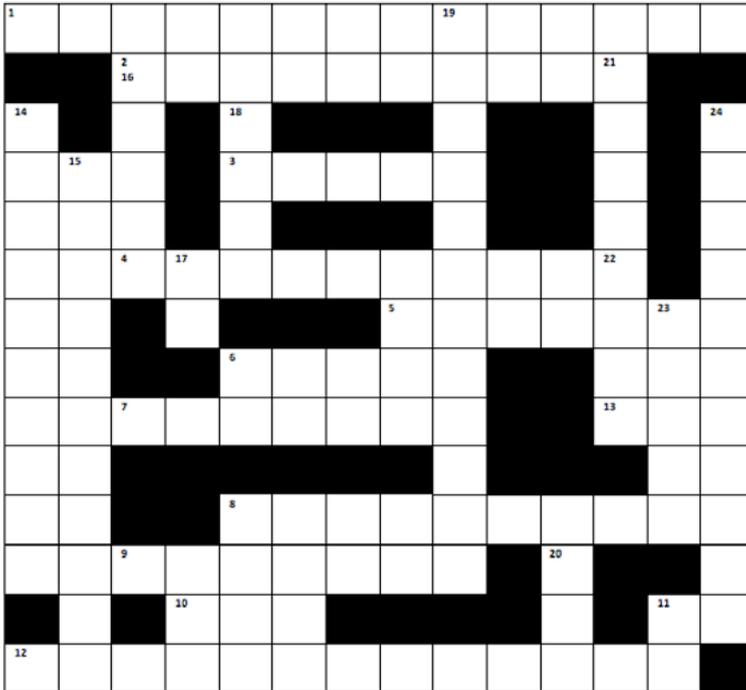


Shall we play a game?

Suderantenecke

Unlängst wurde uns Studierendenvorgeworfen, es gäbe quasis eine Kultur des Schwindelns bei den Anwesenheiten in Pflichtlehrveranstaltungen. Ein unerhörter Vorwurf! Anlassfall war eine Lehrveranstaltung im 5. Jahr, in der sich erstaunlicherweise um ca. 100 Studierende mehr als anwesend meldeten, als tatsächlich in den Hörsaal gepasst haben. Ein Mysterium.

Gerüchtweise sollen in anderen Lehrveranstaltungen sogar bei Anwesenheitslisten schon Unterschriften gefälscht worden sein! Skandal! Dass bei einer Anwesenheitspflicht von großzügigen 100% manchmal ein_e Studierende_r keine Zeit haben könnte, ist wirklich nicht zu akzeptieren. Wenn z. B. ein ganzes Semester lang am Vormittag keine Pflichtlehrveranstaltungen stattfinden und wir Studierende uns dann auf diese Zeit unsere Arbeitszeiten oder andere Termine legen, dann haben wir unsere Jobs und sonstigen Aktivitäten selbstverständlich zu kündigen, wenn die MedUni z. B. zum Semesterabschluss 3 Wochen lang jeden Vormittag Pflichtanwesenheit verlangt (Block 9 und 26). 100% Anwesenheitspflicht ist leicht zu schaffen, bestätigen uns alle Kolleg_innen mit wohlhabenden Eltern und ohne Hobbys. Und obendrein können wir ja – MedUni sei dank – auch Ersatzleistungen erbringen. Dann schreiben wir halt 10 Seiten mit Literaturziten als fairen Ersatz für die dreiviertel Stunde Frontalvortrag, die wir sonst aufwendig in einem Seminarraum verschlafen hätten. Also deshalb – Schluss mit dem Gesudere!

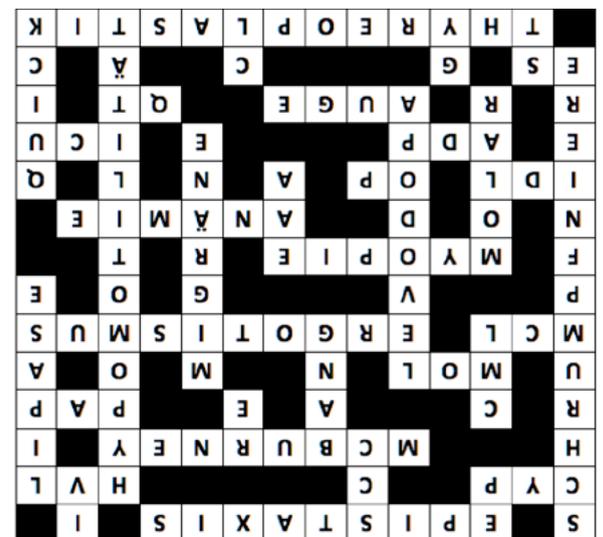


SENKRECHT

14. Wofür steht der Buchstabe D im ABCDE-Schema in der Notfallmedizin? 15. Bei welcher Nagelveränderung kommt es zu einer muldenförmigen Einsenkung und vermehrten Brüchigkeit der Nagelplatte?
 16. Wie nennt man ein fokales neurologisches Syndrom der Migräne? 17. Abkürzung stehend für Rhesusfaktor? 18. Welches Organ ist mit rund 13 kg das schwerste des menschlichen Körpers? 19. Welche Zellen haben eine durchschnittliche Lebenszeit von 120 Tagen? 20. Abkürzung gebräuchlich um in Patientengeschichten folgende sexuelle Anamnese kurz zu fassen: men having sex with men
 21. Welche Krankheit wird durch Filoviren übertragen und führt zum Auftreten eines hämorrhagischen Fiebers? 22. Welche Autoantikörper können typischerweise bei Wegener-Granulomatose und Churg-Strauss-Syndrom nachgewiesen werden? 23. Wie lautet die Abkürzung für das amerikanische medizinische Staatsexamen? 24. Eine Erdbeerzervix lässt sich vor allem nach Infektion mit welchem sexuell übertragbaren Erreger beobachten?

WAAGRECHT

1. Zu welcher Art von Wahrnehmung gehört der Stellungssinn? 2. Wie bezeichnet man fächerförmige Sehnenplatten anatomisch? 3. Kurzform stehend für akute respiratorische Insuffizienz? 4. Wie wird Nesselsucht in der medizinischen Fachsprache korrekt genannt? 5. Syndrom stehend für primären Hyperaldosteronismus?
 6. Abkürzung stehend für jene Gasmenge, die pro Atemzug ein- und wieder ausgeatmet wird. 7. Wie bezeichnet man ein knochenähnliches Gewebe, das den größten Teil der Zahnschmelz darstellt? 8. An welcher neurologischen Erkrankung litt Lewis Carroll, Autor von Alice in Wonderland? 9. Welches Hormon hemmt die Prolaktinsekretion in der Hypophyse? 10. Abkürzung stehend für einen in der PET-Diagnostik verwendeten Zuckermanalogen-Tracer? 11. Abkürzung stehend für runden lokal begrenzten Haarausfall? 12. Wie bezeichnet man verschieden pigmentierte Augen medizinisch? 13. Abkürzung stehend für die Krankheit Altersbedingte Makuladegeneration?



Lösung des Kreuzworts der Septemberrätselgabe

ÖH Med Wien sucht ...

FREIWILLIGE MITARBEITER_INNEN

Diese Art der Mitarbeit ist ein guter Einstieg für dich, wenn du keine verbindliche Arbeit zugeteilt bekommen möchtest und dich trotzdem einbringen willst!

Es gibt unzählige Möglichkeiten sich in der ÖH zu beteiligen:

Als freiwillige_r Mitarbeiter_in in einem Referat oder bei einem bestimmten Projekt (z.B. Autor_in in der Fieberkurve :-)) oder z.B. auch beim Beraten deiner Mitstudierenden!

Du kannst uns auch einfach deine Kontaktdaten geben mit deinem Wunsch wo du gerne dabei wärst und wir kontaktieren dich gerne.

Bitte wende dich dazu einfach an das betreffende Referat oder an uv@oehmedwien.com

– wir freuen uns auf dich!

WARUM SOLL ICH MICH BEI DER ÖH ENGAGIEREN?

Dich erwarten neue Erfahrungen und Erlebnisse. Du bist Teil eines netten Teams. Du hast die Chance nützliche Projekte für deine Kolleg_innen einzubringen und umzusetzen.

Engagement außerhalb des Pflichtcurriculums sieht auch im Lebenslauf nicht schlecht aus.

Als Referent_in oder Sachbearbeiter_in bekommst du als Dankeschön für deine Arbeit eine Aufwandsentschädigung. Je größer das Team, desto mehr ist bei uns möglich!

Alle freuen sich auf DICH!

STELLENAUSSCHREIBUNG: REFERENT_IN FÜR DAS IT-REFERAT

Dich interessieren Computer, Netzwerke und IT-Sicherheit? Du bist die Person, an die sich alle wenden, wenn sie technische Schwierigkeiten haben? Du kennst den genauen Unterschied zwischen einer Website und einer Homepage? Der Internet Explorer ist ein No-Go für dich? Dann bist du bei uns genau richtig!

Wir sind auf der Suche nach einer neuen/einem neuen IT-Referent_in.

Zu den Aufgaben des Referats für IT-Services gehören:

- Planung, Instandhaltung und Wartung der ÖH-internen EDV-Infrastruktur (Mailadressen/Website)
- IT-Sicherheit
- Tutorials/Workshops zu Konfiguration und Contenterstellung
- Bedarfserhebungen sowohl innerhalb der ÖH als auch für Studierende
- Kontakt und Kommunikation mit dem ITSC und der Studien- und Prüfungsabteilung
- Fehler- und Störungsbehebungen
- Leitung des Referates

Wenn du dir vorstellen kannst diese Position zu übernehmen, dann schicke deine Bewerbung mit deinem Konzept einfach an: uv@oehmedwien.com.

Last but not Least

SECTIO CHIRURGICA

Wir übertragen alle Folgen der Sectio Chirurgica live ins Hörsaalzentrum!

15.12. : Das Retinaimplantat

- Wenn Blinde wieder sehen

22.12. : Der Traumapatient

- Präklinische und klinische Versorgung

UHRZEIT und ORT

Jeweils um 18:00 im Kursraum 9 auf Ebene 7 im AKH

KHino

2016/17 zeigen wir euch jeweils von 17:00-19:45 im Hörsaal 3:

13.12.2016: Erin Brochovich

(Thema: Umweltskandal, Chrom-Kontamination des Grundwassers durch US-Unternehmen), Vortrag vor und Diskussion nach dem Film von Ao. Univ.-Prof. Dr. Michael Kundi vom Institut für Umwelthygiene

17.01.2017: Still Alice

(Thema: Early Onset Alzheimer), Vortrag vor und Diskussion nach dem Film von Univ.-Prof. Dr. Peter Dal-Bianco, Leiter der Spezialambulanz für Gedächtnisstörungen, AKH-Wien

Ferienöffnungszeiten

ÖH Med Wien:

Ab Mittwoch 21.12.2016 bis einschließlich Sonntag 08.01.2017 hat das ÖH-Büro geschlossen.

Studien- & Prüfungsabteilung:

Ab 24.12.2016 bis einschließlich 6. Jänner hat die Studien- und Prüfungsabteilung geschlossen.

BILDQUELLENVERZEICHNIS

Ein großes Dankeschön geht an Pixabay für viele Bilder!

S. 11: http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/pdf3_Leitfaden_Medien.pdf

S. 16 & 17: Matthias Krainz, SOS Mediterranee

S.20: Serpents

Offene Redaktionssitzung der Fieberkurve

Du wolltest schon immer einen Artikel schreiben? Oder ein Interview führen? Oder sonst etwas zur Fieberkurve beitragen? Dann melde dich bei uns (unter fieberkurve@oehmedwien.com) oder komm einfach gleich bei der nächsten offenen Redaktionssitzung vorbei!

Dort wird die Gestaltung der nächsten Fieberkurve in jeder Hinsicht besprochen und festgelegt. Auch du bist herzlich eingeladen mitzumachen! Wir suchen ständig neue Mitarbeiter_innen in allen Bereichen und freuen uns auf dich!

Die nächste offene Redaktionssitzung findet am Montag, den 19. Dezember, um 18 Uhr im Büro der ÖH Med Wien (AKH, Ebene 6M) statt.

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

Autor_innen: Leo Bouvier-Azula, Chiara Tetzlaff, Matthias Krainz, Hatice Büsra Cukaz, AMSA, Marina Kojic, Falk Preißing
Elisabeth Stadler (Sono4You), Leon Fierek, Sabrina Tahon

Gestaltung: Marlene Hahn



Rund 150
Ausbildungs-
stellen

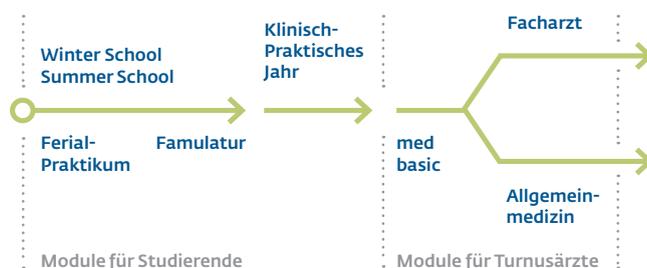
Berufung lernen. Berufung leben.

Starten Sie Ihre ärztliche
Karriere am größten
Ordensspital Österreichs

**Das medicamp bietet angehenden Ärzten
eine strukturierte Ausbildung vom
Studieneinstieg bis zum Facharzt oder
Allgemeinmediziner.**

- Praxisnah und mit Fokus auf das Wesentliche
- Ausgeprägte interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Hohes Ausbildungsniveau auf internationalem Standard
- Überdurchschnittliche Karrierechancen
- Wertschätzendes und soziales Arbeitsklima

Sämtliche angebotenen Module können am
Klinikum Wels-Grieskirchen absolviert werden:



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