

Professor Büchler im Interview

Gunther von Hagens hautnah

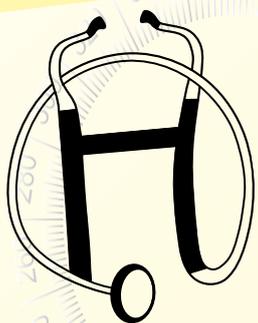
Global Health - Die Gesundheit der Welt

Allgemeinmedizin

Innere
Medizin

Chirurgie

Anästhesiologie



Heidoskop

DIE MEDIZINERZEITUNG



Medical Excellence – das Stipendium für Ihre Karriere.

Das Stipendienprogramm für den Mediziner Nachwuchs.

Konzentrieren Sie sich auf Ihr Studium – mit dem MLP-Stipendium Medical Excellence haben Sie eine Sorge weniger und können sich ganz entspannt auf Ihre medizinische Karriere vorbereiten. Und da jeder andere Prioritäten in seinem Studium setzt, vergeben wir jeweils fünf Stipendien in drei verschiedenen Kategorien. Dazu Sonderstipendien und 100 Plätze im Medical Excellence Netzwerk.

Bis 31.07.2010 bewerben unter
www.medicalexcellence.de

MLP Finanzdienstleistungen AG
Geschäftsstelle Heidelberg I
Kurfürstenanlage 1
69115 Heidelberg
heidelberg1@mlp.de
www.mlp-heidelberg1.de

 Springer Medizin

 **MLP**
Finanzberatung, so individuell wie Sie.



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

ob man nach dem Studium zu einer Beratungsfirma geht oder als Chirurg am Heidelberger Universitätsklinikum seine Laufbahn beginnt – den Medizinstudierenden bietet sich eine Fülle verschiedener Möglichkeiten. Einige dieser Optionen haben wir einmal genauer unter die Lupe genommen.

Ein interessanter Diskurs über die Arbeit in der Pharmaindustrie findet sich ab Seite 10.

Herr Prof. Büchler spricht im Interview, ab Seite 51, nicht nur offen über seine Zukunftsvision der Chirurgie, sondern auch ganz persönlich über seine Motivation Medizin zu studieren.

Spannende Einblicke liefert auch der vielbeachtete Erlebnisanatom Gunther von Hagens, der von seiner Zeit in Heidelberg erzählt und Rede und Antwort zum Thema Körperwelten steht.

Von faszinierenden Persönlichkeiten und Lebenswegen spannen wir dann einen Bogen hin zu einer globalen Sicht auf die Medizin auf Seite 28.

Den Blick über den eigenen Gartenzaun – zu anderen medizinischen Standorten in Deutschland – werfen wir im Artikel „Zu Tisch bei ANA“, Seite 18, der sich mit der Frage beschäftigt, wie Medizinstudierende an anderen Universitäten das Fach Anatomie erlernen.

Viel Spaß bei einer fesselnden Mischung aus Information und Unterhaltung.

Im Namen des gesamten Teams der Medizinerzeitung „Heidoskop“

Euer

Christoph Jaschinski
-Chefredakteur-

Impressum

Die Heidelberger Medizinerzeitung Heidoskop ist eine freie Zeitung, die sich als ein unabhängiges Organ versteht und sich keiner Gruppierung oder Weltanschauung verpflichtet fühlt. Für die namentlich gezeichneten Artikel sind die Autoren allein verantwortlich. Die in den Artikeln geäußerte Meinung spiegelt alleinig die Meinung der Autoren wider.

Herausgeber/Chefredakteur: Christoph Jaschinski; Endoskop: Fides Schwartz; Stethoskop: Stavria Zaroti;

Kaleidoskop: Isabelle Kuhlee; Mikroskop: Elena Czink; Spektroskop: Daniel Broschmann; Koloskop: Annette Oesterhelt.

Anschrift: Husarenstr. 12a, 69121 Heidelberg; E-Mail: heidoskop@yahoo.de; Homepage: www.heidoskop.de

Layout: ZNF-Abteilung Print + Medien; Druck: Neumann Druck, Heidelberg; Auflage: 1.300 Stück, einmal im Semester



Inhaltsangabe



- > Gratwanderung zwischen Kunst und Wissenschaft: Grenzgänger
Gunther von Hagens S. 34

- > Global Health - die Gesundheit der Welt S. 28



ENDOSKOP: UNI VON INNEN

Wer ist eigentlich Philipp Rösler?.....	6
Was macht eigentlich die Psychotherapeutische Beratungsstelle (PBS) des Studentenwerks Heidelberg?.....	8

STETHOSKOP: MIT DEM OHR AM STUDIUM

Verarztet und verkauft	10
Zwischen Pharmavertreter und Patient	14
Zu Tisch bei ANA	18
Doktorand auf dem Kongress	20
HeicuMed aus der Sicht eines frischgebackenen scheinfreien Studenten	22
Sozietät Max Weber	24
Prüfungsvorbereitung III	26

KALEIDOSKOP: STUDENTISCHES LEBEN IN ALLEN FARBEN

Global Health – Die Gesundheit der Welt	28
Mit Sicherheit verliebt	32



> Verarztet und verkauft? Begegnung mit der Pharmaindustrie S. 10



> „Es ist wichtig, den eigenen Horizont zu erweitern.“ - das Heidoskop-Interview mit Herrn Prof. Markus Büchler S. 51

MIKROSKOP: WISSENSCHAFT UNTER DER LUPE

Gratwanderung zwischen Kunst und Wissenschaft: Grenzgänger Gunther von Hagens 36
 Die schwarze Ambrosia: Überlebenselixier der Nachtschwärmer 42

SPEKTROSKOP: DER ARZTBERUF AUFGEFÄCHERT

“If you work for the NHS it kills you”, or so they say 44
 Mitgefühl statt Mitleid..... 46
 Horrortrip durchs Niemandsland 48
 „Es ist wichtig, den eigenen Horizont zu erweitern.“ - das Heidoskop-Interview mit Herrn Prof. Markus Büchler... 51

KOLOSKOP: DAS ALLERLETZTE

Ohne Freiheit keine Verantwortung..... 58
 Von kontaminierten Ikonen 59



Wer ist eigentlich Philipp Rösler?

Nun endlich hat der Spuk ein Ende, wird sich ein jeder Arzt denken, der so manche näselnde Pauschalverurteilungen durch die aus dem Amt geschiedene Gesundheitsministerin galant ignorieren musste. Denn: Ein Neuer sitzt am Ruder. Dazu noch ein approbierter Mediziner – 36 Jahre jung und mit Migrationshintergrund. Philipp Rösler heißt der neue Shootingstar der Liberalen und man weiß, was er will: Privatisieren. Leistung, die sich wieder lohnt. Statt Staatsmedizin die individuelle Lösung für jeden Patienten. Dafür steht seine randlose Brille, die man auch vom derzeitigen Außenminister Westerwelle kennt.

Doch wie kam es, dass jemand so Unbekanntes in so kurzer Zeit das Licht der bundespolitischen Bühne erblickte? Was ist Philipp Rösler für eine Persönlichkeit und wie ist er zu dem geworden, der er ist? Dass er in Deutschland überhaupt Karriere machen konnte, verdankt er dem Ehepaar Rösler, die den Kriegswaisen aus Vietnam adoptierten. So wuchs er in Hamburg, Bückeburg und Hannover auf und trat nach dem Abitur als Sanitäts-offiziersanwärter in die Bundeswehr ein.

Er unterbrach die Ausbildung, um in Hannover Medizin zu studieren. 2002 folgte die Promotion zum „Dr. med.“ mit einer Arbeit zum Thema: „Einfluss der prophylaktischen Sotalolapplikation auf die Inzidenz des postoperativen Vorhofflimmerns im Rahmen der

aortokoronaren Bypassoperation“. Die Facharztausbildung zum Augenarzt beendete er anschließend aber nicht, wie fälschlicherweise verbreitet wird.



In einem Interview in der Zeit meinte er kürzlich: „Ich wollte immer Fliegerarzt der Bundeswehr werden [...] aber dann bin ich an die falschen Freunde geraten“. Gemeint sind die Liberalen, denn Philipp Rösler machte sehr schnell Karriere bei der FDP: Von seinem Eintritt im Jahr 1992 bis zu seinem Amtsantritt als Gesundheitsminister einer christlich-liberalen Koalition vergingen nur 17 Jahre (s.u.).

Denn statt des Münsteraner Volkswirtschaftlers Daniel Bahr – der im Wahlkampf Partei für ein leistungsorientierteres Gesundheitssystem ergriffen hatte – entschied sich die FDP-Führung für den damaligen niedersächsischen Superminister für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr.

Was sind also die Gründe, warum er in so kurzer Zeit eine derart steile Karriere gemacht hat?

Ein Grund wird wohl sein, dass er die Ochsentour der FDP mitgemacht hat – er ist sicher einer der Parteisolddaten, zu dem der liberale Stempel passt, wie zu keinem

anderen. Vom Waisenkind aus Vietnam zum Arzt und Bundesgesundheitsminister klingt ein bisschen nach der Geschichte „Vom Tellerwäscher zum Millionär“.

Ein anderer Grund ist, dass er den diplomatischen Jargon der Hauptstadt spricht – viel Lächeln, wenig sagen. Damit bietet er wenig Angriffsfläche für Kritiker. Und sicherlich wird man in der Partei auch seine Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem als Arzt und mit der Wirtschaft als ehemaliger Minister schätzen. Immerhin hat in der aktuellen Regierung kaum jemand soviel Vorkenntnisse wie er.

Allerdings ist die Frage, ob Rösler der Querdenker ist, den das Gesundheitswesen momentan so dringend nötig hat? Denn auch wenn er Potential dazu hätte, ist das zum gegenwärtigen Zeitpunkt schwer zu beurteilen. Allzu wenig hört man derzeit von dem so hochgelobten Jungpolitiker und wenn dann klingen seine Reden allzu altbacken und routiniert. Trotzdem: Zu hoffen wäre es.



Daniel Broschmann

DIE BILDERBUCHKARRIERE DES PHILIPP RÖSLER:

- › 1992: Eintritt in die FDP
- › 2000-2004: Generalsekretär der FDP in Niedersachsen
- › Ab 2005: Beisitzer im Präsidium der Bundespartei
- › Ab 2006: Landesvorsitzender der niedersächsischen FDP
- › Bis Februar 2009: Vorsitzender der FDP- Landtagsfraktion
- › Ab Februar 2009: Minister für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr in Niedersachsen
- › Seit September 2009: Gesundheitsminister einer christlich-liberalen Koalition



Was macht eigentlich die Psychotherapeutische Beratungsstelle (PBS) des Studentenwerks Heidelberg?

Wie? So etwas gibt es? – Wie es aussieht: Ja! Ich bin zufällig über die Anzeige im Info-Kalender gestolpert und habe mich gefragt, warum die Medizinstudierenden nicht aktiv informiert werden. Das soll sich jetzt ändern.

Mit dem Studium beginnt ein neuer Lebensabschnitt, der mit vielen Veränderungen einhergeht. Es ist nur zu verständlich, dass es einige Hürden zu bewältigen gilt, denn nun ist man soweit seine eigene Existenz aufzubauen.

Der Umzug in eine neue Stadt, Stress im Studium, Schwierigkeiten den Alltag zu bewältigen, Konflikte mit dem/ der PartnerIn- die Liste könnte man so fortführen, letztlich können all diese Dinge zum Verlust der Lebens-

freude und Lebenslust, der Leistungsfähigkeit und der Studierfähigkeit führen.

Aber niemand ist verloren, denn für alle Studierende mit ihren individuellen Fragen oder Problemen steht die Tür zur PBS offen: entweder in Form eines persönlichen Gesprächs mit hoch qualifizierten Diplompsychologen, oder aber auch per Email in der Onlineberatung.

Für ein persönliches Gespräch kann man sich über das Sekretariat anmelden oder aber während der Offenen Sprechstunde vorbeigehen.

Alle Gespräche – unabhängig von der Form – sind streng vertrau-

lich. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Das Angebot ist kostenfrei.



Stavria Zaroti

PSYCHOTHERAPEUTISCHE BERATUNGSSTELLE

- › Leitender Arzt: Prof. Dr. med. Rainer M. Holm-Hadulla
- › Gartenstraße 2
69115 Heidelberg
Tel: 06221/ 54 37 50
Email: pbs@stw.uni-heidelberg.de
- › Sprechzeiten:
Offene Sprechstunde (ohne Voranmeldung)
Mo-Do 11.00-12.00 Uhr
Termine nach Vereinbarung (über das Sekretariat)
Mo-Do 08.30-12.00 Uhr, 13.00-15.00 Uhr, Fr 08.30-12.30 Uhr
- › Weitere Informationen zur Onlineberatung findet Ihr unter dem Link www.pbsonline-heidelberg.de.



Jetzt 40 Euro sichern!

40-Euro-Gutschein für Neukunden.

apoBank Girokonto: Sicher dir jetzt alle Vorteile!

Sicher dir jetzt alle Vorteile als apoBank-Kunde, eröffne ein aktiv genutztes Girokonto und hol dir vom 1.3. bis zum 30.11.2010 den Büchergutschein von Lehmanns im Wert von **40 Euro***. Als Nummer 1 im Gesundheitswesen bieten wir dir in jeder Phase deiner beruflichen Entwicklung mehr:

- apoGirokonto zum **Nulltarif**
- **kostenfreie** Bargeldabhebung an fast 19.000 Geldausgabe-Automaten der am BankCard ServiceNetz teilnehmenden Banken
- **kostenfreies** Kreditkartendoppel VISACARD Gold und MasterCard Gold
- apoStudienkredit zu **5,49% p.a.**
(Stand 1.3.10; anfänglicher eff. Jahreszins (var.) gem. PAngV in der Auszahlungsphase, laufzeitabhängig)
- **kostenfreie** Depotverwahrung
- und vieles mehr...

Übrigens: Den Kontoumzug von deiner bisherigen Bank organisieren wir für dich – schnell und unkompliziert!

*Angebot gilt nur für Studenten der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin sowie der Pharmazie. Eine Barauszahlung ist nicht möglich. Die Aktion „40-Euro-Gutschein der Fachbuchhandlung Lehmanns“ ist nicht mit anderen Aktionen kombinierbar.

Mehr Infos unter www.apoBank.de/Student

Filiale Mannheim
Jakob-Bensheimer-Straße 22
68167 Mannheim

Ansprechpartner:
Eva Stuchly
Telefon 0621 3306-166
E-Mail: eva.stuchly@apoBank.de

Jan Beller
Telefon 0621 3306-230
E-Mail: jan.beller@apoBank.de

LEHMANN'S
FACHBUCHHANDLUNG

 deutsche apotheker-
und ärztebank



Verarztet und verkauft? Begegnung mit der Pharmaindustrie

Mein dreimonatiges Praktikum bei Bayer Business Consulting (BC), Leverkusen

„Willst du deine Seele verkaufen?!“, so oder so ähnlich reagiert manch einer, wenn man als Medizinstudent der Uni Heidelberg plant, ein Praktikum in der Pharmaindustrie („Konkurrenz“), noch dazu im Bereich Consulting („suspekt“) zu absolvieren.

Warum eigentlich ein Praktikum in der Industrie? Und warum gerade BC?

Vor allen Dingen wollte ich nicht nur einen Einblick in die Welt des Consultings, sondern auch in die Pharmaindustrie erhalten. Bayer, einer der größten deutschen Konzerne und einem Schwerpunkt auf dem Gebiet Gesundheit/Pharma, und seine interne Beratungseinheit BC - eine der erfolgreichsten

Inhouse Beratungen Deutschlands - boten sich daher an. Durch mein Auslandsjahr an der Uni Oslo, das ich nutzte um neben dem Medizinstudium an einem Masterprogramm in Health Economics und Management teilzunehmen, verstärkte sich mein Wunsch, auch die „andere Seite“ der Medizin kennen zu lernen. Im Vergleich zu den großen Strategieberatungen, war die Chance bei BC groß, dass ich thematisch mit der Pharmaindustrie zu tun haben würde. Die Gefahr, am Ende auf Projekten, die sich mit Themen wie z.B. Kfz-Versicherungen oder Fernsehkabelgesellschaften beschäftigen, eingesetzt zu werden, bestand nicht.

Nach ausgiebiger Recherche schickte ich also meine Bewerbung um einen Praktikumsplatz bei BC über das Internetportal ab. Schon am nächsten Tag erhielt ich einen Anruf und wir vereinbarten einen Termin für das Telefoninterview (ich befand mich zu dieser Zeit noch in Oslo, normalerweise finden die Auswahlgespräche in Leverkusen statt). Das Gespräch selber lief größtenteils auf Englisch und dauerte 60 Minuten. Gar nicht so einfach übrigens, neben Fragen zu Bayer musste ich auch Fragen zu realen Cases beantworten und einmal dachte ich, ich hätte es vermasselt... Auf die Frage, warum ich mich ausgerechnet bei Bayer beworben hätte, antwortete ich halb ernst, halb heiter:

BAYER BUSINESS CONSULTING – MANAGEMENT-BERATUNG FÜR DEN BAYER-KONZERN



- › Beratungsfelder: Strategie, Organisation und Performance Improvement
- › Kunden: Bayer-Gesellschaften in der ganzen Welt
- › Büros: Leverkusen, Deutschland; Shanghai, China; Pittsburgh (Pennsylvania), USA; Wayne (New Jersey), USA
- › Consultants: Mit ca. 100 Consultants ist BC eine der fünf größten internen Management-Beratungen Deutschlands. Die Qualifikationen der Berater umfassen Betriebswirtschaftslehre, Naturwissenschaften, Medizin und Ingenieurwissenschaften
- › Ansprechpartner Bayer Business Consulting
Matthias Kämper
Tel.: +49 214 30 31969
Email: matthias.kaemper@bayerbbs.com

www.facebook.com/inhouseconsulting
www.bayerbusinessconsulting.de

„Well, I browsed the webpage and liked the corporate colours on the cheeks of the employees.“ Stille am anderen Ende der Leitung, dann Lachen. Erleichterung!

Was mir an meinem ersten Tag besonders auffiel, war neben dem freundschaftlichen Umgangston - jeder redet mit jedem und über alle Hierarchiestufen wird sich geduzt -, dass viele meiner Kollegen nur wenig älter als ich waren (das Durchschnittsalter liegt bei knapp über 30). Meine Kollegen und Mitpraktikanten, die die unterschiedlichsten fachlichen Hintergründe vorzuweisen haben, erlebte ich als sehr ehrgeizig und zielstrebig, aber nicht verbissen, und wir haben mitunter unglaublich viel gelacht. Von den „Besserwissern und Idioten“, die man im Consulting angeblich schon mal antrifft, ist mir während der drei Monate bei BC keiner begegnet.

Sehr schnell fühlte ich mich als Teil des dreiköpfigen Frauen-Projektteams (aka „girls' gang“), was wohl auch daran lag, dass wir die meiste Zeit gemeinsam in unserem Projektbüro beim Kunden und nur Freitags im BC Headquarter arbeiteten, dass wir sehr oft als Team oder zusammen mit Kunden Essen gingen und dass ich auch an den Kundenterminen teilnehmen durfte. Besonders motivierend fand ich, dass ich im Laufe des Praktikums immer eigenständiger Arbeiten konnte und auch verantwortungsvollere Aufgaben übernahm. So kann ich sagen, dass ich während der drei Monate nicht nur zum „Master of PowerPoint“

geworden bin, sondern auch in strategischer und konzeptioneller Hinsicht viel mitgenommen habe.



Als Mediziner bei BC (Foto: privat)

Die Aufgaben und Einsatzbereiche eines Praktikanten sind sicherlich stark projektabhängig und daher sehr unterschiedlich. Ich unterstützte mein Team bei einem globalen Human Resources Projekt für die Bayer AG. Im Rahmen dessen ging es um die Analyse von Human Resources Prozessen, die Ableitung von Optimierungsvorschlägen und die Planung geeigneter Change Management bzw. Enabling Maßnahmen. Konkret habe ich u.a. mitgeholfen Termine mit Kunden aus dem In- und Ausland vorzubereiten (und ja, das beinhaltet auch das Basteln einer möglichst perfekten PowerPoint Präsentation), habe deutsche und englische Dokumente analysiert und ausgewertet, Anschreiben aufgesetzt und bei der Erarbeitung einer Policy für die Konzernführungskräfte mitgewirkt. So habe

ich auch Einblicke in die Strukturen eines der führenden Pharmaunternehmen gewonnen.

BC-intern habe ich im Rahmen der Marketing & Sales Practice die weltweiten Distributionskanäle von Bayer HealthCare analysiert sowie eine Trendanalyse im Bereich Distribution in der Pharmaindustrie durchgeführt - was tatsächlich alles viel spannender war, als es sich jetzt vielleicht anhört.

Bei meinen Tätigkeiten ist mir immer wieder bewusst geworden, dass es sich bei Bayer um ein weltweit agierendes forschendes Unternehmen handelt, das vor allem auf Innovation ausgerichtet ist. Angenehm überrascht hat mich, wie ich nicht nur von Seiten meiner Kollegen, sondern auch von der Kundenseite trotz meines „Exotenstatus“ als Medizinerin völlig vorbehaltlos aufgenommen und akzeptiert wurde. Neben den wohl unbezahlbaren Eindrücken und Erfahrungen, die ich im Rahmen des Praktikums gesammelt habe, zahlte BC 700,- € pro Monat, was immerhin schon mehr ist, als wir Mediziner im Praktischen Jahr bekommen!

Jetzt, nachdem ich das Businesskostüm wieder gegen den Arztkittel getauscht habe, kann ich allen meinen Kommilitonen, die sich für wirtschaftliche Zusammenhänge interessieren, nur raten, einen Blick über den Tellerrand zu wagen und die Semesterferien zu nutzen, um Erfahrungen jenseits des Klinikalltags zu sammeln. Die Pharmaindustrie, mit ihren verschiedensten Aufgaben, stellt ei-



nen wesentlichen Teil der medizinischen Versorgung sicher, so dass Kenntnisse in diesem Bereich für jeden Mediziner ein Gewinn sind. Darüber hinaus wird sich heute jeder Mediziner, egal in welcher Funktion er später tätig ist, mit der Beratung bzw. den Ergebnissen von Consultants auseinander-

setzen müssen. Es ist daher nicht nur interessant, sondern auch von Vorteil, deren Arbeitsweise für Problemlösungen und Prozessoptimierung zu kennen.

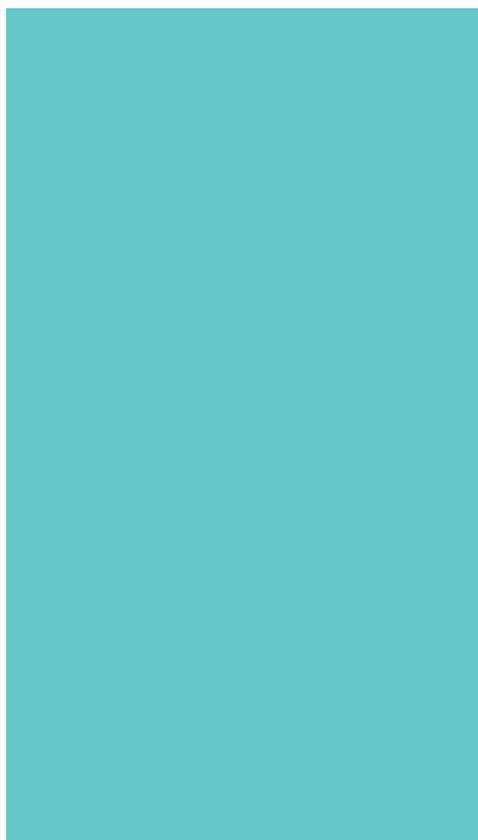
Allen, die in Zukunft für ein Praktikum oder auch für länger bei BC landen, wünsche ich, dass sie Ihre

Zeit dort genau so sehr genießen wie ich.

Für Fragen rund um mein Praktikum stehe ich gerne zur Verfügung.

Annette.Oesterhelt@gmail.com

Annette Oesterhelt



PROJECT-E
Ethiopia-Education-English

Eine Initiative von Heidelberger Medizinstudenten

Äthiopische Waisenmädchen werden in einem leistungsorientierten Programm zu Sekretärinnen ausgebildet, damit sie die Chance bekommen aus eigener Kraft aus ihrem Armutskreislauf auszubrechen

**Einfach Zukunft geben.
Unterstützt uns.**



www.project-e.eu

Was wir am liebsten machen?



Gänsehaut.

Lust bekommen? Mach mit! - mehr Infos unter www.akademische-philharmonie.de

HEIDELBERGER VOLKSBANK
100% Bank

Akademische Philharmonie
Heidelberg



Zwischen Patient und Pharmavertreter: Arbeit im Spannungsfeld der Interessen

Als Götter in Weiß werden die Ärzte gerne bezeichnet. Die Ärzte, die sich mit Leib und Seele ihrem Beruf verschrieben haben, die ihre Leidenschaft zu Helfen zum Beruf gemacht haben. Dass sich aber die Rolle des Arztes heute nicht nur auf die Behandlung von Patienten beschränkt, dürfte bei jedem angekommen sein. Doch wie tief ist der Arzt in den Interessenskonflikt zwischen Wirtschaftlichkeit und patientengerechter Versorgung

und Kugelschreiber tragen das Logo einer Versicherungsfirma und nützliche Utensilien wie Stauschläuche werben ebenfalls für ihren Hersteller.

Free Lunch sponsored by Big Pharma

Nun mag die Beeinflussung der studentischen Meinung durch den Namen eines neuen Diabetesmedikaments noch relativ gering

US-Dollar, die 2006 für die Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte in den USA aufgewendet wurden, stammen 60% aus der Tasche von Pharmafirmen und Herstellern medizinischer Geräte. In deren Taschen steckt nämlich jenes Geld, das dem Staat häufig fehlt um hochrangige Redner für die Kongresse einzuladen, jedoch durch das gezielte Vorschlagen von hauseigenen Rednern erlangen die Unternehmen auch eine potente Möglichkeit der Einflussnahme. In vielen Fällen ist den Teilnehmern der Veranstaltungen nicht klar, dass der Redner aus den Reihen des Unternehmens kommt, dessen Produkte zur Behandlung der entsprechenden Krankheit beworben werden. Der Arzt muss sich über diese unterschwellige Maßnahme der Beeinflussung im Klaren sein.



Quelle: wiedenroth-karikatur.de

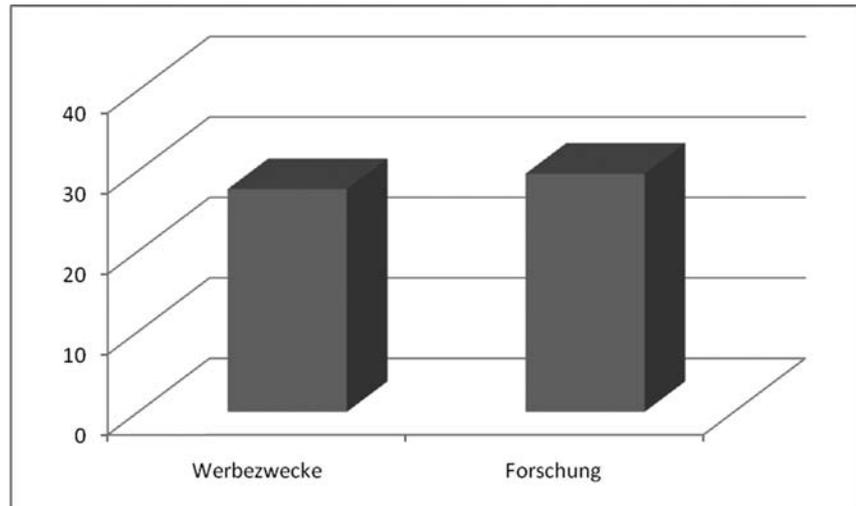
verstrickt? Welche Parteien beeinflussen die ärztliche Meinung? Wie frei ist der Arzt überhaupt noch in seiner Entscheidung? Es fängt häufig ganz klein an. Ein Blick auf den studentischen Schreibtisch genügt häufig schon. Die dicken Wälzer werden von farbigen Post-Its verschiedener Pharmafirmen geschmückt, Block

sein, deutlicher wird der Einfluss der Industrie jedoch, wenn Pharmafirmen den Studierenden die Teilnahme an großen Kongressen finanzieren, Mittagessen inklusive. Die meisten Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der medizinischen Ausbildung werden von Pharmafirmen finanziert. Von den 2.6 Milliarden

Money-Making als oberstes Prinzip

Die Pharmaindustrie investiert nicht 27.7 Milliarden US-Dollar in Werbe- und Weiterbildungsveranstaltungen bei einem Forschungsetat von 29,6 Milliarden US-Dollar nur der Ausbildung wegen, sondern um gezielt das Verschreibungsverhalten der Ärzte zu beeinflussen. Die Tatsache, dass in Großbritannien ein Pharmavertreter auf acht Ärzte kommt, unterstützt diesen Verdacht. Eine solche „teaching ratio“ an der Universität wäre ja ein Traum vieler Stu-

dentem. Jeder Arzt muss sich beim Kontakt mit Industrievertretern durchaus bewusst sein, dass diese im „money-making-business“ arbeiten und somit deren Interessen klar aufgestellt sind. Es liegt somit in der Verantwortung des Arztes, dargebotene Inhalte und Produkte kritisch zu hinterfragen. Dies ist nicht immer so leicht, da es im Interesse der Industrie liegt ihre Produkte möglichst positiv darzustellen.



Selektive Publikationen beeinflussen das Verschreibungsverhalten

Eine im New England Journal of Medicine im Januar 2008 publizierte Studie zeigt, wie die selektive Publikation zu Studien über Antidepressiva die therapeutische Anwendung deutlich verändert hat. Analysiert wurden alle von 1987 bis 2004 bei der FDA (Food and Drug Administration), einer

Ausgaben der Pharmaindustrie im Jahr 2004
Quelle: IMS

Abteilung des amerikanischen Gesundheitsministeriums, eingereichten Studien über Antidepressiva und später mit den tatsächlich veröffentlichten Ergebnissen verglichen. Von den positiven Studien wurden alle bis auf eine veröffentlicht, von den negativen oder zweifelhaften Studien wurden nur 8% veröffentlicht, 61% gar nicht

veröffentlicht und 31% davon dennoch als positiv veröffentlicht. Um eine solche Verzerrung der medizinischen Wirksamkeit zu vermeiden, wurde in Deutschland 2004 das IQWiG, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, gegründet. Es stellt ein unabhängiges Institut der gesetzlichen Krankenkassen

INITIATIVEN FÜR EINE UNABHÄNGIGE AUSBILDUNG VON ÄRZTEN

- > Mein Essen zählt selbst! - mezis.de
- > AMSA pharmfree! – pharmfree.org
- > Healthy Skepticism - healthyskepticism.org

INFORMATIONEN ZU MEDIKAMENTEN UND KOSTEN-NUTZEN-ABWÄGUNG

- > Cochrane Collaboration - cochrane.org
- > Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – iqwig.de



und des Gesundheitsministeriums dar, das dem Arzt eine objektivere Sicht auf den aktuellen medizinischen Wissenstand und die Kosten-Nutzen-Bewertung von Medikamenten liefern soll.

Weitblick, kritisches Denken und starke Ethik

Es ist also noch lange nicht damit getan, ein Medizinstudium abzuschließen und als ausgebildeter Facharzt in den Klinikalltag einzutreten. Der Beruf Arzt erfordert nicht nur fachliche Expertise und

Geschick im Umgang mit Patienten, sondern auch Weitblick, kritisches Denken und eine starke Ethik, um den Konfliktinteressen des Alltags zu begegnen. Die Industrie soll hier nicht als geldgierig und unmenschlich verteufelt werden, sie handelt nach der Maxime der Wirtschaftlichkeit und natürlich des Profitstrebens. In der Verantwortung des Arztes verbleibt nun folglich, inwieweit er sich von Werbegeschenken, Gratisessen und Vertretern beeinflussen lässt oder sich auf seine eigenständige und hoffentlich auch kri-

tische wissenschaftliche Meinung verlässt, und sich im Falle eines Interessenkonfliktes als Souverän, ja, als Gott in Weiß, auf seine ärztliche Urteilkraft und das Wohl des Patienten beruft.



Elena Czink

Unsere Partner geben Auskunft

Heute: Herr Wigbert Wassermann vom DKV Servicecenter

Herr Wassermann, welche Versicherungen sollte Ihrer Meinung nach jeder haben?

Ich denke, man braucht im Prinzip nur fünf Versicherungen. Die Krankenversicherung, da man im Krankheitsfall wieder geheilt werden muss, um weiter seinen Lebensunterhalt verdienen zu können. Zudem benötigt man eine Krankengeldversicherung, damit man, wenn man krankheitsbedingt nicht arbeiten kann, wirtschaftlich überleben kann. Eine Berufs-, bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung, da man für den Fall abgesichert sein muss, dass eine schwere Krankheit zukünftiges

Arbeiten unmöglich macht. Um ab dem Erreichen des Rentenalters ein solides Auskommen zu haben, braucht man eine Rentenversicherung - also eine Altersvorsorge, die verschiedenster Gestalt sein kann. Als fünfte Versicherung benötigt man die private Haftpflichtversicherung. Sehr leicht wird vergessen, dass jeder Bundesbürger mit seinem gesamten privaten Vermögen für Schäden haftet, die er anderen unachtsamerweise zufügt. Alle anderen Versicherungen, z.B. eine Hausratversicherung, sind eigentlich nicht so wichtig. Denn schließlich kann man den Hausrat wieder kaufen, wenn man gesund

ist, arbeiten kann und somit Geld verdient. Natürlich macht es auch Sinn seinen erreichten Wohlstand zu sichern, jedoch sollte man nicht als erste Versicherung eine solche abschließen. Darüber hinaus benötigt man gegebenenfalls noch verschiedene berufsbedingte Versicherungen, die, je nachdem welchen Beruf man ausübt, manchmal auch Pflicht sind. Als Grundlage sollte aber jeder die fünf erstgenannten Absicherungen haben. Ganz wichtig ist aber, dass man sich für seine eigene spezielle Situation beraten lässt.

Speziell für Heilberufe...

DKV



...bei allen Fragen rund um die private und berufliche Vorsorge bieten wir spezielle Möglichkeiten für alle Heil- und Heilhilfsberufe durch z. B. Gruppenverträge mit besonderen Vorteilen.

Lassen Sie sich bereits jetzt,
als Student/Studentin, beraten –
kostenlos und unverbindlich!

Vereinbaren Sie am besten gleich einen
Besuchstermin!

**DKV Deutsche
Krankenversicherung AG
Service-Center
Wigbert Wassermann**
Beauftragter für das
Gruppenversicherungsgeschäft
Poststrasse 16
68309 Mannheim
Freecall 0 800 / 1 34 87 65
Telefax 06 21/3 80 61 30
Mobil 01 70/7 74 60 00
wigbert.wassermann@dkv.com

Ich vertrau der DKV

Ein Unternehmen der **ERGO** Versicherungsgruppe.



Zu Tisch bei ANA

Wie präppen eigentlich die Anderen? – Ein nationaler Präpkursvergleich

Die Anatomie des menschlichen Körpers ist für jeden Mediziner von grundlegender Bedeutung. Wie wichtig die Anatomie ist, wird dem Einen oder Anderen schon bei der ersten Blutabnahme bewusst oder bei der Beurteilung radiologischer Aufnahmen, oder wenn man bei seiner ersten OP zuschaut und man geschockt wird von der Frage des Operateurs, welche Struktur denn als Grenze von Pankreaskopf zu Pankreaskörper gilt. Dann erinnert man sich zurück an den Präpkurs, der junge angehende Ärzte den menschlichen Körper erforschen und studieren lässt. In Heidelberg wird sehr großer Wert auf die Lehre gelegt und dies spiegelt sich vor allem im breiten Lehrangebot – von der Vorlesung, über den Präpkurs bis zur Virtuellen Anatomie – wider. Aber wie sieht es jenseits des vertrauten Heidelberger Präpsaals an anderen deutschen Universitäten aus?

Als Block oder lieber die Light-Version?

Erste Unterschiede finden sich in der Einteilung des Präpkurses: Während in Heidelberg der gesamte Kurs der Makroskopischen Anatomie im ersten Semester abgehandelt wird, wird der Kurs an anderen Unis gesplittet oder von der Vorlesung „entkoppelt“. In Jena läuft der Kurs drei Semester lang zu drei großen Themengebieten.

An der Uni Freiburg wird hingegen in den ersten zwei Semestern die Theorie durchgenommen, um dann die Studierenden im dritten Semester mit einem fundierten Wissen über den menschlichen Körper an die Präparate zu lassen. An der LMU München wird die gesamte Neuroanatomie nach der restlichen Anatomie im zweiten Semester in Form eines Seminars unterrichtet.

Mit dem richtigen Management können auch 1000 Studierende pro Semester präppen

Etwa 900 Studierende beginnen im Winter ihr Medizinstudium an der LMU, deshalb gibt es dort eine feste Strukturierung des Kurses und Einteilung der Studierenden in Gruppen, die sogenannte Abziss, die zehn Tische zu jeweils 10 Studierenden umfasst. Diese Einteilung dient der Überschaubarkeit des Kurses, didaktisch jedoch unterscheidet sie sich nicht von der herkömmlichen Gruppeneinteilung aus Heidelberg.

Eine etwas abweichende Gruppeneinteilung findet man an der Uni Jena. Dort gibt es Seminargruppen, die für den Präpkurs aufgeteilt werden. Deshalb präparieren in Jena nicht alle Medizinstudierenden gleichzeitig und nicht jeder bekommt die von den Kommilitonen präparierten Regionen wirklich mit (was als nach-

teilig von den dortigen Studierenden empfunden werden kann). Auch wird jedem Studierenden eine spezifische anatomische Struktur zugeordnet, zum Beispiel „tiefes Nackendreieck“, die in zwei Wochen zu präparieren ist und in einem „Arbeitsstat“ vom zuständigen Studierenden vorgestellt werden muss.

Augen zu und durch...

Die Prüfungsform unterscheidet sich an den verschiedenen Unis auch. Meistens gibt es fünf Testate. In Heidelberg wurde für Osteologie/Gelenke sowie für das ZNS ein Parcours eingerichtet, ähnlich den OSCEs aus der Klinik. In München laufen alle fünf Prüfungen nach einem ähnlichen Muster, dem Fähnchentestat, bestehend aus 15 Stationen, ab.

... aber immer schön legère!

Um die Studierenden optimal auf die Klinik und Testate vorbereiten zu können, haben sich die Universitäten verschiedene didaktische Besonderheiten überlegt: An der Uni Heidelberg findet vor den Testaten jeweils ein Repetitorium statt, in dem die wichtigsten Lehrinhalte rekapituliert werden und auf Besonderheiten hingewiesen wird. Neu ist auch die Reihe „The doctor is in“ (organisiert von der Institutspräparatorin Frau Doll), in der dreimal im Semester

Kliniker in den Kurs reinschauen und über klinische Zusammenhänge referieren.

Seminare mit klinischem Bezug gibt es auch an den Universitäten Freiburg (wöchentlich) und Rostock.

Als ganz besonderes Highlight sei das *Theatrum Anatomicum* der Uni Ulm zu nennen: Solche Einrichtungen entstanden vor allem im 16. Jahrhundert in vielen europäischen Städten. Mit öffentlichen Sektionen präsentierte sich die Anatomie erstmals als transparente Wissenschaft. Das moderne *Theatrum Anatomicum* nimmt

auch die Funktion einer Bühne für Studierende (ca. 70) ein, indem dort parallel zum Präpkurs weitere Kurse angeboten werden, wie zum Beispiel „Anatomische Demonstration Bewegungsapparat“ oder „Fit für den OP“. Die finanziellen Mittel wurden aus Studiengebühren geschöpft. Das *Theatrum Anatomicum* ist eine am aktuellen Ausbildungsbedarf orientierte Adaption, die mit innovativer Technik und OP-Ausstattung brilliert.

Und so glänzen auch die Studierenden der LMU am ersten Tag

ihres Präpkurses, wenn sie ihren nagelneuen Präpkittel anziehen, das blitzende Skalpell in der einen und die anatomische Pinzette in der anderen Hand haltend (alles powered by Studiengebühren), bereit für die Reise durch den Körper!



Stavria Zaroti

BROSCHÜREN, FLYER, PLAKATE, VISIONEN...

... UNSERE ARBEIT BEGINNT MIT IHREN IDEEN UND WÜNSCHEN

print  medien

ZENTRALBEREICH • NF

MEDIENPARTNER DES HEIDOSKOP



Doktorand auf Kongress – geht das gut? (Erfahrungsbericht)

Wer kennt es von uns nicht? Man sitzt als Doktorand meist ermüdet im Labor, produziert endlose Daten und weiß meist nicht viel damit anzufangen, bis man den ganzen Kram endlich zusammenschreibt. Doch bis es so weit ist, dauert es in der Regel viel länger als es einem lieb ist. Und man kommt langsam aber sicher in eine frustrierende Phase, in der man kein Licht am Ende des Tunnels sieht. Da empfiehlt es sich ganz besonders, sich mit dem Thema frühzeitig auseinander zu setzen und es so spannend wie nur möglich zu halten. Die beste Lösung dafür ist die Präsenz in der wissenschaftlichen Welt in Form von Poster-Präsentationen oder gar wissenschaftliche Vorträge. Man befasst sich einerseits frühzeitig mit den eigenen Ergebnissen und erlangt langsam ein übersichtliches Bild der mühsam produzierten trockenen Puzzleteile. Andererseits erlebt man, was international so alles um das Thema herum passiert und erkennt die Relevanz der eigenen wissenschaftlichen Ergebnisse, oder auch nicht :-).

Ich hatte im Rahmen meiner experimentellen Arbeit die Möglichkeit, meine Ergebnisse in Form eines wissenschaftlichen Vortrages auf dem ECCR-Kongress in Nizza, Frankreich, zu präsentieren.

Dass es ein Spaß war, will ich auf keinen Fall behaupten. Abgesehen von zeitaufwändiger Recherche und Vorbereitung ist die Vorstel-

lung, als kleiner Student vor einer Menge wissensdurstiger Professoren und Fachleute aus aller Welt zu stehen und ihnen über scheinbar neue wissenschaftliche Kenntnisse zu berichten, ein wahrer Alp-



traum!

Ich habe recherchiert und meinen Vortrag vor Angst sogar im Schlaf gekonnt. Ich habe mir eingeredet, die Zuhörer wüssten sicherlich nicht mehr über mein Projekt als ich selbst.

Doch all dies hilft nicht in dem Moment, in dem man die eigene

hässlich klingende Stimme durch das Mikrofon hört. Die Aufregung ist groß, man schaut ständig parallel auf die eigene Uhr, um ja nicht die Präsentationszeit zu überschreiten, da man sonst gnadenlos von den „Chairmen“ unterbrochen wird. Auf der anderen Seite darf man nicht zu schnell sprechen, da das hoch verehrte Publikum sonst nicht mitkommt und nach den ersten Minuten ebenfalls ständig auf die Uhr schaut.

Mein Tipp, die Balance zwischen Zeit und Inhalt vernünftig zu halten: Präsentiert soviel wie nötig und nicht soviel wie möglich, gestaltet eure Folien kreativ und auf der einen oder anderen Stelle humorvoll, bleibt aber seriös und zeigt Begeisterung für eure Daten. Tatsächlich ist es auch so, dass ge-



wöhnlich keiner im Plenum mehr Ahnung für euer spezielles Thema hat als IHR selbst, also bleibt schön locker. Es sei denn, jemand arbeitet intensiv an einem Thema, das sehr eng an euers grenzt, dann habt ihr ein kleines Problem in der anschließenden Diskussion, die dementsprechend heiße Fragen beinhalten würde.

Ist aber fast nie der Fall, befasst euch gut mit eurer Methodik und recherchiert ordentlich, dann sollte der Diskussionsteil auch lösbar sein.

Hilfreich ist es auch, sein Englisch generell gut aufzufrischen und nicht nur bezüglich der eigenen Forschungsthematik. Übrigens gebt euch nicht allzu viel Mühe die Fragen zu verstehen, die euch Franzosen auf Englisch stellen, weder ihr noch die meisten im Plenum wären dazu in der Lage :-).

Es klingt alles zwar anstrengend, ist aber sehr lohnenswert. Am Ende eures Vortrages werdet ihr feststellen, dass es gar nicht so schlimm für euer erstes Mal war. Ihr werdet euch mit euren eigenen sonst trockenen Daten in der Forschungswelt integriert fühlen und mit vielen prominenten Persönlichkeiten darüber lebendige Diskussionen führen. Zusätzlich ist es eine ideale Möglichkeit, dem grauen Forschungsalltag für kurze Zeit zu entfliehen, die Früchte der eigenen bisher geleisteten Arbeit zu „ernten“ und auf internationaler Ebene zu präsentieren. Das gibt euch in gewisser Hinsicht Bestätigung und Motivation weiter zu machen.

Es ist auf alle Fälle eine Erfahrung, die ich jedem weiterempfehlen würde, spricht einfach mal die verantwortlichen Projektleiter bei

euch darauf an!

An dieser Stelle möchte ich erwähnen, dass all diese Tipps natürlich nicht von mir als „Newcomer“, sondern vielmehr von meiner Doktormutter **Prof. Dr. Gross-Weißmann** und meiner Betreuerin **Dr. Koleganova** stammen, für deren herausragende Unterstützung ich meinen herzlichen Dank aussprechen möchte. Zusätzlich bedanke ich mich nicht weniger bei unserem freundlichen und verständnisvollen Ärztlichen Direktor **Prof. Dr. Schirmacher**.



Firas Aldebsi



Heicumed-Klinikabschnitt aus der Sicht frischgebackener scheinfreier Studenten

Heidelberger Curriculum Medicinale, hört sich ziemlich elitär an! Doch was kann es und was steckt genau dahinter?

Man hat es in der Vorklinik schon x-mal gehört: „In der Klinik wird alles gut!Kämpft euch nur durch die lästigen vorklinischen Fächer durch.....usw.“

Nun gut, man hat auch das Physikikum endlich in der Tasche und fängt an, deutlich höhere Ansprüche an das klinische Studium zu stellen, die vielleicht doch so hoch sind, dass man damit nur enttäuscht werden kann.



Nun folgt eine kurze Vorstellung der einzelnen Semester hinsichtlich Fächer, Prüfungen, Dozenten und Organisation. Diese bezieht sich nicht auf irgendwelche standardisierten Evaluationen, sondern beruht ganz allein auf Beobachtungen normal sterblicher Studierender unter realen Bedingungen.

Im Propädeutik-Semester erlebt man im Vier-Wochentakt Fächer



wie Pharmakologie, Pathologie, Radiologie, Hygiene usw., die den Eintritt in die Klinik einfacher machen sollten. Es ist noch ziemlich übersichtlich und schön organisiert. Die Dozenten sind zwar meist keine Kliniker, aber ziemlich angenehme Menschen. Die Prüfungen sind dementsprechend fair und stark auf die Skripte bezogen. Zusätzlich freut man sich als Frischling, zwei Wochen lang im „Kloppkurs“ an die Menschheit endlich rangelassen zu werden.

Mit Beginn der Blockeinteilung I (Innere) und II (Chirurgie) ist dann Schluss mit der kleinen Verschnaufpause! Die eigentliche Idee, die beiden Monsterrächer getrennt zu unterrichten, ist ja zunächst einmal gar nicht so schlecht. Die Frage ist nur die Durchsetzung im stressigen Klinikalltag der Dozenten. Dies erkennt man vor allem in P.O.L. und Bed-side-Teachings, die ganz besonders im Chirurgieblock grässlich organisiert sind und, aus meiner Sicht, stark reduziert werden können.

Block I: Viel zu Innere gibt es

eigentlich nicht zu sagen, es ist das größte Fach, womit man in der Medizin zu tun haben kann, schaut euch nur mal die Bücher im Handel an! Hier empfiehlt



sich ganz besonders der „Herold“ in Kombination mit „EKG für Isabell“. Sie sind übersichtlich, bringen es auf den Punkt und haben keinesfalls weniger Inhalt als andere Bücher! Die Internisten sind nicht die humorvollsten Geschöpfe auf dieser Welt, aber sympathisch und human. Dementsprechend spiegelt sich das auch in der großen Innere-Prüfung und im OSCE. Große Schwierigkeiten können allerdings sogenannte K-prim-Fragen bereiten, die leider einen nicht unerheblichen Anteil haben. Nervig sind zusätzlich Geriatrie und Klinische Pharmakologie, da man nicht wirklich dafür am Ende Zeit findet.

Block II: Chirurgie ist etwas bunter gestaltet, zusätzlich zu den chirurgischen Fächern parallel zur Inneren, findet man noch Orthopädie, Urologie, Notfallmedizin, Reha und Naturheilkunde. Wie

bereits erwähnt ist in puncto Organisation eine Riesenlücke zu schließen, was offensichtlich in der Natur chirurgischer Fächer liegt. Man hatte den Eindruck, dass nicht sehr viel Inhalt unterrichtet bzw. erwartet wird, trotzdem werden in der schriftlichen Prüfung viele Dinge gefragt, die nicht unbedingt durch Lernen und Wissen, als vielmehr durch Raten und Vermuten beantwortet werden. Was statistisch eindrucksvoll im Notenspiegel zu erkennen ist! Empfohlen wird hier der „Müller“, der ähnlich aufgebaut ist wie der „Herold“, jedoch nicht auf der gleichen Beliebtheitskala steht.



© www.toonsup.com/lachhaft

Hat man nun mal die ersten beiden Blöcken überlebt, sollte es eigentlich in den Blöcken III und IV nicht viel geben, was einen vorm weißen Kittel und Spitzengehalt abhalten kann :-).

Hier erlebt man ein wahres Feuerwerk aller übriggebliebenen kleineren Fächer im Zwei- bis Vier-Wochentakt, was sicherlich für keine Langeweile sorgt. Auch Dozierende sind hier plötzlich jung und dynamisch. Allerdings bleiben auch hier Bedside-Teachings wenig durchdacht.

Block III: Abgesehen von Dermatologie und Infektiologie, handelt es sich hier um den Kopfbereich. Von Auge, HNO und Neuro bis hin zu Psycho. Der Block ist extrem studentenfreundlich! Die Dozierenden zeigen, wie man sich effektiv auf die Prüfungen vorbereitet, welche GKs man bis zu welchem Jahr kreuzen sollte und geben am Ende der Module Repetitorien, in denen soviel verraten wird, dass eigentlich keiner durchfallen kann! Kurz gesagt: der angenehmste Block, auch wenn die Dichte der Prüfungen hier die



größte ist.

Block IV: Nun ja, abgesehen von Gynäkologie und Pädiatrie gibt es in dem Block wenig, dem man im klinischen Alltag begegnet. Dementsprechend ist die Motivation zum Lernen hier eigentlich das größte Problem. Gerade wenn man Fächer hört wie Arbeits-, Sozial-, Umweltmedizin, Gerichtsmedizin, Epidemiologie, Biometrie, Informatik, Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin und Klinische



Genetik (.....Hoffentlich habe ich an der Stelle nicht zu viele Leser durch Schlafanfalle verloren :-)). Auf Grund dieser interessanten Fächerkonstellation kommen die Dozierenden dem medizinischen Studierenden wie aus einer anderen Welt vor! Für die Prüfungen liegt hier der Fokus bis auf Gynäkologie eindeutig auf den Skripte. Für Gynäkologie reicht „BASIC“ nicht nur zum Bestehen, sondern auch für eine sehr gute Note, völlig aus.

Fazit:

- Nun, zugegeben macht das Lernen in der Klinik schon deutlich mehr „Spaß“, oder anders formuliert, der Lernstoff ist besser verdaubar. Man stopft sich nicht mehr den Kopf voll mit irgendwelchen Strukturformeln, biochemischen Stoffwechselzyklen, Muskel-Ursprung-Ansatz-Tabellen oder sonstigem Kurzzeitgedächtnis-Müll.
- Die klinische Relevanz in HeiCuMed ist zwar meist zu erkennen, allerdings werden weder die Bücher kleiner, noch die UB-Aufenthalte deutlich seltener.....Kurz gesagt, der Mediziner-Stempel bleibt auf der Stirn!
- Organisatorisch liegt HeiCuMed-Klinik deutlich hinter der



guten alten Vorklinik, die eine wesentlich striktere Planung und Einteilung aufweist.

- Besonders kritisiert bei HeiCuMed ist die „grundschulähnliche“ Anwesenheitskontrolle, denn alle Veranstaltungen inkl. Vorlesungen sind Pflicht!
- Größter Vorteil von HeiCuMed ist das freie Semester, das man sehr gerne für die Forschungsarbeit oder das Nachholen fehlender Scheine nutzt!

Heiße Tipps aus persönlicher Erfahrung:

- Freut euch weiterhin auf die Klinik, unterschätzt sie aber nicht!
- **Lieber Block II vor I**, da nimmt man dankbar einiges aus Chirurgie mit für die sehr aufwändige Innere. Gleich mit Innere konfrontiert zu werden ist heftig!
- **Lieber Block IV vor III**, für den relativ unmedizinischen und aufwändigen Block IV hat man am Schluss wenig Nerven. Da ist es wesentlich angenehmer im freundlichen Block III!

- Wenn man parallel mit der Forschungsarbeit beginnen möchte, sollte man diese lieber nicht während Block I oder II machen!



Firas Aldebssi

Sozietät Max Weber

Studenten gestalten die Gesundheit von Morgen

Interdisziplinarität funktioniert!

Primärversorgung, Gesundheit, wissenschaftliche Projektarbeit, Kinder- und Frauenheilkunde, Allgemeinmedizin, medizinische Psychologie, Gesundheitsökonomie, Teamarbeit, persönliche Entfaltungsmöglichkeiten und vor allem Spaß. So ähnlich beschreiben die Mitglieder der Sozietät Max Weber die Themen ihrer bunt gemischten Gruppe aus begeisterten Studierenden und engagierten Mentoren.

Seit der Gründung im Wintersemester 2008/2009 treffen sich die Sozietätsmitglieder regelmäßig und freiwillig, meist häufiger als im Rahmenprogramm vorgese-

hen, um Gedanken auszutauschen, Projekte zu planen oder diese kreativ voranzubringen.

Bisher führten sie eine Studie zum Gesundheitsverhalten von Medizinstudierenden in Heidelberg durch und stellten die Ergebnisse im Oktober 2009 auf einem großen nationalen Versorgungsforschungs-Kongress im Rahmen eines eigens konzipierten Workshops vor. Aktuell wird die Studie mit dem Ziel einer wissenschaftlichen Publikation überarbeitet.

Eigeninitiative führt zum Erfolg!

Das Motto der Sozietät Max Weber lautet demnach „Learning by Doing“. Im Gegensatz zu Frontal-

unterricht setzt die Sozietät auf Input-Vorträge, deren Inhalte von den Studierenden an realen Projekten in die Tat umgesetzt werden. Der Vorteil liegt dabei klar auf der Hand: berufsfördernde Fertigkeiten, wie z.B. wissenschaftliches Arbeiten, Präsentieren oder Recherchieren, werden durch die konsequente praktische Anwendung viel besser vertieft. Durch die Selbstbestimmung der Studierenden stehen der persönliche Bezug und der Spaß an der Arbeit im Vordergrund.

Engagement lohnt sich!

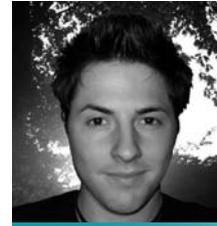
Viele Gespräche mit potentiellen Mitgliedern machten deutlich, dass die meisten Studierenden die beteiligten Disziplinen der Sozie-

tät Max Weber noch als weniger karrierefördernd im Vergleich zu den anderen Sozietäten betrachten und keine zusätzliche Zeit für freiwillige Angebote aufbringen möchten. Somit ist ein Ziel der Sozietät, diese verzerrte Wahrnehmung bei den Studierenden zu korrigieren und mehr Mitgliedern jetzt schon die Chance zu geben, die ersten Bausteine für eine er-

folgreiche (wissenschaftliche) Karriere legen zu können.

Das Konzept der individuellen Karriereförderung mit Hilfe eines Programms, an dessen Gestaltung die Studierenden maßgeblich beteiligt sind, wird die Sozietät daher noch weiter ausbauen und freut sich jederzeit über neue Mitstreiter, die Spaß an Teamarbeit

und den Mut zu einem Blick über den Tellerrand haben.



Sebastian Schmidt

 **Thieme Medbits**



Ihre Dosis Thieme Wissen zum Download

Medbits – der Downloadshop für Mediziner

Redaktionell aufbereitete Auszüge aus über 80 Buch-, Audio- und Video-Quellen (z.B. Duale Reihe, Großes Lehrbuch, Fallbücher)

Attraktive Sonderpreise – exklusiv für Studenten!



Jetzt online testen!

www.medbits.thieme.de

 **Thieme**



Neu im MTP: „Fit für das 2. Staatsexamen“ (Prüfungsvorbereitung III)

Für viele scheint es noch sehr weit weg zu sein, aber früher oder später (vor allem im PJ) ist es für jeden Medizinstudenten an der Zeit, sich mit diesem unvermeidlichen Thema auseinanderzusetzen: das zweite Staatsexamen.

Viele erinnern sich bestimmt noch mit Grauen an das erste Staatsexamen, das „Physikum“, und vor allem an die mündliche Prüfung. Doch das zweite Staatsexamen stellt eine noch größere Herausforderung dar: der gesamte klinische Studienabschnitt wird geprüft und das Ergebnis geht zu 2/3 in die Endnote ein; außerdem muss man sich während des PJs darauf vorbereiten, da der Zeitraum zwischen PJ und 2. Staatsexamen sehr knapp bemessen ist. Dazu kommt noch das Problem, dass viele Medizinstudenten gar nicht so genau wissen, was eigentlich auf sie zukommen wird...

Glücklicherweise bietet das Mentoren-Tutoren-Programm seit diesem Jahr eine neue Veranstaltung mit dem Titel „Fit für das 2. Staatsexamen“ an, die sich vor allem an Studierende aus den Blöcken III und IV sowie an PJler richtet. Ich selbst habe bereits zweimal daran teilgenommen und werde euch nun von meinen Erfahrungen als Teilnehmer berichten.

Die Veranstaltung ist in drei Sitzungen aufgeteilt. In der ersten Sitzung bekamen wir einen interessanten Überblick über die Prüfungsformen im 2. Staatsexamen sowie praktische Tipps zur Vorbereitung. Mir persönlich hat

bereits diese Sitzung viel Angst und Ungewissheit genommen, da ich nun genau wusste, wie sowohl die schriftlichen als auch die mündlich-praktischen Prüfungen ablaufen würden. Zudem gab es noch die Möglichkeit sich für die dritte Sitzung - die mündliche Prüfungssimulation - anzumelden. Die Teilnehmer der Prüfungssimulation wurden in 4er



Gruppen eingeteilt. Jeder einzelne sollte dann bei dieser mündlichen Prüfungssimulation, die zwei Wochen später stattfand, sowohl in die Rolle des Prüflings als auch in die des Prüfers schlüpfen. Dazu bekam jeder Teilnehmer für seine Rolle als Prüfer die Aufgabe, jeweils eine Prüfungsfrage aus der Chirurgie und aus der Inneren Medizin samt den Antworten, die er von seinem Prüfling erwartete, zu formulieren. Bei der Erstellung dieser Prüfungsfragen wurde mir zum ersten Mal bewusst, dass es

gar nicht so einfach ist, sich Fragen auszudenken, die weder zu schwer noch zu leicht sind und die die vorgegebene Zeit von sieben Minuten ausfüllen. Zudem ging es darum, den Erwartungshorizont so strukturiert wie möglich darzustellen.

In der zweiten Sitzung hatten wir die Möglichkeit an einer schriftlichen Probeprüfung mit Original-

fallstudien und -fragen aus dem 2. Staatsexamen teilzunehmen. Vor allem durch den Einsatz von mobiTED-Sendern wurde das Ganze zu einem interaktiven Erlebnis. Es war nicht nur interessant zu sehen, wie viel man allein mit seinem Vorwissen beantworten konnte, sondern es war auch nützlich gezeigt zu bekommen, wie die Fallstudien überhaupt aufgebaut sind und wie man am besten an die teilweise ellenlangen Fallbeschreibungen herangehen sollte.

Die dritte Sitzung mit der münd-

lichen Prüfungssimulation war dann das Highlight dieser Veranstaltung. Die Aufgabe der Koordination dieser Prüfungssimulation lag in der Hand eines PJlers, der dafür sorgte, dass alles nach Plan lief. Die zwei Vierer-Gruppen saßen sich an einem großen Tisch gegenüber. In der ersten Runde prüfte die erste Gruppe die zweite. Während jeweils einer als Prüfer seine Frage an den Prüfling der anderen Gruppe stellte, notierten sich die anderen drei aus der „Prüfer-Gruppe“, was ihnen an dem Verhalten des Prüflings auffiel. Wichtige Faktoren waren hier Mimik, Gestik, Sprache, Blickkontakt, Körperhaltung, strukturiertes Vorgehen und Umgang mit Wissenslücken. Es ging darum, den Gesamteindruck des Prüflings einzuschätzen: Wirkte er eher gestresst, angespannt und abweisend oder doch ruhig, gelassen und freundlich zugewandt? Mir ist in der Rolle des Prüfers vor allem aufgefallen, dass man als Prüfer mindestens genauso aufgeregt ist wie der Prüfling (besonders wenn man diese Rolle zum ersten Mal einnimmt). Außerdem ist es auch nicht so einfach zu entscheiden, wie man am besten auf verschiedene Prüflinge eingehen sollte: Wie soll man z.B. einem Prüfling mit einem Blackout oder mit Wissenslücken weiterhelfen? Hier spielt die richtige „Dosis“ an Hilfestellung die entscheidende Rolle. Denn hilft man dem Prüfling zuviel, dann muss man ihm später eventuell Punkte abziehen. Dann gibt es noch die Prüflinge, die sehr viel wissen und ihr ganzes Wissen auf eine Frage hin loswer-

den möchten. Sollte man diese als Prüfer unterbrechen, damit man weitere Fragen stellen kann oder sie weiterreden lassen, falls sie mit ihrem Vortrag auch die anderen Fragen beantworten? Zum ersten Mal ist mir klar geworden, dass es die Prüfer gar nicht so einfach haben wie man es sich als Prüfling vorstellt.

Nachdem jeder aus der ersten Gruppe jeweils einmal geprüft hatte, wurden die vier Prüflinge aus der anderen Gruppe kurz vor die Tür geschickt. Die vier „Prüfer“ hatten nun die Aufgabe sich anhand des Wissens und des Gesamteindrucks des Prüflings auf eine Gesamtnote für jeden Prüfling zu einigen. Danach wurden die vier Prüflinge wieder hereingebeten und ohne dass ihnen ihre Noten oder Feedback gegeben wurden (dies sollte erst im Anschluss an die komplette Prüfungssimulation geschehen) starteten wir in die zweite Runde. Nun schlüpften die vier Prüflinge der zweiten Gruppe in die Rolle der Prüfer.

Nachdem sich auch die zweite Gruppe in Abwesenheit der ersten Gruppe auf die Gesamtnoten für die Prüflinge geeinigt hatte, setzten sich beide Vierer-Gruppen wieder gegenüber und jeder bekam von den Anderen Feedback darüber, wie er jeweils sowohl in der Rolle des Prüfers als auch in der Rolle des Prüflings gewirkt hat. Was ich sehr wertvoll fand, war vor allem das Feedback darüber, wie ich als Prüfling wahrgenommen wurde. Es fällt einem selbst in der Aufregung während der Prüfung meist gar nicht auf, wie man sich eigentlich präsentiert. Vielen ist

gar nicht bewusst, dass nicht nur das Wissen zählt, sondern dass schon Faktoren wie Körperhaltung oder Selbstsicherheit in der Stimme einen großen Einfluss auf den Gesamteindruck und somit auch auf die Gesamtnote haben. Dabei sollte man immer beachten, dass das eigene Verhalten nicht immer so vom Gegenüber aufgenommen wird wie man es beabsichtigt hatte: zu selbstsicheres Verhalten wirkt vielleicht eher forsch und zu viel Gelassenheit eher gelangweilt. Diese wichtigen Aspekte wurden mir erst durch diese Prüfungssimulation richtig bewusst.

Abschließend kann ich sagen, dass ich die MTP-Veranstaltung „Fit für das 2. Staatsexamen“ als sehr sinnvoll erlebt habe und dass ich sie jedem Studierenden aus den Blöcken III und IV und jedem PJler weiterempfehlen kann. Denn jetzt hat man noch die Möglichkeit und die Zeit, das Feedback zu nutzen, kleine „Macken“ auszubügeln und insgesamt an der eigenen Gesamtpräsentation während mündlichen Prüfungen zu arbeiten bevor es ernst wird.



Shermineh Eftekhbar-Afzali



Global Health – Die Gesundheit der Welt

Lange Zeit wurde „internationale Gesundheit“ mit der Erforschung tropischer Krankheiten und den Problemen in Entwicklungsländern gleichgesetzt. Der neuere Begriff „Global Health“ betont den transnationalen Charakter von Gesundheit. Während Tropenmedizin, Epidemiologie und die gesundheitspolitischen Herausforderungen in Entwicklungsländern weiterhin ein wichtiger Bestandteil sind, befasst sich Global Health insbesondere auch mit grenzüberschreitenden Determinanten von Gesundheit wie Globalisierung und Umweltveränderungen, und verfolgt einen multidisziplinären Ansatz.

Die internationale Agenda

Im Jahr 1978 wurde auf der Gesundheitskonferenz in Alma-Ata/Kasachstan Gesundheit als Menschenrecht definiert, doch die Chancen auf dieses Recht sind längst nicht überall verwirklicht. Der umfassende Primary Health Care-Ansatz der Erklärung von Alma-Ata wurde rasch durch „pragmatische“ selektive Programme abgelöst, die sich auf einzelne Interventionen konzentrieren, wie zum Beispiel Impfungen bei Kindern, orale Rehydratation oder die Förderung des Stillens. Im Jahr 2000 hat die UNO durch Festlegung der Millennium-Entwicklungsziele (Millennium Development Goals, MDGs) eine wichtige Initiative für die Dynamik der Global Health-Bewegungen ins Leben gerufen. Dabei wurden acht Ziele festgelegt,

die die Lebenssituation in benachteiligten Regionen weltweit bis 2015 verbessern sollen, drei davon (MDG 4, 5, 6) betreffen unmittelbar die Gesundheit. Im Jahr 2008, 30 Jahre nach der Konferenz von Alma-Ata, legte die von der Weltgesundheitsorganisation einberufene Commission on Social Determinants of Health ihren Bericht vor, der klar die zugrunde liegenden sozialen, wirtschaftlichen und politischen Ursachen für Krankheit und Gesundheit benennt. Es erscheint unwahrscheinlich, dass ohne Berücksichtigung dieser Determinanten die Millennium-Entwicklungsziele erreicht werden können.

Wie sinnvoll ist Entwicklungshilfe?

Seit langem gibt es die Debatte, ob mit Entwicklungshilfe die Gesundheit der Bevölkerung eines Entwicklungslandes nachhaltig verbessert werden kann. Im Vordergrund steht hier nicht die humanitäre Hilfe, die der Einzelne leisten kann um damit zu helfen, die Symptome eines an sich „kranken“ Gesundheitssystems zu lindern. Es sollte darum gehen, die Faktoren zu finden, die zum Scheitern des gesamten Systems beitragen, um mit Entwicklungshilfe an diesem Punkt anzusetzen. Alleine können sich viele betroffene Länder schwerlich auf die Füße helfen und man ist auch auf länderübergreifende Kooperation angewiesen, um Probleme anzugehen, die nicht

auf nationale Grenzen beschränkt sind. Allerdings befürchten Gegner der Entwicklungshilfe, dass durch diese nur die bestehenden Verhältnisse gefestigt werden und jegliche Eigeninitiative durch Bürokratie und Korruption im Keim erstickt wird. Bringen Hilfszahlungen eher Schaden als Nutzen? Bleiben notwendige Reformen des Systems aus, weil die Regierungen ja ohnehin Hilfsgelder bekommen, die wiederum nicht in das Nötige investiert werden, sondern in Waffen oder ähnliches?

Fokus Uganda

Ein Land, an dem man diverse Schwierigkeiten erkennen kann, die Entwicklungshilfe für Gesundheitssysteme mit sich bringt, ist Uganda. In den Neunzigern wurde Uganda nahezu überschwemmt von Gesundheits-Hilfsorganisationen, NGOs und privaten Spendern. Als einer von drei afrikanischen Staatsoberhäupter erkannte Präsident Yoweri Museveni schon 1986 AIDS offen als Problem an. Die relativ gute Aufklärung innerhalb der Bevölkerung führte nach 1992 innerhalb von 10 Jahren zu einem Abfall der HIV-Prävalenz von 15 auf ca. 5 Prozent. Zahlreiche Aids-Zentren zur Aufklärung und Medikamentenvergabe konnten mit den Hilfsgeldern aufgebaut werden, doch heute, 20 Jahre später, steigen HIV-Infektionen wieder an. Kondomkampagnen und Aufklärungsarbeit über die Wichtigkeit von Treue

und Enthaltensamkeit haben es vor allem in den entlegenen Regionen schwer. Die Aids-Zentren werden am ehesten von Frauen aufgesucht, die sich dadurch in den Augen der Männer selbst als untreu entlarven. Der tägliche Überlebenskampf lässt einen armen ugandischen Bauern nicht in erster Linie die Bedrohung durch AIDS sehen. Und in den Städten kursiert



der Irrglaube, dass HIV durch die frei zur Verfügung stehenden Medikamente heilbar sei. In Uganda floss viel Geld in Institutionen wie das „Infectious Diseases Institute“ (IDI) in der Hauptstadt Kampala, ein „Prestigeprojekt“ für exzellente Aids- Forschung und -Therapie. Der Fokus der ins Land fließenden Hilfsgelder liegt hauptsächlich auf AIDS, Tuberkulose und Malaria. Doch andere Krankheiten, die man nicht in erster Linie mit Entwicklungsländern assoziiert, kommen auch dort immer häufiger vor wie Diabetes, Bluthochdruck, Übergewicht. Diese werden in Zukunft ein mindestens ebenso großes Gesundheitsproblem darstellen wie Infektionserkrankungen. Ein Pati-

ent, der an Diabetes leidet, sich aber keine Medikamente leisten kann, hat also schlechtere Chancen, als jemand, der an Aids erkrankt und sich am IDI für eine kostenfreie Therapie anmelden kann. Auch für die Behandlung von Krebserkrankungen gibt es nicht genug finanzielle Mittel. Der Abteilung des Universitätsklinikums „Mulago Hospital“ in Kampala steht bei einem Jahresbudget von etwa 10.000 Dollar viel zu wenig Geld für eine ausreichende Therapie der Krebspatienten zur Verfügung. Überall in Uganda gibt es Gesundheitszentren, die die Basisversorgung sicherstellen sollen, doch diese haben nur in seltenen Fällen die benötigten Medikamente. Die Patienten müssten also einen langen Weg auf sich nehmen um an Medikamente zu kommen, es fehlt ihnen das Geld für den Transport. Eine kontinuierliche Versorgung der Bevölkerung ist damit nicht möglich. Das Gesundheitssystem in Uganda ist zwar dezentralisiert und versucht die Distrikte zu stärken, verfolgt aber dennoch weitgehend einen vertikalen Ansatz: Gesundheitsprogramme, die von externen Geldgebern getragen werden, zielen darauf ab, jeweils eine bestimmte Krankheit zu behandeln und einzudämmen. Oft besteht wenig Kooperation zwischen den verschiedenen Programmen und da das bestehende Gesundheitssystem nicht gestärkt wird und zugrunde liegende Ursachen nicht angegangen werden, sind diese vertikalen Krankheitsbekämpfungsprogramme nicht nachhaltig.

Was kann man also tun, um eine nachhaltige Veränderung zu bewirken?

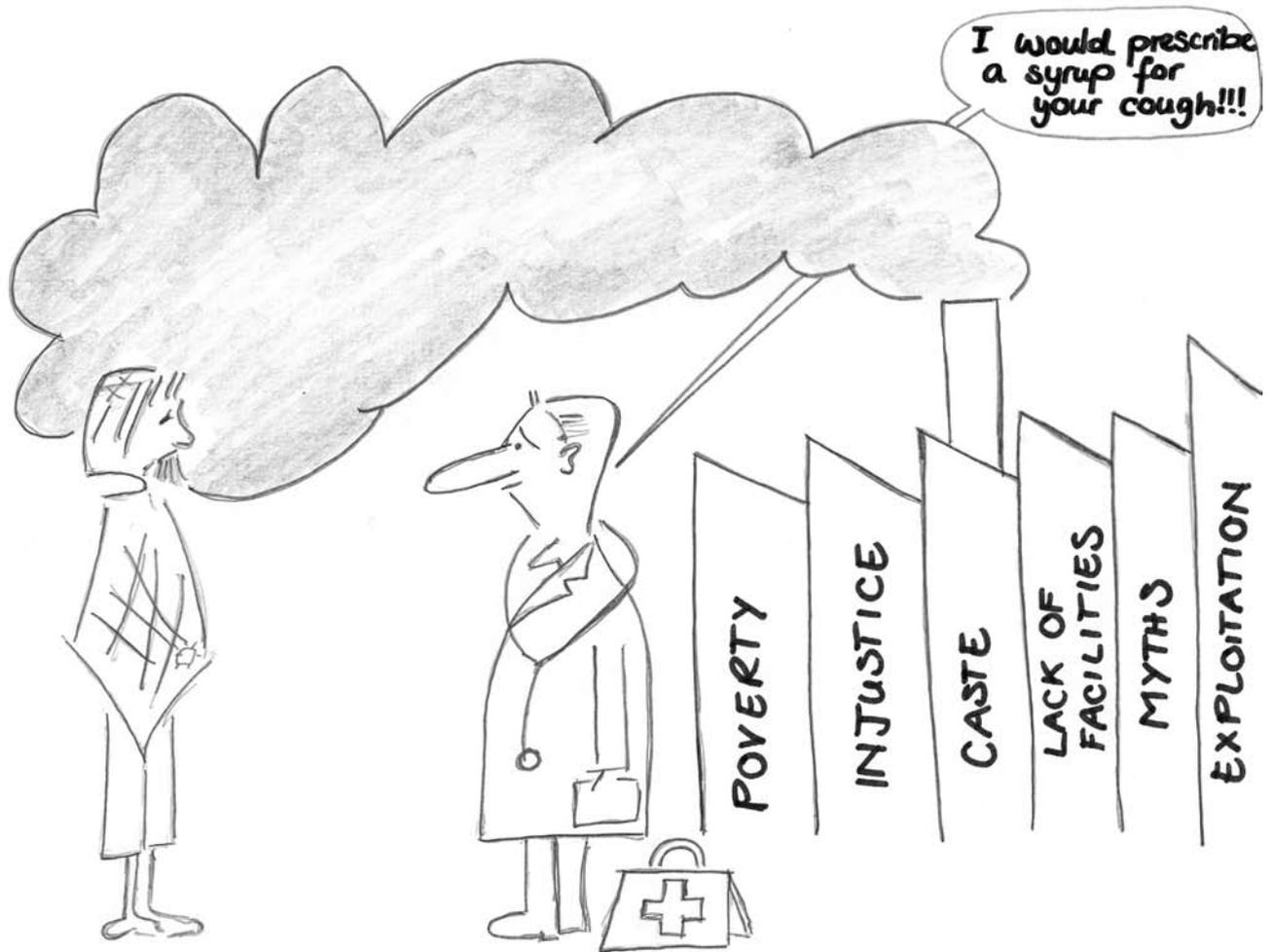
Eine Hilfe, die „alles auf einmal“ leistet, postuliert der amerikanische Ökonom Prof. Dr. Jeffrey D. Sachs („Das Ende der Armut. Ein ökonomisches Programm für eine gerechtere Welt“, „Wohlstand für viele“), der von 2002 bis 2006 Sonderberater der Millennium Development Goals war. Sachs vertritt die Ansicht, dass man, um nachhaltig etwas zu bewirken, allumfassende Hilfe erbringen muss und es entwickelte sich die Idee der Millennium Villages: Er wählte in zehn afrikanischen Ländern Dörfer aus, die mit 110 \$ pro Jahr und Kopf unterstützt werden, was um ein Vielfaches höher ist als die durchschnittlichen 3 \$ pro Einwohner, die sonst in diesen Ländern zur Verfügung stehen. Sein Plan der allumfassenden Hilfe schließt sowohl Sicherung von Ernährung, des landwirtschaftlichen Ertrages mit Dünger und Saatgut, Wassermanagement, als auch anti-retrovirale Therapien mit ein, insgesamt um die 500 Maßnahmen. Sein Ziel ist, dass diese „Modell-Dörfer“ die Aufmerksamkeit der G8- Staaten und der Weltöffentlichkeit auf sich ziehen und damit einen Impuls für eine neue Art der Entwicklungshilfe geben. Doch es besteht die Gefahr, dass diese Dörfer nur rettende Inseln bleiben, mit allen Ungerechtigkeiten, die dies für die betroffenen Regionen nach sich zieht, wenn sich die Modell-Struktur nicht ausweiten kann. Problematisch ist dabei wieder einmal, dass es Hilfe von außen ist,



in amerikanischen Büros erdacht und von „weißen“ Geldgebern finanziert – in den Augen mancher Afrikaner ein bisschen so etwas wie moderner Imperialismus. Das Konzept der Primary Health Care im Sinne von Alma-Ata beinhaltet ebenfalls den Grundsatz der

onen von außen, sondern die Initiative der Betroffenen selbst ist der Weg. Eine solche Bewegung „von unten“ ohne Einmischung von ausländischen Organisationen, Unternehmen oder Regierungen ist das People's Health Movement (www.phmovement.org).

detes Fachpersonal im Zuge der Globalisierung aus bedürftigen Regionen abwandert, um Lücken in den Gesundheitssystemen der reichen Länder zu stopfen. Wenn „Gesundheit für alle“ jemals erreicht werden soll, muss man sich über einzelne Krankheiten hinaus



Quelle: Community Health Cell
(nach magi)

Multisektorialität, also dass um „Gesundheit für alle“ zu erreichen, eine Änderung der sozio-ökonomischen Bedingungen notwendig ist, inklusive Förderung der Landwirtschaft und Bildung. Allerdings soll das Ziel nach diesem Prinzip anders als bei Sachs durch volle Partizipation der Bevölkerung erfolgen: nicht Interventi-

Trotz aller Bemühungen steht schon jetzt fest, dass viele Entwicklungsländer und insbesondere Länder in Afrika südlich der Sahara die Millennium Development Goals nicht erreichen werden. Ursachen sind dabei neben der politischen Instabilität einiger Länder unter anderem der „Brain Drain“, durch den gut ausgebil-

um Gesundheitssysteme kümmern, und auch über den Gesundheitssektor hinaus um die sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Dazu gehören eben auch politische Fragen wie Brain Drain, Patente auf lebenswichtige Medikamente, Agrarsubventionen und Handelsbedingungen. Global Health als Disziplin be-

schäftigt sich mit diesen Themen. Einen guten Überblick bietet der „Global Health Watch“, eine kritische Analyse der gegenwärtigen Lage von diversen Akteuren aus Forschung, Zivilgesellschaft und Public Health Organisationen (www.ghwatch.org).

Die Rolle Deutschlands

Deutschland hat sich im Gegensatz zu den USA, Großbritannien, Norwegen oder auch der Schweiz an der internationalen Gesundheitspolitik lange Zeit nur peripher und auf finanzielle Weise beteiligt. Nach neun Jahren ist Deutschland seit 2009 jetzt wieder Mitglied im Exekutivrat der WHO. Als Auftakt der neuen Präsenz Deutschlands in der globalen Gesundheitspolitik fand im Oktober 09 in Berlin der erste „World Health Summit“ unter der Schirmherrschaft von Angela Merkel und Nicolas Sarkozy statt. Zufälligerweise fiel dieser hohe Erwartungen schürrende Weltgesundheitsgipfel mit dem 300jährigen Geburtstag der Berliner Charité zusammen und konzentrierte sich auf High-Tech-Medizin, wodurch Kritik laut

wurde, dass der eigentlichen Sinn und Zweck der Veranstaltung, die Weltgesundheit, bei dieser Versammlung nicht wirklich an erster Stelle stand. Im Oktober 2010 findet der nächste World Health Summit statt, wieder in Berlin. Es wird sich zeigen, was sich bis dahin verändert und ob der (Irr-)Glaube, dass medizinischer Fortschritt die globalen Probleme lösen kann, sich fortsetzt.

Deutschland hat in Bezug auf die globale Gesundheitspolitik bis jetzt noch nicht die Zügel in der Hand, das Bewusstsein für die internationalen Dimensionen der Public Health Bewegung hat sich noch nicht geformt. Wie auch, wenn es zu wenig intellektuelle Anlaufpunkte gibt? Wer sich als Student für die Weltgesundheit interessiert, der findet zwar in Heidelberg und Berlin Masterstudiengänge in International Health, im Medizinstudium sind Lehrangebote zu Global Health bisher jedoch nicht verankert, diese Themen kommen schlichtweg zu kurz. Einige wenige Initiativen um das zu ändern gibt es bereits, zum Beispiel von der BVMD das Projekt

„GandHI – Globalisation and Health Initiative“ oder „Think Global“ von der IFSMA.

Wie wichtig ist es Heidelberger Medizinstudenten über die globale Gesundheit Bescheid zu wissen? Sollte die Thematik nicht mindestens durch fakultative Kurse in Heicumed besser vertreten sein? Eure Meinung dazu könnt ihr auf der Facebookgruppe „Global Health Heidelberg“ loswerden.

Der Artikel entstand in Zusammenhang mit dem Vortrag „Global Health – Eine Spurensuche“ von Dr. Harro Albrecht am 26. 10. 09 in der Alten Aula der Universität Heidelberg. Der gefüllte Saal und die rege Diskussion im Anschluss zeigte den Informationsbedarf und das intensive Interesse der (Medizin-)Studenten an Global Health.



Isabelle Kuhlee

HILFREICHE LINKS ZUM THEMA

Medico International:

> www.medico.de

Gapminder:

> www.gapminder.org

Alma-Ata Declaration:

> www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

Global Health Council:

> www.globalhealth.org

UN Millenium Project:

> www.unmillenniumproject.org

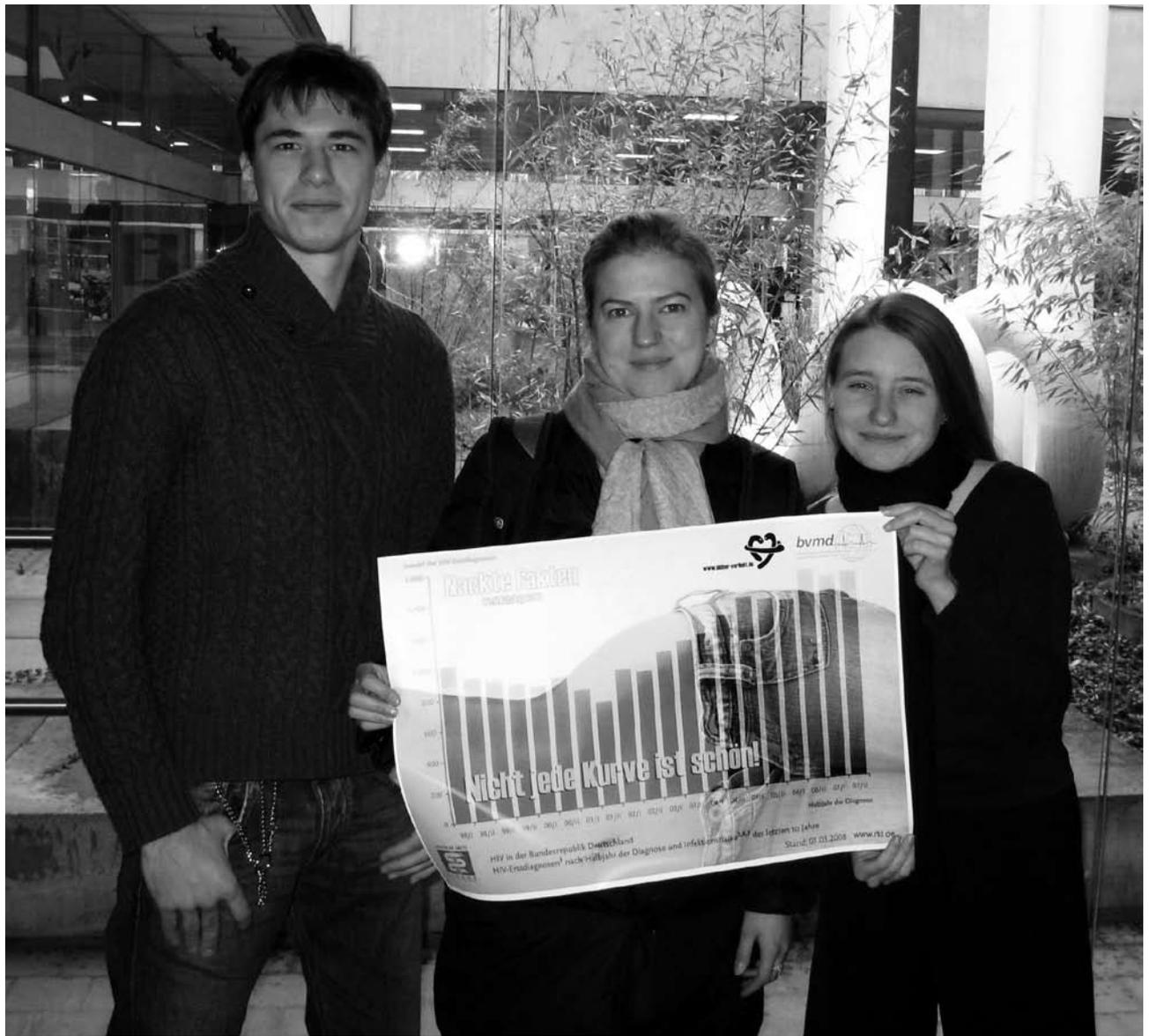
WHO Comission on Social Determinants of Health:

> www.who.int/social_determinants/en



Mit Sicherheit verliebt

Studentische Aufklärungsarbeit für sehbehinderte Kinder und Jugendliche



Thomas Kowall, Melissa Heimisch und Joka Reichel betreiben Aufklärungsarbeit für sehbehinderte Kinder und Jugendliche

„Tief durchatmen, es wird schon schief gehen“, denken sie sich. Aber beim ersten Mal ist man immer etwas aufgeregt, vor allem wenn es gleich so ungewöhnlich ist. Doch nun ist nicht die Zeit nervös zu sein für die drei Medizinstudenten Joka Reichel, Melissa Heimisch und Thomas Kowall, denn da kommen auch schon die

Kinder rein und es geht los. Es geht heute um Sex. Genauer gesagt um Pubertät, dem Bild von Sex in der Gesellschaft, Verhütung, Schwangerschaft, sexuell übertragbare Krankheiten und Ängste beim ersten Mal. Ein bisschen Lampenfieber haben die drei Studenten heute auch. Sie sind vom MSV („Mit Sicherheit verliebt“)-Arbeitskreis,

einer studentischen Aufklärungsinitiative, und stehen heute, am 12. November 09, das erste Mal vor einer Schulklasse um Aufklärungsarbeit zu betreiben. Diese Klasse stellt für die Studenten eine besondere Herausforderung dar, es handelt sich nämlich um eine Klasse der Schloss-Schule Ilvesheim, einem Internat für sehbehinder-

te Kinder und Jugendliche. Zwar gab es bereits zwei Wochen zuvor ein Treffen mit den Schülern und deren Betreuern, doch nun sind die drei MSVler ganz allein mit einer Schulklasse und um leichtes Herzklopfen in diesem Moment kommen sie nicht herum. Die Mädchen und Jungen zwischen 12 und 18 Jahren scheinen anfangs noch nervöser zu werden, als die drei Studenten bereits nach kurzer Zeit Fragen in die Runde werfen wie: „Ein Penis muss mindestens fünfzehn Zentimeter lang sein, richtig?“ Die Antworten sind sehr verschieden: Eine Fünfzehnjährige schlägt sich mit der Hand auf die Stirn und schüttelt den Kopf, ein Achtzehnjähriger grinst. „Das ist totaler Mist“, kriegen die drei MSVler zu hören. Es wird geschätzt, gerätselt und noch bevor die Schüler sich bei einer europäischen Durchschnittslänge von zwölf Zentimetern einig werden, ist die ganze Nervosität vergessen. Heute wird nicht nur zugehört, Mitmachen ist angesagt. Joka würde normalerweise mit einem Fangspiel zum Aufwärmen beginnen, während Melissa kurze Fragebögen im Raum verteilt und Thomas eine Übersicht an die Tafel schreibt. Doch mit dieser besonderen Klasse sieht der Ablauf ein bisschen anders aus.

Das Programm wurde für die Sehbehinderung der Jugendlichen angepasst

„Wir haben am Programm nichts geändert“, so Joka, die Leiterin der MSV Gruppe in Heidelberg, „wir haben es nur angepasst.“ Auch die

Vorbereitung für diesen ersten von zwei Terminen an der Schule für sehbehinderte Kinder ist genau dieselbe wie für Kinder an anderen Schulen. „Man hat nur weniger Methoden zur Auswahl“, erklärt Joka. Anstatt dem Fangspiel zum Aufwärmen geht es jetzt darum Synonyme zu sammeln – die Gruppe mit den meisten Synonymen für Sex, Penis und Vagina gewinnt – und Themen wie zum Beispiel die durchschnittliche Penislänge oder Körbchengröße zu diskutieren. Auf optische Hilfsmittel wie Tafelanschriften oder Bilder müssen die drei Mediziner heute auch völlig verzichten und erarbeiten die wichtigsten Themengebiete im Gespräch mit den Kindern. „So konnten wir auch besser darauf eingehen, was die Kinder sagten“, meint Melissa und lächelt, denn was die Schüler zu sagen hatten war nicht wenig. „Einige von ihnen kannten mehr sexuell übertragbare Krankheiten als so mancher Medizinstudent, den ich bei der Scampee Messe (Skills, Competence and Medical Practice Education Event) kennen gelernt habe.“ Der Wissensunterschied in der Klasse war ebenso groß wie die Altersdifferenzen. So konnten die 18-Jährigen bei der Aufklärung ihrer jüngeren Klassenkameraden helfen, die sehr gut darauf reagierten, dass die älteren Mitschüler so offen und locker über ein Thema sprachen, über das man normalerweise nur recht ungern in einer großen Gruppe redet. Die sonst üblichen Fragebögen, die das Wissen über Pubertät, das andere Geschlecht und Ängste vor dem ersten Mal abklärten, wurden vom

Medienzentrum der Schule speziell angepasst, so dass die Schüler auf keinen Programmpunkt verzichten mussten. Diejenigen unter den Schülern, die noch über ein wenig Sehkraft verfügten, erhielten eine extra groß gedruckte Fassung des Fragebogens, die sie ausfüllen konnten. Ihre Klassenkameraden konnten an Computern der Schule über spezielle Programme die Fragebögen in Blindenschrift direkt vom PC aus lesen und bearbeiten.

„Auf die Plätze, fertig, los!“, hieß es dann, als es zur Kondomrallye übergang.

„Auf die Plätze, fertig, los!“, hieß es dann von Thomas als es zur Kondomrallye übergang. Welche Gruppe bekam die Kondome am schnellsten über die Zucchini und wieder runter ohne Fehler zu machen? Wie genau mit dem Verhütungsmittel umzugehen ist, wurde den Schülern vorher genau erklärt und so gut es ging vorgeführt. Doch die Medizinstudenten erklärten nicht nur wie man Kondome richtig einsetzt, sondern vor allem auch wie man sie überprüft. Und besonders wieso das Überprüfen wichtig ist, musste erklärt werden, „da sich die Kinder nicht viel darunter vorstellen konnten“, begründete Thomas, der mit den Jungen der Klasse im geschlechtergetrennten Teil des Aufklärungstages viel zu diskutieren hatte. Er war überrascht, wie gut dies verlief: „Ich wusste nicht wie das wird, auch weil einer der Jungs das Tourette-Syndrom hatte. Aber es ging viel besser als gedacht.“ Für



Joka, Melissa und Thomas war der Tag ebenso lehrreich wie für die Schüler. Die Erkenntnis, dass Fernsehen als Aufklärungsmedium heutzutage nicht mehr wegzudenken ist, fällt einem erst richtig auf, wenn man Jugendliche erlebt denen dieses Medium nicht zugänglich ist.

„Die Pubertät setzt im Durchschnitt zwei Jahre später ein als bei Kindern ohne Sehbehinderung.“

Nicht zuletzt deswegen erschienen Melissa die Kinder viel jünger und braver als andere in diesem Alter. Joka erklärt jedoch, dass dieses Verhalten auch biologische Ursachen hat: „Die Pubertät setzt im Durchschnitt zwei Jahre später ein als bei Kindern ohne Sehbehinderung.“ Als Beispiel nennt sie eine 13jährige Schülerin der Klasse, die von Sex noch nichts hören will, da sie Jungs noch „eklig“ findet, während andere Mädchen in ihrem Alter schon mit dem Thema Schwangerschaft oder Abtreibung konfrontiert werden. Auch vom Äußerlichen machten die Schüler einen etwas jüngeren Eindruck als ihre Altersgenossen an anderen Schulen. „Sie nehmen ihre Umwelt anders wahr“, so Thomas, dem von den Erzieherinnen erklärt wurde, dass sie häufiger die Jungen ermahnen müssten ihre Bademäntel nach dem Duschen zu schließen bevor sie in den Gang hinaustreten, denn da die Kinder selbst nicht sehen, vergessen sie häufig, dass sie von anderen gesehen werden. Mit vielen Erkenntnissen verließen die MSVler die

Schule und sahen ihrem nächsten Besuch viel gelassener entgegen, nachdem sie von den Schülern mit den Worten „Können wir das ab jetzt jeden Donnerstag machen?“ verabschiedet wurden.



Jobanna Biskupek





Die Gesellschaft der Freunde Universität Heidelberg e.V. verleiht den

Preis der Freunde 2010

Eine besonders gelungene studentische
Initiative gewinnt 2500 Euro



Einsendeschluss 07. Juni 2010

Als Bewerbung ist einzureichen: Eine repräsentative Dokumentation der Aktivitäten und Ziele der Initiative. Bewerbungsanschrift: Gesellschaft der Freunde Universität Heidelberg e.V. • Seminarstraße 2 (Raum 289) • 69117 Heidelberg

Mehr Infos unter www.preis-der-freunde.uni-hd.de



Gratwanderung zwischen Kunst und Wissenschaft: Grenzgänger Gunther von Hagens

Die Körperwelten-Ausstellung in Heidelberg war ein großer Erfolg, auch wenn Gunther von Hagens am Anatomischen Institut nicht den besten Ruf genießt. Dort hat er damals die Technik der Plastination entwickelt, heute stellt er den Tod in einer sehr lebendigen Form in seinen Präparaten dar. Im Interview mit Heidoskop berichtet er von seinem wissenschaftlichen Werdegang, der turbulenten Heidelberger Zeit, die auch von Missgeschicken begleitet war, seiner Aufgabe als Erlebnisanatom und er verrät, welche berühmte Persönlichkeit er gerne präparieren würde.

Ihre Ausstellung „Körperwelten“ gastierte letztes Jahr mit großem Erfolg in Heidelberg, dem Ort, an dem Sie die Plastination erfunden haben. – Apropos: Würden Sie selbst Ihren Körper als Exponat zur Verfügung stellen?

Selbstverständlich bin ich selbst auch Körperspender. Da ich aber nicht unter postmortaler Eitelkeit leide, überlasse ich die Entscheidung über meine Pose denen, die mich überleben. Mein Sohn schlägt vor, dass ich in Scheiben geschnitten in der ganzen Welt verteilt werde. Mir gefällt dieser Gedanke, denn dann kann ich postmortal das leisten, was mir zu Lebzeiten immer verwehrt blieb: an mehreren Orten gleichzeitig lehren.

Meine Ehefrau schlägt hingegen vor, dass ich als Plastinat am Eingang der Ausstellung stehe und dort die Besucher in Begrüßungspose empfangen. Sie verspricht sich davon wohl mehr Besucher.

In Ihren Universitätszeugnissen werden Ihnen ein besonderer „Ideenreichtum“ und „teilweise sehr eigenwillige und ungewohnte Arbeitsweisen“ bescheinigt. Wäre da der Schritt in die physiologische oder biochemische For-

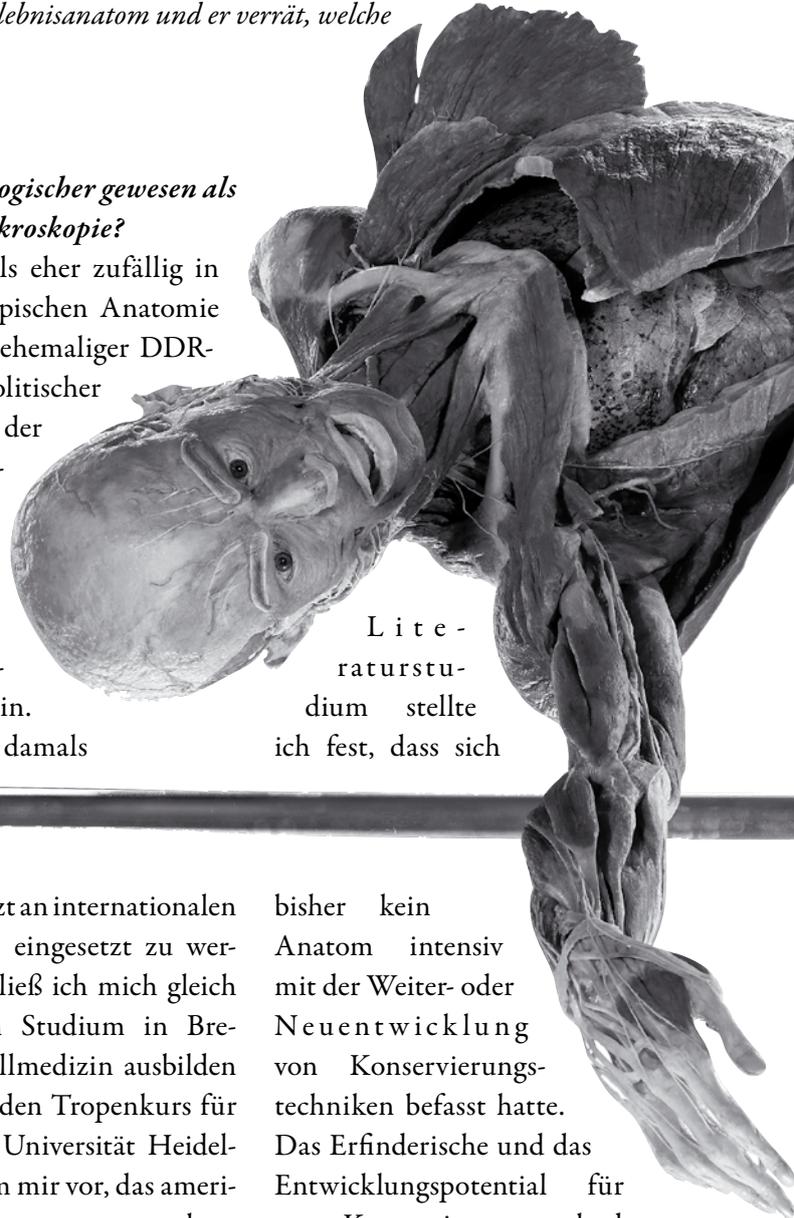
schung nicht logischer gewesen als der in die Makroskopie?

Ich bin damals eher zufällig in der makroskopischen Anatomie gelandet. Als ehemaliger DDR-Bürger und politischer Häftling der DDR der provinziellen Enge entfliehen, hatte ich das Bedürfnis weltweit tätig zu sein.

So hatte ich damals

das Ziel als Arzt an internationalen Krisenzentren eingesetzt zu werden. Deshalb ließ ich mich gleich nach meinem Studium in Bremen in Notfallmedizin ausbilden und besuchte den Tropenkurs für Ärzte an der Universität Heidelberg und nahm mir vor, das amerikanische Staatsexamen zu machen. Die Zeit zur Vorbereitung hatte ich in der Notfallmedizin nicht. Die Anatomie ohne Nachtdienste und Überstunden erleichterte es mir. Die Probleme der Anatomie, wie die der mangelhaften Konservierungsmöglichkeiten, nahm ich so eher spielerisch wahr. Beim

L i t e -
r a t u r s t u -
d i u m s t e l l t e
i c h f e s t , d a s s s i c h



Nach eigenen Worten haben Sie die tägliche Routine der Klinik als ermüdend für Ihr „grüblerisches Gehirn“ empfunden und sich für die Forschung entschieden. Was genau störte Sie an dieser Routine? Anders gefragt: Geht ein sehr nachdenklicher Mensch fast zwangsläufig im Klinikalltag unter?

Ein nachdenklicher Mensch mit „grüblerischem

rischem Gehirn“ geht nicht nur im Klinikalltag unter, wird auch nicht gerechtfertigt. Über ein Jahr war ich in der Anästhesie als Narkosearzt beschäftigt. Mehrfach

am Tag erschrak ich zu Tode, mit Schweißausbruch und Herzklopfen bis zum Hals, weil ich den Puls des mir anvertrauten Patienten nicht mehr fühlte. Doch dabei war nichts weiter passiert, als dass meine Gedanken so weit abwanderten, dass ich den Puls nicht mehr spürte. Das war genau der Punkt in meiner Karriere als ich erkannte: „Mein grüblerisches Gehirn“, die Neigung beständig über Probleme intensiv nachzudenken, ja ohne mein Zutun in einen solchen Nachdenkenstrance zu fallen, ist für meine Patienten lebensgefährlich. Ich sollte in die Forschung gehen, dort wird ja solch ein Geist gebraucht.

Mein weiterer Lebenslauf bewies, wie Recht ich hatte. Bereits ein Jahr später er-

fand ich die Plastination.

Laut Ihrem damaligen Kollegen Dr. Tiedemann waren Ihre Vorlesungen geradezu pompös und gespickt mit szenischen Darstellungen. Was ließ Sie zu diesen doch recht ungewohnten Lehrmethoden greifen?

Ich war schon immer der Auffassung, dass emotional Erlebtes besser in den Köpfen der Betrachter und Zuhörer verharret, als trocken

Vorgetragenes. Ich wollte die Studenten aktiv an den Vorlesungen teilhaben lassen, sie aus der morgendlichen Lethargie herausholen und in die aufregende Welt der Anatomie entführen. Ein guter Anatomielehrer muss auch ein guter Unterhaltungskünstler sein, Anatomie als emotionales Erlebnis vermitteln können.

Aus Ihrer Feder stammt eine Anleitung für die Vorpräparanden. Sie enthält so einzigartige Präparationsanleitungen wie „eine Neckarentenschnabelbreite medial des Funiculus spermaticus“. Was ist eigentlich aus diesem Büchlein geworden?

Ich nutze es noch heute in meinem Unternehmen in Guben, wo wir regelmäßig anatomische Darstellungskurse im Rahmen interner Weiterbildungsmaßnahmen durchführen. Auch dabei sind stets Vorpräparanden an den einzelnen Tischen, die sich mit meinen damals verfassten Präparationsanleitungen auf ihre Aufgabe vorbereiten. Jetzt, wo ich wieder Anatomie lehre, wird dieses Büchlein vollendet und in etwa zwei bis drei Jahren veröffentlicht werden.

Letztendlich haben Sie sich gegen die universitäre Laufbahn und für die Laienbildung entschieden. Warum?

Ich habe mein Herz damals nicht in Heidelberg, sondern in Japan verloren, wo ich während der ersten öffentlichen Ausstellung 1995 erfahren durfte, dass gerade Laien ein besonderes Interesse am menschlichen Körper haben. Vor den KÖRPERWELTEN-Ausstel-



lungen wurden Krankheit und Tod fast ausschließlich in den Krankenhäusern oder anatomischen Instituten unter dem Ausschluss der Öffentlichkeit gehalten. Während der Ausstellung in Japan sprach mich eine junge Japanerin an. Anfangs schluchzte sie nur und brach schließlich unter Tränen zusammen. Nachdem wir die Dame beruhigen konnten, stellte sich mit der Hilfe eines Dolmetschers raus was los war. Die junge Frau hatte mehrfach versucht sich das Leben zu nehmen. Erst durch die Ausstellung sei ihr bewusst geworden, wie einzigartig ihr Körper doch sei und sie versprach, nie wieder Gewalt gegen sich selbst zu richten. Das war der Moment, in dem ich nicht nur mein Herz in Japan verlor, sondern beschloss, meine Ausstellung einem großen Laienpublikum zugänglich zu machen.

Die Vertreter des anatomischen Instituts haben die Teilnahme an einer von Ihnen initiierten Podiumsdiskussion abgelehnt. Außenstehende könnten dahinter ein Zerwürfnis vermuten.

Das ist richtig. Von mehreren etablierten Anatomen werde ich abgelehnt. Führender Ablehner ist beispielsweise Professor Klaus Unsicker, der mir, als ich noch am Anatomischen Institut der Universität Heidelberg beschäftigt war, verbot im Anatomischen Institut Journalisten zu empfangen.

Sie haben sich kürzlich als, ich zitiere, „Erlebnisanatom“ bezeichnet. Das klingt als wollten Sie eine neue Disziplin begründen: die Eventmedizin?



Foto: Gunther von Hagens, Institut für Plastination, Heidelberg, www.koerperwelten.de

Emotionale Erlebnisse gehen mit einer erhöhten Aufmerksamkeitsspanne des Betrachters einher und fördern somit das Lernen, das Begreifen neuer Zusammenhänge. Ich meine nicht, dass ich dabei eine neue Disziplin begründe, denn schon in der Renaissance wurden Sektionen in öffentlichen anatomischen Theatern zelebriert, wurden anatomische Zeichnungen mit emotional besetzten Landschaften als Hintergrund gemalt. Erlebnis und Anatomie gehörten somit bereits in der Renaissance zusammen. Ich habe diese Disziplin nur wiederbelebt und ihr einen neuen Namen gegeben: Emotionale Eventanatomie.

Dank Ihrer Popularität und dem Erfolg der „Körperwelten“ können Sie heute auf ein umfangreiches Körperspende-Programm zurückgreifen. Wie haben Sie dies in der Anfangszeit gelöst? Woher stammten die ersten Körper?

Als wir damals in der Universität mit der Plastination soweit waren, dass ganze Körper plastiniert werden konnten, schrieben wir alle universitären Körperspender an und fragten, ob sie auch mit der Plastination ihres Körpers einverstanden wären. Alle, bis auf einen, stimmten zu und so konnten wir 1989 das erste Ganzkörperplastinat herstellen.

Sie sehen das Ziel der Ausstellung in der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung. Viele Besucher empfinden einige der Posen der Plastinate als zu lasziv. Wie passt das in Ihr Konzept?

Die Posen der Plastinate wählen wir bewusst. Besucher machten uns nach unserer ersten Ausstellung in Japan darauf aufmerksam, dass sie das Gefühl hätten, der Tod starre sie an, wenn sie die damals in anatomischer Nullposition gezeigten ersten Präparate betrachteten. Wir entschieden uns

für lebensrechte Posen, um eine Brücke zwischen Tod und Leben zu schlagen. Vor allem Laien fällt es nun leichter, sich der Thematik des eigenen Körpers zu nähern. Es ist, als würden die Plastinate zu den Besuchern sprechen und sagen: „Ich war, was du bist, lebendig, Du wirst sein, was ich bin, tot. Und Du kannst werden, was ich bin, ein Platinat.“

Dabei ziehe ich eine ganz klare ethische Grenze in dem, was ich zeige. Menschliches wird bei mir stets als menschliches dargestellt. Niemals würde ich beispielsweise aus einer Harnblase eine Vase werden lassen in die ich Gänseblümchen stelle. Einen Oberschenkelknochen würde ich nie in einen Golfschläger transformieren. Menschliches muss menschlich bleiben, denn ich bin Anatom durch und durch.

Stimmt es eigentlich, dass Sie Ihren besten Freund plastiniert haben?

Das ist richtig. Als dieser an einem Nierenzellkarzinom erkrankte und klar war, dass er nur noch wenige Monate zu leben hatte, kam er auf mich mit dem Wunsch zu, von mir plastiniert zu werden. Zwar war er zuvor kein Körperspender gewesen, fühlte sich aber nach eigenen Worten zu jung für den Friedhof.

Es war ein sehr emotionales Erlebnis für mich, aber gleichzeitig auch die Chance, mich auf diese Weise von ihm zu verabschieden. Als ich seine Hand präparierte, da war es so, als würde er sie mir über die Schwelle des Todes hinüber reichen. Ich habe für die Präparation seines Körpers deutlich länger als

üblich gebraucht, aber ich hatte ja auch alle Zeit der Welt, die ein Chirurg nicht hat, wenn er einen Freund operiert.

Welche berühmte Persönlichkeit würden Sie gerne einmal plastinieren?

Die Körperspende zur Plastination ist eine sehr persönliche Entscheidung. Sie ist das ethische Rückrat meiner Arbeit und auch von Anonymität gekennzeichnet. Insofern möchte ich an dieser Stelle nicht

Jeder fängt mal klein an – ein Missgeschick aus Heidelberger Zeiten

Kunststoffsee im Instituts Keller
Üblicherweise machte ich meine Kunststoffversuche in tiefer Nacht, konnte ich doch dann ungestört forschen. Die für die Entwicklung der Scheibenplastination notwendigen Kunststoffe befanden sich in der Kühlkammer im Keller. Das war zwar nicht ganz im Sinne der Sicherheitsvor-



Foto: Gunther von Hagens, Institut für Plastination, Heidelberg, www.koerperwelten.de

spekulieren, welche berühmte Persönlichkeit ich gerne plastinieren würde oder bereits plastiniert habe. Da ich weiß, dass unser Altbundeskanzler Humor hat, kann ich Ihnen verraten, dass ich mir schon vorgestellt habe ihn in horizontalen Scheiben zu plastinieren. Dank seiner Körpergröße und Leibesfülle wären dies wirkliche Hingucker.

schriften, verlängerte aber deren Lagerzeit von wenigen Wochen auf Monate. Nachteilig war, dass der Kunststoff in der Kälte so zähflüssig war, dass ich zum Abfüllen eines 20 Liter Eimers eine halbe Stunde brauchte. So eilte ich in der Zwischenzeit zurück und vergaß eines abends, dass in der Kühltruhe geöffnete Fass. Es war frühmorgens gegen 4:00 Uhr, als



ich wieder daran dachte. Meinen Augen bot sich eine unvorstellbare Szene. Gut 200 Liter Kunststoff waren aus dem Fass und anschließend aus der Kühlkammer ausgetreten und hatten sich im gesamten Keller ausgebreitet. Es stank bestialisch nach Styrol, der sich durch das Treppenhaus im gesamten Gebäude ausbreitete. Ich arbeitete wie ein Wahnsinniger und schaufelte den Kunststoff mit Schaufeln und Kehrblechen in alle Behälter, deren ich hab-

haft werden konnte. Gegen 9:00 Uhr erschien mein Chef Professor Kriz, da man sich den Geruch im gesamten Gebäude nicht erklären konnte. Ich war gerade dabei, die letzten Reste des Kunststoffs mit Leichtentüchern aufzusaugen und begann den Fußboden mit Aceton zu reinigen. Ich muss wohl in meinen völlig verklebten Klamotten, mit Gasmaske im Gesicht so einen erbärmlichen Eindruck gemacht haben, dass Prof. Kriz nur meinte: „Nun lassen Sie sich mal Zeit“.

Das war das letzte Mal, dass ich ein Kunststofffass während des Abfüllvorganges verließ.



Elena Czink

BIOGRAPHISCHE NOTIZ ZU GUNTHER VON HAGENS

- › Gunther von Hagens wurde am 10.01.1945 in Alt-Skalden in der polnischen Provinz Posen geboren, die damals noch zu Deutschland gehörte. Schon als Kind galt er als aufgeweckt und äußerte großes Interesse an der Medizin und den Naturwissenschaften, die Entsendung des Satelliten „Sputnik“ ins All ließ ihn förmlich „ausflippen“. Er begann sein Medizinstudium 1965 an der Friedrich Schiller Universität Jena. Während seiner Universitätszeit begann er an der kommunistischen Führung seines Landes zu zweifeln und beteiligte sich an den Studentenprotesten gegen die Invasion der Tschechoslowakei. Er versuchte über die tschechische Grenze nach Österreich und damit in die Freiheit zu fliehen. Er wurde dabei festgenommen, an die DDR ausgeliefert und für dieses Vergehen zwei Jahre inhaftiert. Nach dem Freikauf durch die Bundesrepublik konnte er 1970 sein Medizinstudium an der Universität Lübeck fortsetzen. Nach Abschluss seiner Medizinalassistentenzeit auf Helgoland, nimmt er eine Assistenzarztstelle in der Abteilung für Notfallmedizin der Universität Heidelberg an. Bald darauf wechselt er an das Anatomische Institut I zur Arbeitsgruppe von Prof. Wilhelm Kriz, der sich mit der funktionellen Struktur der Niere beschäftigte. Im Rahmen dieses Projektes kam ihm die Idee zur Entwicklung der Plastination, da er die gängigen Konservierungstechniken und Schnitte als unzureichend empfand. Die neue Technik meldete er 1977 als „oberflächentreue Kunststoffimprägnierung biologisch verweslicher Objekte“ zum Patent an, der Begriff der Plastination wurde erst später geprägt. Seit 1995 stellt Gunther von Hagens seine Arbeit im Rahmen der KÖRPERWELTEN-Ausstellung auf der ganzen Welt vor.

Finanzielle Rückendeckung für das Studium

Medizin ist ein anspruchsvolles, spannendes und ganz besonders lernintensives Studium. Daneben zählt es zu einem der teuersten Studiengänge. Zum einen fallen durch die Länge hohe Gesamtkosten für Lebenshaltung und Studiengebühren an. Zum anderen benötigen Medizinstudenten viel Fachliteratur und auch eine eigene Instrumentenausstattung.

Daher ist es wichtig, für die Zeit des Studiums finanziell den Rücken frei zu haben. Gerade wenn es auf die Prüfungen zugeht, sollte man sich auf das Wesentliche konzentrieren können.

Studenten der Humanmedizin, die Kunde der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) sind, profitieren bereits seit Jahren vom so genannten apoStudienkredit. Seit Oktober 2009 gibt es diesen nun mit einem noch umfangreicheren Leistungsangebot. So besteht die Möglichkeit, den apoStudienkredit ab dem 1. Semester in Anspruch zu nehmen und monatlich bis zu 500,- € zu erhalten*. Die Laufzeit ist dabei auf das lange Medizinstudium ausgerichtet und beträgt bis zu 87 Monate.

Darüber hinaus können einmalig bis zu 3.000,- €* in Anspruch genommen werden, die auch für maximal zwei Auslandssemester, für das Praktische Jahr oder für medizinisches Instrumentarium einsetzbar sind. Dabei ist der apoStudienkredit in der Auszahlungsphase tilgungsfrei. Die Rückzahlung beginnt erst sechs Monate nach Auszahlung der letzten Rate.

Neben dem apoStudienkredit bieten wir eine verantwortungsvolle Beratung in jeder Studienphase wie auch später im Beruf. Weitere kostenfreie Angebote sind u. a. ein Girokonto mit dem Kreditkartendoppel VISACARD Gold und MasterCard Gold, ein Depot sowie die Bargeldversorgung mit der apoBankCard an rund 19.000 Geldautomaten**.

Zusätzlich erhalten Humanmediziner 10 % Rabatt auf Einkäufe im DocCheck Online-Shop. Neukunden werden zudem mit einem 40,- € Gutschein der Fachbuchhandlung Lehmanns belohnt.

Details zum apoStudienkredit sowie zu unserem weiteren Produkt- und Dienstleistungsangebot finden sich unter www.apobank.de/student oder in einer der mehr als 50 Filialen unseres Instituts.

*in Abhängigkeit vom Studienfortschritt

**der am BankCard ServiceNetz teilnehmenden Volks- und Raiffeisenbanken sowie Sparda Banken

Worauf ist bei der Beantragung eines Kredites zu achten?

- Zinssatz
- Laufzeit
- Rückzahlungsmodalitäten
- Höhes des Auszahlungsbetrages

Ansprechpartner: Eva Stuchly, Tel. 0621- 3306 166 oder per email: eva.stuchly@apobank.de
Jan Beller, Tel. 0621- 3306 230 oder per email: jan.beller@apobank.de



Die schwarze Ambrosia: Überlebenselixier der Nachtschwärmer

Eine Kolumne über Kaffee



Foto: privat

Die Nacht war kurz, es dröhnt in meinem Kopf. Ich sitze an meinem Laptop und versuche einen klaren Gedanken zu fassen. Es fällt mir schwer. Der Geruch heißen Kaffees kommt aus der Küche. Ich unterbreche meine Arbeit, um an eine Tasse des schwarzen Lebenselixiers zu kommen. Wie die griechischen Götter ihren Götternektar Ambrosia zum Überleben brauchten, so brauche ich halt jetzt eine Tasse Kaffee. Ein wenig Milch schüttele ich dazu, die

sich nebelig darin löst. Da kommt mir der Gedanke – warum nicht mal eine Kolumne über Kaffee schreiben? Das Heißgetränk, das nach Studien einiger Forscher – selbst Kaffeejunkies nehme ich an – lebensverlängernd und antidementiv wirken soll. Ich nippe an meinem Milchkaffee. Obwohl das Coffein noch nicht in meinem Gehirn angekommen ist, fühle ich mich schon bedeutend wacher. Kein Wunder, dass Homöopathie und Chiropraxis helfen. Wenn

schon der würzig kräftige Geruch einer frisch aufgebrühten Tasse Kaffee auf mich wie ein Placebo wirkt. Oder vielleicht ist der Kaffee hier eher die Glocke und ich der Pawlowsche Hund? Ich weiß, dass ich davon wach werde und daher reicht schon der bittere Geschmack um wieder vor Energie und Konzentration zu strotzen. Dann wäre das Phänomen allerdings ein anderes. Ich nippe ein weiteres Mal an meiner Tasse und fühle mich bedeutend munterer

als noch vor wenigen Minuten. So geht es nicht nur mir, denn überall in der Republik sitzt man jetzt in Amtsstuben, Redaktionen oder Vorstandsetagen bei einer Tasse Kaffee. Denn was die Deutschen noch mehr konsumieren als Bier ist Kaffee! Aber nicht nur bei uns ist der Kaffeekonsum verbreitet, in der ganzen Welt trinkt man das braune Heißgetränk. So haben die Vereinigten Staaten beispielsweise den höchsten Kaffeekonsum und die Finnen den höchsten Pro-Kopf-Verbrauch von Kaffee – ganze 5 Tassen am Tag!

Doch wird der Milchkaffee nicht überall so zubereitet wie Hierzulande. In Österreich gibt es den „Kleinen und Großen Braunen“, bei dem zu einem einfachen oder doppelten Mokka im Schälchen Schlagobers (Schlagsahne) oder Milch extra serviert wird. Im Henkelglas wird ein großer Mokka mit Schlagobershaube hingegen als „Einspänner“ bezeichnet. Auch beliebt in der Alpenrepublik ist die berühmte „Mélange“ (frz.: Mischung), bei der auf die Hälfte Kaffee eine zweite Hälfte Milch kommt – als „Wiener Mélange“ wird das Ganze mit geschäumter Milch im Glas serviert. Obwohl „Café au lait“ Milchkaffee übersetzt heißt, so ist dieser in Frankreich viel mehr ein stärkerer Cappuccino mit wenig Milchschaum. Ein Café crème ist hingegen ein Hochdruckkaffee mit sogenannter Crema und aufgeschäumter Milch – in Deutschland auch als Schümli-Kaffee bezeichnet. In Italien gibt es ein schier unübersichtliches Kaffeeangebot, aus dem man mittlerweile auch hier

bei jedem Bäcker, der eine Espressomaschine besitzt, auswählen kann. Der berühmte Cappuccino wird aus je einem Drittel Espresso, heißer Milch und Milchschaum kredenzt. Caffèlatte dahingegen besteht aus zur Hälfte Milch und Espresso. Und beim „Latte macchiato“ ist der Name Programm – denn zu einer aufgeschäumten warmen Milch wird ein Espresso gegeben. So entsteht die „Gefleckte Milch“, wie sie übersetzt heißt.

Wie wirkt aber das Coffein, das mich vorhin nur durch seine bloße Präsenz wach gemacht hat, jetzt aber durch die Bluthirnschranke meines Hirnes wabert? 1,3,7-Trimethylxanthin, der wissenschaftliche Name für Coffein, besetzt die Adenosinrezeptoren auf den Nervenbahnen, aktiviert sie aber nicht. Im Normalzustand wird beim Energieverbrauch auch Adenosin freigesetzt, das das Gehirn vor Überanstrengung schützt, indem es über den A2a-Rezeptor die Zellen dazu bringt, weniger zu arbeiten. Durch Coffein werden diese Rezeptoren jetzt blockiert und es kommt zur Anregung des Zentralnervensystems – wir fühlen uns wacher, aufmerksamer, motivierter und können besser lernen. In höheren Konzentrationen hemmt Coffein die Phosphodiesterase, die cAMP abbauen soll. Da cAMP eine Adrenalinausschüttung bewirkt, hält die Wirkung des Adrenalins an – es kommt zur Erhöhung der Herzaktivität, Pulssteigerung, Erhöhung des Blutdrucks, Bronchialerweiterung, Diurese und Verringerung der Blutfließgeschwindigkeit im Gehirn. Der erhöhte Tonus der

Cerebralfäße führt zu verstärkter Konzentration und Aufmerksamkeit.

Wird aber Coffein in großen Mengen konsumiert, wie vor Klausuren und Examina, bilden sich so viele neue Adenosinrezeptoren, dass die Wirkung des Adenosins überwiegt und sich eine Toleranz gegen den Konsum einstellt. Nach 6 bis 15 Tagen kann es bereits zum Stagnieren der gewohnten Wirkung kommen. Dann ist es auch egal, ob man einen Café au lait, eine Wiener Mélange oder einen schnöden Milchkaffee vor sich hat. Bei mir aber wirkt der Kaffee noch, denn im Vergleich zu dem halbtoten Zustand vor noch einer Stunde bin ich jetzt wieder zu etwas zu gebrauchen. Ohne Kaffee wäre diese Kolumne wohl nie entstanden – und das im doppelten Sinne.



Daniel Broschmann



“If you work for the NHS it kills you”, or so they say

A special report on my elective in orthopaedics at Imperial College London, St Mary’s Hospital



What can you possibly look forward to if you want to become an orthopaedic surgeon within the NHS compared to the German system? I took a chance and found out.

Made it! Having battled with loads of annoying paper work and red tape I finally received my confirmation letter. Something that may surprise foreign students is the dress code in British hospitals: all consultants and consultants-to-be wear business suits instead of uniform white coats. However, the teaching coordinators will take care and point out well in advance that you should better dress “clean and smart”!

NB: If anyone considers doing an elective in Germany, bring a white coat and be prepared to put it on! That will do nicely!

Imperial College London, St Mary’s

Finally there, I was warmly received! Everybody in hospital was always incredibly kind and helpful. During the following weeks I was able to get acquainted with a bit of everything - from trauma meetings

to specialist and fracture clinics to operations and ward rounds – thus gaining a broad insight into hospital life. I am deeply grateful for priceless experiences and really do appreciate that the consultants took the time and trouble to explain things to me. Looking back, it wasn’t just about orthopaedics, it was about so much more.

NICE or NASTY (Not Available So Treat Yourself)

What got my attention is that the journeys of patients can be pretty fragmented. The way it works is that patients are referred by a GP to one (or more) specialist consultant(s), then sent for X-ray and/or MRI on different days, then back to the consultant for an assessment. Most strikingly, the patient stays with the specialist – once dispatched for specialist consultations - and is not to be sent back to the GP for follow-up treatment. How about access to competency at the time you need it and standard follow-up treatment by the GP?

Indeed, comparing the performance of health systems is tricky. For one thing, people may attach different values to crucial features such as coverage, choice, equity and the quality of clinical care. And then the question of overall cost is left. Even after a huge expansion of the NHS budget over the past decade, spending on

health care in Britain amounted to 8.4% of GDP in 2007 compared with 15% in Germany and 16% in the USA, according to the OECD. Public spending on health care per person is actually higher in Germany and the USA (through government programmes, Medicare and Medicaid).

All three health systems have their virtues and their faults. The German system offers the best of everything to the privately insured and, therefore, has been demonized as a “two-class system”. America, at its best, offers extraordinarily good clinical care, but too many people lack insurance cover or fret



about losing it. The NHS provides health care to all at a much lower total cost, but patients have less clout. Finally, all three countries are crying out for reforms to bring about better and cheaper care.

The reality is that the NHS costs half as much per person as the American system costs. Yet it delivers results, which are on some plausible measures actually superior, for instance in terms of health in middle-age or life expectancy at birth. And it does this while avo-

iding the disgrace that so shames America, of leaving some 15% of its population, without any form of health insurance and it does this while avoiding the pitfalls of an obvious “two-class system”. Consultants in Britain are moaning just as they do in Germany. And it is warranted. But after all, it is not so bad in Britain.

Unforgettable impressions

Indelibly etched on my memory is the picture of a consultant in the operating theatre holding up some bent surgical instrument and commenting: “You should take that to Heidelberg”. Or another consultant on the verge of cancelling an operation due to the absence of well-trained staff remarked: “We are trying to do the best for this patient with the crap system we have”. Apart from clinical situations, lasting memories include a fun night out to mark the registrars’ farewell. I won’t forget some-

one proclaiming “We have been McKinseyed” like “we have been tortured” as well as talks about doctors and nurses in CT scanners – actually, you may find them in London just as in Heidelberg (and, to be perfectly honest, I’d love to see the scan).

Leaving London

What I miss the most back in provincial Heidelberg? Capital culture, posh shops, elitist nightspots? Well, first and foremost, I miss the very subversive British sense of humour that brightened up work at all times. Britons of all walks of life seem to have a certain robustness of mind and opinion accompanied by this flying wit one is unlikely to encounter elsewhere. Actually, I miss work in Mary’s. I miss the low-key coffee sessions in the morning. Also, I miss some patients - the most entertaining ones being women in their fifties and sixties. I just couldn’t help laughing when

they started asking me questions about their consultants’ private life (which I could not even answer) the second he left the room. And yes, I do miss London. I certainly miss the “London lifestyle”. It is this feeling of possibility the city has. Whatever you want to do, you will be spoilt for choice. And if you want to break the bank, the sky is the limit!

Should I ever have the chance to return to Imperial College London I most definitely would without missing a beat. And that is probably the best you can give to any institution.



Annette Oesterbelt



Mitgefühl statt Mitleid

Über den Sommer hatte ich seit Langem mal wieder Zeit und Muße um zu lesen. Und zwar richtig zu lesen – keine medizinische Zwangsliteratur sondern Bücher, die überschäumen vor menschlicher Leidenschaft und Erfahrung. Wie kein zweites hat mich dabei ein Werk berührt, auf das ich durch Zufall beim Besuch eines Berliner Freundes gestoßen bin: „Die Ungeduld des Herzens“ von dem österreichischen Schriftsteller und Publizisten Stefan Zweig.

Darin geht es um einen Leutnant, der bei Wien in einer Kaserne stationiert ist und aus dem ewigen Trott des täglichen Aufmarschierens und der monotonen Abende im Kaffeehaus sich zur Familie eines ungarischen Magnaten in der Nähe Zugang verschafft. In dessen Schloss lebt auch seine querschnittsgelähmte Tochter, die der Schlossherr mit allen Mitteln versucht aufzuheitern und um ihre unbeweglichen Beine wiederzubeleben, ihr jeden Arzt in der Umgebung kommen lässt. Doch nur einer der Ärzte hat sich nicht abschrecken lassen und versucht an ihr jede Therapie, doch nicht weil er von der Wirksamkeit überzeugt ist sondern um Zeit zu gewinnen und sie zu „behandeln“. Aus Mitleid mit der Kranken und dem Magnaten leistet der Leutnant der Familie täglich Gesellschaft und lässt sich nach einem Gespräch mit dem Arzt zu einer fatalen Lüge hinreißen: Eine Heilung wäre mit einer neuen Therapie innerhalb

kürzester Zeit möglich! Um die Querschnittsgelähmte nicht zu demotivieren und damit einen Selbstmordversuch zu verhindern

spielt der Arzt seiner eigentlichen Philosophie widerstrebend das Spiel mit.

Die Kranke ist euphorisiert und



Stefan Zweig, Januar 1938 in Estoril, Portugal

im Glauben an die baldige Heilung küsst sie den Leutnant und schreibt ihm nach dessen verstörter Flucht vor ihrem Verlangen einen herzzerreißenden Liebesbrief. Aus Mitleid, Zureden des Arztes und aus Verzweiflung alkoholisiert stimmt er einer Verlobung zu – widerruft sie aber noch am selben Abend in Gegenwart seiner Kameraden, die über das „Krüppelg’spiel“ und den reichen Wucherer lästern. Angeekelt über sein unwürdiges Verhalten vertraut er sich dem Oberst an, der ihn daraufhin zwangsversetzen lässt. Er entscheidet sich dazu die Kranke zu heiraten, sobald Gras über die Sache gewachsen ist, schafft es aber nicht rechtzeitig, sie über seine Entscheidung in Kenntnis zu setzen und seine Feigheit zu entschuldigen. Wie ein Donnerschlag trifft ihn die Nachricht ihres Selbstmords, sodass er den Beginn des Ersten Weltkrieges nur wie betäubt wahrnimmt. Aus dem Krieg geht er als Orden behangener Held hervor – kommt sich daher wie der größte Heuchler auf Erden vor. Denn mutig sind seine konsequenzlosen Zugeständnisse aus Mitleid, der „Ungeduld des Herzens“, nicht gewesen, die die Hoffnung der Kranken auf Heilung und Heirat mit ihm unrealistisch hoch werden ließen.

Wie diese Geschichte nahelegt muss es also verschiedenen Arten von Mitleid geben – von Zweig werden sie als sentimentales („Die Ungeduld des Herzens“) und un-sentimentales Mitleid bezeichnet. In „Die unerträgliche Leichtigkeit des Seins“ argumentiert dahingegen der tschechische Autor Milan Kundera, dass es vielmehr einen

Unterschied zwischen Mit-Gefühl und Mit-Leid geben müsse. Dabei würden in den romanischen Ländern vorwiegend Worte gebraucht werden, die dem deutschen Wort „Mitleid“ (Lateinisch: *com-passio* oder *pietas*) gleichkommen. In Italienisch wäre das „*compassione*“ und „*pietà*“, in Französisch „*compassion*“ und „*piété*“ sowie im Englischen „*compassion*“ und „*pitifulness*“.

Sie drücken die Überlegenheit und Nachsicht desjenigen aus, der mitleidet, da er selber dieses Leid nicht durchmachen muss. Der Bemitleidete aber wird vielmehr in die Rolle des Leidenden hineingedrängt und geht in ihr ganz auf. Er ist das ärmer, kränker und hilfloser als er ohne das Mitleid gewesen wäre. Es schwingen kirchliches Dogma und eigener Narzissmus mit, die schon Nietzsche zu seiner Schilderung im „Zarathustra“ brachten: „[...] Denn dass ich den Leidenden leidend sah, dessen schämte ich mich um seiner Scham willen; und als ich ihm half, da verging ich mich hart an seinem Stolz. Große Verbindlichkeiten machen nicht dankbar, sondern rachsüchtig [...].“ Im Falle des Zweigschen Romans stürzt sich die Querschnittsgelähmte sogar von einem Turm, nachdem sie herausfindet, dass der Leutnant sich nur aus Mitleid, nicht aber aus Liebe, mit ihr verloben ließ.

Dahingegen drückt „Mitgefühl“ keine Herablassung aus, sondern ist ein kameradschaftliches Gefühl von gemeinsamer Freude und Angst, gemeinsamen Glück und Schmerz. Bei Sprachen, die statt „Leiden“ „Gefühl“ im Wortstamm

hätten, würde also eine ganz andere Bedeutung zum Ausdruck kommen – Schwedisch „*medkänsla*“, Tschechisch „*soucit*“, Polnisch „*wspol-uczucie*“. Genau dieses Mitgefühl ist es, dass aber auch ein Arzt haben sollte: Helfen wo man kann, aber auf gleichberechtigter anbietender Basis – nie aufdrängend, sentimental oder impulsiv. Wie der Arzt in der Geschichte bis zum Eintreffen des Leutnants. Denn ansonsten verspricht man zuviel, weckt zuviel Hoffnung und enttäuscht dann oder drängt den Patienten in eine devote Krankenrolle und macht ihn am Ende noch kränker als er eigentlich ist. Das gefällt sicher dem Narzissten in uns, dem Arzt als ganze Persönlichkeit sollte das aber dennoch nicht gefallen – denn es schadet dem Patienten mehr als es hilft!



Daniel Broschmann



Horrortrip durchs Niemandsland

Nach dem Selbstmord von Nationaltorwart Robert Enke im November trauerte eine ganze Nation und suchte nach Antworten, über eine Krankheit, die den Betroffenen die Lebenskraft und das Denkvermögen nimmt. Ein Gutes hat die Tragödie um den 32-jährigen Sportler immerhin: Über das Tabuthema Depressionen wird seitdem offener gesprochen. Etwa vier Millionen Deutsche leiden unter der Gemütschwere. Einer von ihnen ist Heidoskop-Mitarbeiter Stefan Mayer. Ein Selbsterfahrungsbericht.*

Eigentlich war es nur eine Bagatelle. Ich schrieb einen Artikel über Korruption. Dabei schlich sich in der Überschrift eine falsche Zahl ein. 147 statt 146. Die Platzierung Russlands. Für die Kollegen war der Fehler zwar ärgerlich und vermeidbar, aber nicht sonderlich schwerwiegend. Für mich war der Fehler nicht nur schlimm. Er war schlichtweg eine Katastrophe.

Kleine Vorkommnisse haben bei depressiven Menschen oft eine große Wirkung. Der Grund ist, die Verzerrung der WahrnehmungsfILTER. Das seelische Abwehrsystem von Krisen, Selbstzweifeln und die Aktivierung der Selbsterhaltungskräfte funktioniert nicht mehr. Kurz: Im Gehirn wird die Fähigkeit zersetzt, sich am eigenen Schopf wieder herauszuziehen, aus der Düsternis. Der Kranke durchlebt einen Horrortrip durch ein Niemandsland aus innerer Leere, Schwermut und Verzweiflung.

Mehr als vier Millionen Deutsche leiden darunter. Weltweit liegt die Zahl nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei etwa 5 Prozent. Die Zahlen sind nur Schätzungen. Depressionen werden vom Hausarzt oft nicht erkannt oder falsch behandelt. Hinzu kommt der soziale Druck: Wer unter Depressionen leidet, gilt als Weichei und als nicht be-

lastbar. Dabei ist eine Depression eine schwerwiegende Krankheit, die verhängnisvolle Folgen haben kann. In etwa 4 Prozent der Fälle endet die Krankheit mit Suizid. Bei Schwerstdepressiven liegt die Zahl sogar bei 15 Prozent. Damit sind Depressionen längst nicht nur eine Volkskrankheit. Sie sind auch die zweithäufigste Todesursache.

Ich hatte viel Stress in meinem Job und kam mir zu Beginn oft überfordert vor. Ungewöhnlich war daran zunächst eigentlich nichts. Ein paar Tage Urlaub in Portugal sollten reichen, um wieder fit zu werden, um mich zu regenerieren. Tagsüber fuhr ich mit den nostalgischen Aufzügen in Lissabon zu wunderschönen Aussichtspunkten in den Stadtteilen Alfama und Baixa – nachts zog es mich in die Abgründe meiner eigenen Seele hinunter. Unbemerkt hatten sich neben Badehose und Sonnenbrille auch meine Selbstzweifel und Ängste ins Gepäck geschmuggelt. Nach dem Urlaub wurde es nicht besser. Der Stress blieb, doch ich konnte immer schlechter damit umgehen, obwohl ich doch erholt war. Einige Tage später folgten auf dem Weg in die Redaktion die ersten Panikattacken. In den Folgewochen aß ich kaum noch, schlief schlecht und konnte mich

immer schwerer konzentrieren. Ein Teufelskreis. Wenig später hörten die Angst- und Panikattacken gar nicht mehr auf. Zu dem Stress kam meine Veranlagung hohe Ansprüche an mich selbst zu stellen und ein erhöhtes Maß an Selbstkritik. Es fiel mir nie besonders leicht zu genießen, auch und gerade Erfolge. Misserfolge haben schon immer die intensiveren Gefühle ausgelöst. Diese Kombination brachte mich an den Rand des Zusammenbruchs. Es fühlt sich an, als tobten ein Krieg, ein Erdbeben und ein Sturm zugleich in mir.

Ich leide unter reaktiven *Depressionen*, der Charakter ist rezidivierend. Lethargie, innere Leere und das Gefühl nichts zu können waren in dieser Zeit meine ständigen Begleiter. Ich fühlte mich kraftlos und selbst bei kleinsten Aufgaben war ich unsicher und überfordert. Der Plausch mit den Kollegen oder die tägliche Redaktionskonferenz strengten mich extrem an. Was mir zuvor leicht von der Hand ging, wurde zum Kampf, den ich scheinbar unmöglich gewinnen konnte. Bevor ich mit einer Aufgabe begann, fielen mir schon hundert Gründe ein, warum ich es nicht konnte. Ich fühlte mich kraftlos, antriebslos – und dumm. Forscher haben mittlerweile herausgefunden, warum das

*Name von der Redaktion geändert



Heidoskop-Mitarbeiter Stefan Mayer leidet unter rezidivierenden Depressionen:
 „Es fühlt sich an, als tobt ein Krieg, ein Erdbeben und ein Sturm zugleich in mir.“

so ist: Während im Gehirn eines Gesunden nach einem anstrengenden Ereignis das Stresshormon Cortisol wieder abebbt, bleibt es beim Depressiven auf einem konstant hohen Level. Die Amygdala, das Zentrum, das für negative Gefühle, Angst und Ekel zuständig ist, sendet Daueralarm. Die Cortisol-Überschwemmung greift den Hippocampus an, der Informationen abspeichert. Ein Dominoeffekt. Diese Denkstörungen sind manchmal so schwer, dass der Arzt Depressive für dement hält. Hinzu kam bei mir ein vollkommen verzerrtes Zeitgefühl: Alles um mich herum läuft dann wie in Zeitlupe ab, als wäre ich in einem Cocon aus schwarzer Watte gefangen. Während den Panikattacken fühlt es sich an, als würde mich ein

wildes Tier anspringen und nicht mehr loslassen. Dann verläuft alles um ein Vielfaches beschleunigt, wie in einem irren Schwindel. Dieser Wechsel aus Trägheit und Beschleunigung verstärkt noch das Gefühl, die Schwelle der Normalität hinter sich gelassen zu haben. Es ist ein Gefühl, dass seelische Verwüstung hinterlässt. Und das mit einer solchen Wucht, die den Kranken an die Wand nagelt.

Einerseits ist die Depression mittlerweile eine Volkskrankheit. Andererseits ist die ärztliche Behandlung in vielen Fällen immer noch unzureichend. Die Signale sind nicht selten schwer zu deuten. Vor allem Männer scheuen davor zurück, sich eine Depression einzugesuchen, weil sie stärker dazu neigen,

keine Schwäche zeigen zu wollen. Beim Arzt beklagen sich viele Patienten stattdessen über Rückenschmerzen und Schlaflosigkeit. Aber auch, wenn die Diagnose am Ende stimmt, kann der Arztbesuch frustrierend sein. Ein Frankfurter Psychiater behandelte mich ganze fünf Minuten. Dazwischen nahm er noch zwei Telefonate an. Kein Wunder, dass nur 30 bis 35 Prozent eine richtige Diagnose bekommen und gerade mal 6 bis 9 Prozent eine angemessene Behandlung. Ein anderer Arzt verschrieb mir ein sedierendes Medikament. Was eigentlich zur Ruhigstellung von Selbstmordgefährdeten Patienten entwickelt wurde, brachte mein Restleben vollends zum Stillstand, bis ich es schließlich absetzte. Obwohl Antidepressiva den Pa-



tienten helfen, tritt die heilende Wirkung erst nach wochenlanger Einnahme ein. Die Nebenwirkungen sind jedoch von Anfang da. Wochenlang ging ich mit Übelkeit, Kopfschmerzen oder Mundtrockenheit in die Redaktion. Und das sind nur die harmlosen Nebenwirkungen.

Viele Depressive verstricken sich in einen Wahn, viele haben Angst davor, dass das Geld ausgeht. Ich verstieg mich immer mehr in die Annahme, dass unsere Abonnenten wegen meinem Fehler reihenweise die Zeitung abbestellen würden. Ich war mir sicher, dass es nur noch

eine Frage der Zeit sein konnte, bis mich mein Chef feuert.

Ich hatte Glück, er tat es nicht.

Am schlimmsten wurde ich vor rund drei Jahren krank. Damals half mir eine Kombination aus Medikamenten und einer Psychotherapie wieder gesund zu werden. Studien habe gezeigt, dass eine Psychotherapie – auch ohne Medikamente – den gestörten Kalziumhaushalt der T-Lymphozyten wieder ins Gleichgewicht bringen kann. Als es mir im letzten Jahr wieder schlecht ging, hatte ich das Glück ein Mädchen kennen zu ler-

nen. Sie verstand intuitiv, dass es für mich wichtig war, dass sie einfach bei mir ist. Sie wurde meine ganz persönliche Wundermedizin, die es auch verstand, langsam wieder meine Lebensgeister zu wecken. Seit Oktober sind wir ein Paar.

Ich habe versucht, mich neu zu erfinden. Ich kann Fehler nun besser hinter mir lassen. Meine Definition von Erfolg und Misserfolg hat sich verändert: Jeder Tag ist eine neue Chance. Jeden Tag, an dem ich mir *das schwarze Hemd* nicht anziehe, ist ein guter Tag.

Also, ein Erfolg.

„Es ist wichtig, den eigenen Horizont zu erweitern.“

Das Heidoskop-Interview mit Herrn Prof. Dr. med. Markus Büchler

PROFESSOR DR. MED. MARKUS BÜCHLER



- › Markus Büchler wurde 1955 in Saarlouis (Saarland) geboren. Nach seinem Medizinstudium in Heidelberg und Berlin begann er seine chirurgische Weiterbildung in Berlin und führte sie am Universitätsklinikum in Ulm fort.
- › 1993 nahm Markus Büchler einen Ruf auf die Professur für Chirurgie an der Universität Bern an. 2001 kehrte er zurück nach Deutschland und wurde Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg. Seit 2006 ist Markus Büchler ebenfalls Chefarzt der Abteilung Chirurgie des Krankenhauses Salem in Heidelberg und zusätzlich seit 2009 Chefarzt der Abteilung Chirurgie des Krankenhauses Sinsheim.
- › Markus Büchler gilt als international renommierter Experte, insbesondere auf dem Gebiet der Pankreas-, Hepatobiliären und Rektumchirurgie und ist Mitglied und Beirat in zahlreichen Medizinischen Fachgesellschaften und „editorial boards“. Markus Büchler fungiert zudem in diesem Jahr als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie und der Mittelrheinischen Chirurgenvereinigung, er ist außerdem gewählter Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (2011/2012). Seit 2009 ist Markus Büchler Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften, Leopoldina.
- › Im Heidoskop-Interview spricht er offen über seinen Werdegang und seine Vision der Chirurgie.

Herr Prof. Büchler, warum haben Sie Medizin studiert? Liebäugelten Sie auch mit anderen Studiengängen?

Für mich war ab meinem fünften Lebensjahr klar, dass ich Medizin studiere, mit anderen Studiengängen habe ich nie geliebäugelt. Mein Vater war auch Arzt und hat mich in dieser Hinsicht geprägt.

Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden? Was ist aus Ihrer Sicht das besondere an diesem Fach?

Das ist in meinem Fall eine persönliche Frage: Mein Vater hat als Internist von Chirurgen nicht viel gehalten, und das hat bei mir während des Studiums umso mehr dazu geführt, mich für die Chirurgie zu interessieren. Es gibt aber

noch viele andere Gründe, warum die Chirurgie in meinen Augen ein faszinierendes Fach ist, vor allem die Verbindung von handwerklicher Tätigkeit mit der ganzen intellektuellen Breite und geistigen Tiefe, die der Arztberuf hat. Wenn man etwas Vernünftiges und Befriedigendes, das den Menschen hilft, mit den Händen vollbringt und das mit all den anderen Tätig-



keiten als Arzt verbinden kann, ist das eine hervorragende Kombination. Ich erlebe jeden Tag, wie zufrieden meine Mitarbeiter sind, wenn sie eine sinnvolle Operation durchgeführt haben. Das befriedigt uns Chirurgen enorm, weil man am Ende des Tagewerkes mit dem Gefühl nach Hause gehen kann, dass man etwas Produktives und Sinnvolles getan hat. Für mich ist neben meiner Familie das Wichtigste, dass ich einer vernünftigen Arbeit nachgehen kann, die mein Leben ausfüllt. Die meisten Menschen arbeiten vierzig Jahre oder sogar noch länger, und dieses positive Gefühl trägt einen durchs Leben.

Können Sie sich noch an Ihre erste selbstständig durchgeführte OP erinnern?

Ja, daran kann ich mich sehr gut erinnern, das war für mich sicher ein Schlüsselerlebnis. Meine erste OP war 1981, seinerzeit war ich Assistenzarzt in Ulm, eine Leistenbruchoperation auf der linken Seite. Natürlich hatte ich während des Studiums - wie jeder Medizinstudent - große Angst und Sorge, ob ich den Herausforderungen

und Aufgaben gewachsen sein könnte. Diese erste Operation ist natürlich unter der Anleitung eines erfahrenen Chirurgen gelaufen, aber hat mir zum ersten Mal das Gefühl gegeben, dass es sinnvoll ist eine Operation vorzunehmen, die notwendig ist, und dass ich den Herausforderungen gewachsen war.

Mittlerweile kommen die Menschen aus der ganzen Welt, um sich bei Ihnen operieren zu lassen. Haben Sie sich ganz bewusst für die Pankreaschirurgie entschieden? Suchten Sie die Herausforderung? Schließlich gelten Operationen in diesem Bereich ja als sehr anspruchsvoll.

Nun, das kann man so nicht planen und das habe ich auch nicht getan. Bei mir war das so, wie es bei den meisten Medizinstudierenden ist. Es gibt immer Schlüsselerlebnisse und Personen, die einen prägen und beeinflussen. Mir haben während meines Studiums die Chirurgie und auch die Exponenten dieses Fachs damals hier in Heidelberg sehr imponiert. Das hat mich angesprochen, und ich dach-

te, das macht dir vielleicht auch mal Spaß. Ich begann dann meine ärztliche Tätigkeit in der Berliner Universitätsklinik für Chirurgie unter der Leitung eines Herzchirurgen. Das habe ich ein Jahr lang gemacht und bekam dann durch glückliche Umstände das Angebot, mit einem Oberarzt nach Ulm zu gehen, der dort den Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie erhalten hatte. Der hat mich angesprochen und gesagt: „Wollen Sie nicht mitgehen? Sie sind ein begabter junger Mann. Ich nehme Sie gerne mit.“ Das war ideal für mich. Damals habe ich keinen Moment gezögert und bin nach Ulm mitgegangen. Dieser damalige Oberarzt und spätere Lehrstuhlinhaber in Ulm war Herr Prof. Beger, eine Koryphäe der Bauchspeicheldrüsenchirurgie. So bin ich in diese Thematik reingewachsen, habe sie zu meinem eigenen großen Interesse gemacht und weiterentwickelt, so dass heute die Leute nach Heidelberg kommen, wenn sie Bauchspeicheldrüsenerkrankungen haben. Das ist unser internationales Logo. Aber Vorsicht, nach außen sieht man natürlich immer nur bestimmte Dinge. Von innen ist die Chirurgie bei weitem breiter und vielschichtiger. Wir machen ja nicht nur Bauchspeicheldrüsenoperationen in Heidelberg, sondern hier in der Chirurgischen Uniklinik führen wir im Jahr etwa 12.000 Operationen durch, davon nur einen Bruchteil an der Bauchspeicheldrüse.

Sie haben auch in Berlin studiert.

Ja, ich wollte mal die Uni wechseln und habe dann die letzten beiden Semester in Berlin studiert. Zudem



Foto: Medienzentrum Universitätsklinikum Heidelberg

gab es damals auch noch die Möglichkeit, nicht zur Bundeswehr zu müssen, wenn man nach West-Berlin ging. Das war für mich ein weiteres Motiv, weil ich ein großes Problem mit dem Militär habe.

Haben Sie ihre Doktorarbeit auch in Berlin gemacht?

Nein, die Doktorarbeit hatte ich schon in Heidelberg gemacht. Und das war auch ganz wichtig, ich empfehle allen Studierenden mit der Doktorarbeit nicht bis zum Schluss zu warten und die Promotion dann schnell noch irgendwie hinkriegen zu wollen. Ich hatte damals im Präparierkurs in der Anatomie in Heidelberg direkt im dritten Semester ein Angebot für eine Doktorarbeit bekommen. Da habe ich zugegriffen und bei dem dortigen Lehrstuhlinhaber Herrn Prof. Forssmann, dem Sohn des Nobelpreisträgers, eine spannende Doktorarbeit durchgeführt, die auch veröffentlicht worden ist. Weil ich sie damals über viele Semester parallel gemacht habe, hat es mich auch nicht so sehr beansprucht.

Was hat Ihnen Ihre Doktorarbeit im Rückblick gebracht?

Sie hat dazu beigetragen die Forschungsmethodik und Forschungswelt kennenzulernen. Als Medizinstudent – und das ging mir damals genauso – hat man ja überhaupt keine Ahnung von dieser Materie. Wenn man einen sehr guten Mentor hat, den ich in Person von Herrn Prof. Forssmann hatte, dann gehen viele Türen auf. Eines der wichtigsten Prinzipien ist, dass man sich als Medizinstudent einen Mentor sucht, der Interesse an jungen Menschen und deren Weiterentwicklung

hat. Von diesen Mentoren gibt es Unzählige, die einen gerne so lange begleiten bis man selbstständig ist. Das gilt auch für die Weiterbildung zum Chirurgen oder in anderen Disziplinen. Man braucht einfach einen Menschen, dem man vertrauen kann oder auch mehrere, die einen leiten und dann entwickeln sich viele Dinge von alleine.

Natürlich hatte ich während des Studiums - wie jeder Medizinstudent - große Angst und Sorge, ob ich den Herausforderungen und Aufgaben gewachsen sein könnte.

Sie waren ja auch viel im Ausland.

Ja, es ist wichtig, dass wir – und das gilt nicht nur für Medizinstudierende – unseren Horizont erweitern. Wenn man an einem Fleck bleibt, bekommt man einen Tunnelblick und denkt alle Menschen, alle Dinge oder alle Umstände seien so, wie man sie bisher kennengelernt hat. Man muss sich in jungen Jahren und auch später verändern. Dann kann man sich als Mensch selbst entwickeln und wird nicht zu kleinkariert. Man muss die Welt sehen. Ich bin immer gerne gegangen und bin auch immer gerne zu Veränderungen bereit gewesen, obwohl Veränderungen schwierig, schmerzlich und mühsam sind. Aber das ist es, was uns Menschen weiterbringt.

Sie sind schon während ihrer Schulzeit weggegangen.

Damals bin ich bin eher weggegangen worden. Man brachte mich

in ein katholisches Internat, weil meine Eltern meinten, dass ich dann ein anständiger Weltenbürger werde. Und deswegen bin ich in einem strengen katholischen Internat großgezogen worden. Übrigens dem gleichen, wo auch Herr Prof. Katus war.

Dann ist die Schule Lender ja eine wahre Talentschmiede?

Ja, das stimmt. Wie wir dort gedrillt worden sind, kann man sich nicht vorstellen, denn eine so strenge Erziehung gibt es heute nicht mehr. Für mich wäre es auch völlig unvorstellbar, dass meine eigenen Kinder so unfrei aufwachsen würden. In vielerlei Hinsicht war diese disziplinierte Lehre auch keine sinnvolle Erziehung, aber sie hat zumindest dazu geführt, dass ich heute konzeptuell arbeiten kann, d.h. meine Pläne umsetzen kann. Man muss im Leben lernen, wie man an die Dinge rangeht.

Würden Sie sich selbst als Leistungsethiker verstehen?

Das bin ich absolut, ich bin, wie man modern sagen würde, ein Workaholic. Die Arbeit macht mir Spaß, auch wenn sie lange dauert und gar nicht mehr aufhört. Dann macht sie mir immer noch Spaß. Heutzutage haben viele Menschen dazu eine andere Einstellung, auch bei meinen Kindern sehe ich, dass es ganz klare Grenzen gibt.

Studieren Ihre Kinder auch Medizin?

Nein, von meinen Kindern studiert niemand Medizin. Das liegt sicher auch daran, dass ich als Vater kein gutes Vorbild für meine



Kinder war. Meine Arbeitszeiten waren so, dass die Kinder im Bett waren, wenn ich nach Hause kam und noch geschlafen haben, wenn ich gegangen bin - und das war über viele Jahre so. Die Kinder haben das heute gut verkraftet, aber den Beruf Arzt zu wählen, war für meine Kinder keine Option. Nochmal zurück zu dem Thema Leistungsethiker: Ich glaube, dass wir Menschen, wenn wir viel arbeiten, auch sehr zufrieden werden können. Dem wohnt eine Dimension inne, die viele Menschen nicht verstehen, weil man in der jüngeren Generation teilweise die Einstellung hat, dass, wenn man nicht viel arbeiten muss, man langfristig zufriedener wird, als wenn man viel arbeitet. Oder anders gesagt, es sei erstrebenswert einen Beruf zu ergreifen, bei dem man nicht viel arbeiten muss. Ich bin ganz anderer Meinung: Meine Lebenserfahrung ist, dass man sehr zufrieden wird, wenn man viel arbeiten darf und kann. Aber natürlich muss die Arbeit sinnvoll sein. Und der Chirurgenberuf erlaubt mir eben genau diese Art der Arbeit.

Wie schätzen Sie die Zukunft der Viszeralchirurgie ein?

Ich schätze die Zukunft der Chirurgie so ein wie ihre Vergangenheit. Nämlich, dass es eine wunderbare Disziplin ist, die man jeden Tag erbringen kann. Und lernen kann die Chirurgie im Prinzip jeder. Dennoch haben wir zunehmend ein Nachwuchsproblem. Aber ich denke die ganze deutsche Medizin hat ein Nachwuchsproblem, nicht nur die Chirurgie.

Deswegen ist eines meiner Ziele, junge Menschen für die Chirurgie zu begeistern. Daher organisieren wir auch die große Jahrestagung „Chirurgie: DIE PERSPEKTIVE für den Nachwuchs“ in Heidelberg, sodass die Medizinstudierenden die Chirurgie überhaupt mal kennenlernen. (s. nebenstehende Information)

Wenn wir jetzt schon von dem Nachwuchs sprechen. Was wünschen Sie sich von den Studierenden?

Die Medizin in Deutschland ist enorm vielschichtig. Wir arbeiten hier an der Universität, an der jeder die Kombination von Forschung, Lehre und Klinik leisten sollte. Forschung ist etwas enorm Kreatives. Lehre heißt ändern Menschen etwas beizubringen. Das ist etwas Wunderschönes. Was gibt es denn schöneres als andere Menschen zu begeistern und etwas beizubringen, das sie dann mitnehmen. Wenn ich dazu noch jeden Tag Patienten behandeln und mit ihnen sprechen darf, dann bringt mir das eine einmalige Dimension. Diese drei Säulen machen auch heute noch große Freude. Natürlich ist diese Art zu Arbeiten nichts für alle und es gibt ja auch noch andere Dimensionen der Medizin, die lebensfüllend sein können. Man kann wunderbar eine Praxis aufmachen und jeden Tag Menschen betreuen und man kann auch als Chirurgen oder als Chirurg in einem städtischen Krankenhaus arbeiten und jeden Tag operieren und Patienten betreuen ohne gleichzeitig Lehre und Forschung zu betreiben. Es gibt die unterschiedlichsten Entwick-

Heidelberg,
Chirurgische Universitätsklinik
7. - 8. Oktober 2010

98. Jahrestagung
Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Chirurgie:
DIE PERSPEKTIVE für den Nachwuchs

Organisation
M. W. Büchler, J. Werner, J. Schmidt,
J. Weitz, D. Böckler

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Weitere Informationen und Anmeldung unter
www.chirurgie-2010.de

lungslinien, die jeder für sich selbst finden muss. Aber ich kann für uns sprechen: An der Uniklinik arbeiten junge Leute, denen die Begeisterung aus den Augen schaut. Das kann ich jeden Tag sehen. Der großen Mehrzahl meiner Mitarbeiter geht es aus meiner Perspektive gut. Sie sind zufrieden mit der Dreierbelastung und entwickeln sich mit viel positiver Emotion.

Also suchen Sie engagierte junge Menschen, die Lust auf die Trias aus Forschung, Lehre und Klinik haben?

Ja, das sind die, die wir gerne ansprechen. Aber es muss eben nicht Forschung und Lehre sein. Es gibt auch Menschen die sind nicht so kommunikationsbegabt und müssen sich dann nicht um eine gute

Lehre bemühen. Das können andere machen, die diese Begabung oder dieses Talent haben. Deswegen glaube ich kann man ein Toparzt sein, ohne dass man ein Toplehrer ist. Man kann ein Topwissenschaftler sein, ohne dass man ein Toparzt oder ein Toplehrer ist. Also es geht einzeln aber auch zusammen. Da muss man in sich hineinhören oder hineinfühlen und dann wird man es rausfinden. Die Erfahrung, die ich gemacht habe ist, dass man als Medizinstudentin oder als Medizinstudent eigentlich gar nicht weiß, was in einem selbst drinsteckt. Man muss es einfach ausprobieren. Also bloß nicht denken, ich bin handwerklich unbegabt oder ich bin kommunikativ unbegabt. Viele Medizinstudierende stellen erst wenn sie später irgendwo arbeiten fest, was sie für ausgeprägte Talente in Sachen Kommunikation oder Handwerklichkeit oder vielem anderen haben. Auch Leute die noch nie in ihrem Leben mit den Händen gearbeitet haben. Es gibt ja sehr handwerkliche Menschen, die haben schon daheim an der Eisenbahn rumgebastelt. Die denken dann, sie seien die geborenen Chirurgen. Und dann gibt es die anderen jungen Menschen, die noch nie in ihrem Leben mit den Händen etwas Kreatives gemacht haben und die denken sie seien nicht geeignet. Das ist falsch, sehr viele Menschen haben eine handwerkliche Begabung, haben sie aber noch nie wahrgenommen.

Sie rufen die Leute auf auszuprobieren, was in ihnen steckt.

Absolut, so ist es. Ausprobieren, in eine Klinik gehen, mitmachen

und rausfinden, wozu man neigt, was einem Freude macht, wozu man auch das Talent hat und dann läuft der Rest von ganz allein. Es gibt nur ganz wenige Menschen, die bei uns anfangen und nach ein oder zwei Jahren feststellen, dass es das nicht war. Das ist die absolute Ausnahme. Und die meisten, die bei uns anfangen, die ziehen das durch, gewinnen Freude daran und werden zufrieden.

Ich bin, wie man modern sagen würde, ein Workaholic.

Haben Sie Ihr Studium mit dem Ziel begonnen Chefarzt zu werden?

Also, da muss ich ernsthaft zurücküberlegen, ob ich Chefarzt werden wollte. Ich hatte hier in Heidelberg ein Schlüsselerlebnis als ich den damaligen Chef der Chirurgie in einer Vorlesung erlebt habe und dieser einen sehr souveränen Eindruck auf mich gemacht hat. Er war außerdem ein sehr guter Lehrer, der eine so genannte Hauptvorlesung gehalten hatte. Rückblickend hat dieser Chirurg mich sicher inspiriert auch Chef werden zu wollen.

Ist das mit unserer Leitsymptomvorlesung vergleichbar?

Genau, aber man müsste sich einmal grundsätzlich überlegen, wie man die Lehre in Zukunft gestalten möchte: Die Ordinarien sind heutzutage viel zu wenig eingebunden. Auf jeden Fall dachte ich damals bei mir: "Mensch, das, was der da unten macht, würde dir vielleicht auch gefallen." Es kann gut sein, dass die Saat Chefarzt werden

zu wollen damals gesät wurde. Und auch als Gymnasiast war ich schon jemand der gerne Verantwortung übernommen hat. D.h. es waren wohl von vornherein irgendwelche Gene vorhanden, da es mir immer viel Spaß gemacht hat, Verantwortung zu übernehmen, zu führen und anzuleiten. Es war nicht unbedingt immer der Wunsch, Chefarzt oder Ordinarius zu werden. Aber es war immer der Wunsch dagewesen, eine Leitungsfunktion zu übernehmen.

Es hat ihnen also Spaß gemacht gemeinsam mit der Gruppe etwas auf die Beine zu stellen und ein Projekt zu beenden.

So ist es. Und dort dann auch immer zu versuchen, mit in der Organisation und in der Führung zu sein, weil ich für mich rausgefunden habe, dass das ja auch eine Begabung ist, andere Menschen anzuleiten oder auch zu führen. Natürlich im positiven Sinn, so dass man sie mitnimmt und motiviert. Und diese wiederum werden verantwortungsvolle Menschen mit Leitungsfunktion. Das macht

Ich bin immer gerne gegangen und bin auch immer gerne zu Veränderungen bereit gewesen, obwohl Veränderungen schwierig, schmerzlich und mühsam sind.

mir auch heute noch Freude. Es gibt nichts Schöneres als aus jungen Menschen Chirurgen und Ärzte zu machen. Wenn man die Entwicklung beobachtet, wie sich Menschen über zehn, fünfzehn Jahre entwickeln und sieht was



aus ihnen wird, das ist enorm befriedigend.

Was ist Ihrer Meinung nach das Wichtigste wenn man eine solche große Abteilung leitet?

Nun, das Wichtigste sind in unserem Beruf die Patienten. Wir haben die Verantwortung für eine qualifizierte Chirurgie bei den Patienten. Direkt darunter folgt die Verantwortung für die Mitarbeiter, weil die sich ja - wenn man so sagen will - einem anvertrauen. Es ist eine enorme Verantwortung, dass man sie nicht hängen lässt, dass man nicht vergisst, sie weiter zu entwickeln. Das ist in der Prioritätenliste ganz weit oben, danach kommen viele andere Dinge: Die Chirurgie weiterentwickeln, neue Methoden, neue Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Aber die beiden anderen Dinge: Qualifizierte Chirurgie und Verantwortung für die Mitarbeiter richtig tragen, das ist das Wichtigste.

Sie sind Chefarzt und ärztlicher Direktor der chirurgischen Uniklinik, führend auf dem Gebiet der Leber- und Pankreas-Transplantationen. Zudem sind Sie Chefarzt der Krankenhäuser Salem und Sinsheim, Mitglied in 38 Medizinischen Fachgesellschaften und „editorial boards“ der Fachzeitschriften. Haben Sie, da sie nun schon so viel erreicht haben, noch Ziele?

Oh, ja. Es gibt noch viele Probleme die wir in der chirurgischen Medizin noch überhaupt nicht gelöst haben. Es gibt immer noch Komplikationen nach Operationen und es gibt immer noch Komplikationen, an denen Patienten auch verster-

ben. Es gibt sehr viele ungelöste Krankheiten. Denken Sie mal an den Bauchspeicheldrüsenkrebs, an dem immer noch die meisten Menschen leider sterben. Ich habe noch sehr viel Lust und Zielbereitschaft weiterzuarbeiten und zu forschen. Und dann gibt es noch eine Menge in meinem Leben zu tun in Sachen Mitarbeiter. Ich habe zurzeit eine Situation, in der ich sehr viele, sehr begabte Mitarbeiter habe, die alle auf einen entsprechenden Job gebracht werden müssen.

Es gibt nur ganz wenige Menschen, die bei uns anfangen und nach ein oder zwei Jahren feststellen, dass es das nicht war.

Die auf einen Ruf warten?

So ist es. Hier muss ich mich engagieren und das macht mir viel Spaß. Und dann gibt es noch viele persönliche Dinge in meinem Leben. Die Liste der Ziele ist größer denn je und ich bin bei weitem noch nicht - wenn man so will - am Ziel meines beruflichen oder persönlichen Lebens. Aber sie haben schon recht. Man wird auch älter und man reflektiert häufiger die Situationen nach dem, was eigentlich wichtig ist. Dass man nicht zu viele Dinge tut, die eigentlich gar nicht wichtig sind. Aber da habe ich in den vergangenen Jahren auch gelernt, Dinge einfach nicht zu tun. Man kann auch sehr viele Dinge im Team erledigen und die Verantwortung übernehmen aber andere Menschen machen lassen. Das geht wunderbar und entlastet einen selbst.

Man kann also sagen, dass Sie noch lange nicht müde sind?

Nein. (lacht). Müde bin ich gar nicht. Im Gegenteil. Aber ich bin sicher etwas reflektierter als früher. Ich renne nicht mehr in jede Gasse, sondern ich überlege mir besser, wo ich hinein gehe und meine Energie hingebe.

Also würden Sie sagen, dass es für die Studierenden zunächst sinnvoll ist, sich vielseitig zu interessieren, dann aber auch fokussiert an einer Sache zu arbeiten?

Absolut, im Studium muss man neugierig sein und möglichst viel machen. Da muss man so offen wie möglich sein und bloß nicht die Türen für bestimmte Wege, die einem dann sehr wohl Freude hätte machen können, zu früh zuzumachen. Die Richtung, die Fokussierung oder die Konzentrierung kommt ganz von alleine. Die Angst davor, eine falsche Entscheidung zu treffen, ist vollkommen unbegründet. Die Medizinstudierenden sind zwischen 19 bis 27 Jahre alt. Da ist man so wunderbar jung und es spielt überhaupt keine Rolle, ob man Facharzt mit 30, 33 oder mit 35 Jahren ist. Man kann sich in Ruhe seinen Weg suchen und der darf auch ruhig etwas länger dauern. Entscheidend ist, dass man am Ende das macht, was sinnvoll ist und einen zufrieden macht.

Sie sind eine hart arbeitende Koryphäe mit einem langen Arbeitstag. Wie finden Sie Ausgleich von Ihrer Arbeit? Ich habe gelesen, dass Sie trotz mehrfachen Angebots Ihrer Kollegen bisher nicht golfen?

Also golfen tue ich nicht. (lacht).



Foto: Medienzentrum Universitätsklinikum Heidelberg

Dafür braucht man einfach zu viel Zeit. Ich habe schon zweimal in meinem Leben Golf gespielt und das hat mir großen Spaß gemacht. Aber man braucht ja für eine Golfrunde extrem viel Zeit und das ist völlig ausgeschlossen für mich. Es kann ja sein, dass ich wenn ich in Pension bin, mal wieder Golf spiele. Aber mein Ausgleich momentan ist meine Familie. Ich mache in letzter Zeit leider weniger Sport als früher.

Was haben Sie früher für Sport gemacht?

Oh,... da habe ich sehr viel Fußball gespielt, bin sehr viel Rad gefahren und sehr viel joggen gegangen. Heute mache ich das immer noch. Aber wesentlich weniger, weil die Zeit nicht reicht. Und die wenige Zeit, die ich habe, verbringe ich eigentlich mit meiner Familie und ein paar Freunden, die mir sehr wichtig sind - und wo immer Raum ist, treffe ich sie. Ich spiele beispielsweise einmal im Monat Skat mit

ein paar Freunden.

Wenn ich das richtig rausgehört habe, hatten Sie auch wirklich eine sehr verständnisvolle Familie, die Ihnen einen großen Rückhalt gegeben hat.

Meine Familie war immer tolerant zu mir, wenngleich nicht unkritisch, aber das hat nie das Ganze in Frage gestellt. Und heute sind meine Kinder erwachsen und es ist ein großes Vergnügen für mich, mit ihnen meine Zeit zu verbringen und zu sehen, wie sie ihre Lebensplanung und ihre Familienplanung machen.

Wie haben Ihre Frau und Sie das damals hinbekommen?

Wir hatten das gute alte Modell, das heute nicht mehr zeitgemäß ist. Meine Frau hat ihren Beruf zu dem Zeitpunkt aufgegeben, als wir unser erstes Kind bekamen. Wir haben vier Kinder, von dem Moment an hat sich meine Frau primär um die Kinder und unsere Familie gekümmert. Mir hat das

die beruflichen Freiräume gegeben, die ich geglaubt habe, zu brauchen. Das war entbehrungsreich in jeder Hinsicht. Heute sind wir viel enger zusammen als damals. Das ganze Familienleben ist heute viel intensiver geworden als früher. Und die Kinder kommen am Wochenende oder wann auch immer und es ist richtig gut. Dieses alte Modell hat in meiner Situation funktioniert und ich könnte mir vorstellen, dass es bei bestimmten Menschen auch heute noch funktioniert. Man sollte es nicht verpönen, aber heute sucht man natürlich andere Lebensmodelle. Es gibt sicherlich viele andere. Aber für uns hat es funktioniert.



Christoph Jaschinski



Ohne Freiheit keine Verantwortung

Anwesenheitspflicht ist der neueste Trend im Heidelberger Medizinstudium. Unter der Prämisse „Wer traut schon einem Studenten?“ ist es mittlerweile Gang und Gäbe geworden durch Testatkarten die Freiheit der Medizinstudenten einzuschränken und die Geduld vieler Dozenten auf die Probe zu stellen. Dabei müssen auf den zu Semesterbeginn ausgeteilten Zetteln 85% der Lehrveranstaltungen von den jeweiligen Dozenten abgestempelt oder unterschrieben werden - als Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an den Lehrveranstaltungen. Dieser fast neurotische Kontrollzwang fördert aber nicht die Eigenverantwortlichkeit der zukünftigen Ärzte, sondern bestenfalls das künstlerische Talent der Seminarteilnehmer - denn wie in China zuhauf Repliken der Mona Lisa hergestellt werden, so wird bestimmt auch hier an der perfekten Kopie gearbeitet. Und in den Studentensekretariaten ist man von früh bis abends damit beschäftigt, Testatkarten auszudrucken, zu verteilen, einzusammeln und zu kontrollieren.

Warum überhaupt so etwas wie Anwesenheitspflicht in Vorlesungen und Seminaren? Die Idee vorzuschreiben, wie man sich am besten Wissen aneignet, ist so plump wie absurd. Jeder Student lernt anders. Manch einer liest lieber Bücher, ein anderer Skripte. Manch einer lernt durch Zuhören, ein anderer durch Schreiben oder

Lesen. Hier Testate zu fordern, schränkt diejenigen im Studium ein, die z.B. anstelle der Berieselung durch Powerpoint-Folien in Endlosschleifen eher vom „aktiven“ oder interaktiven Lernen profitieren. So wird a priori eine Ungleichheit beim Lernen geschaffen - denn nicht jedes Gehirn ist gleich geschaltet! Übrigens würden diejenigen, die so gut wie alle Veranstaltungen besuchen, dies auch ohne Testatkarten tun. Und diejenigen, die zu den seltener gesehenen Gästen zählen, würden auch anders an die nötigen Anwesenheitsnachweise kommen. Und auf die Art und Weise des Lernens und Nutzens des Lehrangebots kommt es doch eigentlich nicht an, solange man bei Prüfungen das relevante Wissen und die geforderten Fertigkeiten beherrscht.

Wer später Patienten behandeln möchte, muss in der Lage sein, selbstständig Entscheidungen zu treffen. Muss in der Lage sein für seine Entscheidungen Verantwortung zu übernehmen. Die Anwesenheitspflicht ist ein Konzept, das einen Menschen reguliert, der weder frei denken, handeln, noch für seine Entscheidungen Verantwortung tragen kann: ein Student, der unmündig ist und in jeder Phase des Studiums an die Hand genommen werden muss. Wer auf Schritt und Tritt kontrolliert wird, kann sich nicht frei entfalten und zu einem reifen und verantwortungsbewussten Menschen entwickeln. Nur so aber wird man ein guter

Arzt - nicht indem man sich im Studium an ein System anbiedert. Wir würden uns wünschen, dass diese Erkenntnis auch bei den Organisatoren des HeiCuMed ankäme und man statt auf übertriebene Reglements auf mehr Selbstverantwortung der Studenten setzte.



Annette Oesterbelt



Daniel Broschmann



Von kontaminierten Ikonen

Angesichts immer stärkerer Hygienemaßnahmen in Krankenhäusern und der fast hysterischen Darstellung von Menschen mit Mundschutz in den Massenmedien, fiel mir kürzlich bei einem Aufenthalt auf Zypern folgende Geste besonders auf: Das archaische Ritual der Ikonenanbetung in der Griechisch-orthodoxen Kirche. Dabei bekreuzigt man sich vor den in byzantinischer Weise auf der sogenannten Ikonostase dargestellten Heiligen und küsst, von rechts nach links gehend, jeden einzelnen als Zeichen der Verehrung.

Da jeder griechisch-orthodoxe Christ, der die Kirche betritt, dasselbe tut, müssen die Keime jedes einzelnen Vorküssers zwangsläufig an den eigenen Mund kommen. Doch in der „christlich-orthodoxen Welt“ lässt man sich von medial aufgebauchten Warnungen vor einer Schweinegrippepandemie nicht beeindrucken und so wirkt das Jahrtausende alte Ritual inmitten der allgemeinen Hysterie beinahe wie ein Fels in der Brandung.

Espressivo! –

Gedanken zum Schluss

Also sind entweder die Zyprioten, Griechen und Russen und alle anderen Christlich-Orthodoxen dieser Welt verrückt oder wir sind es, die uns verrückt machen. Denn eins ist auch bekannt: Kinder die beim Spielen mehr mit Dreck in Kontakt kommen und weniger vorsichtig von ihren Eltern behütet werden, sind meist auch weniger krankheitsanfällig. Durch die fortwährende Keimexposition kann sich - wie beim Impfen - das Immunsystem besser ausbilden. Ob das auch für das Küssen von Ikonen gilt, sei dahingestellt. Nach längerem Nachdenken mag man allerdings zu der Erkenntnis gelangen, dass in anderen Ländern andere Sitten herrschen und diese auch toleriert werden sollten. Vermutlich werden die Christlich-Orthodoxen auch ohne Hygienebeauftragten und Desinfektionsspray in der Kirche zurechtkommen und ihre Heiligen weitere 2000 Jahre verehren. Hoffen wir bloß, dass die so Verehrten ihnen das nicht mit einer Pandemiewelle danken.



Daniel Broschmann

Fit für Physikum und Hammerexamen!

Die perfekte Prüfungsvorbereitung
mit der Schwarzen Reihe

- Original-IMPP-Prüfungsfragen
- Kostenlose Updates der Fragen
- Ausführliche Kommentare
- Persönliche Ergebnisstatistiken

vorklinik ab 19,95 € für 3 Monate
klinik ab 39,95 € für 6 Monate