Endoskop

PERSPEKTIVWECHSEL

StuRaMed

Januar 2018

Deutsche Ärzte Finanz

Standesgemäße Finanz- und Wirtschaftsberatung

Berufsunfähigkeits-absicherung für Medizinstudenten

- schon im Studium als Arzt abgesichert
- günstige Beiträge
- weltweiter Schutz

Informationen finden Sie hier:
Deutsche Ärzte Finanz
Service-Center Leipzig
Brüderstraße 39-41
04103 Leipzig
sc-leipzig@aerzte-finanz.de

WELT-WEIT-BLICK

Liebe Leser*innen,

endlich, pünktlich zu Beginn der Wintersemesterferien gibt es eine neue Ausgabe des endoskops.

Ihr wundert euch vielleicht über den etwas sperrigen Titel: "Welt-Weit-Blick". Beim Erstellen dieser Ausgabe und beim Durchblättern der Artikel war es aber genau dieser Begriff, der für mich am besten die Dimensionen beschreibt, mit denen sich das endoskop dieses Mal beschäftigt.

Wir wollen einen Perspektivwechsel wagen: Weg von Vorlesungen, Klausuren und Gedanken, die sich um unser späteres Arbeitsfeld als Ärzt*innen in Kliniken und Praxen drehen, um Medizin und ARZT/ÄRZTIN-SEIN in einem globalen (weltweiten) Zusammenhang betrachten zu können. Ich wünsche mir, dass sich unser Blick dabei etwas weitet für die vielen Dinge, die es neben dem Studium noch so zu entdecken gibt. Außerdem soll das endoskop als Sprachrohr und Multiplikator für die vielen spannenden Ideen und Projekte unsere Kommiliton*innen fungieren.

Dafür habe wir spannende Artikel von engagierten Kommiliton*innen gewinnen können. Von Themen zu „Global Health" über die Versorgung von Geflüchteten bis hin zur Forderung eines besseren Zugangs zu lebensnotwendigen Medikamenten oder dem Stopp der Atompolitik ist so einiges mit Welt- aber auch Weitblick dabei.

Für alle die beim Lesen das Fernweh packt und die diese kühlen Temperaturen in Deutschland satthaben, haben wir ein paar inspirierende Auslands-PJ/Famulatur- und Studienberichte.

Das Medizinstudium, so wie wir es kennen steht vor großen Veränderungen. Der Masterplans 2020 und der NKLM werden unser Studium in den nächsten Jahren vermutlich grundlegend verändern – nähere Infos dazu gibt's in dieser Ausgabe und unter: https://www.bvmd.de/unsere-arbeit/masterplan-medizinstudium-2020/.

Wir möchten uns bei allen Mitautoren herzlich bedanken, ohne euch wäre diese Ausgabe nicht möglich gewesen!

Entspannte Semesterferien, gute Praktika, ein erfolgreiches zweites Staatsexamen und natürlich viel Freude beim Lesen dieser Ausgabe wünscht euch

das Team des endoskop

Inhalt

Globale Gesundheit

6 Die Rolle der EU im öffentlichen Gesundheitswesen
7 Klimawandel: Was geht das Ärzte an?
9 UNICEF: Wie Handys und Drohnen Leben retten können
11 UAEM: Keine Verspätung- Zugang zu Medikamenten jetzt
14 Interview: Sanitätsdienst in der Bundeswehr
17 Flüchtungscamp: The Jungle is a big problem, you have a small problem
20 IPPNW & ICAN: Gefahr durch Atomwaffen
22 Medinetz: Lisa ist Schwanger

Unterwegs in der Welt

26 Famulatur im Hospital Andino del Alto Chicama
29 PJ in Schottland
31 Indonesien – Medizin im Schwellenland
32 Kurz gefragt -Auslandssemester

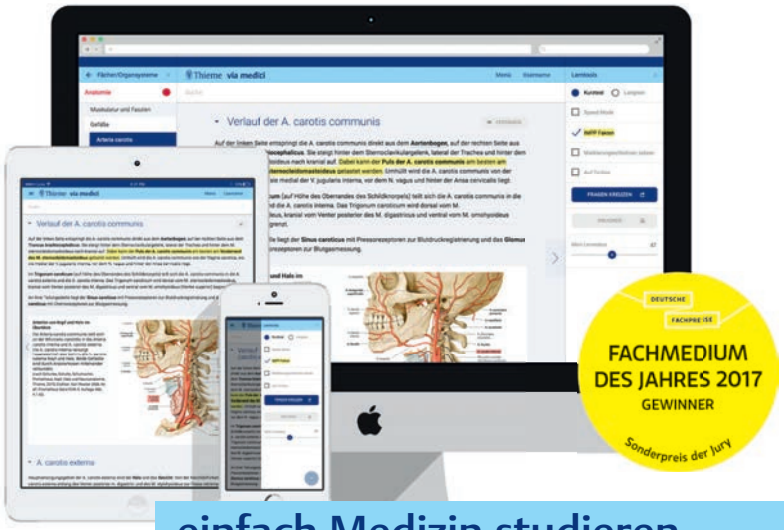
Neue Enwicklungen

36 Masterplan Medizinstudium 2020
37 Das neue ärztliche Gelöbnis
38 Neue Entwicklungen im Bereich der Lehre

Sonstiges

41 Buchempfehungen
44 Rezepte

via medici



einfach Medizin studieren

informieren

... rund ums Medizinstudium:
über die Vorklinik, Klinik und das PJ bis hin zur Facharztweiterbildung.

lernen

... wie es zu dir passt:
Du entscheidest, ob du nur das prüfungsrelevante Wissen brauchst oder tiefer in den Stoff einsteigen möchtest – mit via medici ist alles möglich! Die multimedialen Lernmodule erklären dir den ganzen Stoff immer genau so, dass du ihn sicher verstehst.

... mit Thieme:
Seit 130 Jahren entwickeln wir zusammen mit euch Angebote fürs Medizinstudium. Damit ihr erfolgreich durchs Studium kommt – und noch genügend Freizeit habt.

kreuzen

... damit du deine Prüfungen bestehst:
Jedes Thema ist mit den passenden IMPP-Fragen verknüpft. Ob im Semester, Physikum oder Hammerexamen – teste dich selbst.
Unsere Kommentare erläutern dir die richtigen und falschen Antwortmöglichkeiten.

Mach es dir einfach!
viamedici.thieme.de

Thieme

Die Rolle der Europäischen Union im öffentlichen Gesundheitswesen

Das Thema „Global Health" behandelt vorwiegend die weltweite Gesundheit. Dazu ist es essentiell die Zusammenarbeit von Ländern zu intensivieren mit dem Ziel, das Wohlbefinden aller Menschen zu verbessern. Beispiele solcher Kooperationen sind die Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder auch die Europäische Union (EU). Obwohl wir alle Bürger der EU sind, wissen die wenigsten von uns, wie die EU funktioniert, was ihre Kompetenzen sind und welche Vorteile sie uns im Alltag und speziell im Bereich der öffentlichen Gesundheit bringt.

Die Rolle der EU bezüglich öffentlicher Gesundheit ist im Lissaboner Vertrag 2009 festgelegt. Darin wurde beschlossen, dass die Mitgliedsstaaten der EU für den Gesundheitsschutz und die Gesundheitsversorgungssysteme in ihrem Land zuständig sind. Jedoch erhielt die EU mehr Einfluss zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, der Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten, der Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit sowie der Angleichung der einzelstaatlichen Gesundheitsstrategien zugeschrieben. Darauffolgend wurden die Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit der Kommission (GD SANTE), spezialisierte Agenturen wie zum Beispiel das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) sowie das erfolgreiche Aktionsprogramm „Gesundheit für Wachstum" (2014-2020) ins Leben gerufen. Außerdem arbeitet die EU mit Partnern wie der WHO zusammen, um die Gesundheitsversorgung weltweit unter anderem durch Forschung, Entwicklungshilfe, Erleichterung des Zugangs zu Arzneimitteln zu verbessern.

Doch was genau bedeutet das für uns? Die EU versucht die nationale Politik ihrer Mitgliedsstaaten zu ergänzen. EU-Maßnahmen beinhalten die Einführung EU-weit geltender Rechtsvorschriften und Normen für Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen, die Entwicklung von Instrumenten, damit EU-Länder zusammenarbeiten und bewährte Verfahren ermitteln können sowie die Finanzierung von Gesundheitsprojekten. Das heißt, dass die EU Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheiten, Bekämpfung von Gesundheitsbedrohungen (z.B. Impfstoffe), Zulassung von Arzneimitteln, Forschung und Innovation und insbesondere Behandlungen im Ausland unterstützt. Des Weiteren fördert sie die Gleichberechtigung im Zugangs zur Gesundheitsversorgung, den Erhalt der Gesundheit bis ins hohe Alter, dynamische Gesundheitssysteme und neue Technologien.

Bessere Gesundheit bedeutet mehr Wohlstand!

Die EU und die Flüchtlingskrise

Um an einem Beispiel die Rolle der EU im Gesundheitswesen zu verdeutlichen, kann man die medizinische Situation während der "Flüchtlingskrise" betrachten. Natürlich ist dies kein Beispiel, wie die EU unsere Gesund-

heit als einzelne Personen beeinflusst. Dennoch stellt es dar, was durch den Einfluss der EU erreicht werden kann. Flüchtlinge, die in Europa ankommen, sollten bei ihrer Ankunft medizinisch untersucht werden. Dies stellt sich jedoch als sehr schwierig heraus, da die Zahl an Flüchtlingen die Einrichtungen überfordert.

In den meisten europäischen Ländern wird ein Gesundheitsscreening durchgeführt, wobei dies inhaltlich nationale sowie regionale Unterschiede aufweist. Oft sind die medizinischen Untersuchungen für die Flüchtlinge in Durchreiseländern nicht sehr detailliert oder intensiv. Im Vordergrund stehen potentiell ansteckende Personen oder Personen mit dringenden medizinischen Bedürfnissen zu identifizieren.
Des Weiteren werden Mitarbeiter des Gesundheitswesens mit rechtlichen sowie praktischen Problemen konfrontiert. Rechtliche Hürden sind beispielsweise Einschränkungen oder exzessive administrative Arbeit, während sprachliche und kulturelle Barrieren sowie fehlendes Wissen über das Gesundheitssystem anderer Länder praktische Probleme darstellen.

Die Strategien der Länder, die von der Flüchtlingskrise betroffen sind, variieren. Es gibt zum Einen spezialisierte ambulante Einrichtungen, die die sofortige beziehungsweise vorübergehende Gesundheitsversorgung übernehmen. Andererseits gibt es Einrichtungen, die langfristige Bedürfnisse und die soziale Integration von Flüchtlingen in den Vordergrund stellen. Dies zeigt, dass ein größerer Einfluss der EU im Gesundheitsbereich ein Vorteil für die internationale Zusammenarbeit wäre und die Nachhaltigkeit sowie die landesweite Organisation von Dienstleistungen verbessern würde. Momentan liegt die Zuständigkeit zum größten Teil bei den einzelnen Mitgliedsstaaten. Die bestehenden Leitlinien der EU scheinen zu großzügig gefasst und haben daher kaum Auswirkungen auf die meisten Mitgliedstaaten. Die meisten Dienstleistungen basieren somit auf Mindeststandards. Um den Zugang der Flüchtlinge zu einer optimalen Gesundheitsversorgung zu verbessern, sollten gemeinsame, einheitliche, internationale Strategien entwickelt werden. Die EU könnte damit einen großen Beitrag für einer besseren Gesundheit ihrer Bürger leisten.

● Katharina Yacoub

Weiter Infos zum Thema

www.europa.eu
Thema: Gesundheit

KLIMAWANDEL UND GESUNDHEIT

Klimawandel. Was geht das Ärzte an?

Auch wenn der Klimawandel wahrscheinlich das größte und komplizierteste Gesundheitsproblem des 21. Jahrhunderts darstellt, wird dieser Aspekt noch weitgehen in der Klimadiskussion ignoriert. Sowohl im IPCC-Bericht 2007 als auch im World Development Report der Weltbank 2010 (Thema: Development and climate change) wird Gesundheit unter den fünf wichtigsten Bereichen, die vom Klimawandel voraussichtlich deutlich beeinflusst werden aufgelistet. Dennoch betrachten wir den Klimawandel nicht genug zum Bezug zu seinen gesundheitlichen Aspekten und Gefahren.

Klimaveränderungen und Gesundheit – die Basics

Klimaveränderung mit zum Teil beträchtlichen Ausmaß gab es immer wieder in Verlauf der Erd- und Menschheitsgeschichte, z.B. die Kleine Eiszeit in Europa im 18. Jahrhundert. Der große Unterschied dieser Klimaveränderungen zu den Klimaveränderungen heute ist, dass sie anthropogenen und nicht natürlichen Ursprungs sind. Historisch kann der Klimawandel auf die Industrialisierung der Industrieländer zurückgeführt werden. Jedoch ist die Verteilung der klimabedingten Gesundheitsfolgen sehr ungleich. Gemessen an der Zahl der durch den Klimawandel verursachten

zusätzlichen Todesfälle tragen derzeit die Entwicklungsländer 99% der Folgen. Im Gegensatz zu den Industrieländern haben sie limitierte ökonomischen und sozialen Reserven zur Bewältigung dieser neuen Belastungen. Bis 2100 soll sich die Erdtemperatur um durchschnittlich weitere 3-5 Grad erhöhen. Im Report „Global Burden Of Disease" (2004) werden 150 000 direkte Todesfälle und 5,5 Millionen DALYS pro Jahr dem Klimawandel zugeschrieben. Bis 2020 sollen sich diese Zahlen verdoppeln.

Auswirkungen von Klimaänderungen auf den Menschen:

Der Mensch reagiert nicht direkt auf das Klima, sondern auf aktuelle Ausprägungen. Klimaveränderungen wirken sich über eine Abfolge verschiedener Mechanismen auf die physische Gesundheit der Menschen aus. Es kann grundsätzlich zwischen direkten und indirekten Folgen unterschieden werden.

Direkte Folgen sind Erkrankungen und Todesfälle die direkt auf Extremwetterereignissen wie z.B. Hitze, Überschwemmungen, Unwetter, Dürre, Erdrutsche und verlängerte Blütezeit zugeführt werden können. Laut der European Environmental Agency haben Extremwetterereignisse im Vergleich zu dem Zeitraum bis 1980, zwischen 1998-2000 um 65% zugenommen und etwa 60 000 Todesfälle pro Jahr zur Folge. Die Hitzewelle 2003 allein bracht 70 000 Tode in Westeuropa mit sich. 1 von 8 Todesfällen werden jährlich der Luftverschmutzung zugeschrieben. Ein zehn-prozentiger Rückgang von Ozon soll jährlich 300 000 nicht-Melanome und 4500 Melanome zur Folge haben. Es wird auch angenommen, dass es in Westeuropa einen starken Anstieg und eine Intensivierung von Allergien geben wird, da sich die Blütezeiten verlängern.

Indirekte Folgen sind Folgen klimabedingter Veränderungen des Ökosystems und der landwirtschaftlichen Produktion und veränderte Bedingungen für die Entstehung von Infektionskrankheiten. Der Klimawandel verändert und beeinträchtigt unsere Nahrungsmittelsicherheit, Wasserversorgung (Qualität und Menge) und UV-Belastung, die z.B. über Malnutrition, Exsikkose, Cholera (und andere Durchfallerkrankungen) oder Hautkrebs einen direkten Einfluss auf Gesundheit haben. Eine Temperaturerhöhung von 1 Grad Celsius könnte das Auftreten von Durchfallerkrankungen um 3-8% erhöhen. Zwischen 2030 und 2050 soll es zu 250 000 zusätzlichen Todesfälle als indirekte Folgen des Klimawandels in Form von Unterernährung, Malariainfektionen oder Durchfallerkrankungen pro Jahr kommen. Persistant organic pollutants (POPs) wie DDT und PCB treten bei hohen Temperaturen schneller aus dem Boden in die Atmosphäre über. Indirekte Folgen sehen wir auch im Bereich Menatl Health.So haben Menschen die in stark vom Klimawandel beeinflussten Regionen leben eine höhere Wahrscheinlichkeit an psychischen Erkrankungen wie einer chronischen Angststörung, Stress, Depression und PTSD zu erkranken.

"For public health, climate change is the defining issue for the 21st century."

- Margaret Chan
ehemalige Vorsitzende der WHO

Klima und Gesundheit in der Zukunft

Es wäre sträflich diese Probleme weiter runterzuspielen oder zu unterschätzen. Es handelt sich zwar größtenteils nur um Vermutungen, aber das liegt daran, dass immer noch ein großes Wissensdefizit besteht; medizinklimatologische Studien wurden bisher kaum durchgeführt. Mögliche Auswirkungen, demographisch anfällige Gruppen und Maßnahmenkataloge müssen evaluiert werden; es besteht dringender Handlungs- und Forschungsbedarf in den Feldern Surveillance, Epidemiologie, Prävention (Public Health), Diagnostik und Nachweismethoden, Pharmakologie und Immunisierung.

Doch Gesundheit im Rahmen des Klimawandels muss nicht nur ein Hauptthema des medizinischen Diskurses werden. Das Klimaproblem muss in seiner ganzen Tragweite, multiprofessionell, interdisziplinär und international besprochen werden, damit Lösungen gefunden werden können. Zum einen ist die Anpassung an die Folgen des Klimawandels notwendig, um weitere Folgen so gering wie möglich zu halten; neue Strategien im Gesundheitssektor, Katastrophenstrategien, Informationssysteme und Frühwarnsysteme zu etablieren.

Auf der anderen Seite muss präventiv gehandelt werden um weitere Veränderungen und Schäden zu verhindern. Auf internationaler Ebene heißt das, dass konkrete Ziele wie beispielsweise eine nachhaltige Senkung des Energieverbrauchs sowie ein entschiedener Ausbau der erneuerbaren Energien entwickelt werden müssen. Das setzt die enge, interdisziplinäre Arbeit zwischen Regierungen, Medizinern, Umwelttechnikern, Klimatologen etc. voraus. Zusätzlich müssen Aspekte wie eine demographisch wachsende und älterwerdende Bevölkerung mit beachtet werden. Durch Maßnahmen gegen den Klimawandel im Gesundheitssektor, der ein großer Energieverbraucher und CO2 und Abfall Produzent ist, allein würden die Gesundheitsausgaben der EU um 14-30 Milliarden € pro Jahr fallen.

● Yasmin Youssef

UNICEF: MEDIZINISCHE VERSORGUNG UND VORSORGE 2.0

Wie Handys und Drohnen Leben retten können...

UNICEF ist wahrscheinlich am meisten dafür bekannt, Kinder in Entwicklungsländern (least and less developed countries) mit Schulmaterial, Wasser und Nahrungsmitteln auszustatten. Drohnen, Computer und Handys? Das passt nicht wirklich in das Bild von UNICEF! Doch UNICEF arbeitet seit geraumer Zeit mit genau diesen Technologien um humanitäre Hilfe auch in den abgelegensten Regionen nicht nur effektiver zu gestalten, sondern überhaupt erst möglich zu machen.

Limitierte Infrastruktur, langsame Datensammlung, beschränkter Austausch sowie politische Instabilität, Krieg und Extremwetterphänomene sind Faktoren, die humanitäre Hilfe behindern. Das UNICEF Innovation Lab, das eng mit Regierungen zusammenarbeitet, hat sich das Ziel gesetzt auch den abgelegensten Regionen Zugang zu grundlegenden Informationen und Leistungen zu ermöglichen. Die eingesetzten Technologien sollen der Lokalpopulation angepasst sein und

mit ihr gemeinsam nachhaltig und kreativ gestaltet werden. Der Fokus liegt auf einer einfachen Lösung der Probleme und nicht der Implantation von Hightech Produkten. Hier sind drei Beispiele, wie einfache Technologien medizinische Versorgung ermöglichen und effektiver machen sollen:

Väter-Hotline (Pakistan)

In Pakistan ist auch heute noch die Mütter- und Kindersterblichkeit erschreckend hoch. Ein beträchtlicher Grund dafür ist, dass die Männer der Gesellschaft nicht über die Themen Schwangerschaft und Geburt aufgeklärt sind, da diese als "Frauenthemen" wahrgenommen werden. So sind Männer gerade bei Komplikationen bei der Geburt und Krankheiten im frühen Kindesalter häufig überfordert und können nicht angemessen reagieren. Die von UNICEF unterstützte Hotline für Väter, „Rah e Maa" („Weg der Mutter") versucht nun die Gesundheitsversorgung von Schwangeren, Müttern und Kindern zu verbessern, indem sie die Männer der Gesellschaft zu dieser Problematik aufklärt. Die Hotline bietet diskrete, leicht verständliche Basisinformationen für den Anrufer, der anonym bleiben kann. Aufgeklärt und beraten wird dabei konkret zu Themen wie der Hebammensuche, Stadien der Schwangerschaft, Kosten einer Geburt, Handeln bei Komplikationen, gesunde Ernährung der Schwangeren und des Babys. Außerdem können sich Väter über ihre Erfahrungen austauschen.

Project Mwana (Zambia)

In Zambia werden viele Kinder während der Schwangerschaft, der Geburt oder während des Säugens mit HIV infiziert. Von diesen sterben 30% vor ihrem ersten und 50% vor ihrem zweiten Lebensjahr, wenn keine frühkindliche HIV-Fürsorge und Betreuung eingeleitet wird. Die Überlebensrate von HIV-positiven Neugeborenen, die in ihren ersten 12 Wochen diagnostiziert und adäquat therapiert werden, ist mit bis zu 75%, deutlich höher als für nichttherapierten Kinder. Der Transport der Proben und Laborergebnisse zur Diagnosestellung werden durch eine fehlende oder schlechte Infrastruktur behindert. Project Mwana, eingeführt von dem Gesundheitsministerium und unterstützt von UNICEF, nutzt SMS-Benachrichtigungen um Ergebnisse schnell von Laboren an Gesundheitseinrichtungen zu übermitteln. Die Umlaufzeit von Proben wird dadurch um 50% reduziert (von 66 zu 33 Tagen).

Drohnen-Korridor (Malawi)

Im August 2017 wurde in Malawi mit der Unterstützung von UNICEF der erste humanitäre Drohnentestkorridor eröffnet. Die Drohnen sollen hauptsächlich dafür genutzt werden Proben von abgelegenen Dörfern in Labore zu transportieren und die Bevölkerung mit primären Hilfsgütern auszustatten, denn weil die Infrastruktur in Malawi schlecht ausgebaut ist und durch Überschwemmungen immer wieder zerstört wird, ist der Transport auf der Straße kaum möglich.

Andere Projekte des Innovation Labs sind zum Beispiel Smart Pumps, Wasserpumpen, die eine nachhaltige Wasserversorgung sicherstellen sollen sowie Wasseraufbereitungs- und Aufbewahrungskanister, Solarcomputer und Zusatzstoffe für Latrinen, um die Zersetzung der Exkremente zu beschleunigen.

Humanitäre Hilfe, die Wert darauf legt, jeden zu jeder Zeit erreichen zu können, muss zunehmend kreativer, interdisziplinärer und nachhaltiger gestaltet werden. Das setzt voraus, dass Spezialisten verschiedener Fachrichtungen in Zusammenarbeit mit der Lokalbevölkerung sich austauschen, beraten und zusammen Projekte gestalten und durchführen. Weiterhin müssen Ideen und Innovationen kontinuierlich ausgewertet, verbessert und ihrem Umfeld angepasst werden.

● Yasmin Youssef

Kurz vorgestellt: UNICEF

- UNICEF ist das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (United Nations International Children's Emergency Fund)
- 1946 zunächst gegründet um Kinder nach dem 2. Weltkrieg in Europa gegen Hunger und Krankheit zu schützen
- ab 1953 offizielles UN-Organ mit internationaler Tätigkeit
- Aktiv in 150 Ländern
- Richtschnur der Arbeit: UN-Kinderechtskonvention und UN-Menschenrechtskonvention
- Ziel: das gesunde Aufwachsen und Entwickeln von jedem Kind und seinen Fähigkeiten unabhängig von Faktoren wie sozioökonomischer Klasse, ethnischer Zugehörigkeit, Hautfarbe oder Geschlecht
- Aufgabenbereiche: Aufklärung, Nothilfe, psychologische Hilfe und Betreuung, Impfungen und Medikation, Kampf gegen Kinderhandel und Kinderarbeit, Einsatz für Gleichberechtigung, Einrichtung von Schulen und Ausbildung von Lehrern etc.

UAEM

Keine Verspätung - Zugang zu Medikamenten jetzt

„UAEM Deutschland ist Teil eines globalen Netzwerkes, das sich einsetzt für den Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten sowie für Forschung und Entwicklung, die sich am medizinischen Bedarf orientiert, nicht profitiert. Wir sind der Meinung, ja es ist etwas falsch am Forschungssystem. Wir kritisieren aber nicht nur, wir haben eine Vision. Wir haben Lösungen und Lösungsvorschläge." - so Sebastian Schönherr, Chapter-Koordinator UAEM Leipzig.

UAEM - das steht für Universities Allied for Essential Medicines. Wir als international agierende Hochschulgruppe setzen uns für ein außergewöhnliches Thema ein: einen gerechteren Zugang zu Medikamenten. Darum haben sich während drei intensiver Tage im Dezember 2017 circa 60 Studierende aus ganz Deutschland in Leipzig getroffen. Wir haben viel nachgedacht, geredet und insbesondere geplant.

Unser Ziel: Zugang zu Medikamenten für alle Menschen überall und das zu einem fairen Preis. Öffentlich finanzierte Forschung muss auch der Öffentlichkeit zugutekommen, denn es

gibt ein Menschenrecht auf Gesundheit.

Doch was ist eigentlich das Problem? Unser Forschungs- und Entwicklungssystem liefert nicht das, was es verspricht: Medikamentenpreise steigen ins Astronomische und für manche Krankheiten wird gar nicht erst geforscht.

Der faire Zugang zu guten Medikamenten hängt auch davon ab, dass diese Medikamente überhaupt erwiesenermaßen gut sind - und gute Medikamente sind das Resultat einer transparenten und evidenzbasierten Forschung. Bei manchen Zulassungsstudien für Medikamente werden ganze Seiten geschwärzt den Behörden übergeben, negative Ergebnisse von Studien gar nicht erst veröffentlicht. Viel zu wenige klinische Studien an deutschen Universitäten werden registriert und zugänglich gemacht. Durch solches Vorgehen leidet die Qualität unserer Medikamente und in vielen Fällen ist so nicht einmal mehr eine Aussage über deren Wirksamkeit möglich.

Wie kann man das ändern? Damit setzten sich Studierende aus 10 Universitäten an dem Wochenende auseinander. Bisherige Kampagnen der deutschen UAEM-Lokalgruppen zielten auf alternative Anreizsysteme im Forschungs- und Entwicklungssystem ab. Für 2018 haben wir „Transparenz in der Medizin" als Fokusthema ausgesucht - ein Thema, bei dem sich schnell etwas ändern kann und muss. UAEM Deutschland hat sich dazu ambitionierte Ziele gesetzt: Transparenz bei klinischen Studien soll Gesprächsthema in den Chefetagen der Universitäten werden, öffentliche Institutionen wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) sollen sich klar zu Transparenz bekennen und bindende Richtlinien für Forschungsförderung einsetzen.

Es gibt bereits von der EU und von der deutschen Regierung festgelegte, verbindliche Richtlinien über die Veröffentlichung von Studiendaten. Die WHO hat einen an Eindeutigkeit nicht zu übertreffenden Bericht geschrieben und viele ausländische Forschungsgemeinschaften haben bereits verbindliche Selbstverpflichtungen unterzeichnet. Die DFG jedoch hat sich bisher zu nichts verpflichtet und deutsche Universitäten hinken weiter hinterher. Tausende klinische Studien werden nicht veröffentlicht, viele nicht einmal registriert. Das führt zu fehlenden Informationen über die Wirksamkeit von Medikamenten und dazu, dass Ärzte schlechte Therapieentscheidungen treffen.

Wir als UAEM werden dafür kämpfen, dass sich das ändert: Wir werden mit kreativen Aktionen Sichtbarkeit schaffen, in Gesprächen mit Politikern und Universitätsleitungen das Thema immer wieder diskutieren und konsequent für eine Selbstverpflichtung öffentlicher Institutionen werben! Ihr als zukünftige Ärztinnen und Ärzte werdet wissen wollen, welche Nebenwirkungen und welchen Nutzen Medikamente für eure Patientinnen und Patienten haben. Universitäten können und müssen einen Unterschied machen.

Die Leipziger UAEM-Gruppe trifft sich jeden Dienstag um 19 Uhr im Seminarraum 224 am Hauptcampus und lädt regelmäßig zu öffentlichen Veranstaltungen ein. Wir würden uns freuen, wenn Ihr bei uns vorbeischaut. Kontakt über facebook: uaem leipzig oder an d.martin@studserv.uni-leipzig.de

• David Martin und Tizian Optenberg

Wenn du mehr wissen willst:

Ted-Talk: „What doctors don't know about the drugs they prescribe"

Chan et al. (2014). Increasing value and reducing waste: addressing inaccessible research. Lancet, PMID: 24411650

WHO Statement on Public Disclosure of Clinical Trial Results

Marburger Bund

Für Studierende ist die **Mitgliedschaft beitragsfrei!**

DEIN STARKER PARTNER IM STUDIUM

Der Marburger Bund vertritt Deine Interessen und bietet zahlreiche Vorteile für Medizinstudierende. Jetzt entdecken auf: **www.mb-studenten.de/vorteile**

- Beratung (z.B. bei Famulatur und PJ im Ausland und Rechtsberatung zum ersten Arbeitsvertrag)
- Vergünstigte Seminare
- Auf Wunsch: Kostenfreie Haftpflichtversicherung u.v.m.

JETZT SCHON VORMERKEN:

Karrieremesse DocSteps am 2. Juni 2018 in Berlin!

DOCSTEPS
Die Karrieremesse des Marburger Bundes

Interview mit einer Bundeswehrärztin

Die Bundeswehr - für manchen Studenten mag sie ein rotes Tuch sein, doch ist sie es auch, die viele Arztanwärter von Anfang an unterstützt und ihnen eine Perspektive bietet. Jana Mierswa ist eine von ihnen und war bereit, uns einen Einblick in ihr Studentendasein als Truppenoffizierin zu geben.

Warum haben Sie sich für die Karriere bei der Bundeswehr entschieden?

Als ich mit 17/18 Jahren vor der Entscheidung gestanden habe, was ich nach dem Abitur machen möchte, war ziemlich schnell klar, dass ich Medizin studieren wollte. Durch einen Freund, der gerade mit einem Studium bei der Bundeswehr als Truppenoffizier begonnen hatte, habe ich erfahren, dass es auch die Möglichkeit gibt, Medizin im Rahmen der Sanitätsoffiziersanwärterlaufbahn bei der Bundeswehr zu studieren. Nach der Eignungsprüfung wurde ich eingestellt. Während der Grundausbildung und der Offizierslehrgänge habe ich dann immer mehr festgestellt, dass mir der „grüne Anteil" dieses Berufes sehr gefällt. Dies hat sich auch nach dem Studium während meiner Zeit als Truppenarzt bestätigt. Die Zusammenarbeit mit der Truppe ist so unglaublich vielfältig und ganz anders als das zivile „Gesundheitsleben", man trägt die Verantwortung dafür, dass unsere Soldaten immer bestmöglich versorgt sind, damit sie ihren Auftrag erfüllen können. Man ist ein Teil von ihnen und nicht nur Arzt. Notfallmedizin beim Militär als Beweglicher Arzttrupp (BAT) oder im Feldlazarett in den Auslandseinsätzen, ist eine große Herausforderung. Es ist das Praktizieren von Medizin wie man es hier in Deutschland, in den Kliniken, so nicht kennt. Es macht mir unglaublich viel Freude und Spaß.

Wie unterscheidet sich die Tätigkeit von einem Bundeswehrarzt im Vergleich zu einem zivilen Arzt? Werden andere Fertigkeiten und Kenntnisse abverlangt?

Es gibt sehr viele Unterschiede. Das Allerwichtigste ist, dass ich körperlich deutlich fitter sein muss als meine zivilen Kollegen. Das ist wichtig, wenn man im Auslandseinsatz mit voller Ausrüstung mit der Truppe unterwegs ist. Hier fährt man als sogenannter beweglicher Arzttrupp nämlich mit. Zudem werden von uns Ärzten, egal welche Fachrichtung wir einschlagen, sehr gute Englischkenntnisse sowie eine notfallmedizinische Ausbildung erwartet. Als Truppenarzt ist man ebenfalls häufig mit der übenden Truppe unterwegs im Gelände und versorgt vor Ort. Einzig in der Klinik gibt es keine wesentlichen Unterschiede zum zivilen Arzt, bis auf die Durchführung von Begutachtungen. Weiterhin wird vorausgesetzt, dass man sehr flexibel und anpassungsfähig ist, im Rahmen von Versetzungen und Auslandseinsätzen.

Wie oft waren Sie schon im Auslandseinsatz und wo?

- 2011/2012 in Kabul Afghanistan als BAT, Truppenarzt und BSO eingesetzt
- Sommer 2017 in Prizren, Kosovo als HNO-Facharzt

Und jetzt werde ich zum Jahreswechsel 2017/2018 erneut nach Prizren gehen

Wie oft fährt man als Arzt durchschnittlich während seiner Dienstzeit ins Ausland zum Einsatz? Hat man ein Recht zu entscheiden, wann man geht und wohin?

Das ist ganz unterschiedlich und abhängig davon, welche Fachrichtung man eingeschlagen hat. So sind unsere Allgemeinchirurgen, Orthopäden und Anästhesisten etwa 1x/Jahr für 4-8 Wochen im Auslandseinsatz. Alle anderen Fachrichtungen werden nicht so oft benötigt und sind daher nicht so oft im Einsatz im Vergleich dazu.
Man kann eine Freiwilligenbewerbung abgeben, aber im Grunde werden die Dienstposten innerhalb der Abteilung miteinander gemeinsam besprochen und geplant.

Wie sieht der normale Alltag im Auslandseinsatz aus?

Den normalen Alltag gibt es nicht im Auslandseinsatz. Auch hier ist es völlig davon abhängig welche Tätigkeit man als Arzt im Einsatz bekleidet. Letztlich sind jedoch alle Ärzte 24/7 in Bereitschaft, es gibt „Kernarbeitszeiten" und „Dienstunterbrechungen"… in der „freien" Zeit versucht man viel Sport zu machen. Man ist viel mit seinen Kameraden zusammen und versucht die Zeit neben dem Dienst positiv zu gestalten.

Die Aufgaben von Ärzten sehen im Ausland ganz anders aus als im Inland im Krankenhaus oder der Truppenarztpraxis. Wie bereitet man sich auch so einen Einsatz vor?

Bevor man in den Auslandseinsatz verlegt, wird man entsprechend seiner geplanten Ver wendung in Lehrgängen darauf vorbereitet - sowohl medizinisch als auch militärisch.

Versorgen Bundeswehrärzte im Auslandseinsatz nur ihre Kameraden oder auch die zivile Gesellschaft?

Wir versorgen in erster Linie unsere eigenen Kameraden sowie alle Soldaten der NATO, die sich ebenfalls mit uns im Auslandseinsatz befinden, dazu werden entsprechend Verträge unter den NATO-Staaten geschlossen. Je nach Vertrag versorgen wir zum Beispiel auch Mitarbeiter von EUPOL, Botschaften und NGO´s. Es werden auch die sogenannten „Locals" mit versorgt, die im Feldlager arbeiten. Dies bezieht sich jedoch im Grundsatz auf eine betriebsärztliche Grundversorgung. Des Weiteren findet im Rahmen zivil-militärischer Zusammenarbeit häufig eine medizinische Ausbildung der Ärzte in Kliniken vor Ort statt und je nach Kapazität der Feldlazarette werden Militärangehörige des Einsatzlandes sowie die zivile Bevölkerung mitversorgt wie in Afghanistan, dem Kosovo und Mali. Außerdem können wir im Rahmen von schweren Naturkatastrophen wie z.B. in Banda Aceh oder der Ebola-Krise zur medizinischen Versorgung der Zivilbevölkerung angefordert werden. Oder wie auf dem aktuellen Einsatz SOPHIA auf dem Mittelmeer zur Aufnahme und Erstversorgung von Bootsflüchtlingen.

Wie unterscheidet sich der Einsatz von Bundeswehrärzten zu dem Einsatz von zivilen Ärzten in Krisengebieten (z.B. Ärzte ohne Grenzen)?

Wir dürfen nur aufgrund eines Bundestagsmandates in den Auslandseinsatz gehen. Ärzte ohne Grenzen arbeiten freiwillig in ihrer Freizeit und werden durch Spenden finanziert. Sie helfen in der Regel der Allgemeinbevölkerung vor Ort, während wir grundsätzlich für die Versorgung unserer

Foto: Bundeswehr/Rott (*https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Unimog_Krankenkraftwagen_(Rad).jpg*), Lizenz: CC-BY 2.0

und befreundeter Streitkräfte zuständig sind.

Ist es eine extra Belastung für Ärzte, dass Sie im Einsatz Ihre Kameraden behandeln und keine distanzierte Beziehung zu ihren Patienten haben?

Nein, es ist keine Belastung, denn auch hier wird neben Kameradschaft auch Professionalität abverlangt. Eine psychische Belastung ist es jedoch sehr wohl , wenn man verwundete Kameraden versorgen muss oder vielleicht sogar aufgrund der Schwere der Verletzungen nicht mehr helfen kann.

Arbeitet die Bundeswehr vor Ort auch mit Ärzten aus anderen Armeen und der Lokalbevölkerung zusammen?

Die sanitätsdienstliche Versorgung im Ausland findet immer im multinationalen Rahmen statt. Viele NATO-Staaten stellen Sanitätspersonal und Material zur Verfügung. In den Feldlazaretten arbeiten alle gemeinsam. Gesprochen wird dann meist Englisch. Aber auch auf den niedrigeren Ebenen der sogenannten Role 1 sowie der BAT und MedEvac-Komponenten wird zusammen gearbeitet. In den Einsatzländern findet regelmäßig die medizinische Aus- und Weiterbildung der heimischen Ärzte und Pflegekräfte statt sowie die sanitätsdienstliche Ausbildung der Armeen wie in Afghanistan, Mali und dem Kosovo.

Ist es als Bundeswehrarzt schwieriger, eine Familie zu gründen?

Nein, es ist nicht schwieriger, eine Familie zu gründen. Man braucht aber den richtigen Partner/Partnerin an seiner Seite, dem bewusst ist, dass man als Sanitätsoffizier öfters in Auslandseinsätze geht und auch mal wegen einer Versetzung umziehen muss. Das Verständnis für die beruflichen Anforderungen muss da sein. Die Bundeswehr tut jedoch auch viel für Familien und unterstützt. Es ist auch möglich in Teilzeit zu arbeiten, Kita-Plätze werden vermittelt und wenn ein Elternteil im Einsatz ist, gibt es das Familienbetreuungszentrum und den Sozialdienst, die sich kümmern und unterstützen.

Kann man auch während oder nach dem Studium noch bei der Bundeswehr einsteigen?

Man kann jederzeit von der Bundeswehr eingestellt werden vor, während oder nach dem Studium, auch während der laufenden Facharztausbildung oder danach. Man bewirbt sich beim Personalamt. Oft werden auch viele zu besetzende Stellen ausgeschrieben. Es gibt viele sogenannte„Quereinsteiger" die erst nach dem Studium zur Bundeswehr kommen.

Welche Innovationen wurden bei der Bundeswehr erfunden, um die medizinische Versorgung und Vorsorge effektiver zu gestalten?

Die medizinische Versorgung läuft ähnlich wie im zivilen Sektor ab, d.h. Vorsorgeuntersuchungen werden genauso durchgeführt.

Zusätzlich werden alle Ärzte wenn möglich mit der sogenannten ATN Rettungsmedizin ausgebildet, um in den Auslandseinsätzen jederzeit kompetent notfallmedizinisch zu versorgen, unabhängig vom Fachgebiet, in dem man sonst eigentlich arbeitet.

Ärzte bei der Bundeswehr erhalten nicht nur eine medizinische, sondern auch eine militärische Ausbildung. Manche Leute, fragen sich wie der Hippokratische Eid der Ärzte mit dem Mitwirken im Krieg vereinbar ist. Wie stehen Sie dazu?

Der „Militärarzt" ist gemäß Genfer Konvention ein sogenannter „Nicht-Kombatant", was durch das Rote Kreuz als Schutzzeichen deutlich wird, d.h. wir tragen zwar eine Waffe, gebrauchen diese jedoch nur im Falle der Selbstverteidigung oder um unsere Patienten zu schützen. Die aktive Teilnahme an Kampfhandlungen ist uns untersagt. Ich schütze und achte das Leben und das widerspricht sich für mich nicht mit dem Eid des Hippokrates.

Meine Aufgabe besteht in erster Linie darin, unsere Soldaten und die der befreundeten Streitkräfte die bestmögliche medizinische Versorgung zu ermöglichen, wie es auch bei uns in Deutschland Standard wäre.

● Das Interview führte Yasmin Youssef

FLÜCHTLINGSCAMP

The Jungle is a big problem, you have a small problem

Der „Jungle“ von Calais war ein Geflüchtetenlager in Nordfrankreich, direkt am Eurotunnel nach England. Das Lager umfasste zwischenzeitlich bis zu 10.000 Menschen und existiert in verschiedenen Formen schon seit über 10 Jahren. Kaum einer im „Jungle“ hatte das Ziel in Frankreich zu bleiben. Jede Nacht riskieren Menschen ihr Leben um auf einen LKW, der nach England fährt, zu gelangen.

Ich habe 2016 zweimal Freiwilligenarbeit im „Jungle“ von Calais geleistet. Beim ersten Mal war ich im März da, während der Teilräumung des Lagers. Das zweite Mal war im September, allerdings wesentlich kürzer. Ich habe die Entscheidung nach Calais zu fahren sehr spontan getroffen. Ich bin dann auch alleine mit meinem Auto nach Frankreich rüber getuckert, ohne mir vorher überhaupt eine Unterkunft zu suchen. So muss man das jetzt nicht unbedingt machen.

Ein Freund von mir hat z.B. bevor er runtergefahren ist, bei sich zu Hause erstmal Spenden gesammelt. Andere Bekannte haben sich grundsätzlich erstmal zu einer Gruppe zusammengeschlossen. Mein Art Hilfe zu leisten war nicht unbedingt die durchdachteste. Ich glaube, ich hatte damals, angefeuert durch die Bilder in den Nachrichten, ein großes Bedürfnis irgendetwas zu verändern.

Heute hinterfrage ich mein Vorgehen von damals mehr und finde es mittlerweile wichtig, sich vorher klar zu machen: Warum fahre ich vor Ort? Was sind meine Fähigkeiten? Was sind meine Grenzen? Welche Strukturen vor Ort unterstütze ich überhaupt mit meinem Einsatz? Wie wichtig ist es vor Ort zu sein und welche Hilfe könnte ich von meinem Wohnort aus leisten?

Gehen wir zurück zum März 2016, wo ich mich erstmal einer Hilfsorganisation namens „L’Auberge de migrant“ angeschlossen habe. L’Auberge war eine der präsentesten Organisationen im „Jungle“

und hat sowohl Essen als auch Kleidung verteilt.

Dort half ich allerdings nur kurz, denn ich kam dann schnell durch eine befreundete Ärztin zum Erste-Hilfe-Team. Dafür hatten wir drei medizinisch ausgestattete Wohnmobile, in denen wir parallel Patient*innen gesehen haben. Zu diesem Zeitpunkt war alles sehr chaotisch. Ich bin quasi unangekündigt bei den Wohnwägen aufgetaucht und habe angefangen zu helfen.

Die meiste Zeit habe ich die Patient*innen sogar alleine behandelt. Ich hatte allerdings immer einen Arzt mit in meiner Schicht, an den ich mich wenden konnte. Das freie Arbeiten war auf der einen Seite sehr lehrreich und hat sich sehr sinnhaft angefühlt. Auf der anderen Seite habe ich mich im Nachhinein oft gefragt, ob ich mit meinem Halbwissen als Studierende nicht Wichtiges übersehen habe.

Als ich im September wiederkam, war das aber auch nicht mehr so und ich musste dieses Mal durch meine Immatrikulationsbescheinigung nachweisen, dass ich Medizin studiere. Auch habe ich nicht mehr so selbstständig gearbeitet.

„The Jungle is a big problem, you have a small problem" war die Standardantwort eines Freundes von mir, wenn mal wieder ein Mann vor uns stand und sagte: Doctor, pain here, big big problem."

Die meisten Leute kamen mit leichten bis mittelschweren Atemwegsinfekten, die durch die schlechten Unterkünfte, sowie Wind und Regen entstanden. Außerdem sahen wir angeknackste Knöchel, die z. B. durch den Sprung von einem LKW entstanden waren, kleinere Verbrennungen an Feuern oder Schnittverletzungen durch Kämpfe. Zudem eilten wir des Öfteren mit Augenduschen herbei, wenn die Polizei mal wieder Tränengas geschmissen hatte und versuchten die latent grassierende Krätze in den Griff zu bekommen.

Wir waren allerdings nicht die einzige medizinische Hilfe vor Ort. Ärzte ohne Grenzen (MSF) waren auch da und es gab später dann auch eine staatliche Gesundheitsstation. MSF hat sich mit der Zeit fast ganz aus Calais zurückgezogen und ihren Fokus auf Dunkirk verlegt, wo es ein 2. Lager gab. Da die Bedingungen in Dunkirk so katastrophal waren, hat MSF dort ein neues Lager aus Holzhütten aufgebaut.

Für mich war der „Jungle" ein Ort voller Widersprüche. Auf der einen Seite war es ein riesiger Slum im Herzen Europas, Stacheldraht um die Autobahn und Menschen die ihr Leben aufs Spiel setzen, um die Chance zu haben, ein neues Leben zu beginnen. Und während der Teilräumung des Lagers war es das Unverständnis, wie man Menschen den letzten Rest Schutz einer Hütte aus Holz und Plastikplanen wegnehmen kann, ohne eine greifbare Alternative anzubieten.

Auf der anderen Seite gab es erstaunliches im „Jungle" zu entdecken. Es gab zahlreiche Gemeinschaftsorte, wie eine Schule, eine Bücherei, Gemeinschaftsküchen, eine Kirche, eine Moschee, Friseure, sowie unzählige Cafés und Restaurants (und das Essen war das beste). All das wurde zusammen mit den Freiwilligen aus Holz und Plastikplanen errichtet. Was mich zudem auch immer fasziniert hat, waren unzählige Graffitis und Gemälde im „Jungle", die den Ort ein wenig aufwerteten.

Im Oktober 2016 erfolgte die komplette Räumung vom „Jungle". Die Menschen wurden dezentral in ganz Frankreich untergebracht, allerdings auch nicht alle. Einige minderjährige Geflüchtete konnten legal nach England einreisen. Allerdings auch nicht alle. Der Rest verblieb in kleinen Gruppen in

Nordfrankreich, allerdings nun ohne den Schutz eines großen Lagers. Viele Menschen haben mittlerweile wieder ihren Weg zurück nach Calais gefunden und versuchen erneut nach England zu gelangen. Kurz vor der Räumung wurde zudem mit dem Bau einer Mauer begonnen, um den Zugang zum Hafengelände weiter zu erschweren.

• Gastautorin

Was wir bieten:

- ein vollständiges Sortiment auf 3 Etagen von Fachbuch bis Bestsellerroman
- eine umfassende Auswahl an medizinischen Produkten (Kittel, Stethoskop, Reflexhammer uvm.)
- Bestellung bis 18:00, Abholung am nächsten Tag
- portofreie Lieferung von Büchern
- eine umfassende Beratung
- zahlreiche Lesungen und Veranstaltungen
- die PremiumCard mit vielen Vorteilen

Wo wir sind:
Grimmaische Straße 10
04109 Leipzig
+49 (0)341 / 3397500-0
leipzig@lehmanns.de
www.lehmanns.de
Montag - Samstag: 9:30 - 20:00

lehmanns media

Gefahr durch Atomwaffen

Fast täglich hören wir es in den Nachrichten: Donald Trump droht mit der „totalen Vernichtung" Nordkoreas, Kim Jong-Un testet weiterhin Atomwaffen. Beide schrauben sich in ihren Provokationen immer höher, sodass ein atomarer Erstschlag droht. Wir als IPPNW-Studierendengruppe Leipzig haben uns dieses Semester eingehend mit dieser Bedrohung auseinandergesetzt. Wie steht es um die gesundheitliche Gefährdung durch Atomwaffen weltweit und was würde konkret bei einem Abwurf über Leipzig geschehen?

Neun Länder besitzen heutzutage fast 15 000 Atomwaffen, von denen etwa 1500 in ständiger Alarmbereitschaft stehen, also innerhalb von Minuten einsetzbar sind. Jährlich geben alle Atommächte geschätzte 105 Milliarden US-Dollar für Atomwaffen aus, eine Geldmenge doppelt so hoch wie die gesamte Entwicklungshilfe für den afrikanischen Kontinent. Aber nicht nur Atommächte lagern Atomwaffen auf ihrem Territorium, über die nukleare Teilhabe innerhalb der NATO sind immer noch ca. 20 Atomwaffen auf deutschem Gebiet in Büchel stationiert.

„Nuclear weapons pose a constant threat to humanity and all life on earth."

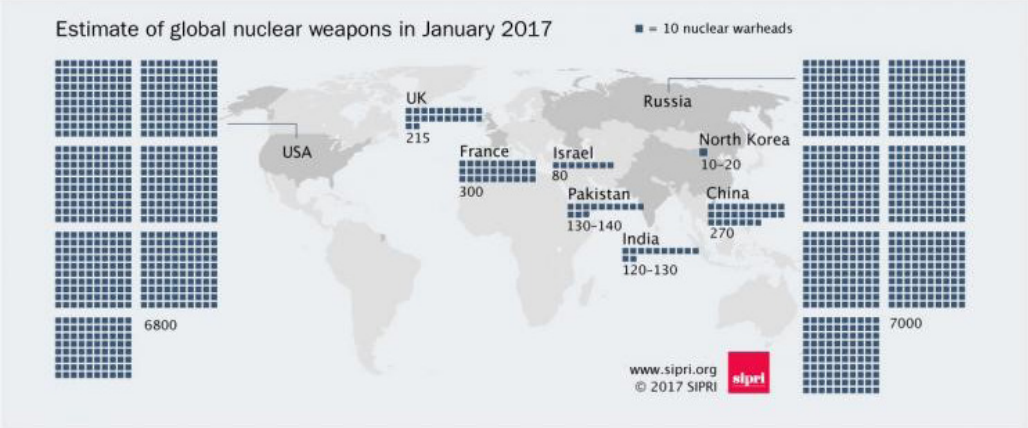
—Nobelpreiskomitee zur Begründung der Friedensnobelpreisvergabe an ICAN

Welche Folgen hätte nun der Abwurf einer Atombombe auf Leipzig und was würde dies kurzfristig und langfristig für die Gesundheit der Menschen bedeuten? In der von US-Physiker A. Wellerstein erstellten „Nukemap" lassen sich die direkten Folgen eines Abwurfes anschaulich darstellen: Bereits der Feuerball einer 800kt-Bombe (mittelgroße Atomwaffe des russischen Arsenals) würde die gesamte Leipziger Innenstadt in Schutt und Asche legen und jegliches Leben beenden (gelber Kreis). Innerhalb eines Umkreises von 6,5 km (blauer Kreis) würde die entstehende Druckwelle die meisten Wohnhäuser zum Einsturz bringen, (tödliche) Verletzungen allein durch die Druckwelle sind allgegenwärtig. Innerhalb des thermischen Strahlungsradius von 11,1 km (orangener Kreis) erleiden exponierte Menschen Verbrennungen, bis zu Grad drei.

50–90% der Bewohner von Plagwitz, der Südvorstadt oder Reudnitz sterben innerhalb von Stunden bis Wochen an akuten Strahlenschäden (deterministische Strahlenwirkung).

Diese betreffen in aufsteigender Dosis das blutbildende System, Schleimhäute des Verdauungstrakts, das zerebrovaskuläre System bis hin zur Haut und Mundschleimhaut[8], wobei der Tod durch ein Multiorgangeschehen verursacht würde. Liegt die Strahlendosis oberhalb von 15 Gray, kann eine Behandlung das Überleben der Betroffenen nicht retten. Unterhalb von 6 Gray ist die Prognose bei optimaler, intensivmedizinischer Versorgung gut, jedoch im Katastrophenfall undenkbar für die Viel-

Nukemap: simulierter Atomwaffenabwurf auf Leipzig[6]



Geschätzte Anzahl nuklearer Waffen im Januar 2017. Quelle: SIPRI Fact Sheet July 2017

zahl der Betroffenen bei gleichzeitiger Zer

störung der innenstadtnahen Krankenhäuser. Die Spätschäden durch die radioaktive Strahlung (stochastische Strahlenwirkung) würden das Risiko für Leukämien, solide Tumoren und Fehlbildungen bei in-utero-Exponierten langfristig deutlich steigern.

Weitere das Leben limitierende Faktoren beträfen unter anderem die Anreicherung radioaktiver Elemente in unserer Nahrungskette, die nukleare Hungersnot und der Einfluss auf das Weltklima. Bereits bei einem Einsatz von 100 Hiroshima-Atombomben im Zuge eines Atomkrieges wären nach einer Studie des IPPNW weltweit zwei Milliarden Menschen von einer Hungersnot betroffen. Dies bedeutete ein Ende der modernen Zivilisation, wie wir sie kennen. Selbst kleinere Atomwaffenstaaten wie Pakistan oder Indien wären hierzu in der Lage. Würden alle Atombomben weltweit eingesetzt werden, so ließe der freigesetzte Rauch die globalen Regenmengen um 45% einbrechen und die Erdoberfläche im Schnitt um 7-8 °C abkühlen lassen.

Bei diesen katastrophalen Folgen wird schnell bewusst: wir müssen etwas tun, um das zu verhindern. Einen Meilenstein dazu legte ICAN im Juli mit dem Vertrag zum Verbot von Atomwaffen, den bis heute 53 UN-Mitgliedsstaaten unterschrieben haben. ICAN erhielt dafür den Friedensnobelpreis 2017.

„Therefore the only approach to the treatment of the health effects of nuclear explosions is primary prevention of such explosions."

—WHO-Report „Effects of Nuclear War on Health and Services"

Deutschland sowie alle neun Atommächte nahmen an den Verhandlungen dazu nicht teil. Es ist an uns, der künftigen Bundesregierung zu zeigen, dass wir für ein internationales Atomwaffenverbot und eine Ächtung der in Deutschland stationierten Waffen einstehen. Dazu veröffentlicht ICAN Petitionen, die man online auf www.nuclearban.de unterschreiben kann. Prüfe auch deine Bank unter www.atombombengeschäft.de und finde heraus, ob und wie deine Bank in Unternehmen, die Atombomben entwickeln und warten investiert.

Weitere Informationen findet ihr auf www.ican.de und www.ippnw.de.

Medinetz befürwortet Clearingstelle

Lisa ist schwanger. Es ist ihre erste Schwangerschaft. Ihr Freund und sie flohen gemeinsam vor Krieg und Verfolgung aus ihrer Heimat. Sie ließen Familie und Freunde zurück in der Hoffnung auf ein besseres Leben.

Auf ihren Asylantrag erhielten sie eine negative Antwort des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BaMF). Doch eine Rückkehr ins Herkunftsland steht für beide außer Frage. Jetzt sind sie in Deutschland ohne Aufenthaltsstatus „untergetaucht", doch immerhin sicher vor der ständigen Bedrohung durch die Gefechte, Vergewaltigung und den Mangel an Wasser, Hygiene und dem Nötigsten zum Leben. Es bedeutet für beide ein Leben der Unsicherheit und Angst: Sie müssen sich im Alltag verstecken und befürchten ständig, von den Behörden entdeckt und doch abgeschoben zu werden. Lisa macht sich Sorgen um die Zukunft und das heranwachsende Kind.

Zum Arzt kann sie nicht gehen denn sie fürchtet die Fragen, die sie ihr stellen würden: Sind Sie versichert? Haben Sie einen Ausweis? Wo wohnen Sie? Eine Adresse kann sie nicht angeben, denn sie hat Angst, dass man sie entdeckt und abschiebt.

Bei ihrem Gelegenheitsjob kämpft sie mit Morgenübelkeit und hat Probleme beim Heben von Gegenständen. Ihre Gedanken kreisen um die Fragen: Geht es ihrem Kind gut? Wie soll sie die Geburt allein überstehen? Sie würde gerne ihre Eltern um Rat fragen, doch der Kontakt zu ihnen in eine Gegend mit zerstörter Infrastruktur ist schwierig und sie möchte Ihnen nicht noch mehr Sorgen zumuten.

Erst Wochen später erfährt sie von einer Freundin, dass es eine Vermittlungs- und Beratungsstelle für Menschen ohne Papiere und Krankenversicherung gibt. Obwohl sie Angst hat, geht sie dorthin - mit ihrer Freundin, die ihr beisteht und für sie übersetzen kann.

Situationen wie diese geschehen täglich in ganz Deutschland. Seit 2009 vermittelt der Verein Medinetz Leipzig e.V. kostenlos und anonym medizinische und zahnmedizinische Behandlung an Menschen ohne Papiere. Eine wöchentliche Sprechstunde und eine ständige telefonische Kontaktmöglichit sind dabei niederschwellige Anlaufstellen bei Fragen und Unterstützungsbedarf.

Diese Arbeit geschieht auf ehrenamtlicher Basis von engagierten Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sprachmittler*innen, Apotheker*innen und Freiwilligen verschiedenster Fachrichtungen.

Auf Kommunal-, Landes- und Bundesebene kämpft das Medinetz dafür, sich selbst abzuschaffen. Das mag für manche Ohren paradox klingen, doch sehen die Mitglieder des Medinetzes es als Aufgabe staatlicher Strukturen, Menschenrechte umzusetzen, indem jedem Menschen diskriminierungsfreier Zugang zu medizinischer Versorgung

ermöglicht wird. Dabei darf es keine Rolle spielen, welchen Aufenthaltstitel eine Person führt.

Mit dieser Position steht das Medinetz nicht allein da. So haben die Vereinten Nationen die Bundesrepublik Deutschland zu einer Stellungnahme zur Gesundheitsversorgung aufgefordert. Die Expert*innen vom Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) verlangen Auskunft darüber, wie die deutsche Regierung den Zugang zu angemessener und bezahlbarer medizinischer Versorgung auch für EU-Bürger*innen, Asylsuchende und Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus sicherstellen will.

Grundlage ist ein Bericht des Vereins „Ärzte der Welt". Dessen Direktor François De Keersmaeker, zeigte sich erfreut über die Reaktion der UN und bemerkte: „Die heutigen Missstände sind eines reichen Landes wie Deutschland nicht würdig." (Quelle: ZEIT ONLINE, dpi, vk, 20. Oktober 2017).

Momentan haben Illegalisierte wie auch Asylbewerber*innen die Möglichkeit, eingeschränkte Gesundheitsleistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz durch das Sozialamt gewährleistet zu bekommen. Konkret müssen sich die Betroffenen vor einem Arztbesuch bei Mitarbeiter*innen des Sozialamtes zu gegebenen Öffnungszeiten vorstellen, um einen Krankenschein zu erhalten. Dieser wird zur Abrechnung in Praxen und Krankenhäusern benötigt.

Für Menschen ohne Papiere wie Lisa ist dies jedoch in der Praxis immer mit dem direkten Risiko einer Abschiebung verbunden, da das Sozialamt als öffentliche Stelle gegenüber der Ausländerbehörde (nach §87 AufenthG) meldeverpflichtet ist. So werden aus leichteren Beschwerden chronische Krankheiten oder gar lebensbedrohliche Notfälle, da Betroffene sich gar nicht oder erst sehr spät trauen, zum Sozialamt zu gehen. Das stellt außerdem eine enorme und permanente psychische Belastung dar.

Eine Möglichkeit diesen Missständen zu begegnen, ist die Einführung eines anonymisierten Krankenscheins-kurz AKS- wie ihn z.B. die Stadt Düsseldorf seit nunmehr zwei Jahren testet. Das Prinzip beruht auf der Einrichtung einer Anlaufstelle für Menschen ohne Krankenversicherung, einer sogenannten Clearingstelle. Hierbei entfällt die Meldepflicht, weil der Zugang zur medizinischen Grundversorgung von Ärzt*innen organisiert wird, die unter Schweigepflicht stehen. Die Betroffenen stellen sich vor und erhalten nach Untersuchung einen anonymen Krankenschein mit dem sie bei Ärzt*innen der Regelversorgung eine Behandlung erhalten. Des Weiteren werden mit Sozialarbeiter*innen Wege in einen Aufenthaltsstatus oder reguläre Krankenversicherung geprüft.

Das geschilderte Konzept hat einige Vorteile und wird in ähnlicher Weise in anderen Städten Deutschlands wie Hamburg, Hannover, Göttingen und Bremen sowie im Bundesland Thüringen schon erfolgreich praktiziert. So stellt es für Betroffene einen niederschwelligen Zugang zur Gesundheitsversorgung und damit weniger Angst vor einem Arztbesuch dar. Es werden Verwaltungskosten im Sozialamt entfallen und Mitarbeiter*innen entlastet. Außerdem würde es einer sozialfortschrittlichen Stadt wie Leipzig gebühren, ein Menschenrecht umsetzen, zu dem sich die BRD in mehreren völkerrechtlich bindenden Abkommen bekannt hat: dem Zugang zu gesundheitlicher Versorgung unabhängig von Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Religion und Aufenthaltsstatus.

Die Stadt Leipzig möchte die Evaluation in Düsseldorf abwarten, um zu prüfen ob dieses Konzept in Leipzig umgesetzt werden kann. Einige Tendenzen zeichnen sich mittlerweile ab: so ist es beispielsweise nicht zu einem befürchteten „Medizintourismus" mit Anstieg der Fallzahlen gekommen.

Das Medinetz fordert die Einführung einer Clearingstelle zur Vergabe anonymer Krankenscheine in Leipzig und unterstützt die Bestrebungen der Stadt das bestehende Konzept in Düsseldorf zu prüfen.

Menschen wie Lisa und ihr Freund könnten so zumindest eine basale medizinische Versorgung in der Schwangerschaft erhalten und mit weniger Sorgen der Geburt ihres Kindes entgegenschauen.

RICHTIG VERARZTET DURCHS MEDIZINSTUDIUM

Prävention	Anamnese	Diagnose	Therapie
ZUHÖREN	DENKEN	BERATEN	BEGLEITEN

Das A.S.I. Angebot für Medizinstudenten:

Wissenscheck – **A.S.I. Seminare vom Nahtkurs bis zum Elternalarm**
Studenten helfen Studenten – **Prüfungsprotokolle für die mündlich/praktische Prüfung**
Das Ausland ruft – **Auslandsreise-Krankenversicherung**
Unter allen Umständen Lebensqualität – **Berufsunfähigkeitsversicherung**
Die Approbation fest im Blick – **Privat- und Berufshaftpflicht**

Dies ist der richtige Augenblick für ein **kostenloses Konzeptgespräch** in Ihrer A.S.I. Geschäftsstelle Leipzig.
Fragen beantwortet Ihnen Ihre kompetente Ansprechpartnerin Susan Lucas.

/A/S/I/
Wirtschaftsberatung AG

Susan Lucas

Geschäftsstelle Leipzig
Schloßgasse 2 - 4, 04109 Leipzig
Telefon: 0341 217380, Fax: 0341 2173819
E-Mail: susan.lucas@asi-online.de, www.asi-online.de

COLLM KLINIK OSCHATZ

Für unsere Abteilung **Orthopädie** suchen wir zum **nächstmöglichen Zeitpunkt** eine/n

Assistenzarzt (m/w)
in Weiterbildung zum Facharzt (m/w) für Orthopädie und Unfallchirurgie

Die COLLM KLINIK OSCHATZ GmbH ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Die Abteilung für Orthopädie verfügt über 71 Betten betreut durch 14 Ärzte. Unser operatives Spektrum umfasst die gesamte (Revisions-)Endoprothetik, die Wirbelsäulenchirurgie, gelenkerhaltende Chirurgie mit Arthroskopien und Achskorrekturen, die Hand- und Fußchirurgie sowie die orthopädische Rheumatologie. Das konservative Spektrum umfasst die gesamte Orthopädie incl. minimalinvasiver Verfahren und der Neuroorthopädie. Wir sind seit 2017 zertifiziertes Endoprothesenzentrum der Maximalversorgung mit ca. 800 endoprothetischen Eingriffen im Jahr. Des Weiteren sind wir überregionale Anlaufstelle für komplexe rheumatologische Eingriffe.
Die Kreisstadt Oschatz ist jeweils ca. 45 Minuten von Leipzig und Dresden entfernt (10 unserer 14 Ärzte wohnen in Leipzig).

Wir bieten:
- Weiterbildungsermächtigung für die gesamte Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie.
- Regelmäßiger Einsatz im OP von Beginn an.
- Bezahlung nach Tarifvertrag – Ärzte/VKA Marburger Bund mit außertariflichen Freizeitregelungen.
- Familienfreundliche Arbeitszeiten, moderate Dienstbelastung und eine gute work/life balance.
- Alle Möglichkeiten zur persönlichen Weiterbildung mit Kursen, Kongressen, etc. und bei Interesse die Möglichkeit zur berufsbegleitenden Promotion.

Wir suchen:
- Engagierte Ärztinnen und Ärzte, gern Berufsanfänger, mit Begeisterung für unser Fachgebiet und Teamgeist.

Bildquelle: http://www.yim778.com/WDF-787682.html

Wir haben Ihr Interesse geweckt?
Besuchen Sie uns für einen oder mehrere Tage zur Hospitation oder vereinbaren Sie einen unverbindlichen Gesprächstermin (Email: rscholz@collm-klinik-oschatz.de).

Für Rückfragen steht Ihnen der Chefarzt der Abteilung Orthopädie, Herr Dr. med. Roger Scholz, unter 03435 – 941414 gern zur Verfügung. Ihre Bewerbung mit aussagefähigen Unterlagen senden Sie bitte an:

COLLM KLINIK OSCHATZ GmbH | Personalabteilung | Parkstraße 1 | 04758 Oschatz

Wir freuen uns auf Sie!

Famulatur im Hospital Andino del Alto Chicama

Im Februar und März diesen Jahres hatte ich die Möglichkeit, in Peru eine Auslandsfamulatur im Hospital Andino del Alto Chicama (HAACH) zu absolvieren. Der Monat im Krankenhaus war für mich eine einmalige Erfahrung: Ich habe ein breites Krankheitsspektrum gesehen, durfte selbst aktiv werden und vor allem konnte ich eine andere Lebensmentalität kennen lernen.

Lions-Club Frankfurt aufgenommen. Zu Beginn meines Berichts möchte ich mich ausdrücklich bei Herrn von Sengbusch bedanken. Über ihn sind die Bewerbung und die gesamte Organisation gelaufen.

Die Reise ins Krankenhaus begann ausgehend von Trujillo. Die Fahrt alleine war schon ein kleines Abenteuer. So war die Strecke ab Usquil nicht mehr asphaltiert, und streckenweise schien man direkt über den Abgrund hinweg zufahren, welcher sich beim Blick aus dem Fenster auftat. In der Sierra ist von Dezember bis März Regenzeit, weshalb wir durch dichte Nebelschleier und Wolken fuhren und es mit gewonnener Höhe auch deutlich kühler wurde. In Trujillo wiederum war es dann mit über 30 Grad und gleißender Sonne schrecklich heiß.

Nach knapp fünf Stunden Fahrt erreichten wir das Hospital, welches kurz vor dem Dorf Coina liegt.

Dort wurde ich schon erwartet und freundlich begrüßt.

Am nächsten Morgen ging es dann endlich richtig los, und in den kommenden Tagen bekam ich einen ersten Eindruck, wie die Abläufe im Hospital funktionieren. Sprechstunde ist unter der Woche von 8-13 Uhr und von 15-18 Uhr und samstags von 8-15 Uhr. Notfälle werden durchgehend betreut. Im Krankenhaus arbeiten zwei „Medicos cirujanos“ (Titel nach Abschluss des Studiums, entspricht einem Arzt ohne Spezialisierung). Wenn beide im Krankenhaus sind, hält der Eine Sprechstunde, und der Andere führt Sonographien sowie Akutbehandlungen durch und kümmert sich um die stationären Patienten. Des weiteren arbeiten im Krankenhaus vier Schwestern, eine Laborantin und eine Hebamme.

Besonders wertvoll war für mich, zu sehen, was typische Krankheitsbilder und gesundheitliche Probleme sind, Einblicke in die sozialen Bedingungen und Konstellationen zu bekommen, in Kontakt mit den „Serranos“ zu kommen, ihre Lebensrealitäten nachvollziehen zu können und zu erfahren, wie sich diese gegenseitig bedingen.

Die häufigsten Symptome, die ich in der Sprechstunde erlebt habe, waren (Ober-) Bauchschmerzen mit oder ohne Durchfällen.

Ursachen waren zumeist Gastritiden durch das Bakterium Helicobakter Pylorie oder parasitäre Darmerkrankungen sowie Nierensteine und Urozystitiden. Diese Krankheiten sind wesentlich durch die Hygienebedingungen der Andenbewohner verursacht. So findet keine Wasseraufbereitung statt, das Leitungswasser ist kein Trinkwasser und ist zusätzlich durch die vielen illegalen Minen stark belastet. Dies ist ein Grund für die vermehrte Harnsteinbildung. Fehlendes Abkochen des Wassers und allgemeiner Hygienemangel bedingen die bakterielle Gastritis und den Parasitenbefall.

Häufig waren auch muskuläre und degenerative Rücken-, Gelenk- und Gliederschmerzen. Der Großteil der Andenbewohner verrichtet schwere körperliche Arbeit entweder auf dem Feld oder in den Minen. Zusätzlich wird als Stimulanz und zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit das Blatt der Kokapflanze gekaut, was dazu führt, dass körperliche Grenzen weniger wahrgenommen und eingehalten werden.

Viele Patienten werden auch zur Akutbehandlung von Unfällen und Wunden im Hospital vorstellig. So sind vor allem junge Männer durch Minenunfälle, Verkehrsunfälle mit dem Motorrad und durch gewaltsame Auseinandersetzungen untereinander betroffen.

Einen Großteil der Arbeit im Krankenhaus macht die Schwangerschaftsvorsorge und Schwangerschaftsbetreuung aus. Zu meiner großen Freunde habe ich in der letzten Woche im Krankenhaus auch eine Geburt miterlebt. Schwangere im Alter zwischen 15 und 19 Jahren sind hier nicht die Ausnahme, sondern eher die Regel. Die frühen Schwangerschaften führen für die Mädchen sehr früh in eine Abhängigkeit, da sie dann häufig nicht einmal mehr die Secundaria (10. Klasse) abschließen. Bei der Vielzahl der Schwangerschaften hat mich beeindruckt, dass diese trotz der Umstände sehr häufig komplikationslos verlaufen sind. Daneben gab es natürlich leider auch immer einige Fälle, die kompliziert verliefen oder im schlimmsten Fall zum Abort mit notwendiger Ausschabung geführt haben.

Die beiden Ärzte waren fachlich sehr breit aufgestellt und vor allem in der Sonographie sehr gut ausgebildet. Hierbei konnte ich besonders viel lernen und durfte dies auch viel üben und anwenden. Gerade im gynäkologischen Bereich habe ich vieles aus der Theorie hier zum ersten Mal gesehen und habe einen guten Überblick über die (sonographische) Schwangerschaftsvorsorge bekommen. Beide Ärzte pflegen einen sehr respektvollen und ruhigen Umgang mit den Patienten. Lediglich die Patientenautonomie und Schweigepflicht wurde anders gehandhabt, als es bei uns in Deutschland üblich ist.

Auf den Kampagnenfahrte in nahegelegene Dörfer war es spannend für mich zu erleben, dass viele „Serranos" ein grundlegend anderes Krankheitsverständnis haben, welches von Naturerscheinungen und schamanischen Einflüssen geprägt ist. Dies erschwert die Kommunikation mit dem Patienten und vor allem die Therapie deutlich. Hinzu kommen ein erheblicher Mangel an Gesundheits-

aufklärung und Analphabetismus, der für einen Teil der Bevölkerung zutrifft.

Ab der zweiten Woche meines Aufenthalts in Coina nahm der tägliche Regen deutlich an Schwere und Länge zu, so dass wir leider ab Ende der zweiten Woche Tage hatten, an denen nur sehr wenige Patienten ins Hospital kommen konnten, da die Straßenverhältnisse so schlecht waren und der Weg zu Fuß, mit Motorrad oder Auto zu gefährlich. In der dritten und vierten Woche meines Aufenthaltes ereigneten sich dann, geschuldet durch die schweren Regenfälle in der Sierra, in der gesamten Küstenregion von Lima bis Nordperu schwere Überschwemmungen und Schlammlawinen (genannt „huaicos“). Die Situation Perus mit mehreren Toten und Trinkwasserknappheit hat zu internationalem Aufsehen geführt. In Coina selbst waren wir, abgesehen von dem vielen Regen, wenig betroffen. Der einzige Weg nach Trujillo war jedoch über mehrere Tage hinweg aufgrund von Bergrutschen und Lawinen nicht passierbar. Ebenso war das Mobilfunknetz fast durchgehend ausgefallen, so dass wir insgesamt ziemlich isoliert waren. In ganz Nordperu stiegen während dieser Zeit die Trinkwasserpreise und Lebensmittelpreise deutlich an.

Trotz der unerwarteten und für Peru dramatischen Naturereignisse war die Reise nach Peru und ins Hospital eine einmalige und sehr gute Erfahrung. Besonders schätze ich die Warmherzigkeit und Gastfreundschaft der Peruaner, die ich dort erfahren habe, und freue mich, dass ich für einen Monat in ihre Lebensrealität eintauchen durfte.

• Theresa Ruß

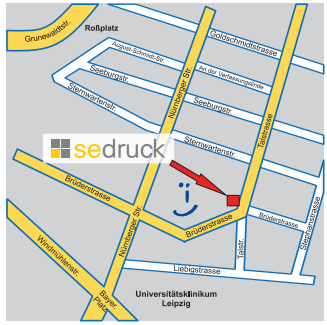
MITNACHDRUCKUNTERSTÜTZTVON:

sedruck

COPYshop & BUCHmanufaktur

3 x in Leipzig: in der Brüderstrasse 55 / Ecke Talstrasse,
Beethovenstrasse 10 / Musikviertel und
in der Zschocherschen Str. 87 /“Am Adler“

NICHTSUCHEN.



FINDEN.

sb-drucken & scannen, bindungen, skripte, handouts..
Mo. - Fr. von 8 - 20 Uhr, Sa. 9 - 16 Uhr

PJ in Schottland

Für mich waren die Kriterien, nach denen ich ein Ort für ein Teil meines PJs gesucht habe, klar: Ärzte sowie Patienten sollten englisch sprechen und ich wollte mich nicht in den finanziellen Ruin durch Anreise, Studiengebühren und Lebenshaltung stürzen. Etwa eineinhalb Jahre vor dem geplanten Zeitraum begann ich mich zu informieren und nach einem Wahlfach in der Onkologie im Januar 2016 fragte ich konkret einen Professor nach Empfehlungen für eine Klinik im Bereich Irland/ Großbritannien. Er schickte mir eine Liste von fünf Kliniken und nach genauerem Hinschauen auf deren Websites, blieben mehr oder weniger nur zwei übrig. Nach wenigen Mails stand bereits der erste Kontakt zum Professor der Onkologie in Dundee und ich stand direkt vor dem „Problem", dass ein Aufenthalt für maximal acht Wochen erlaubt sei. Zum Glück gibt es in Leipzig die Option ein Tertial zu splitten, womit zwar keine Fehltage mehr erlaubt sind, aber gerade im Bereich Großbritannien sind oft maximal acht Wochen möglich.

Für Dundee gab es sogar eine recht informative Website und so sammelte ich die doch recht umfangreichen Bewerbungsunterlagen ein. Nach fünf Wochen warten erhielt ich den ersten Dämpfer, für meinen gewünschten Zeitraum seien keine Plätze mehr verfügbar. Also einige Dokumente für die zweite Hälfte des ersten Tertials neu ausgefüllt und wieder fünf Wochen warten – letztendlich sollte es ungefähr ein halbes Jahr, viele Mails und einige Anrufe dauern bis ich im Dezember 2016 meine Zusage erhielt. Immerhin dauerte es dann nur ungefähr drei Tage um einen Platz in der Nurses Residence zu bekommen.

Nach den ersten acht Wochen PJ in Deutschland flog ich dann an einem Sonntag Anfang Juli Richtung Schottland. Dundee liegt etwa 60 km Luftlinie nördlich von Edinburgh an der Ostküste am Firth of Tay. Mit knapp 150 000 Einwohnern immerhin die viertgrößte Stadt Schottlands. Das Universitätskrankenhaus liegt etwas außerhalb der Innenstadt, aber immerhin war meine Unterkunft direkt an das Gebäude angeschlossen (es gab sogar einen Brückengang über die Straße, was bei schottischem Wetter doch oft von Vorteil ist). Am ersten Tag erledigte ich vor allem Formalitäten, die aber überschaubar waren. Am zweiten Tag folgten dann direkt die ersten Besuche in Sprechstunden und die Teilnahme an Besprechungsrunden sowie Tumorboards. Ich war jede Woche einer anderen Tumorentität zugeteilt und habe somit die Behandlungsspektren aller häufigen Tumorarten erfahren dürfen. Stationsarbeit an sich habe ich wenig gemacht, da dafür keine Studenten eingeteilt sind und Lehre von den „consultants" (etwa Oberarzt entsprechend) übernommen wird. Die Station schmeißen hingegen vor allem junior docs (etwa Assistenzärzte), die häufig ziemlich überfordert wirkten. Zusätzlich war ich einige Tage im Diagnostikzentrum für Brustkrebs, im Forschungszentrum und in der Strahlentherapie.

Insgesamt war ich über die technische Ausstattung des Krankenhauses doch sehr überrascht,

Rollstühle sahen aus wie aus den 80ern und vor allem IT-mäßig hing Dundee wohl doch sehr hinterher (es sei wohl an anderen Kliniken besser). So kommt es, dass jegliche Dokumentation noch papierbasiert verlief – auch Laborwerte wurden morgens handschriftlich aus dem Computersystem übertragen. Im Gegensatz dazu gab es einen tollen Gebäudeteil mit sehr neuer Ausstattung für den Bereich Lehre und Forschung. Meine Unterkunft gehörte eher so zum Spektrum der 80er-Jahre Rollstühle, war aber sauber und günstig!

Zu Beginn war die größte Herausforderung definitiv das schottische Englisch, ich verstand am ersten Tag nicht einmal die Wegbeschreibung zu meinem Zimmer. Unmerklich versteht man aber doch immer mehr und lernt so einige abstruse Wörter dazu. Mein theoretisches Wissen zu vielen Tumorerkrankungen ist vor allem in den Sprechstunden und Tumorboards extrem gewachsen, komplizierte Behandlungspfade wurden immer bereitwillig erklärt. Dass durch das rein staatliche Gesundheitssystem in Schottland sich Unterschiede bei bestimmten Therapieoptionen ergeben, hätte ich so kaum gedacht. Einige wenige Patienten waren sogar in Deutschland, um dort Medikamente auf Forschungsbasis zu erhalten, welche nicht vom NHS übernommen werden. Auch die viel zentralisierter organisierte Struktur zeigte sich oft, zum Beispiel gab es keine radiologischen Praxen, wodurch jegliche Brustkrebsvorsorge im Krankenhaus stattfand.

Die Wochenenden und einmal sogar ein paar Tage länger verbrachte ich mit einer PJlerin aus Tübingen, die zufällig auch in Dundee war. Mehrmals waren wir in Edinburgh, unter anderem zum Fringe-Festival, oder an den wunderbar einsamen Küstenabschnitten nördlich und südlich von Dundee. Die Highlands und typische „Touristenorte" durften natürlich auch nicht fehlen, dafür flitzte ich mit einem kleinen Mietauto so einige Kilometer durch grüne Hügel. Was mir die Rückkehr etwas leichter machte, war das Wetter. (Fast) täglich Regen und niemals über 21 Grad waren für Juli und August manchmal schon hart, dafür genießt man die Sonne, das Kreischen der Möwen und die vielen Grünvariationen umso mehr.

• Sonja Neuser

Indonesien – Medizin im Schwellenland

Schon vor dem Physikum stand für mich bereits fest: ich möchte mindestens ein Auslandssemester machen. Wo und wie war mir damals noch nicht so klar, erst als ich zum 5. Semester nach Leipzig wechselte, evaluierte ich meine Möglichkeiten. Neben Erasmus (was nicht für mich klappte) probierte ich mein Glück bei den bilateralen Partnerschaften, wo meine Wahl auf die Universitas Gadjah Mada (UGM) in Yogyakarta, Indonesien fiel.

Das Curriculum dort besteht aus 3,5 Jahren Grundstudium und 1,5 Jahren Clinical Rotation.

Im Grundstudium lernt man nicht eine Fachdisziplin nach der anderen, sondern es gibt pro Semester drei Themenblöcke, zu denen die Fächer jeweils beitragen. Die Veranstaltungen hier gliedern sich im Prinzip in vier Arten: Vorlesungen (75% Anwesenheitspflicht), Seminare/Praktika (90% A.), Skills Labs (100% A.) und Tutorials (90% A.), sowie einigen Panel Discussions und sozusagen religionsabhängigen Ethikunterricht.

Hier möchte ich erwähnen, dass Indonesien dem sog. Pancasila (5 Prinzipien) folgt, eine Art Ideologie, die verschiedene Aspekte umfasst und ein friedliches Zusammenleben garantieren soll. Dazu gehört u.a. an, dass man einer der 5 großen Weltreligionen angehören muss (Islam, Christentum, Buddhismus, Hinduismus, Konfuzianismus). Nein, das Judentum zählt dort nicht.

Patientenkontakt gibt es soweit ich erfahren habe keinen oder extrem wenig, jedoch müssen die Studenten des „International Batch" der UGM für einen Monat so etwas wie eine Famulatur im Ausland machen, auf eigene Kosten. Hier möchte noch erwähnt sein, dass explizit dieser Studiengang an dieser Uni meines Wissens der teuerste Indonesiens ist, da dies eine der beiden Top-Unis ist. Wir reden von ca. 4.000€ pro Semester in einem armen Land.

Dieser internationale Batch hat auch die Besonderheit, dass auf Englisch unterrichtet wird, allerdings wird das nicht immer umgesetzt und ich würde sagen, ich hatte 30-40% der Veranstaltungen auf Englisch.

Spannend bei allem Unterricht war die Sicht auf das eigene Land und das Bewusstsein über die Dritte-Welt-Situation, die Probleme in medizinischer Praxis und die Systemprobleme, v.a. die Korruption, über die nicht gesprochen wird. Zudem merkt man, wie stark insbesondere die außerstädtische Bevölkerung noch an Magie, höheren Mächten und Schamanismus hängt, auf der anderen Seite aber von der Infrastruktur her kaum eine andere Möglichkeit hat.

Nach dem Grundstudium folgt die Clinical Rotati

on, welche in etwa unserem PJ entspricht, jedoch müssen die Indonesier jede Fachdisziplin durchlaufen.

Nach dem Studium ist man in Indonesien bereits Allgemeinmediziner, was mit nicht so hohem Ansehen verbunden ist und zudem schlecht bezahlt wird, u.a. ein Grund für den dort ebenso existenten Landarztmangel. Das heißt man strebt einen Facharzt an - sollte man genug Geld haben - denn diese mehrjährige Ausbildung muss man erneut bezahlen, teurer als das Grundstudium und statt Gehalt bekommt man in den meisten Fällen eine strenge Hierarchie und das Wort des älteren, höheren Arztes über die dortigen Leitlinien.

Rückblickend war das ganze Semester eine prägende Erfahrung in vielerlei Hinsicht. Für meinv Studium ist aber womöglich die wichtigste Lehre, wie glücklich wir mit unserer eigentlich verdammt guten Ausbildung und allen uns gegebenen Möglichkeiten und Freiheiten sein müssen. Leider nehmen wir dies oft zu selbstverständlich.

● Constantin Strube

KURZ GEFRAGT - AUSLANDSSEMESTER

Ein Semester in Rumänien

Wo und wie lange warst du im Ausland?
In Cluj-Napoca in Rumänien, für ein Semester.

Auf welcher Sprache hast du studiert?
Grundsätzlich auf Englisch, einige klinische Praktika fanden aber auf Rumänisch statt.

Warum Ausland und warum dieses Land?
Bevor ich arbeite wollte ich noch einmal richtig im Ausland leben. Erasmus bietet großartige Rahmenbedingungen, die man nach dem Studium nicht mehr haben wird. Südosteuropa kannte ich vorher noch nicht, weshalb ich mich für eine Partneruniversität in dieser Region entschieden hatte.

Hat dich etwas besonders fasziniert?
Das Projekt Erasmus an sich, weil es dem Konstrukt „Europäische Union" Leben einhaucht und viele ihrer Ziele konkret umsetzt. Durch intensive Kontakte während des Semesters, mit Menschen aus diversen Ländern, durfte ich erleben, wie viel mehr uns verbindet als uns trennt. Rumänien ist außerdem ein wundervolles Land, wenn auch mit vielen Gegensätzen.

Was waren für dich die größten Unterschiede zum Medizinstudium in Deutschland?
Praxis hatte einen höheren Stellenwert im Unterricht. Es fanden auch in jedem Fach praktische

Prüfungen statt. Leider gab es wesentlich mehr Pflichttermine und das Studium war schlechter Organisiert. In den Praktika erlebten wir häufig fortgeschrittene Stadien verschiedener Krankheiten, da die Grundversorgung in Rumänen nicht unserem Standard entspricht.

Kannst du dir vorstellen Arzt/Arztin in diesem Land zu sein?

Nein, die Arbeitsbedingungen sind für Assistent*Innen zu schlecht und die Sprachbarriere wäre zu groß.

● Bernhard Krøger

Winter in Spanien

Wo und wie lange warst du im Ausland?

In Barcelona von 08/2015 – 02/2016.

Auf welcher Sprache hast du studiert?

Vor allem auf Katalanisch, teilweise auch auf Spanisch.

Warum Ausland und warum dieses Land?

Ich wollte gerne ins spanischsprachige Ausland und eine möglichst große Stadt kennenlernen.

Hat dich etwas besonders fasziniert?

Dass um jede Uhrzeit die Straßen voller Menschen sind; dass es tatsächlich sympathischen Patriotismus gibt; wie riesig die Organisationsstrukturen sind, die um das Produkt „Erasmus in Barcelona" gewachsen sind und wie oft einem in 6 Monaten Teile vom Fahrrad abmontiert werden können.

Was waren für dich die größten Unterschiede zum Medizinstudium in Deutschland?

Die Zahl der Kommilitonen war deutlich kleiner (pro Semester ca. 60), die Professoren kannten einen oft mit Namen und die Prüfungen waren deutlich länger (bis zu 4h). Außerdem die tatsächlich noch etwas theoretischer orientierte Lehre, da am Ende des Studiums ein für die berufliche Zukunft sehr wichtiges schriftliches Examen steht (landesweites Ranking, das über Erfüllung der Orts- und Facharztpräferenz entscheidet.

Kannst du dir vorstellen Arzt/Ärztin in diesem Land zu sein?

Grundsätzlich ja. Die „guten Stellen" sind aber ziemlich heiß umworben (in Barcelona habe ich zum Beispiel einen Assistenzarzt kennengelernt, der unbedingt dort bleiben wollte und deshalb ein Fachgebiet gewählt hat, das ihm zwar keinen Spaß gemacht hat, aber das einzige war, für welches er mit seinem Examens-Listenplatz eine Chance hatte). Auf der anderen Seite habe ich das Verhältnis zwischen Arzt und Patient als deutlich entspannter, persönlicher und egalitärer in Erinnerung, was mir gut gefallen hat.

● Jakob Michaelis

Studium in Frankreich

Wo und wie lange warst du im Ausland?
Ich war ein Semester lang (WS 15/16) in Lyon. Das waren 5,5 Monate, da wir einen Sprachkurs vor Semesterbeginn hatten.

Auf welcher Sprache hast du studiert?
Französisch

Warum Ausland und warum dieses Land?
Weil ich der deutschen Hochschule überdrüssig war. Die Pause hat mir neue Motivation verschafft und in der Schule war ich schon einmal in Frankreich für 2 Wochen. Daraufhin hatte ich den Französischleistungskurs belegt und fand mich gut zurecht – auch im Krankenhaus.

Hat dich etwas besonders fasziniert?
Die offene Art der Franzosen, wenn man interessiert und selbst offen war. Die zwischenmenschlichen Beziehungen haben mich sehr geprägt. Ich kann Oberflächlichkeit und Offenheit nun gut voneinander trennen und heiße Erasmusstudenten herzlich willkommen, weil ich weiß, wie sehr der Anschluss einen voranbringt.

Was waren für dich die größten Unterschiede zum Medizinstudium in Deutschland?
Dass wir von 8-13 Uhr auf der Station mitgearbeitet haben, also auch EKGs geschrieben haben und den Minimental Status erhoben haben, dafür aber auch viel einfacher eine Lumbalpunktion machen durften. Man musste sich interessiert und hilfsbereit zeigen und auch mal länger bleiben. So kannten die Ärzte die eigene Bereitschaft und gewannen Vertrauen. Das ging aber nur, da wir 6 Wochen in einer Fachrichtung waren. Der Kontakt war dadurch intensiver. Jedoch bevorzuge ich trotzdem den breiten Überblick, den wir durch unseren UaK erhalten.

Kannst du dir vorstellen Arzt/Ärztin in diesem Land zu sein?
Nein, denn die dortigen Assistenzärzte hatten in der Neurologie 12 Stunden gearbeitet und insgesamt denke ich, dass man gerade in der Psychosomatik die genauen Wortnuancen kennen muss. Das kann man aber oft nur als Muttersprachler.

• Steffanie Elsel

Sorgenfrei durchs Studium

MLP macht´s möglich!

Nutze unsere **kostenfreien** Angebote speziell für Medizinstudenten:

- Berufs- und Privathaftpflichversicherung – weltweit gültig
- Studentenkonto mit 1,5 %* p.a. Zinsen und Kreditkarte
- Registrierung bei „The Electives Network“, der Planungshilfe für Famulatur/PJ im Ausland

Auslandskrankenvrsicherung für nur 4,90 Euro p.a.**

Tel 0341 • 12450 • 74

MLP Finanzberatung SE, Medizinerteam Leipzig
Ansprechpartner: Katja Machel und Martin Thomas
Löhrstraße 2, 04105 Leipzig
leipzig@mlp.de, mlp-financify.de

* Die Verzinsung von 1,5 % p.a. – ab dem ersten Euro für bis zu 1.000 Euro Guthaben – wird vierteljährlich gutgeschrieben. Der Zinssatz kann angepasst werden.
** für Medizin- und Zahnmedizinstudierende, für bis zu 125 Tage

MLP
Finanzen verstehen. Richtig entscheiden.

Masterplan Medizinstudium 2020

Worum ging es dabei noch mal? In aller Kürze: Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheits- und der Kultusministerkonferenz der Länder und der Koalitionsfraktionen des Bundestages haben den MM2020 vor bald neun Monaten veröffentlicht. In einem Beschlusstext wurden Maßnahmen zusammengetragen, die Praxisnähe in Ausbildung und Prüfungen, Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung sowie kompetenzorientierte Ausbildung vorantreiben sollen. Besonders polarisierend war die unverzügliche Eröffnung der Möglichkeit einer Landarztquote von bis zu 10%. Einziges Problem war und ist, dass der gesamte Beschlusstext unter Haushaltsvorbehalt steht. Welche Punkte in welchem Umfang umgesetzt werden, liegt also bei der momentan noch zu bildenden neuen Bundesregierung. Man kann vermuten, dass die Veröffentlichung des MM2020 zum damaligen Zeitpunkt stark parteipolitisch motiviert war. Nicht umsonst war die Frage nach medizinischer Versorgung auf dem Land Element gleich mehrerer Wahlomaten. Von uns wird wahrscheinlich niemand mehr die Änderungen am eigenen Leib miterleben. Aber die Frage, was mit dem Medizinstudium passieren wird, ist trotzdem spannend: Das IMPP bereitet sich schon auf neue Prüfungsformate vor. Dass es in absehbarer Zeit OSCEs und E-Prüfungen auch in Staatsexamina geben wird, ist also wahrscheinlich. Ebenso werden Punkte wie die Quartalisierung des PJ und Allgemeinmedizin als Pflichtfach in der M3 Prüfung kommen. Die Stärkung der Kompetenzorientierung baut auf dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) auf. An unserer Fakultät werden schon einzelne neue Unterrichtsformate basierend auf diesem Dokument erarbeitet. Eine Umstrukturierung des gesamten Studiums hin zu Praxis- und Kompetenzorientierung im Sinne des MM2020 würde aber zusätzliche Finanzmittel voraussetzen, die abzuwarten oder wenn nötig einzufordern bleiben. Auch eine Überarbeitung des Zulassungsverfahrens wurde gefordert, der durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts in letzter Zeit viel Aufmerksamkeit zukam. Klar dabei ist durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts nur eines: Die Ortspräferenz in ihrer jetzigen Form wird wegfallen. Die meisten anderen Punkte – auch die Abiturbestenquote – dürfen unter gewissen Voraussetzungen in etwa so bleiben wie sie sind. Und was passiert mit der Landarztquote? Sie hat viele Gegner wie Ärztekammern, Hartmannbund, Marburger Bund und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). Im Gegenzug aber auch einige wichtige Fürsprecher, allen voran die Unionsparteien. Die Quote einzuführen oder nicht bleibt den Ländern überlassen und ist in Bayern und Nordrhein-Westfahlen schon geplant. Die Umsetzung in Sachsen ist noch nicht klar, hängt aber bestimmt auch von dem Ergebnis der nächsten Landtagswahlen ab. Zum Abschluss hier also schon ein kleiner wenn auch sehr früher Wahlappell für 2019.

• Philipp Rhode

Das neue ärztliche Gelöbnis

Der Weltärztebund hat ein neues ärztliches Gelöbnis verabschiedet. Wie genau das aussieht, könnt Ihr hier nachlsesn.

Der Weltärztebund (WMA) hat den hippokratischen Eid für Ärzte modernisiert. Die Delegierten einigten sich auf ihrer Generalversammlung in Chicago (10.-14.10. 2017) auf eine überarbeitete Fassung des Genfer Gelöbnisses, das ursprünglich aus dem Jahr 1948 stammt.

„Die Neufassung hebt nun stärker als zuvor auf die Autonomie des Patienten ab", sagte Frank Ulrich Montgomery, Bundesärztekammerpräsident und stellvertretender Vorsitzender des WMA. So verpflichtet das Gelöbnis in der aktualisierten Fassung die Ärzte, medizinisches Wissen zum Wohl der Patienten und zur Förderung der Gesundheitsversorgung mit ihren Kollegen zu teilen. Vor dem Hintergrund der steigenden Arbeitsbelastung appelliert es aber auch an die Ärzte, sich um ihre eigene Gesundheit zu kümmern. Nur dann könnten sie eine gesundheitliche Versorgung auf höchstem Niveau leisten.

Der WMA rechnet damit, dass die überarbeitete Fassung weltweit als ethischer Kodex für alle Ärzte anerkannt wird. Die Änderungen waren von einer internationalen Arbeitsgruppe unter Leitung der Bundesärztekammer über einen Zeitraum von zwei Jahren vorbereitet worden.

Übersetzung der aktualisierten englischen Fassung durch Die ZEIT: was NEU ist, ist rot markiert, was UMFORMULIERT wurde, kursiv geschrieben.

1. Als Mitglied der Ärzteschaft gelobe ich feierlich:

2. Ich widme mein Leben dem Dienst der Menschlichkeit.

3. Die Gesundheit und das Wohlbefinden meiner Patientin oder meines Patienten wird mein oberstes Anliegen sein.

4. Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.

5. Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren

6. Ich werde mich der Erfüllung meiner ärztlichen Plichten meiner Patientin oder meinem Patienten gegenüber nicht durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Glauben, ethische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder durch andere Faktoren beeinflussen lassen.

7. Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod meiner Patientin oder meines Patienten hinaus wahren.

8. Ich werde meinen Beruf nach bestem Gewissen mit Würde und im Einklang mit der guten medizinischen Praxis ausüben.

9. Ich werde die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes pflegen.

10. Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern, Kolleginnen und Kollegen sowie den Studierenden die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.

11. Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle meiner Patientinnen und meiner Patienten und zur Förderung des Gesundheitswesens teilen.

12. Ich werde meine eigene Gesundheit, mein Wohlbefinden und meine Kenntnisse pflegen, um eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau leisten zu können.

13. Ich werde, selbst unter Bedrohung, meine medizinischen Kenntnisse nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.

14. Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.

Genfer Deklaration des Weltärztebundes:

wurde im September 1948 auf der 2. Generalversammlung des Weltärztebundes in Genf, Schweiz verabschiedet. Sie soll eine zeitgemäße, ohne religiösen Kontext bestehende Version des Eids des Hippokrates darstellen und wurde mehrfach revidiert. Sie ist in die Berufsordnung für die deutschen Ärzte übernommen worden und deren Präambel vorangestellt.

• Sarah Bußler

NEUE ENTWICKLUNGEN IM BEREICH DER LEHRE AN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

Was im Hintergrund alles so abläuft…

Um das bereits hohe Qualitätsniveau der Medizinerausbildung an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig halten und weiter erhöhen zu können, bedarf es verschiedener Dinge. Soweit so, so trocken... Aber was stellt sich unsere Universität denn nun darunter vor?

Essentiell ist einerseits sicherlich eine sehr gute, allen aktuellen Entwicklungen angepasste Lehre und Prüfung. Andererseits werden motivierte und für die medizinische Lehre ausgebildete Hochschullehrer benötigt. Um dies gewährleisten zu können, formte sich in den letzten Jahren die Idee eine Institution, die u.a. genau dies in sich bündeln könnte, zu gründen. Eine Arbeitsgruppe der Studienkommission der Humanmedizin der Medizinischen Fakultät erarbeitete in Kooperation mit dem Referat Lehre, dem Hochschullehrerteam und unter der Schirmherrschaft der Studiendekane Prof. Dr. Jürgen Meixensberger (Humanmedizin) und Prof. Dr. Holger Jakstat (Zahnmedizin) das Konzept für das Medizindidaktische Zentrum. Im Januar 2016 wurde dann die Gründung zum Wintersemester 2016/17 beschlossen.

Bereits seit 2004 werden an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig regelmäßig verschiedene Weiterbildungsangebote zu pädagogisch-medizindidaktischen Grundlagen durchgeführt. 2005 wurde im endoskop über das sogenannte „Hochschullehrertraining" berichtet. „Ziel der Weiterbildungsangebote ist die Förderung einer interaktiven, studierendenorientierten und nachhaltigen Lehre durch das Erweitern des Methoden- und Didaktikrepertoires der Lehrenden." merkt Frau Dipl.-Psych. Anja Schultze, Mitarbeiterin für die Medizindidaktische Qualifizierung, an.

Die Kompetenz- und Praxisorientierung soll ausgebaut und die Vermittlung von Wissen, Fertigkeiten und Haltungen gefördert werden. Der Zusammenhang zwischen Lernzielen (den bundesweiten Lernzielkatalogen: NKLM, NKLZ), Lehre und Prüfung soll durch den vermehrten Einsatz neuer Lehr- und Prüfungsformate (wie z.B. POL, OSCE) weiter verbessert werden. „Ein Schwerpunkt in der medizinischen Ausbildung liegt in den nächsten Jahren auf der Entwicklung eines Längsschnittcurriculums zur Wissenschaftlichkeit.

Die Studierenden sollen durch die Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen zu wissenschaftlichem Denken und Handeln, u.a. als Grundlage für diagnostische und therapeutische Entscheidungen, befähigt werden." sagt Frau Dr. med. Sandy Kujumdshiev (MME), zuständig für die Curriculumsentwicklung. Auch die wissenschaftliche Begleitung von Lehrprojekten, mit dem Ziel, die Ausbildungsforschung in Leipzig deutlich voranzubringen, soll gestärkt werden.

Seit Wintersemester 2016/17 wird der semesterübergreifende Unterricht der Arzt-Patienten-Kommunikation eingeführt. Kommunikative Elemente werden dabei fächerübergreifend mit klinisch-praktischen Inhalten verknüpft. Die Mitarbeiterin für das Längsschnittcurriculum Kommunikation Frau Dr. rer. medic. Anja Zimmermann baut dafür ein Simulationspatientenprogramm an der Medizinischen Fakultät auf und koordiniert es zentral. Es steht nach Absprache allen Fachbereichen, sowohl in der Lehre als auch in den klinisch-praktischen Prüfungen der Fakultät, zur Verfügung. Und Frau Zimmermann ruft auf: „Menschen, die darstellerische Erfahrung haben und gerne einmal in eine Patientenrolle schlüpfen wollen um junge Medizinstudierende in der Ausbildung zu unterstützen, können sich gerne bei uns melden. Wir freuen uns über alle Interessenten an unserem Simulationspatientenprogramm!"

Prof. Dr. Jürgen Meixensberger ist überzeugt: „dass wir die Qualität unserer Lehre und Prüfung mit dem neuen Medizindidaktischen Zentrum weiter optimieren werden und unseren Studierenden einen bestmöglichen Start in ihr späteres Berufsleben ermöglichen".

- Sandy Kujumdshiev

Professionalisierung der Lehre an der MF:
Gründung des Medizindidaktischen Zentrums der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig zum WS 2016/2017
Offizielle Eröffnungsfeier am Dies academicus 04.12.2017

Aktuelle Schwerpunkte u.a.: Medizindidaktische Qualifizierung, neue Lehr- und Prüfungsformate, Curriculumsentwicklung zur Wissenschaftlichkeit und Kommunikation, Simulationspatientenprogramm und Ausbildungsforschung

Leitung: Prof. Dr. Jürgen Meixensberger (Studiendekan Humanmedizin), Prof. Holger Jakstat (Studiendekan Zahnmedizin)

Mitarbeiter: Dr. Sandy Kujumdshiev (MME), Dipl.-Psych. Anja Schultze, Dr. Anja Zimmermann

Homepage: https://www.uniklinikum-leipzig.de/Seiten/mf-medizindidaktik.aspx

ÄRZTE FÜR SACHSEN

WWW.AERZTE-FUER-SACHSEN.DE

Das Netzwerk für [künftige] Medizinstudenten, Weiterbildungsassistenten und Ärzte in Sachsen

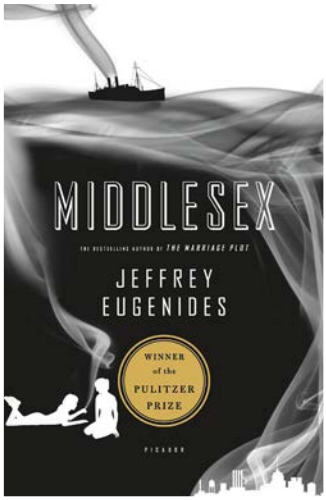
WIR BIETEN

- → Informationen rund um das Medizinstudium und den Berufseinstieg
- → Aktuelle Stipendien und andere Fördermöglichkeiten in Sachsen
- → Unterstützung bei der Facharztwahl
- → Stellenbörse

Besuchen Sie Ärzte für Sachsen auf Facebook.
Unseren Film „Arzt in Sachsen“ finden Sie auf unserer Website und bei Youtube.

JEFFREY EUGENIDES: MIDDLESEX

Buchempfehlungen für Medizinstudierende sind schwierig. Buchempfehlungen für Historiker auch und für Studierende der Gräzistik, Biologie und Altertumswissenschaft sowieso. Nicht jeder kann schließlich Jura studieren und John Grisham ganz toll finden. Mein Tipp als Allrounder unter den Buchgeschenken: Middlesex von Jeffrey Eugenides.



Der griechisch-amerikanische Autor hat mit diesem Roman 2003 den renommierten Pulitzer-Preis gewonnen und bietet neben einer tatsächlich wahnsinnig spannenden Geschichte über eine griechische Einwandererfamilie in Amerika Einblicke in alles, was ein Zufallsartikel bei Wikipedia so bieten kann:

Der erste Teil der drei Generationen umfassenden Erzählung enthält u.a. einen Exkurs über die Seidenraupenzüchterei, den griechisch-türkischen Krieg 1919-1922 und schließlich das skandalträchtigste inzestuöse Verhältnis seit Cersei und Jaime Lannister – blutige Kampfszenen und abgeschnittene Gliedmaßen inklusive. Der darauffolgenden Emigration nach Detroit folgen zwei Kinder, die Prohibition, Rassenunruhen in Amerika und schließlich: Calliope (später Cal) Stephanides – die hermaphrodite Hauptfigur des Romans. Die (vermeintliche) Enkelin ist aufgrund einer Mutation 5α-Reduktase-Gens intersexuell geboren, was aber durch den etwas altersschwachen griechischen Hausarzt der Familie und dessen Nachlässigkeit in der körperlichen Untersuchung (!) des/der jungen Patient/in bis zur Pubertät unentdeckt bleibt.

Sensibel schildert der Autor Calliopes Aufwachsen und räumt der Frage nach der Prägung eines Menschen viel Raum ein. Ob der Mensch nun stärker durch seine vererbten Gene (biologisches Geschlecht) oder durch seine Erziehung (soziales Geschlecht) geprägt wird, vermag der Autor natürlich nicht allgemeingültig zu beantworten. Unser Protagonist findet seine eigene Identität, in dem er sich so akzeptiert, wie er ist: also Pseudohermaphrodit.

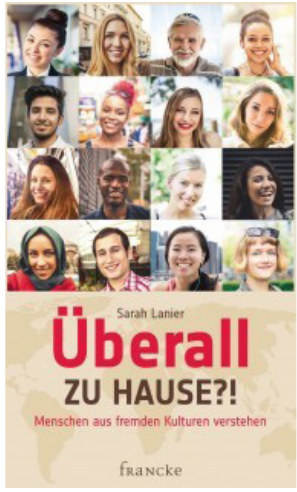
Der Roman unterhält auf über 700 Seiten wunderbar und wurde von einem ZEIT-Rezensenten als echter „SUV-Roman" bezeichnet: „Er ist stark, nämlich 733 Seiten; er hat viel Platz für tausendundeine Geschichte; er ist sehr schnell, und man befindet sich gewissermaßen auf der Überholspur, wenn er durch die amerikanische Geschichte des 20. Jahrhunderts rauscht; dann wieder klettert er mit Allrad-Antrieb zuverlässig und rutschfrei ins Gebirge der Genetik oder der griechischen Mythologie".

Ob der (immerhin schon fast 15-jährige) Roman inhaltlich den heutigen Debatten zu (Inter)sexualität gerecht wird und dem Raum, den sie vor allem im studentischen Diskurs einnehmen, kann man einmal dahingestellt lassen. In jedem Fall ist er glänzende Lektüre für die Semesterferien und enthält auch an den thematisch medizinischen Stellen einige interessante Arzt-Patienten-Interaktionen, die nicht unbedingt zum Nachmachen empfehlenswert sind.

● Tobias Schöbel,

SARAH LANIER: ÜBERALL ZU HAUSE?!

„Pflichtlektüre“
- für alle die gerne in fremde Länder reisen, im Ausland arbeiten wollen oder fremde Kulturen einfach nur ein bisschen mehr verstehen wollen



Je mehr Menschen reisen, auswandern, aus Kriegsgebieten fliehe und im Ausland arbeiten, desto kleiner wird die Welt. Noch nie war es so einfach in Kontakt zu Menschen fremder Kulturen zu kommen. Kulturen begegnen sich und bleiben sich doch fremd. Doch der „Kampf der Kulturen“ ist unvermeidlich: Wir können alle nur gewinnen, wenn wir begreifen, warum andere so ticken, wie sie ticken.
„Man gelangt zwar an jeden Ort dieser Erde, aber ob es uns gelingt, dort Menschen wirklich zu begegnen und Freundschaften zu schließen, das steht auf einem ganz anderen Blatt. So manches Mal kehrt einer heim und berichtet stolz, wie offen er im fremden Land empfangen worden ist – ohne zu ahnen, wie viel Irritation und Kopfschütteln er hinterlassen hat.“
Dieses Buch bietet meiner Meinung nach einen perfekten Einstieg in das Thema interkulturelle Kompetenz. Es ist leicht zu lesen. Mit vielen Beispielen und erheiternden Erfahrungsberichten schafft Sarah Lanier es uns ein gewisses Gefühl für andere Kulturen zu vermitteln. Obwohl ich der Meinung war, schon eine gewisse kulturelle Kompetenz zu besitzen, haben die Geschichten mich immer wieder ins Stutzen, Staunen und Lachen gebracht. „Ach so ist das?“ „Ernsthaft???“, „Gut zu wissen!“
Wenn man versteht, warum manches vielleicht so und so gemacht wird und für gewisse Unterschiede und Gemeinsamkeiten sensibilisiert ist, kann echte Begegnung denke ich besser stattfinden!
Das Buch greift dabei bewusst auf Verallgemeinerungen zurück wie die Unterteilung in Heißklima und Kaltklimakultur, wohl wissend, dass es sich dabei um Verallgemeinerungen handelt und natürlich nicht alle kulturellen Eigenheiten der Völker der Erde umfassend abgedeckt werden können. Ich denke aber dennoch, dass es eine super Anregung und gute Hilfestellung für jeden sein kann, der Lust hat auf kulturellen Austausch!

● Sarah Bußler

JAMES ORBINSKI: EIN UNVOLLKOMMENES ANGEBOT

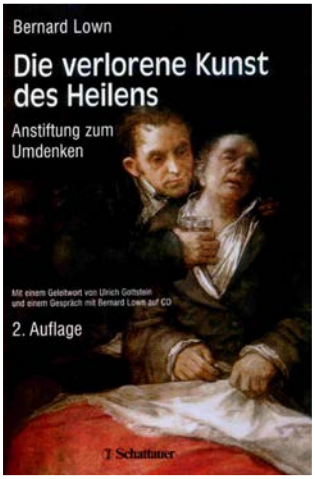
Die Botschaft von James Orbinski, dem ehemaligen Präsidenten von Ärzte ohne Grenzen, ist so einfach wie eminent wichtig: Die Kriege auf der Welt müssen aufhören. Denn wo Krieg herrscht, herrscht auch unvorstellbares Leid. Bei seinen Einsätzen, u.a. in Ruanda und Somalia, wurde Orbinski Zeuge schwerster Verbrechen an der Menschlichkeit. Er verspürt eine „fast unbändige Wut“, wenn er rückblickend an die Menschen denkt, die das unfassbare Unrecht geschehen ließen. Orbinski erzählt nicht nur seine faszinierende, persönliche Geschichte von seinem Wunsch zu helfen und Arzt zu werden, seinen ersten Hilfseinsätzen und den unvorstellbaren Bedingungen in vielen Krisengebieten, sondern beleuchtet auch kritisch die Grenzen und Schwierigkeiten von Hilfsaktionen im 21. Jahrhundert.
Ein bewegendes und herausforderndes Buch, das einen einzigartigen Ein-

blick in einige Krisen dieser Welt, die man schon gar nicht (mehr) auf dem Schirm hatte, ermöglicht. James Orbisnki schafft es das Bild vom humanitären Helden mit Fakten zu füllen und so aus einem Idealbild von humanitärer Hilfe ein etwas Realistischeres zu zeichnen und mit einigen Mythen aufzuräumen. Er regt an Medizin und das „Arzt sein" größer zu denken als bisher und fordert uns auf unserer sozialen und politischen Verantwortung als MedizinerIn bewusst zu werden. Ich empfehle dieses Buch jedem, der mit der Motivation „echt Menschen zu helfen" sein Medizinstudium beginnt. Es wird euch dabei helfen, die eigene Motivation für dieses Studium zu hinterfragen und ist gleichzeitig eine tolle Inspirations- und Motivationsquelle!

● Sarah Bußler

BERNARD LOWN: DIE VERLORENE KUNST DES HEILENS

Nie zuvor konnte die Medizin so viel Gutes tun wie heute - und nie zuvor hinterfragten so viele Patienten die schulmedizinische Therapie ihrer Ärzte. Liegt das daran, dass vielen Ärzten die Kunst des Heilens abhandengekommen ist, die sehr viel mehr beinhaltet als diagnostische Skills und technisches Know-how? Heilkunst beruht vor allem auf einer gelungenen Arzt-Patienten-Beziehung. Bernard Lown propagiert ein neues Paradigma: Eine Medizin mit menschlichem Gesicht, in der das Verhältnis von Patient und Arzt ebenso wichtig ist wie das Beherrschen moderner medizinischer Technik.



Bernard Lown ist Kardiologe. Er entwickelte die geltende Klassifikation der Herzrhythmusstörungen und erfand die Elektrodefibrillation bei Kammer- und Vorhofflimmern. Dafür erhielt er zwar nicht den Nobelpreis für Medizin, aber 1985 durfte er den Friedensnobelpreis für die von ihm gegründete Vereinigung „Ärzte zur Verhütung von Atomkrieg" (IPPNW) entgegennehmen.

[Ein „Klassiker" schon jetzt, ein Werk, das sich an Ärzte, medizinisches Personal und Patienten gleichermaßen richtet. Der Rezensent wird „höchst instruktiv " in den Arbeitsalltag des Arztes eingeführt, dies sein das „Beste", was es zur Medizindebatte unserer Tage zu lesen gibt, Lown sein ein „begnadeter Erzähler", der nicht nur nüchtern und sachlich, sondern auch mit viel „Humor" zu argumentieren weiß. FAZ 23.09.2002]

Klappentext und die Rezension aus der FAZ sagen eigentlich schon alles, ein absolutes MUST-READ für jeden Medizinstudierenden!

● Sarah Bußler

Energie auf Knopfdruck

Uni ist manchmal anstrengend und stressig. Da wird schnell mal zum Schokoriegel gegriffen. Nach einem kurzem Hoch, fühlt man sich aber gleich danach noch schlimmer als davor. Darum hier zwei Rezepte für reichhaltige Energiebällchen mit Biss!

ERDNUSS-SCHOKO-ENERGIEBÄLLCHEN

Zutaten

50 g	Zartbitterschokolade
75 g	geröstete und gesalzene Erdnüsse
200 g	getrocknete Softdatteln
2 EL	Leinsamen
2 EL	Erdnussbutter oder Erdnussmus

Zubereitung

1. Zartbitterschokolade, Erdnüsse und Datteln grob hacken.
2. Alle Zutaten mit der Erdnussbutter oder dem Erdnussmus verrühren und noch ein mal mit dem Mixer durchmixen.
3. Die Masse in etwa 12–14 gleich große Bällchen formen.

FRUCHT-NUSS-ENERGIEBÄLLCHEN

Zutaten

25 g	Walnüsse
50 g	Dattel(n), getrocknet
25 g	Feige(n), getrocknet
50 g	Rosinen
25 g	Aprikose(n), getrocknet
25 g	Mandel(n)
25 g	Cashewnüsse
25 g	Haferflocken

Zubereitung

1. Alle Zutaten in einen Mixer geben und mixen, bis eine klebrige Masse entsteht.
2. Die Masse in etwa 12-14 gleich große Kugeln formen.
3. Wahlweise Kugeln in gerösteten Kokosraspeln, Sesamkernen oder gehackten Nüssen wälzen.

LERNSTRESS UND TOTAL AUSGEPOWERT?

Energieriegel backen – eine super Ablenkung und der perfekte Energienachschub!

Zutaten

3	große Bananen, reif
3	Tassen Haferflocken, fein
¼ Tasse	Mandeln, gehackt o. Mandelsplitter
¼ Tasse	Aprikosen, getrocknet
¼ Tasse	Datteln, getrocknet
1 ½ TL.	Vanilleextrakt
1 TL	Zimt

Zubereitung

1. Bananen im Mixer pürieren.
2. Mit Haferflocken, Mandeln, Aprikosen, Dattel, Vanille und Zimt mischen.
3. Backpapier auf Backblech ausbreiten, Mischung darauf streichen.
4. Teig zu einem etwa 2 cm hohem Rechteck formen.
5. Im vorgeheizten Ofen bei 180 °C Ober-/Unterhitze ca. 25–35 min backen.
6. Noch warm in Riegel schneiden und genießen.

DEINE NOTIZEN

IMPRESSUM

ENDOSKOP

HERAUSGEBER Förderverein der Medizinstudierenden Leipzig e. V.

REDAKTION Sarah Bußler

ANZEIGEN Stefanie Sicker

LAYOUT Mirko Wegscheider, Maxi Bergner, Johannes Lange, Malte Kobus, Stefanie Sicker

SOFTWARE Adobe InDesign CS6, Adobe Illustrator CS6

REDAKTIONSANSCHRIFT Endoskop,
Briefkasten 18, Liebigstraße 27, 04103 Leipzig

EMAIL endoskop@sturamed-leipzig.de

AUFLAGE 510

DRUCK zimodruck COPYshop & BUCHmanufaktur

Beiträge, die mit Namen oder Initialien des Verfassers gekennzeichnet sind, stellen nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers dar.

Es gilt das Urheberrecht. Alle Rechte vorbehalten.

Wissen, das in keinem Lehrplan steht:

- Wo beantrage ich eine **Gratis-Mitgliedschaft** für den **MEDI-LEARN Club** – inkl. Lernhilfen und Examensservice?
- Wo bestelle ich kostenlos **Famulatur-Länderinfos** und das **MEDI-LEARN Biochemie-Poster?**
- Wann macht eine **Studienfinanzierung** Sinn? Wo gibt es ein **gebührenfreies Girokonto?**
- Warum brauche ich schon während des Studiums eine **Arzt-Haftpflichtversicherung?**

Viele Fragen, ein Ansprechpartner:

Service-Center Leipzig

Brüderstraße 39-41 · 04103 Leipzig

sc-leipzig@aerzte-finanz.de

Deutsche Ärzte Finanz

Standesgemäße Finanz- und Wirtschaftsberatung

Universitätsklinikum Leipzig
Institut für Transfusionsmedizin
BLUTBANK

BLUTSPENDER GESUCHT

HERZLICH WILLKOMMEN IN DER BLUTBANK LEIPZIG

Eine Vollblutspende dauert ca. 5 Minuten und fast jeder, der sich gesundheitlich fit fühlt und ausreichend gegessen und getrunken hat, ist als Blutspender geeignet.

Universitätsklinikum Leipzig
Institut für Transfusionsmedizin
Johannisallee 32, Haus 8
04103 Leipzig

Öffnungszeiten:
Montag - Freitag von 8 bis 19 Uhr
+ jeden letzten Samstag im Monat: 10:00 - 14:00 Uhr

Tel: 0341 - 97 25 393

www.blutbank-leipzig.de