

# FIEBERKURVE



**STUDIUM**

**SCHWERPUNKT**

**EXTRAS**

ab Seite

ab Seite

ab Seite

# WANTED

© by ehgartner.eu

VORARLBERG  
SUCHT



★ TURNUSÄRZTE ★

€ 74.000

brutto p.a.

★ REWARD ★

[www.arbeiten-in-vorarlberg.at](http://www.arbeiten-in-vorarlberg.at)



VORARLBERGER LANDESKRANKENHÄUSER

# Inhalt

## STUDIUM

StV Zahn - Corner .....	4
Wahlfächer .....	5
Erfolgreiche Mediziner_innen .....	10
Sexuelle Belästigung im Klinikalltag ....	22 - 23

## SCHWERPUNKT

Kuriose Sinnesstörungen .....	6 - 7
Naseputzen .....	8 - 9
Gehörlose im Schulsystem .....	14
Cochlea Implantate .....	12 - 13
Gehörlose in der NS Zeit .....	16 - 17
Otitis .....	18 - 19
CaseReport .....	20 - 21

## EXTRAS

Suderecke .....	15
Shall we play a game? .....	24 - 25
Rezensionen .....	26
Last but not Least .....	27

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Willkommen zu unserer neuen Fieberkurve,

in dieser Ausgabe geht es um Sinne, sowie Sinnesstörungen und ganz detailliert um einen besonderen Sinn - das Gehör. Gemeinsam mit dem Sehen ist unser Gehör einer der wichtigsten Sinne für uns, um uns zu orientieren und in unserem Alltag zurechtzufinden.

Dazu schätzen wir unser Gehör meist zu wenig und vergessen darauf zu achten - ja dies ist eine Anspielung auf so gerne aufgesuchte Festivitäten nach erreichten Lernzielen und überlebten Prüfungen. Die Frage ist: ist uns das Feiern so viel wert, dass wir diesen wichtigen Sinn ungerne überleben lassen? Oder älter als 40 werden lassen? - mit Sicherheit wächst mit uns eine gehörverlierende Generation heran, die niemand anderen, als sich selbst zur Rechenschaft zu ziehen hat. Weitere Anregungen hierzu liefert euch unser zynischer Leander. Natürlich wollen wir hier nicht nur mahnen, sondern beschäftigen uns auch mit dem Thema Gehörlosigkeit - von den Anfängen des Umganges mit diesem Thema zu Zeiten Aristoteles, über die NS-Zeit bis zur heutigen Zeit, in der Gebärdensprache bereits als Wahlfach an der MUW angeboten wird. Auch das CI und die Debatte betreffend die Versorgung zahlreicher gehörloser Kinder mit diesem Apparat wird Thema sein.

Nicht nur die anatomische Nachbarbeziehung, sondern auch die daraus resultierende gemeinsame Innervation (NVIII.) von Gehör- und Gleichgewichtssinn lässt uns auch zweiten im Zuge unserer Case Study streifen. Wir hoffen Euch mit dieser Ausgabe eine Menge brisanter Themen bieten zu können und freuen uns, wie immer, auf Euer Feedback (gerne schriftlich oder auch akustisch),

Eure Fieberkurve-Redaktion

# STV Zahn Corner

## Austauschprogramme

Die Teilnahme an einem Austauschprogramm ist auch im Zahnmedizinstudium noch während des 72 W-PR möglich. Es gibt zwei verschiedene Arten von Austauschprogrammen: Einerseits über ERASMUS und andererseits über eine Kooperation, durch die MedUni bzw die Zahnklinik.

Die genauen Infos über ERASMUS geregelte Austauschprogramme könnt ihr online auf Uni-Website (Home > Meduni Studierende > Internationale Mobilität > Bewerbung / Anerkennung / Unterlagen) nachlesen oder [exchange-outgoings@meduniwien.ac.at](mailto:exchange-outgoings@meduniwien.ac.at) kontaktieren.

Bei Japan (Showa University, School of Dentistry, Tokyo ) und Myanmar (Yangon) bestehen Kooperationen zwischen den Universitäten. Hierfür könnt ihr euch erst ab dem 11. Semester anmelden und es handelt sich um Aufenthalte zwischen einem und drei Monaten. Bei Interesse wendet euch bitte an

Dr. Salemi Human ([human.salemi@meduniwien.ac.at](mailto:human.salemi@meduniwien.ac.at)),  
Edda Gsell ([edda.gsell@meduniwien.ac.at](mailto:edda.gsell@meduniwien.ac.at)) oder  
Dr Christoph Kurzmann ([christoph.kurzmann@meduniwien.ac.at](mailto:christoph.kurzmann@meduniwien.ac.at)).

## Kinderzahnheilkunde in der Z-SIP6 ab März

Ab März 2019 wird die Kinderzahnheilkunde als eigener Fachbereich der Z-SIP6 geprüft. Lernunterlagen und ein Leitfaden für die Prüfung werden im Moment von ProfIn Katrin Bekes und ihrem Team ausgearbeitet und sollte in kurzer Zeit den Studierenden präsentiert beziehungsweise zur Verfügung gestellt werden. Genauere Infos folgen im Kinderrefresher.

Betroffen sind alle Studierenden, die im Wintersemester 2017/18 oder später in das 72W-PR eingestiegen sind.

## Orale Chirurgie im 72W-PR

Studierende, die über den Leistungskatalog hinaus arbeiten wollen und den Wunsch haben öfter im Praktikums-OP eingeteilt zu werden sollen sich laut Prof Ulm bei DDr Michael Edelmayer, Dr Markus Piffl und Dr Florian Beck melden. Gleiches gilt für Studierende, die weniger an der oralen Chirurgie interessiert sind, diese können sich nach Abschluss der chirurgischen Leistungen vom OP abmelden.

## Z-Prop 2

Unser aktueller dritter Jahrgang scheint besonders panisch auf die Okklusionsprüfung im Frühling hinzufiebern...

Von unserer Seite sei vorab gesagt, dass sich eine Investition in einen Artikulator von über 1000 Euro nicht lohnt. Ihr habt während des Praktikums ausreichend Zeit zum Üben.

Nachhilfe im Vorhinein ist unserer Ansicht nach ebenso nicht notwendig. Im Gegenteil werden die Erwartungen der Praktikumsleiterin nur in falsche Richtungen gelenkt und sie beurteilt strenger. Sollte man sich trotzdem Nachhilfe nehmen, sollte man so fair sein und dies auch im Praktikum sagen, falls man als Beispiel für schnellen Fortschritt genannt wird.

ABER: Die Theorie muss beim Praktikumsstart perfekt beherrscht werden, da diese dann praktisch umzusetzen ist. Diese bekommt ihr in sehr guten Vorlesungen exzellent aufbereitet präsentiert. Als Lernunterlage dient unsere hauseigene Prothetikbibel.

Im Allgemeinen reicht es die Zeit zwischen Praktikumsstart und Prüfung zum Üben zu verwenden, vorher sollte man sich eher auf die Prüfungswelle (Z-SIP 3, WSK, SSM2) vor dem Okklusionspraktikum vorbereiten. OM-Z ist auch nicht zu vergessen, die Stoffmenge ist groß und beide Praktikumsleiter wollen die Details gleichermaßen hören. Also ran an die Lernunterlagen, weg mit Wachsmesser und Artikulator: Wir wünschen euch viel Glück bei den kommenden Prüfungen!



# Wahlfächer - Eine kleine Auswahl

to be continued

## English Communication and Interaction Skills for the Medical World

Schmiderer S., Wieser V., LV.Nr.: 896.011

In einer Mischung aus Gesprächsführung und Seminarcharakter werden in diesem Wahlfach Basics der medizinischen Fachsprache vermittelt. Das gesamte Wahlfach wird auf Englisch abgehalten und ist sehr interaktiv. Auch für Leute geeignet, die sich im Englischen vielleicht nicht ganz sicher fühlen. Die beiden Vortragenden binden jeden mit ein und helfen, sowohl Wortschatz als auch Aussprache zu verbessern.

Das Fach wird geblockt über einen Zeitraum von zwei Wochen angeboten, wobei es keine Anwesenheitspflicht gibt. Am Ende gibt es eine kleine „Prüfung“, in der eine kurze Präsentation über ein selbst gewähltes Thema gehalten werden soll, sowie ein Patientengespräch im ÄGF-Stil geführt wird.

## Wahlfach Österreichische Gebärdensprache

Sarbinowska P., LV.Nr.: A1.1.1

Für Außenstehende bietet der Unterricht ein gewohntes Bild: Ein Raum mit 10-15 Studierenden, eine Lehrerin vor einer Präsentation und absolute, konzentrierte Stille. Erst bei genauerem Hinsehen merkt man, es ist eine Stille ohne Schweigen. Schließlich lernen hier die Studierenden eine andere Form der Kommunikation: Gebärden. Die Konzentration ist direkt mit Händen greifbar, denn die Lehrende selbst ist gehörlos, wodurch im Unterricht ausschließlich Schrift und Gebärden verwendet werden. Fühlt man sich anfangs damit leicht überfordert, so gewöhnt man sich mit der Zeit daran und kann viel aus dem Semester mitnehmen. Einmal die Woche für 1,5 Stunden wird der Kurs A1.1.1 abgehalten. Was zuerst nach unbeholfenem Gestikulieren aussieht, entwickelt sich im Laufe des Semesters zu identifizierbaren Gebärden mit entsprechendem Mundbild. Neben dem Erlernen grundlegender Gebärden werden ebenfalls das Sprachzentrum und die Koordination gefördert. Als Abschluss gibt es eine Exkursion in das Institut „Hands Up“, wo ein vertiefter Einblick in den Alltag gehörloser Menschen gestattet wird. Zur positiven Absolvierung zählen Anwesenheit, Mitarbeit, eine 5-seitige Seminararbeit und – bei ausreichend Kreativität – das Finden eines eigenen Gebärdennamens.

# Kuriose Sinnesstörungen und wo sie zu finden sind

Text: Kathrin Friesenbiller

Augen, Ohren, Nase, Zunge, Haut - sind als klassische Sinnesorgane - wohl jedem, sei es nun Laie oder Mediziner, bekannt. Und während man noch weiter darauf eingehen könnte, dass diese nicht nur mit den „klassischen“ Sinnen, also sehen, hören, riechen, schmecken und fühlen korrespondieren (darf man doch den Gleichgewichtssinn nicht vergessen, und auch „fühlen“ setzt sich aus mehreren spezifischen Empfindungen zusammen), soll das nicht Ziel dieses Artikels sein.

Störungen dieser Funktionen gehen mit Komplikationen im alltäglichen Leben einher, denn obwohl es im Fernsehen oft einen Zweitkanal für Blinde und Sehbehinderte, und Untertitel für Menschen mit Hörstörungen gibt, ist unsere Umgebung im Großen und Ganzen dafür ausgelegt, sich mit ALLEN Sinnen durch das tägliche Leben zu kämpfen.

Doch mit „klassischen“ Sinnesstörungen wie dem kompletten Ausfall eines oder mehrerer Sinne wird sich im Studium eingehend beschäftigt, deshalb wird hier auf die vielleicht weniger besprochenen Fälle von Störungen verschiedener Sinne oder ihrer Verarbeitung eingegangen werden.

## Agnosie

Die Agnosie ist eigentlich ein Überbegriff für mehrere neurologische Störungen, die alle das Unvermögen Dinge trotz bestehender (und vor allem funktionierender) Sinnesorgane zu beschreiben, gemeinsam haben. Sie hat oft einen Schlaganfall oder ein Trauma als Ursache.

Die wohl bekannteste unter ihnen ist die Prosopagnosie, eine spezielle Unterform der visuellen Agnosie. Hierbei handelt es sich um die Unfähigkeit Menschen anhand ihrer Gesichter zu erkennen. Es ist möglich das Gesicht zu beschreiben, und sollte es einzigartige Merkmale (zum Beispiel auffallende Muttermale oder Narben) geben können diese einer Person zugeordnet werden, aber das Gesicht als Ganzes wird nicht erkannt.

Eine weitere Form der Agnosie ist die auditive oder akustische Agnosie (in der Psychologie auch als Seelentaubheit bezeichnet). Diese beschreibt eine Störung, bei der Wörter oder Geräusche zwar akustisch wahrgenommen, jedoch nicht verstanden und zugeordnet werden können. Auch hier kann man verschiedene Formen unterscheiden, so betrifft die reine Geräuschagnosie nur verschiedener Alltags-

und Umweltgeräusche, nicht jedoch das verstehen gesprochener Sprache.

## Störungen der Propriozeption

Die Propriozeption, oft auch als Tiefensensibilität oder Eigenwahrnehmung bezeichnet, ist eigentlich ein System aus verschiedenen Sinneswahrnehmungen, die zusammen über Position und Aktivität des Körpers informieren. Bei Beeinträchtigung dieses Systems kann es zu verschiedenen Symptomen kommen.

So gibt es Fälle von Patienten, die nach Unfällen oder Schlaganfällen einen Teil dieser Wahrnehmung verlieren und so, wenn ein visueller Input fehlt, nicht mehr bestimmen können wo sich ihr Körper, bzw. ihre Gliedmaßen gerade befinden. Betroffene können Bewegungen nur ausführen, wenn sie sehen können was passiert. Außerdem sind oft Stimme und Mimik betroffen, da es auch hier ein propriozeptives Feedback gibt. Wir sehen nicht ob wir lachen, und trotzdem wissen wir in etwa wie unsere Mimik gerade aussieht. Es ist nicht schwer sich vorzustellen welche Auswirkungen so eine Beeinträchtigung auf den Alltag hat.

Bei wieder anderen Patienten, hier sind vor allem Parkinson Patienten betroffen, verlieren die Fähigkeit ihren Körper gerade im Raum zu positionieren. Die Folge davon ist ein Leben in konstanter Schräglage, was wiederum mit vermehren Unfällen und Verletzungen verbunden ist.

## Halluzinationen

Das Gegenteil der bisher genannten Wahrnehmungsstörungen, die hauptsächlich auf Ausfällen verschiedener Sinne oder ihrer Verarbeitung beruhen, sind Halluzinationen oder Trugwahrnehmungen. Ihnen liegen keine tatsächlichen Reize von außen zugrunde und dennoch wirken sie auf die Betroffenen wie reale Sinneseindrücke. Während optische und akustische Halluzinationen den meisten Leuten bekannt sind, beschränken sich diese Scheinwahrnehmungen nicht auf das Sehen und Hören. Olfaktorische Halluzinationen, auch Riechwahrnehmungen genannt reichen von angenehmen Gerüchen wie frischen Gras und Erdbeeren bis zu Verwesungsgerüchen.

Ein anderes Beispiel ungewöhnlicherer Halluzinationen sind sogenannte Zönästhesien. Hierbei handelt es sich um Störungen des Körperempfindens, welche bizarre Formen annehmen können: Patienten beschreiben das Gefühl ihre Gehirnhälften würden aneinander reiben, oder ihre Organe würde wachsen.

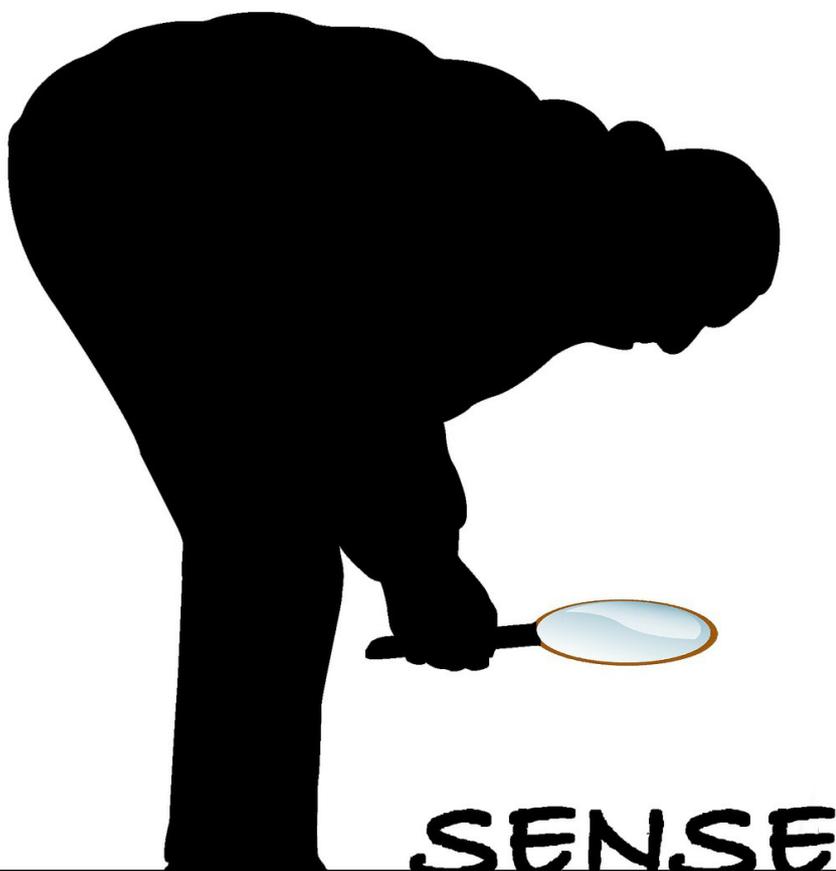
### Synästhesie - Die Störung die keine ist

Noch vor den Wahrnehmungsstörungen beschrieben, hat sich das Bild der Synästhesie im Laufe der Zeit doch sehr gewandelt. Dieser Wandel ist hauptsächlich darauf zurückzuführen das Synästheten ihre besondere Wahrnehmung nicht als unangenehm empfinden, und sie mit keinen anderen Pathologien verknüpft ist.

Doch was ist Synästhesie? Ganz allgemein steht der Begriff für die Kopplung verschiedener physisch getrennter Wahrnehmungen, zum werden zum Beispiel bei der Graphem-Farb-Synästhesie verschiedenen Buchstaben und Zahlen zugeordnet. Vieles an der Synästhesie ist noch unerforscht, so zum Beispiel ob sie angeboren oder nachgeburtlich entwickelt ist. Zusätzlich zu der klassischen Synästhesie gibt es die sogenannte „erworbene

Synästhesie“, die durch eine Gehirnschädigung oder den Verlust eines Sinnes (z.B. Erblindung) entsteht. Die Inzidenz der Synästhesie ist nicht geklärt, wohl auch weil sich viele betroffene gar nicht bewusst sind das ihre Wahrnehmung nicht der „Norm“ entspricht.

Abschließend lässt sich sagen, dass die hier aufgezählten Sinnesstörungen eine unterschiedlich häufige Inzidenz haben und in verschieden ausgeprägten Formen vorkommen. Außerdem handelt es sich nur um einen kleinen Abstecher in die neurologische Welt der kuriosen Wahrnehmungen, der Artikel erhebt somit keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.



# „lieh, hier, putz dir doch die Nase!“

oder: Warum das vielleicht doch nicht immer so gut ist...

Text:

**Wer hat das als Kind denn nicht gehört, wenn man wieder einmal den hundertsten Infekt der Saison aufgerissen hat. Die Nase läuft, es bilden sich wunderschöne Rotzblasen, die nach dem Platzen aus den Nares über das Philtrum zu der Labia superior laufen, nur um dann flink mit der Zunge abgeleckt oder als Rotzstraße der Länge nach am Unterarm verteilt zu werden. Um den Erwachsenen einen Gefallen zu erweisen, lässt man sich dazu herab, ein Taschentuch entgegen zu nehmen und sich zu schnäuzen, so laut, dass es klingt, als würde ein Elefant in der Nase wohnen.**

Klingt lustig und die Eltern lassen einen danach auch in Ruhe, da bewiesen wurde, dass ein Schnäuzversuch erfolgte. Außerdem erfreut es, endlich wieder frei durchatmen zu können. Doch das Erfolgsgefühl einer erfolgreichen Nasenreinigung währt nicht lange. Bereits nach wenigen Stunden spürt man ein Pochen im Ohr, das sich schnell zu anhaltenden stechenden Schmerzen entwickelt. Das Fieber steigt ebenso schnell, die Eltern werden nervös. Ab zum Kinderarzt, welcher nach einem Blick in Nase und Ohr eine Diagnose stellt: Otitis media acuta.

Die oben beschriebene Situation ist eine der alltäglichsten im Winter. Kinder bekommen zwischen Oktober bis März durchschnittlich 12 bis 20 Infekte des oberen Respirationstraktes, sind also fast durchwegs erkältet. Da einige von euch, liebe Kolleginnen und Kollegen, Kinder haben, Kinder erwarten oder in nicht allzu ferner Zukunft der Kinderwunsch aktuell wird, haben wir uns dazu entschieden, diese Seiten dem richtigen Naseputzen bei Kindern zu widmen.

Durch die engen Lagebeziehungen zwischen Epipharynx und Mittelohr über die Tuba auditoria, auch Ohrtrumpete, Tuba auditiva, Eustachische Röhre genannt, welche bei Kindern bis zum 7. Lebensjahr deutlich kürzer, enger und horizontaler gestellt ist, als bei Erwachsenen, treten häufiger Infektionen der oberen Atemwege auf das Ohr über. Gefördert wird die Infektenstehung dadurch, dass die Nasenschleimhaut um das Ostium pharyngeum tubae auditivae anschwillt, teilweise verschließt, wodurch Sekrete aus dem Ohr nicht mehr abfließen können, sich somit ein Keimherd im Mittelohr bilden und sich eine Entzündung entwickeln kann.

Falsches Naseputzen macht diese Sache nicht besser. Zu starkes Hochziehen

der Nase ist ebenso infektförderlich, wie zu starkes Schnäuzen. In beiden Fällen wird durch den Überdruck, der im Nasopharynx erzeugt wird, die Tuba auditoria kurzfristig geöffnet und die Keime werden hineinbefördert. Prinzipiell ist bei Schnupfen die Nasenschleimhaut (auch die Schleimhaut, die porus umgibt) angeschwollen, da vermehrt Immunzellen die Keime beseitigen wollen. Dafür erweitern sich die Blutgefäße und die Schleimhaut schwillt an. Wird nun Druck aufgebaut, können die geweiteten Kapillaren leichter reißen, es kommt zu Nasenbluten.

Schließt sich nun die Tuba wieder, so fließen die Sekrete nicht ab, die Keime können sich im abgetrennten Raum entwickeln und Infekte verursachen. Daher wird empfohlen, mit Kindern ab 3-4 Jahren richtiges Schnäuzen zu üben, wenn sie nicht erkältet sind. Dabei ist darauf zu achten, dass ein Nasenloch zugehalten und nur vorsichtig geschnaubt wird. Dabei sollte kein Ton zu hören sein. Ebenfalls fördern Inhalationen mit Salz und Kräutertees und sanfte Nasenspülungen mit Kochsalz die Abschwellung der Schleimhäute. Nasentropfen sollten nur dann in Betracht gezogen werden, wenn das Kind sehr leidet, da die Schleimhäute bei Kindern schneller Schäden davontragen. Bei Kleinkindern bis 3 Jahren ist es am besten, einfach die Nase rinnen zu lassen und behutsam abzuwischen.

Bei einer Otitis media kommt es häufig zur Ruptur des Trommelfelles, das oft eitriges Sekret fließt dann über den äußeren Gehörgang ab. Normalerweise verheilt die Ruptur bald wieder. Hier ist es wichtig, dass man während der Phase der Sekretion den Gehörgang des Kindes beim Waschen trocken hält, z.B. indem man ihn durch einen Watteballen sanft verschließt. Reinigung desselben ist nicht notwendig, sie sollte wenn mit eigenen Ohrentropfen oder warmen Wasserspülungen nach Abklingen der Entzündung erfolgen.





Eine Mittelohrentzündung kann nicht nur durch unsachgemäßes Säubern der Nase, sondern auch durch zu starke Zugluft oder nasse Ohren nach dem Schwimmen entstehen. Daher sollte man die Ohren stets warm und trocken halten.

Doch weshalb sind Kinder öfter von einer Otitis media betroffen? - die Antwort hierauf finden wir in der Anatomie. Der Gehörgang besteht zu einem Drittel aus knöchernen und zu zweit Drittel aus knorpeligen Strukturen. Bei einem 6jährigen Kind beträgt die Gesamtlänge des Gehörganges nur Hälfte des Gehörganges und ist somit kürzer und gerader, als beim Erwachsenen. Da sämtliche Strukturen kleiner sind und die Nasennebenhöhlen näher beim Ohr liegen, können sich Infekte schnell von der Nase zum Ohr ausbreiten, vergleichbar mit den unterschiedliche langen Urethrae bei Mann und Frau und die Inzidenz von HWI bei beiden Geschlechtern. Ohr putzen: Gang nicht schräg, sondern horizontal, Trommelfell näher bei Porus, Gefahr der Zerstörung vom Trommelfell

Doch nicht nur die Ohren gehören geschützt, sondern auch das Gehör an sich sollte beachtet werden. Das Gehör

eines Kindes muss sich erst entwickeln. Man sagt, dass das Gehör eines Kindes erst mit sechs Jahren vollständig ausgereift ist. Das Gehör bildet sich bereits während der Schwangerschaft organisch ganz aus und ist bei einem gesunden Neugeborenen zwar voll funktionsfähig - allerdings unterscheidet sich das Hörvermögen zunächst noch sehr von dem der Erwachsenen.

In dieser sogenannten „sensiblen Phase“ lernt das Gehirn besonders intensiv, die Hörinformationen zu verfeinern, zu verschärfen und sinnvoll zu deuten. Im weiteren Verlauf der Entwicklung verfeinert sich die Hörfähigkeit weiter, wenn auch deutlich langsamer. Auch nachdem das Gehör mit sechs Jahren voll ausgebildet ist, hören Kinder noch nicht dasselbe wie Erwachsene.

Kinder haben vor allem Schwierigkeiten, Geräusche zu unterscheiden, und können oft nur schwer ausmachen, woher ein Geräusch kommt. Vor allem jüngere Kinder können Schallquellen nur ungenau lokalisieren, Schall von der Seite oder von hinten wird überhört oder falsch gedeutet. Erst im Alter von etwa sieben, acht Jahren ist ein Kind in der Lage, auch Höreindrücke zu nutzen, um zum Beispiel Gefahren zu erkennen.

Dies ist besonders im Straßenverkehr zu beachten, da Kinder herannahend Autos oftmals einfach überhören.

Ein intaktes Gehör und gutes Hören ist für die gesamte kindliche Entwicklung von großer Bedeutung. Wird eine angeborene Schwerhörigkeit zum Beispiel nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, kann sich das Hörvermögen nicht weiter ausbilden, weil die dazu notwendigen Höreindrücke fehlen. Vor allem die Sprachentwicklung hängt maßgeblich davon ab, wie gut ein Kind hört: Ein Kind, das nicht gut hört, kann auch nicht gut sprechen lernen.

Neben angeborenen Hörstörungen können auch Krankheiten, insbesondere Mittelohrentzündungen, das Gehör vorübergehend oder dauerhaft beeinträchtigen. Im späteren Alter ist vor allem die Lärmbelastigung ein großes Problem.

Deshalb gilt: sowohl das Ohr, als auch das Gehör an sich gehören geschützt. Ob nun durch richtiges Naseputzen, weniger Ohrputzen und Schutz vor Zugluft und Lärmbelastigung, am Ende geht es darum einen der wichtigsten Sinne für unsere Orientierung zu erhalten - unser Gehör.

# Berühmte Mediziner

## Adam Politzer, Wien und die Otologie

Text: Sabine Weber

Dr. med., Dr. chir., Mag., Hofrat, Prof., Mag. obstet. – die Liste der Titel des aus Ungarn stammenden, in Wien tätigen Mediziners Adam Politzer (1835 – 1920) ist lang. Es waren jedoch seine Verdienste um die Otologie, die ihn im ausgehenden 19. Jahrhundert bekannt machten und Wien zu einem der führenden Zentren dieses jungen Zweiges der Medizin werden ließen.

1859 schloss Politzer sein Medizinstudium in Wien ab, ein Jahr später begann er die Ausbildung in Otologie. Zunächst widmete er sich auch ausgiebig der Forschung: Physiologische, morphologische und experimentelle Arbeiten am Mittelohr, M. tensor tympani und der Eustachi'schen Röhre bildeten den Kern seiner Betrachtungen. Während einiger Studienreisen, wie etwa nach Heidelberg, Paris, Würzburg und London, unterrichteten ihn die führenden Köpfe der Szene. Vor allem dem Erlernen der Grundlagen der Physiologie maß er hohe Bedeutung bei, da das Erforschen der Physiologie für ihn essentiell war, um eine Krankheit zu verstehen. Doch auch klinisch wurde er während der Studienreisen ausgebildet.

Zurück in Wien machte er schnell Karriere, wurde Dozent für Otologie, später der erste Professor für selbiges Fach, auch einer Tätigkeit als Armenarzt ging er nach. 1897 wurde er Leiter der ersten Ohrenklinik der Universität, deren Vorstand er bis zu seiner Pensionierung blieb. Weiterhin betrieb er Forschung, lehrte und entwickelte an der Ohrenklinik die bedeutendste otologische Schule jener Zeit. Über 46 Jahre hinweg unterrichtete er mehr als 7000 Studenten und machte die medizinische Universität so zu einem der wichtigsten Dreh- und Angelpunkte der Otologie.

Von seinen vielen Arbeiten sind vor allem die Schriften und Erkenntnisse zur Behandlung von Funktionsstörungen der Ohrtrompete, zur Pathogenese des Cholesteatoms, die Entdeckung der Otosklerose und das Politzer-Verfahren erwähnenswert.

Bei Letzterem handelt es sich um ein Verfahren zur Überprüfung der Tubenfunktion. Dabei wird ein Nasenloch manuell verschlossen, vor das Andere wird ein sogenannter Politzer-Ballon, ein Gummiballon, gehalten. Der Ballon wird



komprimiert, währenddessen soll der Patient ein Wort, das den Konsonanten „K“ mehrmals enthält (z.B. Kuckuck, Kakadu), aufsagen. Dadurch hebt sich das Gaumensegel, der Nasen-Rachen-Raum wird abgeschlossen und das Tubenostium geöffnet. Bei normaler Tubendurchlässigkeit wird durch die Kompression des Ballons der Tubenwiderstand überwunden und das Ohr belüftet. Der Lufteintritt kann vom Untersucher auskultiert werden, auch eine otoskopische Überprüfung ist möglich. Oft reicht aber das genaue Hinhören, da das Geräusch charakteristisch ist. Angewandt wird das Verfahren etwa bei Barotraumen, Tubenkatarrh oder gestörter Tubenfunktion nach Otitis media.

Adam Politzer starb 1920 in Wien, seine letzte Ruhestätte befindet sich im israelischen Teil des Zentralfriedhofs. Wer durch den Arkadenhof der Hauptuniversität schlendert, kann dort seit 1983 ein Denkmal des Mediziners bewundern.

# Gesundheit für Generationen Exzellenz in der Ausbildung



Gesundheit ist das Allerwichtigste. Dazu leisten Sie einen wichtigen Beitrag: Als JungmedizinerIn bei der gespag sorgen Sie für die medizinische Versorgung der Menschen in Ihrer Umgebung – und erhalten gleichzeitig eine exzellente Ausbildung auf höchstem Niveau. Verbinden Sie Leben, Arbeiten und Karriere in Ihrer Region – das erwartet Sie bei uns:

- Eine patientennahe Ausbildung in Mindestzeit
- Langfristige Karrieremöglichkeiten in Ihrer Nähe
- Praxisnahe Lehrmethoden und interdisziplinäre Vernetzung
- Individuelle Fort- und Weiterbildung in der gespag.akademie
- Aktuelle Literatur und Nachschlagewerke auf einen Klick
- Zeit für Ihr Privatleben: Einhaltung des KA-AZG und Mitsprache bei der Dienstplaneinteilung
- Zeit für Ihre Familie: Teilzeitmodelle und Kinderbetreuung
- Berufliche und private Unterstützung in jeder Lebensphase

Gemeinsam mit unseren 7.900 MitarbeiterInnen übernehmen Sie die Verantwortung für die Gesundheit, Pflege und Lebensqualität Ihrer Mitmenschen. Werden Sie Teil unseres Teams – wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

PS: Sie wollen in den schönsten Regionen des Landes arbeiten?  
Dann besuchen Sie uns auf [gespag.at/medizinbildung](https://gespag.at/medizinbildung).



KH Rohrbach

KH Freistadt

KH Schärding

Oberösterreich

Salzkammergut-Klinikum  
Schwerpunktlinik

Vöcklabruck

KH Steyr  
Schwerpunktlinik

Gmunden

KH Kirchdorf

Bad Ischl

Medizin  
Ausbildung für  
Generationen

# The Bionic Ear

## (wieder) hören dank Cochlea Implantat

Text:

### Was ist das Cochlea Implantat und wie funktioniert es?

Wer noch nie von Cochlea Implantaten gehört hat, wird sich zuerst einmal vorstellen wie in einem Science-Fiction Film, denn die grundlegende Idee den Hörnerv direkt durch eine Elektrode mit Signalen aus einem Mikrophon zu stimulieren hört sich schon ein wenig nach Cyborg an.

Dabei sind Cochlea Implantate gar nicht so neu. So wurde das erste bereits 1964 implantiert.

Seitdem hat sich natürlich dank des technischen Fortschrittes besonders im Bereich der Signalverarbeitung viel getan und vermutlich werden Cochlea Implantate auch in Zukunft viel besser werden.

Dem zweiteiligen Bauprinzip aus Empfänger und Implantat bleiben sie aber (bisher) treu.

Der Empfänger, der außen, meistens hinter dem Ohr, sitzt und abnehmbar ist, besteht aus einem Mikrophon, einem speziellen Sprachprozessor und einem elektrischen Magneten.

Trifft eine Schallwelle auf das Mikrophon, wandelt dieses die Information in ein elektrisches Signal um, welches vom Audioprozessor in ein elektrisches Pulsmuster übersetzt wird, welches vom Hörnerv interpretierbar ist. Diese Pulse werden dann an den Elektromagneten weitergegeben, der aus dem elektrischen Signal ein Magnetfeld macht.

Das eigentliche Implantat, das operativ eingesetzt werden muss, setzt sich nur aus einer Empfangsspule und dem Elektrodenträger zusammen.

In der Empfangsspule kommt es auf Grund des Magnetfelds aus dem Empfänger durch Induktion zu einem elektrischen Impuls nach demselben Prinzip, dem wir Induktionsherde und kabelloses Laden von

Zahnbürsten und Handys verdanken.

Das entstandene Stromsignal stimuliert dann über den Elektrodenträger mit über 20 Elektroden den Hörnerv, Nervus cochlearis, wodurch ein natürlich entstandenes Signal aus den Haarsinneszellen der Cochlea nachgeahmt wird.

Das ist auch der entscheidende Vorteil gegenüber konventionellen Hörgeräten, die den Schall verstärken, was aber nur dann hilft, wenn die Stimulation des N. cochlearis über die Haarsinneszellen funktioniert. Ist diese kompromittiert, weil zum Beispiel die Haarsinneszellen abgestorben sind, ist ein Cochlea Implantat besser geeignet. Ist auch der Hörnerv beschädigt, kann man die Elektrode direkt in den Nucleus cochlearis, dem ersten Hörkern des Hirnstamms setzen. (ABI = Auditory Brainstem Implant, nicht Abitur)

Der Nachteil von Implantaten ist natürlich, dass eine Operation notwendig ist, um die Elektrode zu positionieren und diese nach einigen Jahren in einer weiteren Operation ausgetauscht werden muss, was uns zum nächsten Punkt führt...

### Für wen kommt ein Cochlea Implantat in Frage?

Obwohl die etwa eineinhalbstündige Operation als risikoarm gilt und sogar in Lokalanästhesie durchgeführt werden kann, ist sie doch ein invasiver Eingriff, weshalb Cochlea Implantate nur für stark Schwerhörige, bei denen mit Hörgeräten kein zufriedenstellendes Ergebnis erreicht werden kann, oder gänzlich Gehörlosen indiziert ist.

Dabei stellen sich typischerweise zwei Arten von Patienten\_innen vor, bei denen der Eingriff sinnvoll ist:

Die erste Gruppe hatte früher ein besseres Gehör und es erst seit kurzem verloren. Hier werden immer ältere Patienten\_innen erfolgreich versorgt und neue Implantate und Operationstechniken, die das Restgehör

schonen, ermöglichen eine gleichzeitig elektrische und akustische Stimulation des Hörnervs (EAS), bei der das Implantat die hohen Frequenzen ergänzt, die bei diesen Personen typischerweise fehlen.

Die zweite Art von Patienten\_innen ist sehr jung und von Geburt an schwerhörig oder gehörlos. Bei ihnen hofft man mittels Cochlea-Implantat eine bessere Sprachentwicklung



zu ermöglichen. Die Operation sollte dabei am besten vor dem 6. Lebensmonat stattfinden bevor das Gehör in der zweiten Lallphase essenziell für die weitere (akustische) Sprachentwicklung wird, da das Kind beginnt sich auf die Muttersprache einzuhören und diese nachzuahmen. Waren früher einseitige Cochlea Implantationen üblich, werden auf Grund der Erkenntnis, dass beidseitiges Hören für das Sprachverständnis besonders wichtig ist, heute meistens beide Ohren mit einem Implantat versorgt und auch einseitig Ertaubte können von dem Eingriff profitieren.

Nicht hilfreich sind Cochlea Implantate hingegen bei Langzeit-Gehörlosen, da es den Patienten\_innen in diesem Fall schwerer fällt zu lernen mit dem Implantat zu hören, eine Hürde, die generell nicht unterschätzt werden sollte.

Die Devise lautet daher so früh wie nötig und so schnell als möglich zu implantieren, um den Zeitraum ohne funktionierendes Gehör und damit fehlender Stimulation des auditiven Systems so kurz wie möglich zu halten, aber auch nicht voreilig zu operieren.

### Fun Fact

Wie bei Hörgeräten, wo schon seit langem die Möglichkeit besteht über Bluetooth, Infrarot, etc. Musik oder die Tonspur im Kino direkt ins Ohr zu übertragen, ist das alles auch mit einem Cochlea Implantat möglich. Musik direkt in den Hörnerv, oder noch besser, gleich den Hirnstamm streamen, das hat schon was! Und die Geschichtslehrerin würde nie draufkommen, wenn man statt ihr zuzuhören mal kurz ein bisschen Heavy Metal aufdreht...

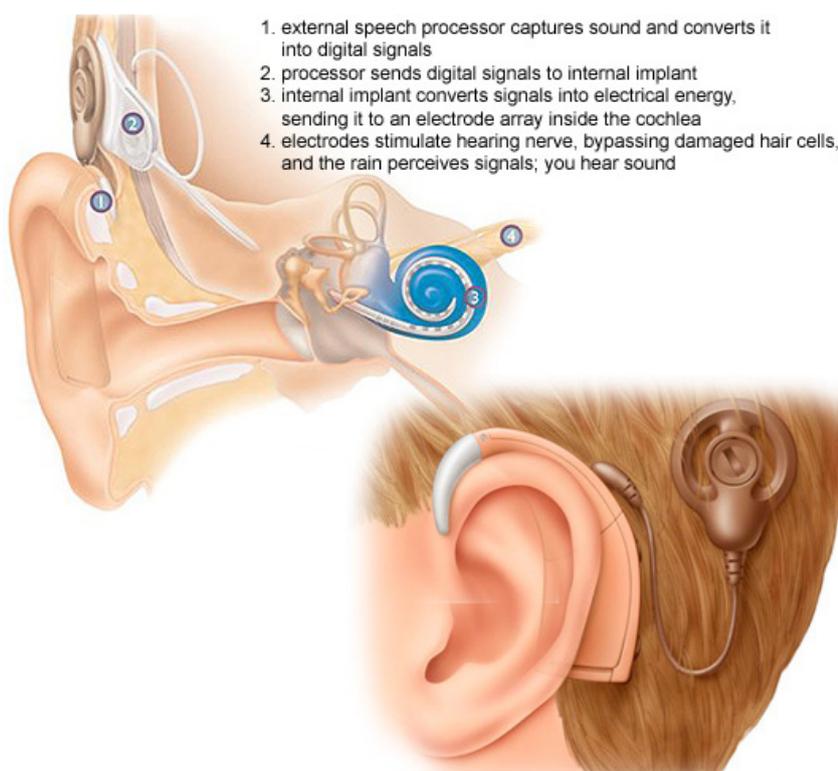
### Warum ist es in der Gehörlosen-Community umstritten?

Wie bei jeder neuen Erfindung gibt es auch Kritik an Cochlea Implantaten und dessen gesellschaftlichen Implikationen.

Ein wenig paradox erscheint im ersten Moment, dass die Gehörlosen, die eigentlich davon profitieren sollten, das Implantat ablehnen oder zumindest kritisch betrachten. Die Argumentation ist aber durchaus schlüssig. Gesellschaftlich gesehen wird Gehörlosigkeit nämlich zunehmend zu etwas heilbaren, einem Zustand, der nicht der Norm entspricht und repariert werden sollte, wodurch Betroffene einen Zugzwang zur Operation verspüren. Dabei macht eine Versorgung mit einem Cochlea Implantat nicht bei jedem\_r Sinn, das Ergebnis ist individuell sehr verschieden und die Eingewöhnungsphase kann lang und frustrierend sein, bedarf viel Training und muss trotzdem nicht erfolgreich sein.

Ein weiterer Kritikpunkt ist das junge Alter der von Geburt an Gehörlosen, wo die Entscheidung zur Operation von den Eltern gefällt wird. Viele aus der Gehörlosen-Community sind der Meinung, dass das Kind selbst entscheiden können soll. Denn sie sehen sich nicht als krank oder behindert.

Nein, sie haben in der Gebärdensprache ihre eigene (Mutter-) Sprache und ihre eigene Kultur aufgebaut und vielen ist damit auch besser geholfen als durch die aufwendige, möglicherweise unzufriedenstellende Versorgung mit einem Implantat. Sie befürchten auch, dass durch die weitere Verbreitung der Technik, die gesellschaftliche Akzeptanz für Gehörlosigkeit abnimmt und die Implantate damit den Menschen, denen sie nicht helfen, das Leben sogar schwerer machen.



# Schulen für gehörlose Kinder?

Text: Annika Sima



**Gehörlosigkeit – eine Barriere, zu kommunizieren. Dafür gibt es Gebärdensprache, die zurzeit an Bekanntheit und Einfluss gewinnt. Auch in den Schulen kommen gehörlose Kinder mit eigener Gehörlosenpädagogik in den Genuss der Bildung. Doch war das immer schon so? Streifen wir durch die Vergangenheit und sehen uns die Pädagogik gehörloser Kinder genauer an.**

Aristoteles war der Ansicht, dass Denken auf Sprechen und Hören basiere. „Wer nicht hören und nicht sprechen kann, kann auch nicht denken“, soll er gesagt haben. Dieser Gedanke zog sich durch die gesamte Antike. Gehörlose Kinder galten als unbildungsfähig und wurden oft ausgestoßen. Außerdem kannte man den Zusammenhang zwischen Gehör und Lautsprache noch nicht, man dachte, Sprechen hinge allein von der Zunge ab. Personen, die trotz Zunge nicht sprachen, waren „dumm“. In Rom war dies nicht anders, wobei angeblich erstmals gehörlose Kinder aus adeligem Hause Unterricht erhielten.

Auch im Mittelalter galten gehörlose Kinder als nicht bildungsfähig, sie wurden entweder umgebracht oder von ihren Eltern ins Kloster geschickt, damit sich die Geistlichen um sie kümmerten. Damit trafen in Klöstern oft Gehörlose aufeinander und entwickelten Gebärden. Angeblich sollen auch Mönche untereinander Gebärden angewandt haben, um sich trotz Schweigepflicht unterhalten zu können. In der Renaissance wurden in spanischen Klöstern erste Fingeralphabete entwickelt. Damit startete der Unterricht für Gehörlose, allerdings nur für adelige Kinder.

Erst im 17. Jahrhundert wurde in Frankreich und Deutschland mit der Schrift erkannt, dass Gehörlose sehr wohl unterrichtet werden können. Man sah, dass Sprechenlernen vom Gehör abhing – und versuchte mit Schreib- und Artikulationsübungen,

Gehörlosen die Lautsprache beizubringen, auch als „orale Methode“ der Gehörlosenpädagogik bekannt. Allerdings wurde beobachtet, dass das Erlernte rasch abnahm, sobald der Unterricht beendet war. Gebärden hielt die Gesellschaft damals für unwichtig - Gebärdensprache verhindere den Erwerb von Lautsprache.

1771 wurde in Paris die erste Schule für gehörlose Schüler\_innen gegründet. Der Gründer De L'Épée entwickelte die „visuelle Methode“, bei der mit Schrift und Gebärden unterrichtet wird. Er erkannte die Gebärdensprache als Muttersprache Gehörloser an.

Im 19. Jh wurde vermehrt mit der oralen Methode gearbeitet, beim 2. Mailänder Kongress 1880 wurde sie als verpflichtend erklärt. Gebärden waren der Kommunikationsersatz für „unintelligente“ Schüler\_innen.

Mit der Idee der Eugenik wurde 1933 das erste Gesetz zur Zwangssterilisation von Erbkranken, u.a. Gehörlosen, eingeführt. Das Lehrpersonal musste gehörlose Schüler\_innen melden.

Mitte des 20. Jh wurde bewusst, dass die orale Methode weniger gut funktionierte. Nun wurden Gebärden anerkannt, Dolmetscher ausgebildet und in Schulen eingesetzt, Studien belegten den positiven Einfluss von Gebärdensprache auf die Kindesentwicklung. Ende des 20. Jh gab es erste technische Hörhilfen, viele gehörlose Kinder werden ab diesem Zeitpunkt bis heute mit einem derartigen Gerät, z.B. dem CI, ausgestattet.

Heute gibt es viele Schulen für Gehörlose. Oft wird mit Gebärdensprache gearbeitet, doch auch die orale Methode ist noch weit verbreitet. Auf der Uni Wien wird „Inklusive Pädagogik“ für angehende Lehrer\_innen angeboten. In diesem Studium wird u.a. Gebärdensprache unterrichtet.



# WAS!??

oder

Über die Konsequenzen anhaltender Lärmexposition und deren Spätfolgen auf die Geduld all deiner Freunde und Bekannter, die dir dieselbe Sache fünf Mal erzählen müssen, bis du irgendwann einfach aufgibst und militärisch dämlichen Lächeln im Gesicht hoffst, dass es keine Frage war, die dir da eben gestellt wurde.

Text: Leander

Das hier sind die Fakten:

Musik ist geil.  
Bass ist sehr geil.  
Basslastige Musik ist Oberaffentittengeil.

Den ganzen Abend, Nacht und frühen Morgen in einem Club zu basslastiger Musik abzuzappeln sprengt die uns zur Verfügung stehenden Skalen der Geilhaftigkeit und ist daher leider nur begrenzt messbar.

Dieses pflaumig-pelzige Gefühl, mit dem du am nächsten Morgen zwischen deinen Ohrlappen aufwachst, weißt hingegen Merkmale moderater bist deutlich gesteigerter Ungeilhaftigkeit auf.

Zugegeben.

Es gehört definitiv zu den schöneren Dingen im Leben sich mal richtig ordentlich den Amboss vom Hammer durchprügeln zu lassen bis deine Haarzellen um Gnade winseln - aber diese Biester sind nachtragend. Wie ein Elefant mit Aggressionsproblemen vergessen und vergeben sie nicht, ihre Rache ist ebenso schrecklich, wie perfide. Deren Konsequenzen holen dich aber erst mit Verspätung ein, was ich mit erschreckender Regelmäßigkeit beobachten kann.

Ich entstamme einer langen Reihe von Enthusiasten zu lauter Musik.

Mein Vater hat damals in vollen Zügen dem Rock gefrönt, dessen Vater hat sich davor mit Schlager das Trommelfell massiert und dessen Vater wiederum hat wahrscheinlich die ganze Nacht zu preussischer Blasmusik abgestept.

Was davor war ist schwer zu sagen aber ich wage es mit absoluter Sicherheit behaupten zu können, dass sehr laute Trommeln und Kehlkopfesang involviert waren.

Dementsprechend laufen Familientreffen ab:

„servus“

„was?“

„SERVUS!“

„WAS!? Sag das nochmal“

„ICH HABE SERVUS GESAGT!“

„ja, schönes Wetter haben wir heute.“

Wir kommen sehr gut miteinander aus, aber das liegt vermutlich auch daran, dass niemand den anderen versteht.

Zu den Spätfolgen regelmäßiger Lärmtraumata gehören aber nicht nur Schwerhörigkeit, sondern auch eine Geißel mit Namen Tinnitus. Eine Form der Qual neben der die chinesische Wasserfolter aussieht wie ein lauwarmes Fußbad.

Stell dir vor, dass konstant jemand neben dir steht und wie der Velociraptor aus Jurassicpark in wahlweise eines oder beide deiner Ohren kreischt und zwar

jeden.

einzelnen.

Moment.

deines.

Lebens!

Nur ein bisschen leiser/lauter, mit höherer/tieferer Frequenz, gleichbleibender oder alternierender Lautstärke und auch sonst komplett anders.

Also liebe Jungs und Mädels, sowie Leser\_innen unbestimmten Geschlechts: auch wenn es in Zukunft sicher enorm angesagte Hörgeräte mit Bluetooth und eingebauter Lebensabschnittsgefährtennörgeldämpfung gibt und ich weiß, dass Oropax im Club eher uncool sind, ist es jetzt an der Zeit was für den schrumpfigen, alten Sack/Säckin zu tun, der/die du in Zukunft sein wirst, damit sich zu Bluthochdruck, Osteoporose, Inkontinenz, Demenz, Typ II Diabetes und erektiler Dysfunktion nicht auch noch Schwerhörigkeit und Tinnitus gesellen.

# Gehörlose im Nationalsozialismus

Text: Sam A. Kandathil

Es ist allseits bekannt, dass während der Zeit des Nationalsozialismus Juden, Roma, Sinthi und weitere unerwünschte Menschengruppen, die man damals zur sogenannten Kategorie der „Nicht-Arier“ zusammengefasst hat, systematisch verfolgt, sterilisiert und getötet wurden, um den deutschen, „arischen“ Volkskörper zu stärken. Jedoch hat sich das Regime der Nationalsozialisten nicht nur die „Nicht-Arier“ als Zielgruppe festgesetzt. Arische Bürger, die nach dem Gesetz, „erbkrank“ waren, wurden ebenfalls ausgemerzt.

Ausmerzen - woher stammt der Ausdruck „ausmerzen“ überhaupt? Man vermutet, dass er aus der Landwirtschaft stammt: Im Frühjahr, vor allem im März, sichteten Schafzüchter zu schwache bzw. zur Zucht untaugliche Tiere aus (ausmärzen). Mit der Zeit, so wie sich die Sprache nun einmal

entwickelt, blieb das Verb nicht lange den Durchschnittsbürger\_innen vorenthalten; wenn man etwas Schlechtes oder Unerwünschtes beseitigen möchte, dann möchte man es schleunigst ausmerzen.

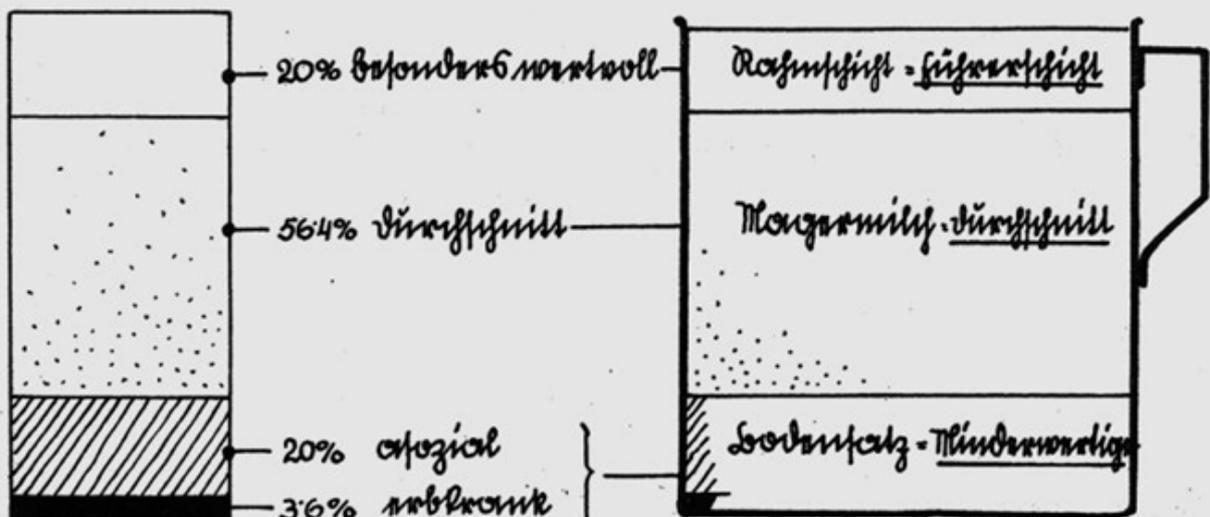
Nun stellt sich zurecht die Frage: Was kann einen Anhänger der arischen Rasse, die nach der Rassentheorie von Arthur de Gobinaeu eine der überlegensten Rassen ist, derart versehren, dass ein Gesetz dazu erlassen wurde, dass die Abtreibung, die Sterilisation oder das Töten derer legitimiert wird?

Charles Darwin und Gregor Mendel waren Pioniere der Vererbungslehre im 19. Jahrhundert und haben erstmals an Pflanzen und später auch an Tieren festgestellt, dass bestimmte Merkmale zu einem bestimmten Anteil weitervererbt werden. Im 20. Jahrhundert waren es sogenannte „Rassenhygieniker“, die der festen Überzeugung waren, dass sich die Menschen in verschiedene Rassen untergliedern

lassen und dass eine Hierarchie unter den Rassen herrscht. Die nationalsozialistische Rassenpolitik fand somit ein großes Publikum.

Juden, politische Gegner, Homosexuelle, kritische Intellektuelle, Menschen mit körperlichen Behinderungen und noch viele andere wurden verfolgt, um das Bild des „gesunden Ariers“ zu erhalten und zu propagieren. Im Zuge dessen trat das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses 1. Jänner 1934 in Kraft. Hierbei wurden die Betroffenen zwangssterilisiert und mitunter auch für medizinische Experimente missbraucht. Die Zielgruppe waren Menschen, die an „angeborenem Schwachsinn“, Schizophrenie, zirkulärem/manisch-depressivem Irresein, erblicher Fallsucht (Epilepsie), erblichem Veitstanz (Chorea Huntington), erblicher Blindheit, schwerer erblicher körperlicher Missbildung oder auch an der „erblichen Taubheit“ litten. Auf letzteres wird sich dieser Artikel fokussieren.

## Zusammensetzung unseres Volkes. Vergleich mit Milchtopf.



Verordnung zur Vereinfachung des Verkehrs... 529
Verordnung zur Vereinfachung des Verkehrs... 531
Verordnung über die Eintragung von... 533
Verordnung zur Vereinfachung des Verkehrs... 535

Verordnung zur Vereinfachung des Verkehrs...
Die Schlichtungsstelle hat das folgende Recht...
1. über die Art der...
2. über die...
3. über die...
4. über die...
5. über die...
6. über die...
7. über die...
8. über die...
9. über die...
10. über die...

Folge geleistet, kam die Polizei und man wurde untergebracht.

Das GzVeN wurde am 26. 6. 1935 mit einem weiteren Absatz erweitert. Dieser Absatz sah vor, dass die bestehende Schwangerschaft einer erbkranken Frau bis zum 6. Monat unterbrochen werden durfte und dass diese Unterbrechung mit einer anschließenden Sterilisierung verbunden war. Eine Einverständniserklärung war nicht notwendig. Während der NS-Diktatur wurden etwa 400 000 Menschen, davon etwa 15 000 Gehörlose sterilisiert, die meisten gegen ihren Willen. Wer sich weigerte, fand sich rasch in Kerkerhaft wieder.

hatte das NS-Regime sehr wohl Verwendung von ihnen gemacht. Normalerweise musste jeder Mann früher oder später einrücken, Gehörlose waren jedoch untauglich für den Einsatz am Feld. Aber sie wurden in den Betrieben, wie zum Beispiel in der Schneiderei oder in der Munitionsfabrik eingesetzt. Wichtig zu erwähnen ist, dass Gehörlose nicht gebärden durften, sondern die Lautsprache bzw. das Lippenlesen perfektionieren mussten. Anderes Verhalten wurde nicht toleriert und wurde bei Wiederholung mit der sofortigen Deportation bestraft.

Menschen, die auf dauerhafte Betreuung angewiesen waren, fielen der Euthanasie zum Opfer. Die berühmteste Euthanasie-Anstalt in Großwien, war die am Spiegelgrund. Hier wurden etliche Erbkranken gefoltert und systematisch getötet.

Die Heirat unter nicht-sterilisierten Erbkranken war im Vorhinein ausgeschlossen, da die Reinerhaltung des deutschen Blutes gefährdet sei, und unter diesem Druck willigten viele ein. Ohne Ehefähigkeitszeugnis war die Heirat unter Erbkranken nicht erlaubt.

Da aber die Erbkranken immer noch der Rasse des deutschen Volkes angehörten und somit „arisch“ waren,

Das Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda ließ das Volk im Glauben, dass 20% des Volkes besonders wertvoll, 56,4% Durchschnitt, 20% asozial und 3,6% erbkrank seien. Diese Aufteilung wurde mit der Zusammensetzung von Milch verglichen. Es gibt die Rahmschicht die der Führerschicht, die Magermilch die dem Durchschnitt und der Bodensatz der dem Minderwertigen entspricht. Natürlich wurde so Stimmung gegen den sogenannten „Bodensatz“ durch das Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda gemacht.

In Schulen gab es Rechenaufgaben, in denen der Betrag zu errechnen war, der herauskommen würde wenn man alle Ausgaben für Erbkranken stoppen würde. Bei der Aufgabe stand, dass ein gesunder Schüler täglich 0,33 Reichsmark dem Staat kostet und ein Taubstummer 4 Reichsmark. Deutschland gab 1,4 Milliarden Reichsmark für Erbkranken aus. Damit könnte man 70.000 Eigenheime bauen, so das Rechenbeispiel.

Gehörlose erhielten einen Brief vom Gesundheitsamt, indem sie aufgrund der Gesetzeslage aufgefordert wurden, zu Sterilisation in der Klinik zu erscheinen – wurde dem nicht



# Otitis

Text: Till Buschhorn

## Otitis media, externa & interna

Die Ohrentzündung – wer kennt sie nicht? Als kleiner Steppke kam ich zum ersten Mal damit in Berührung (und das meine ich wörtlich), als ich morgens aufwachte und meine Augen öffnen wollte. Doch irgendwas stimmte an diesem Tag nicht so ganz, meine Augen ließen sich irgendwie nicht öffnen. Vor lauter Panik tat ich, was jedes kleine Kind in dieser Situation tut: Ich patschte mir voll in die Augen.

Nach dem anfänglichen Schmerz fühlte ich schnell, dass sich eine dicke Kruste an den Wimpern befand. Ein kleiner Schreianfall meinerseits rief meine Eltern auf den Plan, die sich mit viel Geduld der Sache annahm. Die Schnelldiagnose des Otorhinolaryngologen lautete: Mittelohrentzündung.

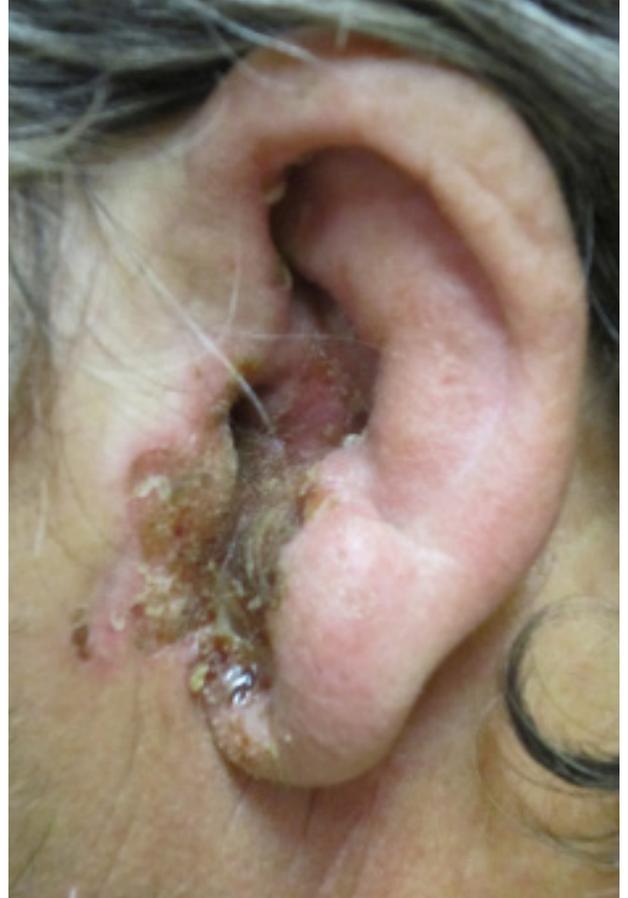
## Was genau passiert da jetzt?

Wie ganz allgemein bekannt, kann man das Ohr in drei Kompartimente unterteilen: Außen- Mittel- und Innenohr und wie der Name „Mittelohrentzündung“ schon hergibt, braucht es keinen Einstein, um die Lokalität der Erkrankung festzustellen. Ein kleiner Fun Fact am Rande: Im Mittelohr befinden sich die drei Gehörknöchelchen (Hammer, Amboss und Steigbügel). Der Steigbügel ist der kleinste Knochen im Körper – der größte wiederum ist der Femur. Solche Fragen kommen gerne in PubQuizzes oder ähnlichem dran, also nicht vergessen!

Aber zurück zur Entzündung: Wie es beim Ohr die drei Kompartimente gibt, können sich natürlich auch alle drei entzünden, wobei die Mittelohrentzündung die bekannteste ist.

Die **Otitis externa** bezeichnet die Entzündung des äußeren Gehörganges, die auf viele verschiedene Arten ausgelöst werden kann. Die Prophylaxe ist hier relativ simpel. Ein kurzer Termin bei Arzt oder Ärztin, der/die die Ohren professionell saubermacht, erspart viele Unannehmlichkeiten. Und auch für die Leute, die es so gar nicht ausstehen können, dass man ihnen in den Ohren herumwerkelt, es lohnt sich – besonders im höheren Alter sollte man immer mal wieder nachsehen lassen. Und bevor ihr sagt „Nein, ich mach das lieber selber mit einem Wattestäbchen“, bitte nicht. Das schiebt das Ohrenschmalz meist nur tiefer hinein. Sollte es zur Entzündung kommen, spürt man das anhand von Juckreizen bis hin zu heftigen Schmerzen. Die Behandlung selber erfordert ebenfalls eine fast tägliche Reinigung, je nach Ursache kann man auch mit antibakteriellen Ohrentropfen arbeiten.

Und übrigens: gefährlich kann es hier auch werden! Bei einem ungünstigen Verlauf kann es zu der Otitis externa maligna kommen, die möglicherweise Ausfälle von Hirnnerven induziert und tödlich enden kann.



*Otitis externa*

An zweiter Stelle steht nun die **Otitis media**, die besonders gerne im Winter auftaucht, als Folge eines Infektes. Da bei Kindern die Tuba auditiva noch relativ kurz ist, sind diese besonders oft betroffen (wie ich damals - mittlerweile bin ich etwas größer und habe jede Mittelohrentzündung in die Schranken gewiesen!). Typische Symptome dieser Erkrankung sind heftige Ohrenscherzen, Hörverminderung und Fieber, durch das Otoskop lässt sich die Diagnose sehr schnell feststellen. Eine deutliche Rötung und ein Paukenerguss lassen kaum Zweifel übrig.



*schollige Otitis media*

Oft heilt eine Otitis media von selbst ab, manchmal muss jedoch etwas nachgeholfen werden. Die klassische Kombination aus abschwellenden Nasentropfen und Ibuprofen sorgt für eine Erleichterung im Alltag, auf Antibiotika sollte verzichtet werden, sofern es nicht eindeutig vonnöten ist.

Zu guter Letzt folgt die **Otitis interna**, oder auch Labyrinthitis. Hierbei ist der vestibuläre und cochleäre Teil des Labyrinths betroffen. Da wir im Innenohr unser Gleichgewichtsorgan finden, kann es bei dieser Diagnose zu Schwindelanfällen, begleitet von Morbus Meniere, kommen. Weiterhin kann es ebenfalls zu einer Hörverschlechterung kommen.

Bei einer diagnostizierten Labyrinthitis ist immer eine stationäre Aufnahme vonnöten, da bleibende Schäden bei nicht ausreichender Behandlung entstehen können. Neben einer

Schmerztherapie wird eine intravenöse Breitspektrum-Antibiotikatherapie gegeben, außerdem in manchen Fällen Glucocorticoide.

Egal, welche Form man erwirbt: Jede kann sich unschön entwickeln – daher gut aufpassen, immer schön eine Mütze tragen und ab und zu den/die HNO-Arzt/Ärztin aufsuchen! Und ihr fragt euch woher die zugekrusteten Augen kamen - tja- von einer Flüssigkeit, die sich bei einer viralen Mittelohrentzündung bilden kann. Stark klebrig lief diese mir nachts in die Augen und resultierte in einem hysterischen Kleinkind, das eine ganze Tüte Haribo zur Beruhigung brauchte.



*bullöse Otitis media*

# Case Report: Übler Trip

Text:

## Willkommen zum Case Report!

Heute geht es auch bei uns ums vestibulo-cochleäre System. Und wenn ihr schon als Kind unbedingt Astronaut werden wolltet (so classic!), dann habt ihr euch bestimmt auch schon riesige Sorgen um die damit verbundenen medizinischen Probleme gemacht. Was das angeht können wir euch nun vielleicht ein paar Infos liefern. Angesehen haben wir uns hier einen Artikel aus der Raumfahrt, genauer handelt er von den medizinischen Problemen der Astronauten, von denen eine der wohl schwerwiegendsten die akute Raumfahrer-Reisekrankheit ist.

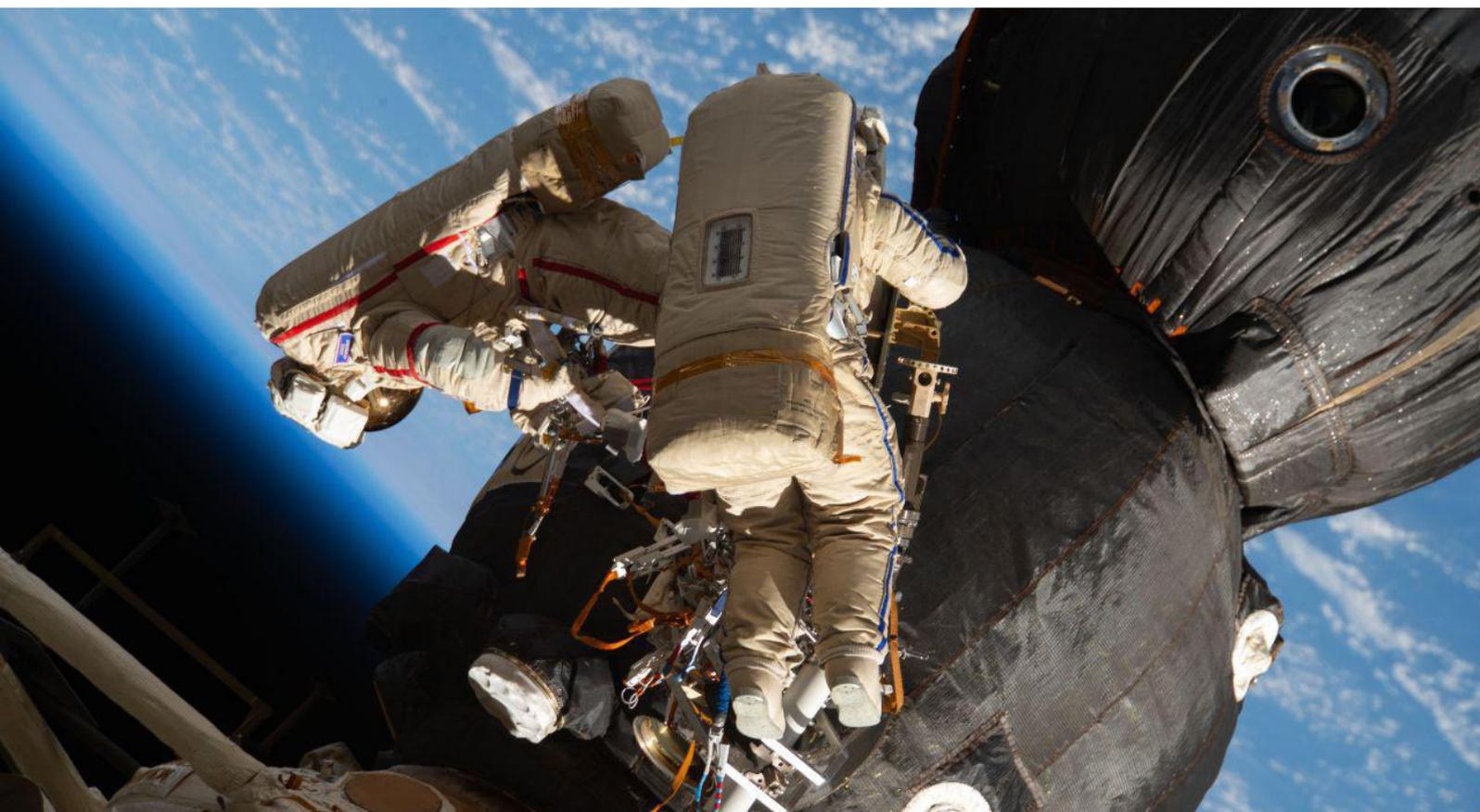
Mit ihr haben zirka 70% der Astronauten auf ihrem ersten Flug zu kämpfen. Der zugrundeliegende Artikel kommt von der amerikanischen Raumfahrtbehörde NASA und ist im Stil eines Tagebuchs gehalten.

Der hier betroffene Patient war für 3 Jahre Co-Pilot in einem Ausbildungs-Düsenjäger, bevor er seine erste Raumfahrtmission antrat. Er bekam für die Dauer seiner Raummission die Aufgabe mittels Rating-Skala die Heftigkeit der Symptome von 0 (keine Symptome) bis 20 (sehr starke Symptome) anzugeben.

## Tag 1:

Schon während ich beim Start im Sitz saß, fühlte sich mein Kopf furchtbar an. Irgendwie instabil, dazu kamen starke Oszillipsien und ein ausgeprägtes flaues Gefühl im Magen. Auf der Skala gab ich erst 15, dann 18 Punkte an. Gleich darauf fragte ich nach Phenergan (Wirkstoff: Promethazin; Neuroleptikum, das v.a. als Sedativum, Antihistaminikum & Antiemetikum verwendet wird), meine Crewmitglieder versicherten mir die Gabe, sobald der Start abgeschlossen sein würde.

Es fiel mir ungemein schwer, mich nicht zu übergeben. Ich traute mich nicht, den Helm abzunehmen, weil ich das Gefühl hatte er würde meinen Kopf stabilisieren. Schließlich nahm ich ihn doch ab und übergab mich sofort drei Mal. In den folgenden 45 Minuten musste ich mich an die weiteren 30 Mal übergeben. Ich war quasi handlungsunfähig. Das verblüffte mich, hatte ich doch auch während meiner Zeit als Co-Pilot ebenfalls solche Anfälle, konnte aber trotzdem immer meinen Job erledigen. Die anschließende intramuskuläre Injektion von 50mg Phenergan half nur wenig, ich übergab mich weiter. Nach weiteren 50mg Phenergan sah ich, dass ich so schnell wie möglich ins Bett kam. Selbst dort bewegte sich noch alles um mich herum.



**Tag 2:**

Ich schränkte meine Aktivitäten ein, so konnte ich beispielsweise nicht an den Experimenten im Labor teilnehmen. Ich musste mich sechs Mal übergeben und nahm oral weitere 25mg Phenergan ein. Jede Bewegung führte zu Übelkeit, sowohl die Bewegung des Kopfes, als auch die des ganzen Körpers. Die Kopfbewegungen waren allerdings deutlich schlimmer. Immerhin nahm ich mehr Flüssigkeit zu mir, als am Tag zuvor.

**Tag 3:**

Tag 3 und ich hatte noch nicht mal aus dem Fenster gesehen. Ich hatte noch keine Medikamente eingenommen und musste mich noch nicht übergeben. Einmal in der Stunde kämpfte ich mit Reflux, auch mein Kopf fühlte sich noch nicht wirklich gut an. Auf der Skala gab ich für den ganzen Tag eine 10 an. Beim Durchgehen der Symptom-Checkliste gab ich Blässe, Wärmegefühl, Flush, Kaltschweiß, Trockenheit, Schwächegefühl, Rückenschmerzen und Lethargie an. Früher am Tag hatte ich zudem unter mittelstarken persistierenden Kopfschmerzen gelitten, die mich aber nicht handlungsunfähig gemacht hatten. Wenn ich der Crew bei den Experimenten half, kam Desorientierung dazu, konnte oft oben von unten nicht unterscheiden. Ich war benommen, die Augen fielen mir zu und durch Konzentrationsstörungen kam es zu Fehlern meinerseits im Labor. Meine Brille zu tragen provozierte ebenfalls die Symptome. Als ich sie heute das erste Mal wieder aufgesetzt habe, fühlte ich mich sofort schlechter. Sogar meine Sicht litt darunter. Es fühlte sich für mich so an, als wäre ich weniger kurzsichtig mit meiner astigmatischen Korrektur als auf der Erde. Das einzige Problem ohne Brille hatte ich mit den Containern 1 und 7, wo ich beim Experiment mehrmals die Zahlen verwechselte. Es hatte letztlich keine schlimmen Folgen, zeigte mir aber, dass meine Konzentrationsstörungen ein Problem waren. Zu all dem kam kompletter Appetitverlust, Unwohlsein in der Magengegend und schwacher Durchfall.

**Tag 4:**

Kein verbaler Report, ich notierte nur den Motion Sickness Score von 8.

**Tag 5:**

Auf der Skala gab ich für den ganzen Tag zuerst 5 – 8 Punkte an. Ohne dass ich irgendetwas spezielles getan hätte, musste ich mich aber plötzlich acht Mal übergeben, wodurch ich auf der Skala auf 20 kletterte.

**Tag 6:**

Der Score war am sechsten Tag ungefähr bei 5. Mein Kopf fühlte sich immer noch schwer an und ich konnte meine Augen immer noch nicht richtig bewegen. Wenn

ich meinen Kopf bewegte, wurde mir übel. Ich aß kaum etwas, was aber vor allem daran lag, dass ich keine Lust auf das Essen hier hatte. Positiv zu erwähnen war, dass das Kopfweh nur mittelstark war und ich keine Medikamente deswegen nehmen musste und nur ein paar Mal kam Reflux auf.

**Landungstag:**

Es war wieder ähnlich schlimm, wie zu Beginn des Fluges. Bei jeder Kopfbewegung bewegte sich die Umgebung. Nach der Landung sagte ein Crewmitglied: „Ok, wenn ihr was Lustiges sehen wollt, beugt euren Kopf runter!“ - woraufhin ich dummerweise genau dies tat. Plötzlich drehte sich wieder alles und mir wurde speiübel. Ich konnte an diesem Tag keine Tests durchführen, mich nicht aus dem Raum bewegen, nicht einmal Duschen.

**1 Tag danach:**

Auch nach der Landung hielten die Beschwerden an. Ich hatte dieselben Probleme wie vorher, sobald ich meinen Kopf bewegte. Wenn ich die Augen schloss, bewegte sich alles. In der ersten Nacht nach der Landung wachte ich um 4 Uhr morgens mit voller Blase auf. Ich versuchte aufzustehen, aber alles bewegte sich und ich dachte nur, dass ich es nicht auf Klo schaffe. Daraufhin habe ich mich mit voller Blase wieder ins Bett gelegt. In den folgenden Nächten wurde es Stück für Stück weniger schlimm.

Der Bericht des Astronauten zeigt sehr eindrucksvoll, dass es sich bei der Raumfahrer-Reisekrankheit nicht um eine einfache Übelkeit handelt, „mit der man schon klarkommt“. Der Patient war auch früher schon ähnlichen Situationen (wie als Co-Pilot im Jet) ausgesetzt und wurde trotzdem von der vollen Stärke der Symptome getroffen.

Die Bewegung des Kopfes bereitete für ihn die schlimmsten Probleme, aber auch ohne irgendwelche Bewegung traten Symptome auf. Sehr beeindruckend sind auch die Beschreibungen der visuellen Störungen, die im Zusammenhang mit der Krankheit auftraten.

So berichtete der Astronaut von Oszillationen der Umgebung und Oszillopsien, durch die für ihn der Eindruck einer ständigen Bewegung des eigenen Körpers und der Umwelt entstand. Der Grund hierfür war wahrscheinlich eine intrinsische Potenzierung des vestibulo-cochleären Reflexes oder ein Defekt im optokinetischen Beschleunigungs-Mechanismus, der dafür zuständig ist uns feste Bilder trotz Kopfbewegung zu zeigen. Was sicher eine Rolle spielt ist die Tatsache, dass es bei Abnahme der Schwerkraft zu vermehrter Bewegungswahrnehmung, gesteigertem vestibulo-cochleärem Reflex und vestibulo-spinalem Reflex kommt. Das hängt vermutlich damit zusammen, dass die durch die Schwerkraft hervorgerufene Beschleunigung vermindert ist und zu einer gesteigerten Sensitivität der Afferenzen des Utriculus führt.

# Sexuelle Belästigung im Klinikalltag

Text:

Kampagnen wie #Nein heißt nein und #metoo zeigten wie weit verbreitet sexuelle Belästigung und Gewalt in unserer Gesellschaft sind, aber auch die Notwendigkeit eines chronischen Kampfes gegen die aktuell herrschenden Machtstrukturen.

Breite Diskussionen zur Stärkung der sexuellen Selbstbestimmung durch Verschärfung des Sexualstrafrechts und Einführung des „Po-Grapsch“-Paragraphs 2016 wurden von sexuellen Übergriffen wie der der Radfahlerin, die auf der Straße von einem Unbekanntem ans Gesäß gefasst worden ist und gegen den sie sich rechtlich nicht wehren konnte, hervorgeführt. Grund dafür war die Tatsache, dass damals das Gleichbehandlungsgesetz nur für die Arbeitswelt gültig war und auch, dass die Tat zur geschlechtlichen Handlung nicht kategorisiert werden konnte, und somit auch nach dem Sexualstrafrecht nicht strafbar war.

Die gesellschaftliche Debatte #metoo sorgte für Aufmerksamkeit in den Onlinemedien und schaffte es auch auf den ersten Seiten der Zeitungen. Die Interviews, Bücher, Diskussionen und Veranstaltungen zu diesem Thema nahmen rasant zu und breiteten sich in allen Gesellschaftsschichten und Arbeitsbereichen aus.

Und obwohl die #metoo Kampagne zur bewussten Wahrnehmung sowohl unserer privaten Beziehungen als auch in den alltäglichen sozialen Interaktionen mit Studienkolleg\_innen, Arbeitskolleg\_innen oder mit Professor\_innen und Lehrenden anregte, herrschen weiterhin Ungewissheiten in der Bekämpfung sexueller Belästigung, Unsicherheit, Scham und Angst vor Konsequenzen.

## Sexuelle Belästigung an der Universität

Studierende zeigen wegen des starken Abhängigkeitsverhältnisses, dem sie an der Universität, besonders in Prüfungssituationen, ausgesetzt sind, ein erhöhtes Risiko, sexuelle Belästigung und Machtmissbrauch zu erleben.

Schon 2012 veröffentlichte die Ruhr-Universität Bochum alarmierende Fallzahlen in einer Studie zu den Themen Sexualisierte Gewalt, Belästigung und Stalking.

22.000 Studentinnen von Universitäten aus europäischen Ländern wie Deutschland, Spanien oder Großbritannien nahmen an dem Projekt teil. Mehr als die Hälfte der Befragten gaben an, sexuelle Belästigung an der Universität erlebt zu haben. Neben

Lehrenden und Hochschulangestellten zählten auch Studienkolleg\_innen zu den Tätern. Laut dieser Studie ging die Belästigung mit überwältigender Mehrheit von Männern aus. Auch Intersexuelle und Männer sind sexualisierter Diskriminierung ausgesetzt, wegen der Kategorisierung in den stereotypen Gesellschaftsrollen und wenigen Studien kann man aber die Dunkelziffer nur abschätzen.

## Was ist sexuelle Belästigung?

Laut Bundes-Gleichbehandlungsgesetz

§ 8. (2) "Sexuelle Belästigung liegt vor, wenn ein der sexuellen Sphäre zugehöriges Verhalten gesetzt wird, das die Würde einer Person beeinträchtigt oder dies bezweckt und für die betroffene Person unerwünscht, unangebracht, entwürdigend, beleidigend oder anstößig ist und

1. eine einschüchternde, feindselige oder demütigende Arbeitsumwelt für die betroffene Person schafft oder dies bezweckt oder

2. [...] [dieses] zur Grundlage einer Entscheidung mit Auswirkungen auf den Zugang dieser Person zur Aus- und Weiterbildung, Beschäftigung, Weiterbeschäftigung, Beförderung oder Entlohnung oder zur Grundlage einer anderen Entscheidung über das Dienst- oder Ausbildungsverhältnis gemacht wird."

## In welchen Situationen kann es zur sexuellen Belästigung an der Uni kommen?

Studierende berichten oft über sexuelle Belästigung in verbaler, nonverbaler oder körperlicher Form:

sexistische Kommentare oder Anekdoten im OP-Saal, Fragen nach dem Beziehungsstatus bei einer Famulatur, provozierende Gesten, sexistische Witze, zweideutige Bemerkungen, unangebrachte Berührungen, Einladung zum gemeinsamen Trinken, Flirten und Annäherungsversuche beim Arbeitsessen. Besonderes Machtmissbrauchspotential zeigen Situationen, die Vorteile wie zB. Möglichkeit auf einen Arbeitsplatz oder Betreuung der Diplomarbeit mit sich bringen würden oder im Gegenteil solche in denen nachteilige Folgen angedroht werden. Prüfungskontexte stellen da die beste Gelegenheit dar, bei der es zur sexuellen Belästigung und sexuellen Übergriffen an Studierenden kommen kann.



### **Konsequenzen für Betroffene**

Sexuelle Belästigung an der Uni verhindert die Chancengleichheit und die Entfaltung des eigenen Potentials, oft werden betroffene Personen von Schuldgefühlen geplagt, Konzentrationsstörungen und Abnahme der Leistungsfähigkeit folgen. Auch körperliche Folgen wie Schlafstörungen, Depressionen und Magenschmerzen können zu andauernder Erschöpfung, krankheitsbedingter Abwesenheit und sogar zur sozialen Isolation führen.

### **Wie kann man mit sexueller Belästigung und Machtmissbrauch im Klinikalltag umgehen?**

- Die sexuelle Belästigungserfahrung als solche erkennen, die eigenen Gefühle wahrnehmen und anderen klar mitteilen, dass die Situation als sexuelle Belästigung wahrgenommen wird
- Wenn möglich selbstbewusst auftreten.
- Falls man sich noch im Überraschungsschock befindet und für den Moment wie gelähmt ist, danach über das Vorgefallene mit Freund\_innen, Kolleg\_innen oder mit uns, der ÖH, sprechen
- den Vorfall schriftlich dokumentieren; deswegen Emails und Nachrichten speichern; das Protokoll von Personen, die dabei waren, unterschreiben lassen

- als Zeug\_in nicht wegsehen und mit der betroffenen Person sprechen; prinzipiell nicht die Glaubwürdigkeit der Person infrage stellen; eventuell sich selbst an Beratungsstellen wenden; und nichts gegen den Willen der betroffenen Person unternehmen

- Beratung durch die ÖH und Universitätsangehörige in Anspruch nehmen

- Weitere Schritte klären, falls weitere Maßnahmen erwünscht sind

### **Welche Anlaufstellen gibt's an der Uni und im AKH?**

Wir setzen uns für die Gleichstellung der Geschlechter und Gleichbehandlung ein, kämpfen gegen sexistische Übergriffe, Frauenunterdrückung und Gewalt gegen Frauen, und vertreten euch in diesen Angelegenheiten gegenüber staatlichen Behörden und Einrichtungen sowie universitären Organen. Als Teil des Arbeitskreises für Gleichbehandlungsfragen der MedUni Wien versuchen wir jeglichen Diskriminierungen entgegenzuwirken und bieten euch im vertraulichen Setting Einzelberatungsgespräche. Weitere Schritte und Maßnahmen werden nur nach Absprache mit euch gesetzt.

**Referat für Gesundheits- und Gesellschaftspolitik**  
**gespol@oehmedwien.com**  
**Studienvertretung Human**  
**human@oehmedwien.at**

# Shall we play a game?

**Ein neues Kreuzworträtsel und die Möglichkeit etwas zu gewinnen, sind wieder da!!!**

Du hast noch keinen unserer begehrte Pullis abgestaubt? Dann wird es aber Zeit. Wir verlosen in dieser Ausgabe 2 rote und 2 schwarz Pullover (jeweils 1x M und 1x L) unter all jenen, die unser Rätsel lösen und uns ein Foto davon bis Ende April 2019 schicken. Der/die Gewinner\_in wird am 1. Mai 2019 bekannt gegeben.

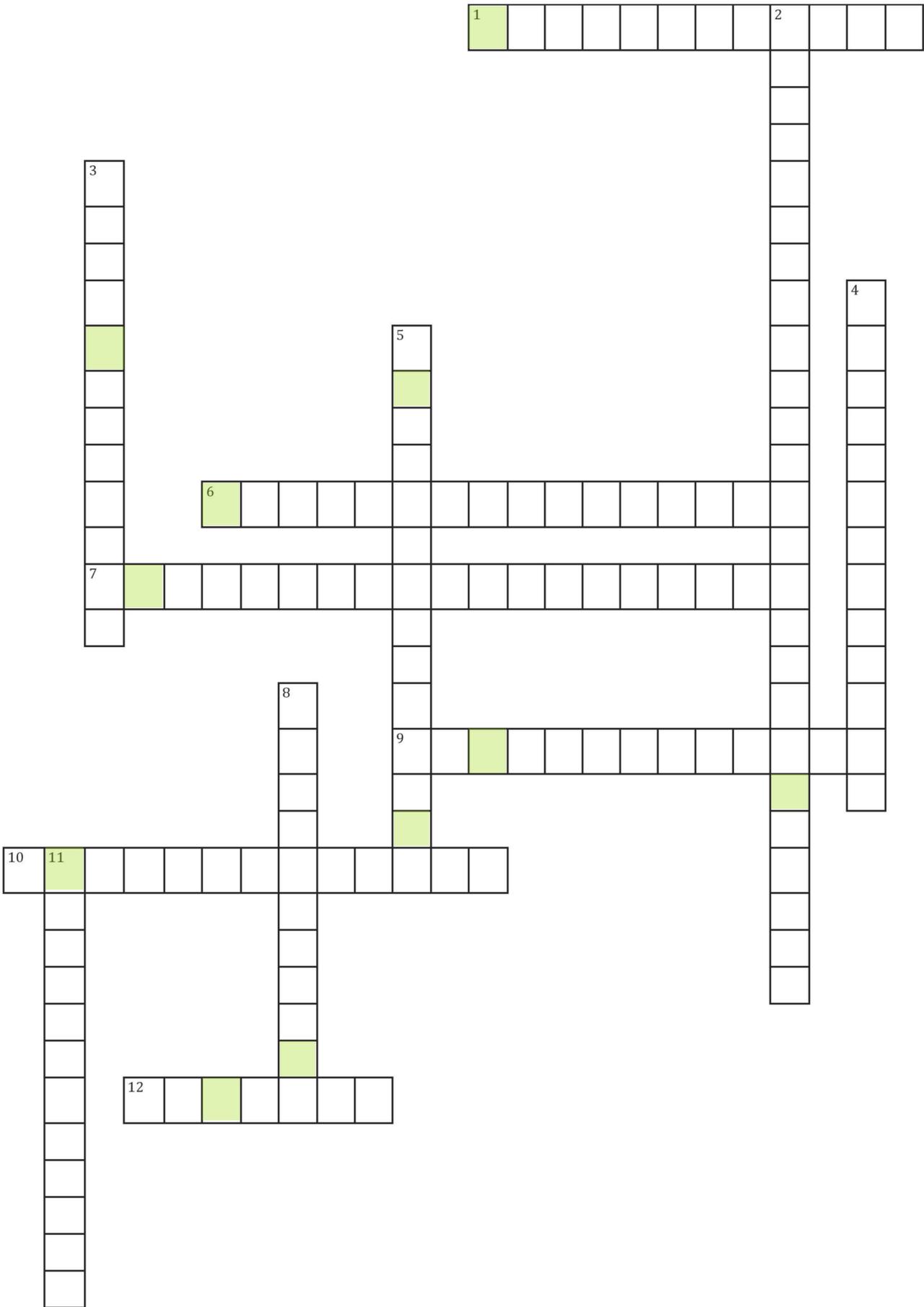
## Waagrecht:

1. Wo befand sich die berüchtigste Euthanasie-Anstalt im Großraum Wien im Dritten Reich?
6. Diese Sprache ermöglicht es uns, mit Gehörlosen zu kommunizieren.
7. Dieser Hirnnerv ist für das Hören und unseren Gleichgewichtssinn verantwortlich.
9. Diesem Muskel widmete Adam Politzer seine gesammte Aufmerksamkeit (M...)
10. Fachbegriff für Schwankungen (Astronauten können dies wahrnehmen).
12. Unvermögen Dinge trotz funktionierender Sinnesorgane beschreiben zu können.

## Senkrecht:

2. Diese Krankheit sucht 70% aller Astronauten heim.
3. Eine kurze ... begünstigt bei Kindern unter dem 7. Lebensjahr eine Otitis media.
4. Anderer Name für Otitis interna.
5. Die Tiefensensibilität oder Eigenwahrnehmung.
8. Wer war der Ansicht: „Wer nicht hören und nicht sprechen kann, kann auch nicht denken“
11. Diese Menschen können Farben und Zahlen miteinander verbinden.





# Rezensionen

Viele haben bereits von Medi-Trick gehört. Jener Verlag, der machen in Block 9 in letzter Sekunde noch einmal sehr viel beim Verständnis all der Antibiotika-Klassen geholfen hat.

Nun hat das junge Team zwei neue Bücher herausgebracht, damit sich unser Wissen nicht mehr nur auf Antibiotika beschränkt.

Hierbei handelt es sich um die zwei Infektiobücher, die zusammen die Bereiche Pädiatrie, STDs, Neurologie, Auge, Reiseerkrankungen, Gastrologie, Pneumologie sowie Kardiologie abdecken.

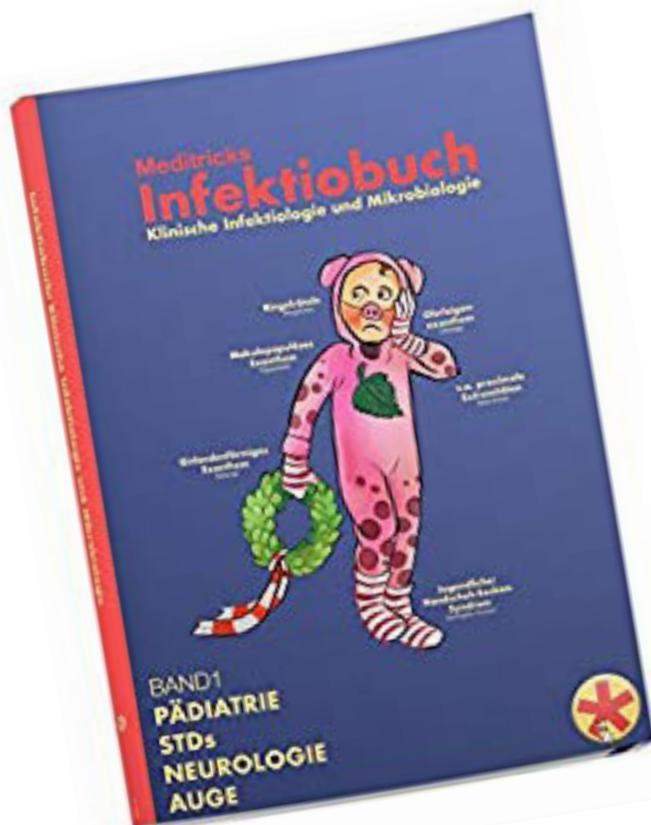
Meditricks haben inhaltlich wirklich tolle Arbeit geleistet und decken von den Erregern, über mögliche Komplikaten, Diagnostik, sowie Therapie wirklich alle relevanten Aspekte ab.

Jede Infektion wird im bereits bekannten Format mit einem zunächst sehr vollen und verwirrenden Bild vorgestellt. Auf den ersten Blick sind die Zusammenhänge noch nicht sehr klar erkennbar und man fühlt sich von dem unübersichtlichen Bild ein wenig erschlagen. Das wird auch nicht sofort besser, wenn man den dazugehörigen Text ansieht, der meist so umfangreich ist, dass die Doppelseite, die jedes Medikament einnimmt, beinahe übergeht. Erst wenn man sich Zeit nimmt und die Erklärung zu den einzelnen Bildabschnitten konzentriert durchliest, macht das Gesamtbild Sinn.

Anschließend gibt es noch zu jedem Bild ein Quiz, wo nochmal abgefragt wird, wofür welche Details des Bildes stehen.

Setzt man sich in Ruhe und wirklich genau mit den Abbildungen auseinander, können sie einem wirklich helfen kleine Details zu den Infektionen zu lernen bzw. zu behalten. Manche Verknüpfungen wie *Campylobacter* (= campender Bäcker) sind sehr einprägsam, während andere, wie Hepatitis B (= Surfer) auf den ersten Blick keinen Sinn ergeben. Teilweise benötigt man vermutlich länger, um sich Details mit Hilfe der Bilder einzuprägen, doch an vielen Stellen helfen die Zeichnungen beim Herstellen bestimmter Verknüpfungen.

An sich muss jede\_r für sich entscheiden, ob diese Art des Lernens zu ihm/ihr passt. Falls dies zutreffen sollte, sind die Meditricks-Bücher erneut eine Bereicherung.



# Last but not Least

## ÖH-Wahlen

Vom 27. - 29. Mai 2019 finden heuer wieder die ÖH-Wahlen statt!

Das ist Deine Chance, um über deine Vertretung an der Universität zu bestimmen!

Du kannst gleich auf 3 Ebenen (Bundesvertretung, Hochschulvertretung, Studienvertretung) wählen und hast dafür 3 Tage Zeit.

Du hörst hiervon zum ersten Mal oder bist dir nicht sicher, was Dir das bringt? Dann warte gespannt auf unsere nächste Ausgabe :). Hier wirst du alle wichtigen Infos bekommen.

Jetzt schon neugierig?

Dann schau doch hier vorbei: <https://wahl2019.oeh.ac.at/>.

## Mitschreiber\_innen gesucht!

Unser Fieberkurve-Team ist im letzten Jahr unglaublich stark gewachsen und mit jedem/jeder Einzelnen kommen neue Kolumnen und Ideen dazu. Um unsere Zeitschrift noch abwechslungsreicher zu gestalten, freuen wir uns auch über Deinen Input!

Du hast Lust einfach mal bei uns vorbeizuschauen oder hast eine ganze Liste an Ideen, was unserer Zeitschrift noch fehlt? Dann melde Dich bei uns!

Du kannst dich einfach bei unserer Redaktion: [fieberkurve@oehmedwien.com](mailto:fieberkurve@oehmedwien.com) oder direkt bei unserer Chefredakteurin unter [veronika.sperl@oehmedwien.com](mailto:veronika.sperl@oehmedwien.com) melden. Wir können uns dann gerne einmal zusammensetzen, um in Ruhe zu quatschen oder schaut gleich bei einer Redaktionssitzung vorbei.

Wir freuen uns auf dich und deine Ideen.

### BILDQUELLENVERZEICHNIS

Wir danken Pixabay für die zahlreichen Bilder.

### IMPRESSUM

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

Chefredakteurin: Veronika Sperl

Redaktion: Kathrin Friesenbiller, Patrick Fegerl, Till Buschhorn, Marlene Hahn, Max Enßlin, Sam Kandathil, Leander Scharf, Sabine Weber, Malte Zacharias, Annika Sima, Hyung Min Shin

Weitere Autor\_innen: Tim Dorittke, STV Zahn

Gestaltung: Kathrin Friesenbiller, Patrick Fegerl, Marlene Hahn

# Ärztin sein Arzt sein

im Krankenhaus ST. JOSEF BRAUNAU

[www.khbr.at/karriere](http://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

- 400 Betten / viele med. Fachrichtungen
- 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

**Ärztliche Leitung:** Prim. Dr. Johann Schöppl • Tel.: 07722 / 804-8002

E-Mail: [bewerbung@khbr.at](mailto:bewerbung@khbr.at)

ZERTIFIZIERTES LEHRKRANKENHAUS



MEDIZINISCHE  
UNIVERSITÄT WIEN