

FIEBERKURVE



WANTED

VORARLBERG
SUCHT



★ TURNUSÄRZTE ★

€ 79.000

brutto p.a.

★ REWARD ★

 www.arbeiten-in-vorarlberg.at

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Ankündigungen	4
Vorsitz	5
Was genau ist eigentlich Homöopathie?	6
Alternativmedizin	8
Wer war Hippokrates?	10
Homöopathie - Fern jeglicher Vernunft?	11
Traditional Chinese Medicine (TCM)	12
Buchrezension: Being Mortal	14
Buchrezension: Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	15
Interview: über Medizin und Nationalsozialismus	16
Gedanken zum inno-day 2022	19
MedUni Wien vs. Hogwarts	22
Die Lebensretter sind zurück!	23
Transplantationen: Altes Wissen und neue Möglichkeiten	24
Suderecke: zur jüngsten Rolle der Lehrkräfte an der MUW	26
Runnig Team der MedUni Wien	27
Praktisch Pleite: Taskforce für klinische Praktika	28
KPJ im Südafrika	30
KPJ auf einer Covid-Station	32
Wie die Universitätszahnklinik uns unsere Lehre nimmt	34
Die Covid Pille	36
Gewinnspiel	37
Redaktionsteam	38

Vorwort

Liebe Leserin, Lieber Leser!

Diese Ausgabe der Fieberkurve liegt uns besonders am Herzen, denn sie ist einerseits die erste Ausgabe von unserem neuen Team im PubRef, andererseits unterscheidet sich diese Ausgabe durch die vielen originellen Zeichnungen (von Sophie) von den vorherigen. Wir haben uns v.a. dem Thema Alternativmedizin gewidmet und haben dabei versucht unterschiedliche Aspekte in unterhaltsamer Form darzustellen. Es befinden sich selbstverständlich auch andere sehr interessante Artikel zu verschiedenen aktuellen, spannenden Themen hier drin. Ebenso haben wir in dieser Ausgabe die Suderecke wiedereingeführt, wo Studierende ein aktuelles Thema kritisieren werden. Wir wünschen dir viel Vergnügen beim Lesen und drücken dir die Daumen für das Gewinnspiel.

Ach noch was! Wenn du Ideen für einen Artikel hast, an der Fieberkurve mitarbeiten oder dir die Arbeit nur mal ansehen möchtest, kannst du uns jederzeit unter pubref@oehmedwien.at erreichen.

Alles Liebe aus dem PubRef!

Ankündigungen

Kleidersammelaktion

Vom 8.1. bis 13.1. hat die erste studentische Sammelaktion stattgefunden. Es wurden insgesamt 138 Kartons an Gewand- und Sachspenden eingesammelt, die dann an 7 Annahmestellen verteilt wurden (Tageszentren, Notunterkünfte, Mutter-Kind-Haus, Frauenhaus). Organisiert wurde die Aktion von Lena Ruggiero, die mit dem Auto unterwegs war und Kartons eingesammelt hat. Ein großes Danke an alle, die mitgemacht haben!

Es gibt die Idee, daraus eine jährlich wiederkehrende Aktion zu machen, meldet euch dafür bei Lena.Ruggiero@meduniwien.ac.at

ÖH-Famulaturförderung

Wir fördern deine Famulatur! Du kannst für eine Famulatur pro Studienjahr einen Förderungsbetrag bis zu 40 Euro bei uns beantragen. Die Einreichungen sind für den Zeitraum vom 01.07.2021 – 31.05.2022 rückwirkend möglich. Es werden unterschiedlichen Kosten wie z.B. Fahrtkosten, Fachbücher, Impfungen, Stethoskop und vieles mehr übernommen. Scanne den QR-Code um mehr zu erfahren!



ÖH-Bücherstipendium

Streber:innen, Bücherwürmer und Multitasker:innengesucht! Wir möchten dich dafür belohnen, dass du immer 110% gibst und beachtlich viel leistest. Gemeinsam mit Facultas sponsern wir daher besonders engagierte Student:innen mit einem neuen Bücherstipendium! Du bekommst alle relevanten Blockbücher/ein paar Standardwerke für das aktuelle Studienjahr! Das Punktesystem soll möglichst fair deinen Fleiß belohnen und berücksichtigt daher gute Noten (aktuelle SIPs und OM), soziales Engagement, freiwillige Famulaturen und Wahlfächer! Scanne den QR-Code um mehr zu erfahren!



Vorsitz

Liebe Kolleg:innen!

Wir möchten euch im Sommersemester 2022 herzlich willkommen heißen und hoffen ihr hattet erholsame Semesterferien, OMII erfolgreich abgeschlossen, die SIP 1a oder eure ersten Pharmaseminare gut hinter euch gebracht.

Wir alle haben erneut ein turbulentes Semester durchgestanden, auch hat sich vieles bei uns getan. Anfang des Wintersemesters sind wir mit vielen ÖH Mitarbeiter:innen nach Annaberg gefahren um dort ein arbeitsintensives Seminarwochenende zu verbringen, bei welchem wir unsere Ziele für das Studienjahr definiert und geplant haben. Ergebnisse des Wochenendes waren unter anderem der Eventkalender, die Umfrage zum Sommersemester 2022, sowie die Schaffung eines ÖH Med Wien eSport Teams!

Im November haben wir die Vorsitzenden und Studienvertreter:innen der ÖHs der Medizinischen Universitäten aus ganz Österreich zu uns nach Wien eingeladen um über das klinisch-praktische Jahr, sowie die universitäre Lehre in Zeiten der Pandemie an den verschiedenen MedUnis zu sprechen. Im Jänner stand bei uns ein gemeinsames Treffen mit der Bundeskurie für angestellte Ärzte (BkAA) der Österreichischen Ärztekammer und unseren ÖH Med Kolleg:innen aus ganz Österreich an. Themen waren u.a. der von der ÖH FH Campus Wien zurecht kritisierte Masterlehrgang "Ganzheitliche Therapie und Salutogenese", die Abwanderung von österreichischen Jungmediziner:innen ins Ausland, sowie – wie schon so oft – das klinisch-praktische Jahr und dessen faire Entlohnung. Übrigens wurde die Bewerbungsphase des genannten Masterlehrganges mittlerweile unterbrochen, auch soll das Curriculum kritisch durchleuchtet werden.

Im Jänner haben alle Humanmedizinstudierenden einen Brief vom Wiener Gesundheitsverbund (WIGEV) erhalten, mit der Bitte um freiwillige Mithilfe in den Krankenhäusern aufgrund eines prognostizierten Personalmangels. Für 40h pro Woche sollten die Freiwilligen außerdem mit 737€ brutto - der Stundenlohn beläuft sich hierbei auf flockige 4,50€ brutto - entlohnt werden. Wie in unserem Statement erwähnt, möchten wir auch hier nochmal betonen, dass wir uns für eine faire Bezahlung klinischer Praktika einsetzen.

Wir haben jedoch auch gute Neuigkeiten für dich! Gemeinsam mit der MedUni Wien konnten wir wieder eine HPV-Impfkaktion starten, welche 600 Studierenden unserer Universität ermöglicht sich um den Selbstkostenanteil von 60€ pro Teilimpfung mit dem Impfstoff Gardasil 9 impfen zu lassen! Außerdem konnten wir dieses Jahr den ÖH Med Wien Gesundheitsfonds starten und haben somit die Möglichkeit bis zu 50% (insgesamt max. 500€) deiner Kosten für notwendige medizinische Hilfsmittel oder Medikamente, sowie psychologische und psychotherapeutische Behandlungen, welche nicht von der zuständigen Krankenkasse gezahlt werden, zu übernehmen!

Wir haben auch im kommenden Semester noch viele Projekte und Ideen in der Pipeline, die wir für dich umsetzen möchten, also stay tuned!

Bis dahin wünschen wir dir nun viel Spaß beim Lesen dieser neuen Ausgabe und hoffen auf ein erfolgreiches, und vor allem präsenzreiches Sommersemester.

Dein Vorsitzteam

Nicole, Isolde, Florian



Was genau ist eigentlich Homöopathie?

Parto Karwat

Wer kennt Kinder, die von Ihren Eltern Globuli bekamen, die sofort Wirkung zeigten oder bist du vielleicht sogar selbst in den Genuss dieser süßen, weißen Kügelchen gekommen? Was sind das für Geschichten von austherapierten Krebserkrankten, die in der Homöopathie einen Ausweg finden wollen? Was hat es mit der Heilung einer Frau auf sich, die keine Hilfe fand bis sie bei einem Homöopathen in Behandlung war?

Homöopathie ist spannend. Immer wieder taucht sie auf und hält sich seit über 200 Jahren als alternativmedizinische Richtung. Einer Umfrage aus Großbritannien zufolge glaubten 40% der Befragten, dass Homöopathie eine natürliche Medizin oder Kräutermedizin ist, doch das ist komplett verkehrt. Homöopathie ist eine von Samuel Hahnemann entwickelte Heilmethode. Hahnemanns Heilmethode der Homöopathie basiert auf drei Annahmen. Grundstein ist die von ihm beschriebene Signaturenlehre mit dem Ähnlichkeitsprinzip. Die Signaturenlehre geht davon aus, dass sich Krankheiten durch Substanzen heilen lassen, die im Körper ähnliche Symptome hervorrufen wie die Krankheit. Würde ich also aus einer homöopathischen Sicht eine Covid-Erkrankung heilen wollen, müsste der Patient eine Substanz einnehmen, die zum Beispiel zu Fieber, Hals-, Kopf-, Gliederschmerzen und trockenem Husten führt. Eine weitere Annahme der homöopathischen Heilmethode ist, dass je niedriger die verabreichte Dosis ist, desto stärker wirkt eine Substanz. Reduziert wird die Dosis in der Homöopathie durch Verdünnung oder Zerreibung. Der dritte Aspekt ist die Annahme, dass chronische Krankheiten nur die Manifestation von unterdrücktem Juckreiz oder Psora sind. In der heutigen Homöopathie ist die letzte Annahme nicht mehr relevant.

Homöopathische Substanzen können aus allem Erdenklichen bestehen. Neben pflanzlichen oder natürlichen Stoffen, sogar aus immateriellen Substanzen wie Sonnenlicht oder Röntgenstrahlen. Die bekanntesten Vertreter sind aber wahrscheinlich pflanzliche Stoffe wie Bergwohlverleih (*Arnica montana*), Brechnuss (*Nux vomica*) oder Tollkirsche (*Belladonna*), aber auch Arsen ist eine gängige Substanz in der Homöopathie. Homöopathische Arzneimittel werden

wie schon erwähnt durch Verdünnung oder Zerreibung hergestellt. Dieser Herstellungsprozess nennt sich Potenzierung. Dabei wird mit einem Ausgangsmaterial wie zum Beispiel der Tollkirsche begonnen. Diese wird in eine Flüssigkeit gegeben und ergibt dann die sogenannte Urtinktur. Aus dieser Urtinktur werden die Arzneimittel hergestellt. Bei den homöopathischen Arzneimitteln gibt es zwei Beschriftungen: C mit einer Zahl oder D mit einer Zahl. C1 bedeutet, dass ein Tropfen aus der Urtinktur mit 99 Tropfen Alkohol-Wasser-Gemisch vermischt und anschließend kräftig geschüttelt wurde. D2 bedeutet, dass 1 Tropfen der Urtinktur in 9 Tropfen Alkohol-Wasser-Gemisch gegeben wurde und nach dem Schütteln wiederum 1 Tropfen dieser D1 Tinktur zu erneut 9 Tropfen Alkohol-Wasser-Gemisch gegeben wurde, die nach erneutem kräftigen Schütteln das D2 Arzneimittel ergeben. C ist also eine Verdünnung im Verhältnis 1:100 während D eine Verdünnung im Verhältnis 1:10 beschreibt. Wenig verdünnte homöopathische Arzneimittel enthalten noch sehr viel von der Substanz der Urtinktur, während höhere Zahlen eine so starke Verdünnung bedeuten, dass nur noch ein paar wenige oder gar keine Moleküle der Urtinktur mehr in dem homöopathischen Arzneimittel zu finden sind. Homöopathische Arzneimittel höherer Potenz haben daher keine Nebenwirkungen, wobei niedrigere Potenzen durchaus schädlich sein können. Vielleicht hast du in Pharmakologie auch schon gelernt, dass ein Medikament ohne Nebenwirkungen in dringendem Verdacht steht nicht zu wirken. Es handelt sich daher bei den gängigen homöopathischen Arzneimitteln wie D6, D12 oder C30 um Placebos. Also wird vermutlich der Erfolg der Homöopathie nicht allein in den Arzneimitteln dieser Heilkunde liegen. Was hat die Homöopathie noch zu bieten?

Hahnemann lebte von 1755 bis 1843. Die konventionelle Medizin war in dieser Zeit die heroische Medizin, deren Praktiken wie Aderlass und Abführmittel die Patienten eher schneller ins Grab brachten, als dass sie zu einer Gesundung beitrugen. Die Homöopathie hatte daher vor ca. 200 Jahren den Patienten medizinisch sehr viel zu bieten, indem den Patienten Zeit gegeben wurde mit Hilfe ihrer Selbstheilungs-

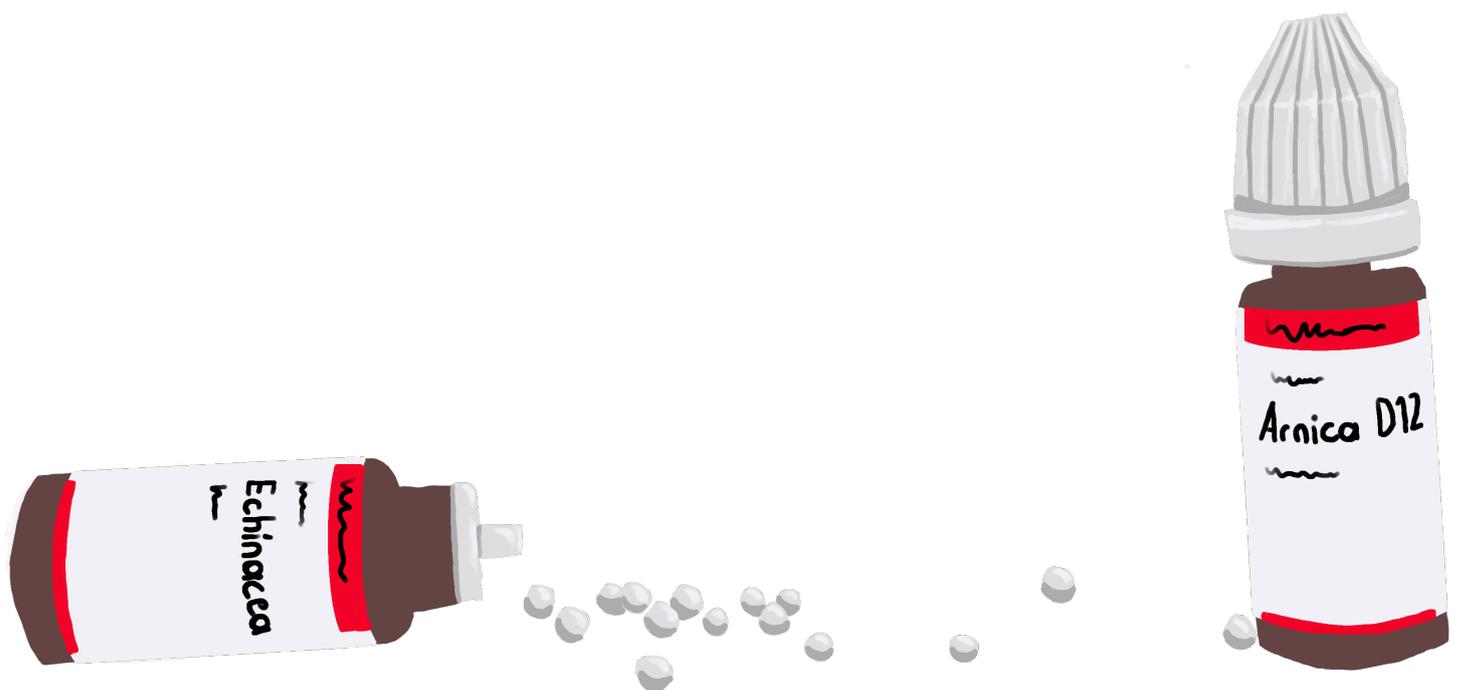
kräfte zu genesen. Da sich die konventionelle Medizin zu einer wissenschaftlichen Medizin entwickelt hat, ist die Homöopathie heute weniger notwendig. Trotzdem gibt es Studien, die nachweisen konnten, dass homöopathische Mittel wirksamer waren als Placebos. (Wer solche Studien sucht, kann im unten angegebenen Buch ab S. 227 Referenzen finden.) Womit könnte das zusammenhängen?

Hahnemann bestimmte, dass Patienten, die homöopathische Mittel nahmen, weder anregende Substanzen wie Kaffee, Gewürze oder Alkohol noch konventionelle Medikamente nehmen durften. Damit wurde die Homöopathie zu einer echten alternativen Medizin, denn sie durfte nicht mit anderen Formen von Medizin kombiniert werden. Jede:r Homöopath:in, der sich nicht daran hielt, wurde von Hahnemann als "Verräter" bezeichnet. Durch Verzicht auf anregende Stoffe könnte natürlich auch ein Effekt durch Umweltveränderung vermutet werden. Außerdem werden homöopathische Arzneimittel im niedergelassenen Bereich meist individuell zusammengestellt, was ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch vorab für die Findung des maßgeschneiderten Arzneimittels ein-

fordert. Es könnte sich also vermuten lassen, dass die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung eine Auswirkung auf die Wirksamkeit homöopathischer Behandlungen hat.

In der EU wenden schätzungsweise 45.000 Ärzte und 5.800 nichtärztliche Praktiker homöopathische Heilmethoden an. Dabei ist mit einem Anteil von 90% Frankreich das Land mit dem höchsten jährlichen Umsatz homöopathischer Heilmittel gefolgt von Deutschland, den Niederlanden, Spanien, Belgien, Großbritannien und Polen. Die Homöopathie ist damit in der EU offenbar die beliebteste Form der alternativen Medizin. In Österreich darf sie übrigens ausschließlich von Ärzten, Tierärzten und Zahnärzten praktiziert werden. Falls du dich für noch mehr Fakten oder auch mehr Details der Homöopathie interessierst, dann bist du dazu eingeladen das Buch des emeritierten Professors Edzard Ernst, welches es gratis in der MedUni Bibliothek für dich gibt zu lesen. Es ist sogar jederzeit auch als E - Book verfügbar.

Quelle: Ernst, E. (2018) Homöopathie - die Fakten [unverdünnt].



Alternativmedizin

Ein Überblick über die gängigsten "Therapieformen"

Patrick Fegerl

Ursprünglich aus dem Englischen erfreuen sich die Begriffe Alternativmedizin und Komplementärmedizin zusehends großer Beliebtheit.

Dabei ist es nicht einfach die Begriffe abzugrenzen. Meist werden sie als Gegensatz zur „Schulmedizin“ oder evidenzbasierten Medizin verwendet.

Man kann also den Umkehrschluss ziehen, dass Alternativmedizin all jene Therapieformen umfasst, die in der evidenzbasierten Medizin (EBM) keine Verwendung finden, da ihre Wirksamkeit stark umstritten ist oder (noch) nicht ausreichend in Studien belegt werden konnte.

Nahrungsergänzungsmittel

Wahrscheinlich am weitesten verbreitet ist diese Art von Alternativmedizin.

Jeder von uns hat sicher einmal ein Vitaminpräparat oder Nahrungsergänzungsmittel genommen, wie sie einem in der Apotheke und in jeder Drogerie angeboten werden. Außer bei Vitamin D in unseren Breiten oder einem nachgewiesenen Vitaminmangel empfiehlt die EBM aber alle notwendigen Nähr- und Spurenstoffe aus einer gesunden Ernährung zu beziehen.

Kräuter- und Pflanzenheilkunde

Der Einsatz von Heilpflanzen hat eine lange Tradition und ist gewissermaßen auch der Ursprung der Pharmakologie, stammen doch viele Wirkstoffe ursprünglich aus Pflanzen und wurden erst später entdeckt, isoliert und eventuell weiterentwickelt. Man denke etwa an das Morphin aus dem Schlafmohn, das Atropin aus der Tollkirsche oder die Digitalisglykoside aus dem Fingerhut (*Digitalis*).

Weltweit sind verschiedene Traditionen und Systeme entstanden, wie man Pflanzenteile und Extrakte als Heilmittel verwenden kann. Stellvertretend für alle sei hier die europäische Klostermedizin, die traditionelle chinesische Medizin und der indische Ayurveda genannt.

Der große Unterschied zur Pharmakologie besteht darin, dass statt einem einzelnen Wirkstoff ein Extrakt, Pulver oder gleich die ganze Pflanze verwendet wird. Bei einigen Pflanzen sind Wirkung und zumindest einige Wirkstoffe bereits bekannt und belegt, wie etwa beim schmerzstillenden Arnika zur äußeren An-

wendung (Tee nicht empfohlen, da potentiell giftig) oder dem MAO-hemmenden Johanniskraut. Daneben gibt es aber auch viele Pflanzen, denen eine medizinische Wirkung nachgesagt wird, ohne dass diese bisher eindeutig belegt werden konnte, wie etwas beim Baldrianextrakt, das bereits von Hippokrates als Beruhigungsmittel verwendet wurde und eine gewisse Affinität zum GABA-Rezeptor haben dürfte.

Ein gutes Beispiel dafür, dass die Pflanzenheilkunde in einem Graubereich zwischen alternativer und evidenzbasierter Medizin liegt, ist der Rotschimmelreis. Dieser ursprünglich weiße Reis, der sich nach Fermentierung durch einen bestimmten Schimmelpilz rot färbt, kann nachgewiesenermaßen das LDL-Cholesterin senken. Zumindest einer der Wirkstoffe, die man im Präparat finden konnte, ist das Monacolin K, ein Stoff der seit 1987 auch als Lovastatin im Handel ist. Dementsprechend sind Zulassungsbehörden weltweit nicht einig, ob dieses TCM Präparat als Nahrungsergänzungsmittel oder rezeptpflichtiges Medikament gelten soll.

Manche Pflanzenextrakte, deren Wirksamkeit noch stark angezweifelt wird, finden trotzdem breite klinische Anwendung, vor allem dort, wo die evidenzbasierte Medizin an ihre Grenzen stößt. Gingko beispielsweise wird gerne auf neurologischen und psychiatrischen Abteilungen bei Demenz gegeben nachdem eine kleine Studie aus 1997 eine Verhinderung kurzzeitigen kognitiven Abbaus zeigte. Größere Folgestudien konnten seitdem allerdings keinen klaren Vorteil gegenüber Placebo nachweisen.

Bachblüten

Benannt nach ihrem Erfinder, dem britischen Homöopathen Edward Bach, erfreut sich dieser alternativmedizinische Ansatz seit den 1970er Jahren vor allem im deutschsprachigen Raum wachsender Beliebtheit. Ähnlich wie in der Homöopathie werden auch hier die vermeintlichen Wirkstoffe – 37 verschiedene Blütenextrakte und Felswasser- in stark verdünnter Form verabreicht. Für Bach war Krankheit eine Dysbalance des seelischen Gleichgewichts, die er durch energetisch-harmonische Energiefelder der Pflanzenwelt wieder in eine harmonische Schwingung überführen wollte.

Chiropraktik

Diese Form der Alternativmedizin konzentriert sich auf die Behandlung von muskuloskelettalen Beschwerden mittels spezieller Handgriffe und ist vor allem in Kanada, den USA und Australien beliebt. Unter den Chiropraktikern gibt es zwei Gruppen, eine die sich strikt an die vom Gründer der Chiropraktik D.D. Palmer aufgestellten Grundsätze halten und eine zweite Gruppe, die probiert diese Ansätze mit wissenschaftlichen Methoden zu ergänzen. Beispielsweise meinen die strikten Chiropraktiker durch manuelle Adjustierungen „vertebrale Subluxationen“ lösen zu können, wodurch Druck von Nerven genommen wird, was schließlich Probleme in allen möglichen Endorganen lösen soll, während die „gemischten“ Chiropraktiker sich davon nur Schmerzerleichterung und positive Effekte auf den Bewegungsapparat erhoffen.

Die Osteopathie ist eine ähnliche alternativmedizinische Lehre, die sich jedoch mehr auf den ganzen Körper als auf die Wirbelsäule und Gelenke konzentriert. Je nach Land unterscheiden sich die Berufsgruppen. In den USA erfahren Osteopath:innen eine ähnliche Ausbildung wie Ärzt:innen und dürfen daher in Gegensatz zu Chiropraktikern auch Medikamente verschreiben und chirurgische Eingriffe empfehlen.

Eigenbluttherapie

Bei dieser Therapieform wird dem Patienten Blut abgenommen und nachträglich subkutan, intramuskulär oder venös wieder zugeführt. Manchmal wird das Blut davor noch bearbeitet indem z.B. Ozon hinzugefügt wird oder das Blut vor der Rücktransfusion mit UV-Licht bestrahlt wird.

Bei Gelenksbeschwerden wird gerne autologes plättchenreiches Plasma, also der Überstand nach Zentrifugation einer Blutabnahme, lokal injiziert.

Bei einer anderen Sonderform wird mechanisch oder osmotisch hämolysiertes Blut dem Körper wieder zugeführt. Besonders junge Medizinstudent:innen sind dafür bekannt, dieses Verfahren kostenlos und minimalinvasiv mit einem Stauschlauch vor jeder venösen Blutabnahme anzubieten.

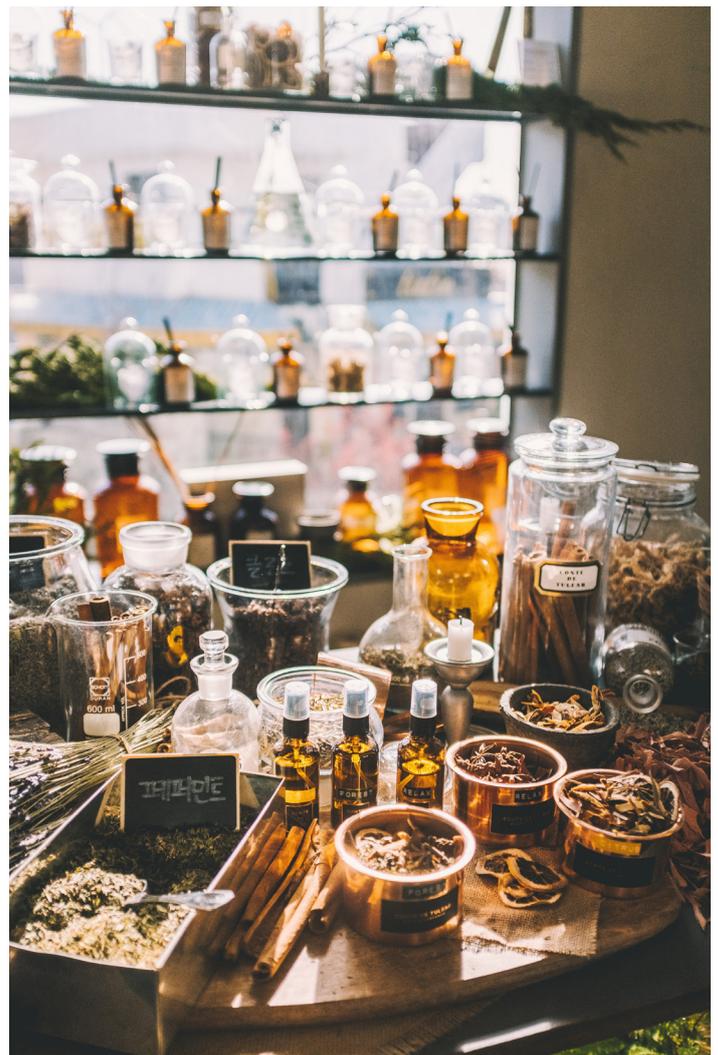
Ayurveda

Diese traditionelle indische Heilkunst beinhaltet ein Sammelsurium an Diagnostik und Therapien von der Kräuterheilkunde, Diättherapien, Massagen, Yoga und Meditation, Körperhygiene bis hin zu Cannabis und chirurgischen Eingriffen.

Interessant ist der im Vergleich zur westlichen Medizin verstärkte Fokus auf Prävention von Krankheiten. Weniger positive Schlagzeilen hat dafür die Heilpraktik Rasa shastra geprägt, die darin besteht, Mineralien aber auch toxische Schwermetalle wie Quecksilber und Arsen Kräutermischungen beizumengen.

Ein österreichisches Schmankerl

Um die Jahrtausendwende herum war das in Österreich „entwickelte“ Grander Wasser en Vogue, welches nach einem unbekanntem Bearbeitungsprozess besondere gesundheitsfördernde Eigenschaften erhalten soll, die nicht wissenschaftlich belegt werden konnten. Zu den Kunden gehören aber auch Krankenanstalten wie das LK Baden, das LK Deutschlandsberg (laut Standard.at) und sogar diverse technische Unternehmen, wie Schneekanonenbetreiber – vermutlich muss der Energiering um das Krankenhaus Nord – pardon, der Klinik Floridsdorf damit gegossen werden, um seine Wirkung zu entfalten.



Wer war Hippokrates?

Tobias Huber

Hippokrates stammte von der griechischen Insel Kos und hat etwa von 460 – 380 v. Chr. gelebt. Er steht stellvertretend für die ersten Versuche einer wissenschaftlichen Medizin, die sich unabhängig von Magie daran versucht, Krankheiten zu verstehen und zu heilen. Er war einer der ersten Ärzte, der Theorien und Fallbeschreibungen zu Krankheiten veröffentlicht und somit einen Diskurs über sein ärztliches Handeln ermöglicht hat.

Da er sowohl von Platon als auch Aristoteles erwähnt wird, ist davon auszugehen, dass er schon zu Lebzeiten bekannt war, über sein Leben lässt sich aber wenig mit Sicherheit sagen. Bekannt ist vor allem der „Corpus Hippocraticum“, eine Auswahl von Schriften, die von alexandrinischen Gelehrten im 3. Jahrhundert zusammengestellt wurde. Die ältesten Teile dieser Sammlung könnten von Hippokrates stammen, andere Stücke stehen zumindest in seiner Tradition oder sind von Schülern verfasst worden. Diese Schriften haben auch Galen stark beeinflusst, der wiederum bis in die Neuzeit einen starken Einfluss auf die Medizin hatte.

Der „Corpus Hippocraticum“ ist spätestens seit dem 19. Jahrhundert nicht mehr von medizinischer, sondern nur mehr historischer Relevanz. Liest man seine

Fallbeschreibungen, so sieht man allerdings einen guten Beobachter, der seine Erkenntnisse systematisch und strukturiert niedergeschrieben hat. So beschrieb Hippokrates in seiner Schrift über die Epilepsie („Über die heilige Krankheit“) das Gehirn als zentrales Organ des Menschen – im Gegensatz zur damals gängigen Meinung, dass es das Zwerchfell sei. Wenn man seine Entdeckungen und Überlegungen in den Kontext seiner Zeit stellt, hat er auf dem Gebiet der Medizin viel geleistet. Weiterhin bekannt ist vor allem der hippokratische Eid.

Der Eid ist ein Dokument aus dem Corpus Hippocraticum, das den Arzt durch einen Schwur an moralische Anforderungen bindet. Es ist sehr spezifisch auf das antike Griechenland zugeschnitten und wurde wahrscheinlich tatsächlich angewendet, im Lauf der Geschichte in abgeänderten Varianten. Das Genfer Gelöbnis ist die aktuelle Version, die sich noch immer an den hippokratischen Eid anlehnt, allerdings allgemeiner abgefasst ist. Es wurde 1948 formuliert, die aktuelle deutsche Fassung ist von 2017. Das Genfer Gelöbnis ist aber kein Schwur, sondern eine Fassung von Prinzipien, an die man sich als Arzt halten sollte - es ist keine Voraussetzung, diesen Eid geleistet zu haben, um als Arzt praktizieren zu dürfen.



Homöopathie

Fern jeglicher Vernunft?

Taha Shirali

Auch wenn die meisten homöopathischen Therapieansätze wissenschaftlich längst widerlegt worden sind, gibt es noch viele, die daran glauben oder im Falle einer Erkrankung tatsächlich darauf zugreifen werden. Es mag anfangs unmöglich erscheinen, doch Österreich gehört mit etwa 11% der Bevölkerung neben Frankreich, Deutschland und Tschechien zu den EU-Ländern, wo der Aberglaube der Homöopathie am weitesten verbreitet ist. Andererseits ist es wichtig zu erwähnen, dass von den 20 amerikanischen Hochschulen, die eine Ausbildung in der Homöopathie angeboten haben, bereits seit Mitte des 20. Jahrhunderts keine einzige mehr existiert. Ist das ein Zufall? Nein. Der verbleibende Glaube an Homöopathie in Österreich, Deutschland und Frankreich, ist vor allem auf die NS-Zeit zurückzuführen. Während dieser Zeit gewann die Homöopathie durch die Einführung der sog. "Neuen deutschen Heilkunde" – welche die unmenschlichen Ideologien des NS beinhalten sollte – wieder mehr an Bedeutung.

Doch was ist Homöopathie? Die Theorie der Homöopathie basiert unter anderem auf dem Grundsatz: "similia similibus curentur". Entworfen von Samuel Hahnemann, haben sich die homöopathischen Grundsätze bereits zu Beginn vom wissenschaftlichen Weg abgetrennt. So wurden bereits aufgrund von einigen wenigen Beobachtungen Theorien entwickelt, die nicht reproduzierbar waren. Eine frühe Widerlegung der homöopathischen Hypothesen brachte der Nürnberger Kochsalzversuch – eine kontrollierte doppel-blinde Placebo-Studie, die die Wirksamkeit der Homöopathie zu untersuchen versuchte. Dabei wurde die Wirkung von einem beliebten homöopathischen Mittel (NaCl C30) im Vergleich zu dem Placebo (Wasser) untersucht. Wie zu erwarten hatte die deutliche Mehrheit keinen Unterschied bemerkt. Die Ergebnisse solcher Studien wurden in der Homöopathie jedoch nicht beachtet. Eine zweite grundlegende Widerlegung der homöopathischen Ansätze brachte

die Falsifikation der Vitalismus. Dieser besagt, dass nur lebende Organismen organische Verbindungen herstellen können und sich somit von nicht organischer Materie unterscheiden. Dieses Konzept wurde aber bald von Friedrich Wöhler widerlegt, indem es ihm gelang aus anorganischen Verbindungen eine organische Verbindung zu synthetisieren, die Harnsäure. Jedoch sind die wissenschaftlich eindeutigen Widerlegungen der homöopathischen Hypothesen weiterhin vernachlässigt worden.

Aus heutiger Sicht steht die Homöopathie aus 4 verschiedenen Gründen nicht im Einklang mit der Wissenschaft. Einerseits verletzen die zugrundeliegenden Annahmen der Homöopathie fundamentale Gesetze der heutigen Physik und Chemie (z.B. Massenwirkungsgesetz). Andererseits sind die homöopathischen Grundlagen gegen wissenschaftliche Falsifikationen immun. Des Weiteren haben diese Theorien keine Erklärungskraft und die homöopathischen Mittel weisen in angemessenen kontrollierten klinischen Studien keine Wirkung auf. Doch eines ist unklar: Warum gibt es so viele, die immer noch daran glauben?

Die verbreitete Anwendung der Homöopathie ist dabei darin begründet, dass Menschen eine alternative Lösung für ihre gesundheitlichen Problemen suchen, wenn sie mit evidenzbasierter Medizin unzufrieden sind. Gerade in den Industrieländern, wo Menschen von einem fortschrittlichen Gesundheitssystem und fast uneingeschränktem Zugang zur medizinischen Versorgung profitieren, werden alternativmedizinischen Methoden zur Behandlung von kleinsten gesundheitlichen Beschwerden eingesetzt, wo die wissenschaftliche Medizin oft keine Notwendigkeit einer Behandlung sieht. So ist Homöopathie v.a. in der oberen gesellschaftlichen Schichten beliebt, was auch mit den Kosten dieser Methoden zusammenhängt.



Traditional Chinese Medicine

Stella Goeschl

Traditional Chinese Medicine (TCM) ist ein jahrtausendealter Heilansatz aus China, der sich der Krankheitsbehandlung im Sinne eines ganzheitlichen Bildes widmet. Viele der Methoden, die in der TCM angewandt werden, sind allgemein als Therapien im Wellnessbereich bekannt: Akupunktur, Massagen, sowie bestimmte Bewegungsformen wie Tai Chi.

Auch die Anwendung bestimmter Kräuter spielt eine große Rolle in der TCM. Der langjährige Gebrauch dieser Methoden als Grundlage der östlichen Medizin scheint sich rezenten Studien nach sogar mit den Effekten einiger Aspekte der westlichen Medizin zu decken. Somit kristallisiert sich ein potenziell wichtiger Partner für die Anwendung der modernen Medizin heraus.

Ursprung der TCM

Die TCM basiert auf dem Konzept der Lebensenergie Qi, die den Körper durchziehen soll. Qui besteht aus den zwei Komponenten Yin und Yang, die komplementär die Balance der Lebensenergie erhalten. Kommt es zum Ungleichgewicht zwischen den beiden Anteilen, so entstehen der Lehre nach Krankheiten. Die Behandlung von Erkrankungen soll also in der TCM in der Wiederherstellung des Gleichgewichts zwischen Yin und Yang bestehen.

In der Lehre der TCM wird der Natur und dem Zusammenspiel zwischen Mensch und Umgebung zu dem große Bedeutung zugeschrieben. Der Mensch soll in Einklang mit der Natur leben, und die Interaktionen und Beziehungen zwischen den Elementen und den Lebewesen wird als wichtige Komponente in der Behandlung von Krankheiten gesehen. Die Balance des Qi ist über das Gleichgewicht des Inneren mit dem Äußeren zu erreichen.

Methoden der TCM

Akupunktur

Die Akupunktur beruht auf der Stimulation bestimmter Akupunkturpunkte am Körper mittels dünner Nadeln. Die Nadeln werden an den beschriebenen Stellen in die Haut gestochen und sollen dabei ihre Effekte auslösen. Theorien zur Wirksamkeit nennen die Stimulation von schmerzlindernden Hirnzentren als Ursache der Wirkung. Vor allem bei der Behandlung chronischer Schmerzen oder Migräne werden lindernde Effekte beschrieben.

Tai Chi

Die Sportart Tai Chi besteht aus dem Ausführen langsamer Bewegungen, bestimmter Figuren, langsamen Atmens, sowie der Relaxation. Bei Tai Chi sind sowohl die physikalischen als auch die psychologischen Leistungen gleichermaßen wichtig, da auch der mentale Fokus beim Verrichten der Bewegungen wichtig ist. In Studien konnte sich Tai Chi als wirksam bei der Symptomlinderung von Parkinson-Erkrankungen, Fibromyalgie sowie anderen Schmerzerkrankungen erweisen. Ebenso konnte gezeigt werden, dass Tai Chi die Lebensqualität sowie die Stimmung chronisch kranker Menschen verbessern kann.

Kräuterlehre

Die Kräuterlehre nimmt in der TCM einen hohen Stellenwert ein. In der Form von Tees, Nahrungszusätzen, oder durch Verbrennung von Kräutern sollen sich heilende Wirkungen entfalten. Positive Effekte, wie Entspannung, Konzentrationsverbesserung, oder Wirksamkeit an bestimmten inneren Organen werden vielen Stoffen, die in der TCM angewandt werden, zugeschrieben. Jedoch ist die Anwendung solcher Substanzen auch kritisch zu sehen, da hier oftmals nur geringe Evidenz zu Wirksamkeit und potenziellen Nebenwirkungen vorliegt. Beispielhaft ist hier die Substanz Ephedra zu nennen, die 2004 von der FDA gesperrt wurde, nachdem die Einnahme des Stoffes als Nahrungsergänzungsmittel zu schwerwiegenden Nebenwirkungen wie Herzinfarkten und Schlaganfällen geführt hatte. Des Weiteren sind bei der Einnahme von Kräutern die potentiellen Interaktionen mit anderen Medikamenten zu beachten, da einige natürliche Substanzen als potente Enzyminduktoren wirken können.

Rolle der TCM in der westlichen Medizin

Der TCM gebühren viele Erfolge in der ganzheitlichen Behandlung von Menschen auf der gesamten Welt. Über die Ursprünge im antiken China hinaus werden traditionell chinesische Ansätze in vielen Bereichen als Heilkonzepte angewandt. Die holistische Behandlung wird immer mehr thematisiert und auch teilweise in die westliche Medizin integriert. Speziell der Aspekt der personalisierten Medizin nimmt in der TCM einen großen Stellenwert ein, was in Beziehung mit den rezenten Ansätzen der Präzisionsmedizin der westlichen Medizin zu setzen ist, die hingegen

erst kürzlich mehr an Bedeutung gewonnen haben. Einigen Methoden der TCM wird nach Stand der westlichen Medizin der Placeboeffekt als Grundlage der Wirksamkeit zugewiesen. Der Wirkmechanismus mag für einige der Methoden ungeklärt bleiben, da das grundlegende Verständnis von Gesundheit und Krankheit in den beiden medizinischen Ansätzen auf unterschiedlichen Konzepten beruht. Eine Lebensenergie wie Qi spielt im Konzept der Pathogenese westlicher Medizin keine Rolle, somit bleibt offen, welchem Ansatz hier Recht gebührt. Nicht zu unterschätzen ist das Potential für medizinische Erkenntnisse aus der TCM, die auch dem Standard der westlichen Medizin entsprechen. Ein nennenswertes Beispiel hierfür ist die Entdeckung des Antimalaria-Mittels Artemisinin durch die chinesische Pharmakologin Tu Youyou. Auf der Suche nach einer Behandlungsmöglichkeit gegen Chloroquin-resistente Malaria bediente sich die Forscherin in den

frühen 1970er Jahren alter Texte zur TCM um potentielle Heilssubstanzen zu identifizieren. Durch Untersuchung des einjährigen Beifußes (*Artemisia annua*), welcher traditionell zur Behandlung eingesetzt wurde, konnte sie die Substanz isolieren. 2015 erhielt Tu Youyou für die Entdeckung den Nobelpreis der Medizin. Die positiven Effekte der TCM können oftmals gute Komplementärbehandlungen darstellen und sind daher durchaus zusätzlich zu Methoden der westlichen Medizin anzuraten. Wichtig ist in diesem Fall die lizenzierte Behandlung im Rahmen einer anerkannten TCM-Ausbildung. Nicht jedoch soll hierdurch der Nutzen der westlichen Medizin gänzlich negiert werden, da die evidenzbasierten Methoden dem heutigen Wissensstand entsprechen. Vor allem schwere Erkrankungen benötigen den Einsatz modernster Behandlungen, die uns in der konventionellen Medizin zur Verfügung stehen.



Being Mortal

Aging and dying — you can't fix those

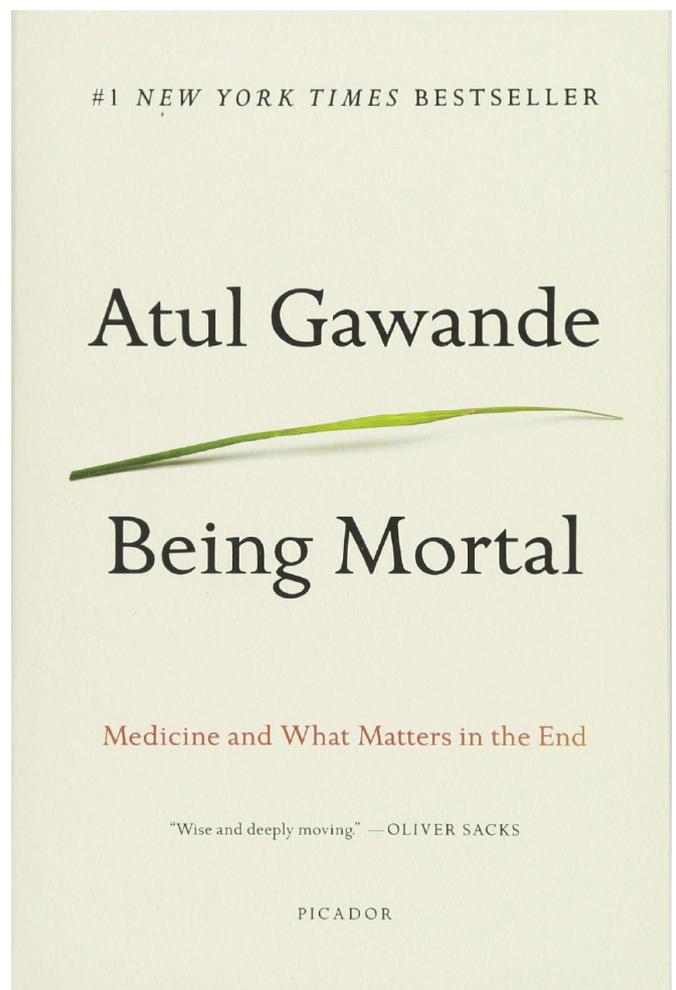
Buchrezension von Tobias Huber

Unsere Art, Menschen zu behandeln, hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert: wir haben große Fortschritte gemacht und können viele Krankheiten heilen oder zumindest das Leid vermindern. Es gibt eine Vorstellung von der Allmacht der Medizin, die für jeden Fall ein Mittel in der Schublade hat. Wir sind darauf fokussiert, zu reparieren – was machen wir, wenn es sich nicht mehr reparieren lässt?

Diese Frage stellt sich Atul Gawande in seinem Buch *Being Mortal*. Gawande ist Chirurg und Autor und arbeitet derzeit für die amerikanische Regierung im Bereich Global Health. In diesem Buch behandelt er zwei große Themen: Altenpflege und unseren Umgang mit dem Tod. Der Autor erzählt hier auch seine eigene Geschichte, von seinen Fehlern und seiner Suche nach besseren Lösungen.

Als Menschen fällt es uns oft schwer, mit dem Tod konfrontiert zu werden. Die Gefahr besteht darin, dass wir uns immer neuen Hoffnungen hingeben und vergessen, dass unsere Lebenszeit begrenzt ist und es auch andere Ziele als die bloße Verlängerung des Lebens gibt. Für Gawande hat der Arzt außer der Therapie bei Schwerkranken auch vor allem die Verantwortung, die schwierigen Fragen anzusprechen und dem Patienten seine Situation klar zu machen. Dabei geht es darum, die Prioritäten festzulegen, nach denen die Behandlung durchgeführt werden soll – um sich darauf vorzubereiten, was kommen kann.

Being Mortal ist nicht nur großartig geschrieben, sondern stellt auch wichtige Fragen. Gerade, wenn man im medizinischen Bereich arbeitet/arbeiten wird, ist es notwendig, sich immer wieder mit der Unausweichlichkeit des Sterbens zu beschäftigen – dieses Buch ist ein sehr guter Anfang dafür. Wenn man Videos Büchern vorzieht, gibt es auf YouTube eine Dokumentation von PBS in Kooperation mit Atul Gawande (Titel: *Being mortal*), die schwerkranke Personen an ihrem Lebensende begleitet.



Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Duale Reihe

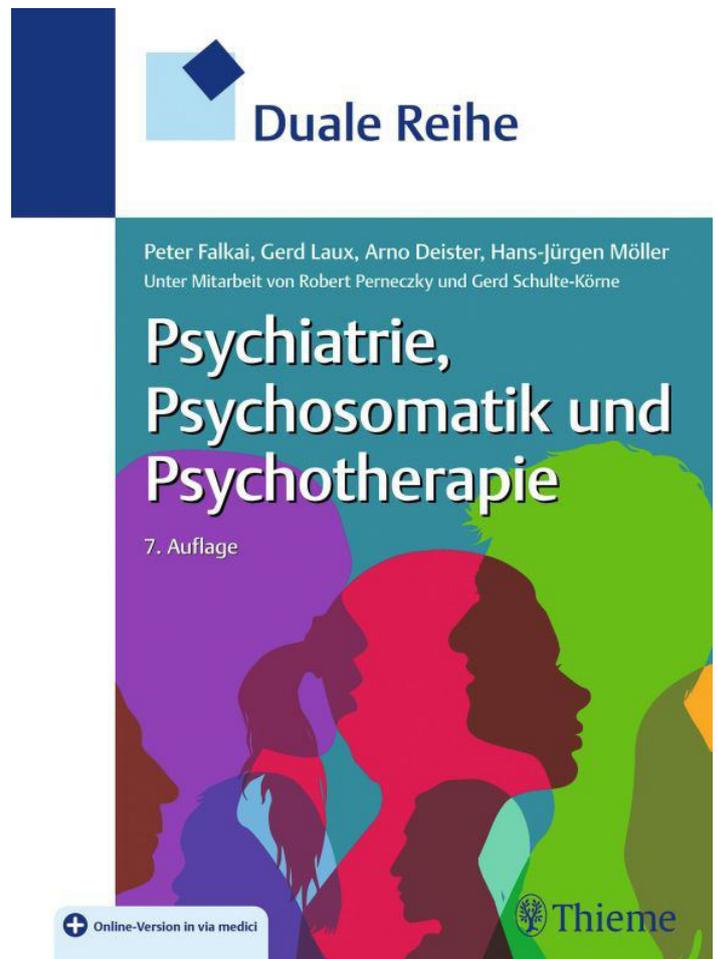
Buchrezension von Till Buschhorn

Über 670 Seiten. Die Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie aus dem Thieme Verlag ist nicht nur das, was viele einen dicken Schinken nennen würden, sondern es ist gleichzeitig auch ein wahres Füllhorn an Wissen.

Die vielen Seiten mögen auf den ersten Blick abschreckend wirken, wenn man sich aber erst einmal ein wenig in die Materie eingelesen hat, möchte man gar nicht mehr aufhören. Mit den neuesten Kriterien aktualisiert, enthält das Buch eine Reihe von Fallbeispielen, anschauliche Abbildungen und Definitionen, die das Lernen leichter machen. Es eignet sich perfekt für unseren Block 20 im vierten Studienjahr, denn auch die Pharmakologie kommt nicht zu kurz. Umfangreiches Wissen zu allen Lerninhalten und dem Block 20-OSCE sollten die Vorbereitung und das Mitlernen deutlich leichter machen.

Besonders gut gefallen mir Erläuterungen zu rechtlichen Grundlagen und juristischen Aspekten, sowie Informationen zur Evidenz und die Randnotizen auf jeder Seite mit Querverweisen zu verschiedenen Gebieten. Auch die Fallbeispiele helfen oft weiter, sich einzelne Diagnosen und die damit einhergehenden Behandlungen besser vorzustellen.

Das Buch ist schwer, umfangreich und aktuell (7. Auflage, 2022), lohnt sich aber sicherlich für all jene, die ernsthaftes Interesse an der Psychiatrie, Psychosomatik oder Psychotherapie haben. Ob als Einstieg oder zum Drinbleiben, ich kann es nur empfehlen.



Interview mit Professor Czech

über Medizin und Nationalsozialismus

Interviewer: Lukas Neumann

Herwig Czech, geboren 1974, ist seit Mai 2020 Professor für Geschichte der Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Medizinischen Zeitgeschichte an der Medizinischen Universität Wien. Er ist Ko-Projektleiter des von der Max-Planck-Gesellschaft finanzierten Forschungsprojekts „Hirnforschung an Instituten der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Kontext nationalsozialistischer Unrechtstaten“ sowie Co-Chair der Lancet Commission on Medicine and the Holocaust. Nach dem Studium der Geschichtswissenschaften an den Universitäten Graz, Wien, Paris VII und Duke (North Carolina) promovierte Czech 2007 an der Universität Wien. Er war Mitarbeiter am Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes, 2011 bis 2014 APART-Stipendiat der Österreichischen Akademie der Wissenschaften sowie seit 2017 Universitätsassistent für Medizingeschichte an der MedUni Wien. Er absolvierte Forschungs- und Lehraufenthalte an den Universitäten Wrocław und Newcastle und zuletzt 2019 an der Berliner Charité.

Kurz zu ihrer Person: Wie kam es zu Ihrem Interesse für Geschichte und Ihr Spezialgebiet?

Ich hatte nach der Matura sehr viele Interessen und begann zunächst Medizin, Philosophie, Spanisch und Geschichte in Graz zu studieren. Nach einiger Zeit wagte ich die beruflich eher riskante Entscheidung, die Medizin links liegen zu lassen und mich ganz meiner Faszination für die Zeitgeschichte zu widmen. Letztlich ergab sich daraus vor mittlerweile mehr als zwanzig Jahren mein Fokus auf die medizinische Zeitgeschichte, insbesondere dem Nationalsozialismus – planen hätte man das nicht können, aber es hat sich glücklich ergeben.

Sie beschäftigen sich mit einem dunklen Kapitel der Zeitgeschichte, wie betreiben Sie Psychohygiene?

Natürlich ist es belastend sich mit solch negativen Seiten unserer Geschichte zu befassen, es sind unfassbare Verbrechen, die da oft im Vordergrund stehen. Es ist wichtig, eine gewisse professionelle Distanz zu bewahren, sich auch manchmal von der Arbeit abzugrenzen. Ich war eigentlich immer der Meinung, dass die Belastungen bei der Arbeit im Krankenhaus viel größer sind.

Wie war der Status quo der medizinischen Wissenschaft in Österreich vor der Machtübernahme durch den Nationalsozialismus?

Die Wiener Medizinische Schule war im 19. Jahrhundert von weltweiter Bedeutung, der deutsche Sprachraum war auch insgesamt in der Wissenschaft noch dominierend. Mit dem Ersten Weltkrieg setzte dann ein Niedergang ein. Das sieht man zum Beispiel an der Emigration Karl Landsteiners, sicher einer der brilliantesten Mediziner seiner Zeit, der bei uns einfach keine Perspektive mehr sah. Eine Zeit lang zehrte man aber noch von der großen Vergangenheit, amerikanische Ärzte kamen beispielsweise während Ihrer Ausbildung zum Lernen nach Wien.

Zu welchen Einschnitten und Veränderungen an der medizinischen Fakultät und im niedergelassenen Bereich kam es durch die Machtübernahme? Inwiefern waren die für die Patient:innen spürbar?

Bis 1938 gab es einen hohen Anteil an jüdischen Studierenden und Mediziner:innen. An die tausend Studierende mussten die medizinische Fakultät wegen ihres jüdischen Hintergrundes verlassen, für sogenannte „Mischlinge“ gab es teilweise Ausnahmeregelungen. Man sieht im damaligen Lehrplan der medizinischen Fakultät, dass nun Fächer wie Rassenkunde auftauchen oder Exkursionen zu Kräuterkunde angeboten werden. Gleichzeitig rückt die Militärmedizin in allen Fachrichtungen stark in den Vordergrund. Insgesamt kam es zu einem großen Qualitätsverlust im wissenschaftlichen Bereich. Zwei Drittel der jüdischen Ärzte wurde vertrieben und es gab eine massive Versorgungskrise im niedergelassenen Bereich, wobei die Situation für jüdische Patient:innen und Patienten natürlich am dramatischsten war.

Welches Verständnis von Medizin trat durch den Nationalsozialismus in den Vordergrund und welche Rolle haben alternativmedizinische Praktiken eingenommen?

Wenn es darum geht, die Medizin im Nationalsozialismus zu charakterisieren, stehen wissenschaftlicher Rassismus, die sogenannte „Rassenhygiene“ und die Orientierung an der Gesundheit des „Volkkörpers“ im Vordergrund. Bestimmte Menschen werden als

angebliche Belastung der Gemeinschaft abgewertet, oft zwangssterilisiert und – im Rahmen der sogenannten „Euthanasie-Aktionen“ – auch getötet. Da ging es durchaus nicht um einzelne Verbrecher oder Verirrte, da waren auch führende Mediziner ihrer Zeit beteiligt. Was alternativmedizinische Praktiken wie die Homöopathie angeht, so haben diese im Rahmen der „Neuen Deutschen Heilkunde“ eine Rolle gespielt, das betrifft aber eher den Zeitraum 1933 bis 1938 und somit vorwiegend Deutschland. Mit Kriegsbeginn stand dann zunehmend die Militärmedizin im Vordergrund. Die Wehrmacht hatte wenig über für Kräuterkundler. Man kann also nicht sagen, dass sich im Nationalsozialismus die Alternativmedizin breit durchgesetzt hätte, aber sie hatte ihre einflussreichen Befürworter wie zum Beispiel Rudolf Hess oder Heinrich Himmler.

Es gab also keine einheitliche Linie, sondern viele unterschiedliche Strömungen. Wie standen die Nationalsozialisten Impfungen gegenüber?

Es ist eigentlich ein Paradox. Zum einen gilt der Nationalsozialismus als biopolitische Diktatur, mit einer Orientierung auf das sogenannte Volksganze. Also könnte man meinen, dass Impfungen da gut hineinpassen würden. Gleichzeitig gibt es auch eine lange Geschichte der Ablehnung von Impfungen, die häufig auch antisemitisch aufgeladen war. Das hatte auch unter den Nationalsozialisten viele Anhängerinnen und Anhänger – zum Beispiel die Phantasie, dass Impfungen eine Vergiftung des deutschen Volkskörpers darstellen würden, als Instrument einer jüdischen Verschwörung. Die Wehrmacht sah das pragmatischer, da wurde sehr viel geimpft, auch verpflichtend. Es gab aber auch Impffexperimente in Konzentrationslagern sowie an der Wiener Kinderklinik, für letztere wurden Kinder aus der „Euthanasie-Anstalt“ am Spiegelgrund missbraucht.

Wie stand man einer Impfpflicht abseits des Militärs gegenüber?

Es gab in Deutschland bereits seit 1874 mit dem Reichsimpfgesetz eine Pflicht zur Pockenschutzimpfung, diese wurde auch beibehalten. In Österreich wurde eine Impfpflicht zum ersten Mal in der Geschichte mit der Einführung dieses Reichsimpfgesetzes im Zuge der Rechtsangleichung mit dem Deutschen Reich eingeführt. Von den angeblich impfgegnerischen Nationalsozialisten bekam Österreich also die erste Impfpflicht, aber eben als Teil des deutschen Rechtsbestandes, das war kein NS-spezifisches Gesetz. Diese Pockenimpfpflicht wurde in Wien dann auch umgesetzt, wobei man es mit der Durchsetzung

nicht allzu streng nahm. Auch eine Impfpflicht für Diphtherie stand im Raum, wurde dann aber, eher aus pragmatischen Gründen, nicht umgesetzt. 1948 wurde dann die Pockenimpflicht auf Basis eines nun österreichischen Gesetzes wieder eingeführt, wobei man sich eng an das deutsche Reichsimpfgesetz anlehnte. Das erfolgte ohne große Diskussionen und eigentlich ohne Notstand hinsichtlich der Pocken. Wirklicher Impfpflichtweltmeister war übrigens die DDR, dort wurde dann die Impfpflicht auch im Wettbewerb mit dem Westen als Ausweis einer überlegenen Gesundheitsvorsorge propagiert.

Hat sich das Verständnis gegenüber medizinischen Wissenschaften durch den Nationalsozialismus nachhaltig geändert?

Man kann nicht sagen, dass die Universitäten damals plötzlich zu Horten der Naturheilkunde geworden wären. All diese Strömungen, von Naturheilkunde über die Ablehnung der naturwissenschaftlichen Medizin bis hin zu antisemitischen Strömungen in der Medizin, sind älter als der Nationalsozialismus. Sie hatten dann einen gewissen Aufwind und endeten auch nicht mit dem Jahr 1945. Das ist aber zu trennen von der auch damals weiterhin bestehenden wissenschaftlichen Medizin. Der wichtigste Einfluss auf die akademische Medizin damals waren die „Rassenhygiene“ und die Priorisierung der militärischen Erfordernisse, nicht die Naturheilkunde.

Kann man einen Bezug zur derzeitige Impfbatte herstellen? Wie finden Sie, dass bei Corona Demos Judensterne getragen werden?

Ich finde es zunächst geschmacklos. Die Frage ist was dahinter steht, wie die Leute auf die Idee kommen. Ist es eine Provokation oder steckt mehr dahinter im Sinne einer bewussten Relativierung des Holocaust? Es gab in der Medizingeschichte oft Konflikte zwischen den Interessen des Individuums und dem Kollektiv, darüber wo man die Grenze der persönlichen Freiheit zieht. Wenn dann aber der grüne Pass mit dem Judenstern gleichgesetzt wird, scheinen Analogien impliziert zu sein vom Impfen zum Völkermord zum Holocaust. Das wäre dann eine massive Verharmlosung und Leugnung der NS-Verbrechen. Diese Demonstrationen sind leider auch für die harte Neonaziszene eine Gelegenheit, ihren Einfluss zu verbreitern.

Der Begriff „Schulmedizin“ wird heute häufig verwendet. Was ist seine Geschichte und wie ist er zu evidenzbasierter Medizin (EBM) abgrenzbar?

Eingeführt wurde er als Kampfbegriff der Homöopathen schon im 19. Jahrhundert. Man wollte sich gegen

die etablierte Medizin abgrenzen, die als dogmatisch verhärtet und innovationsfeindlich denunziert werden sollte. Insofern ist der Begriff leicht zur EBM abgrenzbar, denn die „Schulmedizin“ impliziert das Gegenteil von dem, was die moderne wissenschaftlich orientierte Medizin ausmacht. Die Nationalsozialisten haben den Begriff dann als „verjudete Schulmedizin“ zusätzlich antisemitisch aufgeladen und für Ihre Propaganda verwendet.

Was halten Sie von seiner Verwendung? Ist der Begriff zeitgemäß?

Es war immer ein Kampfbegriff, der in einer politischen Auseinandersetzung dazu dienen sollte, die wissenschaftlich orientierte Medizin abzuwerten und sich abzugrenzen. Auch wenn er zwischendurch auch in einem neutraleren Sinn verwendet wurde, halte ich den Begriff für verzichtbar. Er ist belastet und es gibt keinen Grund, sich diese historisch-semantische Bürde aufzuladen. Ich würde einfach von Medizin sprechen, und wenn ich betonen will, dass es um die akademische bzw. evidenzbasierte Medizin geht, gibt es genügend Alternativen, die weniger zweideutig sind.

Was können wir aus der Vergangenheit lernen?

Ich bin kein Freund großer abstrakter Lehren aus der Geschichte, aber es ist wichtig, sich mit der Geschichte auseinanderzusetzen und zu wissen, auf welchem Boden wir stehen. Man kann zum Beispiel lernen, wie groß das Spektrum menschlicher Verhaltensweisen in extremen und krisenhaften Situationen ist. Was gerade in der Medizin passieren kann, wenn sich persönliche Werthaltungen oder ethische Grenzen verschieben. Die Frage ist, wie sicher wir uns fühlen dürfen vor dem Hintergrund dessen, was passiert ist.

Gibt es Literatur die Sie geschichtsinteressierten Student:innen ans Herz legen möchten?

Ein sehr guter Überblick über die Medizin im Nationalsozialismus ist das Buch „Medizin in der NS-Diktatur. Ideologie, Praxis, Folgen“ von Wolfgang Eckart, dem leider zu früh verstorbenen Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin in Heidelberg. Ich möchte außerdem auf unsere Wahlfächer aufmerksam machen, die auch im nächsten Semester wieder angeboten werden.

Vielen Dank für das ausführliche Interview!



Gedanken zum inno-day 2022

Lukas Neumann

Wohin bewegt sich die moderne Medizin? Was sind die großen Innovationen, die uns kurz- und mittelfristig am meisten beschäftigen werden? Welche positiven Entwicklungen werden sich dadurch ergeben und welche ethischen Fragen müssen wir uns stellen, um bei all dem Fortschritt auch die menschliche Komponente nicht aus den Augen zu verlieren?

Dazu wurde am 02.02.2022 beim inno-day 2022 unter dem Motto "Innovation = Gemeinsam Zukunft gestalten" diskutiert.

Der Fortschritt schreitet dank künstlicher Intelligenz schneller voran, als wir Menschen es uns vorstellen können. Grundlage großer Veränderungen im digitalen Bereich sind schon heute Daten. Diese als Grundlage für personalisierte Kaufempfehlungen zu nutzen ist erst der Anfang. Was kommen wird, sind Ferndiagnosen und Therapievorschlüsse, anfangs auf Grundlage eines ärztlichen Gesprächs mit Webcam und eines Tages auch lediglich auf Basis eines Algorithmus, den wir mit unseren Daten füttern. Kaum vorstellbar und ethisch fragwürdig? Alles eine Frage der Grenzen von künstlicher Intelligenz. Diese Grenzen werden einerseits durch technischen Fortschritt ständig verschoben, andererseits von uns Menschen definiert.

Wichtig bei allem Fortschritt, insbesondere jedoch im medizinischen Bereich, ist, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren. Was wollen wir mit Digitalisierung

erreichen? Eine bessere Versorgung der Patient:innen bei gleichzeitig besseren Arbeitsbedingungen für die behandelnden Ärzt:innen, aber keine vollautomatisierte entmenschlichte Medizin. Anstatt langer Wartezeiten in übervollen Ambulanzen eine kurze telemedizinische Vorstellung, gewartet wird im digitalen Wartebereich im eigenen Wohnzimmer. Von Robotern gepflegt zu werden können sich viele von uns nicht vorstellen – in Japan gibt es bereits erste Versuche. Viele interessante Überlegungen, inspirierend und irgendwie auch erschreckend, was auf uns zukommt.

Und nun zur gelebten Realität in einem Wiener Gemeindespital. Hier brauchen wir uns keine Gedanken zu machen, ob die Digitalisierung überhandnimmt – leider nicht im positiven Sinn. Die digitale Kurve seit Jahren angedacht, nach einem Pilotprojekt fallengelassen und vertagt. Gescheitert unter anderem an zu schwachem Internet in den Zimmern am Ende des Ganges (kein Witz) und angeblich an datenschutzrechtlichen Bedenken. Dass es jetzt WLAN für die Patient:innen gibt, sei ja schon eine Errungenschaft. Die Computer so langsam, dass einem die Lust am Arbeiten vergeht, sollte überhaupt Lust aufkommen sich durch die Vielzahl an unübersichtlichen Programmen zu klicken, die man durchforsten muss, um die Krankengeschichte der Patient:innen zu überbli-



cken. Die Auslagerung der einzelnen Softwarekomponenten an verschiedene Firmen ist insofern rückblickend keine so gute Idee gewesen. Tatsächlich sind auch einige PCs mit Windows XP als Betriebssystem in Verwendung, deren Benutzung einen im besten Fall nostalgisch werden lässt. Zur Modernisierung bedarf es ausreichender finanzieller Mittel, sonst scheitert Innovation an mangelnder Investition. Und was tut jeder vernünftige Bedienstete in diesem System? Resigniert mit den Schultern zucken, sich einen Kaffee holen während der Computer lädt und sich keine großen Hoffnungen auf rasche Veränderung machen. Oder wie in einem berühmt gewordenen Youtube Video die Tastatur in einem Tobsuchtsanfall in ihre Einzelteile zerlegen? Besser tief durchatmen, es kann nämlich auch viel schlimmer kommen. Wenn die Software für mehrere Stunden gar nicht funktioniert und man die Patient:innen weder ordentlich aufnehmen noch Befunde aufrufen kann zum Beispiel. Speziell im Nachtdienst kann das zu gefährlichen Situationen

führen. Auf Nachfrage heißt es von der IT-Abteilung: die Serverprobleme bestünden in mehreren Krankenhäusern zur gleichen Zeit, man wisse nicht wann das System wieder funktionieren werde. Zwölf Stunden später wie sich herausstellt. Gefährden fehlende Investitionen und Innovationen hier nicht längst auch das Wohl und die Gesundheit der Patient:innen?

Hierzulande muss jedenfalls noch viel passieren, bevor die großen digitalen Sprünge angedacht werden können. In anderen Ländern sind telemedizinische Befundbesprechungen bereits Alltag, wie uns ein zugeschalteter Mitstudent in seinem Beitrag offenlegt. Hoffentlich warten wir im öffentlichen Bereich nicht zu lange und überlassen die großen Innovationen einzig den privaten Investoren. Dabei sollten wir unsere ethischen und moralischen Grundsätze nicht aus den Augen verlieren und nicht blind dem Silicon Valley nacheifern. Nach dem Motto von Marc Zuckerberg: „Move fast and break things“ – wenn es um die Gesundheit geht, vielleicht nicht der beste Grundsatz.

SUMMER SCHOOL

MEDIZIN

**6.–8. September 2022
im Krankenhaus Oberwart**

HIGHLIGHTS

- Knochenbruchbehandlung in der Praxis • Ultraschall-Workshop
- Naht- und Knüpfkurs • Zentrale Notaufnahme
- Medizinrecht • Führungen
und viele weitere...

KRAGES
BURGENLÄNDISCHE
KRANKENANSTALTEN
GESELLSCHAFT M.B.H.

Anmeldung für Medizinstudierende ab dem
8. Semester unter www.krages.at möglich!
Teilnahme und Unterkunft unentgeltlich.

BLUTKOMPONENTEN- SPENDE IM AKH



Thrombozyten
Erythrozyten
Granulozyten

Wo? auf Station 4i im AKH
Nummer: 01 40400 53030
immer Mo-Fr von 8-15 Uhr
Du bekommst: 65€, ein
Lunchpaket & regelmäßige
Gesundheitschecks

MedUni Wien vs. Hogwarts

Ein Vergleich

Mr. Outis

Vier Jahre Studium, drei Kurse OM, zwei Studienabschnitte und eine Erkenntnis: Das AKH ist wie Hogwarts! Dieser Satz sollte mich mehr lenken, als ich es jemals gedacht hatte. Zwar brachte ihn keine Eule, aber nachdem ich meinen Brief zum bestandenen MedAT bekam, war die Freude ähnlich groß, wie wenn dir ein bärtiger Riese sagt, dass du ein Zauberer oder eine Hexe bist. Als naiver Ersti und das erste Mal frohen Mutes auf dem Weg ins Hörsaalzentrum wusste ich noch nicht recht, was mich erwarten soll. Vorsorglich hatte ich mir einen Zauberstab (Littmann II) und einen Zaubererumhang (weiß) gekauft. Nachdem ich den Hogwarts-Express (volkstümlich auch U6 genannt) verlassen hatte und die Eingangshalle betrat, war die Überraschung groß.

Zwar fand ich keine fliegenden Kerzen und sprechenden Hüte, aber Menschen mit Umhängen, endlose Korridore und sich bewegende Treppen hinterließen doch einen ganz speziellen Eindruck, der sich mit den Jahren immer weiter festigen und ein Bild schaffen sollte, das mich bis heute prägt. In meinem zweiten Jahr beispielsweise entdeckte ich die ersten Geheimgänge, die blitzschnelles Apparieren und Verschwinden an den interessantesten Orten ermöglichen, sehr zur Verblüffung meiner Kommiliton:innen. Auch könnte ich schwören, dass sich manche der Gemälde an der Wand bewegen, wenn man nicht hinschaut. Mein Highlight waren jedoch die Kräuterkunde-Seminare im Block 9. Zwar bekam ich überall eine Ersatzleistung, weil ich die Pharmakodynamik von Alraunen nicht kannte, aber das konnte mich nicht aus der Bahn werfen.

Im dritten Jahr begegnete ich während einer Famulatur meinem ersten Werwolf, obwohl die Ärztin als Diagnose völlig muggelhaft „Hypertrichose“ angab. Auch fand ich die Toilette der Maulenden Myrte auf Ebene 10, die zwar zu meinem Bedauern keinen Geist enthält, aber ähnlich verlassen wirkt. Weiterhin schaffte ich es endlich, medizinische Fachrichtungen zu den jeweiligen Häusern zuzuteilen: Ravenclaw (Gynäkologie), Hufflepuff (Pädiatrie), Gryffindor (Allgemeinchirurgie) und Slytherin (Unfallchirurgie). Dies wurde mittlerweile durch eine Studie am Carolina Medical Center bestätigt.

Das vierte Jahr wurde dominiert durch die Erkenntnis, dass wir jetzt erst Dinge lernen, die man in Hogwarts schon im ersten Jahr lernt (Zugsalbe in Derma vs. Zaubertrank gegen Furunkel), aber auch begleitet von Entdeckungen wie der Eulerei auf Ebene 1, wobei es dort auch Gerüchte über die Sichtung eines Hippogreifens und eines dreiköpfigen Hundes gab. In der Psychiatrie traf ich dann auch endlich auf einen Wahrsager, der mir voraussagte, dass ich, wenn ich immer genug Fisch esse, lange leben werde.

Nicht zuletzt zu erwähnen sei das absolut magische Essen in unserer geheiligten Mensa, das definitiv besser als das Essen in Hogwarts ist und völlig frei von Hauselfen produziert wird. Apropos: neueste Erkenntnisse der Forschungsgruppe um Dr. Franziska Smith lassen darauf schließen, dass das Trapezfischbecken auf Ebene 2 über die Toilette der Maulenden Myrte erreichbar ist. Leider gibt es bis heute das Wahlfach „Parsel in der Medizin“ nicht, sodass dieser Weg wohl weiterhin versperrt bleiben wird.

Die Lebensretter sind zurück!

Lebensretter

Nach zwei Jahren Covid-Pause sind wir wieder da und möchten frisch durchstarten. Die Lebensretter-App ist eine Möglichkeit im Notfall als Ersthelfer:in wichtige Zeit bis zum Eintreffen der Rettung zu überbrücken. Notrufe, die einen Herzstillstand vermuten lassen, werden innerhalb weniger Sekunden automatisch an App-User:innen gesendet, die sich zum Zeitpunkt des Notrufes in einem Umkreis von 400m vom Einsatzort befinden. Hat man die App aktiviert, so wird der Alarm ausgelöst und man wird nach manueller Bestätigung zum Einsatzort oder nächstgelegenen Defibrillator geleitet. Vor Ort kann man mit lebensrettenden Sofortmaßnahmen beginnen, um die Überlebenschance zu erhöhen.

Die Voraussetzung für die Nutzung der App ist ein

16-stündiger Erste-Hilfe-Kurs. Für unseren Studierenden ist dieser automatisch im Curriculum implementiert – alle zwei Jahre finden im Humanmedizinstudium Auffrischkurse statt, die als Zertifizierung gelten. Möchtest du mitmachen, lade einfach den Nachweis des bestandenen Kurses als Screenshot aus dem MedCampus in der App hoch. Wichtig ist, dass sowohl die Anrechnung des Kurses, als auch Name oder Matrikelnummer zu sehen sein müssen.

Mit jedem Kurs wird man für zwei Jahre freigeschaltet, danach muss die Zertifizierung durch Bestehen des nächsten Kurses erneuert werden.

Sei auch du dabei und werde Teil des größten Ersthelfer:innen-Netzwerkes von ganz Österreich!

Kontakt: lebensretter@oehmedwien.at



Transplantationen

Altes Wissen und neue Möglichkeiten

Laura Kummer

Erst 1967 – vor 55 Jahren - wurde die erste dokumentierte Herztransplantation bei einem Menschen durchgeführt. Das Organ wurde abgestoßen und der Empfänger verstarb 18 Tage später an einer Lungenentzündung. Mittlerweile sieht die Sache ganz anders aus: knapp 8.000 Herztransplantationen werden pro Jahr weltweit durchgeführt. Laut einer Studie aus dem Klinikum München leben zehn Jahre nach der Transplantation noch 60% der Patienten – eine deutliche Verlängerung des Lebens! Das größte Problem bei Transplantationen ist allerdings schnell ersichtlich: der Organmangel. Organe, wie das Herz, können nicht von lebenden Personen transplantiert werden. Aufgrund dieser Problematik stehen unzählige Menschen auf der Warteliste und müssen um ihr Leben bangen, in Österreich allein sind das aktuell 815 Personen. Neue Erkenntnisse könnten das gesamte Gebiet der Transplantationsmedizin verändern und damit vielen Menschen das Leben retten.

Verteilung der Organe

Wer, wie, wann und warum und in welcher Reihenfolge ein Organ erhält, ist eine schwere Entscheidung und ein komplexes Unterfangen. Deswegen hat sich Österreich der gemeinnützigen Organisation „Eurotransplant“ angeschlossen, die insgesamt acht europäische Länder mit etwa 137 Millionen Einwohner umfasst. Über Eurotransplant werden jährlich 7.000 Transplantationen durchgeführt, allerdings stehen 14.000 Personen auf der Warteliste für ein Spenderorgan.

Die Entscheidung wer ein Organ erhält, ist von mehreren Faktoren abhängig. Dabei stehen selbstverständlich die Reihenfolge auf der Warteliste, die Notwendigkeit (also ob die Person dieses Organ wirklich benötigt) und auch die Verbesserung der Lebensqualität im Vordergrund. Allerdings ist auch die Funktionstüchtigkeit ein wichtiger Punkt: Wird das Organ auch seinen Zweck erfüllen können oder könnte es vorgeschädigt werden (z.B. eine Lunge durch Rauchen)? Viele weitere, auch nicht-medizinische Aspekte spielen eine Rolle.

Damit nun ein Patient oder eine Patientin auf eine Warteliste für eine Organspende kommt, muss ein

Krankheitsbild, wie Organversagen oder eine fortschreitende lebensgefährliche Erkrankung vorliegen. Wenn man allerdings an einer Infektionskrankheit leidet oder aber auch ein lebensbedrohliches Risiko bei der Transplantation besteht – also womöglich kein Erfolg – so ist man von dieser Warteliste ausgeschlossen. Was machen Menschen, die ein Organ benötigen, aber keines bekommen?

Durchbruch in der Medizin

Am 7. Jänner 2022 gelang einem Ärzteteam im „University of Maryland Medical Center“ (USA) ein herausragenden medizinischen Durchbruch: aufgrund einer speziellen Genehmigung durfte ein Schweineherz transplantiert werden. Ja, ein echtes, komplettes Schweineherz! Der 57-jährige Patient David Bennett hatte sich an so manche Therapie nicht gehalten und wurde nicht auf die Warteliste aufgenommen. Es wurde ihm ein experimentelles Verfahren angeboten, dass er annahm. In einer achtstündigen Operation wurde ihm das Herz eines gentechnisch veränderten Schweins eingesetzt – sein Zustand war sehr lange stabil, allerdings verstarb er schließlich am 8. März. Nachdem es sich nichtsdestotrotz um ein nicht-menschliches Herz handelt, werden auch mehr und andere Immunsuppressiva benötigt. Der ausschlaggebende Grund wieso das Organ noch nicht abgestoßen wurde, ist, die Veränderung des Erbguts des Schweins. Hierbei wurden insgesamt zehn Gene abgeändert. Drei Gene wurden „ausgeschaltet“, die für die Antikörperbildung zuständig sind. Weitere sechs sind für die Immunreaktion des Empfängers relevant: so wirken sie anti-inflammatorisch und regulatorisch, damit die Antikörperreaktion herabgesetzt wird. Auch eine normale Blutgerinnung wird damit ermöglicht, um das Risiko eines Blutgerinnsels zu minimieren. Das letzte Gen wurde verändert, damit das Herz nicht im Thorax des Patienten wachsen kann.

Xenotransplantationen – eine neue Hoffnung?

Irgendwie kam das doch recht schnell, oder? War es zu erwarten, dass wir medizinisch schon so weit sind? Eigentlich ja. Eine der bekanntesten ersten Xe-

notransplantationen (= Transplantationen mit nicht menschlichem Gewebe) wurde bei einem Baby mit einem transplantierten Pavianherz 1984 durchgeführt, es überlebte 21 Tage. Erst kürzlich erfolgte eine Transplantation bei einer bereits hirntoten Patientin mit einer Niere am 25. September 2021. Sie war über zwei Tage angeschlossen und war voll funktionstüchtig. Aufgrund dieser bahnbrechenden medizinischen Entwicklung könnte das größte Problem – der Organmangel – schon bald aus der Welt geschafft sein.

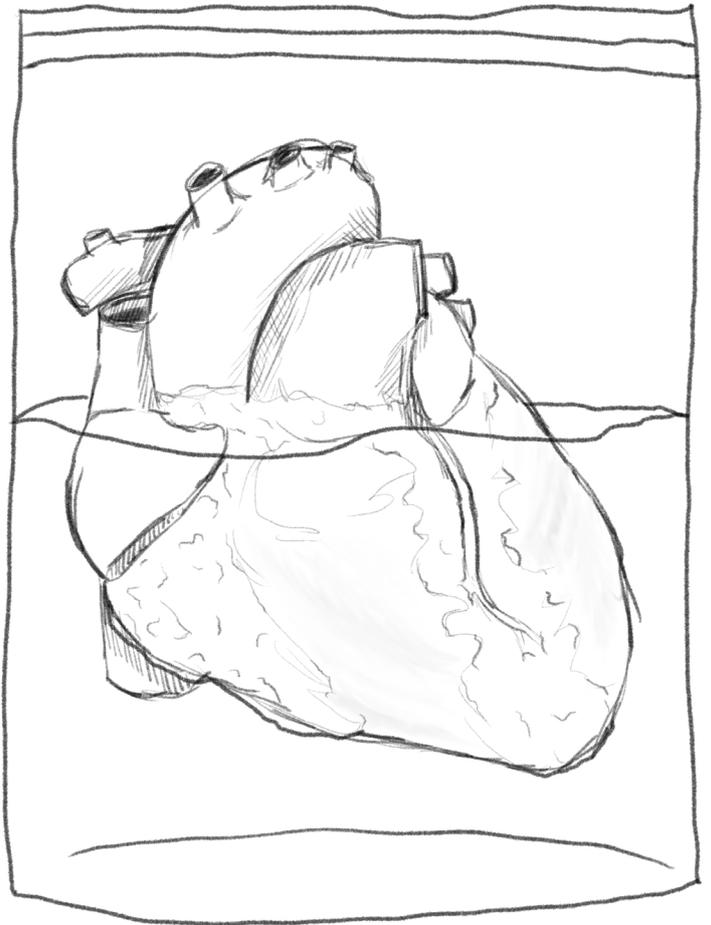
Wo Xenotransplantationen jetzt schon oft eingesetzt werden, ist bei Herzklappentransplantationen. Sie werden meist entweder Rindern oder Schweinen entnommen. Dabei müssen diese Patienten keine blutverdünnenden Medikamente einnehmen und sie vernehmen kein „Ticken“ bei jedem Herzschlag (wie es bei mechanischen Herzklappen der Fall ist). Der große Nachteil ist, dass sie sehr schnell verkalken, wodurch sie eher bei älteren Personen eingesetzt werden. Das wirft die Frage auf, wieso wir größtenteils mit Schweinen herumexperimentieren und nicht mit unseren nächsten Verwandten – den Primaten. So passen Organe von Schweinen physiologisch besser zum Menschen und näher auf das Herz eingehend, ist die linke Kammer stark genug, um den Körper zu versorgen. Ein weiterer Vorteil bei der Verwendung von Schweinen stellt auch die geringe Generationenzeit und die überaus einfache Zucht dar.

Bessere Zukunft mit mehr Fragen

Mit dem Fortschritt der Xenotransplantationen werden wir mit vielen medizinischen, sowie mit ethischen Problemen konfrontiert. Viele Tierschützer sträuben sich dagegen, doch stellt sich auch dabei die Frage: Wenn ein Schwein nur für den Genuss gezüchtet wird, so könnte man es doch gleich dazu verwenden jemanden das Leben zu retten? Auch bezüglich der Änderung des Erbguts und dem damit verbunden Tierleid, ist vieles noch unklar. Da wir noch ziemlich am Anfang damit stehen, weiß man auch nicht, wie lange Organe halten und auch welche Krankheiten, wie Hepatitis-E-Viren oder Schweine-Retroviren damit übertragen werden könnten.

Die Sache muss auch von einem anderen Aspekt betrachtet werden: will ein Mensch überhaupt ein Schweineherz? Viele Organempfänger leiden nach einer Transplantation an Schuldgefühlen, Depressionen und weiteren psychischen Erkrankungen. Wenn nun ein Mensch, nicht mehr zu 100% aus menschlichem Gewebe besteht, könnte dies zu noch schlimmeren Reaktionen führen.

Derzeit stellt die Xenotransplantation nur einen Teil der Forschung dar – wie lange es noch dauert, bis es zum medizinischen Alltag wird, ist noch unklar. Bis dahin müssen noch viele Regelungen, speziell der Tierhaltung und Lebensbedingungen der genveränderten Tiere betreffend und auch die psychische Unterstützung von Organempfängern vor und nach einem solchen Eingriff beschlossen werden.



Suderecke

ERASMUS-Bericht: Wien, Wintersemester 2027 (Humanmedizin)

Zur jüngsten Rolle der Lehrkräfte an der MUW...

Als ich mir zu Beginn der Bewerbungsphase die verschiedenen Städte für das ERASMUS-Programm angesehen habe, war die Wahl für mich schnell klar: Wien. Zu Kaiserschmarrn und Kaffee sollte es für mich in die kaiserliche Hauptstadt Österreichs gehen. Kurze Zeit später erhielt ich glücklicherweise schon meine Zusage. Vor meiner Abfahrt galt es aber noch einiges an Papierkram zu erledigen, was nicht unterschätzt werden will! Seit dem Amtsantritt der aus der Wahl 2024 hervorgegangenen Regierung der Impfskepsispartei muss bei der Einreise ein Anti-Impfnachweis vorgelegt werden, der bestätigt, dass man innerhalb der letzten 24 Monate keine COVID-Impfung erhalten hat.

In Wien angekommen ging es dann auch direkt mit der Uni los. Ich hatte zuvor mitbekommen, dass die MUW 2024 auch einen neuen Direktor bekommen hat, der das Curriculum des Medizinstudiums grundlegend reformiert haben soll. Diese Erfahrung wollte ich mir nicht entgehen lassen!

Das Studium in Wien ist in verschiedene thematische Blöcke eingeteilt. Für mich begann das Semester mit

Block 7 „Alternative Wissenschaft und Medizin“ und Block 8 „Manipulation durch die Medien“. Die Vormittage waren jeweils prall gefüllt mit Vorlesungen. In den ersten beiden Stunden präsentierten uns die Dozierenden in den großen Hörsälen haufenweise YouTube Videos, damit wir uns alternativ über wissenschaftliches Arbeiten informieren konnten. Didaktisch neu war für mich auch die uneigene Telegram-Gruppe, in der die Vorlesungsinhalte synchron mit zusätzlichem Material an Artikeln, Sprachnachrichten und Videos für das Selbststudium ergänzt wurden. Meist ging es darum, dass wirklich keine Infektionskrankheit schlimmer als eine Grippe sei. Die Nachrichten in dieser Gruppe begannen immer mit einem fürsorglichen „WACHT ENDLICH AUF!!11!“.

Scheinbar waren zu so früher Stunde in den Hörsälen einige Kolleg:innen noch recht verschlafen. Sehr familiär, wie sich hier gekümmert wurde! Zusätzlich belegte ich zwei Wahlfächer. In einem medizinrechtlichen Seminar lernten wir, wie man Patient:innen mittels eines zehnmütigen Online-Videos für ein Anti-Impfattest aufklären kann, um es



ihnen dann um 20 Euro zu verkaufen. Die Praxisnähe der Lerninhalte hat mir wirklich gut gefallen! Das zweite Seminar war zur Medizingeschichte, in dem wir lernten, dass die Maßnahmen während der COVID-Pandemie die schlimmste aller Diktaturen der Menschheitsgeschichte darstellten. Die von der impfskeptischen Regierung 2024 erlassenen Notstandsgesetze müssten noch auf unabsehbare Zeit in Kraft bleiben, um die entstandenen Schäden zu begrenzen. Am Ende des Semesters erwartete mich der an der MUW legendäre und gefürchtete Block 9. Meine Kleingruppe hatte das Pech, dass wir dem neuen Leiter des Instituts für Pharmakologie, Prof. H. Pickl, zugeteilt wurden. Ich informierte mich deshalb bei meiner Kleingruppe, wie ich mich bestmöglich vorbereiten könnte. Die Prüfungswoche besteht neuerdings nur mehr aus zwei Prüfungstagen. An Tag 1 werden die Anthelminthika mit besonderem Fokus auf Ivermectin geprüft. An Tag 2 folgte dann das Thema „Mir kann nichts passieren, denn ich habe ein funktionierendes Immunsystem !1!1!“. Als Lernmaterial wurde mir mehrfach das Pharmalehrbuch „Der Pickl“ emp-

fohlen, da es mit seinen einzigen zwei Kapiteln genau die beiden Themengebiete abdeckte. So war die Prüfung insgesamt wirklich machbar, weshalb ich mich für meinen letzten Abend zum Fortgehen mit ein paar Kolleg:innen verabredete, um das Semester feuchtfröhlich im Charlie P's ausklingen zu lassen.

Auf dem Weg dorthin wurde ich im Alten AKH aus dem Nichts mit einem leichten Pieks am Kopf getroffen. Ein paar Kinder saßen bei einem Spielplatz lachend auf einem Berg von zerrissenen Büchern und bastelten voller Freude Papierflieger. Das Papier meines Fliegers war blau und hatte eine kleine Schachfigur am unteren Rand. Der Name des Autors war nicht mehr zu lesen. Auf die Frage, was es mit diesem Buch auf sich habe, sagte man mir, dass das Buch "evidenzbasiert" sei und man deshalb den Autor niemals beim Namen nennen dürfe. Man spreche von ihm nur noch als "Du-weißt-schon-wer".

Insgesamt bin ich mit meinem ERASMUS-Semester super zufrieden gewesen und kann die Stadt allen wirklich ans Herz legen! Schaut mal vorbei!

Running Team

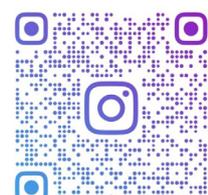
Laufgruppe der MedUni Wien

Zugegebenermaßen kann uns allen der Uni-Alltag hin und wieder dermaßen unter Stress setzen, dass man sich einfach nur denkt: Es ist doch zum Davonlaufen... Falls auch euch gelegentlich solche Gedanken plagen, seid ihr prinzipiell bei uns genau richtig aufgehoben!

Das Running Team der MedUni Wien ist eine Studierendeninitiative, die zum gemeinsamen Laufen unter Kolleg:innen motivieren soll. Egal ob erfahrene:r Läufer:in, Gelegenheitsjogger:in oder absoluter Neuling – bei uns ist jedes Niveau willkommen mitzumachen, solange man Freude am Laufen hat, oder auf der Suche danach ist.

Falls ihr auch Lust habt, bei einem unserer wöchentlich stattfindenden Lauftreffen dabei zu sein, schaut gerne auf unserer Instagram-Seite vorbei, wo rechtzeitig alle Infos bekanntgegeben werden!

Bis dann, wir freuen uns auf euch!



[RUNNING_TEAM_MEDUNI_WIEN](https://www.instagram.com/RUNNING_TEAM_MEDUNI_WIEN)

Praktisch Pleite

Taskforce für klinische Praktika

ÖH Med Wien

Das Klinisch-Praktische Jahr. Das Jahr, in welchem Humanmedizinstudierende das in den letzten fünf Jahren erworbene Wissen praktisch zur Anwendung bringen. Das Jahr, worauf sich die meisten Studierenden freuen, da es unser Sprungbrett in die Klinik darstellen soll. Wie gut auch das Grundkonzept des KPJs ist, berichten viele Student:innen von durchwachsenen Bedingungen im KPJ. Viel zu oft werden sie nur als billige Schreibkräfte, als Helferlinge für die Blutabnahme, sowie für das Statuieren von Patient:innen eingesetzt.

Uns ist klar – es benötigt einiges an Verbesserung der Richtlinien, um ein faires und lehrreiches Praktikum für alle Jungmediziner:innen zu ermöglichen. Um dieses Ziel weiter zu verfolgen, wurde von der ÖH Med Austria eine Taskforce ins Leben gerufen, die sich für Verbesserungen rund um das klinisch-praktische Jahr einsetzt:

Wer sind wir?

Motivierte Studierende der Hochschüler:innenschaften der Medizinischen Universitäten Innsbruck, Graz, Linz, Wien, sowie KL und SFU, welche sich für die Verbesserung der Rahmenbedingungen für klinische Praktika einsetzen möchten.

Worum geht's?

Die Arbeitsbedingungen im KPJ sind, was faire Entlohnung und Wertschätzung betrifft, aktuell sehr schlecht. Der Sinn der klinischen Praktika besteht darin, dass Studierende als lernende Teammitglieder ärztliche Fertigkeiten üben und erlernen, und durch diese Praktika Sicherheit in der Betreuung von Patient:innen gewinnen. Die Studierenden werden jedoch oft nur als billige Arbeitskräfte eingesetzt und übermäßig für administrative Aufgaben, sowie Blutabnahmen und Aufnahmen von Patient:innen eingesetzt. Die Lehre, der Hauptaspekt des Praktikums, wird außen vor gelassen.

Es ist selbstverständlich klar, dass die genannten Aufgaben grundlegende ärztliche Fähigkeiten darstellen. Jedoch darf nicht vergessen werden, dass das KPJ ein "Praktikum" ist, dass Zeit für Lehre verfügbar sein muss! Andere Themengebiete und Tätigkeiten, wie z.B. die Therapieplanung oder Diagnosestellung dürfen nicht vernachlässigt werden!

Die Realität ist jedoch, dass Student:innen im KPJ oft (auch aufgrund eines herrschenden Personalmangels und daraus resultierenden Zeitmangels) in viele Prozesse der Patient:innenbehandlung nicht miteinbezogen werden und im Team nicht auf gleicher Augenhöhe gearbeitet wird.

Ein weiterer wichtiger Problempunkt im KPJ ist die finanzielle Entschädigung. Derzeit werden an fast allen österreichischen Standorten Aufwandsentschädigungen in der Höhe von 650€ brutto an KPJler:innen ausgezahlt. Am Ende des Monats stehen davon ca. 550€ netto zur Verfügung. Rechnet man diesen Betrag, bemessen auf eine 30h Woche (die Selbststudienzeit dabei außer Acht gelassen), auf den Stundenlohn herunter, so erhält man 5,41€/h. Hinzu kommt außerdem, dass meist noch zusätzliche Stunden an der Abteilung verbracht werden, die natürlich nicht vergütet werden. Es stellt sich also für Studierende, die keine weitere finanzielle Unterstützung erfahren, als deutlich schwieriger heraus, während des Praktikums einem weiteren Nebenjob nachzugehen. Viele Personen haben aus diesem Grund nicht genug Geld zur Verfügung und rutschen in eine finanzielle Notlage.

Wer zahlt das KPJ?

Es ist wichtig zu erwähnen, dass die Medizinischen Universitäten per se nicht für die Auszahlung der Aufwandsentschädigungen im KPJ zuständig sind, sondern die jeweiligen Krankenhäuser. Als Student:in im KPJ gehst du einen Ausbildungsvertrag mit dem jeweiligen Lehrkrankenhaus ein. Das Geld wird somit vom Krankenhausbudget ausgezahlt (Ausnahme WIGEV, die Auszahlung, sowie Versicherung erfolgt über die Stadt Wien).

Was hat die Taskforce bisher alles erreicht?

Die ÖH Med Wien setzt sich seit Jahren für faire und lehrreiche klinische Praktika ein. So haben wir uns bereits in der Vergangenheit mit diversen Stakeholdern wie z. B. der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK), der Landesgesundheitsagentur Niederösterreich (LGA), sowie diversen politische Funktionären und Nationalratsabgeordneten getroffen, um auf dieses wichtige Thema aufmerksam zu machen. Auch wurden im letzten Studienjahr viele Demos wie "Praktisch Pleite" und "Teil des Teams" organisiert, um mehr Zuständige zu erreichen.

Wie erreichen wir das Ziel (= faires KPJ)?

Wie du natürlich weißt, sind unsere Aktionen nur so aussagekräftig wie unser Rückhalt ist (= du und deine Mitstudierenden). Daher bitten wir DICH um deine Unterstützung! Du kannst uns helfen, unsere Forderungen für faire Praktika umzusetzen, indem du das KPJ evaluiertest, uns deine Erfahrungsberichte schickst und an unseren Umfragen teilnimmst. Doch das Wichtigste ist, dass du an unseren Demos teilnimmst und gemeinsam mit uns für die Verbesserung der Bedingungen im klinisch-praktischen Jahr einsteht! Wir planen im Sommersemester mit allen Auszubildenden der Gesundheitsberufe auf die Straße zu gehen. Alle Information bekommst du rechtzeitig über unsere Social-Media-Kanäle (Facebook und Instagram).

Uns ist natürlich bewusst, dass es sich hierbei um ein immer wieder aufkommendes Thema handelt, welches schon einen langen Prozess hinter sich herzieht. Auch scheint es manchmal so, als würde gerade nichts passieren. Aber wie jede Veränderung, ist auch bei diesem Thema die Zeit, sowie die Unterstützung durch möglichst viele Betroffene, sowie die verantwortlichen Stakeholder der entscheidende Faktor.

Wir arbeiten hart daran, dich so gut wie möglich zu vertreten und hoffen, dass wir das Ziel – faire und lehrreiche Praktika – bald erreichen können.

Unsere Forderungen?

1. Kollegialer und wertschätzender Umgang mit Studierenden in klinischen Praktika
2. Tatsächliche Ausbildung in ärztlichen Tätigkeiten durch betreuende Ärzt:innen gemäß österreichischem Kompetenzlevelkatalog
3. Deziert für Lehre eingeplante Arbeitszeit für lehrendes Personal (wie z.B. KPJ-Mentor:innen)
4. Einhaltung der von der Universität festgelegten Richtlinien
5. Qualitätssicherung – Nicht-Re-Akkreditierung von Abteilungen, welche die vertraglich mit der MedUni Wien vereinbarten Richtlinien nicht einhalten
6. Entlohnung der Studierenden in klinischen Praktika in einer Höhe, die eine eigenständige Lebensführung ermöglicht
7. Unterstützung durch Verpflegung, Fahrtkostenzuschuss, Betriebskindergarten, etc.
8. Anbieten einer Unterkunft für Studierende in klinischen Praktika (v.a. in ländlichen Regionen)
9. Das Bereitstellen von hygienischer Arbeitskleidung und einer Aufbewahrungsmöglichkeit für persönliche Gegenstände
10. Anpassung der Fehltage gemäß „Sechstel-Regelung“ der Ärzt:innen Ausbildungsordnung auf 40 Fehltage im klinisch-praktischen Jahr

Hard facts zum KPJ:

- AE: 650€ brutto (ca. 550€ netto)
- Dauer: 3x16 Wochen
- 30h/Woche + 5h Selbststudienzeit
- Stundenlohn: ca. 5,41€/h



KPJ in Südafrika

Tertial B im Chris Hani Baragwanath Academic Hospital - Johannesburg, Südafrika

Erfahrungsbericht von Markus Kleinberger

Südafrika ist ein Land das irgendwo zwischen Weltoffenheit und Post-Apartheid-Rassismus, Gastfreundlichkeit und elektrischen Stacheldrähten, landschaftlicher Schönheit und Townships, Industrialisierung und Hexenverbrennungen stecken geblieben ist. Seit Jahrzehnten kämpft man hier gegen eine immense Kluft zwischen Arm und Reich, ein niedriges Bildungsniveau, staatliche Korruption und eine Arbeitslosenquote von bis zu 60%.

Dieses Ungleichgewicht, das im Wesentlichen durch die erst 1994 abgeschaffte Apartheid verursacht wurde, entlädt sich in einer der weltweit höchsten Kriminalitätsraten, mit mehr als 60 Morden pro Tag. Eine Vielzahl an illegalen Waffenbesitzen und ein größtenteils korrupter Polizeiapparat haben in den letzten Jahren dazu geführt, dass der private Sicherheitssektor mehr finanzielle Mittel zur Verfügung hat als nationales Militär und Polizei zusammen. Neben den bereits vorhandenen politischen Problemen hat die Ausbreitung der Deltavariante des Corona Virus die Wirtschaft und das Gesundheitssystem des Landes noch weiter in die Knie gezwungen und zusätzlich zu weitreichenden Unruhen und Instabilität geführt. Bereits vor Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie hatte Südafrika mit einer der höchsten HIV-Raten weltweit, zu kämpfen (je nach Quelle rund 20% der Gesamtbevölkerung). Die Hälfte aller landesweiten Fälle werden in den Provinzen KwaZulu-Natal (Durban) an der Ostküste und Gauteng, in welcher sich Johannesburg befindet, registriert. Die Empfehlung des ehemaligen Präsidenten Südafrikas Thabo Mbeki (1999-2008) HIV mit Knoblauch & Olivenöl oder mit roter Bete (Empfehlung von Dr. Manto Tshabalala-Msimang, Gesundheitsministerin 1996-1999) zu therapieren, bzw. Jacob Zumas (Präsident 2009-2018) Antwort auf die Frage eines Journalisten was er protektiv nach dem bewussten Geschlechtsverkehr mit einer HIV-positiven Frau gemacht habe („I had a shower!“) hatten nicht sonderlich zur Aufklärung beigetragen.

Ein Monat HIV-Postexpositionsprophylaxe nach Nadelstich war bereits vorauszusehen.

Anästhesie – „Are we on generators? Again?“

Chris Hani Baragwanath Academic Hospital ist mit rund 3200 Betten (vgl. AKH 1763 Betten, Stand 2019) das größte Krankenhaus der Südhälfte der Welt und das

drittgrößte der Welt. Das Krankenhaus selbst wurde während des Zweiten Weltkriegs für südafrikanische und britische Soldaten errichtet und nach dem aus Cornwall stammenden Goldschürfer John Albert Baragwanath und dem ANC-Politiker Chris Hani benannt. Es liegt direkt am Soweto, kurz für South-West-Township. Aufgrund der unmittelbaren Nähe zum fast 2 Millionen Einwohner zählenden größten Township des Landes ist das „Bara“ mit einer für europäische Verhältnisse unglaublich hohen Anzahl an mittelstandslosen Patient:innen aus der Region konfrontiert.

Relativ überrascht ist man demnach vom hohen akademischen Level der Anästhesist:innen, die zwar größtenteils noch nie eine ECMO gesehen haben, aber die Basisphysiologie und Anwendungen ihres Faches im Schlaf beherrschen und die gleichzeitig eine unglaubliche Motivation an den Tag legen jüngeren Mediziner:innen etwas beizubringen. Auch die Ausstattung der Operationssäle im „Baradise“ lässt so manchen alten OP im ehemaligen KAV schlecht aussehen. Merkbare Unterschiede finden sich ausschließlich im nicht-Vorhandensein von Handschuhen – „Just size small for this theater!“, Noradrenalin – „Too expensive!“, und Sugammadex – „Waaaay too expensive!“. Auch die Tatsache, dass es bei stärkeren Regenfällen mal zum perioperativen Regenguss von der Raumdecke in einem der mehr als 30 Operationssäle kommt, hebt sich von den europäischen Hygienestandards ab. Durch die chronische Unterfinanzierung der staatlichen Krankenhäuser muss man öfter improvisieren, eine Aktivität die mittlerweile als Baraism bekannt wurde: Larynxmasken und Harnkatheter werden mit Ultraschallgel geschmiert, Mineralwasserflaschen mit warmem Wasser als Hotline für die EKs verwendet, Lampengriffe mit sterilen Handschuhen umwickelt, Operationsbesteck per Hand „steril“ gewaschen und wieder eingepackt. Dank Dieselgeneratoren merkt man von den wöchentlichen Stromausfällen im Krankenhaus bis auf das Flackern der OP-Lichter recht wenig. Den Vorfall, als auch diese als Backup ausfielen, man Patienten auf ICU handbeatmen musste, sämtliche Ventilatoren in den OPs ausfielen und man die nächtlichen 25-30 Sectios mit Unterstützung von Handytaschenlampen geschnitten hatte, habe ich knapp um einige Wochen verpasst.

Trauma Department – Gunshots, Stabbings & Mob Assaults

Etwa 70% aller Einlieferungen im Bara werden in der internistischen Notfallaufnahme oder der Traumatologie aufgenommen. Dies entspricht täglich mehr als 350 Patient:innen, davon monatlich 160 mit Schusswunden. Nicht umsonst hat Baras Trauma mit 14 offiziellen Resuscitation-Positionen (=Schockraumbetten) den internationalen Ruf als hektischste Notaufnahme der Welt. Die Krankheitsbilder unterscheiden sich dabei grundlegend von jenen in der europäischen Traumatologie: Stich- und Schusswunden, elektrische, chemische und Flammenverbrennungen gehören zum täglichen Patient:innengut, ebenso wie Autounfälle und angefahrene Fußgänger:innen. Da es die örtliche Polizei häufig vorzieht sich nicht in die Tiefe der Townships zu begeben, nimmt die Bevölkerung vor Ort die Strafverfolgung selbst in die Hand. Betitelt als „Mob Justice“, gehören Patient:innen mit Crush-Syndrom und Verbrennungen nach Gruppenattacken ebenso zum täglichen Klientel.

Trauriger Rekord während der Riots im Sommer 2021: 149 Resus Patient:innen, davon 43 mit Schusswunden innerhalb 24 Stunden - und das alles ohne einem einzigen Erythrozytenkonzentrat, nachdem Plünderer die Blutbank überfallen hatten, in der Hoffnung in der „blood bank“ Geld zu bekommen. Bewaffnet mit dem kleinsten Venflon im Raum (16G, weiß) und einem Ganzkörper-Low-Dose-X-ray (Lodox) statt Schockraum-CT ist man teilweise als Student dann alleine für die Betreuung von P1-Patient:innen zuständig.

Ambulance Shifts – Saving Soweto

Wem die Hektik in den Pits und im Resus noch nicht genug ist, der kann sich auch mit etwas Connections und nettem Nachfragen Schichten auf den ALS/ECP-Response-Cars der privaten Ambulanzen von Netcare911 und Emer-G-Med vereinbaren. An der Seite von Paramedics, die ihr Studium mit Einsätzen in Afghanistan und Irak finanziert haben, bzw. bewaffneten Tactical-Paramedics findet man sich plötzlich in der Situation wieder in Townships Nulllinien-EKGs bei 20-jährigen schreiben und Einschusslöcher für die Polizei zählen zu müssen (7 in dem Fall, ohne den Kopfschuss). Ebenso eine der unzähligen Möglichkeiten Notaufnahmen anderer Krankenhäuser kennen zu lernen, tief in den Alltag der ärmsten Bevölkerung in Soweto und Alexandra einzutauchen und sich der eigenen Privilegien in Europa bewusst zu werden. Trotz der erschreckenden Umstände vermisst man dabei nur die morgendliche Blutabnahmen, das Ha-

kenhalten bei der hundertsten Varizenoperation und das angeschrien werden von Chirurg:innen (in Südafrika genauso wie sexistische Anspielungen übrigens ein absolutes No-Go). Zusammenfassend ist Johannesburg als Tertial – wenn auch nur für Hartgesottene, ein Erlebnis und eine Bereicherung. Vor allem für jene die sich später notärztliche Einsätze in Krisengebieten vorstellen können!

PS.: Vor Kurzem wurde eine Initiative an der MUW mit Verbindung zu „Ärzte ohne Grenzen“ gegründet: Friends of MSF. Für mehr Infos hierzu, sowie SA gerne eine Mail an markus.kleinberger@meduniwien.ac.at.



Helicopter Emergency Medical Service (HEMS) mit Netcare911 – Transport eines 12-Stunden-alten Neugeborenen mit angeborenem Herzfehler aus einem Peripheriekrankenhaus an eine Spezialklinik



Kerzen, Stirnlampen & Handlyichter: Trauma Resuscitation Room während der regelmäßigen Stromausfälle. Foto mit längerer Belichtung und für den Beitrag im Nachhinein künstlich aufgehell.

KPJ auf einer Covid-Station

Erfahrungsbericht einer Studentin

Montag, 7:32 Uhr. Fast ganz pünktlich für den Arbeitsbeginn. Wie jeder Morgen in meinem KPJ auf der Inneren startet auch dieser mit morgendlichen Blutabnahmen. Was neu ist: Ich bin ab heute für 2 Wochen auf der Covid-Station, welche die Interne Abteilung betreut, eingeteilt. Gleich zu Beginn strebe ich den Aufenthaltsraum der Pflege an, stelle mich vor und frage, was es hier auf der Station denn alles zu beachten gebe. Wo ich die Bereichskleidung herbekomme, die sie alle tragen. Wie das mit dem Ankleiden und Abwerfen der Schutzkleidung ablaufe, ob es dafür gekennzeichnete Behälter gebe und wo diese zu finden seien. Wie häufig sie ihre FFP3-Masken wechseln, wie viele man pro Tag beanspruchen dürfe. Was ich alles in ein Patientenzimmer mitnehmen, was man mit hinausnehmen dürfe. Schnell ist alles geklärt, ran an die Arbeit. Die hellblauen Scrubs finde ich im Raum hinten links. Zu spät komme ich drauf, dass die Tür absperrenbar ist, da dreht sich bereits ein peinlich berührter Kollege auf der Schwelle um und ich schlupfe noch hastiger in den viel zu groß geschnittenen Kasack, um den Raum wieder freizugeben. Ab zum Stützpunkt, die Blutröhrchen checken. Heute gibt es nur 5 Patient:innen, bei denen ich Haus- und Hofvampirin spielen muss, davon 3 BGAs. Deutlich weniger als auf der normalen Bettenstation. Liegt wahrscheinlich daran, dass der Lockdown nach 3 Wochen seine Effektivität zeigt und aktuell nur 9 Patient:innen hier stationär aufgenommen sind. In den Wochen davor war hier nämlich sehr viel mehr losgewesen, fast keine Betten von den 25 verfügbaren mehr frei. Ich schnappe mir die ersten drei Röhrchen samt Zubehör und trabe zum Zimmer. Im Kopf gehe ich die Checkliste durch – erstes Paar Handschuhe, Schutzmantel, zweites Paar Handschuhe, Plastikschürze, Schutzhaube, FFP3-Maske mit Gummizug über den Hinterkopf, zweite Schutzhaube, Schutzbrille. Ich prüfe nochmal den Sitz der Maske und ärgere mich, dass die Schutzbrille über meiner Brille nicht vollkommen abschließt. Muss eben so gehen. Hoffentlich habe ich nichts vergessen. Ich klopfe und betrete das Zimmer, in dem zwei Herren im Alter zwischen 70 und 85 ihre Betten hüten. Auf den ersten Blick sieht es eigentlich aus wie jedes andere stickige Zweibettzimmer im Klinikum auch. Nur, dass der eine Patient am Airvo hängt (Anm.: Vorstufe zu Beat-

mungsmaschinen und vor der Pandemie hauptsächlich auf Intensivstationen eingesetzt) und der andere sich seine Sauerstoffmaske auf die Stirn geschoben hat, während er vor sich hin deliriert. (Okay, Zweites ist auch auf der Normalstation nicht unüblich.) Die Details der Blutabnahme sparen wir uns – jedenfalls ist der Kampf mit einem deliranten Patienten, um an seine Venen zu kommen, um einiges anstrengender, wenn man in einem stickigen Raum in Plastikkleidung gepackt ist und im Hinterkopf hat, dass man sich mit einer unbedachten Bewegung kontaminieren könnte. (Kann man sich zwar eh bei allen Infektionen, aber mir war das in der Situation viel deutlicher bewusst.) Die restlichen Blutabnahmen gestalten sich weniger herausfordernd, eigentlich wie jede andere auch, nur, dass man eben die Schutzkleidung stetig wechselt und sich noch mehr auf das Tasten konzentrieren muss, da es durch zwei paar Handschuhe und den eigenen Schweißfilm doch etwas erschwert ist. Und dann gibt es noch den anfänglichen Struggle mit dem korrekten Ablegen der Schutzkleidung. Wenn ich ein Zimmer verlasse, wird die Plastikschrürze und das erste Paar Handschuhe im Patientenzimmer, der Rest direkt vor der Türe im mit roten Klebestreifen begrenzten Bereich abgenommen und in den dortigen Mistsäcken entsorgt. (Weil die Viren schlau sind und sich an die Markierungen halten, hatte eine DGKP in sarkastischem Unterton beim Erklären angemerkt.) Aber letztendlich schaffe ich auch das. Positiv überrascht mich, dass dort wirklich vorgesehen ist, nach jedem Zimmer die FFP3-Maske zu wechseln. Einen derartig liberalen Umgang mit Schutzkleidung hatte ich sonst nirgends erlebt – auf der internen Bettenstation musste man sich für jede frische Maske, die man aus dem Lager bezog, rechtfertigen. Auch die Händehygiene dort könnte man sich in manchem OP anschauen. Erleichtert, die Blutabnahmen erledigt zu haben, trinke ich kurz einen Schluck Tee im Aufenthaltsraum. Mein höchster Respekt geht an die Kolleg:innen der Pflege. Die Pflegearbeit, die oft viel körperliche Anstrengung verlangt, ist durch die erforderlichen Schutzmaßnahmen sowie das erhöhte Infektionsrisiko deutlich verschärft.

Nach der Morgenbesprechung geht es weiter mit der Visite. Die Visite erinnert mich etwas an den Cantina-Song. Heißt: Schutzkleidung an, Patient:in

kontrollieren, Schutzkleidung aus, gründliche Händedesinfektion, nächstes Zimmer – und dieselben Schritte nochmal! Die Inhalte der Visite beschränken sich im Wesentlichen auf den aktuellen Sauerstoffpartialdruck im peripheren arteriellen Blut, welche Maßnahmen zur Verbesserung desselben eingeleitet werden müssen oder ob man eher auf weitere Maßnahmen verzichtet, um den Patient:innen einen angenehmen Abgang von dieser Welt zu ermöglichen. Nicht außer Acht zu lassen sind ebenso die Diskussionen mit einem gewissen Klientel, dass ihre Erkrankung keine schwere Erkältung sei, sondern eine ernstzunehmende Virusinfektion. „Ich glaube nicht an Corona“, raunzt der 50-jährige Patient trotzig dem diensthabenden Oberarzt entgegen, während die Assistenzärztin die Einstellungen an seiner Beatmungsunterstützungsmaschine adjustiert, weil er über Nacht auf einen pO₂ von 55 mmHg trotz eines Flows von 38 L/min abgesunken und beim Toilettengang kollabiert ist, da er sich dafür den Schlauch der Atemhilfsvorrichtung entfernt hatte. „Wir glauben auch nicht daran, wir wissen, dass es existiert. Die Medizin ist nämlich nicht eminenz-, sondern evidenzbasiert“, erhält

er die schlagfertige Antwort des Oberarztes, welcher sich anschließend die Zeit nimmt, mit dem Patienten das Thema „Impfungen in der Covid-Pandemie“ zu erörtern. Ob er vergleichbar viel Erfolg haben wird, wie Sisyphos mit seinem Felsbrocken? In der Zwischenzeit begleite ich die Assistenzärztin auf der restlichen Visite. Hinter uns wird ein etwa 75-jähriger Patient aus seinem 3-Bett-Zimmer in das 1-Bett-Zimmer am Ende des Ganges geschoben und winkt uns schwach zu. Bei ihm war nämlich während der Visite ein AND ausgehandelt worden, worauf er im sogenannten „Palliativ-Zimmer“ warten sollte. Doppelt geimpft, aber Delta war schneller als der Drittstich. Nach einer halben Stunde stößt der Oberarzt wieder zu uns und berichtet von seiner – wie erwartet mäßig erfolgreichen – Beschäftigung der letzten 30 Minuten. Innerlich schüttle ich den Kopf. Es wirkt alles fast schon zynisch-lächerlich und mein Verständnis für den Verdruss der dort arbeitenden Kolleg:innen wächst noch ein Stückchen mehr. Eine Station absurder Gegensätze, die hoffentlich nicht mehr allzu lange existieren muss.



Wie die Universitätszahnklinik uns unsere Lehre nimmt

The Dentist

Studierende der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sind an der MUW mit ca. 10,5% eine Minderheit der Medizinstudierenden. Wir möchten diese Plattform nutzen, um dich zu informieren und auf Missstände aufmerksam zu machen. Für eine bessere Lehre, damit du später der/die Ärzt:in werden kannst, die/der du sein willst. Das liegt uns sehr am Herzen.

Zum Thema „Faire Entlohnung für Studierende der Gesundheitsberufe“ werden wir im Folgenden auf die aktuelle Situation der Studierenden der Zahnmedizin an der MedUni Wien, insbesondere im 72-Wochen-Praktikum (im Folgenden 72-WP) eingehen. Auch wenn sich Studierende der Zahnmedizin in Ausbildung befinden, tragen diese ebenfalls zum wirtschaftlichen Verdienst der Universitätszahnklinik bei. Aus diesem Grund fordern wir mehr Unterstützung in Form von Aufwandsentschädigungen oder finanzielle Entlastungen über z.B. Mensa-Essen oder Öffi-Tickets, sowie eine Auflösung des Unwesens unserer praktischen Ausbildung. Wir möchten nicht weiterhin als "kostenlose Mitarbeiter:innen" herangezogen werden.

Das 72-WP ist, wie der Name schon sagt, ein Praktikum. Im Rahmen des Studiums sollen Studierende zunächst theoretische, bzw. praktischen Fähigkeiten erwerben. Zuerst am Phantom und später am Patienten, um ihnen das Werkzeug in die Hand zu geben mit dem sie nach ihrem Studium an ihrem Grundstock feilen und diesen ausbauen können. Ganz klar, erst nach dem Studium wird man so richtig Zahnmediziner:in.

Vorher, im 72-WP möchte man meinen, dass man an Patient:innen von Ärzt:innen überprüft und bei schwierigen Angelegenheiten unterstützt wird. Jedoch werden oft andere Studierende zum Lehrersatz. Zwischen Zahnärzt:innen und Studierenden bringt man sich zudem oft nicht den Respekt entgegen, den man erwarten würde. Wenn z.B. Studierende bei größeren Eingriffen und auch sonst berechtigte Fragen haben, werden diese zum Teil nur über lange Wartezeiten oder unaufmerksam mit dem zuständigen Lehrpersonal besprochen. Sollte man in der Lehre nicht problemlos Fragen stellen können? Man kann nicht erwarten, dass ein kostenfrei beschäftigter, lernender und motivierter Student im Praktikum auf Anhieb alles

weiß und perfekt behandeln kann. Schließlich ist es Lehre und ein riesiger Unterschied ob man einen echten Menschen behandelt oder ein Phantom. Sollte der praktische Teil nicht erst recht motivierend, inspirierend und befriedigend sein, sowie den Studierenden Vorfreude auf die Zukunft bereiten?

Auch die Organisation des 72-WP betreffend beschäftigen uns ein paar Beispiele: Werden die Patienten den Studierenden fair zugeteilt, sodass sie in der vorgesehenen Zeit das 72-WP abschließen können, ohne, dass eine Gruppe von Studierenden Vor- oder Nachteile hat? Kann man, falls ein Patient (vielleicht aufgrund eines Wohnortwechsels) abspringt, die fehlenden Leistungen bei einem anderen Patienten erbringen und damit abschließen? Und in der Staatsprüfung sitzen sicher mindestens drei Personen: Prüfer, Zeuge und Prüfling, richtig?

Ihr werdet es schon ahnen: eben nicht.

Wer und wie viele Patienten man erhält ist je nach zugeteiltem Praktikumsort unterschiedlich. Es kann also sein, dass man für seine Leistungen nach Patient:innen suchen muss, während man in einem anderen Behandlungsteam ausreichend Patient:innen zugeteilt bekommt. Auch Patient:innen zu wechseln funktioniert nicht so einfach, was uns Studierenden definitiv das Leben erschwert und das Studium unnötig verlängern kann. Bei der Staatsprüfung sind zum Teil nur Prüfer:in und Prüfling im Raum anwesend – sowohl zum Positiven als auch zum Negativen ist hier Betrug möglich und das bei der Staatsprüfung.

Stellen wir uns eine universitäre Lehre tatsächlich so vor?

Und warum sollten Zahnmedizinierende während des 72-WP keine finanzielle Abgeltung erhalten? In der 40h-Woche besteht weder Anspruch auf Urlaub, noch auf Krankenstand mit einer Anwesenheitspflicht über mindestens 72 Wochen. Während also Zahnmedizinierende NUR in der Universitätszahnklinik, einem wirtschaftlichen Unternehmen, behandeln können und zugleich gar nicht dort angestellt sind, sondern die über die medizinische Universität als Lehre deklarierte Zeit und Aufgaben in der Zahnklinik absolvieren, sind Humanmedizinierende während ihres KPJ bei der jeweiligen akkreditierten Krankenanstalt, also direkt beim Unternehmen ange-

stellt. Zusätzlich steht es den Studierenden der Zahnmedizin an der MUW nicht frei, an einer anderen Klinik oder einer anderen Universität das 72-WP oder zumindest einen Teil davon zu absolvieren. Das wäre auch kein Problem und sehr verständlich, würde es nicht dazu führen, dass wir Zahnmedizinierenden automatisch dazu gezwungen sind uns grundsätzlich allem zu beugen, was uns gesagt und von uns verlangt wird. Sollte man sich trauen, etwas an der Lehre und dessen Organisation zu bemängeln, kann das in einer geringeren Unterstützung und damit in einer erschwerten Praktikumszeit enden. Sicherlich einer der Gründe, warum die Stimme der Zahnmedizinierenden nicht so laut ist, wie sie sein sollte. Es gibt schlicht keinen Wettbewerb. Die Zahnklinik hat das Monopol und kann daher die Bedingungen des Studiums nahezu uneingeschränkt bestimmen, was in unserem Fall leider bedeutet: nicht so wie es für die Studierenden und deren Lehre am besten ist und zudem eher intransparent. So kann man z.B. nicht relativ einfach erfahren, wieviel Umsatz man der Zahnklinik verschafft, da Kennzahlen verwehrt

bleiben und uns sogar vermittelt wird, man solle mit den Patienten nicht über Preise reden. Aber ist das nicht letztendlich Teil unseres späteren Jobs? Offen und transparent über jede Alternative zu informieren um zusammen mit dem Patienten das bestmögliche zu erreichen?

Das sind schwere Anklagen, das ist mir bewusst. Aber ich möchte, dass endlich ein Dialog auf Augenhöhe erfolgt und die Universitätszahnklinik und die medizinische Universität Wien gemeinsam mit den Studierenden eine Lösung finden, die fair ist.

Uns wird gesagt: „Wenn wir etwas an der Lehre und dem Ablauf ändern, beschweren sich die Studierenden doch nur wieder und deshalb lassen wir es einfach so wie es ist.“

Wir sagen: „Veränderung ist der Geist einer Universität, weil er Fortschritt und Innovation bedeutet.“

Trial and Error

„If you're not failing every now and again, it's a sign you aren't doing anything very innovative.“ Woody Allen



Die Covid-Pille

Patrick Fegerl

Pfizers Paxlovid oder lieber das gute alte Ivermectin? Nach mehr als zwei Jahren und vielen Infizierten, die man in Studien untersuchen konnte, hat sich unser Wissen über das „neue“ Coronavirus explosionsartig vervielfacht.

War es vor zwei Jahren noch schwer zu sagen, was abgesehen von supportiven Maßnahmen eine adäquate Therapie ist, so sind wir inzwischen an einem Punkt angelangt, an dem wir wirklich behaupten können, evidenzbasierte Medizin zu betreiben. Das merkt man auch an der seit Mai 2020 weltweit sinkenden Case-Mortality-Rate, also dem Anteil der Infizierten, der mit SARS-CoV-2 verstirbt.

Das ist vor allem dem verbesserten Management der Symptome zu verdanken. Einige der wichtigsten Maßnahmen umfassen die Sauerstofftherapie, die Bauchlagerung zur Rekrutierung weiterer Lungenareale, die therapeutische Heparin-Gabe zur Prophylaxe von thromboembolischen Ereignissen (z.B. Schlaganfällen, die nicht nur bei der AstraZeneca Impfung, sondern noch öfter bei SARS-CoV-2 Infektionen auftreten) und die Gabe von Dexamethason, mit dem man den

gefährlichen „Cytokine Storm“ abfedern kann, welcher die für den Körper so schädliche Hyperinflammation verursacht.

Zweifelloso eine, wenn nicht die wichtigste Corona-Studie ist die SOLIDARITY Studie. Diese klinische Studie ist eine von der WHO organisierte Zusammenarbeit mit dem Ziel bereits zugelassene und eingesetzte Medikamente zu finden, die den Krankheitsverlauf einer SARS-CoV-2 Infektion mildern. Bisher wurden Remdesivir, Lopinavir/Ritonavir, Interferon beta-1a und (Hydroxy-) Chloroquine untersucht, wobei man zum Ergebnis kam, dass keine der vorgeschlagenen Therapien einen nennenswerten Vorteil gegenüber der Standardtherapie der jeweiligen Gesundheitseinrichtung aufweist.

Trotzdem hat es Remdesivir in die deutschen S3 Leitlinien zur Behandlung von Covid geschafft. Grund dafür mag sein, dass es laut der ACTT Studie die Krankheitsdauer in Patienten mit einem erhöhten Risiko ein Hyperinflammationssyndrom zu entwickeln (z.B. Typ II Diabetiker) um fünf Tage verkürzt, wenn man es innerhalb der ersten 10 Tagen einnimmt.



Derzeit untersucht man in der SOLIDARITY Studie weitere Medikamente auf ihre Wirksamkeit im Einsatz gegen SARS-CoV-2 wie Artesunate (Malaria-Mittel), Imatinib (Tyrosinkinase-Inhibitor, zugelassen für verschiedene Leukämiearten) und Infliximab (TNF- α Antikörper zugelassen bei Mb. Crohn, Mb. Bechterew, Rheumatoider Arthritis, Psoriasis).

Ivermectin hat es zwar nicht in die SOLIDARITY Studie geschafft, aber eine Cochrane Meta-Analyse von 14 klinischen Studien im Juli 2021 kam zum Ergebnis, dass die Datenlage noch nicht klar ist und daher noch keine Verwendung von Ivermectin empfohlen werden kann. (Es laufen derzeit 30 weitere Studien zu diesem Thema.)

Anders schaut die Datenlage dagegen beim bereits durch die Schnellzulassung gesaumten Paxlovid aus. Die Daten, die Pfizer aus den abgeschlossenen Phase 2 und 3 Studien veröffentlicht hat, sprechen von einer 89% relativen Risikoreduktion auf Grund von SARS-CoV-2 hospitalisiert zu werden oder zu versterben. Das gibt Grund zur Hoffnung, aber leider hinkt die Produktion der Nachfrage noch weit hinterher, ob-

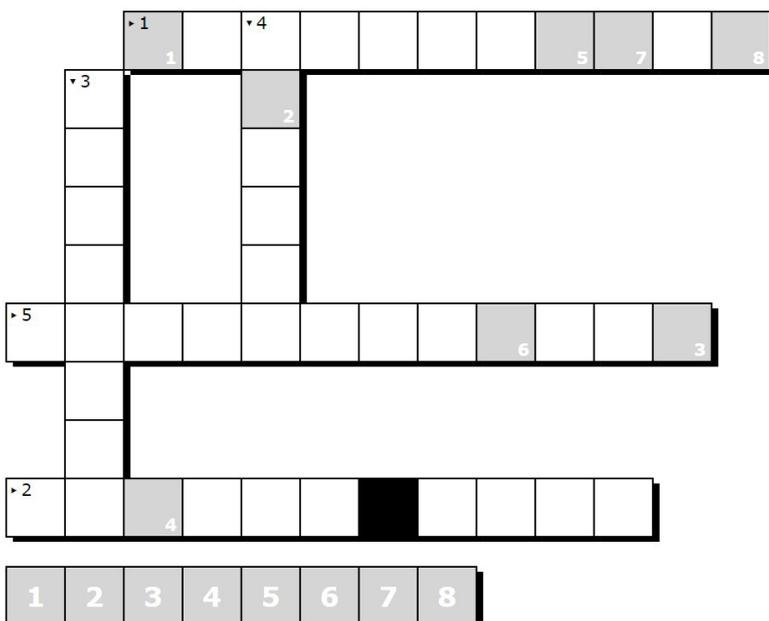
wohl unser Gesundheitsminister mit den coolen Turnschuhen bereits im November bekanntgegeben hat, Österreich habe 270.000 Dosen bestellt.

In der Wunderpille steckt der eigens gegen SARS-CoV-2 entwickelte Wirkstoff Nirmatrelvir aus der Gruppe der Proteaseinhibitoren, welche die intrazelluläre Replikation von Viren beeinträchtigen und auch in der HIV-Therapie eingesetzt werden. Der zweite Wirkstoff ist Ritonavir, auch ein Proteaseinhibitor, der aber wie oben erwähnt eigentlich durch die SOLIDARITY Studie gerasselt ist. Grund dafür ist, dass Ritonavir das Enzym (CYP3A4), über welches Nirmatrelvir abgebaut wird, hemmt und somit dessen Wirkdauer verlängert.

Ein Vorteil von Paxlovid gegenüber monoklonalen Antikörpern, von denen inzwischen einige gegen SARS-CoV-2 entwickelt wurden, ist, dass es auch gegen die Omnicron Variante effektiv sein dürfte, da es einen vom Spike Protein unabhängigen Wirkmechanismus hat und daher unabhängig von Mutationen dieses Proteins wirkt.

Gewinnspiel

Jaaayyy! Du hast es bis zum Ende der Ausgabe geschafft. Natürlich haben wir für dich wieder ein Gewinnspiel vorbereitet. Wenn du die Artikel fleißig durchgelesen hast, solltest du das unterstehende Kreuzworträtsel easy lösen können. Wenn du das Lösungswort bis 20. April in das Google-Doc (siehe QR-Code) einträgst, kommst du in den Topf zur Verlosung von 2 trendigen MedUni-ÖH-Hoodies!



1. berühmter griechischer Arzt aus Kos
2. Erfinder der Bachblüten
3. neues Pfizer Medikament gegen SARS-CoV-2
4. erste in Österreich eingeführte Impfpflicht
5. Herstellungsprozess von homöopathischen Mitteln



Redaktionsteam



Redaktionsteam:

Von links nach rechts; 1. Reihe: Laura Kummer, Tobias Huber, Taha Shirali, Sophie Gmeiner - 2. Reihe: Stella Goeschl, Till Buschhorn, Patrick Fegerl - 3. Reihe: Lukas Neumann, Annika Simma, Nils Hofmann, Parto Karwat

Chefredakteur: Taha Shirali

Gestaltung: Sophie Gmeiner, Taha Shirali & Tobias Huber

Bildquellenverzeichnis

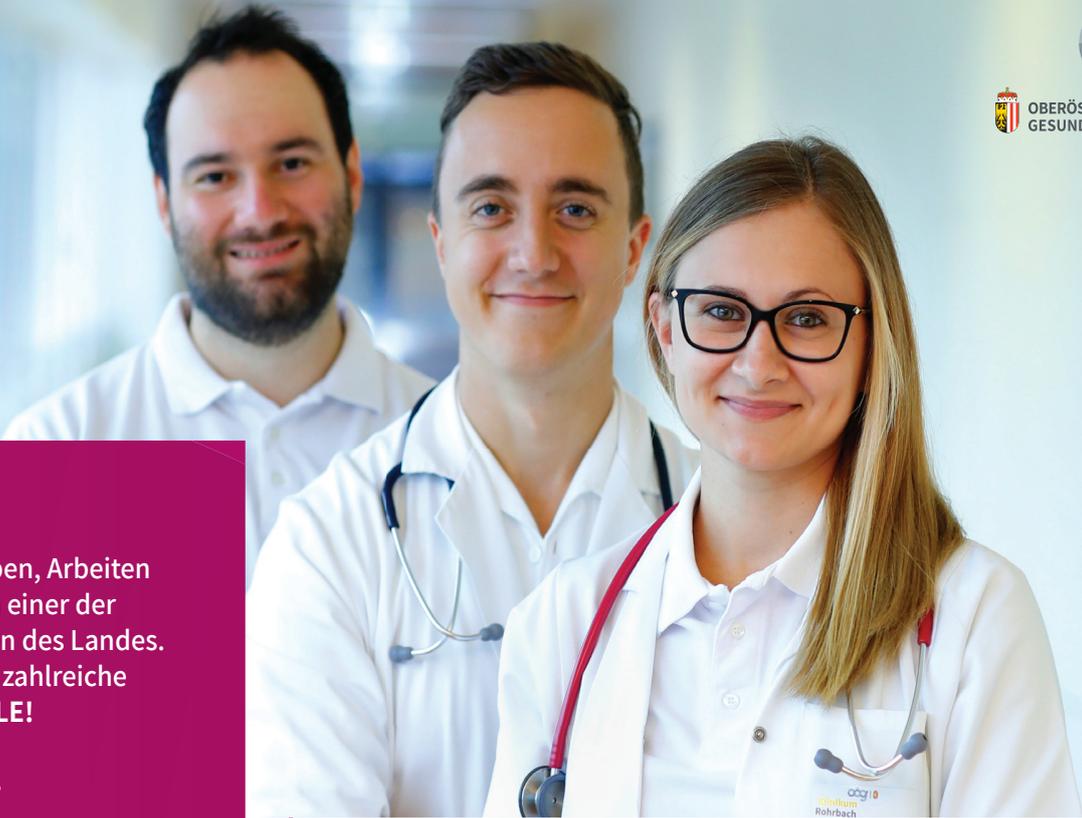
Erstmal ein großes Dankeschön an Spohie für die Zeichnungen auf der Titelseite und S. 7,10,18,22 & 25. Wir bedanken uns ebenfalls bei Unsplash für einige Bilder.

Impressum

Medieninhaber und Hersteller:

Hochschülerinnen- und Hochschülerschaft an der Medizinischen Universität Wien AKH 6M, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien



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

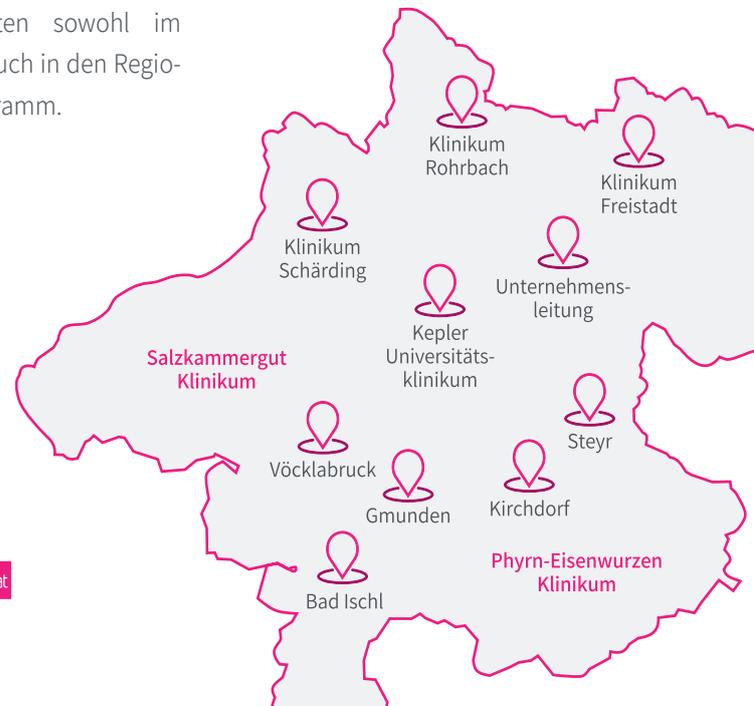
AUSBILDUNG FÜR GENERATIONEN

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

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

ZERTIFIZIERTES LEHRKRANKENHAUS



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT WIEN