



FIEBERKURVE



SCHWERPUNKT

STUDIUM

GESELLSCHAFT

Medizin im Krieg

Projekt: Blockprüfungen

Serie: Gesundheitsberufe
Ergotherapie

AUSTRODOC

DIE MESSE DER ÖSTERREICHISCHEN KLINIKEN

**„TRAINIEREN WIE DIE PROFIS“
SCHWERPUNKT MEDIZINISCHE SIMULATION**

AustroDoc ist die österreichische Ausbildungs- und Jobinformationsmesse für Medizinstudierende sowie Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung und wird von den österreichischen Landeskrankenhausträgern an den Orten Wien, Graz, Salzburg und Innsbruck veranstaltet.

Veranstalter:

gespag

KABEG



KRAGES
BURGENLÄNDISCHE
KRANKENANSTALTEN
GESELLSCHAFT M.B.H.

Landeskliniken-Holding
WIRL GESUNDHEIT UNSER ZIEL

tirol kliniken

UNIKLINIKUM
SALZBURG



VORARLBERGER
LANDESKRANKENHÄUSER

Kooperationspartner:

derStandard.at



Weitere Informationen unter
www.austrodoc.at



17.01.2018
10-16 Uhr
Paracelsus Medizinische
Privatuniversität – Salzburg

29.11.2017
10-16 Uhr
AKH-Hörsaalzentrum –
MedUni Wien

18.01.2018
10-16 Uhr
tirol kliniken Ausbildungs-
zentrum (AZW) – Innsbruck

30.11.2017
10-16 Uhr
LKH-Univ. Klinikum Graz –
Hörsaalzentrum

WANTED

**VORARLBERG
SUCHT**



★ TURNUSÄRZTE ★

€ 72.000

brutto p.a.

REWARD



www.arbeiten-in-vorarlberg.at

Inhalt

STUDIUM



Projekt: Blockprüfungen	4
Ein regnerischer Sommer - KPJ in England	5
Wie plane ich mein KPJ?	6
Briefe aus dem KPJ	7

SCHWERPUNKT



Kriege der Welt	8 - 9
Medizinische Versorgung im Krieg	10
Ärzte ohne Grenzen	11
Über die Medizin im Krieg - ein Interview	12 - 13

GESELLSCHAFT



Kranzniederlegung	15
Neglected Diseases	16
Die HIV-Postexpositionsprophylaxe	17
Die Ergotherapie	18 - 19
Anekdote aus dem OP	20 - 21
Medikamentenpreise	22

EXTRAS



Last but not Least	23
--------------------------	----

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Punsch, Kekse, Christbaum, Geschenke und erste „Motivierte“ beim Block 9 – Lernen. Es ist nicht zu übersehen: Es geht auf Weihnachten zu.

Bevor alles in Zuckerguss oder eben Glühwein getaucht wird, möchten wir uns in dieser Ausgabe noch einmal einem sehr ernsthaften Thema zuwenden: Der Medizin im Krieg. Kriege haben die Medizin geprägt und die Medizin hat auch die Kriegsführung und das (Über-)Leben der Soldat_innen geprägt.

Weiters starten wir in dieser Ausgabe mit einer Serie, in der wir euch verschiedene Gesundheitsberufe und deren Aufgabengebiete vorstellen möchten. Wir sollten ja als Ärzt_innen später mit allen Gesundheitsberufen gut zusammenarbeiten und unsere Patient_innen bei Bedarf richtig überweisen. Am Beginn dieser Ausgabe stellen wir dir ein neues Pilotprojekt vor und du erfährst anschließend auch einiges zum KPJ.

Wir wünschen dir eine besinnliche Adventszeit und weiterhin ein erfolgreiches Studium,

deine Redaktion

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



Projekt: Blockprüfungen

Text: Johannes Oswald

Die SIP ist ein Schmarren. Soweit sind wir uns alle in der ÖH Med Wien einig und auch viele Lehrende sind mittlerweile unserer Meinung. Trotzdem scheint die MedUni keine echte Motivation zu entwickeln, etwas daran ändern zu wollen. Deshalb haben wir beschlossen: Wir machen es selbst.

Na gut, wir können natürlich nicht ohne die Uni unsere vorgeschriebenen Prüfungen verändern. Aber wir können der Uni zeigen, dass es andere Möglichkeiten gibt und dass diese Möglichkeiten auch real umsetzbar sind! Die Hauptargumente seitens der Uni gegen eine Änderung des SIP-Systems sind stets die Ressourcen und der (Verwaltungs-) Aufwand. Schon bei der Teilung der SIP 1, die kaum Ressourcen braucht, da ja zwei halb so lange Prüfungen daraus wurden, mussten wir uns jahrelang anhören, was das nicht angeblich für ein Aufwand sei. Das SIP-System stellt im Vergleich mit anderen Studiengängen und Universitäten, bezogen auf die hohe Studierendenzahl, das wahrscheinlich mit Abstand billigste und administrativ einfachste Prüfungssystem dar. 6 Prüfungstermine bzw. pro Studierende_r eine Prüfung im Jahr, die Korrektur übernimmt der Computer –

billiger geht es nicht.

Deshalb war die Ausgangsüberlegung für dieses Pilotprojekt ein praktisch umsetzbares und ressourceneffizientes System zu entwerfen, welches den Ansprüchen an eine universitäre Prüfung gerecht wird und die bekannten Kritikpunkte an der SIP minimiert, also z. B. auch neue Fragenformate enthält. Dabei wollen wir idealerweise mit Systemen arbeiten, die an der MedUni bereits vorhanden sind, um den organisatorischen und finanziellen Aufwand so gering wie möglich zu halten.

DIE IDEE:

Wir haben ein Programm an der Universität, das im Wesentlichen alle Anforderungen für eine ordnungsgemäße Prüfung erfüllt und auch schon (im Rahmen des immanenten Prüfungscharakters) zum Einsatz kommt: Moodle. Moodle kann alles, was wir uns wünschen können. Man kann falsche oder nicht eindeutige Fragen nachträglich eliminieren, kann nach Beendigung der Prüfung die Fragen einsehen, es ist an der Uni bereits vorhanden und verursacht somit keine zusätzlichen Kosten und das Beste von allem: Moodle enthält eine Fülle von

unterschiedlichen Fragenformaten, die wir einfach nur nutzen müssten. Das sind verschiedene Bild-Zuordnungsfragen, Rechnungsaufgaben, Lückentexte, Short-Answer, etc. - alles wird selbstverständlich vom Computer automatisch ausgewertet.

Der einzig wirkliche Nachteil ist, dass unsere Uni bisher nur die PCs für die gleichzeitige Prüfung von ca. 120 Studierenden hat, wenn man die Prüfung nicht auf unzählige, kleine Seminarräume aufteilen will. Das heißt, dass man für eine Blockprüfung bis zu 7 Durchgänge bei einem Hauptantrittstermin brauchen könnte.

Mit dieser Idee starten wir nun heuer Testdurchläufe. Wir wollen Blockprüfungen mittels Moodle in Kooperation mit Blockkoordinatoren in ausgewählten Blöcken unter realistischen Bedingungen testen. Dazu brauchen wir aber eure Hilfe. Wir werden uns – über diverse Medien – bei dir melden, wenn wir in einem Block, den du gerade absolviert, einen Probedurchgang planen. Und falls das im Laufe des Jahres einen Block in deinem Jahr betrifft, bitten wir dich: Mach mit! Hilf uns, der Uni zu zeigen, dass die SIP nicht alternativlos ist!

WARUM MÖCHTEN WIR WEG VOM SIP-SYSTEM?

- Der extrem große Stoffumfang macht es annähernd unmöglich, dass wir tatsächlich den gesamten geforderten Stoff lernen.
- Dies führt zu reinem Altfragen-Lernen.
- Dadurch müssen die Studierenden große Teile des Stoffumfangs des Studiums faktisch nie lernen. Nur in einigen Fächern, in welchen der immanente Prüfungscharakter ernst genommen wird, wird mit Lehrbüchern und nicht nur mit Altfragen gelernt. Es ist nicht nachvollziehbar, warum einige Fächer gar nicht, andere hingegen exzessiv erlernt werden müssen.
- Die teilweise sehr schlechte SIP-Fragenqualität führt dazu, dass Detailwissen abgeprüft wird, ohne dass die wesentlichen Züge des Stoffs beherrscht werden müssen.
- Die starke Einschränkung auf nur zwei sehr ähnliche Fragenformate (Multiple und Single Choice) führt dazu, dass manche Sachverhalte nur schwer in den Prüfungsfragen abgebildet werden können und schränkt Lehrende beim Schreiben von neuen Prüfungsfragen ein, was die SIP-Fragenqualität weiter verschlechtert und nur wenig Raum für Verbesserungen lässt.

Ein regnerischer Sommer - oder: KPJ in England

Text: Leon Fierek

Diesen Sommer habe ich im Rahmen des KPJs 8 Wochen auf der Akut- und Intensivstation des University Hospital Southampton verbracht. Neben meiner Begeisterung für englisches Fast Food, One-Pound-Shops und dem Wunsch, mein Englisch zu verbessern, wollte ich sehen, wie das Gesundheitssystem in Großbritannien aufgebaut ist. Gleich vorneweg: Auch in England gibt es Aufnahmebögen, Infusionen und Bettpfannen – und trotzdem Unterschiede zu Österreich:

Mit Scrubs und neuen weißen Sneakers im Rucksack habe ich mich an meinem ersten Arbeitstag auf den Weg zum Krankenhaus gemacht. Dort angekommen wurde mir relativ schnell klar, dass ich etwas underdressed war, denn alle Ärzte trugen Lederschuhe, feine Hose, Hemd und teilweise Krawatte, die Ärztinnen fast alle Kostüm. Als ich dann beim ersten Blutabnehmen meinen Stauschlauch aus der Tasche holte, sagte man mir, dass dieser aus Hygienegründen im Krankenhaus verboten sei – wo war ich denn hier gelandet? Auch die Vorhänge um die Betten kannte ich so nur aus den Harry Potter Filmen. Sehr gefallen hat mir hingegen die flache Hierarchie, die so in Österreich unvorstellbar ist: Vom Assistenzarzt bis hin zur Abteilungsleiterin sprachen sich alle nur mit Vornamen an – und der jeweils diensthabende Oberarzt spendierte täglich den Assistenzärzten Kaffee von Starbucks. Kiloschwere Pa-

tientenkurven gab es auch nicht, da fast alles elektronisch gehandhabt wird.

In Großbritannien beginnt die Assistenzarztausbildung mit dem so genannten „Foundation Programme“, das über zwei Jahre läuft. In dieser Zeit steht man unter besonderer Supervision mit regelmäßig stattfindenden Simulationstrainings und State-of-the-Art-Präsentationen. Alle 6 bis 8 Wochen rotiert man in den Abteilungen, bevor dann die Entscheidung ansteht, in welche Richtung es bei der Facharztausbildung geht. Dies mag Ähnlichkeiten zur Basisausbildung hier in Österreich haben, nur eben ohne bürokratische Schikanen, dafür aber mit Oberärzten, die einem wirklich etwas beibringen wollen.

Für mich war dieses Tertiär eine sehr interessante und lehrreiche Zeit, obwohl ich als Studierender – wie in U.K. generell üblich – eher

eine „Observer Role“ hatte und leider nicht selbstständig Patienten betreuen konnte.

Ich kann mir zum jetzigen Zeitpunkt dennoch gut vorstellen, zumindest für das Foundation Programme nach England zu gehen, um gerade zu Beginn meiner Zeit als Arzt möglichst viel zu lernen. Beeinflusst wird diese Entscheidung übrigens nicht vom englischen Essen – nach acht Wochen ist irgendwann auch mal gut mit Baked Beans, Sandwiches und Fish&Chips. Zumindest bis zum nächsten Mal.



Das National Health Care System, kurz NHS, ist das staatliche Gesundheitssystem in Großbritannien und wurde bereits 1948 gegründet. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern, wird es nicht über Krankenversicherungen, sondern über Steuergelder finanziert. Alle in Großbritannien lebenden Menschen erhalten somit eine kostenfreie Gesundheitsversorgung. Damit verbunden sind aber eine chronische Unterfinanzierung des NHS, sowie meist lange Wartezeiten für Patient_innen – dennoch gilt es als sehr gutes Gesundheitssystem. Dies liegt unter anderem auch daran, dass die ärztliche Ausbildung als exzellent gilt – schon früh lernt man, in Eigenverantwortung Patient_innen zu betreuen und orientiert sich bei der Therapie an einer Vielzahl von Algorithmen.



Wie plane ich mein KPJ?



Text: Kassandra Settele

Bald hast du es geschafft – das letzte Jahr des Medizinstudiums steht dir bevor! Diesmal ist es allerdings nicht mit einer Kleingruppenanmeldung getan – die Ausbildungsstelle(n) für das Klinisch-Praktische Jahr musst du dir selbst organisieren.

Genereller Ablauf

Im KPJ verbringst du ein Tertial von jeweils 16 Wochen in der Inneren Medizin (Tertial A) sowie der Chirurgie (Tertial B). Diese 16 Wochen musst du durchgehend in einem Krankenhaus absolvieren, es ist aber möglich nach 8 Wochen die Abteilung zu wechseln.

Im Tertial C kannst du dir ein Fach für 16 Wochen oder zwei Fächer für jeweils 8 Wochen frei auswählen – es ist auch möglich, das Krankenhaus zu wechseln oder 8 Wochen ein nicht-klinisches Fach wie z.B. Public Health auszusuchen.

Welche Fächer jeweils für welches Tertial angerechnet werden können, erfährst du auf der Internetseite zum KPJ (kpj.meduniwien.ac.at).

In welcher Reihenfolge du die Tertiale absolvierst, bleibt dir überlassen. Wichtig sind jedoch die Einstiegstermine, die von der MedUni vorgegeben sind. In jedem Jahrgang ist es möglich, das erste Tertial am ersten Montag im August zu beginnen, danach gibt es einen weiteren Einstiegstermin alle 8 Wochen. Das letzte Tertial ist damit Anfang Juli abgeschlossen und du kannst direkt im Anschluss an der Return Week teilnehmen.

Bewerbung

Für eine KPJ-Stelle bewirbst du dich, ähnlich wie bei einer Famulatur, direkt am Krankenhaus bzw. der Abteilung deiner Wahl. In Frage kommen dabei in Österreich neben den Universitätskliniken die akkreditierten Lehrkrankenhäuser der MedUni Wien.

Du bist jetzt nicht mehr an Wien gebunden, sondern kannst in jedem Bundesland eine Stelle finden. Auf der Internetseite findest du unter dem Punkt „Lehrkrankenhäuser“ eine Gesamtliste der akkreditierten Spitäler, auf der auch steht, an welchen Abteilungen Plätze angeboten werden.

Wenn du ein Krankenhaus bzw. eine Abteilung gefunden

hast, wo du gerne hin möchtest, kannst du telefonisch, per E-Mail oder per Post um eine freie Stelle anfragen. Einige Abteilungen verlangen bei der Bewerbung ein Motivationsschreiben und einen Lebenslauf, sichten diese teilweise auch und laden dich zu einem Vorstellungsgespräch ein; andere vergeben ihre Plätze einfach nach dem first-come-first-served Prinzip.

Neben dem Wunschtermin, zu dem du dein Tertial absolvieren möchtest, kann es sinnvoll sein, einen Alternativtermin anzugeben. Je nachdem, wie beliebt die Abteilung ist, ist es nötig, dich einige Monate bzw. Jahre vorher zu bewerben. Du kannst dich bei den meisten Lehrkrankenhäusern bewerben, sobald die Einstiegsstermine für das Studienjahr, in welchem du KPJ machen möchtest, bekannt gegeben wurden. Meistens ist das ca. zwei Jahre vor Beginn deines KPJs.

Ausland

Während des KPJs hast du die Möglichkeit, ins Ausland zu gehen. In Frage kommen dabei Universitätskliniken und Lehrkrankenhäuser ausländischer Universitäten, an denen du dich eigenständig bewerben musst, eine Bewerbung über das Erasmusprogramm ist nicht möglich. Du kannst allerdings nach einer erfolgreichen Bewerbung in einem Erasmus-Land beim International Office der MedUni um Erasmus-Förderung ansuchen.

Im Ausland bist du nicht an die Einstiegstermine der MedUni gebunden. Besonders wenn du ins Ausland gehen möchtest, ist eine frühe Planung wichtig. Viele Kliniken vergeben ihre Plätze für „clinical electives“ ca. ein Jahr bis anderthalb Jahre im Voraus. Auch die Unterassistentenstellen in der Schweiz sind sehr beliebt und werden teilweise schon mehr als zwei Jahre im Voraus vergeben.

Für die Anerkennung ist es notwendig, dass die Partneruni bzw. das Lehrkrankenhaus im Vorhinein ein Training Agreement ausfüllt. Dieses gibt es im Med-Campus auf Deutsch und auf Englisch zum Download. Damit dein Auslandstertial angerechnet wird, solltest du mindestens einen Monat vorher die Anmeldung beim International Office abgeschlossen haben. Die genauen Fristen findest du auf der Seite des International Office.

Erfahrungsberichte

Auf den Internetseiten pj-check.at und pj-ranking.de kannst du die Bewertungen ehemaliger KPJ-Studierender zu ihren Tertialen im In- und Ausland sowie teilweise weitere Informationen zur Bewerbung und zum Ablauf des Tertials nachlesen. Es lohnt sich reinzuschauen!



Briefe aus dem KPJ



Text: Autor_in der Redaktion bekannt

„Klare und verbindlich geregelte Anwesenheitszeiten sind im KPJ ein wichtiges Qualitätskriterium.“ So steht es auf der KPJ-Website der MUW. Nur wissen davon (zum Glück) viele Lehrabteilungen nichts. Ich habe in den letzten Wochen in einem großen Wiener Spital die Arbeitszeiten von meinen KPJ-Kolleg_innen und mir verglichen und eines ist klar: Sie sind auf jeder Abteilung anders. Die Kernarbeitszeit endet auf den Abteilungen üblicherweise irgendwann zwischen halb eins und halb vier.

Je nach Geschmack der Abteilung sind die vorgeschriebenen 35 Wochenstunden egal oder es werden

irgendwelche schwindeligen Rechnungen angestellt, warum das schon so passt, wie es ohnehin ist. Es gibt ja auch 15% „Selbststudienzeit“ laut KPJ-Website. Ob das jetzt Anwesenheit bedeutet oder nicht, ist, zum Glück für die Abteilungen, offenbar nicht geregelt.

Auch, ob es für einen Nachtdienst ein oder zwei Ausgleichstage gibt, ist je nach Abteilung verschieden. Und auch die Kontrolle der Anwesenheitszeiten variiert. Ich bin auf einer vorbildlich liberalen Abteilung, somit wird meine Anwesenheitszeit gar nicht kontrolliert. Auf anderen Abteilungen muss man jeden Tag im Sekretariat unterschreiben und anderswo muss man gar wie in

manchen Tertialen im 5. Jahr jeden Tag eine_n Ärzt_in unterschreiben lassen. Ich rede hier wohlgermerkt ausschließlich von einem einzigen Krankenhaus.

Zusammenfassend sind die Vorschriften der Uni den Lehrabteilungen egal. Eigentlich so egal, dass sie diese vielfach gar nicht kennen. Das ist meistens durchaus zu unserem Vorteil, weil die MUW-Vorschriften natürlich wiederum übertrieben strikt sind und in keiner Weise darauf ausgelegt sind, mit den realen Gegebenheiten in unterschiedlichen Lehrabteilungen in Einklang gebracht zu werden. Und wenn es mal Unklarheiten gibt, gibt es eine goldene Regel: IMMER zuerst versuchen, Angelegenheiten innerhalb der Lehrabteilung zu lösen. Wenn man die MUW fragt, bekommt man – wie wohl jede_r KPJler_in nach mind. 5 Jahren Studium wissen sollte – so gut wie nie Kulanz und üblicherweise die traditionelle MUW-Antwort: Gibt's net, hamma net. Des is so, des woascho imma so und do kennt jo sunst a jedah kumman!



Kriege der Welt

Text: Patrick Fegerl



Libyen

Aufgrund des Machtvakuumms, das dem Tod von Muammar al Gaddafi im Bürgerkrieg 2011 folgte, spaltete sich das Land in einen westlichen und einen östlichen Teil. Während die westliche Regierung international anerkannt ist, wird der östliche Teil von der islamistischen Gegenregierung verwaltet. Seit 2014 befinden sich die zwei Regierungen im Krieg. Auch der IS und al-Qaida konnten sich in Libyen etablieren. Viele der 435.000 Vertriebenen flüchten nach Tunesien.

Drogenkrieg in Mexiko

2006 startete Präsident Felipe Calderon in Zusammenarbeit mit den USA eine Offensive gegen die mexikanischen Drogenkartelle, was in einer Eskalation der Gewalt mündete, die bis heute andauert und zwischen 80.000 und 100.000 Leben gefordert hat. 2017 nahm die Zahl der Toten mit 12.000 in sieben Monaten weiter zu. Eine Folge des Konflikts ist die große Zahl unbegleiteter Minderjähriger, die jährlich über die Grenze von Mexiko in die USA flüchtet.

Boko Haram in Nigeria

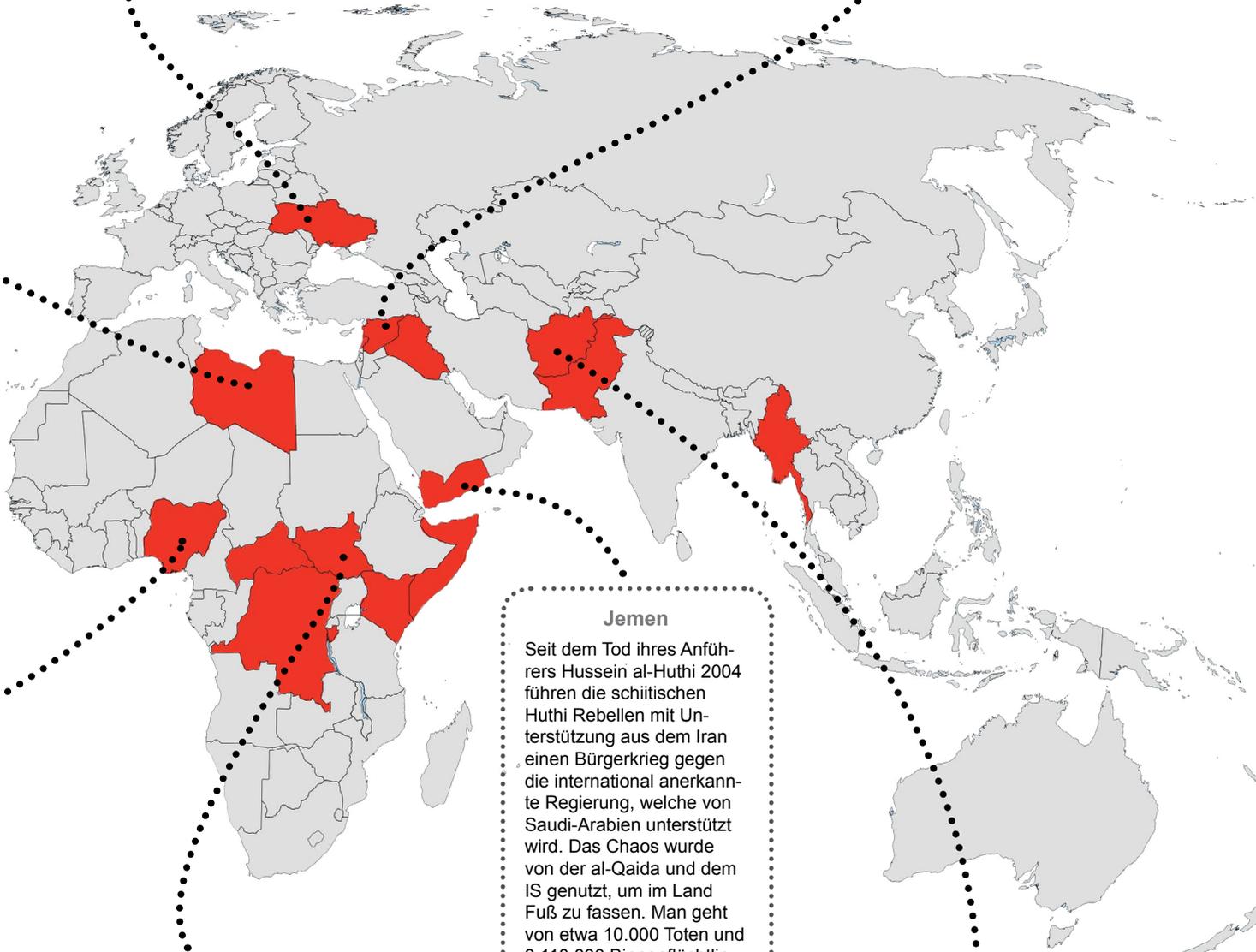
Die 2002 gegründete islamistische Terrororganisation Boko Haram ist seit 2009 vor allem im Norden Nigerias militärisch aktiv, wo sie im August 2014 ein Kalifat ausrief. Inzwischen wurde der Großteil der Gebiete von der nigerianischen Regierung zurückerobert. Die Zahl der Opfer liegt bei 52.000 und 1.900.000 Menschen verloren ihr Zuhause. Im März bekundete die Boko Haram dem IS Gefolgschaft.

Ukraine

Als Russland im März 2014 die Krim annektierte, riefen prorussische Separatisten im Osten des Landes die Volksrepublik Luhansk und Donezk aus, wo seither trotz formalem Waffenstillstand gekämpft wird. Es wird von über 10.000 Opfern und 1.600.000 Vertriebenen ausgegangen.

Syrien

Im Rahmen des arabischen Frühlings 2011 arteten Proteste gegen Präsident al-Assads Regime zu einem Bürgerkrieg aus, der mit mehr als 500.000 Toten und 12 Millionen Binnenflüchtlingen 2017 der verlustreichste Krieg ist. Während die USA mit der Türkei und Saudi-Arabien die Rebellengruppen der SDF (Syrian Democratic Forces) unterstützt, hält Russland an einer Lösung unter Assad fest, was zur Bewaffnung beider Seiten geführt hat. Der IS, ursprünglich eine Tochterorganisation der al-Qaida im Irak, kämpft sowohl gegen die Regierung, als auch gegen die SDF und weitete sein Einsatzgebiet 2014 auf den Irak aus.



Jemen

Seit dem Tod ihres Anführers Hussein al-Huthi 2004 führen die schiitischen Huthi Rebellen mit Unterstützung aus dem Iran einen Bürgerkrieg gegen die international anerkannte Regierung, welche von Saudi-Arabien unterstützt wird. Das Chaos wurde von der al-Qaida und dem IS genutzt, um im Land Fuß zu fassen. Man geht von etwa 10.000 Toten und 3.110.000 Binnenflüchtlingen aus.

Südsudan

Der politische Machtkampf zwischen Präsident Salva Kiir Mayardit und Vizepräsident Riek Machar führte im Dezember 2013 zum Wiederaufflammen des Konflikts zwischen den zwei verfeindeten Volksgruppen der Dinka und Nuer, der bis heute andauert. Seitdem ließen geschätzte 50.000 Menschen ihr Leben und 4.000.000 verloren ihr Zuhause.

Afghanistan

Nach den Terroranschlägen am 11. November 2001 weigerte sich die Talibanregierung Osama bin Laden den USA auszuhändigen, worauf die USA mit NATO-Verbündeten eine Invasion begann, die mit der Entmachtung der Taliban endete. Trotzdem halten die Kämpfe zwischen Regierung und Taliban an. Insgesamt kam es seit 1978 zu 1,2 - 2 Millionen Toten und es gibt derzeit etwa 1,8 Millionen Binnenflüchtlinge.

Medizinische Versorgung im Krieg

Text: Cassandra Settele

Das Gesundheitspersonal in Kriegsgebieten wie Syrien muss mit verminderten Ressourcen auskommen und ist zusätzlich einer hohen Gefahr ausgesetzt.

Seit dem Beginn des bewaffneten Konfliktes in Syrien hat das Land einen großen Teil seiner medizinischen Infrastruktur und seines Gesundheitspersonals eingebüßt.

Viele sind abgewandert und viele der Verbliebenen sind Attacken zum Opfer gefallen, denn Syrien verzeichnet regelmäßig Anschläge auf Krankenhäuser und medizinische Versorgungseinrichtungen.

In Syrien Arzt oder Ärztin zu sein, ist hochgefährlich – bei Kontrollen werden Ärzt_innen gezielt gesucht, verhaftet und gefoltert. Es scheint zur Kriegsstrategie zu gehören, den Gegnern die Möglichkeit medizinischer Versorgung zu entziehen. Das geschieht, obwohl die meisten Ärzt_innen politisch neutral arbeiten und sie und ihre Arbeit durch die Genfer Konvention geschützt sind.

Da nur noch ungefähr ein Drittel der ursprünglichen Krankenhäuser betrieben werden können und diese häufige Anschlagziele sind, werden neue, provisorische Krankenhäuser oftmals in Privatwohnungen, in Höhlen oder unterirdisch geschaffen. Diese sollen möglichst unauffällig sein. Deshalb werden sie nicht mehr als Krankenhäuser gekennzeichnet, das medizinische Personal trägt Alltagskleidung und spricht einander mit falschen Namen an.

In so einem improvisierten Spital fungiert zum Beispiel das Vorzimmer als Notaufnahme, Schlafzimmer werden zu OP-Räumen umfunktioniert und in der Küche wird das Equipment sterilisiert.

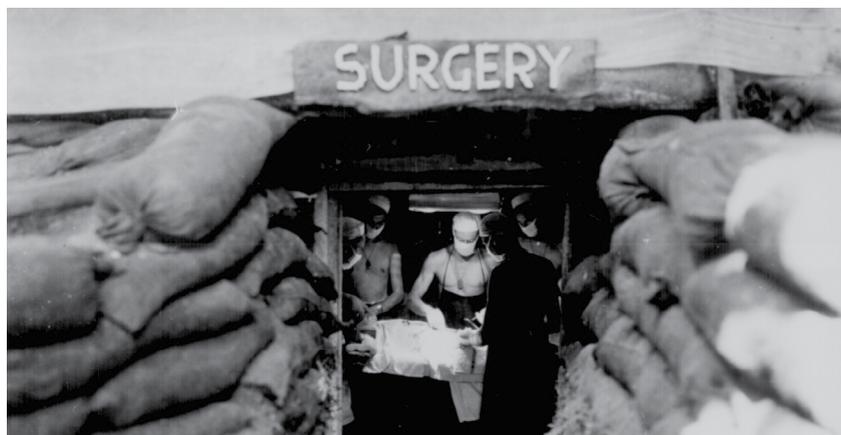
Zu tun haben es die Ärzt_innen in Kriegsgebieten mit vielfältigen Problemen: viele der Patient_innen erleiden Verletzungen durch Angriffe, auch psychische Störungen sind durch die traumatischen Erlebnisse häufig.

Da die Durchimpfungsraten wegen der fehlenden Infrastruktur sinken und die sanitären Verhältnisse schlecht sind, greifen Infektionskrankheiten wie Masern, Cholera und sogar Polio um sich.

Aufgrund von Medikamentenmangel können chronische Erkrankungen wie Diabetes oder Krebs nicht adäquat behandelt werden oder Patient_innen bei Operationen nicht angemessen narkotisiert werden. Oft muss das Personal improvisieren und Aufgaben übernehmen, für die sie nicht ausgebildet wurden. So

leiten zum Beispiel Ärzt_innen aus dem Ausland Krankenschwestern bzw. -pfleger per Videotelefonie dabei an, Thoraxdrainagen zu legen, wenn kein_e Chirurg_in verfügbar ist.

Die Telemedizin ist eine der Möglichkeiten, mit denen die internationale Gemeinschaft die Versorgung von Patient_innen in Kriegsgebieten unterstützen kann. Humanitäre Organisationen bemühen sich, dem Personal vor Ort Unterstützung zukommen zu lassen, finanzielle Mittel bereitzustellen und Medikamente und medizinisches Equipment zu liefern. Dabei stoßen sie jedoch häufig auf bürokratische Hürden oder Blockaden im Kriegsgebiet, was zu Engpässen führt. Zum Beispiel hatten Organisationen wie die WHO bis Januar 2017 keinen Zugang zu Ost-Aleppo, wo 18 von den 21 Primärversorgungszentren der Stadt nicht mehr betrieben werden konnten. Erst im September war es der WHO möglich, eines dieser Zentren wieder aufzubauen.



Ärzte ohne Grenzen - Médecins sans frontières in Kriegsgebieten

Text: Veronika Sperl

Ärzte ohne Grenzen leistet in Ländern, in denen das Überleben von Menschen gefährdet ist, medizinische Hilfe. Neben Epidemien und Naturkatastrophen können auch Konflikte innerhalb eines Landes oder zwischen verschiedenen Ländern zu Situationen führen, in denen die Hilfe von Ärzten ohne Grenzen notwendig wird. Obwohl Ärzte ohne Grenzen vorrangig medizinisch arbeitet, sorgen sie auch für sauberes Trinkwasser, Unterkünfte, allgemeine Hilfsgüter oder auch Nahrungsmittel, wenn Menschen diese zum Überleben benötigen.

In Kriegs- und Krisengebieten stellt vor allem die chirurgische Versorgung oftmals ein Problem dar, weshalb Ärzte ohne Grenzen provisorische Operationssäle einrichtet, um so möglichst vielen Menschen das Leben zu retten. Diese Operationssäle sind oftmals aufblasbar, um so eine sterile Umgebung zu garantieren.

Ein weiterer Schwerpunkt in Krisengebieten ist die psychologische und psychotherapeutische Betreuung Überlebender, welche nach einem Krieg schwer traumatisiert sind, sodass Ärzte ohne Grenzen auch in diesem Bereich Maßnahmen setzt.

Nachfolgend zwei aktuelle Beispiele für die Arbeit von Ärzten ohne Grenzen.

Bangladesch

Seit Ende August 2017 sind mehr



als 582.000 zur Volksgruppe der Rohingya gehörende Menschen vor Gewalt in Myanmar nach Bangladesch geflohen. Dadurch kam es zu einer humanitären Krise, welche Ärzte ohne Grenzen durch das Ausweiten ihrer Tätigkeiten einzudämmen versuchte. Mehr als 30.000 Patient_innen wurden innerhalb von nur 2 Monaten behandelt. Hierfür wurde das Personal von 200 auf 1000 Mitarbeiter_innen aufgestockt. Neben all den medizinischen Aktivitäten, welche zurzeit vor allem die Behandlung von Müttern und Kindern beinhaltet, liegt der Fokus auf der Vermeidung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten. So sind die Verbesserung der Wasserversorgung und das Einrichten sanitärer Anlagen unerlässlich, denn bisher benutzt der Großteil der Geflüchteten einen Fluss zur Entsorgung ihrer Exkremente, der gleichzeitig als Wasserquelle für andere dient.

Zemio - Zentralafrikanische Republik

Im Südosten der Zentralafrikanischen Republik in der Stadt Zemio

finden derzeit anhaltende Kämpfe um die Kontrolle der Stadt statt, sodass von den ursprünglich 21.000 Bewohner_innen nur 2.000 geblieben sind. Nachdem das dortige Klinikgebäude mehrmals von bewaffneten Männern angegriffen und sogar ein Baby in den Armen seiner Mutter erschossen wurde, flohen ein Großteil der Bewohner_innen sowie auch Mitarbeiter_innen von Ärzten ohne Grenzen.

In den umliegenden Gebieten gibt es kaum Unterkünfte, kein sauberes Trinkwasser und keine Sanitäreinrichtungen, sodass es zu zunehmend mehr Durchfallerkrankungen und Malariafällen kommt. Immer wieder werden Patient_innen mit Schusswunden aus der Stadt ausgeflogen, um in anderen Krankenhäusern operiert werden zu können. Bisher wurde in Zemio ein HIV-Programm durchgeführt, welches jedoch durch die vermehrten Angriffe auf das Klinikgebäude, sowie den Raub der hierfür notwendigen Medikamente eingestellt wurde.

Ärzte ohne Grenzen gibt an, dass die Möglichkeit derzeit humanitäre Hilfe in Zemio zu leisten bei null liegt. Da das Krankenhaus mittlerweile menschenleer ist, bieten Ärzt_innen und weitere Mitarbeiter_innen ihre Unterstützung im Wald, in welchem sich die Menschen verstecken, an.

Über die Medizin im Krieg

Ein Gespräch mit Univ.-Prof. DDr. Michael Hubenstorf

Text: Abdallah Shaltout, Interview: Justin Uphus

Zur Person: Univ.-Prof. DDr. Michael Hubenstorf, geboren am 05.01.1954, ist Vorstand des Instituts für Geschichte der Medizin der Medizinischen Universität Wien.

Im Vergleich mit der Alltagsmedizin, die wir alle kennen, hat die medizinische Versorgung im Kriegsfall ein durchaus anderes Gesicht. Sie deckt sehr viele Fachrichtungen in ganz anderer Weise ab, als wir es vermuten würden. Schaut man sich die zivile Notfallmedizin an, so sind Systeme, wie etwa die sogenannte „Triage“, daraus sogar übernommen.

Um ein paar interessante historische Einblicke in diesem Zusammenhang zu bekommen, durfte ich netterweise Herrn Univ.-Prof. DDr. Hubenstorf ein paar Fragen stellen. Ihm zufolge dient die Militärmedizin grundsätzlich erst einmal dem Zweck, „die Kampffähigkeit einer

Armee zu erhalten“.

Besonders in die Entscheidungen der Ärzt_innen, wen sie zuerst und gerade wie sie denjenigen behandeln sollen, floss z.B. im 2. Weltkrieg das Ziel der „Wiederverwendung der Soldaten im Krieg“ mit ein. Auch spielte es im 1. Weltkrieg beispielsweise eine wichtige Rolle, ob der Patient Offizier oder Mannschaftssoldat war. Denn für Offiziere soll es „große Initiativen für Heilstätten“ gegeben haben, während Mannschaftssoldaten nur notdürftig behandelt wurden. Dadurch soll sich eine „Zweiklassengesellschaft“ gebildet haben. Dieses Vorgehen fände man nicht nur in europäischen Armeen wie der französischen, britischen und russischen, sondern auch die Japaner wären so vorgegangen.

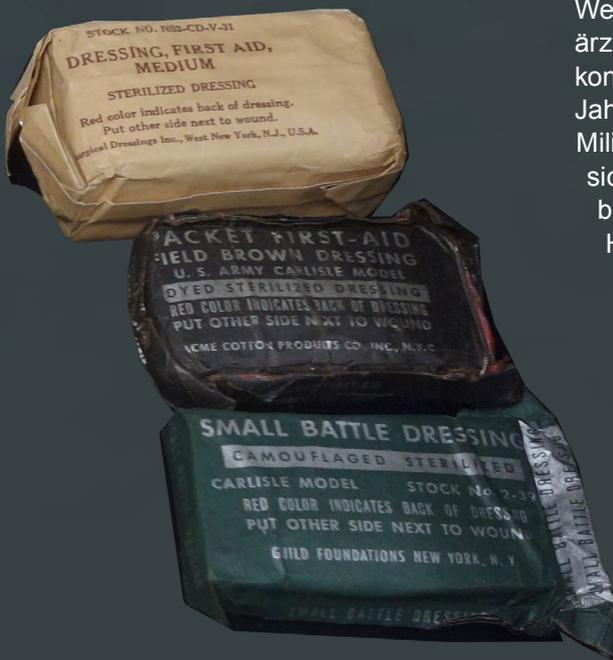
Allgemein bekannt ist, dass im 1. Weltkrieg auf verschiedenen Seiten Giftgas eingesetzt wurde. Weniger bekannt ist, dass Militärärzte „gar nicht damit umgehen konnten“ und diese Materie „erst im Jahrzehnt danach erforscht wurde“. Militärärzte damals beschäftigten sich besonders mit der Seuchenbekämpfung.

Hierbei lässt sich die Medizin auch ein Stück weit als Waffe sehen, da „ohne die Medizin der 1. Weltkrieg womöglich nur einige Wochen gedauert hätte“.

Seuchen wie Typhus oder die Bakterienruhr konnten verhindert werden. So

hatte man glücklicherweise auch bei der epidemischen Genickstarre (der bakteriellen Meningitis) schon vor dem Krieg herausgefunden, dass „erhöhter Bettenabstand in Krankenhäusern die Ansteckungsgefahr drastisch mindert.“

Neben solch humanitären Meisterleistungen hat die Medizin im Krieg auch einige wirklich negative Seiten. Wie bereits erwähnt, wurden manche Soldaten nur notdürftig betreut und durch „eine grobe Diagnose und primitive OP's“ die chirurgische Qualität vermindert. Auch maß man nach Karl Landsteiners Entdeckung dem „Blutersatz“ in der Militärmedizin besondere Bedeutung bei. Während hier im 2. Weltkrieg die Rote Armee, sowie „die Franzosen und die Briten die Lehren aus dem spanischen Bürgerkrieg (1936-39) gezogen hatten“, weit entwickelt waren, hat die deutsche Wehrmacht die Weiterentwicklung der Bluttransfusion schlicht „verschlafen“. Medizinische Forschung, die sich auf das Militär besonders fokussiert, kann sehr von Vorteil sein, da manche Verletzungen und Krankheitsbilder nur unter militärischen Bedingungen beim Menschen auftreten. Beispiele dafür wären die sog. „verzögerte Gehirnentzündung, die historisch einmalig während des ersten Weltkrieges auftrat“, die „Hysterie, die seit den beiden Weltkriegen nicht mehr findbar ist“ und der „Opisthotonus, der in der heutigen Zeit nur noch äußerst selten ist“. (Der Opisthotonus ist als neurologisches Symptom ein



Krampf vor allem der Rückenstreckmuskulatur.)

Aber die Einsicht, dass sich die Militärmedizin mit der Katastrophenmedizin in vielen Dingen überschneidet, wurde leider auch ausgenutzt. Indem behauptet wurde, dass die Forschungsergebnisse auch „nützlich für Zivilisten“ seien, wurden beispielweise für die deutsche Luftwaffe 1942 unter der Leitung von SS-Arzt Sigmund Rascher im KZ Dachau Versuche in Unterdruckkammern („Höhenversuche“) und „Unterkühlungsversuche“ durchgeführt, bei denen jeweils zwischen 70 und 80 bzw. 80 und 90 Personen ums Leben kamen. Wichtig sind hier auch die „höchst fragwürdigen Experimente“ der japanischen Einheit 731 in Pingfang in Nordost-China. Tausende Chinesen und auch „amerikanische Kriegsgefangene“ wurden hier bei schlimmen Experimenten getötet. Man könne Pingfang auch als „zweites Auschwitz“ beschreiben. Der dafür verantwortliche Generalleutnant Shiro Ishii wurde in dem von Amerikanern geführten „Prozess von Tokio“ (dem Pendant zu den deutschen „Nürnberger Prozessen“) „nicht angeklagt oder belangt“, weil im Tausch die bakteriologischen Ergebnisse zur Biowaffenproduktion an die USA weitergegeben wurden. „Nachdem ehemalige amerikanische Kriegsgefangene den US-Kongress überzeugten, danach zu recherchieren, was mit ihnen passiert ist“, stellte sich heraus, dass die Forschungsergebnisse geheim „archiviert und Anfang der 1960er Jahre an Japan zurückgegeben worden waren. Bis heute hat die japanische Regierung diese Verbrechen nicht aufgearbeitet“. Inwieweit darf also für das Militär geforscht werden? Laut Prof. DDR Hubenstorf habe es dazu eine

Debatte in den 1980er Jahren gegeben. Seit 1990 führe das renommierte „New England Journal of Medicine“ keine Zitate mehr über die Versuche im KZ Dachau, jedoch verwendet das weniger angesehene US-amerikanische „Military Medicine Journal“ weitere dieser Versuchs zitate bis „mindestens vor zehn Jahren, wenn nicht bis heute“.

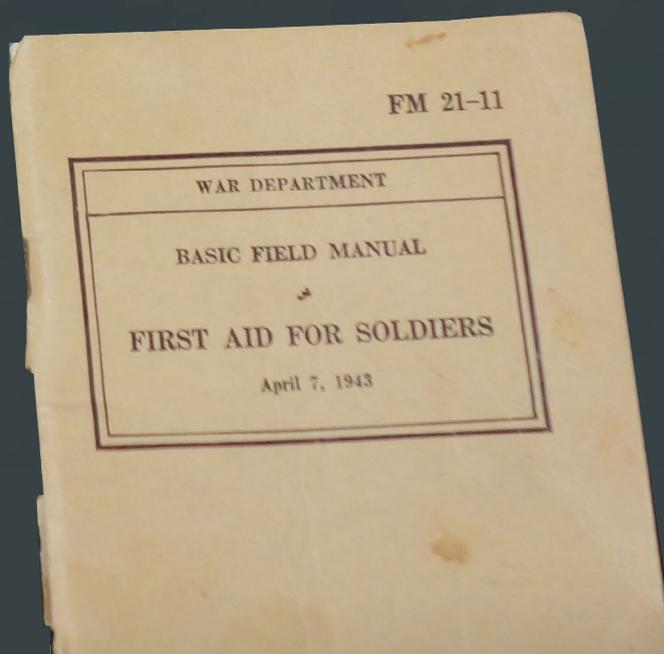
Besonders auf dem Schlachtfeld etabliert waren zur damaligen Zeit die Fachrichtungen für HNO, Wiederherstellungschirurgie und Kiefer- und Gesichtschirurgie, wobei auch „Zahnärzte mit chirurgischer Ausbildung“ eine Bedeutung hatten. Das Besondere hierbei ist, dass sich „im 1. Weltkrieg die heutige Kiefer- und Gesichtschirurgie gebildet hat“. Fast gänzlich für unwichtig gehalten wurde in der Militärmedizin die Psyche, da z. B. sog. „Kriegszitterer“ (Patienten mit andauerndem Tremor, den sie nach Traumata hatten, wie z.B. nachdem sie in Schützengräben verschüttet wurden) von „Scharfmachern auch als Simulanten“ tituliert wurden und sich nach längerem Streit die Wissenschaft auf eine „psychoreaktive Meinung“ einigte.

Inwiefern lässt sich der Krieg als medizinische Aufstiegsmöglichkeit sehen?

Im 19. Jh. war dies sehr bedeutsam. Beispielsweise hat der Berliner Rudolf Virchow, der als Begründer der modernen Pathologie gilt, dadurch einen sozialen Aufstieg erlebt. Auch Theodor Billroth, Begründer der modernen Bauchchirurgie, wirkte im deutsch-franzö-

sischen Krieg 1870/71 in den Lazaretten von „Weißenburg und Mannheim“, um dort die damals „neuartig große Menge an Schussverletzungen“ mitzerleben, die seit dem mexikanisch-amerikanischen Krieg 1846-48 von der europäischen Ärzteschaft beobachtet wurde. Im 20. Jh. war das „Erfahrungen sammeln über Krieg“ weniger bedeutsam, weil die militärärztliche Karriere keine Besonderheit mehr war. Gerade im 1. und 2. Weltkrieg wurde eine Vielzahl von zivilen Ärzten zum Militär („besonders Kinderärzte zur Seuchenbekämpfung“) einberufen, sodass gerade im 2. Weltkrieg die Zivilbevölkerung massiv unterversorgt war. Hier könne man sogar von einem Abstieg der Medizin im gesellschaftlichen Rang sprechen.

Zusammenfassend hat die medizinische Versorgung einen sehr hohen Stellenwert im Krieg und Kriegsverlauf, heutzutage besonders bei Auslandseinsätzen, bei denen mehr und mehr Militärärzten zu humanitären Kriseneinsätzen und für die jeweils einheimische Bevölkerung entsendet werden. Ihre Geschichte sollte weiterhin aufgearbeitet und aus ihr gelernt werden, sodass sich zum Wohl der Menschen Fehler der Vergangenheit nicht wiederholen.



Exzellente Ausbildung Werteorientiert im täglichen Tun



Die **gespag** – als größte
Krankenanstaltenträgerin in
Oberösterreich – bietet
JungmedizinerInnen:

- praxisnahe Intensivtrainings für Medizinstudierende als Spring-, Summer- und Winterschool
- umfassendes theoretisches Ausbildungsangebot an der hauseigenen Akademie
- qualitätsvolle Ausbildung in Mindestzeit
- attraktive Gehaltsstruktur
- regionale Standorte mit hoher Freizeitqualität
- durchgängige Ausbildungskonzepte an modernen Ausbildungsstätten
- lebensphasenorientierte Angebote für MitarbeiterInnen
- langfristige Karrierewege in der **gespag**
- fächerübergreifenden Austausch

Werden Sie Teil des Teams!
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Weitere Informationen zu unseren Angeboten finden Sie auch auf unserer Homepage unter: gespag.at/medizinbildung.
Lernen Sie unsere MitarbeiterInnen im Videointerview kennen unter: gespag.at/karriere.



Medizin
Ausbildung für
Generationen

Ein stiller Abschied und ein großes Dankeschön

Text: Julia Wunsch

Jedes Jahr findet Ende Oktober die Kranzniederlegung an der Gedenkstätte der Körperspender_innen statt. Für Angehörige ist dies eine Gelegenheit sich von ihren Liebsten zu verabschieden, ein herkömmliches Begräbnis ist für sie ja nicht möglich. Für uns Studierende und Mitarbeiter_innen des anatomischen Instituts ist es eine Gelegenheit, Danke zu sagen. Mit dem 71er bis zum 2. Tor und dann ein kleiner Spaziergang über den friedlichen Zentralfriedhof. Wenn du noch nicht dort warst, solltest du das dringend nachholen. Es ist ein Ort der Trauer, aber auch gleichzeitig ein wunderschönes Naturareal, das mehr Geschichte in sich trägt als man ihm zutrauen mag. Es ist ein sonniger Herbstnachmittag, als ich nach einer kleinen Bus-Odyssee gemeinsam mit Prof. Pretterklieber, ein paar Angehörigen und Studierenden schließlich in der Karl-Bartholomäus Gedächtnis Kirche



beim 2. Tor ankomme.

Die Kirche mit ihrem Sternenhimmel in der Kuppel ist bis auf den letzten Platz besetzt. Zwischen den Sesselreihen stehen Angehörige und warten auf den Beginn des ökumenischen Gedenkgottesdienstes. Die Emotionen im Raum sind wild durcheinander gewürfelt, denn an diesem Tag treffen Personen, die bereits im Herbst letzten Jahres trauern mussten, auf Personen, welche vorerst ein paar Wochen ihre Liebsten verloren haben.

Bei meiner ersten Gedenkfeier letztes Jahr bin ich anfangs mit einer etwas unsicheren Stimmung in die Kirche gegangen. War es die Mutter dieser Frau die ich in OM1 sezirt habe? Oder vielleicht der Großvater dieses Jungen in OM2? Diese Gedanken hatte ich letztes Jahr im Kopf.

In meiner Ansprache an die Angehörigen versuche ich im Namen aller Studierenden unseren Dank auszusprechen und den Anwesenden Kraft zu geben. Also erzähle ich vom Sezieren so sanft, wie ich kann. Ich versuche zum Ausdruck zu bringen, dass auch uns die Menschen etwas bedeutet haben. Das manche Tische Namen überlegen, die zu den Körperspendern passen könnten und über Lebensumstände und -gewohnheiten spekulieren. Dass wir dank ihnen auf eine Art lernen konnten von der anderen Studierende nur träumen. Statt der Limitationen eines Buches, haben wir in Wien die Möglichkeit direkt am menschlichen Körper zu lernen.

Nach einem gemeinsamen Marsch mit Blasmusik zur Gedenkstätte werden erneut kurze Ansprachen gehalten und alle Angehörigen erhalten die Möglichkeit die Namensplaketten der Verstorbenen zu suchen und zu trauern.



Und bei mir mischt sich ein zweites Gefühl unter die Dankbarkeit – Angst. Denn meine Großeltern haben beide schon vor Jahren entschieden ihre Körper zu spenden - ein Gedanke, der mich jeden Donnerstag in den Sezierraum begleitet hat. Werden die Studierenden ihre Körper zu schätzen wissen? Wird es bei dem Gottesdienst, nachdem sie gestorben sind, auch Studierende geben, die erscheinen und ihnen die letzte Ehre erweisen?

Deshalb von mir nun eine letzte Bitte: Sei dankbar für die Möglichkeit, die dir diese Menschen bieten und zeige diesen Dank zumindest einmal im Laufe deines Studiums, indem du an der Kranzniederlegung teilnimmst. Denn es wird den Angehörigen wesentlich mehr bedeuten, als du vielleicht denkst.

Elephantiasis

Text: Veronika Sperl

Elephantiasis, oder auch lymphatische Filariasis, ist eine sehr schmerzhaft und stark verunstaltende Erkrankung. Von dieser Krankheit sind alle Altersklassen gleichermaßen betroffen, wobei die Manifestation bei Kindern erst später stattfindet.

Verursacher dieser Krankheit sind drei Spezies von Fadenwürmern (Filaria) - *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* und *Brugia timori*. Während die männlichen Würmer 3-4 cm lang sind, messen weibliche Würmer sogar 8-10 cm. Treffen ein männlicher und ein weiblicher Fadenwurm im menschlichen Körper aufeinander, bilden sie „Nester“ im lymphatischen System.

Die Infektion mit *Filaria* hat unterschiedliche Erscheinungsbilder. Hierzu zählen Lymphödeme der Extremitäten sowie verschiedene Erkrankungen der Genitale, wie Hydrozele (Ansammlung seröser Flüssigkeit um den Hoden), Chylocele (Ansammlung chylöser Flüssigkeit im Hoden) und Schwellungen von Scrotum und Penis. Außerdem kommt es zu immer wiederkehrenden akuten Attacken, welche extrem schmerzhaft sind und mit Fieberschüben einhergehen.



Auch wenn der Großteil der infizierten Menschen asymptomatisch ist, haben die Betroffenen subklinische Lymphschäden und ganze 40% leiden an Nierenschäden, sowie Proteinurie und Hämaturie.

Buruli-Ulkus

Text: Veronika Sperl

Myobakterien bilden eine Gattung, die aus ca. 100 verschiedenen Arten besteht. Einige von diesen verursachen schlimme Erkrankungen bei uns Menschen. Neben Lepra und Tuberkulose, zwei eher bekannten Krankheiten, wird auch eine Neglected disease von Mitgliedern dieser Gattung verursacht.



Buruli-Ulkus wird von dem Myobakterium *ulcerans* verursacht. Die schädliche Rolle spielt hierbei das Toxin Myolakton, welches zu Gewebsschädigungen führt. Hierbei kommt es zu Infektionen, welche zu einer Zerstörung der Haut, sowie von Weichteilgewebe und in späterer Folge zu großflächigen Ulcera, vorwiegend auf Armen und Beinen, führt.

Buruli-Ulkus beginnt meist schmerzlos, wobei verschiedene Symptome auftreten können. Bei diesen kann es sich um eine Schwellung (Ödeme) der Arme, Beine oder des Gesichtes, sowie eine großflächige Verhärtung handeln. Das Toxin Myolakton hat eine lokale immunsupprimierende Wirkung, wodurch die Erkrankung ohne Schmerzen oder Fieber unbemerkt voranschreiten kann. In weiterer Folge kommt es innerhalb von vier Wochen zur Ausbildung von Ulcera. Sogar der Knochen kann betroffen sein, sodass es zu starken Deformitäten kommt. Die Krankheit endet zwar nicht letal, sorgt jedoch bei Patient_innen, die nicht rechtzeitig mit Antibiotika behandelt werden, für funktionale Beeinträchtigungen der betroffenen Extremitäten. Die einzige Möglichkeit, die Morbidität zu senken ist eine rechtzeitige Diagnose und Behandlung. Da die Übertragungswege nicht bekannt sind, ist eine Prävention nicht möglich.

„Ihre Krankenkasse zahlt nicht alles“

Ein Artikel über die HIV-Postexpositionsprophylaxe

Text: Regenbogengruppe der MedUni Wien und des AKH Wien



Die HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP) wird nach einem Risikokontakt empfohlen. Einem Wiener verweigerte die WGKK jedoch zunächst die notwendige Bewilligung. Eine Reaktion der Regenbogengruppe der MedUni Wien und des AKH Wien.

Vor einigen Wochen suchte ein Wiener die HIV-Ambulanz im AKH Wien auf. Der Grund: In der Nacht zuvor war es zu Geschlechtsverkehr mit einem unbekanntem Partner gekommen. Das verwendete Kondom war gerissen und der Unbekannte schon längst über alle Berge. Zunächst verweigerte die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) die Bewilligung ohne schriftliche Begründung und mit dem Hinweis, dass der Befund der Ambulanz fehlerhaft sei.

Zurück im AKH bekam die Person einen neuen Befund ausgestellt. Erst nach einigen Tagen, in denen er die Therapie nur aufgrund des Einsatzes der Ärzt_innen des AKH Wien einnehmen konnte, bewilligte die WGKK die Prophylaxe mit dem Nachsatz, er solle nun vorsichtig sein, da sein Name vorgemerkt sei.

Recherchen des Magazins „biber“ zufolge ist dies kein Einzelfall. Gegenüber der Zeitschrift bestritt die WGKK das Vorhandensein einer „Watchlist“ für homosexuelle Männer mit Risikokontakten und wies darauf hin, dass nur bei

korrekten fachärztlichen Befunden mit genauer Beschreibung des „Sexualunfalls“ eine Bewilligung erfolgen könne.

Dr. Horst Schalk, Vizepräsident der österreichischen AIDS-Gesellschaft, berichtet von zahlreichen Problemen mit der PEP-Bewilligung bei der WGKK. In einigen Bundesländern, etwa im Burgenland, sei es noch viel schwieriger oder gar unmöglich, eine Bewilligung für die PEP zu bekommen. Betroffene müssten die Kosten von etwa 2000 Euro dann selbst tragen.

Die hohen Kosten könnten zahlreiche Personen von der Einnahme der Therapie abhalten und so dazu führen, dass eine potenziell

vermeidbare HIV-Infektion zu noch viel höheren Ausgaben im Gesundheitssystem führt, da dann häufig eine lebenslange Therapie notwendig ist.

Im Namen der Regenbogengruppe der MedUni Wien und des AKH Wien fordern wir von der neuen Bundesregierung eine Regelung zu Gunsten der Betroffenen. Wir möchten betonen, dass die PEP das Kondom nicht ersetzen kann, sondern eine Notlösung ist. Aus diesem Grund muss die PEP für jede_n problemlos erhältlich sein, unabhängig von der sexuellen Orientierung.

Was du über die PEP wissen solltest

Die Postexpositionsprophylaxe (PEP) bei HIV ist seit etwa 10 Jahren etabliert und wird zum Beispiel mit der Retrovirostatika-Kombination Truvada (Emtricitabin/Tenofovir) und Tivicay (Dolutegravir) durchgeführt. Studien belegen eine Wirksamkeit von mindestens 80%. Die Therapie sollte spätestens 72 Stunden, besser 24 Stunden nach dem Ereignis begonnen werden. Ein Problem ist die niedrige Compliance, da die Medikamente vier Wochen lang eingenommen werden müssen. Die Deutsche AIDS-Gesellschaft empfiehlt die PEP nach einem Risikokontakt (zum Beispiel vaginalem oder analem Sex bei gerissenem Kondom) mit HIV-positivem Partner_innen. Ist der HIV-Status von Partner_innen nicht bekannt, sollte sie zumindest angeboten werden. Da Krankenkassen in Österreich gemäß ASVG nur Kosten für Krankenbehandlung ersetzen müssen, ist die Postexpositionsprophylaxe eine freiwillige Kassenleistung. Eindeutige österreichweite Richtlinien gibt es nicht.

Die vielen Gesichter der Ergotherapie

Text: Veronika Sperl

So Manche_r hat vielleicht schon etwas über Ergotherapie gehört. Auf verschiedenen Stationen bei Famulaturen, im Zuge einer Vorlesung oder erst im Klinisch Praktischen Jahr läuft uns dieser Beruf über den Weg. Einige von uns Studierenden haben ein ungefähres Bild von Ergotherapie, doch wozu dient diese Therapie eigentlich? Ein bisschen Ergonomie, ein bisschen Arm- oder Gehtraining? Nein, Ergotherapie kann mehr. Gut, aber wieso sollte uns das als zukünftige Ärzt_innen interessieren?

Ergotherapie erhalten nur jene Patient_innen, die hierfür eine Verordnung von ihrem/ihrer Ärzt_in bekommen. Wenn Ärzt_innen allerdings nicht wissen, bei welchen Problemstellungen Ergotherapeut_innen wirklich unterstützen können, werden sie Patient_innen, welche von dieser Therapie wirklich profitieren könnten, keine Ergotherapie verordnen. Oder es wird Ergotherapie verordnet, obwohl eine andere Therapie um einiges sinnvoller wäre. Dies kommt in der Praxis tatsächlich sehr häufig vor und sollte unter allen Umständen vermieden werden. Deshalb ist es unbedingt notwendig, als Ärzt_in darüber Bescheid zu wissen, was Ergotherapie eigentlich ist.

In der Ergotherapie geht es um die Handlungsfähigkeit der Patient_innen mit unterschiedlichen einschränkenden Krankheitsbildern. Das Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen zu unterstützen und zu stärken, damit diese möglichst selbstständig und zufrieden-

stellend durchgeführt werden können. Um die vielen Möglichkeiten, wie Ergotherapeut_innen arbeiten, zu beleuchten, haben wir ein paar Ergotherapeut_innen um eine Beschreibung ihres Berufsalltages gebeten.



Frau Prüfert, mit welchen Problemstellungen kommen Patient_innen zu Ihnen und inwiefern kann Ergotherapie diese unterstützen?

Ich arbeite in einem orthopädischen Rehabilitationszentrum und führe Einzeltherapien, Gruppentherapien und Schulungen durch. In den Einzeltherapien behandle ich Personen, die aufgrund von Erkrankungen oder Verletzungen der oberen Extremität, Probleme in der individuellen Handlungsfähigkeit haben. Neben der umfassenden Anamnese, führe ich noch die ergotherapeutische Befundung durch, in der ich mich nach Schwierigkeiten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erkundige und die biomechanische Befundung durchführe. Zu dieser gehören das Ermitteln der

Kraft, die Untersuchung der Sensibilität und die Feststellung von Einschränkungen in der Feinmotorik. Um Selbstständigkeit im Alltag und größtmögliche Lebensqualität zu erreichen, trainiere ich mit den Patient_innen physiologische Bewegungen, ergonomische

Verhaltensweisen sowie Stabilität und Kraft. Ich führe Gelenkmobilisationen durch, verwende myofasziale und manuelle Techniken und behandle auch Narben und Ödeme, sowie Sensibilitätsstörungen. Vor allem bei entzündlichen und degenerativen Gelenkerkrankungen berate ich Patient_innen, wie sie welche Hilfsmittel im Alltag einsetzen können und gebe Gelenkschutzempfehlungen weiter.

Im Gruppensetting findet die Rückenschulung statt, um Patient_innen dabei zu unterstützen, ihren Alltag so ergonomisch und rückenfreundlich wie möglich zu gestalten. Um Zwangshaltungen entgegenzuwirken, vermittele ich meinen Patient_innen Ausgleichsübungen und Entlastungspositionen.

Frau Zima, Sie arbeiten in einem ganz anderen Setting, Sie führen Hausbesuche durch. Was ist das Besondere und wo liegt der größte Unterschied bei der Zusammenarbeit mit Ärzt_innen?

Viele Ergotherapeut_innen führen Hausbesuche durch, ob als Freiberuflische oder Angestellte. Ich bin beispielsweise bei den Wiener Sozialdiensten tätig. Das Besondere an diesem Setting ist sicherlich, dass wir direkt im Alltag der Klient_innen arbeiten. Da unser Hauptziel die Förderung der Selbstständigkeit im Alltag ist, ist es sinnvoll, einige bedeutungsvolle Betätigungen (wie Duschen, Kochen, etc.) im realen Umfeld zu üben und dadurch zu verbessern bzw. wieder zu erlernen.

Hierzu trainieren wir entweder bestimmte Fertigkeiten, welche zur Durchführung der Betätigung erforderlich sind oder adaptieren die Umwelt bzw. die Betätigung selber. Der Bereich der Umweltadaptierung ist sicherlich eine Besonderheit bei Hausbesuchen. Hierzu zählt beispielsweise das Anbringen von Rampen bei Türschwellen zur Sturzprophylaxe oder zur Förderung der Mobilität mit Rollmobil und Rollstuhl. Aber auch das Anbringen von Haltegriffen an der richtigen Position in Bad und Klo.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Hilfsmittelberatung, bei der im Rahmen eines Hausbesuchs unmittelbar ausprobiert werden kann, ob beispielsweise ein Badewannenbrett bei der vorhandenen Badewanne das selbstständige Duschen wieder ermöglicht.

Zusätzlich ist die Miteinbeziehung von Angehörigen in diesem Setting sowohl leichter als auch erforderlicher. Allerdings ist die Zusammenarbeit mit Ärzt_innen leider etwas erschwert. Im Gegensatz zum ambulanten Setting gibt es zum einen keine interdisziplinären

Fallbesprechungen, bei denen man sich austauschen könnte und zum anderen werden Klient_innen in der Regel von unterschiedlichen Haus- bzw. Fachärzt_innen betreut.

Frau Pichler und Frau Gabriel, sie beschäftigen sich beide mit Kindern und arbeiten manchmal auch mit schwer-mehrfachbehinderten. Mit welchen Problemstellungen werden Kinder zur Ergotherapie überwiesen?

Dazu gehören Probleme in den Bereichen Feinmotorik, Graphomotorik (also Schreibbewegung), Grobmotorik und Koordination. Außerdem kann Kindern mit Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen und Schwierigkeiten in der Handlungsplanung geholfen werden. Auch im schulischen Bereich, bei Lese-Rechtschreib-Störungen, Alexie, Dyskalkulie und Schwierigkeiten bei der Sprache fördert Ergotherapie die Fähigkeiten der Kinder. Auch Schwierigkeiten in der Aufmerksamkeit von Kindern jedes Alters können behandelt werden. Neben den regelmäßigen Therapieeinheiten in einer Praxis, können Ergotherapeut_innen auch direkt in Schulen, Kindergärten oder dem Zuhause der Kinder tätig sein.

Primär steht die Selbstständigkeit im Alltag des Kindes im Vordergrund, so dass es hierbei all seine bedeutungsvollen Tätigkeiten durchführen kann. In diesem Fachbereich ist der Einbezug des Klient_innensystem, also der Eltern besonders bedeutend.



Wo liegt in der Arbeit mit schwerstmehrfachbehinderten Kindern der Fokus in der Ergotherapie?

Die Aufgabe der Ergotherapeut_innen in der Arbeit mit schwermehrfachbehinderten Kindern besteht darin, die kleinsten Ressourcen der Kinder aufzugreifen und zu nutzen, um Kommunikation, Selbstbestimmung und Teilhabe zu ermöglichen. Da die Möglichkeit für Lernfortschritte meist eingeschränkt ist, stehen neben der Verbesserung von Fähigkeiten auch die Adaptionen der Umwelt und die Versorgung mit Hilfsmitteln im Fokus. Auch das Schulen der Angehörigen ist grundlegend in diesem Arbeitsfeld.

Anhand dieser Berichte ist ersichtlich, wie umfangreich und unterschiedlich Ergotherapie sein kann. Allerdings ist hier nur ein kleiner Teil der ergotherapeutischen Arbeitsfelder dargestellt. Neben den hier erwähnten Bereichen können Ergotherapeut_innen auch in der Psychiatrie, in der Geriatrie, aber auch in der Prävention und anderen Feldern tätig sein. Deshalb ist es als Ärzt_in bzw. als Studierende_r ratsam, einfach nachzufragen, ob es in einem bestimmten Fachbereich Ergotherapie gibt und bei welchen Diagnosen bzw. Schwierigkeiten eine solche Therapie sinnvoll wäre, sodass Patient_innen diese dann auch erhalten.

Anekdote aus dem OP

Text: Juliane Hennenberg



Oft gibt es bei uns im OP Situationen, bei denen ich mir denke, man müsste eigentlich ein ganzes Buch darüber schreiben. Ernsthaftigkeit, Expertise, aber auch Spaß und Skurrilität sind in kaum einem anderen Raum so eng beieinander. Außerdem treffen so viele verschiedene Charaktere aufeinander, die zusammen so viel Verantwortung tragen - Chirurg_in, Anästhesist_in, Assistenzärzt_innen, OTA, ATA, Pflegekräfte, Röntgenassistenz, wir unerfahrenen Studierenden und so weiter.

Meine erste OP war ein unvergessliches Erlebnis, und ja, ich bin in Ohnmacht gefallen. Das hat sich mit der Zeit aber gebessert, und mittlerweile brauche ich nicht einmal mehr vier Espressi und drei Nutellabrote, um eine OP ohne schwankende Beine zu überstehen. Wie oft gilt auch hier: Übung macht den Meister. Dass die meisten anderen Hakenhalter während ihrer ersten OP wahrscheinlich nicht neben dem Patienten lagen, ist mir klar. (Stimmt auch nicht ganz, der Sterilität zuliebe konnte ich mich einige Schritte entfernt an einen Sessel klammern.) Trotzdem bin ich stolz darauf, das überwunden zu haben. Auch wenn ich deshalb immer noch von vielen auf den Arm genommen werde und im Aufenthaltsraum spaßhalber gesagt wurde „Nächstes mal tu' ich

auch so, als wär' mir schwindelig und geh' einen Kaffee trinken!“

Das erste Körperteil eines Menschen, das ich also jemals von innen betrachten durfte, war ein Knie. Ich hatte das Glück, eine andere Hakenhalterin ablösen zu dürfen, die mich lieberweise mit allem vertraut machte: Chirurgische Händedesinfektion, grüne Kasaks, OP-Masken, Hauben, Crocs-Schuhe, Zeitbestätigungen, Anziehen der sterilen OP-Mäntel, OP-Etikette – wir hatten das im ersten Studienjahr noch nicht an der Uni gelernt.

Ich übernahm also Haken (langer Müller, kurzer Müller, Rechenhaken, all diese Begriffe würde ich mir in nächster Zeit aneignen), schaute gespannt dem Geschehen zu und folgte den Befehlen. Während man operiert beziehungsweise am OP-Tisch steht, ist einem gar nicht bewusst, wie blutrünstig arg die Situation von außen aussieht. Man ist völlig auf seine Arbeit fokussiert. Am Knochen wird gesägt, er wird mittels Jet Lavage gewaschen, der Knochenzement wird angerührt, die Implantate geöffnet, es wird viel gesaugt und oft spritzt Blut, Eiter, Fett ins Gesicht. Dafür gibt es ja den Mundschutz. Und uns Studierende, die die Wunde sauber halten. Bei einem Knie dennoch auf jeden Fall immer Mundschutz mit Visier tragen.

Von dieser ersten OP-Erfahrung am meisten in Erinnerung bleiben wird mir der Satz des Assistenzarztes beim Fadenführen während der Subkutannaht: „Das machst du echt super für die erste OP!“ (Es gibt wirklich viel zu beachten: Nur tupfen während der Arzt/ die Ärztin gerade nicht näht, sonst sieht er/sie ja nichts, Licht richten, Wunde spannen, die Folie im richtigen Moment abziehen, die Schere richtig halten mit Daumen und Ringfinger, aber nicht zu tief drinnen, die Schere richtig in der Handfläche eingedreht verstauen, mit der richtigen Seite nach oben schneiden, die Schere richtig abgeben, zur/m Pfleger_in mit der stumpfen Seite zu ihr/ihm und niemals selbst auf den Tisch legen, das ist verbotenes Gebiet!)

Es ist also kein Wunder, dass ich nach so vielen neuen Eindrücken, und mit viel Hunger bei der nächsten Schulterarthroskopie, die eigentlich minimalinvasiv mit zwei Einstichen ist, umgekippt bin. Eigentlich schon ein Wunder, denn warum würde eine 10cm große, klaffende Wunde, an der gesägt, gespült, zementiert, gehämmert und Nägel eingebaut werden, mich weniger aus der Bahn werfen als zwei kleine Punkteinstiche an einer Schulter. Bei dem Knie davor gab es keine Kamera, jetzt aber wurde im-

mer gespült und über diese Kamera gearbeitet. Ich hab mich wie in einer Achterbahn voller Blut gefühlt, und schon lag ich fast am Boden. Noch rechtzeitig gab ich bekannt, dass ich gleich fliege, sodass mir ein Sessel bereitgestellt wurde - haha, im Nachhinein wirklich total peinlich.

Im Aufenthaltsraum trank ich dann schnell ein paar Espressi und löffelte ein paar dieser kleinen Hotel-Nutella-portionen als Energielieferanten. Mit neuem Elan wollte ich zurück in den OP – und der Punkt war leider schon vorbei. Ich fühlte mich echt, als hätte ich versagt. Auch wenn meine Hilfe beim Knie vorher okay war, wenn ich nicht mal eine Schulterarthroskopie aushalten würde, wie sollte ich jemals hier arbeiten?

Teils zum Glück und teils voller Angst las ich auf dem OP-Plan, dass noch ein Punkt dran war, ein weiteres Knie. Ich nahm mir fest vor, hier nicht wieder eine Memme zu sein und umzufallen, klar kann man das nicht ganz steuern - aber hey - es hat auch geklappt.

In den nächsten Wochen lernte ich immer mehr dazu und mittlerweile muss ich immer schmunzeln, wenn eine Schulterarthroskopie auf dem Plan steht, weil man da als zweite Assistenz so gut wie gar nicht gebraucht wird. Aber das ist auch nicht der Grund, warum ich lache. Manchmal, wenn nicht unbedingt notwendig, wasche ich mich auch nur dazu (so heißt das sterile Waschen im OP), um mich meiner Angst zu stellen.

Juliane Hennenberg,
5. Semester Humanmedizin
www.julihsite.wordpress.com



Suderecke

Neue Prüfungsformate? Blockprüfungen? Mehr Leistungsstipendien? Mehr Bücher in der Bibliothek? Oder gar eine Bezahlung im 72-Wochen-Praktikum an der Zahnklinik? Die MUW hat für all das kein Geld.

Gut, sie hat das zweithöchste Unibudget Österreichs (!) nach der Uni Wien, die ungefähr zehn Mal so viele Studierende hat, aber wie soll man bitte in einem mickrigen 500 Millionen – Budget Geld für Prüfungen finden?

Gott sei Dank gibt es eine goldene Ausnahme von dieser Regel: Die PR. Das ist der einzige Bereich der MUW, der scheinbar über unbegrenzte Mittel und Möglichkeiten verfügt. Eine White-Coat-Ceremony mit gratis Alkohol für hunderte Studierende? Kein Problem. Tausende Jahresberichte, die garantiert kaum jemand liest, drucken? Sicher! Hinter den Kulissen ist die MUW aber längst viel weiter: Das „Zentrum für Präzisionsmedizin“ (ein bewusst schwammiger PR-Begriff, der irgendwie für moderne Methoden in der Medizin oder auch personalisierte Medizin steht) soll mit Fundraising-Geldern errichtet werden (Kostenpunkt: 60 Millionen Euro), die es zwar wohl nie in dem Ausmaß in der wirklichen Welt geben wird, für die aber in der MUW-PR-Welt neben noblen Fundraising-Events natürlich auch eine massive PR-Kampagne gestartet wird. (www.zpm.at) Natürlich soll das Gebäude dann in Logo-Form errichtet werden, damit man den geliebten Heizkörper „vom Weltraum aus“ sehen kann. Ja, das wurde tatsächlich von MUW-Verantwortlichen gesagt und zumindest wir waren dabei nicht beklüfft.

Oder eine andere PR-Aussage: Unser Studium ist doch eh herausragend, weil 5 Leute beim Paul-Ehrlich-Contest gut abgeschnitten haben! Eine Universität kommt zu einer allgemeingültigen Aussage auf der Basis von n=5? Dafür würde jede_r Drittsemestrige durch Block 7 fallen. Aber die MUW-Verantwortlichen haben ihr Studium ja zu deren Glück schon hinter sich.

Wenn auch du der Ausübung dieser Kunst tagtäglich mit Passion nachgehst, egal ob z.B. aufgrund von unfähigen Mitmenschen, „kreativen“ Einfällen deiner Universität oder des österreichischen Verwaltungsapparats, laden wir dich herzlichst ein, diesem begründeten Ärger in max. 250 Wörtern hier verbal Luft zu machen ;) (feieberkurve@oehmedwien.com)

Aut idem

Eine Möglichkeit, Generikaverschreibungen zu forcieren.

Text: Johannes Schmid

Generika sind wirkstoffgleiche, preiswerte Arzneimittel. Nachdem der Patentschutz eines Medikaments abgelaufen ist, können andere Pharmaunternehmen kostengünstige Arzneialternativen (sogenannte Generika) herstellen, nicht zuletzt da für sie die teuren Entwicklungskosten wegfallen. Doch wie kommen diese ressourcenschonenden Medikamente an die Bevölkerung, wenn viele Ärzt_innen weiterhin die teuren Originalpräparate verschreiben?

In 17 europäischen Ländern schreiben Mediziner_innen nicht ein konkretes Produkt (Handelsname), sondern nur den Wirkstoff unter Angabe von Darreichungsform und Dosierung auf das Rezept. Die Regelung nennt sich „Aut idem“, zu Deutsch „oder das Gleiche“. Diese Generikasubstitution ist bereits in Ländern wie Deutschland, Dänemark und Schweden Realität. In diesem Fall händigt die Apotheke das kostengünstigste Präparat aus, wohingegen in Österreich nur das Medikament abgegeben werden darf, welches vom Arzt verschrieben worden ist. So hat Aut idem beispielsweise in den Niederlanden zu einem Generikaanteil am Arzneimittelmarkt von 50 Prozent geführt, in Deutschland sogar zu

einem Anteil von 57 Prozent. Im Vergleich dazu liegt der Anteil an Generika in Österreich gerade einmal bei 20 Prozent. Eine Analyse des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) schreibt der Aut idem Regelung ein Einsparungspotential von rund 35 Mio. Euro in Österreich zu.

Immer wieder kommen heftige Diskussionen über die Aut idem Regelung auf. Nicht zuletzt wurde ein für 2010 geplanter Gesetzesentwurf verworfen. Worin liegt nun aber die Argumentation der Aut idem Gegner, handelt es sich hierbei doch um eine Möglichkeit der Kosteneinsparung, die nicht auf Kosten von Patient_innen oder Sozialversicherungsträger geht?

Der Österreichische Generikaverband beispielsweise spricht sich in einer Stellungnahme aus dem Jahr 2008 klar gegen eine Einführung der Aut idem Regelung aus. Laut dessen Meinung bringt die Umstellung nur Nachteile für die Patient_innen. Besonders chronisch kranke Menschen seien davon betroffen, da sie bei jeder Rezepteinlösung ein anderes Präparat bekommen würden. Dies führt verständlicherweise und auch erwiesenermaßen zu einer verminderten Compliance, wie eine Studie der Medizinischen

Hochschule Hannover belegt. Anhand eines Beispiels lässt sich erkennen, was sich in den Köpfen von Menschen abspielt, die seit Jahren das gleiche Medikament einnehmen. Der Produktname „Aspirin“ weckt in uns das Vertrauen, dass unsere Kopfschmerzen alsbald nachlassen werden. Hingegen kann eine weiße Schachtel mit der Aufschrift ASS (für Acetylsalicylsäure), die nur ein Viertel kostet, unser Misstrauen wecken. Sind wir doch zu stark auf die grün-weiße Verpackung des Herstellers konditioniert?

Wenn Patient_innen nun auf ein kostengünstigeres Produkt, ein Generikum mit identischem Wirkstoff, umsteigen sollen, bedarf es einer überzeugenden Beratung. Gerade weil sich für die behandelten Personen nichts ändert, sie zahlen immer die gleich hohe Rezeptgebühr.

Es bedarf einer ernsthaften Diskussion, um einen Gesetzesentwurf voranzutreiben, der beide Seiten, sowohl Befürworter als auch Gegner, berücksichtigt. Somit sind nicht zuletzt auch wir Mediziner_innen angehalten, uns mit Medikamentenverschreibung auseinanderzusetzen und in die Diskussion einzusteigen.

Last but not Least

Reminder:

Prüfungsanmeldung

8.01. - 22.01.2018 Anmeldefrist für die **SIPs** im Februar.

15. - 21.01.2018 Anmeldefrist für **Z-SIP 3**

22. - 28.01.2018 Anmeldefrist für **Z-SIP 6**

05. - 11.02.2018 Anmeldefrist für **Z-SIP 3 - 5**

Bitte beachte, dass du ohne rechtzeitige Anmeldung nicht zur SIP antreten kannst!

PubMed-Quiz

18.01.2018 um 18:30 Uhr

Beim PubMed-Quiz könnt ihr als Team euer Wissen unter Beweis stellen! In Gruppen von 5, tretet ihr gegeneinander an und müsst Fragen beantworten - wie eben bei einem Pub-Quiz ;)

Öffnungszeiten

in den Weihnachtsferien

Das Büro der ÖH Med Wien ist über die Weihnachtsferien vom **21.12.2017 - 07.01.2018** geschlossen. In dieser Zeit finden auch keine Spezialberatungen, Hepatitis-Impfungen oder Titer-Bestimmungen statt. Du erreichst uns in den Ferien in dringenden Fällen am besten per E-Mail.

BILDQUELLENVERZEICHNIS

Ein großes Dankeschön geht an Pixabay für viele Bilder!

Cover, S.10: Field Hospitals, Diese Datei ist unter der Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International lizenziert. Der Urheber dieses Bildes ist Cbrenner21; Q33472 & Q33443, Wikipedia Commons, this work created by the United Kingdom Government is in the public domain; Medical team at work during the Battle of Normandy, Wikipedia Commons;

S.12/13: Exhibit in the Fort Devens Museum, 94 Jackson Road #305, Devens, Massachusetts, USA, Diese Datei ist unter der Creative Commons CC0 1.0 Universal Public Domain Dedication lizenziert. Der Urheber dieses Bildes ist Daderot

S. 16: Elephantiasis, Diese Datei ist unter der Creative Commons Attribution 2.0 Generic lizenziert. Der Urheber dieses Bildes ist Otis Historical Archives of "National Museum of Health & Medicine"; A typical Buruli ulcer on the left hand of a 17-year-old boy in Nigeria, Wikipedia Commons;

S. 18.: Screenshot aus <https://vimeo.com/167295620>

S. 19.: Occupational Therapist Melanie Glapa works with student George Hage, diese Datei ist unter der Creative Commons Attribution 2.0 Generic lizenziert. Der Urheber dieses Bildes ist Irene Scott für AusAID

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: Marlene Hahn, Veronika Sperl

Autor_innen: Johannes Schmid, Juliane Hennenberg, Julia Wunsch, Abdallah Shaltout, Kassandra Settele, Leon Fierek, Regenbogengruppe der MedUni Wien und des AKH Wien, Patrick Fegerl

Gestaltung: Marlene Hahn

Ärztin sein Arzt sein

im Krankenhaus **ST. JOSEF BRAUNAU**



www.khbr.at/karriere



“ *mittendrin* statt
nur dabei,,

... als KPJ-StudentIn,
... als FamulantIn,
... als TurnusärztIn in
Basisausbildung,
... als AssistenzärztIn
in Ausbildung zur/zum
FachärztIn, ...

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

