

12/2015

Fieberkurve 12/2015 | Zeitung der ÖH Medizin Wien  
Verlagspostamt: 1090 Wien Ausgabe 5/2015 P.b.b. Z.Nr. 04Z035482M

Retouren an Postfach 555 in 1008 Wien

# FIEBERKURVE

## PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Abgestempelt von der Gesellschaft?  
ab Seite 6

## VIAGRA FÜR DIE FRAU UND PILLE FÜR DEN MANN?

Die TicTacs von heute  
ab Seite 8

## LET'S TALK ABOUT POO, BABY!

Leben mit einem künstlichen Darmausgang  
ab Seite 12





## gespag – ein attraktiver Arbeitgeber

am Herzschlag der  
Gesundheitsversorgung

Die Oö. Gesundheits- und Spitals AG (gespag) ist Oberösterreichs größte Krankenanstaltenträgerin und bietet Jungmediziner/innen eine Ausbildung mit Mehrwert.

**Wir suchen für die Standorte Bad Ischl, Gmunden, Vöcklabruck, Kirchdorf, Steyr, Schärding, Rohrbach und Freistadt junge, motivierte KollegInnen!**

Die gespag bietet Ihnen:

- 12-Monatsverträge für die Basisausbildung mit einer optionalen 3-monatigen Orientierungsphase (freie Wahlfächer) oder der Möglichkeit zum Direkteinstieg in die Fachausbildung
- neue attraktive Gehaltsstruktur (€ 4.500,- brutto bei Vollbeschäftigung, additiv 4 Nachtdienste)
- durchgängige Ausbildungskonzepte in allen Häusern
- Absolvierung der Ausbildung in Mindestzeit
- Mitwirkungsmöglichkeit bei Dienstplangestaltung
- Entlastung durch die Pflege und Stationssektretär/innen bei nicht-ärztlichen Tätigkeiten
- intensive Ausbildung mit hohem Patientenkontakt in modernen Ausbildungsstätten

### Nähere Informationen

zu den Spitälern, Ausbildungsmöglichkeiten und freien Stellen finden Sie auf der Homepage [www.gespag.at/jobs](http://www.gespag.at/jobs)  
Für Fragen steht Ihnen die Personaldirektion, Frau Lisa Grabenschweiger, BA unter 05 055460-20323, [lisa.grabenschweiger@gespag.at](mailto:lisa.grabenschweiger@gespag.at), gerne zur Verfügung.



Ärzteausbildung „NEU“  
in der gespag

Am Herzschlag der Gesundheitsversorgung

gespag   
OÖ. GESUNDHEITS- UND SPITALS-AG

## IN DIESER AUSGABE...

- 4 PROJECT MED**  
Der MedAT heute: zwei Erstsemestriige berichten

SCHWERPUNKT



- 6 PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN:  
EIN LEBEN AM RANDE DER GESELLSCHAFT?**  
Von der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen
- 8 ENDLICH GLEICHBERECHTIGUNG?  
PINK VIAGRA**  
Die Lusthilfe für die Frau
- 9 PILLE FÜR IHN:  
KOMMT SIE ODER KOMMT SIE NICHT?**  
Warum Verhütung bis heute Frauensache ist
- 10 LOOK AT ME AND MY NON-EXISTENT VAGINA  
... WHAT?**  
Vaginalaplasie im Licht der Medizin
- 11 DER MANN IM HAUS - EINE SICHERE POSITION?**  
Männer als Opfer häuslicher Gewalt
- 12 LET'S TALK ABOUT POO, BABY!**  
Leben mit einem künstlichen Darmausgang
- 14 GESCHICHTEN DER FLUCHT**  
Aus der Sicht eines Katastrophenhelfers
- 16 INFORMATION OVERLOAD**  
Besuch beim Cochrane Colloquium
- 18 UNTEN IM KANINCHENBAU**  
Das Alice-im-Wunderland-Syndrom
- 19 KRANK SEIN, OHNE DIE GELDTASCHE VÖLLIG AUSZULEEREN**  
Die Situation für Studierende
- 20 The New Kids**  
Das neue ÖH-Team und wen wir noch suchen
- 22 #GOSERPENTS**  
Die grünen Schlangen stellen sich vor



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

3  
Inhalt

## AUS DER REDAKTION

Weihnachten – das heißt Punschtrinken, Geschenke, Besinnlichkeit, gestresstes Geschenke-Shoppen und danach noch mehr Punsch trinken.

Wir hoffen dir diese Zeit mit einem sehr spannenden Schwerpunkt zum Thema „medizinische Tabus“ noch versüßen zu können.

Wer, wenn nicht wir Studierende, soll schließlich Tabus brechen? Wir wünschen dir, dass du die Weihnachtsferien genießen kannst und falls du trotzdem lernen musst, zudem viel Erfolg und Ausdauer.

Gute Weihnachten und ein fröhliches neues Jahr wünscht dir, ;-)

*Deine Redaktion*

# PROJECT\_MED

Text: Maximilian Niederer, Mareike Thies

Zwei Erstsemestrige werfen einen Blick zurück. Erinnerst du dich noch an deine eigene Geschichte?

Dienstag, der 4. August 2015,  
Bundesstraße B25,  
Kilometer 18,  
11:34 Uhr,  
Beifahrersitz des Rettungswagens RTW  
3-68/071 - das Telefon klingelt.  
Eine Freundin ist dran. „Das Ergebnis ist da!“ brüllt sie völlig aufgelöst ins Handy. Jetzt ist es also so weit, nach Monaten der Vorbereitung, unzähligen Arbeitsstunden und der Zeit des bangen Wartens werde ich nun das - mein - Ergebnis des MedAT 2015 erfahren.

*„Anfang August sollte also das Ergebnis des MedAT kommen. Anfang August, das bedeutet auch Klausurenphase an der TU Dresden. Natürlich ist es nicht ganz leicht, die Verkündung des Ergebnisses zu verpassen, wenn man Mitglied in einer der vielen MedAT Gruppen in einem gewissen sozialen Netzwerk ist. Das Ergebnis kam vier Tage vor meiner wichtigsten Prüfung im Semester. Ich entschied mich, meine Konzentration lieber auf meine Prüfungsvorbereitung zu lenken, und loggte mich nicht in meinen Account ein. In der Klausur schien ich meinen Kopf mit hydraulischen Berechnungen so zum Dampfen gebracht zu haben, dass jegliche Gedanken an das Zahnmedizinstudium gleich mitverdunsteten. Ich lernte nach der Klausur mit einer Freundin zusammen für die nächste Prüfung, als ich mich plötzlich wieder an das Testergebnis erinnerte. Die positive Nachricht überrumpelte mich total, und ich wusste nicht, ob ich lachen oder weinen sollte.“*

Angefangen hat das „Project\_MED“, wie mein dazugehöriger Lernordner am PC heißt, am 3. Juli 2014. Als frischer Maturant, ich hatte mir den Traum vom Medizinstudium bereits in den Kopf ge-

setzt, wollte ich mir den MedAT 2014 mal anschauen. Wie das denn so ist mit rund 3000 Gleichgesinnten in einer Halle zu sitzen und den Test zu schreiben. Ohne große Vorbereitung nahm ich also daran Teil und absolvierte den MedAT meiner Meinung nach eigentlich ganz gut. 1 Monat später - das Ergebnis war da - wurde ich doch recht deutlich auf den Boden der Tatsachen zurückgeholt. Abgeschlagen irgendwo im Nirgendwo des namenlosen Mittelfelds... In diesem Augenblick begann meine intensive Vorbereitung auf den heurigen MedAT - denn da, so schwor ich mir, sollte alles anders werden.

*„Hornhaut auf den Fingerkuppen weist nicht zwingend auf exzessives Gitarrespielen hin. Die andere, nicht ganz unwahrscheinliche Diagnose lautet: exzessives Drahtbiegen. Im MedAT-Z bilden manuelle Fähigkeiten 30% des Testergebnisses. Im Frühjahr 2015 belegte ich einen 10-tägigen Vorbereitungskurs in Wien. Dort wurden wir neben reichlich Übungsmaterial für den kognitiven Teil und Skripten auch mit Drähten und Zangen ausgestattet und übten den Umgang mit Weingart und Hohlkehlezange. Die wirkliche Vorbereitung fand bei*

*mir dann letztlich doch am heimischen Schreibtisch statt, wobei vor allem die Materialien aus dem Kurs für den kognitiven Teil wirklich hilfreich waren. Besonders gute Fortschritte machte ich im Aufgabenteil Merkfähigkeit, in dem man sich innerhalb von acht Minuten acht verschiedene Patientenkarten mit jeweils acht Informationen merken muss. Es ist sehr hilfreich, sich zu den Personen Geschichten auszudenken und die verschiedenen Fakten in diese einzubauen. Meiner Kreativität schienen dabei keine Grenzen gesetzt: Diego aus Mexiko trinkt gerne Tequila und trägt einen Sombrero. Valérie pfeift lautstark „Champs-Élysées“ und radelt mit einem Baguette unter ihrem Arm durch Paris.“*

„Unter 500€ geht gar nix!“ Das war das Ergebnis meiner Recherche zu diversen Vorbereitungskursen privater Anbieter. Nach einiger Zeit entschloss ich mich, trotz der Kosten, so einen Kurs zu besuchen. 10 Tage - 80 Unterrichtseinheiten inkl. Skriptum - um 630€. Auf die Frage ob mir dieser etwas gebracht hat, würde ich wohl mit „Ja“ antworten. Ob das den Preis rechtfertigt, ist jedoch eine ganz andere Frage. Und auch, ob die in den Medien



HUMANMEDIZIN		
Quote	Teilnehmer_Innen	Plätze
Österreich	3434	495
EU	1611	132
Nicht-EU	195	33

ZAHNMEDIZIN		
Quote	Teilnehmer_Innen	Plätze
Österreich	242	60
EU	141	16
Nicht-EU	34	4

gerne zitierten „sozialen Unterschiede in der Bildung“ dadurch gemindert werden, ist ein anderes Thema und hier nicht Teil der Diskussion.

Trotz allem sollte es einem zu denken geben, wenn mittlerweile ein ganzer, florierender Wirtschaftszweig an jungen, hoffnungsvollen „Prä-MedizinstudentInnen“ sein gutes Geld verdient.

*"Rückblickend ist mir vom Testtag vor allem eines in Erinnerung geblieben: Viele wartende Menschen. Schon in der U-Bahn gaben sich potentielle „Konkurrenten“ durch nervöses Blättern in Biobüchern und das Tragen eines durchsichtigen Plastiksackerls zu erkennen.*

*Nachdem die Wertsachen zur Garderobe gebracht worden waren, wurde mir klar, dass ich viel zu früh in der Messehalle war. Einlass und Erläuterung des Testablaufes zogen sich noch fast zwei Stunden in die Länge.*

*Schnell den BMS kreuzen, Mittagspause und dann ging der wirklich schweißtreibende Teil des Tests los.*

*Das Problem ist, dass feuchte Hände beim exakten Biegen eines etwa 0.7mm dicken Drahtes nicht besonders förderlich sind. Und ein gelernter Zahntechniker als Sitznachbar, der den Draht auf Millimeter genau der Vorlage anpasst, schafft*

*leider auch nicht mehr Selbstvertrauen. Nachdem alle MöchtegerzahnmedizinerInnen gezeigt hatten, wie gut sie ihre kleinen, flinken Fingerchen unter Kontrolle haben, hieß es auch für uns:*

*Figuren zusammensetzen, unsere Merkfähigkeit und soziale Kompetenz unter Beweis stellen, Buchstaben- und Zahlensalat spielen. Nach knapp 10 Stunden Anstrengung und Stress rauchte mein Kopf so sehr, dass mir nichts anderes übrig blieb, als ihn in der Donau abzukühlen und den ganzen Trubel für ein paar Wochen zu vergessen."*

Und dann war er also da, der große Tag. Ich muss wohl nicht extra erwähnen, dass die Nacht davor aufregungsbedingt eine ziemlich Schlaflose war. Nichtsdestotrotz machte ich mich frohen Mutes auf in die Messehallen. Eine Stunde verbrachte ich dann, auf den Einlass wartend, in einer schier endlos erscheinenden Schlange. Nach Taschenkontrolle, Metalldetektorscan und Abtasten durfte ich schlussendlich die Halle betreten.

Ein beeindruckender, ja fast beängstigender Anblick.

Der Test selbst war dann, nun ja, wie soll ich das hier beschreiben... Eine Freundin beschrieb ihn mit „ein kompletter Brainf\*\*\*“. Und diese Beschreibung kommt wohl ganz gut hin.

*"An den MedAT schloss sich die Vorbereitung auf die Klausurenphase an. Durch den Lernstress verging für mich die Zeit bis August wie im Flug. Eine vierwöchige Wandertour nach Semesterende ließ Wien, das Studium und den positiven Testausgang noch einmal in weite Ferne rücken. Und dann war er ganz plötzlich da, der 1. Oktober und der Start ins Zahnmedizinstudium."*

Und dann begann das große Zittern... Über einen Monat mussten wir auf das Ergebnis warten - es wurde der längste Monat meines Lebens. Ein Monat zwischen Bangen und Hoffen, zwischen „gepflegt die Nerven weg-schmeißen“ und ermutigenden Gedanken. Bis dann schließlich der Anruf kam. Rang 92. Und jetzt sitze ich also hier und kann es immer noch nicht ganz glauben, dass aus diesem Traum, diesem „Project\_MED“, das vor einigen Jahren entstand, nun Realität geworden ist.



# PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN: EIN LEBEN AM RANDE DER GESELLSCHAFT?

Text: Marlene Hahn

Der Germanwings-Flug 9525. Bei einigen wird diese Zahl klingeln. Vielleicht erinnern sich noch ein paar von Euch an den Flug, der dieses Jahr am 24. März abgestürzt ist. Lange wurde spekuliert, was passiert ist, und es wurde am Ende klar, dass der Copilot wahrscheinlich an einer psychischen Erkrankung gelitten hat.

Das Geschrei in der Gesellschaft war groß. Wieso durfte so ein Mensch eine Maschine fliegen?! Wieso durfte so ein Mensch überhaupt arbeiten?

Stimmen wurden laut, es solle ein Arbeitsverbot für psychisch kranke Menschen erlassen werden.

Wenn jemand, wie ich, einen Menschen kennt der unter einer psychischen Erkrankung leidet, dann wird man bei diesem Thema extrem wütend. Denn im Endeffekt hat es uns die Wahrheit ins Gesicht geklatscht: Psychische Erkrankungen werden von der Gesellschaft oft nicht toleriert.

## WAS GENAU IST EINE PSYCHISCHE ERKRANKUNG? UND WIE ERKENNT MAN SIE?

Es gibt keine roten Punkte wie bei Masern und keine CT-Aufnahme, die uns klar zeigt was los ist.

Die meisten Menschen mit diesen Erkrankungen müssten schon mit einem Schild oder einem T-Shirt herumlaufen, damit andere es sehen. Und das ist meistens - angesichts der Verhaltensweise der Gesellschaft gegenüber diesen Problemen - keine besonders gute Idee.

Die Liste der psychischen Erkrankungen ist lang. Schizophrenie, Bipolare Störung, Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Angststörung, Essstörung, ADHS, Zwangsstörung, Borderline Persönlichkeitsstörung, etc. etc.

Als Erstes müssen wir uns ganz klar vor Augen halten, dass es sich bei keinem dieser Begriffe um eine vorübergehende Phase, eine einzelne Emotion, einen rebellischen Akt oder einfach nur

„ein Problem“ handelt.

Es ist eine Erkrankung, die wie jede andere eine Ursache, ein klinisches Bild und eine Behandlung hat. Nicht immer sind diese Dinge leicht zu finden oder zu bewältigen.

Aber das Schlimmste, was wir diesen Menschen antun können, ist ihre Erkrankung nicht ernst zu nehmen.

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben häufig mehrere Probleme gleichzeitig:

1. Sie müssen sich mit ihrer Erkrankung und den entsprechenden Symptomen und Problemen im alltäglichen Leben auseinandersetzen (was meistens schon schwer genug ist).
2. Sie müssen sich mit ihrer näheren Umgebung und der Gesellschaft auseinandersetzen, die für ihre Erkrankung häufig kein Verständnis zeigt und sie oft nicht einmal ernst nimmt.

Sätze, die zum Beispiel häufig ohne Bedenken gesagt werden?

- » „Du musst einfach mehr rausgehen.“
- » „Das wird schon wieder.“
- » „Du kannst doch nicht einfach nur im Bett bleiben nur weil du keine Lust hast.“
- » „Du ritzt dich doch eh nur für Aufmerksamkeit.“
- » „Das ist nur eine Phase.“
- » „Stell dich nicht so an.“
- » „Es ist echt widerlich was du da machst.“
- » „Du tust ja gerade so, als hättest du Krebs!“
- » „Jetzt reiß dich doch einfach einmal zusammen!“

## WAS BEDEUTET EINE STIGMATISIERUNG DURCH DIE GESELLSCHAFT?

Unsere Gesellschaft ist sehr schnell und sehr gut darin Menschen in sogenannte „Schubladen“ zu stecken (und da kann sich jede/r Einzelne von uns an die eigene Nase fassen).

Schubladen, das sind im Endeffekt nichts anderes als **Stereotypen**, also z.B. „Schizophrenie sind gefährlich!“

Dazu kommen **Vorurteile**, also dass Menschen diesen Stereotypen zustimmen z.B. mit „Das stimmt, sie machen mir Angst!“ Wenn hieraus auch noch Verhaltensweisen folgen (und leider häufig entsprechend der negativen Stereotypen und Vorurteile auch negative Verhaltensweisen, z.B. das Meiden entsprechender Personen), dann ist das eine **Diskriminierung**.

Dies ist an einem einfachen Beispiel zu zeigen: Wenn ein psychisch erkrankter Mensch mit seiner Erkrankung einigermaßen „gut“ umgehen kann, trifft er trotzdem häufig auf Probleme bei seiner Arbeitsstelle.

Ist die Erkrankung bekannt, so kommt es häufig bei einer Bewerbung dazu, dass ungeachtet ihrer Qualifikation, die Betroffenen vom Bewerber\_Innenkreis ausgeschlossen werden.

Auch Mitarbeiter\_Innen gehen meist eher unbeholfen damit um (auch weil viele nicht wissen wie) und reagieren entweder distanziert oder überfürsorglich.

Die betroffenen Menschen werden häufig nicht mehr „normal“ behandelt, sondern sozial ausgegrenzt, ähnlich wie bei einer Behinderung. Das impliziert gleichzeitig, dass diese Menschen sich fundamental von uns unterscheiden - was, wenn man es mal auf eine andere Krankheit wie z.B. Diabetes projiziert, ziemlich idiotisch klingt. Dabei ist diese Missbilligung eigentlich sogar noch schlimmer ausgeprägt als bei Menschen mit körperlichen Erkrankungen, da psychisch erkrankte Menschen häufig für ihre Erkrankung als verantwortlich angesehen werden.

Die meisten Stereotypen und Vorurteile sind negativ und führen zu entsprechend feindseligem Verhalten, was dann zum Beispiel dazu führen kann Betroffenen Hilfe zu verweigern oder auch die Polizei einzuschalten. (Und die Polizei ist bekanntermaßen ebenfalls nur ein Teil der Gesellschaft und somit genauso mit Stereotypen und Vorurteilen belastet wie der Rest von uns. Da die Polizei allerdings auch noch eine gewisse Macht ausüben kann, spricht man hier teilweise sogar von **struktureller Diskriminierung**).

# STÖRUNG

Das zusätzliche Problem dabei ist, dass diese Stigmatisierung in eine sogenannte **Selbststigmatisierung** umschlagen kann.

Also dass z.B. die negativen Meinungen von Stereotypen gegen einen selbst gewendet werden oder dass man den Vorurteilen von Anderen (z.B. „Die ist doch einfach nur zu blöd eine Arbeit zu finden!“) anfängt zuzustimmen und sich im Endeffekt damit auch selbst diskriminiert. Aus diesen Selbsturteilen folgen entsprechende Verhaltensreaktionen, die dazu führen, dass sich die Betroffenen z.B. nicht um soziale Kontakte, Arbeit oder eine eigene Wohnung bemühen. Das kommt häufig daher, dass diese Menschen die Vorurteile der Gesellschaft schon lange kennen (teilweise bereits seit dem Kindesalter) und gegebenenfalls sogar früher geteilt hatten, bis sie selbst in der Situation waren.

Diese Selbststigmatisierung führt zu entsprechend niedrigem Selbstwert und niedriger Selbstwirksamkeit. Betroffene ziehen sich als Folge dessen manchmal aus der Gesellschaft noch mehr zurück und meiden den Kontakt zu Menschen - außer zu solchen die ihre Erkrankung bzw. ihre Stigmatisierung teilen oder Personen, die von ihrer Erkrankung wissen und sie nicht stigmatisieren. Der Rückzug ist im Endeffekt ein Schutzmechanismus, der auch vor weiterer Stigmatisierung schützen soll, aber durch den Verlust der sozialen Integration kommen die Betroffenen in einen Teufelskreis.

Die Angst vor Stigmatisierung ist häufig auch ein Grund, warum Betroffene keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen möchten.

Denn handelt es sich hier um einen Langzeit-Aufenthalt, so wird z.B. die Erkrankung entsprechend in der Arbeit und Familie bekannt und es kann sogar zur Arbeitslosigkeit kommen. Oder die „Lücke“ im Lebenslauf kann zu Erklärungsnot bei einem Bewerbungsgespräch führen.

## WIE KANN ICH DAMIT PERSÖNLICH DAMIT UMGEHEN?

Es kostet Betroffene häufig sehr viel Mut sich mit ihrer Erkrankung ihren nächsten Mitmenschen anzuvertrauen, da sie Gefahr laufen Opfer von genau diesen Stigmata zu werden.

Wenn eine Person dir so etwas also erzählt, bedeutet das in erster Linie, dass du ihr sehr wichtig bist und sie dir vertraut - trete das nicht mit Füßen! **Wichtig hier zu verstehen ist**, dass niemand erwartet, dass du sofort weißt, wie du damit umgehen sollst. Niemand erwartet, dass du verstehen kannst warum die Person so handelt wie sie handelt. Und niemand erwartet, dass du ein Patentrezept zur Verfügung hast.

Aber ein paar kleine Tipps vielleicht?

- » Setze dich mit der Person hin und höre einfach nur zu
- » Biete der Person deine Unterstützung an z.B. mit „Ich bin immer für dich da, wenn du mich brauchst.“
- » Wenn du etwas nicht verstehst, frag. Die meisten Betroffenen haben kein Problem damit, wenn du nachfragst.

Versuche nicht hier den/die Super-HeldIn zu spielen, denn du wirst scheitern. Gib keine Tipps oder Verhaltensvorschläge, denn so hart es klingt: Du hast wahrscheinlich keine Ahnung, was es bedeutet eine psychische Erkrankung zu haben und wie hart es ist damit zu leben.

Wir müssen endlich anfangen diesen Menschen eine Gesellschaft zu bieten, in der sie keine Angst vor ihrer eigenen Erkrankung haben müssen, für die sie nicht einmal etwas können. In der sie nicht diskriminiert und ausgeschlossen werden, sondern die Hilfe und Unterstützung bekommen, die sie benötigen.

**Es kann jeden von uns treffen, denn die Inzidenz dieser Erkrankungen nimmt nicht ab (wie bei vielen anderen), sondern zu!**

## MITLEID(EN)

*Text: AutorIn der Redaktion bekannt*

Anfangs, als meine große Schwester mal wieder versucht hatte sich umzubringen, mit Medikamenten vollgestopft nach Hause kam oder sich alle Haare vom Kopf rasierte, war die erste Reaktion meines Vaters sie richtig „zu verdreschen“.

Denn auf dem Land gibt es oft kein Bewusstsein für Hilfesignale, sondern nur ein „anders lernt es das Kind nicht“.

Auch nachdem sie ihre Borderline-Diagnose bekam, änderte sich daran nicht viel. Selbst wenn man zu Beginn verständnisvoll ist und meint, endlich einen Punkt erreicht zu haben, an dem man ihr helfen kann, wendet sich das Blatt bald wieder.

Sie reitet sich unermüdlich von einer Katastrophe in die nächste und belastet mit ihrer Weltfremdheit unbewusst alle Menschen in ihrem Umfeld. Und dann passiert es wieder: Plötzlich geht sie nicht mehr zur Arbeit und ist nicht erreichbar. Ich bekomme nun einen "einfachen" Auftrag: „Schau doch mal, was da los ist!“. Und auch wenn ihre psychische Erkrankung viel Kraft und Ausdauer kostet, die Fahrt zu ihr und das Warten an der Haustür in der ständigen Angst, dass sie es diesmal doch durchgezogen hat, lassen einen wieder erinnern, dass sie all das wert ist.

Wenn sie dann die Türe öffnet, ist man für einen kurzen Moment erleichtert, doch schon wenn man sich die müden Augen, das fahle Gesicht und den vernarbten Körper genauer ansieht, beginnt alles wieder von vorne.

Meine Beschreibung rückt sie leider in ein schlechtes Licht. Aber im Endeffekt ist sie nur eines: Ein Mensch, der mit dem Leben nicht zurecht kommt - meine geliebte Schwester.

# ENDLICH GLEICHBERECHTIGUNG? PINK VIAGRA

Text: Mirlinda Ademi

8 Schwerpunkt

Zwei Anläufe scheitern. Beim dritten Mal klappt's:

„Viagra für Frauen“ ist in den USA nach jahrelangem Hin und Her zugelassen. Flibanserin, besser unter dem Handelsnamen Addyi® bekannt wird als neue Wunderwaffe der weiblichen Lust vermarktet.

„Die erste ihrer Art.“ Ein Medikament, das Frauen künftig helfen soll ihre sexuelle Erregung zu steigern. Fachleute zeigen sich skeptisch. Was bringt das umstrittene Mittel eigentlich wirklich?

## WER ODER WAS IST ADDYI®?

„Lerne Addyi® kennen. Sie ist die erste ihrer Art“ heißt es auf [www.addyi.com](http://www.addyi.com) in schwarz-rosa Schrift. Daneben ist die Silhouette eines weiblichen Gesichtes zu sehen. Hinter dem Handelsnamen verbirgt sich eine Lustpille, die bereits vor ihrer Zulassung als stark beworbenes „Viagra für Frauen“ für viel Wirbel gesorgt hat.

Auch wenn die kleine rosa Pille Addyi® seit der Zulassung in den USA als „Wundermittel“ für lustlose Frauen schlechthin gilt, ist die Bezeichnung „Pink Viagra“ irgendwie irreführend. Denn eigentlich hat Addyi® alias Flibanserin bis auf die geschlechtergebundenen Farbgebung der Pille, nämlich Rosa statt Blau, wenig mit Sildenafil am Hut: Während der 1998 zugelassene Viagra®-Wirkstoff Sildenafil als Phosphodiesterase-5-Hemmer über Vasodilatation die Erektion fördert – also quasi hilft, wenn man will, aber nicht kann -, wirkt Flibanserin auf das Zentralnervensystem: Es senkt den Spiegel des lusthemmenden Serotonins und führt gleichzeitig zu einer höheren Konzentration von Dopamin und Noradrenalin im Blut. So soll die weibliche Libido gefördert werden. Nach zwei gescheiterten Anläufen im Jahr 2010 und 2013 wurde der umstrittene Wirkstoff nun von der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA im August dieses Jahres zugelassen.

## KEINE LUST AUF SEX?

Der Begriff HSDD, kurz für Hypoactive Sexual Desire Disorder, ist seit 1977 im Umlauf und beschreibt den Mangel an sexuellem Verlangen. Ein Zustand, der rund 10% aller Frauen betrifft. Verschieden werden kann Addyi® an prämenopausale Frauen, bei denen ausgeschlossen wurde, dass sich die Lustlosigkeit durch Lebensumstände, wie etwa Schwangerschaft und Stillzeit, Krankheiten, Medikamente oder eine unglückliche Partnerschaft, erklären lässt. Die Diagnose ist umstritten. Kritiker werfen den Herstellern mit HSDD die Erfindung einer neuen Krankheit vor – eine pharmagesteuerte Kampagne?



Die Entscheidung für die Zulassung am Markt fußt auf mehreren Studien in denen Probandinnen mittels Flibanserin und einem Placebo behandelt wurden. Ermittelt wurde, wie oft die teilnehmenden Frauen befriedigenden Geschlechtsverkehr erlebten (per Tagebucheintrag) und wie oft sie sexuelle Lust verspürten.

## NEBENWIRKUNGEN, DIE KEHRSEITE DER MEDAILLE

Addyi® ist mit Vorsicht zu genießen. Anders als die Viagra®-Tablette, die kurz vor dem Sex geschluckt wird, muss(!)

Addyi® täglich eingenommen werden. Positive Effekte zeichnen sich - wenn überhaupt - erst nach Wochen ab. Kritisiert werden außerdem zahlreiche starke Nebenwirkungen wie Schwindel, Müdigkeit, Schläfrigkeit und Übelkeit. Wer sich außerdem für Addyi® entscheidet, muss aufgrund schwerer Wechselwirkungen auf Alkohol verzichten. Hinzu kommt, dass das Medikament nicht wirklich billig ist.

## SO EINE SEXISTISCHE FDA!

Ursprünglich wurde Flibanserin vom Pharmakonzern Boehringer Ingelheim als Antidepressivum entwickelt. Man erkannte zufällig, dass das Testpräparat das sexuelle Verlangen der Studienteilnehmerinnen steigerte. Kritisiert wurde vor allem, dass die klinischen Studien zu keiner wirklich drastischen Verbesserung des sexuellen Verlangens führten.

Trotz bescheidener Studienergebnisse und umstrittener Wirksamkeit von Flibanserin propagierte vor allem die Organisation namens „Even the score“ mithilfe von sozialen Medien stark für die Zulassung des „Pink Viagras“. Man warf der FDA eine unerschwellig sexistische Haltung vor: Frauen werden benachteiligt unter Berücksichtigung der Tatsache, dass im Gegensatz zu den 26 für Männer zugelassenen Medikamenten kein einziges Mittel für die Behandlung sexueller Störungen bei Frauen entwickelt worden sei. Als Anmerkung - „Even the Score“ wird u.a. auch vom Hersteller selbst gesponsert.

Seit dem 16. Oktober 2015 kann Addyi® in US-amerikanischen Apotheken erworben werden. Ein Markteinstieg in Europa ist noch unklar, aber eindeutig erwünscht. Noch liegt für Europa kein Zulassungsantrag vor. In den USA hat Sprout Pharmaceuticals schon eine große Werbe- und Imagekampagne am Laufen.

# PILLE FÜR IHN

## KOMMT SIE ODER KOMMT SIE NICHT?

Text: Mirlinda Ademi

Wann wird es sie - die Antibabypille für „ihn“ - endlich geben? Verhütung abseits des Präservativs ist nach wie vor überwiegend Frauenkram. Irgendwie auch nachvollziehbar, wenn man bedenkt, dass Verhütungsmethoden für Männer bisher wirklich überschaubar sind: Bis auf Kondome und Sterilisation mittels Vasektomie gibt es derzeit keine anderen Möglichkeiten zur Fertilitätskontrolle. Entgegen großer Erwartungen bleibt die Pille für „ihn“ aus - warum eigentlich?

Seit mehr als 40 Jahren schleppt sich die Forschung zur männlichen Kontrazeption halbherzig dahin. Zwar wird seit Djerassis Erfindung der „Pille für die Frau“ auch über eine „Pille für den Mann“ diskutiert - wirklich erfolgreich war man damit aber bisher nicht. Als Gründe für das Scheitern der bisherigen Konzepte werden in einer Übersichtsarbeit in *Andrology* 2015 Nebenwirkungen, eine umständliche Anwendung, häufige Kontrollen und die lange Zeit bis zur erfolgreichen Unterdrückung der Spermatogenese genannt. Die Pharmaindustrie investiert nur mäßig Geld in die Forschung.

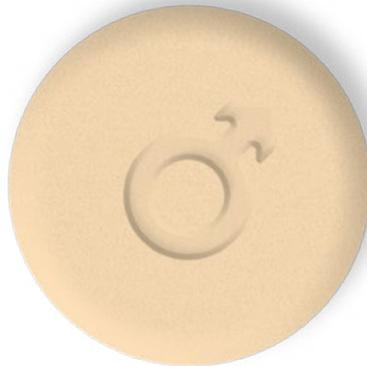
Frauen stehen im Gegensatz zum bescheidenen Angebot für Männer eine breite Palette an Verhütungsmitteln unterschiedlicher Qualität zur Auswahl. Schon unfair! Fortschritte im Bereich Antibabypille für „ihn“ sind aber nicht nur aufgrund von Gleichberechtigung, sondern ebenso durch den Wunsch von Männern eine aktive Rolle bei der Verhütung zu spielen, motiviert. Denn Kontrazeption scheint seit Jahrzehnten eher Frauensache zu sein.

Grundsätzlich gibt es vier theoretische Wirkmechanismen für männliche Kontrazeptiva: Angriff an der Samenbildung, der Samenreifung, der Samenfunktion und des Samentransportes.

### AUSGESCHALTETES PROTEIN CALCINEURIN

Erst neulich machte eine japanische Gruppe an der Osaka Universität durch im

renommierten Fachjournal *Science* publizierte Forschungsergebnisse Schlagzeilen - es bestehe wieder Hoffnung männliche Fruchtbarkeit durch eine erstaunlich einfache Methode kontrollieren zu können. Mittelpunkt der Forschung ist die Beweglichkeit von Samenzellen. Hierfür untersuchte die Gruppe rund um Professor Masahito Ikawa das Protein Calcineurin, das für die Bewegung der männlichen Samenzellen essentiell ist. Wird dessen Produktion unterdrückt stecken die Spermien fest. Die Geißel ist nicht mehr einsatzfähig - vorbei mit Eileiter hinaufschwimmen, Membran der Eizelle durchdringen und Befruchtung.



Sowohl das Ausschalten der Calcineurin-Genvarianten PPP3CC und PP3R2, als auch die spätere pharmakologische Inhibition mittels Cyclosporin A führten zu dysfunktionalen Spermien.

### SPERMIENMARATHON STOP!

Durchgeführt wurde die Studie an Mäusen, die bereits zwei Wochen nach Verabreichung des Calcineurin-Hemmstoffs unfruchtbar waren. Spermien konnten kaum schwimmen und selbst unter Idealbedingungen keine Kraft aufbringen die äußere Hülle der

Eizelle zu durchdringen. Ein großes Plus: der Verhütungseffekt ist reversibel. Die Mäusemännchen waren eine Woche nach Absetzen der Präparate wieder potent und zeigten funktionstüchtige Spermien. Die Wissenschaftler schlossen daraus, dass das Protein das Heranreifen neuer Spermien, jedoch nicht bereits funktionsfähiger Samenzellen beeinflusst. Die Ergebnisse zur Wirkung der Testpräparate liefern einen neuen Ansatz für eine Verhütungspille für den Mann, da PPP3CC/PP3R2 Calcineurin auch in menschlichen Spermatozoen exprimiert wird. Somit ein Grund zur Freude: Es entstehen keine dauerhaften Schäden, da nicht die Produktion, sondern nur die Beweglichkeit der Spermien gehemmt wird.

### WIE DIE JUNGFRAU ZUM KIND

Von Penicillin bei unsauberer Arbeit, Viagra als ursprünglich gedachtes Herzmedikament über Lithium als Lösungsmittel - der Zufall hat der Medizin schon oft in die Hände gespielt. Calcineurin war schon länger im Visier der Forscher, jedoch in einem anderen Kontext: und zwar aufgrund seiner Rolle im Immunsystem. Dabei entdeckte man, dass eine der Genvarianten des Proteins auch im Sperma exprimiert wird. Neugier über die Rolle des Sperma-spezifischen Calcineurins habe dann zur Beobachtung eines ausbleibenden Nachwuchses bei den Mäusen geführt. Ziel für eine Umsetzung in der Pharmakologie ist die Entwicklung eines Medikamentes, welches das Immunsystem dabei nicht beeinträchtigt.

# LOOK AT ME AND MY NON-EXISTENT VAGINA! ... WHAT?

Text: Marlene Hahn

Während meiner Praktika und Famulaturen in der Universitäts-Frauenklinik Tübingen, Deutschland, bin ich mit diesem Thema gnadenlos konfrontiert worden.

Man kennt ja vieles, was der Körper so machen kann, wenn was im Block 15 schief geht, aber davon gehört hatte ich trotzdem noch nie: Vaginalaplasie.

Dabei endet die äußerlich unauffällige Scheide nach einem Grübchen, das unterschiedlich tief sein kann.

Der ein oder andere Mundwinkel wird jetzt nach oben ziehen aber mal ernsthaft: Nach 4 Wochen in der Gynäkologie bist du gegen jegliches Wort, das die untere weibliche Region betrifft, abgestumpft. Aber für die Meisten ist das nicht so. Und Gott bewahre, du sollst über das Thema auch noch reden. Und dann stimmt da was nicht? Na super.

Die Vaginalaplasie ist gar nicht mal so selten wie man jetzt vielleicht denken mag: **1 : 5000 Neugeborene** sind von diesem Phänomen betroffen. Zur Erinnerung: Das ist genauso häufig wie das Down-Syndrom.

## URSACHEN?

Da gibt es viele. Häufig ist die Vaginalaplasie ein Symptom der folgenden Krankheitsbilder:

- » das **MRKH**-Syndrom (= Mayer-von-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom)
- » komplette Androgenresistenz (**CAIS**)
- » **Swyer**-Syndrom
- » **Turner**-Syndrom
- » oder auch nach einer **Hysterektomie** (= Uterusentfernung)

Hierbei gibt es

- » die **vollständige Vaginalaplasie** (dabei sind Vagina und Uterus aufgrund einer fehlenden Verschmelzung der Müller-Gänge nicht vorhanden und es kommt häufig zu Fehlbildungen der ableitenden Harnwege und Nieren)
- » und die **partielle Vaginalaplasie** (wobei Uterus und Adnexe in der Regel keine Fehlbildungen zeigen).

Um auf alle einzelnen Ursachen einzugehen bleibt uns hier leider nicht die Zeit bzw. der Platz. Wer sich hierüber mal informieren will schaut einfach unter <http://www.neovagina.de>

## WIE FALLEN DIESE FRAUEN AUF?

Ein Mädchen im frühen Jugendalter wird in die Klinik wegen Unterbauchschmerzen eingeliefert. Der Grund?

Bei anderen Mädchen kommt es bei den Betroffenen zu einem Problem: Gibt es keinen Ausgang für das Blut, sammelt es sich im Uterus und entleert sich über die offenen Tuben in die Bauchhöhle. Die Folge? Entzündungen und Schmerzen. Bei anderen Mädchen kommt es „peinlicherweise“ zu Problemen beim Geschlechtsverkehr.

Die Diagnose ist zwar schnell gestellt, aber alles andere als einfach zu verarbeiten. Jeder der darüber mal nachdenkt weiß sicherlich, dass das kein Thema ist über das man mal eben so beim Kaffeeklatsch redet. Dabei ist es für diese Frauen sehr belastend und hat häufig einen negativen Einfluss auf ihr weibliches Selbstbild.

Bei den meisten Mädchen wird es mittlerweile im Jugendalter diagnostiziert, was den Vorteil bietet, dass man bereits früh einen Therapieweg einschlagen kann. Insbesondere, da es seit einigen Jahren ein neues (geniales) Verfahren gibt.

## WELCHE BEHANDLUNGEN GIBT ES HIERFÜR?

Vor einigen Jahren hat **Frau Prof. Dr. Brucker**, Ärztliche Direktorin des Forschungsinstituts für Frauengesundheit an der **Universitäts-Frauenklinik Tübingen**, ein Verfahren entwickelt um diesen Frauen eine neue Vagina zu geben - eine sogenannte (sprichwörtliche) „**Neovagina**“.

Über eine Laparoskopie werden hier in der inneren Bauchdecke Spannfäden angebracht. Von der Scheide aus wird dann ein Phantom positioniert, das mit den Spann-

fäden verbunden wird. Über mehrere Tage wird dann kontinuierlicher Druck auf die Haut des kleinen, vorhandenen Schamgrübchens ausgeübt und die Scheide wird sprichwörtlich „hingedehnt“.

Das Ganze funktioniert über einen Spannaparat, der außen auf dem Bauch der Patientin ruht und über den täglich die Spannfäden weiter angezogen werden. Entsprechend verständlich ist es, dass die Frauen für ein paar Tage sehr stark analgisiert werden. Aber genau das ist es: Tage.

Nach ein paar Tagen hat sich auf diese Art und Weise eine natürliche Vagina mit einer Länge von 9-10 cm gebildet. Diese muss zwar für ein paar Monate täglich mit einem Phantom gedehnt werden, aber bereits wenige Wochen nach der Operation ist normaler Geschlechtsverkehr möglich.

Andere Behandlungsverfahren erfordern ein Transplantat (Haut von Po oder Oberschenkel, Darm, Bauchfell, etc.). Diese Methoden sind allerdings deutlich aufwendiger, risikoreicher und bilden nicht unbedingt eine natürliche Scheide. Sie können aber benutzt werden, wenn die oben genannte Verfahrensweise nicht angewandt werden kann.

Wenn man kein Freund von Operationen ist, gibt es auch die Möglichkeit der Selbstdehnung.

Und obwohl es für dieses Problem eine bzw. sogar mehrere Lösungen gibt, ist es trotzdem etwas über das fast niemand Bescheid weiß, weil auch niemand darüber redet.

Viele Mädchen sagen ihrem Partner gar nichts davon, sondern warten bis die OP vorbei ist, weil es ihnen so unangenehm ist.

Ein weiteres Tabu, was wir jetzt einfach mal brechen und unter euch verbreiten. Hoffentlich, damit die/der Eine oder Andere einfach mal bei seiner Famulatur in der Gyn daran denkt und dann ein bisschen geschickter damit umgehen kann.

# DER MANN IM HAUS - EINE SICHERE POSITION?

## MÄNNER ALS OPFER HÄUSLICHER GEWALT

Text: Jennifer Hergeth

Eine 2014 von der „Europäischen Union für Grundrechte“ europaweit durchgeführte Studie zum Thema Gewalt gegen Frauen trifft eine klare Aussage: häusliche Übergriffe gegenüber Frauen werden von unserer Gesellschaft nicht toleriert. Der folgende Artikel widmet sich allerdings einer wenig thematisierten Gegenseite, der häuslichen Gewalt gegenüber Männern.

Dass dieses Thema sehr wohl unter Tabuthemen fällt, zeigt schon die Schwierigkeit, die sich beim Versuch einer Definition von „häuslicher Gewalt“ ergibt. Ist dieser Begriff bereits bei einer einmaligen Tat zu treffend? Oder muss es sich um einen Zustand dauerhafter Erniedrigung handeln? Auch das Täterumfeld bereitet zunehmend Probleme. In manchen Fällen wird vorausgesetzt, dass das Opfer in einer engeren Beziehung mit seinem Täter steht, in anderen reicht es vollkommen einen gemeinsamen Haushalt zu bewohnen.

Fakt ist allerdings, dass es verschiedene Formen der häuslichen Gewalt gibt. Die ICD-10 Kriterien lassen eine vage Einteilung in körperliche, sexuelle und psychische Misshandlungen zu.



Auch die Gründe für die Konsultierung ärztlicher Hilfe sind sehr weitreichend. Sie gehen von Traumata, akuten und chronischen Erkrankungen über Mangelernährung bis hin zu Medikamenten- oder Drogenmissbrauch und psychischen Störungen.

Eine deutliche Sprache spricht auch die Zahl der Betroffenen. Laut der erwähnten Studie sollen 33% der 42.002 befragten Frauen bereits Opfer körperlicher oder sexueller Gewalt geworden sein. Bei 22% aller Frauen geschah dies durch ihren Partner.

Man könnte an dieser Stelle unzählige Studien von namhaften Organisationen und ÄrztInnen anführen, die allerdings alle die gleiche Opfergruppe thematisieren: Frauen.

Sogar unter die Synonyme für sexuelle Misshandlung in der ICD-10 Datenbank hat sich ein „by husband“ eingeschlichen.

### WO SIND SIE ALSO, DIE MÄNNLICHEN OPFER?

Von der WHO bewusst ignoriert, schlichtweg nicht vorhanden oder zu eingeschüchtert, sich zu melden?

Eine österreichweite Umfrage des Instituts für Familienforschung (ÖIF) legt nahe, dass es sie doch gibt. Es gaben dabei 29,5% der Frauen und 8,8% der Männer an sexuelle Gewalt in ihrem näheren Umfeld erlebt zu haben.

Bei körperlicher Gewalt waren es sogar 56,8% der Teilnehmerinnen und 61,4% der Teilnehmer, wobei hier das Spektrum von sehr leichter bis zu schwerer Gewalt reicht.

Eine in Deutschland durchgeführte Pilotstudie von 2004 sollte Licht ins Dunkel bringen. Hier gaben 23 % der befragten Männer an, bereits körperliche Auseinandersetzungen oder sexualisierte Gewalt in einer Partnerschaft erlebt zu haben. Es gibt sie also durchaus, es scheint nur in unserer Gesellschaft kein Platz für sie zu sein.

Was sich in den meisten Studien herausgestellt hat, ist, dass körperliche Gewalt an

einem Mann häufiger von einem Gleichgeschlechtlichen verübt wird als von einer Frau. Dabei kann es sich im häuslichen Umfeld zum Beispiel um den Vater, Brüder oder andere näherstehende Verwandte handeln. Ein weiteres, sehr bedeutsames Resultat ist, dass Männer dazu neigen die entstandene psychische Belastung zu verharmlosen.

Wobei es keine Rolle zu spielen scheint, ob es sich um sexuelle Übergriffe, physische oder psychische Verletzungen handelt.

Ein Ergebnis lässt sich klar formulieren: Es existiert viel zu wenig Wissen über Gewalttaten an Männern im Allgemeinen, kaum ein Instrument oder eine Methode, die spezifisch für die Erfassung ihres psychischen Zustandes geeignet ist, sowie eindeutig zu wenig Sachkenntnis über adäquate, geschlechterspezifische Unterstützungsmethoden. Es gibt wenige bis keine Hilfezentren speziell für männliche Opfer und das obwohl die Selbstmordrate unter Männern laut WHO bis zu dreimal höher ist als bei Frauen.

Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass es schon längst an der Zeit wäre Licht in diese Grauzone zu bringen. Zu oft heißt es Männer schämten sich zu sehr oder sie seien zu stolz um mit ihren Problemen professionelle Hilfe aufzusuchen. Was in Anbetracht der Rolle, die unsere Gesellschaft für sie bereit hält, nur zu verständlich klingt, scheint aus einer anderen Perspektive nicht mehr zu sein als ein konsequentes Wegsehen medizinischer und gesundheitsbehördlicher Institutionen und Einzelpersonen. Vielleicht sollte man beginnen den Fehler nicht in männlicher Sturheit zu suchen, sondern am mangelhaften Hilffsystem zu arbeiten und in ein öffentliches Bewusstsein zu investieren, das neben einer vielseitigen Frau auch einen ebenso facettenreichen, manchmal schwachen Mann zulässt.

Häusliche Gewalt gegenüber Männern als medizinisches Tabu? Mit Sicherheit.

# LET'S TALK ABOUT POO, BABY!

Text: Annika Röthenbacher

Was gibt es „Privateres“ als den eigenen Stuhlgang? Über kaum etwas wird weniger gesprochen - ein „Sex and the City“ über Erfahrungen mit der eigenen Verdauung klänge für uns vollkommen bizarr. Schon zu dünne Toilettentüren oder nach der Benutzung stinkende Kabinen sind den meisten Menschen extrem unangenehm. In Japan sind öffentliche Damentoiletten sogar mit kleinen Kästen ausgestattet, die das Geräusch einer Spülung nachahmen, um Ausscheidungsgeräusche zu überdecken. Und auch hierzulande ist es furchtbar peinlich, wenn einem in der Öffentlichkeit ein lauter Furz entweicht - und der im schlimmsten Fall auch noch ekelhaft stinkt.

Was aber, wenn man absolut keine Kontrolle darüber hat, wann Verdauungsgase sich ihren Weg aus dem Körper bahnen? Wenn man nicht kontrollieren kann, wann sich der Darm entleert? Und seinen Stuhlgang dann auch noch in einem Beutel vor sich hertragen muss?

In Deutschland gibt es über 100.000 Menschen, die genau damit Tag für Tag leben müssen. Das ist die Zahl der PatientInnen, die ein Enterostoma tragen, auch bekannt als Anus praeter oder künstlicher Darmausgang. Für Österreich gibt es keine Daten, man kann allerdings davon ausgehen, dass das Verhältnis ähnlich ist.

Ein Enterostoma ist eine Ableitung von Stuhl durch ein Darmsegment, dessen Öffnung chirurgisch an der Bauchoberfläche angebracht wurde. Eine solche Bauchwandableitung ist theoretisch von jedem Hohlorgan mit ausreichender Länge möglich, am häufigsten sind jedoch Stomaoperationen des Ileums und Colons.

Diese können entweder endständig verlagert werden, d.h. mit dem Ende des oralen Darmabschnitts nach außen, wobei das aborale Stück verschlossen wird und im Bauchraum verbleibt, oder doppelläufig, sodass beide Darmenden durch die Bauchwand gezogen werden.

Letztere Methode wird vor allem dann verwendet, wenn geplant ist das Stoma nach einiger Zeit zurück zu verlegen und

die Darmenden wieder zu verbinden. Dies ist meist dann vorgesehen, wenn das Stoma zu dem Zweck angebracht wurde, den distalen Darmteil nach einer vorhergegangenen Operation zu schonen und ihm Zeit zum Ausheilen zu geben.

Die Gründe für einen künstlichen Darmausgang sind vielfältig. 72% werden aufgrund von Karzinomen des Abdomens mit nötigen Darmteilentfernungen gelegt. Ungefähr 21% aller Enterostomata werden bei entzündlichen Darmerkrankungen wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa eingesetzt. Der Rest entsteht bei unterschiedlichen Indikationen, wie zum Beispiel Unfällen, Familiärer Adenomatöser Polyposis, Organfehlbildungen und Komplikationen diverser Operationen.

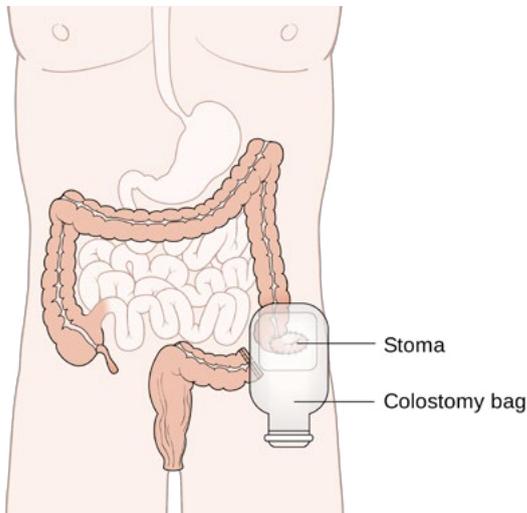
Während von Karzinomen hauptsächlich ältere Menschen betroffen sind und die Ableitung meist aus dem Colon erfolgt,

sind bei PatientInnen mit entzündlichen Darmerkrankungen häufig Ileostomata notwendig, die schon im jungen Erwachsenenalter durchgeführt werden.

Und genau da beginnt für die Betroffenen der unangenehme Teil. Nach der Operation wird für sie das, was für andere absolute Privatsache ist, plötzlich zum öffentlichen Thema. Am Anfang werden sie von speziell geschultem Pflegepersonal betreut. Dabei wird geübt, wie man einen vollen Stomabeutel wechselt oder austreift, wie man die Gegend um den neuen Darmausgang reinigt oder eine neue Versorgung anbringt.

Wichtig ist zum Beispiel auch, dass man von vorne beginnen muss, wenn während dem Wechsel neuer Darminhalt nachfließt. Sobald man schließlich die Stomapflege selbst beherrscht und nach Hause entlassen wird, kommt ein ganzer Berg an neuen unangenehmen Situationen und Gedanken hinzu.





Besonders am Anfang herrscht die durchgehende Angst, dass trotz des Filters, den moderne Systeme haben, anderen Menschen Fäkalgerüche auffallen könnten. Dazu kommt der ständige Blick nach unten um sicher zu gehen, dass man den Beutel wirklich nicht durch die Kleidung sieht, denn wie würden denn andere Menschen darauf reagieren, dass man seinen Stuhl vor sich herträgt? Beim Betrachten ihres nackten Spiegelbilds fühlen sich die PatientInnen entsetzt; an Sex ist für die Meisten erst einmal gar nicht zu denken.

Aber auch angezogen gibt es neu auftretende Probleme: Wie erkläre ich Mitmenschen das „Blubbern“ das plötzlich aus meinem Bauch kommt? Was, wenn ich mitten in der Öffentlichkeit eine „Panne“ habe und sich der Beutel löst?

Der Großteil dieser Unannehmlichkeiten ergibt sich langsam durch die Gewöhnung und Erfahrung, es gibt jedoch auch einige gute Tipps, die in zahlreichen Selbsthilfegruppen ausgetauscht werden.

So kann es zum Beispiel hilfreich sein ein Ernährungstagebuch zu führen, um die „Übeltäter“ bei unangenehmen Gerüchen aus dem Beutel zu finden. Gegen die Angst vor eventuellen „Pannen“ ist es nützlich immer ein Stomawechselset sowie einen Satz frischer Kleidung bei sich zu haben. Diverse Arten von Binden und Gürteln werden empfohlen um Schwimmen zu gehen oder um das Stoma während des Sexes zu verdecken. Träger eines Colostomas haben außerdem die Möglichkeit der Irrigation, also der Durchspülung des Darms. Dadurch wird der Darm entleert und gereinigt, sodass die Betroffenen über einen längeren Zeitraum ausscheidungsfrei sind und das Stoma statt mit einem Beutel mit einer einfachen Klappe verschließen können. Sie sind also funktionell kontinent.

Bei Ileostoma-PatientInnen ist dies leider nicht möglich, da der verbleibende Darm zu kurz ist, um ausreichend Flüssigkeit

zu resorbieren und so kontinuierlich Stuhl nachfließt. Die mangelnde Resorption führt auch zu einer Reihe anderer Beschwerden. So ist es zum Beispiel nötig große Mengen an Flüssigkeit zu trinken um die Verluste auszugleichen und auch bestimmte Nährstoffe müssen je nach Restdarmlänge substituiert werden um eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten.

Auch wenn sich viele junge Stoma-patientInnen ihr Stoma letzten Endes gewünscht haben, um nicht 20 Mal am Tag aufs Klo zu müssen und um die bestehenden Schmerzen dabei zu lindern, fühlen sie sich mit ihrem Stoma in der Gesellschaft vor allem eines: anders. Man ist meist ausgeschlossen von allen normalen Aktivitäten bei denen man den unteren Bauchbereich sieht.

Dass das allerdings nur die halbe Seite der Wahrheit ist zeigen Menschen wie die Make-Up-Künstlerin Bethany Townsend oder das Model Blake Beckford.

Sie haben sich nach einiger Zeit dazu entschieden, dass ihr Stoma zu ihnen gehört und sie sich dafür nicht schämen müssen. Deshalb haben sie beschlossen mit ihren Körpern und allem was dazu gehört an die Öffentlichkeit zu gehen. Ihre Fotos, die durch sämtliche Social-Media-Kanäle gehen, schaffen Awareness bei Menschen, die nicht von Darmerkrankungen betroffen sind und ermutigen andere Stoma-TrägerInnen selbstbewusst mit ihrem Körper umzugehen und sich nicht für etwas so normales wie ihren Stuhlgang zu schämen, auch wenn er in der sonstigen Gesellschaft als Tabuthema gesehen wird.

Die Botschaft scheint vor Allem eine zu sein: let's talk about poo, baby!

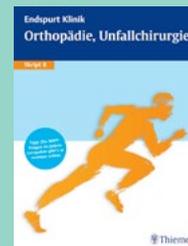
# NEU IM BÜCHER-SCHRANK

## Öffnungszeiten:

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

In unserem Offenen Bücherschrank kannst du dir jederzeit kostenfrei Bücher ausleihen. Wenn du selbst Bücher oder Skripten hast, die du nicht mehr brauchst, würden wir uns freuen, wenn du dieses Projekt unterstützt und sie uns vorbei bringst.

## ENDSPURT KLINIK ORTHOPÄDIE, UNFALLCHIRURGIE SKRIPT 8 THIEME VERLAG



„Diese Skripten-Reihe ist konzipiert für die 2. Ärzteprüfung in Deutschland. Mit vielen Beispielfragen, Lerntipps und Prüfungshighlights kann es auch als Lernhilfe und Orientierung für Tertialprüfungen hilfreich sein.“

*Text: J. Hergeth*

## CHEMIE- DAS BASIS- WISSEN DER CHEMIE CHARLES E. MORTIMER, ULRICH MÜLLER 4. AUFLAGE



„Ich finde dieses Buch ist vor allem für Laien geeignet, da es wirklich alle Basics der Chemie nochmal aufgreift und keinerlei Wissen voraussetzt. Allerdings halte ich es mit seinen 700 Seiten fast schon für zu ausführlich und langatmig gerade was die einfachen Gebiete betrifft.“

*Text: J. Hergeth*

# GESCHICHTEN DER FLUCHT

Text: Maximilian Niederer

14

Gesellschaft

Tagtäglich liest man davon in Zeitungen, sieht Bilder auf Facebook, hört die Nachrichten im Radio, sieht sie vielleicht sogar am Bahnhof sitzen und warten. Genug Informationen über dieses Thema also. Nun, deswegen noch ein Artikel über dieses brisante Thema, weil hinter jedem Menschen, der da, auf welchem Weg auch immer, über die Grenze kommt, eine Geschichte, ein Schicksal steht. Und einige dieser Geschichten möchte ich nun erzählen.

Nickelsdorf, Parndorf, Transitquartier Tulln, Transitquartier Wieselburg. Im Rahmen meiner Tätigkeit im Katastrophenhilfsdienst des Roten Kreuzes hatte ich in letzter viel Kontakt mit Flüchtlingen. Teilweise direkt an der Grenze zu Ungarn oder aber in den Transitquartieren, also Notlagern, in denen die Menschen einige Nächte verbringen können (meist eine Messehalle oder Ähnliches), habe ich mit diesen Menschen gearbeitet, habe gemeinsam mit meinen KollegInnen versucht die Schutzsuchenden im Rahmen unserer eingeschränkten Möglichkeiten bestens zu versorgen und zu betreuen. Viel Schönes haben wir erlebt, Erlebnisse und Erinnerungen, die wohl für immer bleiben werden. Aber auch Geschichten gehört, die so in unserer „modernen“ Welt eigentlich nicht mehr vorkommen dürften und die nun erzählt werden sollen. Unter anderem die Geschichte von Saha:

Saha wird wohl ca. 25 Jahre alt sein. So genau weiß das keine/r, nicht einmal sie selbst. Im Transitquartier Tulln (~1000 Menschen verteilt auf 2 Messehallen) kam sie kurz vor Mitternacht ins Sanitätszelt. Farid, unser Übersetzer (seine Geschichte später) war erst 10 Jahre alt. Vaginale Blutungen hätte sie, seit ca. 3 Tagen, nie recht viel, aber eben doch. Und sie sei derzeit im 5. Monat schwanger. Wann, oder besser gesagt warum, die Blutungen angefangen hätten, wollten wir im Zuge der Anamnese von ihr wissen. „Von den ungarischen Grenzpolizisten vergewaltigt, mehrmals“ war die Antwort (übersetzt von einem 10-jährigen wohlgeerntet!). Getreten und geschlagen sei sie natürlich auch noch geworden. Spätestens damit

war für uns klar, dass Saha im Spital behandelt werden musste. Mit einem RTW brachten wir sie ins nahe gelegene Krankenhaus. Dort wurde sie genauer untersucht. Einige Zeit blieben wir noch bei ihr, versuchten so gut es eben ging, gemeinsam mit Farid zu übersetzen. Doch dann mussten wir wieder zurück zum Transitquartier. Ob Saha ihr Ungeborenes verloren hat? Ich weiß es nicht, sie wurde stationär aufgenommen...

Szenenwechsel nach Parndorf, rund 10km vor der ungarischen Grenze. Hierhin werden die Flüchtenden direkt nach der Ankunft in Österreich gebracht. Rund 400 Menschen galt es hier in einer kurzfristig umfunktionierten Asfinag-Fahrzeughalle zu betreuen. Unter anderem einen Mann, dessen Namen ich bis heute nicht weiß. Ich gab ihm einen Teller warme Gulaschsuppe, und weil ich ebenfalls Hunger hatte, nahm ich mir auch einen und gemeinsam aßen wir - und kamen ins Gespräch. Nach dem ersten Löffel der, zugegebenermaßen wirklich guten, Suppe hatte er plötzlich Tränen in den Augen. Da er einigermaßen gut Englisch sprach konnte er mir erzählen, dass dies seine erste warme Mahlzeit seit sage und schreibe 6 Wochen sei. 6 Wochen der Flucht lagen da also schon hinter ihm und nichts bereitete ihm mehr Freude als ein Teller warme Suppe. Es sei die mit Abstand beste Suppe seines Lebens gewesen, wie er mir zum Abschied mehrmals versicherte.

Aber wieder zurück nach Tulln, genauer gesagt zu Farid, unserem oben bereits erwähnten Übersetzer. In dieser Nacht war ich als Leiter der sogenannten „Material- und Meldestelle“ (Sanis wird dies sicher ein Begriff sein) für die Einteilung der Helfer zuständig. Und plötzlich stand eben Farid vor mir. „I want to help“ sagte er in akzentfreiem Englisch zu mir. Nun muss man sagen, dass es durchaus üblich ist und oft vorkam, dass Flüchtlinge selbst, meist als Übersetzer, mithalfen. Einen 10-jährigen, der fließend 3(!) Sprachen - Arabisch, Farsi, Englisch - spricht, hatten wir aber auch noch nicht gesehen. Auf die internationale Schule Aleppo sei er mal gegangen. Bis zum Vormarsch des IS. Von seiner Schule stünde nichts mehr außer den Grundmauern erzählte er mir. Abgesehen davon, dass ein jeder, der Englisch spricht, als „Ungläubiger“ verfolgt würde. Und jetzt sei er eben hier und wolle unbedingt übersetzen helfen, meinte er mit der üblichen Sturheit eines 10-jährigen Jungen. Ich teilte ihn dann der Sanitäts-hilfsstelle (kurz SanHist - der nächste rettungsdienstliche Begriff) zu. Bis weit nach Mitternacht half er uns, unermüdetlich und gut gelaunt, die verschiedensten Angelegenheiten unserer Patienten zu übersetzen. Zum Dank luden wir ihn dann noch auf einen BigMac (den wir bei der Heimfahrt vom Krankenhaus noch kurz besorgten) ein. Strahlendere Kinderaugen sieht man sonst wohl nur zu Weihnachten.



Generell war das Sanitätszelt in dieser Nacht gut besucht. Meist zwar nur Lappalien, Schnupfen, Halsschmerzen etc., aber auch einige ernstere Fälle waren dabei. Nicht nur einmal zeigten uns die Patienten eiternde, punktförmige Wunden. Elektroschocker. Anscheinend war (und ist es wohl derzeit auch noch) in einigen Ländern üblich, die Flüchtlinge mit Elektroschockern zu disziplinieren. „Ungarn und Serbien sind die Schlimmsten“, erzählte mir einer, den es besonders schlimm erwischt hatte. 3-mal an einem Tag sei sein „Elektroschock-Rekord“. „Rekord“ ist in diesem Zusammenhang wohl ein zynisches, wenn auch leider passendes Wort.



Und Blasenpflaster, was hätten wir nur ohne Blasenpflaster getan. Kaum einer, der nicht an irgendeiner Stelle wundgeschauert war von dem langen Marsch in eine hoffentlich bessere Zukunft. So viele Blasenpflaster werden sonst wohl nur beim Bundesheer nach einem 30km Marsch mit den neuen Rekruten gebraucht. Dankenswerterweise wurden uns von einer Tierklinik nahe Parndorf einige Kisten an hochwertigen Gel-Blasenpflastern zu Verfügung gestellt. Viele von unseren Patient\_Innen kannten so etwas gar nicht, waren dann aber umso begeisterter ob der Wirkung.

Nach einer letzten Runde Blasenpflaster für alle fuhren dann auch schon rund 20 Busse ins Asfinag-Gelände in Parndorf ein. Taschen wurden gepackt, hektisch Sachen zusammengesucht, Kinder nochmal aufs WC geschickt. Und nach einigem Gedränge waren schließlich alle in den Bussen. Wohin? Ich weiß es nicht. „Irgendwo Richtung deutsche Grenze“ bekamen wir von den Exekutivbeamten als Auskunft. Schlussendlich setzte sich der Konvoi mit Polizeibegleitung in Bewegung. Diesen Anblick werde ich wohl nie vergessen. Menschen, gerade noch vor dem Verdrben geflohen, winken aus den Fenstern, Kinder schwenken ihre gerade lieb gewonnenen Kuschtiere. Alle eint die Hoffnung auf ein besseres, ein sicheres Leben. Und zurück blieb ein leere Halle - und eine Menge Erinnerungen.

Ich habe selten ein solch großes Maß an Menschlichkeit erlebt wie in diesen Tagen. Und zwar von allen Seiten. Sei es Polizei, die menschlich mit den Flüchtlingen umging, sei es die Bevölkerung, die ungefragt Kleider und Lebensmittel spendete (einmal wurden wir um Mitternacht mit einem frischen Schweinebraten von einer Anrainerin verköstigt) oder seien es solche starken Menschen wie Farid, der in einer Ausnahmesituation auch noch helfen will.

Was mit all diesen Menschen geschehen ist, die mir ihre Geschichten anvertraut haben? Ich weiß es nicht.

Ich kann nur hoffen, dass Saha ihr ungeboresenes Kind behalten konnte, dass Farid irgendwo weiter Englisch lernen kann und Dolmetscher wird (sein Traumberuf, wie er mir verraten hat) oder dass der namenlose Flüchtling noch öfter einen Teller wohligh warmer Suppe genießen durfte - und dass sie alle irgendwo ein sicheres und glückliches Leben führen dürfen. Man kann es ihnen nur von ganzem Herzen wünschen.



**Kärntner Gesundheitsfonds**  
Med-ServiceStelle

# ERFOLG- REICH DURCH- STARTEN

**in den 11 Kärntner  
Fondskrankenanstalten**

**MEHR UNTER:**  
[WWW.MEDSERVICESTELLE.AT](http://WWW.MEDSERVICESTELLE.AT)  
[FACEBOOK.COM/MEDSERVICESTELLE](https://FACEBOOK.COM/MEDSERVICESTELLE)



„Wir kümmern uns um unsere PatientInnen, die ServiceStelle um den Rest.“



# INFORMATION OVERLOAD

## BESUCH BEIM COCHRANE COLLOQUIUM

### - EINEM INTERNATIONALEN KONGRESS FÜR EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

Text: Teresa Haider, MSc

„Cool! Ein internationaler Kongress zu evidenzbasierter Medizin!“ Mein Freund schaut mich mit dem Gesichtsausdruck an, der für die Momente reserviert ist, in denen er Dinge über das Gesundheitssystem erfährt, die er lieber nicht wissen wollte. „Was ist dann der Rest der Medizin?“

Ein Dschungel, durch den viele Pfade durch Gewohnheit und Gebrauch geschlagen worden sind. Evidenzbasiert (oder besser: evidence-based) handeln heißt hingegen, das Gewohnte zu hinterfragen und durch empirisch gesicherte Handlungen zu ersetzen.

Das Potential dieser Herangehensweise wird inzwischen von vielen erkannt. Man verspricht sich bessere und schnellere Handlungserfolge und finanzielle Einsparungen. Es wird geforscht, publiziert, Leitlinien werden erstellt. Von dieser Institution, von diesen Unternehmen, gleichzeitig noch von dutzend anderen. Das Ergebnis ist ein virtueller Berg von Informationen. Jeden Tag kommen neue Trials, Case Reports, Kohortenstudien und Patente dazu. Schon lange kann niemand mehr alles zu einem Thema lesen, kein Medizinstudierender, kein\_e Forscher\_in und schon gar keine Kliniker\_innen, deren zeitliche Ressourcen stark begrenzt sind. Dazu kommt: Die Ergebnisse von Studien sind widersprüchlich, durch ungenaue Formulierungen schwer verständlich und ohne statistisches Wissen kaum gegeneinander abwiegbar. Nicht alle Autor\_innen sind frei von Interessenskonflikten. Wie in der Eile abwägen wie groß der Bias der Autor\_innen ist?

Cochrane, ein internationaler Verein mit Sitz in London, versucht als gemeinnütziger Zusammenschluss von freiwilligen Expert\_innen den Informationsberg zu ordnen und für Ärzt\_innen, Patient\_innen und Gesundheitspolitiker\_innen verständlich aufzubereiten. Das Besondere an Cochrane ist, dass sie ihr Bestes tun frei von kommerziellen oder anderen Einzelinteressen zu sein. Die derzeit 53 Themengruppen publizieren Meta-Analysen und ähnliche Zusammenfassungen, die den derzeitigen Stand der Forschung vor allem

zu einer bestimmten Intervention zusammenfassen – basierend auf allen zum jeweiligen Zeitpunkt verfügbaren Studien. Diese enorme Arbeit wird von mehr als 30.000 Freiwilligen weltweit erledigt. Einmal im Jahr treffen sich rund 1500 Mitglieder von Cochrane und interessierte Newcomers zu einer Konferenz, genannt Colloquium. Dieses Colloquium bietet den Teilnehmer\_innen ein Forum um Ideen auszutauschen, Netzwerke auf- und auszubauen und über die neuesten Methoden der Evidenzsynthese zu diskutieren (mehr dazu, wie ich zum Colloquium gekommen bin, in der Spalte).

Aus dem dicken Programmbuch habe ich mir in Vorfreude Veranstaltungen zusammengewürfelt: Sessions für Newcomer, um Anschluss zu finden; ein Methodiksymposium, mit Liebhabern als Zielgruppe, um zu sehen, was die derzeitigen Kontroversen und Standards sind; einen Workshop zum 1x1 der Meta-Analysen; ein Vortrag über das Zustandekommen der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der WHO.

Einen Tag vor dem eigentlichen Colloquium habe ich ein Wikipedia-Symposium besucht. Cochrane und Wikipedia präsentierten dort ihre Zusammenarbeit zu medizinischen Themen, wie ein Projekt, das versucht gesundheitliche Artikel zu kürzen und so in möglichst viele afrikanische Sprachen zu übersetzen, und eines, das sich dafür einsetzt Wikipedia in armen Regionen zugänglicher zu machen, indem mobile Daten, die dafür verwendet werden, nicht bezahlt werden müssen.

Danach begann das Colloquium. Jeden Tag in der Früh fand eine große Plenary Session statt, der Saal war stets prall gefüllt. Diese Vorträge waren weniger wissenschaftlich, sondern wie Impulsreferate gestaltet und sollten zur Diskussion anregen. Eine davon zählt zu meinen persönlichen Höhepunkten des Colloquiums. Zum Thema „Information overload:



Are we part of the problem or part of the solution?“ präsentierte sich Cochrane als Organisation, die auch bereit ist sich selbst zu hinterfragen. Die Session begann mit John Ioannidis, einem griechisch-amerikanischen Arzt und Meta-Wissenschaftler, dessen bekannteste Publikation den zynischen Titel „Why most Published Research Findings are False“ trägt (übrigens sehr zu empfehlen!). In seinem Vortrag sprach er über Qualitätsunterschiede innerhalb der evidenzbasierten Medizin und das wachsende Problem der gesponsorten, systematischen Reviews und Meta-Analysen. Er zeigte Daten, wonach 79% aller Autor\_innen von Meta-Analysen Verbindungen zur (vor allem pharmazeutischen) Industrie oder andere Interessenskonflikte haben. Mit weiteren überzeugenden Grafiken zeigte er auf, wie viel positiver bzw. weniger negativ Meta-Analysen Interventionen von Autor\_innen aufnehmen, die solche Interessenskonflikte haben. Dies füge noch mehr Probleme zum sowieso vorhandenen Publikationsbias hinzu, zu Ioannidis. Der kritische Blick auf die Welt, der auch vor sich selbst und dem Publikum nicht Halt macht, konnte nicht nur mich begeistern.

Ein weiterer Vortragender, Ben Goldacre, hielt ein leidenschaftliches Plädoyer für das ausnahmslose Veröffentlichen aller klinischen Studien, ungeachtet ihrer Ergebnisse. Derzeit liege das Problem darin, dass ein großer Teil der durchgeführten Studien nicht veröffentlicht werde, was zu vielen ethischen Problemen führt. Einerseits würden wirklose Stoffe wiederholt an Patient\_innen getestet, andererseits Ressourcen verschwendet. Die Gründe für das Nicht-Veröffentlichen lägen im akademischen Sektor daran, dass nicht

## DAS 23. COCHRANE COLLOQUIUM IN WIEN

signifikante Ergebnisse geringe Chancen auf Publikation hätten. Im privaten Sektor läge es wieder daran, dass selektiv nur Studien veröffentlicht würden, welche z. B. die Wirkung des vom durchführenden Unternehmen hergestellten Stoffes betonen. Die von Ben Goldacre mit-initiierte Kampagne „AllTrials“ versucht diesen Problemen entgegenzuwirken, indem sie fordert, alle Studien schon vor ihrer Durchführung zu registrieren. Dies ermöglicht einerseits die Verfolgbarkeit von Studien und verhindert andererseits das nachträgliche Ändern von Methoden, das oft verwendet wird, um künstlich statistische Kennzahlen, wie Signifikanz, zu verbessern. Für jede\_n, die oder der Forschung mit Liebe und doch Skepsis begegnet, sei diese Session zu empfehlen, die man online nachschauen kann (<https://youtu.be/h2giHu8pHFY>).

Bei den kleineren Veranstaltungen und Vorträgen waren meine Erfahrungen gemischter. Die Workshops zu Methoden haben mir einen sehr guten ersten Einblick gegeben, ich bin jedoch noch ein paar Weitere davon entfernt, selbst eine Meta-Analyse zu verfassen. Die Motivation ist auf jeden Fall gestiegen und ich kann mir gut vorstellen, mich in Zukunft einer der Themengruppen anzuschließen. Viele Sessions waren als Rapid Orals gestaltet, in denen 5-10 Personen Präsentationen von jeweils weniger als 10 Minuten hielten. Zwar bekam man so einen Einblick in viele Projekte, doch es war schwierig aufmerksam zu bleiben und in so schneller Abfolge zu verstehen, für welches Problem die der Vortragende gerade eine Lösung vorschlägt (es gibt so viele!).

Eine Eigenart von Cochrane fiel dabei auf: Jede\_r Vortragende nennt am Anfang der Präsentation alle Interessenskonflikte, die sie\_er möglicherweise haben könnte. Dabei nannten sie Organisationen, Sponsor\_innen, Arbeitgeber\_innen und andere mögliche Einflüsse. Ich habe es als sehr effektive Art der Bewusstseinsbildung, dass niemand ohne „conflicts of interest“ ist, erlebt.

Das Networking- und Gemeinschaftselement beim Colloquium kam besonders bei den social events zur Geltung. So edel das Ambiente war - beim Eröffnungsempfang im Kursalon des Stadtparks oder beim Galadinner im Rathaus - so entspannt und offen waren die Teilnehmer\_innen. Über ihre ersten Stelzen haben sich zwei argentinische Ärzte und ich in eine stundenlange Diskussion über die Geschichte und Politik Österreichs und der Falklandinseln vertieft, ich war mit einer Gruppe Schweizer Studierender beim Solidaritätskonzert für Flüchtlinge am Heldenplatz und habe einen indischen Arzt und Cochrane-Autor kennengelernt.

Als beim abschließenden Tanzabend selbst der Statistik-Professor in Schlapfen und die emeritierten Metaanalytikerinnen wild ihr Tanzbein schwingen, war ein für alle Mal geklärt, dass Cochrane Mitglieder mit Leidenschaft für evidenzbasierte Medizin dabei sind.



Das diesjährige Colloquium zum Thema „Filtering the information overload for better decisions“ fand vom 3. bis 7. Oktober in Wien statt.

Dank eines auf Initiative von der Studierendeninitiative UAEM (Universities Allied for Essential Medicines) von der MUW unterstützten Platzes konnte ich, zusammen mit 15 anderen Studierenden, an diesem Riesenevent teilnehmen.

Wir und weitere Studierende aus Österreich, der Schweiz und Deutschland konnten uns in einem Treffen organisiert von UAEM am Anfang des Colloquiums kennen lernen und gemeinsam teilnehmen.

Zwischen den Sessions von Cochrane hat auch UAEM eigene Veranstaltungen organisiert: Besonders gut besucht war eine Podiumsdiskussion zum Thema „Research funding and global health burdens: a tragic mismatch“, in der mögliche Alternativen zum derzeitigen Finanzierungs- und Anreizsystem in der Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln diskutiert wurden.

Wer Interesse den Aktivitäten von UAEM hat, kann sich z.B. auf ihrer Facebook-Seite informieren.

Mehr über Cochrane findet ihr auf [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org), wo auch die Cochrane Library, der Kern der Arbeit von Cochrane, zu finden ist.

# UNTEN IM KANINCHENBAU

Text: Chiara Tetzlaff

Fast alle Kinder kennen die Geschichte von Alice im Wunderland. Das weiße Kaninchen, die rote Königin und der verrückte Hutmacher sind weitläufig bekannt. Schon oft wurde die ursprüngliche Geschichte aufgegriffen. In Serien wird die Metapher häufig verwendet, und Verfilmungen werden Blockbuster.

Weniger bekannt hingegen ist, dass manche Menschen im Wunderland leben. Nicht in dem Sinn, dass sie von Spielkarten verfolgt werden, sondern, dass sie am Alice-im-Wunderland-Syndrom erkrankt sind.

Dieses Syndrom ist eine psychiatrische Erkrankung, die bereits 1955 vom britischen Psychiater John Todd beschrieben wurde. Im Englischen wird dieses Syndrom daher unter anderem auch als Todd-Syndrom bezeichnet. Er benannte dieses Syndrom nach dem Bestseller von Lewis Carroll „Alice’s Adventures in Wonderland“.

Er beschreibt eine Symptomgruppe, die Derealisation, Depersonalisation, Spaltung von Körper und Psyche, Wahrnehmungsveränderungen (auch Metamorphopsie), Schwebefühlen, Körperschemastörungen und Veränderungen des Zeitgefühls beinhaltet. Körperschemastörungen beschreiben eine verquere Wahrnehmung des eigenen Körper, der disproportioniert erscheint. So wirken zum Beispiel der Kopf oder die Extremitäten vergrößert.

Um das Bild von Alice noch zu festigen, tritt das Syndrom meistens bei Kindern auf, seltener bei Erwachsenen. Bei betroffenen Kindern verschwinden die Symptome dann meist im Laufe der Pubertät und sie entkommen dem Wunderland.

Doch Erkrankte befinden sich nicht ausschließlich im Wunderland, die Symptome sind inkonstant. Am häufigsten manifestieren sie sich bei Nacht, besonders in der Einschlafphase. Zu diesen Symptomen zählen die oben Genannten. Des Weiteren erleiden Erkrankte Angst- und Panikzustände, sie fürchten verrückt zu werden. Es kommt zu Halluzinationen und akustischen Wahrnehmungen wie Stimmen oder Musik. Auch der Tastsinn ist verändert, so fühlt sich der Boden schwammig an oder harte Objekte weich. Zu den psy-

chischen Symptomen kommen auch physische wie Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerzen, Blässe und Verwirrtheit.

Der genaue Grund für die Reise in den Kaninchenbau ist nicht bekannt. Aufgrund der Symptomatik wird eine funktionelle oder organische Veränderung des Lobus temporalis vermutet. Erschwerend kommt hinzu, dass das Syndrom selten alleine auftritt, sondern meist mit anderen Pathologien assoziiert ist, sowohl körperliche als auch psychische. Hierzu gehören Migräneattacken bei Kindern, Temporal-lappenepilepsie, fokale Anfälle, Gehirnläsionen, Delir, hohes Fieber, Drogenabusus, hypnagoge (= beim Einschlafen) und hypnopompe (= beim Aufwachen) Zustände, Virusinfektionen mit dem Ebstein-Barr-Virus und dem Coxsackie-Virus B1 sowie eine atypische Aura bei Migräne oder Epilepsie.

Therapeutische Ansätze sind eigentlich nicht existent. Der primäre Angriffspunkt ist die Grunderkrankung. Ist das Syndrom zum Beispiel durch Migräne ausgelöst, so sollte dieser unbedingt mit einer entsprechenden Prophylaxe begegnet werden. Erleidet ein Patient eine akute, starke Episode, so sollte er beruhigt und in eine vertraute Umgebung gebracht werden. Je nach Bedarf können auch Sedativa eingesetzt werden. Entwickelt sich ein chronischer Verlauf über die Pubertät hinaus, gilt dies als schwer behandelbar.

Häufig wird gesagt, dass es sich bei diesem Zustand um keine eigenständige Erkrankung handelt, zumindest gilt er nicht als solche. Stattdessen besteht er lediglich aus Begleitsymptomen von anderen Grunderkrankungen, wie zum Beispiel Migräne. Ob dies der Wahrheit entspricht oder es doch einen eigenen Grund gibt, ist



nicht bekannt. Eigenständiges Auftreten dieser Symptomatik ist sehr selten, und häufig beginnt es mit Kopfschmerzen. Doch manche Forscher fanden weiterführende Daten, zum Beispiel ein gesamter Familienstammbaum, der diese Symptome im Kindesalter erfuhr, oder bestimmte Anomalien während eines MRTs im Verlauf eines Anfalles.

Es ist auf alle Fälle sicher, dass das Wunderland kein schöner Ort ist. Das Gefühl des Realitätsverlustes, der Disproportionierung eines selbst oder der Umgebung und starke Kopfschmerzen sind kaum etwas, das als „wunderbar“ zu bezeichnen ist. Viele Erkrankten verschweigen ihren Zustand aus Angst vor dem Stempel der Verrücktheit, und da die Symptome eh meist ab den Zwanzigern verschwinden, sind vermutlich viele Fälle unbekannt.

Dennoch ist diese Symptomgruppe nicht zu missachten und bestimmt ein guter Ansatz für zukünftige Forschungen. Vielleicht ist dann in einigen Jahren bekannt, wie es am Grund des Kaninchenbaus aussieht.

# KRANK SEIN, OHNE DIE GELDTASCHE VÖLLIG AUSZULEEREN

Text: Luca Martelanz

Wann man krank wird, kann man nicht wissen. Unfälle sind ebenso unvorhersehbar. Man kann nicht voraussagen, ob man morgen einen Notarzt brauchen wird.

Besitzt du keine gültige, österreichische Krankenversicherung, musst du im Anfall tief in die Tasche greifen um deine medizinische Untersuchung und Versorgung zu bezahlen.

Am einfachsten ist es, wenn Studierende schon in einer gesetzlichen Krankenversicherung ihres Heimatlands pflichtversichert sind und wenn der zuständige Versicherungsträger der oder dem Studierenden eine Europäische Krankenversicherungskarte ausfertigt. Die Europäische Krankenversicherungskarte ist aber nur bei Aufenthalt in EU- und EWR-Staaten, sowie Mazedonien und der Schweiz gültig.

Wenn du in Österreich einen Job findest, um noch etwas Geld während des Studiums zu verdienen, und dabei mehr als 10 Stunden pro Woche arbeitstätig bist, dann ist dein/e ArbeitgeberIn verpflichtet dich in einer gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern. In diesem Fall muss dein/e ArbeitgeberIn die Versicherungsbeiträge zur Gänze übernehmen.

Studierende die geringfügig beschäftigt sind – das heißt sie verdienen für ihre Arbeit maximal 31,17 Euro täglich bzw. maximal 405,98 Euro monatlich – werden in Österreich nur unfallversichert. Wenn sie auch krankenversichert werden möchten, müssen sie einen Antrag für die Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung bei der zuständigen Gebietskrankenkasse oder bei der zuständigen Landesstelle der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) stellen. Keinen

Anspruch auf die Selbstversicherung haben Studenten, die Ruhegeld beziehen oder Grenzgänger sind. Weiters sind alle, die Arbeitslosengeld oder Kinderbetreuungsgeld erhalten, von der Selbstversicherung ausgenommen. Derzeit beträgt der monatliche Beitrag 57,30 Euro. Wenn man da etwas billiger rauskommen will, kann bei der Gebietskrankenkasse eine Selbstversicherung für Studierende abgeschlossen werden.

Ausländische Studierende, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung des Heimatlands noch nicht pflichtversichert sind und in Österreich neben dem Studium keiner Beschäftigung nachgehen, können sich nur selbst versichern. Für eine erfolgreiche Antragstellung musst du das aktuelle Studienblatt und eine Kopie der Bestätigung der Meldung im Zentralen Melderegister bei der zuständigen Gebietskrankenkasse vorweisen, denn ein Wohnsitz in Österreich ist Voraussetzung für Studierenden, die eine Selbstversicherung beantragen möchten. Der Beitrag zur Selbstversicherung bei der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) beträgt für Studierende derzeit 54,11 Euro pro Monat.



# NEU IM BÜCHER- SCHRANK

**BIOCHEMIE DES  
MENSCHEN**  
FLORIAN HORN  
6. AUFLAGE



„Ich finde dieses Buch sehr übersichtlich. Es behandelt medizinrelevante Prozesse sehr verständlich und schafft eine gute Verbindung zu physiologischen Geschehnissen und einzelnen Organsystemen. Es ist gerade für die Vorklinik ideal, könnte allerdings für leidenschaftliche Biochemiker etwas zu oberflächlich sein.“

Text: J. Hergeth

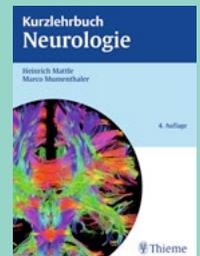
**CHECKLISTE  
ECHOKARDIOGRAPHIE**  
THOMAS BÖHMEKE  
5. VOLLSTÄNDIG ÜBER-  
ARBEITETE AUFLAGE



„Das Buch wirkt kompakt mit vielen Abbildungen. Dabei ist der Text für manche Geschmäcker wohl etwas zu knapp formuliert. Dafür punktet das Buch mit dem praktischen Kitteltaschenformat, das ein schnelles Nachsehen in der Famulatur ermöglicht.“

Text: J. Oswald

**KURZLEHRBUCH  
NEUROLOGIE**  
HEINRICH MATTLE,  
MARCO MUMENTAHLER  
4. AUFLAGE



„Obwohl es sich um ein Kurzlehrbuch handelt, ist dieses Exemplar sehr ausführlich. Es ist deshalb gut geeignet um sich schnell und vollständig in der Klinik oder dem Tertial einen Überblick über einzelne Krankheitsbilder zu verschaffen.“

Text: J. Hergeth



# THE NEW KIDS

## ODER: DAS NEUE TEAM



### WIR SUCHEN ...

**... eine/n ReferentIn für das Referat für Organisation und Schulungen.**

Dieses Referat ist zuständig für die Organisation von diversen, für die Öffentlichkeit bestimmten, Projekten. Dieses Semester wurden unter anderem bereits die Semester-Opening-Party, das vorweihnachtliche Stricken und ein Punschstand im Dezember geplant, vorbereitet und abgehalten. Des Weiteren ist das Referat für Organisation und Schulungen auch mit der Aufgabe betraut Workshops und Touren zu bestimmten Themenbereichen, sowie Teambuildingseminare, zu veranstalten.

**... eine/n ReferentIn für das Referat für Multimedia.**

Dieses Referat ist die Nachfolgeinstitution des Competence Center : Multimedia (cc:mm). Das Ziel dieses Referats ist es ÖH-intern und extern multimediale Serviceleistungen anzubieten und die Identifikation der Studierenden mit der Universität zu stärken. Die wichtigsten Arbeitsbereiche sind hier die Fotografie, Videoproduktion, graphische Designs, Dokumentation und technische Unterstützung von Projekten.

Wenn du dir vorstellen kannst eine der oben genannten Positionen zu übernehmen, dann schicke deine Bewerbung mit deinem Konzept für den betreffenden Bereich einfach an: [uv@oehmedwien.com](mailto:uv@oehmedwien.com). Die Bewerbungsfrist endet am 31. Dezember 2015.

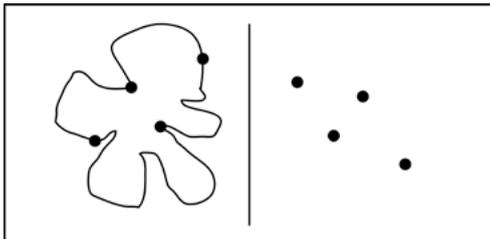
# DIE MEDAT CHALLENGE

## WORTFLÜSSIGKEIT

ATAHBNCEUABTS  
RBITEUN  
LRGLIAO  
EIATTNP

## FIGURENSPIEGELN

diese Figur gilt es möglichst exakt im gegenüberliegenden Feld zu spiegeln



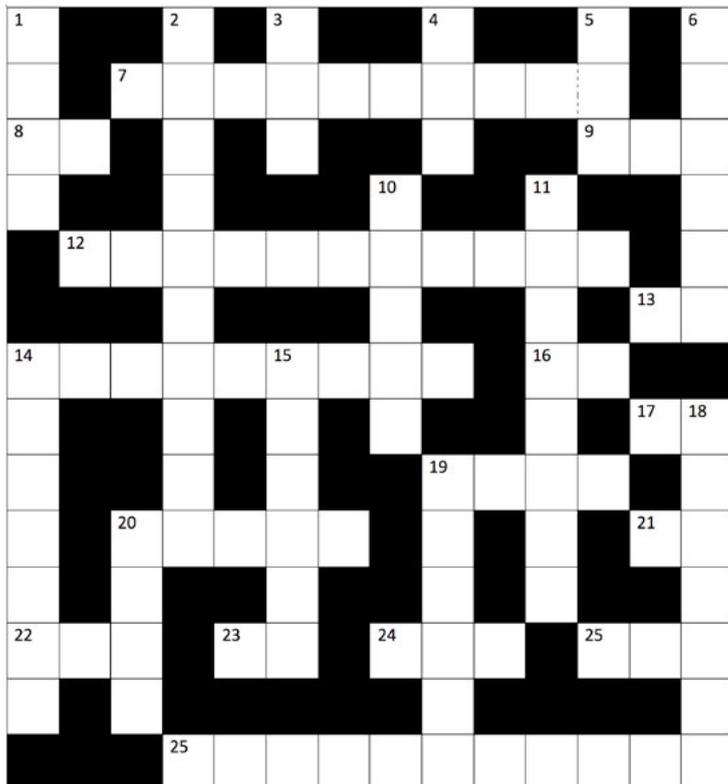
## SOZIALES ENTSCHEIDEN

„Ein Pharmakonzern steht vor der Wahl entweder in die Entwicklung eines Medikaments gegen Heuschnupfen, oder in die Entwicklung eines Medikaments gegen Tuberkulose zu investieren. Der Pharmakonzern entscheidet sich für die Investition in das Medikament gegen Heuschnupfen.“

Überlegungen:

- „Würde es besser sein, die Entscheidung von der Nachfrage nach beiden Medikamenten abhängig zu machen?“
- „Würde unsere Konkurrenz ebenfalls in das Medikament gegen Heuschnupfen investieren?“
- „Würde sich die Investition in das Medikament gegen Tuberkulose zwei Jahre nach Fertigstellung wirtschaftlich lohnen?“
- „Würden wir Marktanteile verlieren, wenn wir nicht in das Medikament gegen Heuschnupfen investieren?“
- „Würden wir mehr Menschen helfen, und auch mehr verdienen, wenn wir in das Medikament gegen Heuschnupfen investieren?“

(richtige Antwort: e) am relevantesten, d) am unwichtigsten)  
Richtige Reihenfolge (absteigend nach Wichtigkeit): e-a-c-b-d



## KREUZWORTRÄTSEL VON LUCA MARTELANZ

### WAAGRECHT

- 7** Welches Molekül aktiviert Caspase 9 und führt dadurch zur Apoptose? **8** Abk. GnRH stimuliert die Freisetzung von diesem Hormon aus dem HVL. **9** Abk. Medioklavikularlinie. **12** Unerwünschte Wirkung der Acetylsalicylsäure. **13** Abk. Für welchen Herzklappenfehler stellt die Ross-Operation eine invasive Therapie. **14** Antiarrhythmikum geeignet zur Therapie von ventrikulären und supraventrikulären Arrhythmien. **16** Abk. Vaskuläre Neoplasie bei HIV-Infizierten. **17** Mobitz-Block oder AV-Block welches Grades? **19** Abk. Rapid eye movement sleep. **20** Die Transplantation dieses Organs ist bei Pfortaderthrombose kontraindiziert. **21** Abk. Kontraindikation für den Einsatz von Renininhibitoren. **22** Abk. Elektrokardiogramm. **23** Abk. Mitralstenose. **24** Infektion mit diesem Retrovirus führt zu einer Zerstörung der CD4+-Lymphozyten. **25** Abk. Erniedrigte Werte dieses Lipoproteins gelten als Atherosklerose-Risikofaktor. **26** Die Konzentration dieses Hormons nimmt in der Lutealphase des weiblichen Zyklus an.

### SENKRECHT

- 1** Für welches lymphatisches Organ sind Pinselarteriolen charakteristisch?  
**2** Hauptgefahr der Nierenarterienstenose.  
**3** Abk. Welcher Parameter steigt 4 bis 8 Stunden nach einem Myokardinfarkt an und erreicht ein Maximum nach 16 bis 48 Stunden?  
**4** Abk. Welches Plasmaprotein ist bei akuten Entzündungen erhöht?  
**5** Abk. Kardiomyopathie gekennzeichnet durch Ventrikelvergrößerung und keiner Myokardverdickung.  
**6** Welche Gelenkfehlstellung im Knie führt zu X-Beinen?  
**10** Klassisches Kardinalsymptom der Entzündung.  
**11** Welche Erkrankung ist sehr häufig die Ursache einer Thrombopenie?  
**14** Oft vorkommendes Symptom bei Patienten mit Leberzirrhose.  
**15** Koagulase-positive Staphylokokken-Spezies.  
**18** Welches Hormon hemmt die Freisetzung von Fettsäuren aus dem Fettgewebe?  
**19** Welcher Knochen artikuliert mit dem Humerus und den Handwurzelknochen?  
**20** Abk. Liggamenta.



# #GOSERPENTS #DERGRÜNEBLOCK #SCHLANGENGRUBE

22  
Service

Du hast vermutlich schon davon gehört oder auch hier in der Fieberkurve gelesen. Die MedUni Wien hat seit ca. einem Jahr ein Basketballteam – die Serpents. Doch wer steht dahinter und was hat das eigentlich mit dir zu tun?

Vor einem guten Jahr taten sich zwei WU Studenten zusammen, denn sie hatten eine Vision. Nämlich die erste österreichische College Sport Liga ACSL (Austrian College Sports League) zu gründen, in der die Begeisterungsfähigkeit für Sport und Uni und der Austausch zwischen Studierenden der verschiedenen Fachrichtungen im Vordergrund stehen. Der gemeinsame Sport verbindet nicht nur die SpielerInnen, sondern schafft auch ein Zugehörigkeitsgefühl für die anfeuernden Mitstudierenden und bietet den perfekten Rahmen, sich weiterzuentwickeln und mit anderen auszutauschen. Da die beiden Jungs selber Basketball-Spieler waren, begannen sie mit dem Aufbau von Basketballteams an den verschiedenen Unis. Bereits ein Jahr später fand im Rahmen der MayMadness ein Turnier zwischen 6 Teams statt: den WU Tigers, den Juridicum Penguins, den ZSU Stallions (= Zentrum für Sportwissenschaft und Universitätssport der Hauptuni), den BOKU Bees, den TU Robots und natürlich den MedUni Serpents. Nach der Sommerpause ist die ASCL jetzt zurück mit neuen Teams, aufregenden Events und jede Menge Spaß und Entertainment! Im Studienjahr 2015/16 sollen nun auch Universitäten

der übrigen Bundesländer mit dem ACSL Virus infiziert werden: neu mit dabei im Rennen um den Titel sind die FH Wr. Neustadt, Uni Salzburg, Uni Innsbruck, Uni Graz, Uni Klagenfurt (Alpe Adria Uni KLGFT) sowie die Uni Linz (JKU Linz). Neben dem Steckenpferd der ACSL, Basketball, werden dieses Jahr zudem American Football und Beach Volleyball angeboten. Bei insgesamt sieben Events haben die (Basketball-) Teams die Chance ihr Bestes zu geben und ihre Fans zu begeistern. Bevor es im Mai 2016 bei der MayMadness um den Sieg geht, müssen sich die Teams in vier Runden für den Einzug ins Finale erst einmal qualifizieren. Beim „Halloween Qualifier“ spielten bereits die WU (WU Tigers), TU (TU Robots) und ZSU (ZSU Stallions) um die Qualifikation. Anfang Dezember kämpfen Juridicum (Juridicum Penguins), MedUni (MedUni Serpents) und BOKU (BOKU Bees) um den Einzug in die Finalrunden im Mai. Im Frühjahr 2016 finden die Qualifier in Graz (5.3.) und Innsbruck (16.4) statt, bevor es im Mai schließlich soweit ist - die MayMadness startet und die besten Teams kämpfen in drei Runden um den zweiten Titel in der ASCL-Geschichte! Warum wir dir das alles erzählen? Bei den



Spielen kannst du nicht nur ein Basketballspiel verfolgen oder schönen Menschen beim Sport zusehen, nein, die Spiele sind ein fulminantes Spektakel. Es gibt Showacts, Musik und nicht zu vergessen die fantastische Stimmung im Grünen Block – der Fanbase der MedUni Serpents. Außerdem werden in regelmäßigem Abstand Partys von den Serpents veranstaltet, die fast schon legendär geworden sind. Deshalb können wir nur sagen: wirf dich in (grüne) Schale und schau einfach mal vorbei. Es zahlt sich wirklich aus!  
#Ssssssss

## TERMINE

**12. Dezember 2015**

### **Christmas Qualifier**

(Juridicum Penguins, MedUni Serpents, BOKU Bees)

**5. März 2016**

### **Graz Qualifier**

**16. April**

### **Innsbruck Qualifier**



## TERMINE



Welcome-Drink für die ersten 100 Gäste.

**18. DEZEMBER**  
AB 23:00 – THE LOFT



**17. 12. 15 – LIEBE**

**21. 01. 16 – DER MEDICUS**

### Get tÖHgether

Du hast was auf dem Herzen oder möchtest ganz einfach auf dem Laufenden bleiben? Sei neugierig und komm' vorbei, wir freuen uns auf dich!

**Jeden 2. Mittwoch  
um 18 Uhr**

Der Ort wird spätestens am Vortag auf unserer Facebookseite bekanntgegeben:  
[fb.com/OehMedizinWien](https://www.facebook.com/OehMedizinWien)



SCHON PROBIERT?

### LINSEN-KOKOS-SUPPE

- 1 Zwiebel
- 1-2 Knoblauchzehen
- 1 rote Paprikaschote
- 1 große Karotte
- 1 Stück frischer Ingwer (ca. 3 cm)
- 1-2 EL Öl
- 2-3 TL mildes Currypulver
- 175 g rote Linsen
- 700ml klare Gemüsesuppe
- 400 ml ungesüßte Kokosmilch

Zwiebel, Knoblauch, Paprika, Karotte, Ingwer waschen, schälen und klein würfeln. Das Öl in einem Topf erhitzen. Zwiebel, Knoblauch, Ingwer und Currypulver darin unter Rühren ca. 1 Min. andünsten.

Linse in einem Sieb abwaschen, abtropfen lassen. Mit Paprika, Sellerie und Möhre in einen großen Topf geben. Klare Gemüsesuppe und Kokosmilch dazugießen und aufkochen. 20-25 Min. sanft kochen lassen bis die Linsen zerfallen sind und das Gemüse weich ist.

Suppe mit dem Pürierstab pürieren und nach Belieben würzen.

## BERATUNG

IM AKH, EBENE 6M:

### ALLGEMEINE BERATUNGSZEITEN

Mo: 10 - 16 Uhr, Di bis Fr 10 - 14:30 Uhr  
geschlossen: 21. 12. 15 - einschl. 6. 1. 16  
In dieser Zeit finden keine Hepatitis-  
Impfungen und Titer-Bestimmungen statt.

### OFFENER BÜCHERSCHRANK

Di bis Do: 10 - 14:30 Uhr

### STV HUMANMEDIZIN

Mo: 16 - 17 Uhr

### SOZIALPOLITISCHE ANGELEGENHEITEN

Di: 10 - 12 Uhr (6M inkl. Studieren mit Kind)  
Mi: 12:30 - 14:30 Uhr (6M)  
Do: 12 - 14 Uhr (Zahnklinik)

### INTERNATIONALE ANGELEGENHEITEN

Di: 12:30 - 14:30 Uhr

### SPORTANGELEGENHEITEN

Do: 12 - 14 Uhr

### AMSA

Di: 12 - 14 Uhr

### STUDIEN- & MATURANT/INNEN-BERATUNG

Di und Mi: 12:30 - 14:30 Uhr  
Vorklinikkammerl, Histologie

### STV ZAHNMEDIZIN

Di: 18 - 19 Uhr  
im ÖH-Büro, Sensengasse 2a

### STUDIEN- & PRÜFUNGSABTEILUNG

Mo, Mi, Fr: 9 - 12 Uhr  
Di: 9 - 15 Uhr, Do: 14 - 17 Uhr  
Bauteil 88

geschlossen: **21. 12. 15 - einschl. 6. 1. 16**

### BILDQUELLENVERZEICHNIS

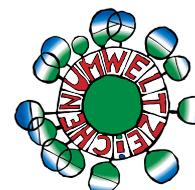
S. 3: Referat für Multimedia; S. 13: Wikipedia; S. 16: Muriah Umoquit (Cochrane);  
S. 18: Disney; S. 19: Wikimedia Commons; S. 20: Referat für Multimedia; S. 22: MedUni Wien Serpents; S. 23: [www.kuechengoetter.de](http://www.kuechengoetter.de);  
S. 2, 15 und 24: bezahlte Inserate (Die inhaltliche Verantwortung für Inserate liegt beim Auftraggeber.)

### IMPRESSUM

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

Chefredakteur: Johannes Oswald; Redaktion: Mirlinda Ademi, Marlene Hahn, Jennifer Hergeth;  
AutorInnen: Teresa Haider, Luca Martelanz, Max Niederer, Berivan Osso, Annika Röthenbacher, Chiara Tetzlaff, Mareike Thies;  
Gestaltung: Jakob Zerbes, Marlene Hahn

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





# KABEG

## Basisausbildung Medizin in den Kärntner Landeskrankenanstalten

Ab sofort werden im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, im LKH Villach und im LKH Wolfsberg Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums in die Basisausbildung aufgenommen!

Zu Beginn Ihrer Basisausbildung erhalten Sie einen genauen Fahrplan an welchen Abteilungen sie zu absolvieren ist und welche theoretischen Schulungen vorgesehen sind. Sie haben an jeder medizinischen Abteilung eine/n ärztliche/n Ansprechpartner/in.

Die Dauer der Basisausbildung beträgt 9 Monate, Sie erhalten allerdings sofort eine Anstellung für ein Jahr. Ziel ist, dass Sie während der Basisausbildung zeitgerecht eine qualifizierte Entscheidung über Ihren weiteren Ausbildungsweg treffen können. Wir unterstützen Sie in der Planung.

Wir bieten Ihnen bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 48 Stunden **ein Gehalt von rund EUR 4.500,-** (brutto inklusive Zulagen und 4 Nachtdiensten monatlich, davon 1 So), ein erhöhtes Urlaubsausmaß von 224 Stunden (entspricht mind. 28 Tagen) und Unterstützung bei der Wohnungssuche bzw. Kinderbetreuung. Die Ausbildung kann auch in Teilzeit absolviert werden.

Bei Interesse übermitteln Sie Ihre Unterlagen bitte an:

Renate Travnik-Guggenberger

Tel.: +43 463 55212-50105

E-Mail: [turnus@kabeg.at](mailto:turnus@kabeg.at)

Homepage: [www.kabeg.at](http://www.kabeg.at)

