

FIEBERKURVE



MED
WIE

WANTED

VORARLBERG
SUCHT



★ TURNUSÄRZTE ★

€ 79.000

brutto p.a.

★ REWARD ★

www.arbeiten-in-vorarlberg.at



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Ankündigungen	4
Vorstellung StV Human	5
Vorsitz	6
Die MedUni Wien Serpents stellen sich vor	7
Behinderungen in Zahlen	8
“Gesundheitlich geeignet“ für den ärztlichen Beruf?	10
Coronareflexionen	12
Friends of MSF	13
Inklusives Wording	14
Broken Heart Syndrome	16
Kinder & Behinderungen - Interview Dr. Kranewitter	17
Meilensteine der Entwicklung	20
Autistin und Medizinstudentin	21
Studieren mit Gebärdensprache	22
Barrierefrei studieren an der Universität Wien	25
Barrierefrei durch's Medizinstudium	26
Referat für Barrierefreiheit	27
Depression	28
Psychologische Studierendenberatung - Interview	30
Bücherrezensionen	32
Redaktionsteam & Impressum	33
Kreuzworträtsel & Gewinnspiel	34

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser!

Wir hoffen, du hattest einen guten Start ins Semester und heißen alle Erstsemestrigen herzlich willkommen! Wir sind die Fieberkurve, dein Studierenden Magazin der ÖH Med Wien!

In dieser Ausgabe dreht sich alles um das Thema Behinderungen. Welche sind häufig, wo kann man sich Hilfe holen, welche Beschreibungen sind politisch korrekt, wie gehen Kinder mit ihnen um und kann man damit als Arzt praktizieren oder überhaupt (Medizin) studieren?

Für einige Redaktionsmitglieder ist diese Ausgabe ein Abschied aus dem PubRef, aber wir freuen uns auch über viele neue Gesichter im Redaktionsteam (siehe Seite 34)!

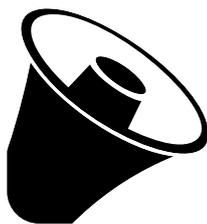
Jedenfalls wünschen wir dir viel Spaß auf den nächsten 33 Seiten, ein wenig Glück beim Gewinnspiel am Ende und solltest du eine Idee für einen spannenden Artikel haben, zögere nicht uns an pubref@oehmedwien.at eine Mail zu schicken!

Alles Liebe aus dem PubRef!

Ankündigungen

Block-2-Refresher

Auch dieses Jahr wird es wieder als Vorbereitung für die Blockprüfung einen Block 2 Refresher geben. Dieser wird in der **Woche vom 29.11. - 03.12.2021** stattfinden. Nähere Infos dazu werden noch über die Jahrganggruppen auf Facebook bekanntgegeben.



Mit Strahlung und Immuntherapie gegen Krebs mit Dr. Sylvia Kirschbaum-Gruber

19.11.2021, 19:00-20:30 Uhr

Ort: VHS Planetarium bzw. Zoom

Kosten werden vom Referat für Gesellschafts- und Gesundheitspolitik übernommen

Anmeldung unter gespol@oehmedwien.at

Dr.in Sylvia Kerschbaum-Gruber, Biotechnologin und Strahlenbiologin, lehrt und arbeitet an der MedUni Wien. In ihrem Vortrag gibt sie spannende Einblicke in ihre Forschungsarbeiten, sowie in die Strahlen- und Immuntherapien im Kampf gegen Krebs. Einigen ist sie sicher als [molecular.sylvia](https://www.instagram.com/molecular.sylvia) auf Instagram bekannt, wo sie über ihre Arbeit berichtet, aber auch Covid-19-Mythen aufdeckt.

Bitte die Coronaregeln der VHS beachten. Eine Teilnahme ist auch über Zoom möglich. Wer noch unsicher ist und nicht allein hinmöchte, wir vom GesPol sind auch da und gehen gerne mit dir hin. Bei Fragen einfach melden!

Vorstellung StV Human

Hallo an dich!

Wir sind die Studienvertretung Humanmedizin, bestehend aus Yannick, Ruth, Noam, Berfin und Till und wir freuen uns, dass wir dich an der Med Uni Wien im Wintersemester 2021/2022 begrüßen dürfen. Wenn du das hier liest, hast du entweder gerade den MedAT bestanden oder schon ein paar Jahre an unserer Uni absolviert. In jedem Fall ging es ab Oktober wieder los und neben spannenden Seminaren und faszinierenden Vorlesungen wird es immer wieder Fragen geben. Über das Studium, die Lehre, das Studienleben und vieles mehr. Genau da kommen wir ins Spiel: Als deine gewählten Vertreter und Vertreterinnen sind wir deine Ansprechpersonen, wenn du Probleme hast oder mal nicht weiterweißt. Wir organisieren verschiedenste Sachen, kümmern uns um Skriptendrucke oder Fragenbeanstandungen, sitzen in Blockplanungsteams und so weiter und so fort.

Außerdem stehen wir in Kontakt mit vielen wichtigen Abteilungen und Personen an der Uni und haben damit auch eine Vermittlungsfunktion.

Erfahrungsgemäß kommt früher oder später immer eine Frage auf, weshalb wir dich ermutigen möchten, in diesen Fällen mit uns Kontakt aufzunehmen – am besten zunächst per Mail an human@oehmedwien.at. Je nachdem, wie sich die Pandemie-Situation entwickelt, freuen wir uns, dich vielleicht irgendwann in unserem Büro begrüßen zu können oder vielleicht läuft man sich ja einfach mal so über den Weg.

Was für dich als Neuling vielleicht interessant ist, sind die Semesterguides, die nach und nach erscheinen werden. Diese geben dir einen guten Überblick, was in den folgenden Studienjahren auf dich zukommt, wie geprüft wird und worauf du unbedingt achten solltest. Quasi ein Handbuch für die Uni!



Berfin



Till



Ruth



Noam



Yannick

Vorsitz

Liebe Studierende!

Willkommen an der MedUni Wien,
Willkommen zurück,
wir hoffen, ihr hattet einen wunderschönen Sommer!

Zuallererst möchten wir uns bei euch für die verhältnismäßig hohe Wahlbeteiligung von 35% bei den ÖH-Wahlen 2021 an der MedUni Wien bedanken! Nach den Wahlen im Mai hat sich auch einiges getan. Deshalb wollten wir uns hier nochmal bei euch vorstellen. Wer wir sind?

Wir sind Nicole, Isolde und Florian, das neue Vorsitzteam der ÖH Med Wien. Nicole studiert aktuell im 4. Jahr, Isolde im 5. Jahr und Florian im 3. Jahr Humanmedizin. Seit dem 1. Juli sind wir offiziell in unseren neuen Positionen und nach einer wunderbaren Übergabe des alten Vorsitzteams haben wir uns gleich zusammengesetzt, um uns im Team zu finden und uns in unsere neuen Aufgaben einzuleben. Ende August fand unsere Vorsitzklausur statt, bei der wir unsere Ziele und Ideen für die nächsten zwei Jahre konzipiert haben.

Wir haben den Sommer aber nicht nur dafür genutzt um die Zukunft zu planen und auf Urlaub zu fahren, sondern haben uns auch mit den Problemen der angehenden Medizinstudierenden beschäftigt.

Anlässlich des Medizinaufnahmetests am 17. Juli haben wir einen offenen Brief an Bildungsminister Faßmann, Gesundheitsminister Mückstein und die Ärztekammer geschrieben. Wir haben darauf hingewiesen, dass eine alleinige Erhöhung der Studienplätze die Problematik des Ärzt:innenmangels nicht lösen wird und zudem die derzeitigen Studienbedingungen für Medizinstudent:innen aufgrund mangelnder Praktikumsplätze verschlechtern kann. Zusätzlich haben wir die Misstände im KPJ und 72-Wochen-Praktikum thematisiert.

Vor einigen Wochen haben wir eine Antwort von Minister Faßmann erhalten. Ihm ist die Problematik durchaus bewusst und er hat sich für die tolle Arbeit von uns Medizinstudierenden während der Pandemie bedankt.

Wir nehmen wöchentlich in der Taskforce Covid-19 Prävention mit dem Vizerektorat und den Instituten der MedUni Wien teil und können unsere Ideen für die Planung des nächsten Semesters einbringen.

Durch die Einrichtung des Referates für curriculare Angelegenheiten haben wir außerdem eine Möglichkeit geschaffen, neben der Studienvertretungsarbeit dem Thema Lehre in der ÖH vermehrt eine Bühne zu geben.



von links nach rechts: Isolde, Nicole und Florian

Die MedUni Wien Serpents stellen sich vor

Willkommen bei den MedUni Wien Serpents!

Es ist so weit, wir starten in ein neues Studienjahr – und das am besten gleich gemeinsam mit den MedUni Wien Serpents! Als offizielles Sportteam der Medizinischen Universität Wien spielen wir Basketball und American Football in der ACSL, der Austrian College Sports League. Dabei treten wir gegen die Teams der WU, TU, BOKU und Uni Wien an und kämpfen um den heißbegehrten Championship-Titel. Im Stadion sorgt der grüne MedUni Wien Serpents Fanblock für eine unvergleichbare Stimmung.

Alles, was zählt, ist der Unispirit!

Jede:r kann Teil der MedUni Wien Serpents Community sein und so viele neue Leute aller Unis kennenlernen. Unser Ziel ist es, für eine unvergessliche Studierfahrung an der MedUni Wien zu sorgen, Sport und Studium zu verbinden und das Zugehörigkeitsgefühl zur eigenen Universität zu stärken. #wearemeduniwien

Wie stark unsere MedUni Wien Serpents Community jetzt schon ist, hat sich in den vergangenen Jahren gezeigt. Denn genauso spannend wie der Kampf um den Championship-Titel ist das Rennen um den **Community Award** – ein Preis, der an die stärkste Community geht. In der letzten vollständigen Season (2018/19) konnten wir diesen gleich zwei Mal gewinnen und beweisen, dass man trotz kleinster Uni die stärkste Community haben kann.

Unser Angebot!

Neben den ACSL Gamedays gibt es laufend Community Events, wie Stammtische, Bastel- und Filmabende sowie Punschstände.

Als Teil unseres Sportteams, Football (mixed) und

Basketball (Damen und Herren) repräsentierst du die MedUni Wien am Spielfeld! Als Mitglied des ACSL Cheerdance Teams oder der ACSL Marchingband sorgst du bei den Gamedays für den einzigartigen College Spirit.

Wir freuen uns über alle, die Teil unseres Teams werden möchten. Während des Studienjahrs finden immer wieder Try-Outs statt. Falls du eines verpassen solltest, ist es natürlich möglich, nach Voranmeldung bei einem unserer Trainings vorbeizuschauen (finden 2x pro Woche statt).

Du willst auch Teil der MedUni Wien Serpents Community werden und eine unvergessliche Studienzeit erleben?

Dann scanne den Code und sichere dir neben Free Tickets und coolen Specials eine erinnerungswürdige Studierfahrung! Mach das meiste aus deiner Studienzeit und **erlebe MedUni Wien!**

Wir freuen uns auf dich!

Deine MedUni Wien Serpents

IG: meduniserpents

Web: <https://www.acsl.at/meduni-serpents/>

Bildquellen: Jakob Fischer, Benedikt Wolf, JFI Media



Behinderung in Zahlen

Was kommt oft vor und wie viele Menschen sind eigentlich betroffen?

Autor:innen: Stella Goeschl, Patrick Fegerl

Obwohl das Thema Behinderungen in den letzten Jahren bis Jahrzehnten sicher an öffentlicher Aufmerksamkeit gewonnen hat, war es, zumindest für mich, trotzdem überraschend, wie viele Menschen tatsächlich davon betroffen sind.

Aus einer Umfrage der Statistik Austria 2016 geht hervor, dass rund 18% der österreichischen Bevölkerung (älter als 15 Jahre) mit einer Behinderung lebt. Das wären etwa 1,3 Millionen Menschen oder anders ausgedrückt mehr als jede 6. Person in Österreich.

Wenig überraschend nimmt die Anzahl der Betroffenen mit dem Alter zu, aber vielleicht etwas unerwartet leiden um 1% mehr Frauen an lang anhaltenden Beeinträchtigungen (per Definition der WHO länger als 6 Monate bestehend) als Männer. Ein Erklärungsansatz dafür wäre, dass die moderne Medizin besser auf Männer abgestimmt ist als auf Frauen, die zwar länger leben, aber weniger gesunde Lebensjahre genießen. Unter anderem, da Männer in Studien häufig überrepräsentiert und dadurch auch die Therapie-schemata vorwiegend auf Männer angepasst sind.

Außerdem leben in Einpersonenhaushalten mehr Menschen mit Beeinträchtigungen im Vergleich zu Mehrpersonenhaushalten (29% zu 16%). Deshalb möchte unser fit-beschuhter Gesundheitsminister Mückstein in Zukunft „Oma-WGs“ fördern, um die Morbidität alleinstehender Menschen im Alter zu bekämpfen. Just kidding! Wäre aber vielleicht gar kein so schlechter Schluss...

Unbestreitbar spielt auch der sozioökonomische Status eine große Rolle. Von den Befragten mit einer höheren Ausbildung hatten nur 9% eine Behinderung, während ganze 25% jener, die nur einen Pflichtschulabschluss angaben, an einer Behinderung litten.

Pflichtschulabschluss hatten 25% eine Behinderung, während nur 9% mit einer höheren Ausbildung betroffen waren. Eine weitere interessante Erkenntnis aus der Befragung ist, dass in Österreich Geborene mit höherer Wahrscheinlichkeit an einer Behinderung leiden als im Ausland Geborene (19% vs 14%).

Weniger überraschend ist der beträchtliche Unterschied zwischen Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen (10% vs. 31%). Einerseits ist es für Menschen mit Behinderung schwieriger, eine passende Arbeit zu finden, andererseits verdienen Nicht-Erwerbstätige natürlich weniger und Armut macht krank. Es ist also besonders wichtig, Menschen mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Dafür gibt es

in Österreich auch schon einige Initiativen und Gesetze wie die Inklusionsförderung oder die Beschäftigungspflicht, wonach Unternehmen für alle 25 Mitarbeiter:innen eine „begünstigte behinderte Person“ anstellen oder eine Ausgleichstaxe zahlen müssen.

Jede:r, der:die auf einer internistischen Station famuliert hat, wird nicht überrascht darüber sein, dass Mobilitätseinschränkungen die häufigste Gruppe an Behinderungen ist. Die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in den USA schätzt, dass diese Gruppe ganze 14% der Behinderungen ausmacht. Die zweite große Gruppe sind die kognitiven Einschränkungen, die etwa 11% ausmachen und erst mit ordentlichem Abstand schließen Ausfälle der Sinen wie Gehörlosigkeit/Schwerhörigkeit mit rund 6% oder Sehstörungen/Blindheit mit 5% auf.

Untenstehend werden einige der hier erwähnten Arten der Behinderungen weiter erläutert und mit der besprochenen Epidemiologie in Zusammenhang gebracht.

Mobilitätseinschränkungen

Bewegungseinschränkungen können eine Vielzahl an Ursachen haben und sind daher in ihrer Vielfältigkeit der Beeinträchtigung im Alltag zu berücksichtigen. Ätiologien sind teilweise orthopädischer, muskuloskelettaler oder neurologischer Natur. Die Bewegungs- oder Mobilitätseinschränkung charakterisiert sich durch ein vermindertes Bewegungsausmaß bzw. den Verlust diverser Funktionen des Bewegungsapparates. Beispiele von Bewegungseinschränkungen sind Querschnittslähmung, Dystonie sowie die progrediente Erkrankung Multiple Sklerose in späteren Stadien. Gehhilfen wie Krücken oder Rollstühle können diese Menschen in ihrem Alltag unterstützen. Das Konzept der Barrierefreiheit ist in diesem Zusammenhang besonders zu erwähnen, um Inklusivität von öffentlichen Räumen zu ermöglichen.

Physio- und Ergotherapie können dabei helfen, verlorene Fähigkeiten wiederzuerlangen oder zu lernen, mit den Einschränkungen im Alltag umzugehen.

Kognitive Beeinträchtigungen

Kognitive Beeinträchtigungen können sowohl quantitativ als auch qualitativ sein. Ebenfalls kann man zwischen angeborenen (genetisch oder perinatal) und erworbenen kognitiven Beeinträchtigungen unterscheiden. Diese manifestieren sich oft bereits im Kin-

desalter und reichen von leichten Beschwerden wie Legasthenie oder Lernschwierigkeiten, bzw. ADHS, bis zu schweren kognitiven Einschränkungen mit stärkeren IQ-Einbußen. Therapeutische Angebote wie Ergotherapie oder Logotherapie können betroffene Menschen im Alltag unterstützen.

Psychiatrische Erkrankungen

Psychiatrische Erkrankungen können durch ihren erheblichen Einschnitt in den Alltag zu Einschränkungen im gesellschaftlichen Leben führen. Es kann hier zwischen Erkrankungen mit Negativsymptomatik (z.B. verminderter Antrieb und Rückzug) und Positivsymptomatik (z.B. Manie und Halluzinationen) unterschieden werden. Beispiele für psychiatrische Einschränkungen sind Depressionen, Suchterkrankungen oder PTSD. Außer medikamentöser Therapie und Psychotherapie können betroffene Menschen durch Integration am Arbeitsplatz und Destigmatisierung im Alltag unterstützt werden.

Seheinschränkung und Blindheit

Eine Seheinschränkung bezeichnet eine Einschränkung der Sehschärfe oder des Gesichtsfeldes. Störungen im optischen System, hierunter Myopie (Kurzsichtigkeit), Hypermetropie (Weitsichtigkeit), Astigmatismus (Hornhautverkrümmungen) und Presbyopie (Altersweitsichtigkeit), sind in der Gesellschaft sehr häufig und können oft mittels optischer Hilfsmittel behandelt werden, allen voran Kontaktlinsen und Brillen. Chirurgische Eingriffe im Rahmen der Hornhautchirurgie können zur Therapie refraktärer Fehlsichtigkeiten eingesetzt werden. Die komplette Blindheit, bei der keine optischen Reize mehr wahrgenommen werden können, wird in Anopsie (keine funktionelle Lichtwahrnehmung möglich) und Amaurose (völlige Lichtunempfindlichkeit) unterteilt. Diese kann angeboren oder erworben sein. Das Erlernen der Braille Blindenschrift ermöglicht Menschen mit starken Seheinschränkungen das Lesen mittels Tastsinnes. Weitere Unterstützungsmöglichkeiten für Mobilitätsw Zwecke sind der Langstock für die Orientierung im Alltag sowie Blindenhunde.

Die Krankenkasse übernimmt in Österreich die Kosten überhalb des Selbstbehalts von 111€/Brille bzw. 37€ für alle mitversicherten Studierenden unter 27 Jahren. In Deutschland hingegen übernimmt die Kasse erst dann die Kosten, wenn eine Korrektur von mehr als 6 Dioptrien bei Hypermetropie oder Myopie bzw. 4 Dioptrien bei Astigmatismus notwendig ist. Kontaktlinsen werden in Österreich nur bei medizinischer Indikation gefördert, sprich, wenn eine Brille nicht ausreicht.

Hörminderung und Gehörlosigkeit

Die Hörminderung oder komplette Gehörlosigkeit bezeichnet eine eingeschränkte oder fehlende Wahrnehmung akustischer Reize. Dieser Hörverlust kann akut oder chronisch auftreten und entweder angeboren oder erworben sein. Die Ursache der Hörminderung liegt je nach Ausprägungsform an verschiedenen Stellen im Ohr und des akustischen Apparats – im Allgemeinen kann zwischen Schallleitungsstörungen und Schallempfindungsstörungen unterschieden werden. Häufige Ursachen der Schallleitungsstörung sind Gehörgangfrakturen, Trommelfellverletzungen sowie Mittelohrfehlbildungen. Schallempfindungsstörungen gehen oft mit traumatischen Ätiologien, Verletzungen der Hörnerven, sowie hirnnorganischen Ursachen einher. Die angeborene Gehörlosigkeit existiert sowohl als isolierte Schwerhörigkeit, die meist erblich bedingt ist und bereits im frühen Kindesalter manifest wird, sowie im Rahmen einiger Syndromerkrankungen (z.B. Franceschetti-Syndrom, Gregg-Syndrom). Früher Einsatz von Hörgeräten bei beginnendem Hörverlust sowie Förderung des Gebärden-sprache ist wichtig, um das Sprachverständnis zu garantieren. In manchen Fällen kann der Einsatz eines Cochlea-Implantats das Gehör wiederherstellen, die Indikation muss jedoch genau abgewogen werden.

Dauerhafte Gesundheitsbeschwerden

Dauerhafte Gesundheitsbeschwerden internistischer sowie anderer systemischer Natur können als langfristige Beeinträchtigungen gezählt werden. In Wien haben nach einer Erhebung der Statistik Austria 2011 circa 544 von 1000 Personen dauerhafte Gesundheitsbeschwerden, darunter Erkrankungen wie Krebs, Diabetes mellitus und starker Kopfschmerzen. Ebenfalls zählen häufige internistische Krankheitsbilder wie COPD oder die koronare Herzerkrankung hierzu. Diese schränken oftmals die Teilnahme am gesellschaftlichen Alltag stark ein und bedingen neue Adaptationsmechanismen für die Betroffenen.

Im Interesse der Leserlichkeit wurde in diesem Artikel auf Kommastellen verzichtet und auf ganze Zahlen gerundet.

Links:

<https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/in-fographic-disability-impacts-all.html>

<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=428>

Wer ist „gesundheitlich geeignet“ für den ärztlichen Beruf?

Eine Spurensuche

Autor: Nils Hofmann

Jedes Jahr entfacht zum Ende des Sommers die Rückkehr der Studierenden an die Universität eine allgegenwärtige Aufbruchstimmung. Manche der heimgekehrten Weltreisenden suchen in aufflammender Torschlusspanik spontan noch nach einer Famulatur in der Primärversorgung. Für andere hat das KPJ begonnen. Wiederum andere verlassen die Universität in die Basisausbildung. Das Vorspiel dieser routinisierten Neuanfänge ist uns allen ein Ritual geworden: Zwei Amboss-Kapitel fürs Gewissen. Ein längeres Versteckspiel mit dem Stethoskop. Der Kittel sollte vielleicht doch nochmal in die Waschmaschine. Wo war nochmal mein Impfpass? Gehetzt zur Hausärzt:In für einen Impfnachweis - betend, dass kein Titer gefordert sein wird - und in manchen Fällen auch für ein Gesundheitszeugnis, das die Eignung für die bevorstehende klinische Tätigkeit bestätigt.

Spätestens zur Beantragung der Approbation für den Start der Basisausbildung werden alle Medizinstudierenden in Österreich ein Gesundheitszeugnis benötigen. Für viele Studierende wird das ein weiterer, unauffälliger Teil der routinisierten Neuanfänge bleiben. Für manche stellt sich hier aber die existentielle Frage nach ihrer beruflichen Zukunft: Gemäß dem *Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte* ist laut § 4 Abs. 2 Nr. 3 u.a. ein Grunderfordernis für die Tätigkeit als Ärzt:in die „zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung“, welche von approbierten Ärzt:innen, meist in der Allgemein- oder Betriebsmedizin, festgestellt werden muss. Die „gesundheitliche Eignung“ ist die Drehtür für den ärztlichen Berufsstand: Sie ermöglicht grundsätzlich den Zugang in den Beruf. Sie kann aber genauso den Weg wieder nach draußen weisen. Gemäß § 59 Abs. 1 Nr. 1 des Bundesgesetzes erlischt die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes, wenn eines der Erfordernisse für die Approbation, z.B. „die gesundheitliche Eignung“, nicht mehr gegeben sein sollte. - Was bedeutet das konkret? Wie gesund muss man für die ärztliche Weiterbildung bis zur fachärztlichen Prüfung sein?

Bekannte Beispiele aus den Medien zeigen, dass vieles möglich ist: Prof. Jörg Semler ist Pädiater am UK Köln

und erforscht die Krankheit, an der er gleichzeitig erkrankt ist: Osteogenesis Imperfecta. Prof. Thomas Kapapa ist Neurochirurg im Rollstuhl am UK Ulm. Dr. Gebhard Kurzweil hat seine Turnusausbildung in Oberösterreich ebenfalls im Rollstuhl absolviert.

Hier stellt sich die Frage, ob es für Medizinstudierende eine klare rechtliche Orientierung bezüglich der Gesundheit für den Berufseinstieg gibt.



Der Begriff „gesundheitliche Eignung“ stammt aus dem angesprochenen Bundesgesetz, welches aber keine Definition des Begriffes enthält. Es wird schlicht nicht festgelegt, wann die „gesundheitliche Eignung“ vorliegt und wann nicht. In solchen Fällen ist die erste Anlaufstelle für Fragen zur fachärztlichen und allgemeinmedizinischen Ausbildung die österreichische Ärztekammer, die zu ihren Aufgaben „die Durchführung der Arztprüfung als Voraussetzung für die ärztliche Berufsausübung“ und die „Führung der Ärztesliste sowie die Verleihung der Berechtigung zur [...] ärztlichen Berufsausübung“ zählt. Sie waltet über die Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand. Ein Blick in die *Ärzte-Ausbildungsordnung 2015* und die *Prüfungsordnung* der österreichischen Ärztekammer liefert aber das gleiche Ergebnis: Die „gesundheitliche Eignung“ ist eine Voraussetzung, bleibt aber nicht näher definiert.

Annäherungsweise lassen sich Antworten auf die Frage nach der Bedeutung der „gesundheitlichen



Eignung“ nur in verwandten Gesundheitsberufen finden. So regelt die „Anlage 5“ des Gesundheitsberuferegisters des Ministeriums für Soziales die „Prüfung der gesundheitlichen Eignung“ für Berufe z.B. innerhalb der Pflege, Logopädie und Ergotherapie. „Gesundheitliche Eignung“ wird hier als die physische Fähigkeit, „die beruflichen Anforderungen fachgerecht auszuüben“ und als die psychische Fähigkeit, diese Anforderungen zu verarbeiten, verstanden. Die Eignung ist explizit nicht bei „schweren körperlichen Gebrechen“ oder „psychischen Störungen“, wie Abhängigkeiten, Psychosen oder Depressionen gegeben. In Bezug auf körperliche Beeinträchtigungen wird davon gesprochen, dass „Behinderungen“, „Hör- und Sehbeeinträchtigungen“ und ein „Rollstuhl“ nicht automatisch das Fehlen der „gesundheitlichen Eignung“ bewirken. In jedem Fall ist eine strenge Einzelfallprüfung vorgesehen, sollten im ärztlichen Gesundheitszeugnis „Zweifel am Vorliegen der gesundheitlichen Eignung“ vorliegen.

Auch in diesem Fall bleibt der Eindruck bestehen, dass es keine klare und einheitliche Regelung für den Zugang zu bestimmten Berufsausbildungen gibt, die Interessierten eine Sicherheit geben könnte. Vielmehr

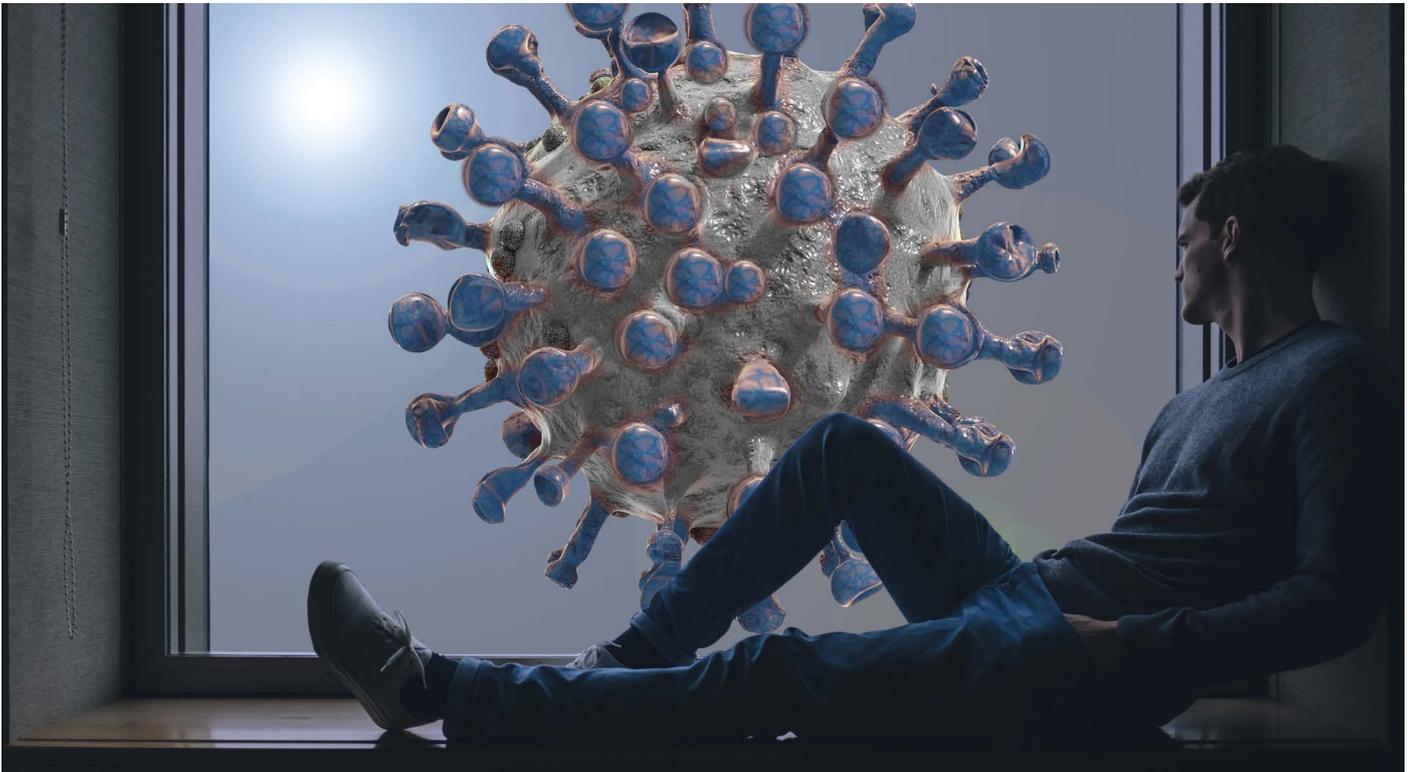
wird auf den Einzelfall verwiesen, der zu entscheiden sei. In Konsequenz wird allen jeder Beruf erstmal offengehalten. Eine Beeinträchtigung kann für ein Berufsbild im Weg stehen und für ein anderes gar nicht auffallen. Andererseits legt dieser Freiraum die Verantwortung in die Hände der ärztlichen Beurteilung in Form des Gesundheitszeugnisses, ohne ihnen einen klaren gesetzlichen Orientierungsrahmen zu definieren. Eine einheitliche Regelung fehlt, ohne die reproduzierbare Entscheidungen schwer vorstellbar sind. Es gibt kein spezialisiertes Referat der Ärztekammer, das sich mit diesen Fragen befassen könnte. Einzelne universitäre Einrichtungen wie z.B. der „Behindertenbeirat“ der MedUni Wien setzen sich zwar gezielt mit diesen Fragen auseinander, agieren aber dezentral und können deshalb nicht über die ärztliche Ausbildung in Österreich als Ganzes sprechen.

Hier fehlt eine Institution, die orientierungstiftend Informationen bietet, um einen einheitlichen Rahmen zu sichern. Das Fehlen einer solchen zentralen Anlaufstelle scheint aktuell noch dem Wandel im Weg zu stehen, der die Gesundheitszeugnisse für uns alle zum Bestandteil unserer „routinisierten Neuanfänge“ werden lässt.

Coronareflexionen

Ein neues Semester bricht an... ich brech ab!

Autor: Mr. Outis



„Sehr geehrte Studierende, im Attachment darf ich Ihnen eine wichtige Nachricht des Rektorats übermitteln.“

Der 10.03.2020 markierte eine Zäsur in unserem Uni-Leben. An diesem Tag erhielten wir eine Mail, mit der sich vieles ändern sollte. Der gesamte – ja, der gesamte – Studienbetrieb wurde umgestellt.

„Home-learning“ war die neue Devise, ein Begriff, der simpel klingt, aber schnell Ausmaße annahm, die man sich lange nicht wirklich vorstellen konnte.

Die Pandemie schlug ein wie eine Bombe und neben vielerlei Verzicht im privaten Alltag war das Studium davon betroffen, wie man es nicht vermutet hätte:

Seminare per WebEx (wenn überhaupt), Vorlesungen online (wenn überhaupt), Moodle-Kurse mit 1000 Deadlines und keine freundlichen Gesichter mehr, außer auf den Bildschirmen. Es dauerte eine Weile, bis man sich (wenn überhaupt) daran gewöhnt hatte.

Nun ist es mittlerweile das zweite Jahr, in dem uns die Pandemie begleitet. Jeder Jahrgang hat mit seinen ganz eigenen Dämonen zu kämpfen: einige haben die Uni gar nicht erst kennengelernt, einige haben das Leben an der Uni verlernt. Anderen wurde der Einblick ins Ausland verwehrt. Vieles wurde versäumt, vieles

war nicht so, wie es sein sollte. Irgendwie haben wir es aber doch so weit geschafft und darauf kann man ruhig ein bisschen stolz sein!

Wie geht es nun weiter?

Betrachten wir das Ganze realistisch: Es ist eindeutig zu früh, einen völlig normalen Studienbetrieb aufzunehmen. Bisher sieht es aber durchaus gut aus, die Präsenzlehre wird verstärkt, speziell im ersten Studienjahr. Bei einer Durchimpfungsquote von fast 100% unter Studierenden und Lehrenden wird vieles möglich sein, was wir bisher schwermütig vermisst haben. Das Charlie P's, SIP-Stände, Lernsessions im CLS oder einfach nur ein gemütliches Beisammensitzen auf der Wiese vor dem Bauteil 87 werden wieder realistischer. Vielleicht wird sogar der ein oder andere freitägliche Mensabesuch zustande kommen, bei dem der altbekannten Freude des frittierten Trapezfisches gefrönt werden kann.

Ich für meinen Teil freue mich auf das laufende Semester. Auf wieder etwas mehr Uni. Vielleicht nicht im Lesesaal, meinem ursprünglichen Lieblingsplatz. Achtung: Der könnte noch etwas länger geschlossen bleiben. Aber dafür da, wo man es kennt und wo man sich wohlfühlt.



MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN

Friends of MSF

Friends of MSF: Neue Initiative von Ärzte ohne Grenzen für Studierende

- Du studierst noch und möchtest dich für *Ärzte ohne Grenzen* engagieren?
- Du weißt, dass ein Auslandseinsatz erst nach abgeschlossener Ausbildung und mindestens zwei Jahren Berufserfahrung möglich ist? Und trotzdem möchtest du jetzt schon etwas tun.
- Du möchtest mitwirken und Erfahrungen sammeln?

Was ist MSF?

Ärzte ohne Grenzen / Médecins Sans Frontières (MSF) ist eine private internationale Hilfsorganisation, die weltweit vor allem medizinische Hilfe leistet. Unabhängig, unparteiisch und neutral. Berufsgruppen aus medizinischen und nicht medizinischen Berufen arbeiten Hand in Hand, um Menschenleben zu retten, Leid zu mildern und über das, was sie sehen, zu sprechen.

Was ist *Friends of MSF*?

Friends of MSF ist eine Initiative von und für Student:innen, um gemeinsam die Reichweite von *Ärzte ohne Grenzen* zu vergrößern und das Bewusstsein für humanitäres Arbeiten zu stärken.

Wer sind die *Friends of MSF*?

Das seid ihr! Das heißt: Alle Studierenden, die sich für *Ärzte ohne Grenzen* engagieren, mithelfen und mitwirken wollen und nützliche Erfahrungen sammeln möchten.

Was ist meine Aufgabe als *Friend of MSF*?

Du arbeitest zusammen mit weiteren *Friends of MSF* und vertrittst *Ärzte ohne Grenzen* an deiner Uni bzw. FH und in deiner Region in Österreich. Ihr organisiert zum Beispiel mit unserer Unterstützung eigene Events wie z. B. Gastvorträge mit eine:r Einsatzmitarbeiter:in, helft von Österreich aus mit, dass Landkarten für vergessene Krisenregionen erstellt werden oder startet Benefizaktionen. Was ihr beitragen möchtet, entscheidet ihr selbst!

Was bietet *Ärzte ohne Grenzen*?

Ihr bekommt Einblicke hinter die Kulissen der Arbeit von *Ärzte ohne Grenzen* und wir unterstützen euch mit Know-how und Expertise, um selbstständig aktiv zu werden. Jenen, die besonders aktiv sind, bieten wir auch eine Teilnahmebestätigung an.

Das klingt interessant und du möchtest mehr darüber wissen? Vielleicht gibt es sogar schon eine *Friends of MSF*-Gruppe an deiner Uni oder FH?

Kontaktiere uns gerne und unverbindlich unter friends@vienna.msf.org

Dein *Ärzte ohne Grenzen* Team

Katja Ott & Marion Jaros-Nitsch

Inklusives Wording

Behinderung? Beeinträchtigung? Besondere Bedürfnisse?

Autorin: Annika Sima



Unglaublich, was ein einzelnes Wort alles ausdrücken kann. Neben seiner nativen Bedeutung auch Suggestionen und Übertragungen – wie Wertvorstellungen und die Vermittlung positiver und negativer Eigenschaften. Wie wir sprechen und welche Worte wir wählen, prägt sowohl die Welt um uns als auch wie wir von anderen wahrgenommen werden, also den (mehr oder weniger respektvollen) Umgang in der Gesellschaft. Unter anderem deshalb ist es wichtig, politisch korrekte Ausdrücke zu kennen. Hier widmen wir uns dem Inklusiven Wording: Wie lauten korrekte Bezeichnungen von Behinderungen?

Definition des Wortes „Behinderung“

Das Wort kann vielseitig definiert werden, je nach der jeweiligen Ansicht! Während die medizinische Definition einen dauerhaften körperlichen oder geistigen Zustand, der einen Nachteil darstellt, beschreibt, ist eine Behinderung je nach Perspektive vollkommen unterschiedlich definiert – bis hin zu „Behindert ist, wer Hilfe braucht“. Allumfassend kann man sagen: Eine Behinderung zu haben, bedeutet, dass man durch einen gewissen Zu- oder Umstand, welchen man innehat, an etwas Bestimmtem (z.B. einer Tätigkeit) gehindert ist. Dementsprechend fallen eigentlich sehr viele Zustände und Krankheiten unter diesen Begriff „Behinderung“.

Wie sagt man ...?

Tatsache ist: Eine Behinderung ist nichts, das es zu verstecken oder zu verschönern gilt! Daher kann das Wort „Behinderung“ grundsätzlich im Sprachgebrauch verwendet werden.

Auch, wenn es viele weitere Bezeichnungen gibt, implizieren die Umschreibungen, dass es nicht okay ist, offen über Behinderungen zu sprechen und untermauern Stigmata. Während hoffentlich klar ist, dass Wörter wie „Krüppel“ usw. genauso wie die Verwendung solcher Begriffe als Beschimpfungen nicht zeitgemäß ist, sind aber auch Umschreibungen wie „besondere Bedürfnisse/Fähigkeiten“ absolute No-Gos, da sie einen sarkastischen Euphemismus von Behinderungen darstellen. Ebenso ist von „die:er Behinderte“ oder „behindert sein“ abzuraten: Hier wird die Person auf ihre Behinderung reduziert, was nicht sonderlich charmant ist, nachdem daneben ja noch eine Person mit eigener Identität existiert. Anders verhält es sich mit „die behinderte Person“, da dies eine Beschreibung der Person darstellt und somit gerne verwendet werden kann. Alles klar soweit?

Eine (umstrittene) Option stellen die Begriffe „Beeinträchtigung“ und „Einschränkung“ dar. Damit werden neben einer beeinträchtigten Funktion auch die Folgen für die Person in deren Alltag bzw. sozialen Umfeld beschrieben. Jedoch sind sie nicht optimal, da hiermit eine Behinderung schnell anders gewertet

werden kann, als sie erlebt wird. Diese Bezeichnungen können aber gut in Situationen verwendet werden, wenn der Begriff „Behinderung“ unangenehm für die betroffene Person ist oder eine Behinderung derartig schwach ausgeprägt ist, dass eine Selbstdefinition als „Person mit Behinderung“ nicht zutrifft.

Inzwischen werden gerne englische Bezeichnungen verwendet. Ins Englische übersetzt bedeutet „Behinderung“ „Disability“, wodurch dieses Wort ebenso analog verwendet werden kann. Nicht so mit „Handicap“: Der Begriff stammt ursprünglich aus einem alten englischen Handelsspiel namens „Hand-in-cap“, wodurch der relative Wert von zwei handelbaren Gegenständen evaluiert wurde (später wurde er bei diversen Wettbewerben verwendet). Im Laufe der Zeit wurde „Handicap“ abgeschliffen zu „die Reduktion der Kapazität einer Person, eine soziale Rolle zu übernehmen aufgrund bestimmter Umstände“. Der

Begriff soll wegen seiner abwertenden Definition vermieden werden.

So weit, so gut. Allerdings ist das alles relativ anzusehen: So kann es auch okay sein, die offiziell weniger optimalen Bezeichnungen zu verwenden, wenn sich das Gegenüber mit einer Behinderung selbst dementprechend bezeichnet – weil es eben sein kann, dass sich eine Person so definiert oder etwas Bestimmtes hervorheben möchte (z.B. dass sie eine behinderte Person ist und nicht eine Person mit Behinderung, da die Behinderung nicht eine Eigenschaft von ihr ist). Das ganze Thema kann unendlich vielfach weiterdiskutiert werden...! Zur weiteren Vertiefung gibt's Inputs u.a. unter <https://leidmedien.de/>.

Abschließend sei gesagt: Was am allerallermeisten zählt, ist und bleibt die respektvolle Haltung im gegenseitigen Umgang.

DOs

- Behinderung
- Person mit Behinderung
- eine Behinderung haben
- Disability

Use at own risk

- Beeinträchtigung
- Einschränkung

DON'Ts

- behindert sein
- der/die Behinderte
- besondere Bedürfnisse/Fähigkeiten
- Handicap

**KITSEE - OBERPULLENDORF
- OBERWART - GÜSSING**

KRAGES
BURGENLÄNDISCHE
KRANKENANSTALTEN
GESELLSCHAFT M.B.H.

KLINISCH-PRAKTISCHES JAHR

Die Krankenhäuser der KRAGES sind akkreditierte Lehrkrankenhäuser der Medizinischen Universitäten Graz und Wien sowie für die Danube Private University in Krems. Aufgrund der positiven Erfahrungen im Bereich der Ausbildung von Studierenden, welche wir in den letzten Jahren gesammelt haben, würden wir uns freuen, auch Sie in unseren Krankenhäusern begrüßen zu dürfen.

UNSER ANGEBOT:

- € 650,- brutto Taschengeld pro Monat
- € 90,- brutto pro Nachtdienst
- individuelle Betreuung und Unterstützung durch Mentor_innen
- Kostenlose Dienstkleidung und Verpflegung
- Teilnahme am KRAGES-internen Fortbildungsprogramm
- keine Wartezeiten

Für weitere Informationen besuchen Sie unsere Homepage www.arztstellen.at.

Bei Fragen steht Ihnen Frau Katharina Zeiner, BA, MA telefonisch zur Verfügung 05 7979 / 30040.

Broken-Heart-Syndrom

Wenn das Herz bricht

Autor: Taha Shirali

Auch das Herz kann brechen. Und das nicht nur im metaphorischen Sinne. Tatsächlich kommen Patient:innen mit einem „gebrochenen Herzen“ öfter vor, als man vermuten würde. Doch gebrochene Herzen werden meistens leicht übersehen oder mit Fehldiagnosen abgestempelt.

Das Broken-Heart-Syndrom ist eine Sonderform der Kardiomyopathie, die sich bei Betroffenen durch Herzinfarkt-ähnliche Symptome äußert. Sie kommt hauptsächlich durch emotionalen, aber auch physischen Stress zustande und verursacht eine Kontraktilitätsstörung des linken Ventrikelmyokards. Die daraus

resultierende charakteristische Gesamtform des Ventrikels erinnert an die traditionell japanische Tintenfischfalle (Takotsubo), sodass diese erstmals im Jahr 1991 beschriebene Art der Herzinsuffizienz auch als Takotsubo-Kardiomyopathie bekannt ist. Da die Krankheit aber vorwiegend bei Patient:innen mit emotionaler Belastung (wie z.B. nach Verlust der:des Partner:in, Scheidung oder einem anderen traumatischen Erlebnis) auftritt, wird sie auch als

Broken-Heart-Syndrom bezeichnet. Es wurde 2006 von der American Heart Association offiziell in die Klassifikation der Kardiomyopathien aufgenommen. Auch wenn mittlerweile 30 Jahre seit der ersten Beschreibung des Broken-Heart-Syndroms vergangen sind, ist die vollständige Pathogenese noch unklar. Es existieren verschiedene Hypothesen über die Rolle der koronaren Spasmen oder auch Störungen in der Mikrozirkulation des Myokards. Es wird vermutet, dass die größte Bedeutung in der Entstehung von Broken-Heart-Syndrom den Katecholaminen zukommt, da erhöhte Katecholaminwerte bei vielen – jedoch nicht allen – Betroffenen festgestellt werden konnten. In einer experimentellen Studie konnte man feststellen, dass Adrenalin in hohen Dosen überraschen-

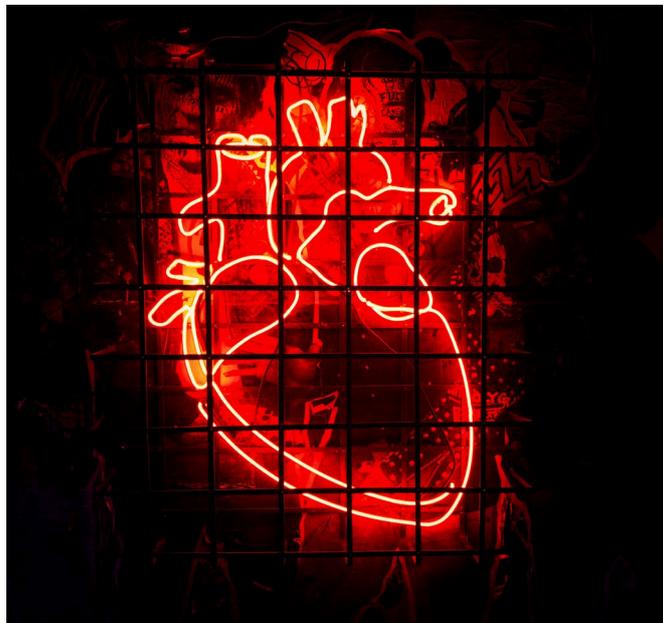
derweise eine negativ inotrope Wirkung auf die Kardiomyozyten erzielt. Dabei führt hochdosiertes Adrenalin zu einer Änderung der Signaltransduktion, sodass die β_2 -Rezeptoren eine Interaktion mit hemmenden Gi-gekoppelten Rezeptoren eingehen. Es ist andererseits bekannt, dass die β_2 -Rezeptorendichte im linken Ventrikel von basal nach apikal zunimmt, was auch die charakteristische Form des Ventrikelmyokards (Tintenfischfalle) bei der Takotsubo-Kardiomyopathie begründen kann. Es ist wichtig zu erwähnen, dass sich diese Studie nur auf Mäuse bezogen hat und derzeit keine Bestätigung der Ergebnisse am

Menschen vorliegt.

Aufgrund der Ähnlichkeit der Symptome zu denen eines Herzinfarktes stellt die eindeutige Diagnose der Takotsubo-Kardiomyopathie in der Klinik eine Herausforderung dar. Da sie auch in Kombination mit einer koronaren Herzkrankheit auftreten kann, wird sie oftmals von dieser überdeckt. Aus diesem Grund bleiben viele Takotsubo-Fälle undiagnostiziert, was eine epidemiologische Bewertung schwierig macht. Es gibt

jedoch einige Studien zu Prävalenz des Syndroms, welche zeigen, dass 0,7 – 2,5% der betroffenen Patient:innen mit KHK-Symptomen unter einer Takotsubo-Kardiomyopathie leiden. Das Syndrom kommt bei Frauen wesentlich öfter vor, wobei über 90 Prozent der Betroffenen postmenopausale Frauen zwischen 60 und 75 Jahre sind.

Die gute Nachricht ist, dass die Langzeitprognose des Broken-Heart-Syndroms – nach derzeitigem Stand der Wissenschaft – relativ gut aussieht. In der akuten Phase der Erkrankung sollten jedoch die hohen Risiken für Komplikationen wie v.a. eine akute Herzinsuffizienz, einen kardiogenen Schock oder auch schwere Arrhythmien in Betracht gezogen werden.



„Mama, was hat der da?“

Kinder und ihre Begegnung mit Behinderungen + Entwicklungsverzögerungen

Interview von Petra Kroyer mit Prim. Dr. Kranewitter

Einleitung von Annika Sima

Diese Frage hörte ich nicht zum ersten Mal von einem geschätzt 3-jährigen Kind, als ich letztens in der U-Bahn fuhr. Und auch nicht zum ersten Mal hörte ich jene Antwort der Mutter darauf: „Pscht, man starrt solche Menschen nicht an.“ Sichtlich überfordert mit der Situation ergriff die Mutter daraufhin das Handgelenk des kleinen Mädchens und zusammen verzupften sie sich nach weiter hinten in den Waggon. Nicht nur blieb dem Kind die Frage unbeantwortet – auch in mir kamen dabei viele Fragen auf: Was antworte ich in dieser Situation optimal? Wie mag sich jene angesprochene Person im Rollstuhl gegenüber von mir in dem Moment fühlen? Wie spricht man das Thema Behinderungen mit Kindern am besten an? Also machten wir uns auf die Suche nach Antworten und baten Prim. Dr. Kranewitter um ein Interview:

Wie erklärt man einem Kind, was eine Behinderung ist? Wie antwortet man optimal in der oben genannten Situation?

Die Kinder zeigen uns genau, wie weit ihr Interesse geht. Wenn uns ein Kind das fragt, dann würde ich auch etwas antworten. Ich würde beschreiben, was ich sehe, und dem Kind eine Interpretationsmöglichkeit geben, also zum Beispiel: „Schau, das Kind kann nicht gut gehen, deshalb hat es einen Rollstuhl, sodass es trotzdem durch die Gegend kommt.“ Dann wird man sehen, wie das Kind reagiert und ob es Nachfragen gibt. Man kann also einfach sagen, so ist das, der eine kann nicht so gut gehen, der andere kann nicht so gut sehen, der dritte kann noch nicht sprechen. Behinderung ist Teil des menschlichen Lebens, früher oder später wird Behinderung uns alle irgendwie persönlich betreffen, deshalb kann man auch einfach so darüber sprechen, wie es ist, und Kindern alles beschreiben und erklären. Die Kinder haben damit kein Problem.

Welche Symptome deuten auf eine Entwicklungsverzögerung bei Kindern hin?

Entwicklungsverzögerungen sind eine Abweichung von einer durchschnittlichen erwarteten Entwicklung und dem Entstehen der Fähigkeiten. Ein gutes Kriterium sind die sogenannten Grenzsteine der Entwicklung. Da sieht man sich an, welche Fähigkeiten 90% der Kinder in einem bestimmten Alter haben, und vergleicht, ob das bei einem einzelnen Kind auch der Fall ist. Es ist als Alarmzeichen zu betrachten, wenn ein Kind diese Fähigkeiten nicht erreicht, eine weitere Abklärung ist dann sinnvoll.

Als Eltern würde ich immer dann, wenn ich etwas sehe, was mich beunruhigt oder besorgt, und das nicht nur einen kurzen Zeitraum anhält, mir beim Kinderarzt oder der Kinderärztin Rat suchen.

Es können alle Entwicklungsbereiche betroffen sein, die Bewegungsentwicklung, die Spielentwicklung, das Umgehen mit den Händen, die vorsprachliche und sprachliche Entwicklung, die kognitive Entwicklung, das Emotionale, das Soziale. Alle diese Entwicklungsbereiche können einzeln oder in Kombination betroffen sein. Immer wenn es Sorgen oder Fragen gibt und die nicht nach kurzer Zeit wieder aufhören, suchen Sie sich Rat und Hilfe bei Fachleuten.



Wenn nun etwas aufgefallen ist, und es wird Rat gesucht, wie erfolgt die Diagnostik?

Der Kinderarzt oder die Kinderärztin wird feststellen, ob eine weitergehende Entwicklungsabklärung nötig ist.

Diese besteht aus einer sorgfältigen Anamnese, vor allem in Bezug auf die Entwicklungsgeschichte und auf mögliche Ursachen der Problematik. Dann wird eine Untersuchung durchgeführt, zum Teil in freien Situationen, teilweise auch mit standardisierten Verfahren. Mir ist die freie Beobachtung sehr wichtig, da die Kinder vieles selber zeigen.

Wie erklärt man einem Kind, dass es behindert ist? Wie seinen Eltern?

Ich beschreibe den Eltern, was ich erfahren und was ich gesehen habe. Wir reden von den Sorgen der Eltern, der Entwicklungsgeschichte, was ich beobachte, also z.B., dies fällt mir auf, das fällt mir auf, das sind die Stärken und Schwächen. An diesem und jenen Punkt weicht Ihr Kind von dem ab, was wir uns für die Kinder wünschen würden. Meine Hypothese wäre nun dies und jenes oder mein Vorschlag wäre nun, z.B. weiter abklären, oder meine Empfehlung ist, dass wir hier eine entwicklungsfördernde Therapie planen. Man bespricht dann auch gleich, was die Eltern selbst tun können und ob oder welche medizinischen Schritte notwendig sind.

Das Finden eines Konsens, also ein gemeinsamer Blick auf das Kind, wo die Eltern mir ihre Perspektive beschreiben und ich den Eltern meine Beobachtungen und Feststellungen beschreibe, schafft eine gemeinsame Basis, auf der wir weiterarbeiten können und gut miteinander sprechen können.

Was ist im Umgang mit entwicklungsverzögerten/behinderten Kindern und Jugendlichen zu beachten? Haben Sie Tipps, wie man einen Zugang zu dem Kind finden und in Kommunikation treten kann? Ist dies eher schwierig oder eher leicht?

Es ist genauso schwierig oder genauso leicht wie bei allen anderen Menschen. Wenn ich mit jemandem in Kommunikation treten will, suche ich mir einen gemeinsamen Anknüpfungspunkt, über den wir reden können. Wenn ein Kind nicht reden kann, ist der Anknüpfungspunkt das, was mir das Kind zeigt. Ich gehe ins Wartezimmer und hole das Kind dort ab. Dort ist das Kind bereits vielleicht mit einem Spiel beschäftigt. In der Regel setze ich mich dazu und sage, „Hallo, was

spielst du denn, darf ich mitspielen? Wie geht denn das Spiel?“ Und schon sind wir im Spiel und gleichzeitig beginnt die Untersuchung, denn ich sehe: Wie verhält sich das Kind, wie verhalten sich die Eltern? Dann ist auch schon der Anknüpfungspunkt geschaffen.

Bei einem geistig behinderten Kind ist es nötig, ihm deutlich mehr Zeit zu lassen, als wir das üblicherweise gewohnt sind. Das bedeutet, ich gehe langsamer auf das Kind zu, ich mache mich schon einige Schritte früher bemerkbar, damit es nicht erschrickt. Dann schaue ich, wie es reagiert, ob es einen offenen Blick hat oder ob es sich gleich bei den Eltern versteckt. Je nachdem spreche ich dann besonders langsam mit dem Kind, ich spreche z.B. einen kurzen Satz und warte, bevor ich weiterspreche. Geistig behinderte Menschen und Kinder brauchen mehr Zeit, sprachliche Information aufzunehmen, zu verarbeiten und entsprechend darauf zu reagieren.

Was ist im Umgang mit den Eltern entwicklungsverzögerter/behinderter Kinder zu beachten?

Ich trachte immer danach, dass der Sichtweise der Eltern genügend Platz eingeräumt wird, denn nur dann fühlen sie sich ernstgenommen. Oft gibt es ja Situationen, in denen unterschiedliche Personen unterschiedliche Sichtweisen haben. So erzählen z.B. die Eltern, die Pädagogin in der Schule beschreibe diese und jene Probleme beim Kind, aber sie selbst kennen diese gar nicht. Ich fasse dann zusammen und sage, „Also Sie sehen diese Probleme nicht, die Pädagogin sieht dies und jenes offensichtlich und ich als Arzt kann das und das beobachten.“ Auch widersprüchliche Sichtweisen versuche ich, zusammenzufassen und durchaus nebeneinander stehen zu lassen. Es geht nicht darum, wer Recht hat, sondern es geht darum, dass man gut miteinander ins vertrauensvolle Arbeiten kommt. Meistens gelingt das auf diese Art und Weise.

Ich bemühe mich, den Eltern Hoffnung zu lassen, auch wenn vieles über die Zukunft noch unklar ist und wir nicht wissen, wie ihr Kind gehen können, wird ihr Kind sprechen können, wie wird es in der Schule zurechtkommen. Zumindest kann man anbieten: Wir werden den Weg gemeinsam gehen. Ich bin jetzt für Sie da und ich bin in Zukunft für Sie da. Wir können nicht alle Probleme lösen, aber wir können über alle Probleme sprechen und uns gemeinsam um Lösungen bemühen. Das Angebot einer langfristigen Partnerschaft ist aus meiner Sicht etwas Wichtiges.

Wie gehen Kinder mit ihrer eigenen Behinderung um, wenn sie diese realisieren?

Ich würde bei Kindern gar nicht unbedingt so lange warten, bis es ihnen selbst einmal auffällt. Ich würde die Behinderung eines Kindes von klein auf ganz alltäglich machen, also z.B. auch mit einem Kind, das das kognitiv noch gar nicht versteht, über die Behinderung sprechen. Wir sprechen ja mit Kindern auch über viele andere Dinge, die sie kognitiv noch nicht zur Gänze verstehen können. Also z.B. könnte man auch einem Eineinhalbjährigen sagen: „Für dich ist das Laufen lernen viel schwieriger. Das ist, weil du Down-Syndrom hast.“ Das geht auch schon viel früher. Und somit ist dieses Wort „Down-Syndrom“ von klein auf präsent und das Kind weiß, dass das immer schon so war und dass das okay ist und dass es Manches vielleicht nicht so gut kann wie andere und dafür hat es andere Eigenschaften. Damit ist das viel selbstverständlicher als wenn man mit fünf, sechs oder acht Jahren sagt, „Jetzt muss ich dir einmal etwas sagen.“ Für viele Kinder ist ihre Behinderung selbstverständlich. Wenn sie dann Jugendliche werden und sich Gruppen trennen, dann merken die behinderten Kinder oft, dass sie nicht mehr so dabei sind bei dem, was die meisten anderen machen. Manchen geht es dann besser, wenn sie in der Schule nicht mehr in Integrationsklassen sind, sondern wenn sie in Gruppen sind, in denen ausschließlich Jugendliche mit Beeinträchtigungen beieinander sind, weil dann die Wettbewerbssituation weniger vorhanden ist und weil sie sich als leistungsfähig wahrnehmen können und der Unterricht dann vom Tempo her oder von den Inhalten her besser zugeschnitten ist. Auch der Kontakt zu den anderen kann ihnen mehr Zufriedenheit und mehr Lebensmut geben.

Welche sind die häufigsten Diagnosen, mit denen Sie arbeiten?

Wir arbeiten zum einen mit Kindern nach Komplikationen bei der Geburt, z.B. im Rahmen einer Frühgeburt, mit Kindern mit geistigen Behinderungen, zum anderen mit Kindern mit genetisch bedingten Störungen, z.B. dem Down-Syndrom. Wir arbeiten auch viel mit Kindern mit Autismus oder Autismus-Spektrum-Störungen. Eine andere sehr große Gruppe sind Kinder mit sogenannten umschriebenen Entwicklungsstörungen, also z.B. mit Problemen der motorischen oder der Sprachentwicklung oder Kinder mit ADHS.

Wie gehen Sie emotional damit um, täglich mit Kindern mit Behinderung zu arbeiten?

Für mich persönlich ist es emotional dann belastend, wenn diese Kinder noch zusätzlich in Lebens- und familiären Situationen leben, wo viele Chancen vergeben werden, also wo die Eltern einfach keine Möglichkeiten haben, die Kinder so zu unterstützen, wie sie es bräuchten. Das ist das Belastende für mich: Wenn ich Möglichkeiten sehe, die aber nicht realisierbar sind. Die Tatsache, mit behinderten Kindern zu arbeiten, ist ähnlich, wie mit kranken oder chronisch kranken Menschen zu arbeiten. Eigentlich ist das nicht mehr belastend.

Haben Sie eine abschließende Botschaft an die Medizinstudierenden?

Ich finde die Arbeit mit Kindern allgemein und auch mit Kindern mit Beeinträchtigungen im speziellen einen schönen Bereich der Medizin. Die Kinder zeigen uns, was sie brauchen und lassen wir uns darauf ein, werden wir zufriedenstellende Arbeit und zufriedene Patienten und glückliche Eltern haben. Es ist nötig, sich auf die Kinder einzustellen, auf andere Arbeitsweisen, als wir vielleicht mit Erwachsenen oder auch mit nicht beeinträchtigten Kindern gewohnt sind, aber es ist eine sehr zufriedenstellende und auch eine sehr herausfordernde Arbeit. Es wird aus meiner Sicht nie eintönig. Es geht so nahe an die Lebensprobleme der Menschen heran, dass es immer wieder Energie und Fantasie braucht, um herauszufinden, was denn möglich wäre, um diese Situationen zu beeinflussen. Wenn Sie das interessiert, lassen Sie sich darauf ein!

Dankeschön, dass Sie sich Zeit genommen haben!

Prim. Dr. Kranewitter ist Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde (mit Schwerpunkt Neuropädiatrie) und Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und leitet das Ambulatorium für Entwicklungsdiagnostik und Therapie der Lebenshilfe in Salzburg.

Die Meilensteine der Entwicklung

Autorin: Annika Sima

Woran erkennt man, dass sich ein Kind altersentsprechend entwickelt?

Die Antwort im Block 16 darauf lautet: Die Meilensteine der Entwicklung, in welchen die durchschnittlichen altersadäquaten Fortschritte aufgezählt sind, die ein Kind durchlaufen sollte. Wann jedoch die Alarmglocken klingeln sollten, verraten die Grenzsteine der Entwicklung. Denn sie kennzeichnen definierte und validierte altersabhängige Entwicklungsziele, die 90–95% aller Kinder einer normativen Population bis zu einem bestimmten Alter absolviert haben sollten.

Diese Grenzsteine werden als verlässliches Screening der Entwicklung in den ersten 6 Lebensjahren eingesetzt und dienen zur Verlaufsdokumentation der kindlichen Entwicklung. Dabei werden verschiedene Entwicklungspfade betrachtet: Die fein- und grobmotorische, sprachliche und kognitive Entwicklung sowie die der sozialen und emotionalen Kompetenz. Für das 72. Lebensmonat kommen noch die Kategorien Körperbewusstsein und Selbstständigkeit hinzu. Checkpoints finden sich bis zum ersten Lebensjahr alle 3 Monate, bis zum abgeschlossenen zweiten Le-

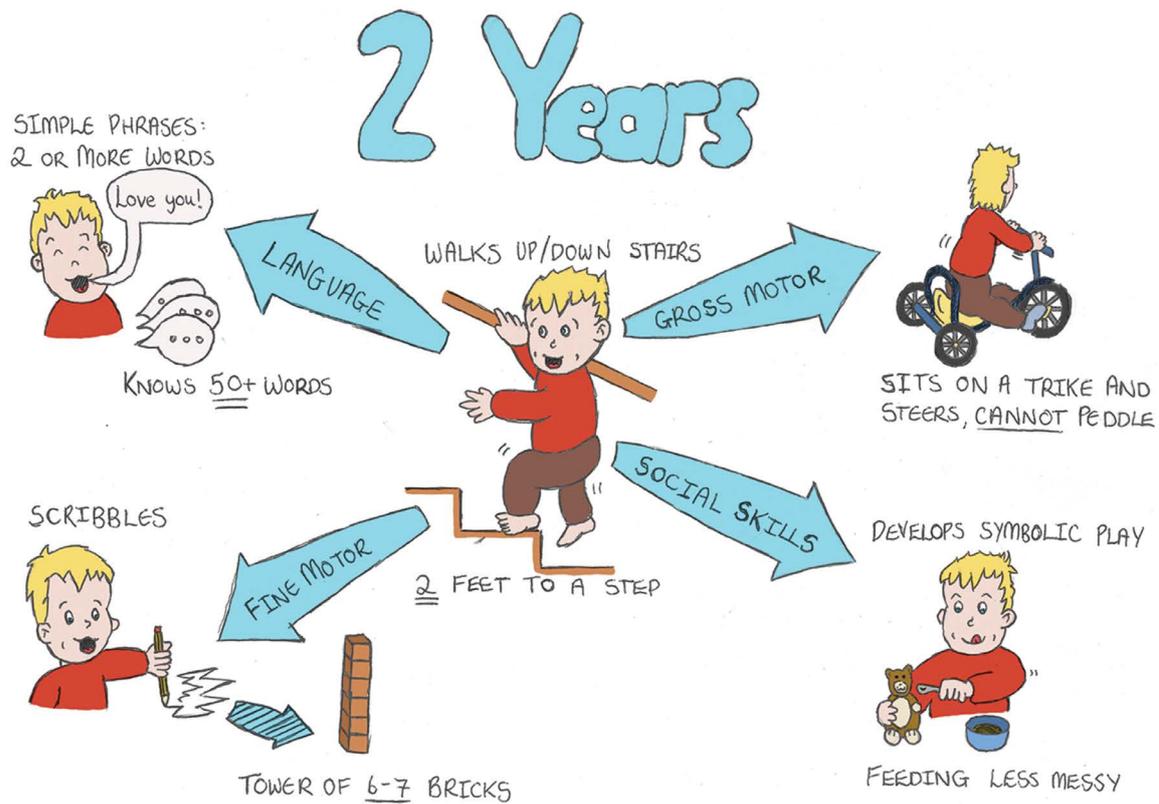
bensjahr alle 6 Monate und danach alle 12 Monate, bis das 6. Lebensjahr vollbracht ist. Werden Ziele nicht zeitgemäß erreicht, gibt das Hinweise auf drohende oder unentdeckte Entwicklungsverzögerungen und bietet Aufschluss darüber, ob weiterführende Schritte (Diagnostik, Therapie, vermehrte Kontrollen) notwendig sind.

Um sich das Leben zu erleichtern, wurden wunderschöne Tabellen dazu erstellt, die in der Diagnostik behilflich sein können. Da diese jedoch den Rahmen unseres schönen Magazines sprengen würden, haben wir uns dazu entschlossen, stattdessen einige Quellen zum erweiterten Selbststudium anzugeben. (Die Links kannst du in unseren pdf-Ausgaben auf der Homepage direkt anwählen!)

Quellen

https://www.mefa.jena.de/images/stories/dokumente/Grenzsteine_infans.pdf

Hans- Joachim Laewen: „Grenzsteine der Entwicklung. Ein Frühwarnsystem für Risikologen.“ [<https://www.springermedizin.de/validierte-und-teilvalidierte-grenzsteine-der-entwicklung/8049596>]



Autistin und Medizinstudentin

Autorin: Sophie Gmeiner

„Und das geht?“, „Kannst du wirklich gar keine Empathie empfinden?“, „Du siehst aber gar nicht wie ein Autist aus!“

Bei Autismus gibt es viele falsche oder oft auch einfach keine Informationen. Wer „Autist“ hört, denkt oft an einen kleinen Jungen, der sich die Ohren zuhält und hin und her wippt. Oder an die Mathe-begabten Jungs aus Serien. Es ist nicht alles falsch, aber es bedient Stereotypen.

Daher erzähle ich euch hier meine Geschichte, typisch für ein autistisches Mädchen.

Meine Diagnose bekam ich letzten Winter, mit 21 Jahren. Davor hatte ich genug frustrierende Arztbesuche, dass ich nun eine Vorlesung zu „How to not be a doctor“ über ein Semester lang halten könnte. Meine Probleme haben bereits als kleines Kind zu dem typischen Bauchweh geführt und als ich älter wurde, schließlich zu massiven Angstphasen mit Stunden im Fight-or-Flight-Modus. „Wie geht das überhaupt, Panikattacken dauern doch nur einige Minuten?“, denken jetzt vermutlich einige Psychiatrie-Interessierte oder selbst Betroffene. Nun, es scheint keine zu sein. Aber was, das weiß keiner. Lange hatte ich darauf keine Antwort, dann kamen Fehldiagnosen. Und endlich kam ich auf das Thema Autismus, habe viel recherchiert und in Aufklärungsvideos erkannt: „Das bin sowas von ich!“

Endlich, die Erklärung – oder?

„Das kann kein Autismus sein“, meinte die Psychologin, zu der ich ging. Leider gibt es immer noch viele Stereotypen in der Testung. Es braucht den:ie richtigen Psycholog:in, der:ie sich auf Autismus in Frauen spezialisiert, sonst endet ihr nur wie ich bei meinem ersten Versuch. Frustriert und alleine, ohne die Hilfe zu bekommen, die man braucht.

Autismus bedeutet, ein anderes Nervensystem zu haben, also nicht neurotypisch zu sein. Das heißt, mein Körper reagiert anders auf Medikamente, ich verarbeite Sinneseindrücke anders, kommuniziere anders und genieße andere Dinge. Es häufen sich auch Krankheiten: Mastzellaktivierungssyndrom, Ehlers-Danlos-Syndrom, Fibromyalgie, Probleme mit dem Verdauungstrakt, ADHS usw. Eine Diagnose ist also nicht nur eine Art der Gesellschaft, dich als anders zu akzeptieren, sondern eröffnet dir auch die Möglichkeit auf Hilfe bei häufig auftretenden Krankheiten.

Nein, Autismus selbst ist keine Krankheit. Es ist ein „anders als die meisten in der Gesellschaft sein“. Im

Gehirn charakteristische Hypo- und Hyperkonnektivitäten zu besitzen, die in der Gesellschaft nachteilig sind. Es ist eine Behinderung. Wir Autisten sind behindert, weil diese Welt, in der wir leben, nicht für uns gebaut wurde. Unsere Gehirne mögen anders sein, aber sie sind nicht schlechter. Es gibt auch viele Stärken (und nicht nur die stereotypischen Mathefähigkeiten). Und wir müssen vom Anderssein nicht geheilt werden. Was wir brauchen, ist Akzeptanz!

Aber was bedeutet das für die Uni? Das bedeutet, dass ich ein paar Anpassungen brauche. Diese konnte ich speziell mit dem Team Barrierefrei der MedUni Wien besprechen und gemeinsam Lösungen finden (die sind echt toll dort, meldet euch dort wenn ihr etwas braucht). Im Umgang mit Patient:innen habe ich keine Probleme. Ich liebe es, Menschen zu helfen und jedes Mal, wenn ich die Chance dazu habe, bin ich sehr dankbar. Dankbar, für sie in schweren Situationen da zu sein, ihnen Schmerz zu nehmen, sie aufzumuntern, ihnen einfach erklären zu können, was da gerade passiert. Und die dankenden Patient:innen sind alles, was ich brauche um zu wissen, ich bin hier richtig. Ich weiß, wie es auf der anderen Seite ist. Ich höre anderen Patient:innen mit chronischen Krankheiten zu (jede:r von ihnen könnte auch so eine Vorlesung halten, wie ich). Wenn du, der:ie das hier liest, Autist:in bist, dann lass dich nicht von grantigen alten Ärzt:innen oder falsch informierten Menschen von deinem Traum abbringen, Medizin zu studieren. Hier an der MedUni ist das möglich. Scheue dich nicht, nach Unterstützung zu fragen, du verdienst sie. Denn du bist anders, nicht falsch! Eine andere Behandlung (auch wortwörtlich) zu benötigen heißt nicht, dass man faul oder im Medizinstudium falsch ist.

Um das Ganze noch mit etwas Persönlichem zu beenden: Ich gehe selbst sehr offen mit meiner Behinderung um und beantworte gerne Fragen. Dafür stehe ich euch auf meinem YouTube-Channel oder Instagram zur Verfügung, denn mir ist es wichtig, über Autismus aufzuklären.

Sollte sich euch jemand einmal öffnen, dann hört ihm zu, egal ob es jetzt Autismus ist oder etwas anderes. Das ist es, was die Medizin braucht. Ihr könnt auch Menschen auf YouTube zuhören, das wird euch zu besseren Ärzt:innen machen, das verspreche ich euch! Und interessant ist es auch. :)

Danke, dass ihr mir „zugehört“ habt! Viel Glück fürs Studium!

Studieren mit der Österreichischen Gebärdensprache

Interview mit Barbara Hager und Clara Kutsch

geführt von Annika Sima

Dolmetscherin: Veronika Newesely

Annika (A): Hallo, ich heiße Annika und leite das Studierendenmagazin Fieberkurve. In der jetzigen Ausgabe liegt der Fokus auf Barrierefreiheit im Studium, weshalb wir versuchen, mit verschiedenen Studierenden Gespräche zu führen, wie ihre Barrierefreiheit im Studium aussieht, um zu sehen welche Angebote es aktuell gibt und wo in weiterer Folge Handlungsbedarf besteht. Herzlichen Dank, dass ihr euch die Zeit dafür nehmt.

Darf ich um eine kurze Vorstellung bitten mit Namen, Alter, Studienrichtung und in welchem Studium/Abschnitt ihr seid?

Barbara (B): Ich bin die Barbara Hager, 41 Jahre alt, meine Studienrichtung ist Bildungswissenschaften und ich befinde mich im Prä-Doc.

Clara (C): Ich bin die Clara Kutsch, 33 Jahre alt, meine Studienrichtung ist Angewandte Sprachwissenschaften und auch ich bin im Prä-Doc.

A: Wie seid ihr auf eure Studienrichtungen gekommen?

B: Es gab damals eine große Aussendung für die Prä-Doc-Stelle mit dem Thema Gebärdensprachpädagogik im Studium „Inklusive Pädagogik im Zentrum für Lehrer:innenbildung (ZLB)“. Ich habe das Angebot gesehen und interessierte mich dafür. Ich bin auch im ZLB als Universitätsassistentin angestellt. Im ZLB gibt es ebenfalls einen Studienlehrgang mit Inklusiv-Pädagogik, dort bin ich im Kernteam für den Bereich der Gebärdensprachpädagogik. Davor habe ich Psychologie studiert und 7 Jahre als Psychologin gearbeitet. Für die Aufnahme in Bildungswissenschaften musste ich einige Prüfungen nachholen.

C: Ich habe zuerst den Master in Angewandter Sprachwissenschaft gemacht, Thema meiner Masterarbeit war die Situation der Gebärdensprach-Community im Nationalsozialismus, sehr interessant! Als ich fertig war, habe ich an verschiedenen Projekten mitgearbeitet und damals schon überlegt, ob ich ein Doktorat machen soll oder nicht. Aber als freie Doktorandin ist das eher schwierig. Dann hat mir Barbara Hager eine Aussendung von „Promotion ohne Limit“ geschickt - als Pilotprojekt das erste Mal ausgeschrieben. Die Zielgruppe dafür waren Personen mit abgeschlossenem Studium mit Behinderung oder chronischer Erkrankung. Ich habe beides, ich habe eine Hörbe-

hinderung und parallel dazu noch Neurofibromatose Typ 2. Also habe ich mich beworben und ein Exposé eingereicht. Das Bewerbungsgespräch habe ich noch sehr gut in Erinnerung: „Fr. Kutsch, wo sehen Sie sich in 5 Jahren?“, ich habe gleich geantwortet: „Ich werde dann Professorin an der Uni Wien sein.“ Letztlich wurde ich gewählt, es war eine schnelle Entscheidung. Ich bin nun im Team der Sprachlehr- und -lernforschung meiner Doktormutter am ZLB angestellt und mache mein Doktorat. Es haben rückblickend aber auch viel Glück und Zufall mitgespielt.

B: Clara und ich kennen uns, wir arbeiten im selben Haus.

A: Wie barrierefrei erlebt ihr euer Studium? Gibt oder gab es Barrieren, von denen ihr erzählen möchtet?

B: Jetzt beim Doktoratsstudium gibt es mittlerweile weniger Barrieren. Es gibt die GESTU-Servicestelle [Anm. Gehörlos und Schwerhörig Erfolgreich Studieren], das bedeutet, wenn ich eine Vorlesung, ein Seminar oder eine Austauschrunde besuchen möchte, wofür es ECTS-Punkte gibt, kann ich das an die Servicestelle schicken, diese organisiert und bezahlt Dolmetscher:innen. Aber das Diplomstudium Psychologie, welches ich 2010 abschloss, musste ich mir damals alleine organisieren. Es gab wenige Dolmetschermöglichkeiten, dafür sehr viele Barrieren, es war ein Wahnsinn. 2010 oder 2011 wurde dann die GESTU gegründet. Seit ich wieder an die Uni gekommen bin, kann ich das nun sehr gut nutzen. Es sind viele Dolmetscher:innen für Schrift und Sprache da. Das Angebot gilt leider nur für Studierende, die in Wien wohnen. Barrieren gibt es aber nach wie vor bei Besprechungen mit Kollegen, denn die Organisation und die Kosten werden nicht vom GESTU übernommen, weil es dafür keine ECTS gibt. Was sonst auch etwas schwierig ist, ist der wissenschaftliche Austausch oder Input mit Professoren, da weiß ich einfach nicht, ob sich die Dolmetscher:innen fachlich auskennen und die richtigen Infos wie z.B. die Interpretation verschiedener philosophischer Ansätze weitergeben. Es ist ja auch immer etwas Interpretation von den Dolmetscher:innen dabei, das ist für mich in meinem Bereich eine Barriere.

C: Meine Situation ist ein bisschen anders. Ich bin nicht gehörlos geboren worden, ich habe eine lange

Zeit gehört, dann wurde ich schwerhörig, nun bin ich links und rechts krankheitsbedingt ertaubt. Früher hatte ich Hörgeräte, wodurch ich maturieren konnte. Ich komme aus Deutschland, dort habe ich ein Germanistikstudium angefangen und den Bachelor gemacht. Damals hatte ich ein Mikrofon, das mit meinem Hörgerät verbunden war. Das Mikrofon hat man sprechenden Personen umgehängt, das Gesprochene wurde dann direkt in mein Hörgerät eingespielt. Bei Vorlesungen musste ich also immer zuerst zu den Vortragenden gehen, mich vorstellen, meine Schwerhörigkeit erklären und darum ersuchen, dass sich die Professor:innen das Mikrofon umhängen. Das Problem dabei war, dass nur die Stimme der Professor:in verstärkt wurde, also wenn eine Diskussionsrunde mit Studierenden stattfand, hat das gar nicht gut funktioniert. Deshalb war ich bei diesen Runden oft nicht dabei, meine Noten waren dementsprechend nicht besonders gut. Dann bin ich nach Wien übersiedelt und habe den Master in Linguistik gemacht, da konnte ich noch keine Österreichische Gebärdensprache (ÖGS). Eine Professorin machte mich dann darauf aufmerksam: „Du bist schwerhörig? Lerne doch Gebärdensprache!“ Sie hat mir auch von GESTU und der Unterstützung schwerhöriger und gehörloser Studierender erzählt. Da ich die ÖGS noch nicht so gut konnte, wurde ich im Master durch Schriftsprachen-Dolmetscher:innen unterstützt, die haben neben mir gegessen, zugehört und für mich alles mitgeschrieben, und ich konnte zum ersten Mal an Diskussionen teilnehmen. Dadurch haben sich meine Noten verbessert, mir hat das sehr gut gefallen. Meine ÖGS-Kompetenzen wurden auch zunehmend besser und nun habe ich Dolmetscher*innen in meinem Studium. Also im Vergleich zu meinem damaligen Studium in Deutschland ist es Wahnsinn, es ist nun eigentlich barrierefrei. Aber auch ich bin in meiner Forschung allein, ich forsche zur Medizingeschichte der Gehörlosigkeit und habe niemanden zum Austausch, aber grundsätzlich ist das Studium eine sehr schöne Erfahrung für mich. Ein Vorfall in meinem Germanistikstudium in Deutschland wird mir immer in Erinnerung bleiben: Die Prüfungen der STEOP [Studieneingangs- u. Orientierungsphase] haben in einem großen Vortragsraum stattgefunden, einem Audi-Max mit 300 Leuten. Ich habe mich vor Vorlesungsbeginn bei der dortigen Professorin vorgestellt, habe sie gebeten, das Mikrofon um den Hals zu nehmen, um sie und den Vortrag – der als prüfungsrelevant vorgestellt wurde – zu verstehen. Als sie mit der Vorlesung begann, meinte sie plötzlich, dieses Mikrofon sei ihr nicht angenehm und hat es daher neben sich auf den Tisch gelegt. Das Mikrofon ist dann heruntergefallen -es war

sehr teuer- und weil das passiert ist, hat sie gefragt: „Wo ist denn nun die schwerhörige Studierende, die soll das Mikrofon bitte holen?“ Das war mir sehr unangenehm, ich bin sehr rot geworden und zum Tisch runtergegangen. Dann hat sie gesagt, es täte ihr leid, es passe für sie nicht und ich solle das Mikrofon woanders platzieren. Ich habe das Mikrofon wieder auf den Tisch hingelegt, mich hingesetzt und gar nicht mehr verstanden, worum es bei der Vorlesung ging. Das habe ich dann zu Hause meinen Eltern erzählt, die haben sich natürlich total aufgeregt und einen Brief an den Dekan geschrieben, dass sie ein Entschuldigungsschreiben verlangen und wenn das nicht passiert, würden sie sich an die Medien wenden. Daraufhin hat die Professorin selber wirklich ein 5-seitiges Entschuldigungsschreiben geschrieben - und meine Prüfung wurde interessanterweise mit einer Eins benotet. Dieser Vorfall mit der Vortragenden bleibt mir zum Thema barrierefreies Studieren immer in Erinnerung.

A: Die nächste Frage wurde schon teilweise angeschnitten, nämlich welche Angebote werden von der Universität zur Verfügung gestellt, welche werden von euch genutzt?

B: An der Uni Wien gibt es ein Büro für barrierefreies Studieren, wo man sich melden und austauschen kann, ähnlich wie die Behindertenvertrauensperson bei Diskriminierung. Und zur Dolmetsch-Organisation und Kostenübernahme gibt es eben die GESTU, die Zentrale befindet sich an der TU Wien, aber sie übernehmen es für alle gehörlosen Studierenden. Das liegt daran, dass als das Projekt gegründet wurde, die TU 2010/11 die erste Uni mit einem solchen Angebot war. Da es immer mehr gehörlose Studierende auch auf anderen Unis gab, aber noch keine Unterstützungen, hat die GESTU den ganzen Bereich der Wiener Universitäten übernommen, allerdings nicht österreichweit. Fr. Marlene Fuhrmann-Ehn ist die Behindertenvertrauensperson und bemüht sich sehr um die Kooperation mit dem VÖGS (Verein österreichischer gehörloser Studierender). GESTU bestellt die Dolmetscher und die Tutoren für mich, die für mich Vorlesungen niederschreiben und dolmetschen, damit ich die Interpretationen vergleichen kann. Es ist nämlich schwierig, man muss die ÖGS mit dem Gesprochenen vergleichen, es ist quasi ein bilinguales Studieren. Auch wenn ich Fragen habe, bespreche ich das mit den Tutoren und erhalte Unterstützung. Die korrigieren auch meine geschriebenen Arbeiten, die Sätze, die Grammatik.

C: Das stimmt, das barrierefreie Studieren funktioniert hier sehr gut. Ich bekomme auch ein Stipendium für barrierefreies Studieren. Aber Barbara und

ich haben auch schon überlegt, dass Workshops zum Thema „Vortragen in ÖGS“ sinnvoll und wichtig wären. Nur leider gibt es hier nicht viele, das ist sehr herausfordernd. Wir müssen selbst immer sehr initiativ sein und selbst arbeiten. Es gibt nicht so viele, die uns da unterstützen können. Aber das Modell „Gehörlos studieren“ läuft eigentlich sehr gut.

B: An der Uni Wien gibt es kein Institut für Gebärdensprachpädagogik oder leitende Professoren und keine Forschung dazu. Sie ist als Teilgebiet in z.B. Inklusiv-Pädagogik oder den Bildungswissenschaften als Erweiterungs-Curricula enthalten. Es wird auch auf der Medizinischen Universität Wien ein Seminar von Paulina Sarbinowska [Anm.: Paulina Spelbrink], das heißt Umgang mit gehörlosen Patienten, angeboten. [Anm.: Österreichische Gebärdensprache (ÖGS) für MedizinerInnen - A1.1.1. und A1.1.2]

C: Gebärdensprachkurse für Mediziner:innen werden auch angeboten, da bin ich mal eingesprungen, das war richtig gut! Eben solche vereinzelt Gebärden-sprachangebote gibt es.

A: Gibt es weitere Maßnahmen, die ihr euch wünschen würdet, von den Universitäten aber auch der Gesellschaft bezüglich Barrierefreiheit?

C: Ein eigenes Institut zum Bereich Deaf Studies wäre ein großer Wunsch.

B: An der Medizinischen Universität Wien wünsche ich mir, dass im Curriculum unbedingt ein verpflichtendes Modul eingeführt werden soll, wo der Umgang mit Gehörlosen inklusive ÖGS gelehrt wird.

C: Stimmt, im Rahmen meiner Doktorarbeit war ich im Archiv der Medizinischen Uni Wien und habe dort Vorlesungen im HNO-Bereich gesucht. Ich war richtig davon geschockt, was ich dort gefunden habe. Es gab nur technische Themen zu Gehörlosigkeit, z.B. zum Cochlea Implantat. Aber auch welche Wörter dort verwendet werden, z.B. „hörgeschädigt“. Da würde ich mir wünschen, dass es mehr Kooperationswege mit der Linguistik an der Uni Wien gibt, auch was das Wording anbelangt.

B: Ich würde mir in Bezug auf das medizinische Modul zu gehörlosen Patient:innen wünschen, dass im Modul nicht nur der Fokus darauf liegen soll, dass das Gehör medizinisch, technisch und chirurgisch verbessert werden muss, sondern es sollte auch ganz unbedingt der andere, positive Bereich gelehrt werden. Informationen zur Gebärdensprache, zu der Kultur, die dahintersteht. Damit die zukünftigen Ärzte darüber Bescheid wissen: Es gibt die ÖGS, etwas total Vorteilhaftes, Positives, sie ist eine anerkannte Sprache mit tollen Sprachgemeinschaften, auf der ganzen Welt

gibt es 7 Millionen taube Menschen. Damit Mediziner wissen, wie sie auf Augenhöhe mit Gehörlosen umgehen müssen. Man muss einfach Dolmetscher organisieren und man sollte ganz selbstverständlich in Gesprächen Informationen auch schriftlich weitergeben. Das ist einfach ein total wichtiger Bereich. Und wenn das die Studierenden im Studium schon lernen, dann trägt das zur Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung gegenüber dem Thema bei. Das ist mein Herzensprojekt, das muss irgendwie in die Ausbildung hineinkommen. Nicht nur die technischen Aspekte zum Thema Gehörlosigkeit und wie man sie aus medizinischer Sicht verbessern kann. Sondern auch die Bewusstseinsbildung und was Clara in ihrer Doktorarbeit schreibt, den linguistischen Aspekt. Das ist momentan einfach nicht vorhanden.

C: Der einzige medizinische Bereich, der bisher Interesse an meiner Arbeit zeigte, war die Medizingeschichte. Ich habe einmal einen Vortrag zum Thema Gehörlosigkeit, Sterilisation und Euthanasie in einem Seminar zur Gesundheitspolitik des Nationalsozialismus gehalten. Mein Professor wollte anschließend mit mir zusammen einen Vortrag zum Thema Gehörlosigkeit in der Zeit des Nationalsozialismus bei einer großen dreitägigen HNO-Konferenz voriges Jahr im Narrenturm in Wien halten. Im Vorhinein habe ich in der Leitung nachgefragt, ob es denn eine finanzielle Unterstützung für die Dolmetsch-Kosten gäbe, wenn ich den Vortrag halte. Ich habe zuerst lange keine Antwort bekommen und auf Nachfrage des Professors hat es geheißen, dass das Thema als wichtig anerkannt würde und für das Symposium ein wichtiges Symbol wäre, aber es gäbe einfach zu wenig Geld, um die Kosten zu übernehmen. Mein Professor hat daraufhin dem Leiter geantwortet, wenn die Kosten nicht übernommen würden, könnten wir den Vortrag nicht halten. Ich war sehr baff, dass der Professor so unterstützend war und für mich gekämpft hat. Wir haben den Vortrag leider nicht gehalten, aber das war in der Situation auch richtig so und ein gutes Statement von ihm.

A: Möchtet ihr sonst noch etwas für euch Interessantes erzählen?

B: In meiner Doktorarbeit behandle ich das Thema taube Lehrende in Deutschland und Österreich. Dafür habe ich Interviews zu biographischen Erfahrungen von tauben Lehrpersonen geführt, Codierungen gemacht und die Spezialmethode von Constructing Grounded Theory verwendet. Das Ziel war, dass die Erfahrungen tauber Lehrpersonen in das Zentrum für Lehrer:innenausbildung an die zukünftigen Lehrenden weitergegeben werden, was gewusst und ge-

lehrt werden muss. Denn es gibt dazu bisher noch nichts Schriftliches oder Offizielles, was man an das zukünftige Bildungspersonal weitergeben kann.

C: Mein Doktorarbeitsthema beforscht den Bereich, wie die Gebärdensprache in Hand- und Lehrbüchern dargestellt wird. Was steht über Gehörlose in HNO-Büchern, auf welche Art wird Gebärdensprache dargestellt -oder auch überhaupt nicht- das beforsche ich. Auf der Uni Wien habe ich alle HNO-Lehrbücher von 1850 bis 2020, die ich finden konnte, eingesammelt, forsche und lese, was drinnen steht und was abgebildet ist. Das Ziel ist, dass dann ein Sprachleitfaden für Gebärdensprachbenutzer:innen als medizinische Lektüre sozusagen aufliegt. Schauen wir mal, wie das klappt.

A: Viel Erfolg! Habt ihr eine abschließende Botschaft an die Medizinstudierenden?

C: Lernt Gebärdensprache! Das ist das wichtigste! Und überlegt auch, wenn das Thema Gehörlosigkeit auftaucht, nicht gleich an Operationen, ein CI oder

Hörgeräte zu denken, sondern einfach weiterzudenken, was könnte das bedeuten – nicht nur das Negative sehen, dass jemand nicht hört, sondern auch einen Schritt weiterdenken, was die Ressourcen und Möglichkeiten sind, was sich durch die Gehörlosigkeit an weiteren positiven Schritten und der sprachlichen Lebenswelt ergibt, das würde ich mir wünschen.

B: Clara, du hast da einen sehr schönen Abschlussatz gesagt. Plus: Lernt Gebärdensprache! Das wäre wirklich super!

A: Vielen lieben Dank, dass ihr euch die Zeit dafür genommen habt und alles Gute!

Für Interessierte:

Wahlfach Österreichische Gebärdensprache für Mediziner:innen von Paulina Spelbrink
LV 896.001 & 896.002

An der Medizinischen Universität Wien sind bislang keine gehörlosen Studierenden gemeldet.

Barrierefrei Studieren an der Universität Wien

Informationen und Unterstützung für Studierende mit Beeinträchtigungen

An der Universität Wien ist die Gruppe von Studierenden mit Beeinträchtigung sehr groß (bis zu 14.000 Personen). Ebenso die Vielfalt der unterschiedlichen Beeinträchtigungsformen. Die meisten davon, wie etwa chronische oder psychische Erkrankungen, sind nicht offensichtlich. Personen, die deshalb im Studienalltag kurz- oder langfristig auf Barrieren stoßen, können bestimmte Angebote in Anspruch nehmen und von Regelungen profitieren. Es gibt jedoch an der Universität Wien nicht die eine Vorgangsweise, um Maßnahmen in Anspruch nehmen oder Rahmenbedingungen adaptieren zu können. Faktoren wie die individuelle Beeinträchtigung, unterschiedliche Studienrichtungen, ganz spezifische Barrieren im Studienalltag, Studienstandorte sowie der Studienfortschritt können verschiedene Vorgehensweisen nötig



© Universität Wien, Team Barrierefrei

machen. Um auf Anhieb die richtigen Schritte zu setzen, bietet das Team Barrierefrei individuelle Beratung und Information zu den verschiedenen Angeboten und Möglichkeiten, wie z.B.:

- Veranstaltungen zum Studieneinstieg (z.B.: Welcome Day, unileben, uniorientiert)
 - Abweichende Prüfungs-, Lehr- und Lernmethoden
 - Vermittlung individueller Studienunterstützerinnen (ISU)
 - Regelmäßige Newsletter zu barrierefreiem Studieren
 - Technische Unterstützungsmittel zum Ausborgen
- Alle Informationen zum barrierefreien Studieren an der Universität Wien gibt es unter:

studieren.univie.ac.at/barrierefrei-studieren

Barrierefrei durch's Medizinstudium

Autorin: Susanne Vock, Mitarbeiterin der Studienabteilung der MUW

Medizin studieren mit einer Beeinträchtigung scheint für viele undenkbar. Doch Dank der umfassenden und individuellen Unterstützung der Studienabteilung der MedUni Wien werden kontinuierlich Barrieren abgebaut. Der Anteil derer, die mit einer Behinderung ein Studium beginnen und später einen Karriereweg in Forschung oder Klinik einschlagen, steigt seit einigen Jahren stetig.

In der Studienabteilung der MedUni Wien ist Susanne Vock als Behindertenbeauftragte die erste Anlaufstelle für alle Informationen rund um ein Medizinstudium für Menschen mit Behinderung oder einer chronischen Krankheit. Sie kümmert sich persönlich um jede Anfrage und begleitet die Studierenden von der Inskription bis zum Klinisch-Praktischen Jahr. Es ist der Universität ein Anliegen, faire Rahmenbedingungen zu schaffen und mögliche Nachteile auszugleichen. Auch wenn eine Beeinträchtigung nicht sichtbar ist, wie etwa eine chronische Erkrankung, können dadurch Hürden während des Studiums auftreten. Hier können ebenfalls individuelle Ansätze gefunden werden, um die Studierenden bestmöglich zu unterstützen.

Als Behindertenbeauftragte erarbeitet Vock mit den jeweiligen Entscheidungsträgern eine unkomplizierte und auf jeden Studierenden und jede Studierende angepasste Lösung. Dazu zählen angepasste Laborbedingungen, die Zulassung technischer Hilfsmittel, die Verlegung von Lehrveranstaltungen in zugängliche Räume oder die Organisation von Parkmöglichkeiten. Sie steht auch beratend zur Seite in rechtlichen und finanziellen Fragen, die im Zusammenhang mit Behinderung oder chronischer Erkrankung und dem Medizinstudium stehen, wie etwa Förderungen und rechtliche Rahmenbedingungen.

Stipendium:

Die MedUni Wien unterstützt Studierende mit einer Behinderung von mindestens 50% mit einem Stipendium in der Höhe von €450 pro Semester. Voraussetzung dafür sind der Nachweis der Behinderung (Ausweis des Bundessozialamtes) und positiv absolvierte Lehrveranstaltungen im Ausmaß von mindestens 4 Semesterwochenstunden.

Kontakt:

AR Susanne Vock
Studienabteilung
Währinger Straße 25a
1090 Wien
+43 (0)1 40160-21026 oder 21010
susanne.vock@meduniwien.ac.at
Termine für Beratungen nach Vereinbarung!

Weitere Informationen zum Stipendium und dem Thema Studieren mit Behinderung an der MedUni Wien sind hier zu finden: <https://www.meduniwien.ac.at/web/studierende/service-center/studierendenberatung/studium-und-behinderung/>



Referat für Barrierefreiheit

Wir sind das Referat für Barrierefreiheit an der Bundesvertretung (BV) der Österreichischen Hochschülerschaft. Das Team, aktuell bestehend aus Edamwen und Sarah, hat jederzeit ein offenes Ohr für eure Anliegen. Wie setzen uns dafür ein, dass auf die spezifischen Bedürfnisse von Studierenden mit Behinderungen, psychischer und/oder chronischer Krankheit im Hochschulalltag eingegangen wird. Einer der Hauptaufgabenbereiche des Referats für Barrierefreiheit der BV ist die umfangreiche Beratung zu verschiedensten Themen rund um Barrierefreiheit im Studium. Dazu zählen unter anderem Informationen zu abweichenden Prüfungsmethoden oder das Aufzeigen der finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten. Des Weiteren sorgen wir für Bewusstseinsbildung, Sensibilisierung sowie Informationsaustausch inklusive Öffentlichkeitsarbeit rund um die Thematik. Durch diverse Veranstaltungen und Projekte ist das Referat für Barrierefreiheit auch ein wichtiger Vernetzungsmechanismus zwischen Studierenden.

Du erreichst uns bei Fragen, Anliegen und Wünschen am besten per Mail unter barrierefrei@oeh.ac.at. Für persönliche Beratung stehen wir nach vorheriger Ankündigung dienstags von 11-14 Uhr im Büro der BV in der Taubstummengasse 7 zur Verfügung.

Online findest Du die Ansprechpersonen für Gleichstellung und Barrierefreiheit an den jeweiligen Hochschulen in Österreich unter www.uniability.org/standorte/ und wichtige Anlaufstellen sowie weitere Aktivitäten von uns unter www.oeh.ac.at/barrierefreiheit.

Weitere Infos sind in unseren Broschüren „Barrierefrei Studieren“ (rund um Studium, beratende Vereine, Anlaufstellen, gesetzliche Lage, Finanzielles) bzw. „Mental Health - Psychische Gesundheit und Studieren“ zu finden. Diese Broschüren gibt es zum Download unter www.oeh.ac.at → Shop/Downloads → Broschüren.

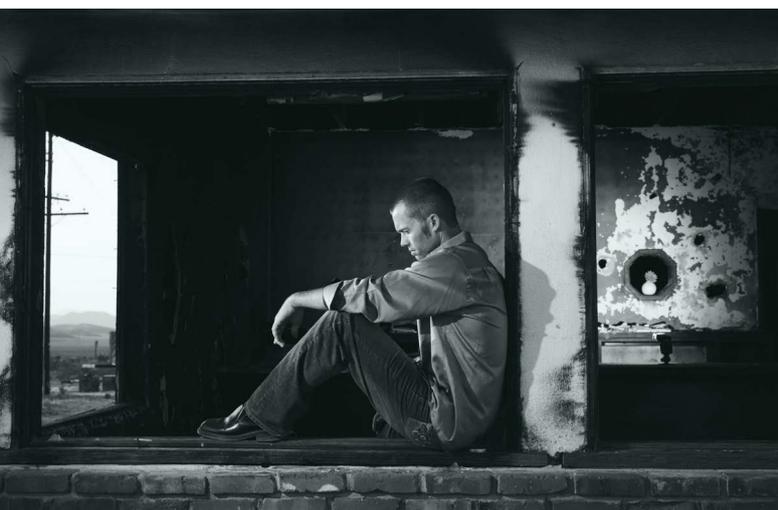
Zurzeit arbeiten wir am Konzept des „Mental Health Cafes“. Das Mental Health Cafe soll ein safe(r) space sein, in welchem wir euch Studierenden die Möglichkeit bieten wollen, gehört zu werden. Mehr Informationen zum Mental Health Cafe sowie allen anderen Projekten des Referats für Barrierefreiheit erhaltet ihr an der oben genannten Adresse, sowie durch den Social-Media-Kanal der Bundesvertretung der ÖH.



Welche Erkrankung wird in 20 Jahren in Industrieländern unter den drei häufigsten sein?

Autorin: Parto Karwat

Depression. erinnert sich die:er ein:e oder andere an diese Altfrage aus der SIP 1a? Die Depression wird uns angehenden Ärzt:innen als Krankheitsbild früher oder später begegnen. Vielleicht kennt sie auch schon wer aus eigener Erfahrung? Die ganz gewöhnliche Winterdepression zum Beispiel, die kommt, wenn die Tage kürzer werden, die Natur sich zurückzieht, die Bäume ihre Blätter abwerfen, die Vögel in den Süden geflogen sind, die Tiere in den Winterschlaf gehen und die Dunkelheit und Kälte Einzug halten. Wer wird da nicht etwas melancholisch?



Seit 1990 finden wir in der ICD-10 (10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) unterschiedliche Formen der Depression unter den affektiven Störungen (F30-F39). Besonders die depressive Episode F32 und die rezidivierende depressive Störung F33 mit jeweils den Graden 0 bis 9 ermöglichen eine genaue Einteilung einer Depression. Meinen Beobachtungen in der Praxis nach wird äußerst gerne die mittelgradige, rezidivierende Depression F33.1 diagnostiziert, manchmal auch, wenn Psychiater:innen noch nicht so genau wissen, was mit der:em Patient:in ist, aber die Stimmung gedrückt ist. Viele von euch wissen bestimmt, dass die ICD-10 von der ICD-11 abgelöst werden wird. Auch wenn es aktuell noch aus dem Englischen übersetzt werden muss. Für die, die es sich direkt merken wollen, fin-

det sich die Depression dann unter “Depressive disorders” 6A7.

Aber wie diagnostiziere ich überhaupt eine Depression? Erstmal möchte ich mich hier auf die unipolare Depression beschränken, also ein:e Patient:in mit einzig und allein einer Depression ohne manische oder hypomanische Phasen. Für Grundlagen, Diagnostik und Therapie der unipolaren Depression gibt es zur Orientierung die S3-Leitlinie [1].

Angenommen ich habe jetzt einen Patienten (der Einfachheit halber mal nur männlich ;)) bei mir sitzen, mit dem ich abklären will, ob er unter einer unipolaren Depression leidet. Dafür befrage ich den Patienten als erstes zu den Hauptsymptomen:

“Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen oder traurig gefühlt?” (Depressive Stimmung)

“Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Familie) verloren?” (Interessenverlust und Freundlosigkeit)

“Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen? Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?” (Erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebsmangel)

Sollte sich der Patient in mindestens zwei der drei Hauptsymptomkategorien wiederfinden, muss ich als nächstes die Differentialdiagnostik machen. Das heißt ich kläre ab, ob der Patient eher eine depressive Symptomatik oder eine andere psychische Störung beschreibt. Dann schließe ich auf jeden Fall noch somatische Ursachen wie eine organische depressive Störung aus, die als direkte körperliche Folge auf eine andere Erkrankung wie Multiple Sklerose, Schlaganfall oder Hypothyreose zurückzuführen ist. Auch befrage ich meinen Patienten zu seinem Gebrauch von psychotropen Substanzen, um diese Ursache auszuschließen.

Mein Patient hatte weder andere psychische Störungen

gen noch somatische Ursachen oder psychotrope Substanzen zu sich genommen. Nun frage ich ihn nach Zusatzsymptomen und erhebe auch immer, wie lange er diese schon hat und damit den Verlauf:

“Haben Sie Mühe die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu folgen?” (Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit)

“Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?” (Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen)

“Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe oder fühlen Sie sich häufig schuldig für alles, was geschieht?” (Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit)

“Haben Sie Pläne für die Zukunft?” (Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven)

“Hatten oder haben Sie konkrete Pläne sich etwas anzutun?” (Suizidgedanken/Suizidhandlungen)

“Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert?” (Schlafstörungen)

“Hatten Sie in der letzten Zeit mehr/weniger Appetit?” (Verminderter Appetit)

Nur wenn mein Patient mindestens zwei Zusatzsymptome über mindestens zwei Wochen zu den Hauptsymptomen hat, dann lege ich je nach Anzahl der Hauptsymptome und Zusatzsymptome eine leichte, mittelgradige oder schwere depressive Episode fest. Dann schaue ich die erhobenen Verlaufsaspekte der depressiven Episode an und diagnostiziere entweder eine monophasische

(F32) Depression, rezidivierend/chronische (F33) Depression oder eine im Rahmen eines bipolaren Verlaufs (F31) auftretende Depression.

Nun habe ich mit meinem Patienten bestimmt, welche depressive Episode er im Moment erleidet.

Doch welche Optionen auf Heilung hat er nun? Es gibt eine Vielfalt an Psychopharmaka, die der Patient ausprobieren könnte. Einige wären zum Beispiel Neuroleptika, SSRIs, Benzodiazepine, MAO-Hemmer oder Ketamin. Oft wird bei ausgeprägter Symptomatik mit einem Pharmakon begonnen und nach erster Besserung mit Psychotherapie weitergemacht. Vor

allem das Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy (CBASP) kommt in den letzten Jahren oft zum Einsatz. Laut einer Studie ist das CBASP gleichermaßen wirksam wie die Pharmakotherapie mit Nefazodon, wobei

dieses Studienergebnis 2009 von Koscis et al. nicht repliziert werden konnte [2]. Darüber hinaus gibt es noch weitere nichtmedikamentöse somatische Verfahren wie Elektrokrampftherapie, Schlafentzugstherapie, Lichttherapie, Sport- und Bewegungstherapie oder auch Entspannungsverfahren wie Autogenes Training oder Progressive Muskelrelaxation.

Für welche Therapieoptionen auch immer sich unser Patient entscheidet: Die Rückfallhäufigkeit nach der ersten depressiven Episode ist 50% und nimmt mit jeder weiteren Episode zu. Sollte der Patient bereits seine zweite depressive Episode erleiden, ist seine Rückfallhäufigkeit 70% und sollte es schon seine dritte sein, so wäre sie schon bei 90%. Auch mindestens 50% aller Suizide sind durch depressive Störungen verursacht und bis zu 10% der Patient:innen mit einer rezidivierenden depressiven Störung begehen Suizid [2]. Es wirkt auf mich fast so, als würde der menschliche Organismus leicht süchtig nach Depression, was ihm aber so schadet, dass er darüber Schwierigkeiten bekommt, sich zu erhalten. Dennoch bleibt im Auge zu behalten, dass Menschen auch von Depressionen genesen. Denn die anderen 50% der Patient:innen erleiden nach der ersten depressiven Episode keine Rückfälle mehr.

Alternativ zu den S3 Leitlinien kann man mittels des Fragebogens BDI-II in 5-10 Minuten zu einer Diagnose kommen.

Um die Therapie zu evaluieren und die weitere Entwicklung gut zu verfolgen, kann man die Fragebögen PHQ-D, HADS, GDS oder FDD verwenden.

Quellen

[1] Härter, M., Schorr, S. and Schneider, F. (2017) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. 2. edn.

[2] Pschyrembel Online

Telefonseelsorge Österreich:	142
Frauenhelpline:	0800 222 555
Männernotruf:	0800 246 247
Männerinfo:	0720 70 44 00
Rat auf Draht:	147
Kindernotruf:	0800 567 567

Psychologische Studierendenberatung

Experteninterview mit Dr. Franz Oberlehner

Interviewerin: Annika Sima

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für uns nehmen. Zuerst möchte ich Sie darum bitten, Ihre Anlaufstelle kurz und auf den Punkt gebracht vorzustellen.

Gerne, ich danke für Ihr Interesse.

Psychologische Beratungsstellen für Studierende gibt es sechs Mal in Österreich, neben Wien auch an sonstigen Universitätsstandorten. Hier in Wien befindet sich die größte Stelle, sie ist für alle Universitäten und Fachhochschulen im Osten Österreichs zuständig. Betreut wird die Stelle von klinischen Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen, sowie von einigen in Ausbildung. Die Stelle ist für alles da, was Studierende an Problemen im psychischen Bereich haben können und für Personen, die studieren wollen, aber Schwierigkeiten mit der Studienwahl haben. Für diese wird eine Studienwahldiagnostik angeboten, welche auch dann gemacht wird, wenn ein Studienwechsel angedacht ist und man nicht weiß, wofür man geeignet ist und was einen wirklich interessiert.

Sicherlich ein Kernpunkt ist alles, was man als Studienschwierigkeiten bezeichnen könnte: Zeitmanagement, Motivation, Aufschieben, Lernprobleme, wie man richtig lernt und die großen Stoffmengen schafft, besonders am Studienanfang. Die nächst größere Hürde ist das Schreiben von Abschlussarbeiten wie Bachelor-, Masterarbeiten und Dissertationen, damit hängen Studierende sehr oft, und natürlich die Prüfungs- und Präsentationsangst. Für diese Punkte sind wir die Spezialisten und darauf verwenden wir auch den größten Teil unserer Arbeit. Es gibt dafür entweder Einzel- oder Gruppenangebote, die ganz klar auf diese Probleme zugeschnitten sind.

Auch ein sehr weiter Bereich, womit man Probleme haben kann, sind Beziehungen, also z.B. Partner, Eltern, Freunde und spätadoleszente Krisen wie Ablösungen von der Familie und Identitätsprobleme. Davon lässt sich vieles in einem zeitlich überschaubaren Setting mit psychologischer Beratung bearbeiten.

Einen weiteren großen Bereich bilden die psychischen Störungen, insbesondere Depressionen, Ängste, psychosomatische Beschwerden, aber natürlich auch al-

les andere, was man an psychischen Störungen haben kann. Wir sind hier eine erste Anlaufstelle, motivieren dazu, sich selbst Psychotherapie, ärztliche Hilfe und Medikamente zu holen und helfen, einen Psychotherapieplatz zu finden. In der Regel werden dafür meist 3-5 Termine in Anspruch genommen. Eine solche Hilfe ist sehr wichtig für die Betroffenen, da sie sich damit überfordert fühlen, sich in ihrer Lage zu orientieren. Also schauen wir mit ihnen, ob es Krankenkassenplätze gibt, wie es mit den Kosten aussieht usw. Da ist es gut und wichtig, dass wir ein niederschwelliges Angebot haben und man jederzeit vorbeikommen und anrufen kann, um die passende Hilfe zu finden.

In welchen Bereichen Sie Unterstützung anbieten, haben wir nun bereits erfahren. Welche Angebote gibt es dazu?

Fokussierte Psychotherapie und psychologische Beratung im Einzelsetting, dann Studienwahldiagnostik, Eignungsdiagnostik, Kleingruppenberatungen, Selbsterfahrungsgruppen – z.B. für soziale Kompetenz –, Trainings für Lernen, Arbeiten, Schreiben. Auf unserer Homepage gibt es viele Beiträge zu diesen Themen und auch Broschüren mit vielen Tipps für die erste Selbsthilfe.

Werden bestimmte Ansätze nach psychologischen Lehren für die Beratung verwendet?

Zum Beispiel bei Prüfungsangst haben wir eine Kombination aus lerntheoretischen und psychodynamischen Ansätzen entwickelt. Es sind aber viele verschiedene Richtungen bei uns vertreten.

Mit welchem Zeitrahmen bis zu einem Termin ist bei einer ersten Anmeldung zu rechnen?

Bisher war es so organisiert, dass es zwei Zugänge gibt: Entweder bucht man einen Termin direkt auf der Homepage oder man kommt einfach zu den Öffnungszeiten vorbei – was allerdings wegen Covid seit mehr als einem Jahr nicht mehr geht, um Ansammlungen zu vermeiden. Nun erfolgt der spontane Erstkontakt telefonisch, man wird von den Kolleg:innen



Dr. Franz Oberlehner ist klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe und Psychotherapeut. Er leitet die Wiener Stelle der psychologischen Studierendenberatung.

sehr zeitnah zurückgerufen. Weil ein Trend zeigt, dass die online Terminbuchung den Studierenden lieber ist, wird evtl. im Herbst alles auf Terminbuchungen umgestellt. Es existieren momentan jedoch so viele Terminangebote, dass durchschnittlich innerhalb einer Woche der erste Termin möglich ist.

Welche Angebote werden am häufigsten in Anspruch genommen?

Das am meisten angenommene Angebot ist die Einzelberatung und -therapie, es besteht aber auch eine sehr große Nachfrage für Gruppen. Es werden prinzipiell alle Angebote im Bereich rund um Studieren, Zeitmanagement, Lernen, Prüfungsangst und Abschlussarbeiten stark in Anspruch genommen, davon am häufigsten Lerntrainings.

Mit welchen persönlichen Themen werden Sie pauschal gesagt am öftesten konfrontiert?

Am häufigsten mit persönlichen psychischen Problemen, davon vor allem Depressionen und Selbstwertprobleme. Am zweithäufigsten sind studentische Probleme rund um die Bewältigung des Studiums, eben Lernen, Zeiteinteilung, schriftliche Arbeiten. Die meisten Beratungen werden von Studierenden in Anspruch genommen, die durchschnittlich gut studieren, aber durch Ereignisse in Krisen geraten, in der Covid-Zeit stärker als sonst, und dadurch Depressionen und Ängste entwickeln. Sie können sich infolge nicht mehr arbeitsmäßig organisieren, was wiederum die Depression verstärkt.

Wie haben sich die Zahlen der zu betreuenden Studierenden im Hinblick auf die Pandemie verändert, gibt es einen Trend?

Bei der Wiener Stelle waren wir das letzte Jahr personell unterbesetzt und damit voll am Limit, die Nachfragen sind nämlich um ca. 25% gestiegen. Im letzten Jahr haben wohl einige Studierende aufgrund der langen Wartezeiten die Beratung aufgegeben. Seit Ende Juni haben wir nun zusätzliches Personal, dadurch können wir mit mehr Ressourcen in den Herbst star-

ten. Die Jahre vor Covid waren es jährlich ca. 2000 Studierende, die sich direkt an uns mit ihren Problemen gewandt haben. Ich bin neugierig, wie sich das nun im Arbeitsbericht des letzten Jahres verhält, denn zuerst sind weniger gekommen, weil die Leute durch den ersten Lockdown wie gelähmt waren und im Herbst war die Nachfrage plötzlich viel stärker. Der Bedarf ist jedenfalls deutlich gestiegen.

Wenn Sie Zahlen suchen, da gibt es Studierenden-Sozialerhebungen vom Institut für höhere Studien, die letzte von 2019/20. Der Anteil an Studierenden mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen bleibt über die Jahre relativ konstant – außer im psychischen Bereich, da stiegen die Zahlen auch schon vor Covid kontinuierlich an und durch die Pandemie nochmal stärker. Es existiert, wie gesagt, ein ständig steigender Bedarf. Auch in WHO-Studien zur Mental Health Crisis bei Studierenden ist dieser Trend sichtbar, das Problem wird ständig größer, warum auch immer.

Haben Sie eine abschließende Botschaft für unsere Leser:innen?

Wenn man Probleme hat, geht's natürlich zuerst darum, die üblichen Ressourcen zu aktivieren, mit Freunden und der Familie zu sprechen und man tut, was üblicherweise hilft. Aber wenn diese üblichen Ressourcen nicht mehr greifen, dann soll man bitte so schnell wie möglich professionelle Hilfe suchen, sich an uns wenden oder an andere Stellen. Es kann zu erheblichen Konsequenzen führen, wenn man zu lange wartet, vielleicht aus dem Studium rausfällt. Es wird nämlich immer schwieriger, wieder auf Schiene zu kommen, je länger man wartet.

Ich bedanke mich für das informative Gespräch!

Anm.: Alle Angebote der Studierendenberatung sind kostenlos und können auf Wunsch auch anonym in Anspruch genommen werden:

www.studierendenberatung.at

Rezension Thieme Kurzlehrbuch Neurologie

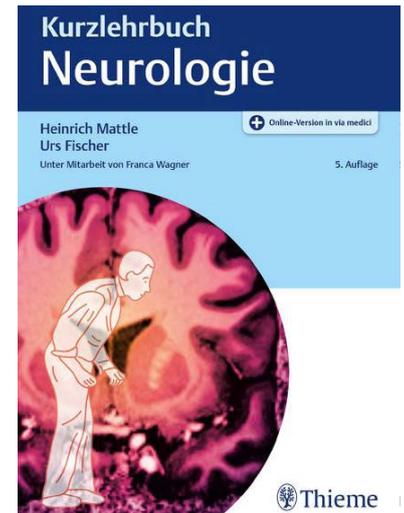
Autor: Till Buschhorn

Das Kurzlehrbuch Neurologie des Thieme Verlag besticht wie nicht anders gewohnt durch seine klare und praktische Struktur, einen enormen Umfang an grafischen Stilmitteln und anatomisch korrekten Bildern.

Beginnend mit dem ärztlichen Gespräch in der Neurologie (praktisch für Famulant:innen) wird ein enormer Umfang an neurologischen Erkrankungen teils im Kurzformat präsentiert. Nachdem zunächst allgemein auf die Anatomie und damit verbundene Symptome/Zeichen eingegangen wird, werden danach einzelne Krankheiten dargestellt. Da es bei vielen Erkrankungen zu neurologischen Symptomen kommt, die Behandlung derer aber normalerweise nicht in den Zuständigkeitsbereich eines:r Neurolog:in fällt, werden diese nur kurz, aber dennoch detailliert beschrieben. Auch die Bildgebung, die oft eingesetzt wird, kommt nicht zu knapp und wird umfangreich behandelt. Besonders gut gefallen mir die Zeichnungen, die auch Einschränkungen der Bewegungsabläufe erklären sollen, da eine rein verbale Beschreibung oftmals schwierig ist. Weiters gibt es Fotos von Patient:innen, wo klassische Fehlhaltungen gezeigt werden.

Auch die Aktualität ist hervorzuheben, so wird beispielsweise die Anosmie auch als Symptom von Covid-19 erwähnt, welche doch immer häufiger als Leitsymptom bekannt wurde.

Zahlreiche „Merke“-Kästchen heben die wichtigsten Symptome oder Differentialdiagnosen hervor und dienen so unterstützend beim Lernen. Mal wieder zeigt sich die Praktikabilität dieser Kurzlehrbücher – ideal für eine Famulatur, das KPJ und zum Vorbereiten für den Neurologischen Status. Und, wie man es von Thieme kennt, findet sich auch wieder ein Code im Klappentext des Buches, mit dem der gesamte Inhalt online abgerufen werden kann. Da spart man sich wieder ein Kilo im Rucksack!



Rezension Meditricks Anatomie „Obere und untere Extremität“

Autor: Till Buschhorn

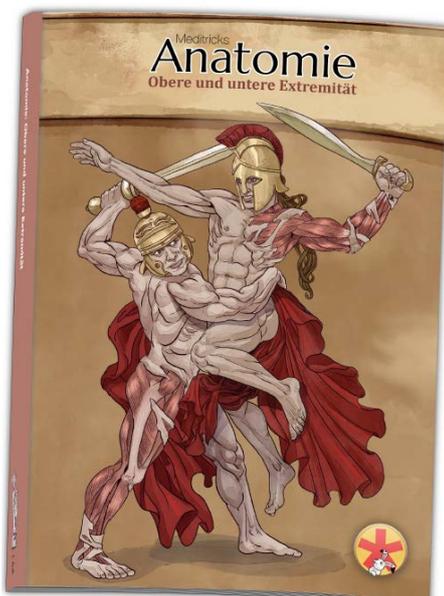
Bisher waren mir die Meditricks eigentlich nur als gute Lernhilfe für unsere allseits beliebten und sehr umfangreichen Pharma Seminare bekannt. Mit diesem Buch erschließt sich nun ein ganz neuer Bereich, denn die kreativen Eselsbrücken finden auch in der Anatomie ihre Anwendung: Vom Schultergürtel über die Schultergelenk-, Oberarm-, Unterarm- und Handmuskulatur bis hinunter zum Becken und von dort wieder hinab bis zu den Füßen sind auf fast 300 Seiten bunte und vielfältige Lernbilder zu finden.

Ob der kurze Strecker, der Karpfen, der auf dem Rad streckt (*M. extensor carpi radialis brevis*) oder der Seemann mit Tau (*M. semitendinosus*), alle relevanten Muskeln und Nerven sind im unverkennbaren Meditricks-Stil thematisiert. Die wichtigsten Fakten, wie Ursprung und Ansatz, sowie viele weitere sind natürlich vermerkt und es finden sich tolle Zwischenfragen zu Funktionen und Wiederholungen mit Bezügen zur Klinik. Weiterhin sind auch „echte“ anatomische Zeichnungen zu finden, die unabdingbar sind, um sich das reale Bild vorstellen zu können.

Wie immer gilt: ob man mit diesen Lernhilfen gut zurechtkommt, ist unterschiedlich. Die Lernmethode, sich mithilfe von Bildern das Merken zu erleichtern, ist nach wie vor sehr beliebt und findet daher oftmals Anwendung.

Außerdem ist wichtig zu wissen, dass in diesem Buch ausschließlich Muskeln und Nerven behandelt werden. Aponeurosen, Retinacula, Knochen und Gefäße spielen eine untergeordnete bis gar keine Rolle und müssen für eine möglicherweise anstehende Übergabe separat gelernt werden.

Aber was wäre unsere Uni ohne eine ordentliche Organmorphologie?



Das Redaktionsteam



Redaktion von links-oben nach rechts-unten:

Annika Sima, Juliane Hennenberg, Parto Karwat, Stella Goeschl, Petra Kroyer, Sophie Gmeiner, darunter Nils Hofmann, Taha Shirali, Patrick Fegerl und darunter Till Buschhorn

Chefredakteurin: Annika Sima
Gestaltung: Patrick Fegerl & Annika Sima

BILDQUELLENVERZEICHNIS

Als erstes muss hier Sophie Gmeiner erwähnt werden, die das Titelbild der Ausgabe gemalt hat! Für die vielen Abbildungen danken wir Webseiten, die Grafiken zur freien Verwendung zur Verfügung stellen, wie Hippopx, Pxfuel, Pixabay und Pxhere. Außerdem gilt unser Dank Marco Verch, der die Abbildung zum Artikel Inklusives Wording auf <https://www.flickr.com/photos/30478819@N08/51225885011> unter der CC2.0 Lizenz zur Verfügung gestellt hat, sowie der University of Dundee, deren Grafik wir bei den Meilensteinen der Entwicklung verwendet haben.

Gewinnspiel

Auch dieses Mal gibt es wieder ein Gewinnspiel für unsere fleißigen Leseratten, die es bis ans Ende der Ausgabe geschafft haben! Auf Seite 34 hat Juliane euch ein Kreuzworträtsel zusammengestellt. Wer das Lösungswort bis 15. Dezember in einer E-Mail an pubref@oehmedwien.at schickt, kommt in den Topf zur Verlosung von 2 Gutscheinen zu Führungen von Dialog im Dunkeln, wo euch Personen mit Sehbehinderungen durch einen komplett abgedunkelten Raum führen und 2 Gutscheine für „Hands Up“, einer interaktiven Tour, bei der ihr geräuschunterdrückende Kopfhörer tragt und von Menschen mit Hörbehinderungen durch die leise Ausstellung geführt werdet.

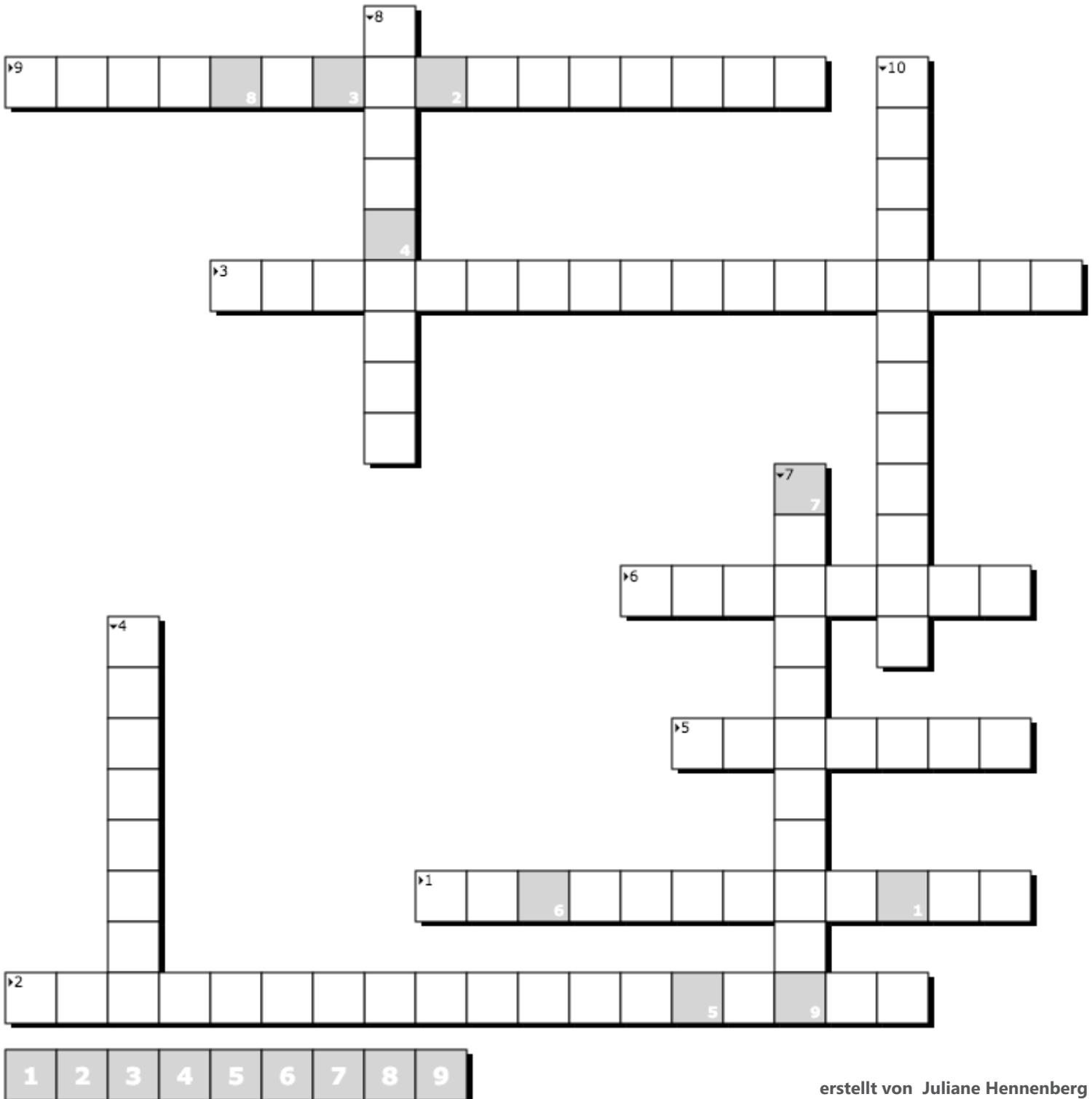
IMPRESSUM

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

Kreuzworträtsel & Gewinnspiel

Infos siehe S. 33

1. Wie heißt das Wort Beeinträchtigungen auf Englisch? (Plural)
2. Was wird bei der gesundheitlichen Eignung ausgestellt?
3. Wie heißt der Beirat für Personen mit Disabilities an der MUW?
4. Welche Diagnose hat die Medizinstudentin, die in dieser Ausgabe in einem Artikel darüber erzählt?
5. Wie heißt korrektes Verwenden von inklusiven Worten in der Fachsprache/auf Englisch? Inklusives ...
6. Wie viel Prozent (Statistik Austria 2016) der über 15-Jährigen leben in Österreich mit einer Behinderung (Zahl ohne Kommastelle gerundet und ausgeschrieben)?
7. Das Gegenteil von Separation einer Gruppe ist ...
8. Was ist die häufigste Behinderung? Behinderungen der ...
9. Neben Alter, Geschlecht, Isolation spielt auch der ... Status eine Rolle in der Entwicklung und Entfaltung einer Behinderung.
10. Wie heißt das Team an der Uni Wien für Personen mit Disabilities? Team ...





Verbinden Sie Leben, Arbeiten
und Karriere in einer der
schönsten Regionen des Landes.
Es erwarten Sie zahlreiche
VORTEILE!



Langfristige Karriere-
möglichkeiten in
Oberösterreich



Individuelle Fort- &
Weiterbildung an der
firmeninternen Akademie



Aktuelle Literatur &
Nachschlagewerke
auf einen Klick



Zeit für Privatleben &
Familie: Teilzeitmodelle &
Kinderbetreuung



Berufliche & private
Unterstützung in
jeder Lebensphase

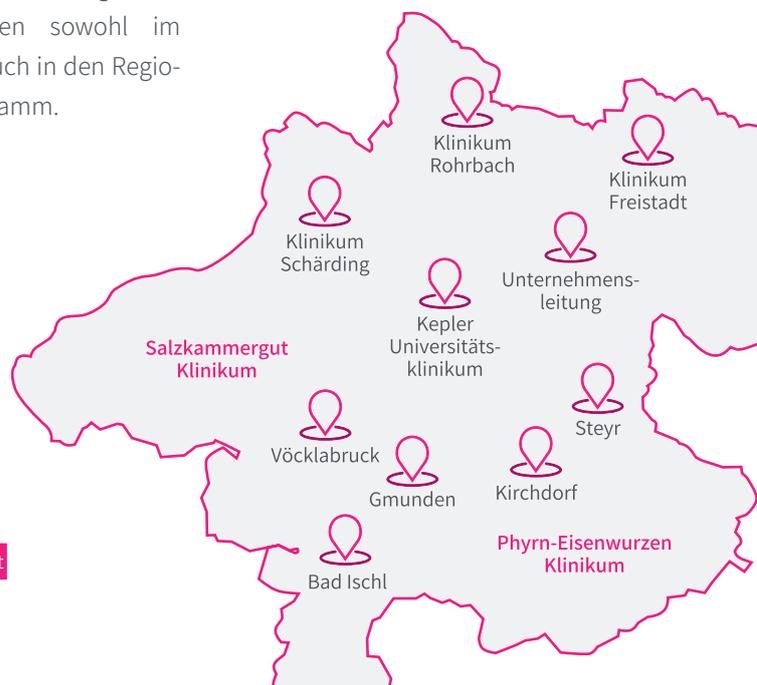
AUSBILDUNG FÜR GENERATIONEN

Exzellente Ausbildung Werteorientierte Zusammenarbeit

JungmedizinerInnen bei der OÖ Gesundheitsholding leisten einen wichtigen Beitrag für die Gesundheit, Pflege und Lebensqualität Ihrer Mitmenschen. Gleichzeitig erhalten sie bei uns eine exzellente Ausbildung auf höchstem Niveau. Praxisnahe Lehrmethoden, unmittelbarer Kontakt mit PatientInnen und interdisziplinäre Vernetzung sowie Beschäftigungsmöglichkeiten sowohl im universitären Umfeld als auch in den Regionen stehen dabei am Programm.

Die OÖ Gesundheitsholding ist für alle da. Rund 15.000 MitarbeiterInnen leisten täglich einen wichtigen Beitrag für die Menschen in ihrer Umgebung. Werden Sie Teil unseres Teams!

Nähere Informationen finden Sie unter:
oog.at/medizinausbildung.



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

- 400 Betten / viele med. Fachrichtungen
- beste Lernchancen und Ausbildung auf aktuellstem medizinischen Stand
- selbstverantwortliches Arbeiten
- attraktive Arbeitszeiten / auch Teilzeit
- umfangreiche Sozialleistungen und günstige Wohnmöglichkeiten

ZERTIFIZIERTES LEHRKRANKENHAUS



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT WIEN

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