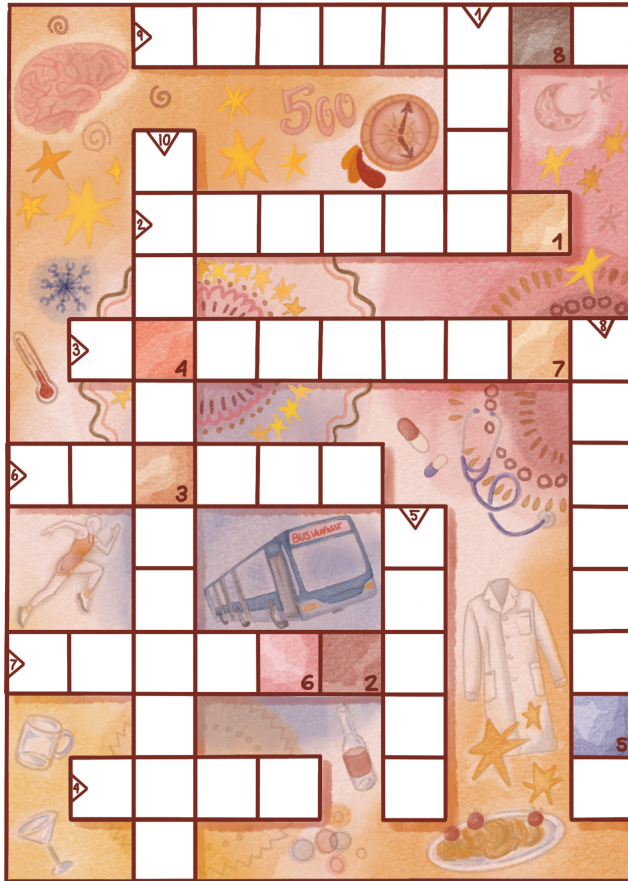

DER ZINER

Preis: 0.00 CHF



PEOPLE MEDICINE

KREUZWORTTRÄTSEL



1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

1. Hier findest du 500 neue Repis, wenn du dir gestern einen freien Tag genommen hast
2. Der GLP-1-Agonist der Stars und Sternchen
3. In welcher Bibliothek können die Temperaturen im Winter unter zehn Grad Celsius wandern?
4. Welches Getränk kann man in der Mensa für mehr als das Doppelte des Preises im Supermarkt kaufen?
5. Das steht hinter Medi?
6. Hätte man den einzigen Bus verpasst und müsste bis zum Irchel joggen, um rechtzeitig in die Stoffwechsellvorlesung bei Prof. Emmert zu kommen, so betriebe man ... Glykolyse und B-Oxidation zur Energiegewinnung
7. Welche Krankheit hatte JFK? (Morbus...)
8. Eine Lösung mit intensivem Geruch, auf welchen Zweitis stark aversiv reagieren
9. Welcher Teil des Gehirns wird aktiviert, wenn man im Hörsaal unerwartet von einem Professor angesprochen wird? (Stresswort, fight-or-flight Reaktion)
10. Stoffwechsellage, nachdem man sich Mensa gegönnt hat

EDITORIAL



Medizin ist nicht allein das Ergebnis naturwissenschaftlicher Erkenntnis, sondern das Produkt eines langen historischen Entwicklungsprozesses. Seit ihren frühen Anfängen ist sie geprägt von den Menschen, die versucht haben, Krankheit zu verstehen, zu ordnen und zu behandeln. Medizinisches Wissen entstand aus Beobachtung, Erfahrung und Deutung, eingebettet in die jeweiligen gesellschaftlichen, kulturellen und ethischen Vorstellungen.

Bereits in der Antike wurde Medizin nicht ausschließlich als technische Fertigkeit verstanden, sondern als verantwortungsvolles Handeln am Menschen. Krankheit und Heilung wurden zunächst den Göttern zugeschrieben; insbesondere Asklepios, der griechische Gott der Heilkunst, stand sinnbildlich für diese Verbindung von Medizin und moralischer Verpflichtung. Im Laufe der Zeit wurde dieses Verständnis zunehmend von Menschen getragen, die teils entgegen gesellschaftlicher Vorstellungen ihrem Wissensdrang folgten und medizinisches Handeln als Aufgabe zum Schutz des Lebens verstanden.

Über Jahrhunderte hinweg formten individuelle Beiträge, institutionelle Entwicklungen und soziale Rahmenbedingungen das, was heute als Medizin bekannt ist. Der Zugang zu medizinischem Wissen und dessen Anwendung war dabei stets ungleich verteilt und keineswegs selbstverständlich. Historische Zäsuren, wie die Öffnung der Medizin für Frauen im 19. Jahrhundert, verdeutlichen, dass medizinischer Fortschritt nicht allein fachlich, sondern immer auch gesellschaftlich bedingt ist.

Diese Perspektive bildet den Ausgangspunkt der vorliegenden Ausgabe. Sie versteht Medizin nicht als rein naturwissenschaftliche Disziplin, sondern als menschliche Praxis, die sich im Spannungsfeld von Wissen, Verantwortung und gesellschaftlichem Wandel entwickelt hat. Die folgenden Beiträge greifen diese Dimension auf und laden dazu ein, Medizin auch jenseits von Fakten und Methoden zu betrachten.

Ich wünsche eine angenehme Lektüre.

Aniya Raja
Redaktionsleitung

- 2 KREUZWORTRÄTSEL
- 5 LAYOUTÜBERLEGUNGEN
- 6 EPONYM, DAS
- 8 JEMANDEM WIE AUS DEM GESICHT GESCHNITTEN SEIN
- 10 LEBEN ÜBER DEN TOD HINAUS
- 13 THE FIRST BUT NOT THE LAST
- 16 REZEPTE AUS EINEM ANDEREN JAHRHUNDERT
- 18 WIMMELBILD
- 20 FLIP PAGE: WUT
- 22 WEISSE KITTTEL, HOHE HÜRDEN
- 25 WAS FÜR EIN*E ÄRZT*IN BIN IGH?
- 28 VOM HÖRSAAL INS LEBEN
- 34 IGH BESTEHE DIE PRÜFUNGEN (OPTIONAL)
- 36 BÜGHER CLUB
- 38 UNNÜTZES WISSEN IV

IN GUTER

GESELLSCHAFT...



...in unserer Vorsorge- und Versicherungsberatung

- 🕒 **Wer?** Für alle während des Studiums bis zur Pensionierung
- 🕒 **Wieso?** Neutrale und kostenlose Beratung und Betreuung
- 🕒 **Was?** Attraktive Prämien dank Kollektivverträgen

Wann lernen
wir uns
kennen?

Interessenverband für Ärzte und
andere akademische Berufe
Löwenstrasse 25
8001 Zürich

T +41 44 213 20 60
F +41 44 213 20 70
www.interessenverband.ch
info@interessenverband.ch

Gerne beraten wir
Sie persönlich.



LAYOUT ÜBERLEGUNGEN

LIm Zentrum der diessemestri-gen Ausgabe stehen Menschen in der Medizin und ihre Geschichten. Entsprechend sollte sich das Layout bewusst vom rein Funktionalen und Klinischen lösen und den Menschen als vielschichtiges, erzählendes Wesen in den Fokus rücken. Statt einer kühlen und sterilen Gestaltung entschieden wir uns für eine warme, weiche Bildsprache, die Nähe, Zeitlichkeit und Tiefe vermittelt.

Die Farbpalette orientiert sich demnach an verwaschenen Erd- und Naturtönen, wie beispielsweise Orange, Beige, Rot, Terrakotta und Grün, die an alte Bücher, vergilbtes Papier und historische Illustrationen erinnern. Durch den Einsatz von Wasserfarben, analogen Farbstiftlinien und bewusst unperfekten Texturen entsteht ein leicht „veralteter“, fast nostalgischer Eindruck, der im Kontrast zur hochtechnisierten Gegenwart steht.

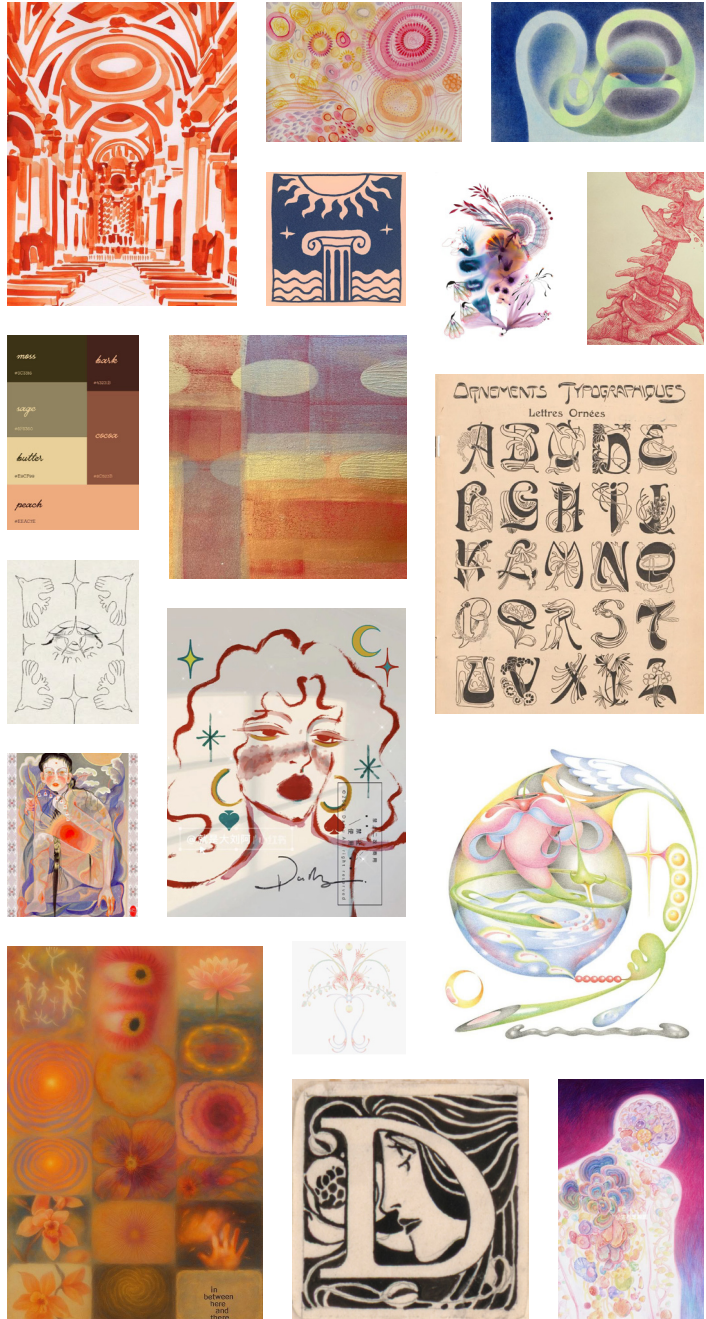
Ein zentrales Gestaltungselement ist die Mehrschichtigkeit. Überlagerte Flächen, Collagen, transparente Farbschichten und sich kreuzende Linien erzeugen Tiefe und stehen sinnbildlich für die verschiedenen Ebenen des Menschen. Anatomische, skizzenartige Illustrationen werden dabei mit freien, collageartigen Motiven kombiniert und durch Wasserfarben ergänzt.

Organische Ranken und Pflanzenformen ziehen sich auch wiederholt durch das Layout. Sie verweisen auf Wachstum und Verletzlichkeit und schaffen eine Verbindung zwischen Natur, Körper und Zeit.

Auch die Typografie greift den historischen Charakter auf. Inspiriert vom alten Buchdruck und der handwerklichen Buchherstellung, setzten wir mit vergrößerten Initialen am Textanfang bewusste Akzente. Mit seinen Verschnörkelungen und dekorativen Elementen erinnert das Layout ebenfalls an den Jugendstil und Art déco, allerdings wollten wir uns von den klaren geometrischen Formen und scharfen Linien abwenden und gestalteten daher eine dynamischere und organischere Version davon.

Insgesamt versteht sich das Layout als visuelle Übersetzung der Inhalte: nicht linear und eindeutig, sondern vielschichtig und erzählerisch, gleichermaßen wie die Menschen und Geschichten, die in der Medizin aufeinandertreffen.

Leon Odzini



EPONYM, DAS

EINE BEGRIFFSBILDUNG, DIE AUF EINEN EIGENAMEN ZURÜCKGEHT



rosse Köpfe gehen oft mit grossen Egos einher. Ob es jetzt die kolonialistischen Entdecker des 15., 16. und 17. Jahrhunderts sind, welche sich in den Namensgebungen von Städten, Ländern und Seen verewigen mussten, Pâtissiers, die ihre Spezialitäten nach sich selber benennen, oder eben Ärzte und Wissenschaftler: Ihre Namen sind im kollektiven Gedächtnis hängen geblieben und begegnen uns täglich.

Die Zeit des Reviermarkierens ist jedoch vorbei. Die Welt ist vermessen und die Sachertorte bereits erfunden. Wo es noch neue Entdeckungen gibt, werden heutzutage eher Akronyme und Anglizismen zur Namensgebung verwendet (AIDS).

Das hat durchaus seine Gründe. Einerseits sind Eponyme nicht immer eindeutig: Oft gab es mehrere Wissenschaftler*innen, welche entweder unabhängig voneinander oder auch aufeinander aufbauend grosse Beiträge zur Erforschung einer Krankheit, eines Syndroms oder einer Behandlung leisteten. Wessen Name dann in den Lehrbüchern veröffentlicht wird, hängt oft mit dem geografisch begrenzten Einflussbereich der jeweiligen Wissenschaftler*innen zusammen.

Gute Beispiele dafür sind der Morbus Basedow, der im anglosächsischen Raum Grave's disease

E. COLI

Namensgeber: Theodor Escherich

alternativer Begriff: –

biografische Auffälligkeiten:

- Hat nicht mitbekommen, dass das von ihm beschriebene bacterium coli commune nach ihm benannt worden ist

genannt wird, oder Morbus Gilbert, der in Deutschland, der Schweiz und Österreich auch als Morbus Meulengracht bekannt ist.

Andererseits koppeln Eigennamen ihr Subjekt unwiderruflich an einen Menschen und dessen Taten - und verewigen diese somit in den Lehrbüchern und unserem kollektiven Gedächtnis. Das ist eine grosse Ehre und in vielen Fällen auch durchaus unbedenklich (E. coli, Röntgenstrahlen). Doch Menschen sind fehlerhaft, und sie auf eine solche Weise auf ein (akademisches) Podest zu heben, ist folglich gefährlich.

ES MUSS ERWÄHNT WERDEN, DASS SICH EPONYME NICHT ZWINGEND AUF DEN ENTDECKER DES OBJEKTS BEZIEHEN MÜSSEN. IM MEDIZINISCHEN KONTEXT KÖNNEN BEISPIELSWEISE KRANKHEITEN AUCH NACH DEM INDEXPATIENTEN ODER NACH EINER GEOGRAFISCHEN MARKE BENANT WERDEN (MORBUS CROHN, EBOLA-VIRUS).

Gegen Ende des Jahres 2017 initiierte die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) eine Überprüfung von Krankheitsnamen, die auf historisch belastete Personen zurückgehen. Hintergrund war die kritische Aus-

einandersetzung mit Medizinern, insbesondere aus der NS-Zeit, deren Namen mit Diagnosen verbunden sind. Das stiess eine

hitze Debatte an:

Einerseits gab es harsche Vertreter des Status quo, die Argumente brachten, welche stark an die heutigen Debatten über Cancel Culture erinnern. So äusserte Daniel Schäfer in Antwort auf die Anfrage des AWMF im Deutschen Ärzteblatt seine Meinung folgendermassen:

„Die Bereinigung auf 15–30 „Nazi-Eponyme“ zu begrenzen wäre sachlich nicht zu rechtfertigen. Auch vor und nach der nationalsozialistischen Epoche haben Ärztinnen und Ärzte aus heutiger Sicht auf ethisch nicht akzeptable Weise Untersuchungsergebnisse gewon-

nen: Robert Kochs Arzneimittelversuche mit Tuberkulin oder Atoxyl, die mit schwersten Nebenwirkungen und Todesfällen einhergingen, würden vor keiner Ethikkommission bestehen können. Viele meiner Kollegen lehnen es daher ab, sich moralisch über einstige Ärzte zu erheben und die Historie durch eine damnatio dieser Namensgeberschaften korrigieren zu wollen.“

Andererseits wurde der Vorschlag der Überprüfung und Umbenennung potentiell kritischer Eigennamen von vielen Ärzt*innen in Deutschland willkommen geheissen. In einem Brief an das Deutsche Ärzteblatt bezog sich



EBOLA-VIRUS

Namensgeber: Karl Johnson und Joel Breman nach dem Ebola-Fluss

alternativer Begriff: Yambuku Virus, Marburg like virus

biografische Auffälligkeiten:

- Das Ebola-Virus wurde 1976 erstmals in der kongolesischen Stadt Yambuku isoliert. Um die Stigmatisierung der Stadt zu verhindern, entschieden sich Johnson und Breman dazu, das Virus nach einem nahe gelegenen Fluss zu benennen.

Oliver Berthold auf Daniel Schäfers Kommentar:

"Das Argument, man müsste dann ja auch andere Eponyme tilgen, weil Robert Koch und andere auch Versuche unternommen hätten, die heutigen ethischen Standards nicht entsprächen, klingt für mich nach einer klassischen Relativierung der medizinischen Verbrechen im Nationalsozialismus."

Doch auch in der Zeit des NS-Regimes gab es keine eindeutige Trennung von Gut und Böse. Ein wichtiges Beispiel dieser Ambivalenz ist Hans Asperger (Asperger-Syndrom).

ASPERGER-SYNDROM

Namensgeber: Hans Asperger
alternativer Begriff: Autismus-Spektrum-Störung
biografische Auffälligkeiten:

- Überwies zwei Kinder an die Anstalt „zum Spielgrund“, welche Teil des Euthanasieprogrammes der Nazis war
- Bewertete ca. 35 Kinder als bildungsresistent, was zu dieser Zeit ein indirektes Todesurteil war



Lange galt er als fortschrittlich für seine Zeit: Er trat nie der NSDAP bei und überstand deshalb auch die Entnazifizierung nach dem Krieg. Er stellte sich selbst als Widerständler dar und seine Bewunderung für die autistischen Kinder, die er untersuchte, widersprach dem abwertenden Paradigma der Zeit.

CLARA-ZELLE

Namensgeber: Max Clara
alternativer Begriff: Club Zellen, Keulenzellen
biografische Auffälligkeiten:

- Mitglied der NSDAP
- Nutzte Leichen von Hingerichteten, um unter anderem auch Club-Zellen zu untersuchen.
- Experimentierte an zu Tode verurteilten Gefangenen

Das öffentliche Bild des österreichischen Kinderarztes und Heilpädagogen änderte sich aber mit der Veröffentlichung einer Studie von Herwig Czech im Jahr 2018. Lange bekannt war, dass der Arzt sich für die Zwangssterilisierung der autistischen Kinder einsetzte, die er behandelte. Czech zeigte jedoch zusätzlich auf, dass Asperger nachweislich zwei Kinder direkt in die Anstalt „Zum Spielgrund“ geschickt hatte, welche bekanntermassen Teil des Euthanasieprogramms der Nazis war. Ausserdem beurteilte er 35 Kinder als „bildungsresistent“, wohl wissend, dass dies ein indirektes Todesurteil für sie bedeutete.

Um das Ganze noch ein wenig komplizierter zu machen, ist selbst nach erreichtem Konsens über die Namensänderung eines medizinischen Begriffes die Umsetzung nicht garantiert. Mit der einzelnen Bezeichnung muss man sich an die zuständige Fachgesellschaft wenden mit der Bitte, die Frage an den europäischen Fachverband weiterzuleiten, damit es auf internationaler Ebene beraten wird. In Folge dessen müssen sämtliche Bücher umgeschrieben und Artikel revidiert werden. An dieser bürokratischen Hürde scheiterte 2015 eine Gruppe von 100 italienischen Medizinern, Soziologen, Wissenschaftsphilosophen und Rabbinern, welche sich auf 15 Eponyme einigen konnten, die sie ändern wollten.

2015 und 2018 liegen jetzt schon eine Weile zurück und es hat sich viel getan in der Zwischenzeit. Als Medizinstudentin im zweiten Jahr hier an der Uni Zürich höre ich die Eigennamen im Hörsaal nur noch im gleichen Satz mit dem Grund, weshalb man sie nicht mehr verwenden sollte. Das spricht dem Thema jedoch seine Relevanz nicht ab. Die Eponyme sind ausserhalb der Hörsäle noch durchaus verbreitet – und die Erinnerung an die skrupellosen Akteure der NS-Zeit als Forscher und Mediziner



statt als Euthanasie- und Eugenikbefürworter damit ebenfalls.

Das sollte uns eine Lehre für die Zukunft sein: Eigennamen in der Medizin sind nicht nur unpraktisch und uneindeutig; sie sind auch in ihrer Essenz mit einer Persönlichkeit verbunden, welche mit uns allen in einem moralischen Graubereich wandelt, dessen Schattierungen und Aufhellungen erst im Lichte der Zukunft erkennbar werden.

Naima Geiger

QUELLEN

Doccheck Flexikon: Eponym
Dr. med. Norbert Ostendorf, Dr. Frank Antwerpes, Lina Stünkel
DocCheck Flexikon 24.03.2015. Letzte Bearbeitung 23.11.2017
<https://flexikon.doccheck.com/de/Eponym> (03.02.2026)

NS-Eponyme: Abschaffen oder beibehalten?

Schäfer, D. (2018, 30. März). Deutsches Ärzteblatt, 115(13), A-578 / B-503 / C-503.
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/ns-eponyme-abschaffen-oder-beibehalten-53073e00-557e-45c2-af6d-4e0249d1200b> (03.02.2026)

NS-Eponyme: Diskussion ist zu begrüßen
Berthold, Oliver (04.05.2018), Deutsches Ärzteblatt
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/ns-eponyme-diskussion-ist-zu-begrueissen-367c7917-eaf1-44d6-86c9-5bad8158bc7e> (04.02.2026)

WDR Audiobeitrag: „Autistische Psychopathen“: Hans Asperger prägt eine Diagnose (06.06.2024)
<https://www1.wdr.de/mediathek/audio/zeitzeichen/audio-autistische-psychopathen-hans-asperger-praegt-eine-diagnose-100.html> (04.02.2026)

Aktuelle Studie: Hans Asperger und die NS-„Rassenhygiene“ - Universität Wien (19.04.2018)
<https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2018/news-im-april-2018/aktuelle-studie-hans-asperger-und-die-ns-rassenhygiene/> (04.02.2026)

Krankheitsbezeichnungen von NS-Ärzten: „Das Thema muss debattiert werden“. Gräff, F. (2018, 3. Januar). taz – die tageszeitung.
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/ns-eponyme-diskussion-ist-zu-begrueissen-367c7917-eaf1-44d6-86c9-5bad8158bc7e> (03.02.2026)

Wikipedia. (2025, Dezember 15). List of medical eponyms with Nazi associations. In Wikipedia, The Free Encyclopedia.
https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_medical_eponyms_with_Nazi_associations (03.02.2026)

„Theodor Escherich.“ Wikipedia: The Free Encyclopedia, 29 Okt. 2025.
https://en.wikipedia.org/wiki/Theodor_Escherich (04.02.2026)

Etymologia: Ebola. (2015). Emerging Infectious Diseases, 21(11), 1905.
<https://doi.org/10.3201/eid2111.ET2111> (PMCID: PMC4622270) (04.02.2026)

JEMANDEM WIE AUS DEM GESICHT GESCHNITTEN SEIN

Eine Redewendung, die jeder von uns kennt, wurde für ungefähr 50 Patienten und Patientinnen zur Realität. Doch beginnen wir der Reihe nach.

In der Schweiz können insgesamt sechs Organe und fünf verschiedene Körpergewebe nach dem Tod gespendet und transplantiert werden. Zu den transplantierbaren Organen gehören Herz, Lungen, Nieren, Leber, Pankreas und Dünndarm, wobei das am häufigsten transplantierte Organ die Niere ist. Nierentransplantationen machten im Jahr 2025 58% aller Organtransplantationen aus. Ungefähr ein Drittel der transplantierten Nieren kam von Lebendspendern. Dünndarmtransplantationen wiederum sind in der Schweiz extrem selten, zuletzt wurde im Jahr 2021 eine durchgeführt. Das liegt unter anderem an der starken Abstoßungsreaktion bei der Transplantation von Darmgewebe. Zu den transplantierbaren Geweben gehören die Augenhornhaut, Knochen, Knorpel, Herzklappen und Blutgefässe.

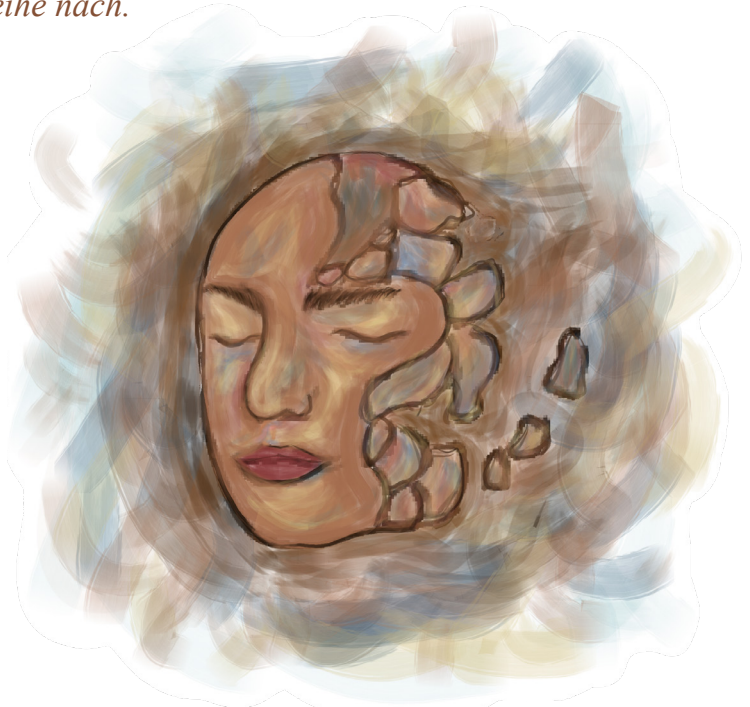
Alle oben genannten Organe bestehen grösstenteils aus nur einer Art Gewebe, abgesehen von den dazugehörigen Nerven und Gefässen. Wenn verschiedene Gewebe involviert sind, befindet man sich im Feld der „Composite Tissue Allotransplantation“, bei der komplexe Strukturen bestehend aus mehreren Arten von Geweben wie Haut, Muskeln und Knoche transplantiert werden. Dazu gehört etwa die Transplantation von Extremitäten wie Händen oder auch Gesichtern. Gesichtstransplantationen werden in der Schweiz nicht durchgeführt und befinden sich noch in den Kinderschuhen, über die sie vielleicht nie herauswachsen werden.

Weltweit sind bis 2025 etwa 50 Gesichtstransplantationen durchgeführt worden. Zuerst wurden nur partielle Transplantationen durch-

geführt, wie zum Beispiel die einer Wange und Nase, später transplantierte man auch ganze Gesichter, inklusive Muskeln und Knochen. Die erste Gesichtstransplantation wurde 2005 in Frankreich durchgeführt. Das ist um einiges später als die erste Organtransplantation einer Niere, die 1954 durchgeführt wurde. Ein Problem ist, dass die Transplantation von komplexen Geweben eine stärkere Immunsuppression benötigt, damit es nicht zu Abwehrreaktionen gegen das Gewebe kommt, und somit auch stärkeren Nebenwirkungen. Logistisch gesehen ist es um einiges schwieriger, eine Spenderin für ein Gesicht zu finden als für andere Organe. Abgesehen von Alter und Blutgruppe sollten auch Hauttyp und Farbton sowie Geschlecht und Grösse möglichst übereinstimmen. Dazu kommen noch ethische und psychologische Aspekte, die bei anderen Transplantationen weniger relevant sind.

Das Gesicht ist ein zentraler Aspekt unserer Identität. Wenn man an sich selbst denkt, ist meist das Gesicht im Spiegel das Erste, das einem in den Sinn kommt. Die menschliche Spezies ist eine der wenigen Tierarten, die sich selbst im Spiegel erkennt, zusammen mit Rabenvögeln, Elstern, Menschenaffen, Elefanten, Schweinen, Delfinen und Putzerfischen. Psychologen fürchteten die psychischen Folgen, die die

PROVOKATIV FORMULIERT NIMMT MAN EINEN MENSCHEN, DEM ES KÖRPERLICH GUT GEHT, UND MACHT IHN MIT EINER AN SICH MEHRHEITLICH KOSMETISCHEN OPERATION LEBENSLANG ABHÄNGIG VON STARKEN, IMMUNSUPPRIMIERENDEN MEDIKAMENTEN UND ALLEN DAMIT EINHERGEHENDEN FOLGEN.



Transplantation eines Gesichtes auf die Empfänger haben könnte. Wie es sein muss, wenn einen aus dem Spiegel ein fremdes Gesicht ansieht, dass mal jemand anderem gehört hat. Es ist um einiges einfacher, sich psychisch mit einer Niere oder einem anderen inneren Organ zu arrangieren, dass man nicht sehen oder spüren kann.

Ethisch gesehen sind Gesichtstransplantationen ebenfalls debattierbar. Eine Indikationsstellung ist schwierig. Menschen, die für eine Gesichtstransplantation in Frage kommen, geht es körperlich grösstenteils gut. Die Verletzung im Gesicht war möglicherweise lebensbedrohlich, aber bis eine Transplantation infrage kommt, sind diese Verletzungen bestmöglich versorgt worden und die Patienten schweben nicht akut in Lebensgefahr. Eine Transplantation könnte Fähigkeiten wie Kauen, Sprechen, Sehen oder Atmen erleichtern und würde das kosmetische Resultat verbessern, kann das Gesicht aber nie so wiederherstellen, wie es ursprünglich war. Meist bleibt etwas Maskenhaftes, weil die Patienten die Kontrolle über die Gesichtsmuskeln nicht vollständig erlangen. Im Gegenzug gehen die Patientinnen das Risiko

von Abstossungsreaktionen, erhöhter Infektanfälligkeit und potentiellen Medikamentennebenwirkungen ein. Auch das Krebsrisiko steigt. Sie geben ihr Einverständnis lebenslang eine enorme Menge an Medikamenten einzunehmen, regelmässig Kontrollen im Spital wahrzunehmen und Einschränkungen im Alltag anzunehmen, wie das Meiden von öffentlichen Verkehrsmitteln und grossen Menschenmengen als Quellen von potentiellen Infektionserregern. Zusätzlich kommen je nach Land finanzielle Probleme hinzu, da die Prozedur experimentell ist und die Medikamente danach nicht immer von den Krankenkassen übernommen werden. Das gilt insbesondere in den USA, die eine Vorreiterrolle im Bereich der Gesichtstransplantation einnehmen. Eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft ist trotz der Operation oft nur teilweise möglich.

Provokativ formuliert nimmt man einen Menschen, dem es körperlich gut geht, und macht ihn mit einer an sich mehrheitlich kosmetischen Operation lebenslang abhängig von starken, immunsupprimierenden Medikamenten und allen damit einhergehenden Folgen. Was in dieser Aussage allerdings nicht beachtet wird, sind die psychischen Folgen eines entstellten, verletzten Gesichts: die Blicke der Menschen, das

Flüstern und die Kommentare, das auf der Strasse langsamer Gehen und Starren. Je nach Ausmass der Verletzung kann sie hinter Maske, Schal oder Sonnenbrille versteckt werden, aber auch das belastet. Unser Gesicht ist zentral, weshalb die Verletzung und Entstellung eines Gesichts auch als schwere Körperverletzung gewertet wird, obwohl nicht unbedingt lebensbedrohlich.

Ob eine Gesichtstransplantation letztendlich die Risiken und Folgen wert ist, können nur die Patienten selbst entscheiden. In Kommentaren von Patienten sind sowohl positive als auch negative Stimmen zu hören. Fakt ist, dass für die „Composite Tissue Allotransplantation“ mehr Forschung essenziell ist, die zur Entwicklung von spezifischeren Immunsuppressiva führen könnte, zu neuen Operationstechniken und besseren motorischen und sensiblen Resultaten. Dafür benötigt man aber mehr Erfahrung, welche nur mit erhöhten Fallzahlen erreicht werden kann. Die Fallzahlen von Gesichtstransplantationen nehmen allerdings ab, vielleicht durch striktere Selektion der Patienten, Kampf um Forschungsgelder, negativer Patientenberichte oder aufgrund der tiefen Überlebensrate. Von den bisherigen Patienten leben geschätzt etwa noch 80%, was tief ist für eine mehrheitlich kosmetische Operation. Bei vie-

len ist nicht sicher, ob sie an direkten Folgen der Transplantation, an Komplikationen der immunsupprimierenden Therapie, bzw. Abstossungsreaktionen, oder aus anderen Gründen verstorben sind. Wenn also nicht bald neue, bahnbrechende Fortschritte in diesem Bereich der Transplantationsmedizin erzielt werden, könnte es sein, dass die Gesichtstransplantation sang- und klanglos in den Annalen der Medizingeschichte verschwinden wird.

Anna S. Stöckli

QUELLEN

Face transplants promised hope. Patients were put through the unthinkable, Fay Bound Alberti, The Guardian, 27.11.2025, abgerufen am 1.2.2026

The Story of a Face, Susan Goldberg, Maggie Steber, National Geographic, 09.2018

Gesichtstransplantation, Wikipedia Redaktion, Wikipedia, abgerufen am 1.2.2026



LEBEN ÜBER DEN TOD HINAUS

*Wusstest du schon? Die heutige gültige Regelung zur Organspende in der Schweiz ist die Zustimmungsregelung. Organe oder Gewebe dürfen einer Person nur dann entnommen werden, wenn dafür eine Einwilligung vorliegt. Frühestens ab Frühling 2027 wird basierend auf einem Volksentscheid aus dem Jahr 2022 von der Zustimmungsregelung auf die Widerspruchsregelung gewechselt. Somit gilt dann jede Person grundsätzlich als Spender*in von Organen und Geweben, ausser sie hat zu Lebzeiten festgehalten, dass sie diese nicht spenden will. Falls nichts festgehalten ist, können auch Angehörige eine Organentnahme ablehnen, wenn sie der Meinung sind, dass sich die betroffene Person dagegen entschieden hätte.*



Stell dir vor, das Herz eines Fremden schlägt in deiner Brust. Was heute für tausende Menschen die lebensrettende Realität ist, war noch vor wenigen Jahrzehnten eine Grenze der Medizin.

Die Geschichte der Organspende ist weit mehr als ein trockener Bericht aus dem OP-Saal. Es ist eine Erzählung von unvorstellbarem Mut, wissenschaftlicher Beharrlichkeit und der ständigen Suche nach der Antwort auf die Frage: Wie weit können wir gehen, um Leben zu retten? Es ist die Chronik von Medizern, die wie Christopher Kolumbus in unbekannte Kontinente vordrangen, und von Patienten, die bereit waren, für die Hoffnung auf eine Heilung alles zu riskieren. Heute ist die Transplantation oft der letzte Lichtblick beim Versagen lebenswichtiger Organe, doch jeder dieser Eingriffe steht auf dem Fundament von fünf entscheidenden Durchbrüchen. Sie markieren den steinigen Weg von den ersten verzweifelten Versuchen bis hin zur heutigen hochspezialisierten Lebensrettung.

DIE ERSTE ERFOLGREICHE NIERENTRANSPLANTATION

Die Geburtsstunde der modernen Transplantationsmedizin ist auf die erste Nierentransplantation durch eine Lebendspende im Jahr 1954 zurückzuführen. In Boston transplantierte der Chirurg Joseph Edward Murray einem schwer nierenkranken Patienten die Niere seines eineiigen Zwillingbruders. Da es sich

um eineiige Zwillinge handelte und ihr Immunsystem somit identisch war, kam es zu keiner Abstoßungsreaktion. Mit dieser Niere konnte Richard Herrick weitere acht Jahre leben, was ohne die Transplantation nicht einmal erträumt werden konnte. Zudem war die Dialyse zu jener Zeit noch nicht verfügbar. Heute ist die Niere weltweit dasjenige Organ, welches am häufigsten transplantiert wird. Innerhalb von 70 Jahren entwickelte sich eine medizinische Sensation zu einem Routineeingriff.

DIE ERSTE HERZTRANSPLANTATION

Am 3. Dezember 1967 vollbrachte der südafrikanische Herzchirurg Christian Barnard eine Weltsensation. Unter seiner Leitung wurde in einer fünfstündigen Operation mit insgesamt 31 Ärzten dem 55-jährigen Patienten Louis Washkansky das Herz entfernt und durch das Herz einer jungen Frau, die bei einem Autounfall verstorben war, ersetzt. Der Eingriff löste nicht nur Euphorie und Freude aus. Das immense weltweite Medienecho bestand auch aus sehr kontroversen, ethischen Debatten rund um den menschlichen Organismus und die Organspende. Nach 18 Tagen verstarb Washkansky an den Folgen einer Lungenentzündung. Die Medikamente, welche die Abstoßungsreaktion des Immunsystems gegen das fremde Herz hätten verhindern sollen, hatten das Immunsystem stark geschwächt und den Körper für Krankheitserreger angreifbar gemacht. Dies lehrte die damaligen Mediziner*innen einiges über postoperative Immunreaktionen und die Abstoßungsreaktionen des Körpers.

DIE ENTDECKUNG VON CICLOSPORIN

Wie am Beispiel der Herztransplantation erläutert, stellt das Immunsystem bis heute noch eine grosse Hürde dar. Somit war die Entdeckung des Immunsuppressivas Ciclosporin eine weitere Revolution in der Geschichte der Transplantationsmedizin und der Start einer neuen Ära. Der Arzneistoff wird aus Schlauchpilzen isoliert und wurde erstmals von Jean-François Borel und Hartmann Stähelin bei Sandoz in Basel Anfang der 1970er Jahre aufgespürt. Im Jahr 1982 wurde Ciclosporin offiziell in die weltweit gültige Liste der immunsuppressiven Medikamente aufgenommen. Ciclosporin war zwar nicht das erste Immunsuppressiva, doch es wirkt nicht wie frühere Immunsuppressiva nach dem Rasenmäher-Prinzip, sondern viel selektiver. Es greift gezielt in die Aktivierung der T-Lymphozyten (T-Zellen) ein, die unter anderem für die Abstoßung eines fremden Organs verantwortlich sind. Andere wichtige Bereiche des Immunsystems wie die Blutbildung im Knochenmark werden deutlich weniger beeinträchtigt. Durch das intakte Knochenmark sind Patienten insgesamt stabiler und weniger anfällig für lebensbedrohliche Infektionen, die nach Transplantationen, wie auch bei der erwähnten ersten Herztransplantation, früher oft zum Tod führten.

DIE ETABLIERUNG DES HIRNTOD-KONZEPTS

Um Organe von Verstorbenen rechtsicher entnehmen zu können, musste der medizinische Tod neu definiert werden. Dies geschah am 5. August 1968 durch eine Kommission der Harvard Medical School, die eine

Definition für den Begriff «Hirntod» veröffentlichte und vorschlug, diesen als neues Todeskriterium festzulegen. Hirntod bezeichnet das irreversible Ende aller Hirnfunktionen aufgrund von weiträumig abgestorbenen Nervenzellen bei künstlich vorhandener Kreislaufaktivität und künstlich aufrechterhaltener Atmung. Vor der Durchführung der Explantation eines Spenderorgans muss der Hirntod von zwei Ärzt*innen, die nicht selbst an der Transplantation teilnehmen, unabhängig voneinander festgestellt werden. Dabei werden klinische Zeichen wie Koma, Ausfall der Spontanatmung im Apnoe-Test sowie fehlende Hirnstammreflexe überprüft.

DIE ERSTE ERFOLGREICHE LUNGENTRANSPLANTATION

Was heute eine etablierte Therapie bei Patient*innen mit Lungenfibrose, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, Alpha-1-Antitrypsinmangel sowie weiteren, unheilbaren oder seltenen Lungenerkrankungen ist, galt noch vor wenigen Jahren als ein weit am Horizont entferntes Ziel. Unter der Leitung von Joel Cooper wurde in Toronto im Jahr 1983 die erste Einlungentransplantation und im Jahr 1986 die erste Doppellungentransplantation durchgeführt.

Bis heute gilt die Lungentransplantation als eine der heikelsten Transplantationen mit einer tieferen Überlebensrate als bei Herz-, Leber- und Nierentransplantationen. Dies ist auf unterschiedliche Gründe zurückzuführen. Unter anderem auf den ständigen Kontakt der Lunge mit der Umwelt. So kommt das vulnerable, transplantierte Organ in unmittelbarem Kontakt mit Schädlingen wie Staub, Pilze und Viren. Zudem benötigen Patienten mit einer fremden Lunge auch eine lebenslanglich hochdosierte und stärkere Immunsuppression im Vergleich zu anderen Patient*innen mit einem fremden Organ.

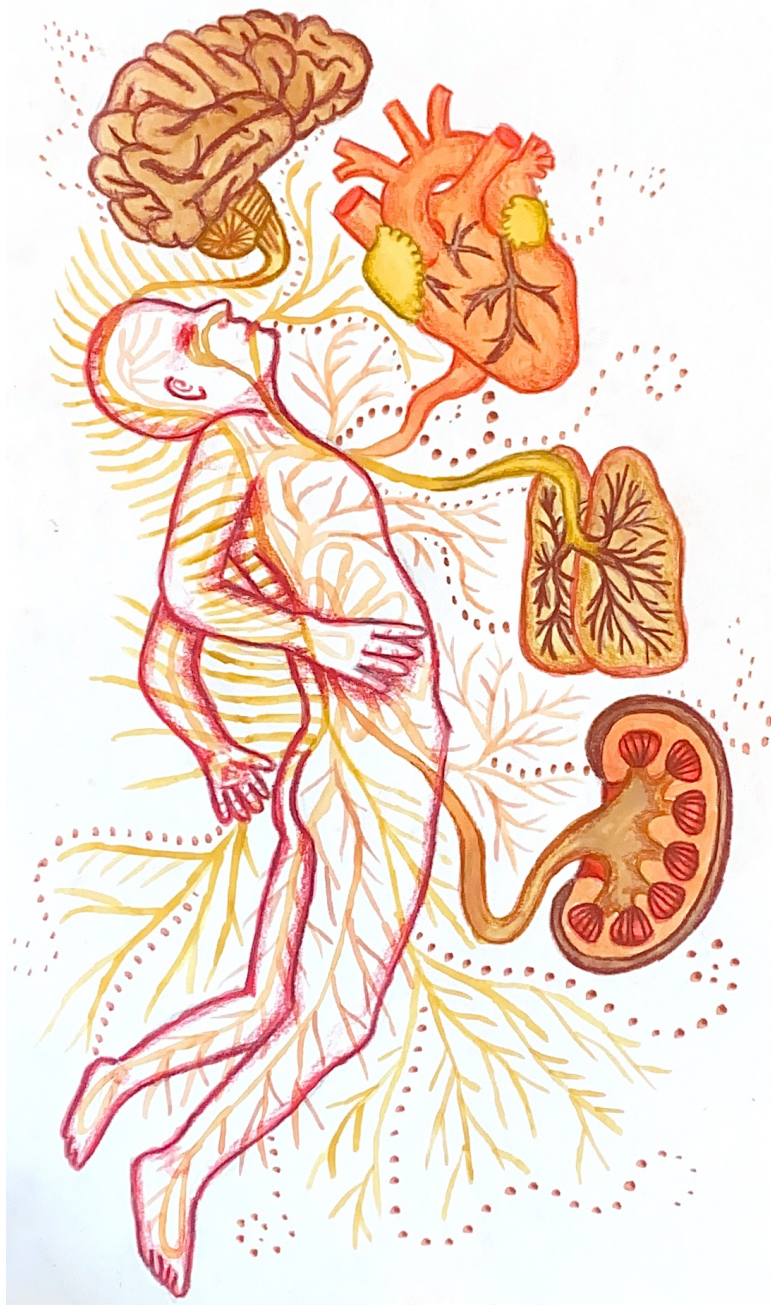
Die fünf Meilensteine der Transplantationsmedizin erzählen eine Geschichte des Triumphs über die vermeintlichen Grenzen der Natur. Zahlreiche Mediziner*innen schenken mit ihrem Durchhaltevermögen und dem anschliessenden Erfolg in ihrer Forschung aberhundert Menschen die Hoffnung auf ein neues Leben.

Jede gelungene Transplantation beginnt jedoch nicht am Operationstisch, sondern am Küchentisch

– durch die Gespräche mit unseren Familien und unseren eigenen Überlegungen. Erst das so zustande gekommene «Ja» unzähliger Spender*innen zum Leben über den Tod hinaus hat die beschriebenen medizinischen Durchbrüche ermöglicht.

Seine Organe für die Transplantation freizugeben und somit mehr Lebenszeit zu schenken, ist das grösste Geschenk, das ein Mensch einem Mitmenschen machen kann.

Noëlle A. Pouget





THE FIRST NOVA
BUT AS

THE FIRST BUT NOT THE LAST



S ist kein Geheimnis, dass Frauen nicht seit Anbeginn des Medizinstudiums im 13. Jahrhundert zum Studium zugelassen sind. Und doch scheint es in den heutigen Hörsälen, als wären Frauen inzwischen in der Überzahl. Betrachten wir aktuelle Studien, so bestätigt sich dieser Eindruck. An der UZH dominieren Frauen mit rund 60 % den Hörsaal. So weit, so gut. Jedoch bleibt dieses Verhältnis nicht lange so ausgeglichen. Nach dem Erhalt des Facharztes zeigt sich ein erster starker Knick. Während zuvor noch ein Verhältnis von etwa 1:1 bestand, verschiebt es sich mit dem Karriereaufstieg massiv. Das Verhältnis sinkt von Facharzt zu Oberarzt von 56 % Frauen auf 48 %. Bei den leitenden Arztpositionen sind es dann gerade noch 28 % und Chefpositionen sind mit 18 % Frauen mit einer starken Minderheit belegt. Dieses Phänomen wird als Leaky Pipeline (undichtes Rohr) beschrieben. So herrscht, wie gesagt, im Hörsaal noch eine weibliche Mehrheit, diese nimmt mit jeder höheren Karrierestufe signifikant ab. Jede Karrierestufe bedeutet einen immer höheren Verlust an Ärztinnen. Der Grund liegt besonders im Gender Bias, welcher als unsichtbarer Filter fungiert.

Um diesen Gender Bias besser zu verstehen, müssen wir zum Ursprung der Frauen in der Medizin zurückgehen. Frauen wurden im 19. Jahrhundert über Jahrzehnte hinweg systematisch vom Medizinstudium ausgeschlossen, während Männer seit dem Mittelalter regulär studieren konnten. Erst 1849 erlangte Elizabeth Blackwell als erste Frau den medizinischen Dokortitel und wurde später auch als erste Frau ins britisch-medizinische Register eingetragen. Sie war eine der ersten Frauen, welche die bestehende Ordnung durch ihr Ziel, Ärztin zu werden, durchbrach.

Zu einer Zeit, in der in den USA gerade einmal etwa 10 % der Frauen bezahlter Erwerbsarbeit nachgingen, wagte Elizabeth Blackwell, die vorherrschende Rollenverteilung infrage zu stellen.

Um 1850 war die westliche Gesellschaft stark durch ein bürgerliches Geschlechterrollenmodell ge-

prägt, das die Lebensbereiche von Männern und Frauen strikt voneinander trennte.

Männer galten als dem öffentlichen Raum zugehörig. Ihre Rolle war es, durch Erwerbsarbeit das Familieneinkommen zu sichern, politische Entscheidungen zu treffen und akademische sowie wissenschaftliche Berufe auszuüben. Universitäten, wissenschaftliche Gesellschaften und insbesondere die Medizin waren nahezu ausschliesslich männlich dominiert. Medizin wurde als rational, körperlich fordernd und autoritativ verstanden. Eigenschaften, die ausschliesslich Männern zugeschrieben wurden.

Frauen hingegen wurden dem privaten Raum zugeordnet. Ihre gesellschaftlich akzeptierte Rolle beschränkte sich weitgehend auf Ehe, Mutterschaft und Haushaltsführung. Weiblichkeit wurde mit Emotionalität, Fürsorglichkeit und körperlicher «Zartheit» assoziiert. Bildung über ein grundlegendes Mass hinaus galt nicht nur als unnötig, sondern teilweise als gefährlich. Es wurde befürchtet, geistige Anstrengung könne Frauen krank machen oder ihre Fruchtbarkeit beeinträchtigen. Vor diesem Hintergrund erschien der Wunsch einer Frau, Medizin zu studieren, nicht nur ungewöhnlich, sondern als direkter Angriff auf die bestehende Ordnung.

Diese Rollenverteilung hatte unmittelbare Konsequenzen für den Zugang zum Medizinstudium. Frauen wurden von universitären Einrichtungen ausgeschlossen, da ihnen sowohl die intellektuelle Eignung als auch die moralische Standfestigkeit abgesprochen wurde.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, warum Elizabeth Blackwell auf so starken Widerstand stiess. Ihr Ziel, Ärztin zu werden, widersprach nicht nur einzelnen Regeln, sondern dem gesamten Geschlechterverständnis ihrer Zeit. Sie stellte die grundlegende Annahme infrage, dass Frauen für wissenschaftliche Verantwortung ungeeignet seien. Ihr Erfolg war daher nicht nur eine individuelle Leistung, sondern ein Bruch mit der traditionellen Rollenverteilung von Männern und Frauen im 19. Jahrhundert.

Doch wie kam es überhaupt dazu,

dass eine Frau den Zugang zum Medizinstudium erhielt?

Elizabeth Blackwell bewarb sich an zahlreichen medizinischen Fakultäten in den Vereinigten Staaten und erhielt ausschliesslich Absagen. Die Begründungen ähnelten sich: Frauen seien intellektuell nicht belastbar genug, würden den Studienbetrieb stören oder seien emotional zu instabil für ärztliche Entscheidungen. Erst 1847 erhielt sie eine Zusage vom Geneva Medical College im Bundesstaat New York, jedoch unter aussergewöhnlichen Umständen. Die Universitätsleitung überliess die Entscheidung den männlichen Studenten, die die Bewerbung einstimmig annahm, da sie davon ausgingen, es handle sich um einen Scherz. Dass Blackwell das Studium tatsächlich antrat, wurde von vielen als Provokation empfunden.

Während ihres Studiums war Elizabeth Blackwell massiver Diskriminierung ausgesetzt. Sie wurde von Vorlesungen ausgeschlossen, durfte teilweise nicht an klinischen Demonstrationen teilnehmen und wurde sozial isoliert. Besonders im anatomischen Unterricht galt ihre Anwesenheit als «unangemessen». Dennoch schloss sie das Studium 1849 als erste Frau weltweit mit dem medizinischen Dokortitel ab. Ihre Promotion war nicht nur eine individuelle Leistung, sondern ein fundamentaler Angriff auf das bis dahin unhinterfragte Geschlechterbild der Medizin.

Doch mit dem Abschluss endeten Blackwells Hürden keineswegs. Krankenhäuser weigerten sich, sie einzustellen, und männliche Kollegen verweigerten häufig die Zusammenarbeit. Als Konsequenz gründete sie 1857 gemeinsam mit ihrer Schwester Emily Blackwell ein eigenes Krankenhaus für Frauen und Kinder in New York. Später engagierte sie sich stark in der medizinischen Ausbildung von Frauen und war an der Gründung medizinischer Ausbildungsstätten für Frauen in den USA und in Grossbritannien beteiligt.

Während Blackwell in den USA kämpfte, waren Frauen auch in Europa weitgehend vom Medizinstudium ausgeschlossen. Eine Ausnahme bildete die Universität Zürich,

die ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine Vorreiterrolle einnahm. 1867 durfte mit Marie Heim-Vögtlin erstmals eine Frau in der Schweiz Medizin studieren, 1874 promovierte sie als erste Schweizer Ärztin. Bemerkenswert ist, dass viele frühe Medizinstudentinnen in Zürich aus dem Ausland kamen, da ihre Heimatländer Frauen den Zugang weiterhin verweigerten. Dennoch blieben diese Entwicklungen lange Randerscheinungen und änderten wenig an der strukturellen Dominanz von Männern in der Medizin.

Die bis heute bestehenden Ungleichheiten für Frauen in der Medizin und vielen anderen Branchen tragen ihre Wurzeln in einer Zeit, in der es undenkbar war, dass Frauen überhaupt studieren durften.

Die damalige Trennung zwischen öffentlicher und privater Sphäre bildet damit die historische Grundlage für Phänomene wie die Leaky Pipeline, die sich in moderner, subtilerer Form fortsetzt.

Der Ursprung für diese Ausfilterung von Frauen in höheren Karrierestufen wird unter dem Begriff Gender Bias zusammengefasst.

In gewisser Weise spiegeln diese Mechanismen jene Vorurteile wider, mit denen Elizabeth Blackwell bereits im 19. Jahrhundert konfrontiert war, nur in subtilerer Form. Während Frauen damals offen vom Studium ausgeschlossen wurden, wirken heute unsichtbare Filter an den Übergängen zu Führungspositionen.

Ein zentraler Mechanismus ist der «Think Manager/Think Male»-Effekt. Führungspositionen, insbesondere in der Chirurgie oder auf Chefarztebene, werden noch immer unbewusst mit männlich konnotierten Eigenschaften wie Dominanz, Durchsetzungsfähigkeit und permanenter Verfügbarkeit verknüpft. Zeigen Frauen diese Eigenschaften, geraten sie häufig in einen Double Bind: Sie gelten entweder als zu aggressiv oder als nicht führungsstark genug. Männer hingegen werden für dasselbe Verhalten als kompetent wahrgenommen. Dieses Wahrnehmungsmuster beschränkt sich jedoch nicht auf die Medizin, sondern zeigt sich auch in anderen Lebensbereichen, etwa in der Politik oder in alltäglichen Diskussionen, in denen das Erheben der Stimme einer Frau häufig als «hysterisch» wahrgenommen wird, während es bei Männern eher als Zeichen von Sicherheit und Dominanz gilt.

Hinzu kommt der Performance Bias, bei dem Leistungen von Frauen kritischer bewertet werden. Männer werden oft auf Basis ihres Potenzials befördert, während Frauen erst nach wiederholtem Leistungsnachweis als geeignet gelten. Selbst bei gleicher Publikationsleistung oder vergleichbarer klinischer Erfahrung erhalten Frauen dadurch seltener Führungspositionen oder Professuren.

Studien belegten, dass Gender Bias sich bereits in der Leistungsbeurteilung niederschlägt: So zeigte eine archivbasierte Untersuchung von ärztlichen Bewertungen, dass Assistenzärztinnen in Fachrichtungen mit weniger Frauen systematisch niedrigere Bewertungs- und Fähigkeitsnoten erhielten als ihre männlichen Kollegen, obwohl objektive Leistungsunterschiede nicht vorlagen. Solche Befunde lassen sich auch durch qualitative Studien stützen, die zeigen, dass Ärztinnen in chirurgischen und leitenden Kontexten häufiger negative oder weniger förderliche Rückmeldungen erhalten als Männer, was zu zusätzlichen strukturellen Hürden führt.

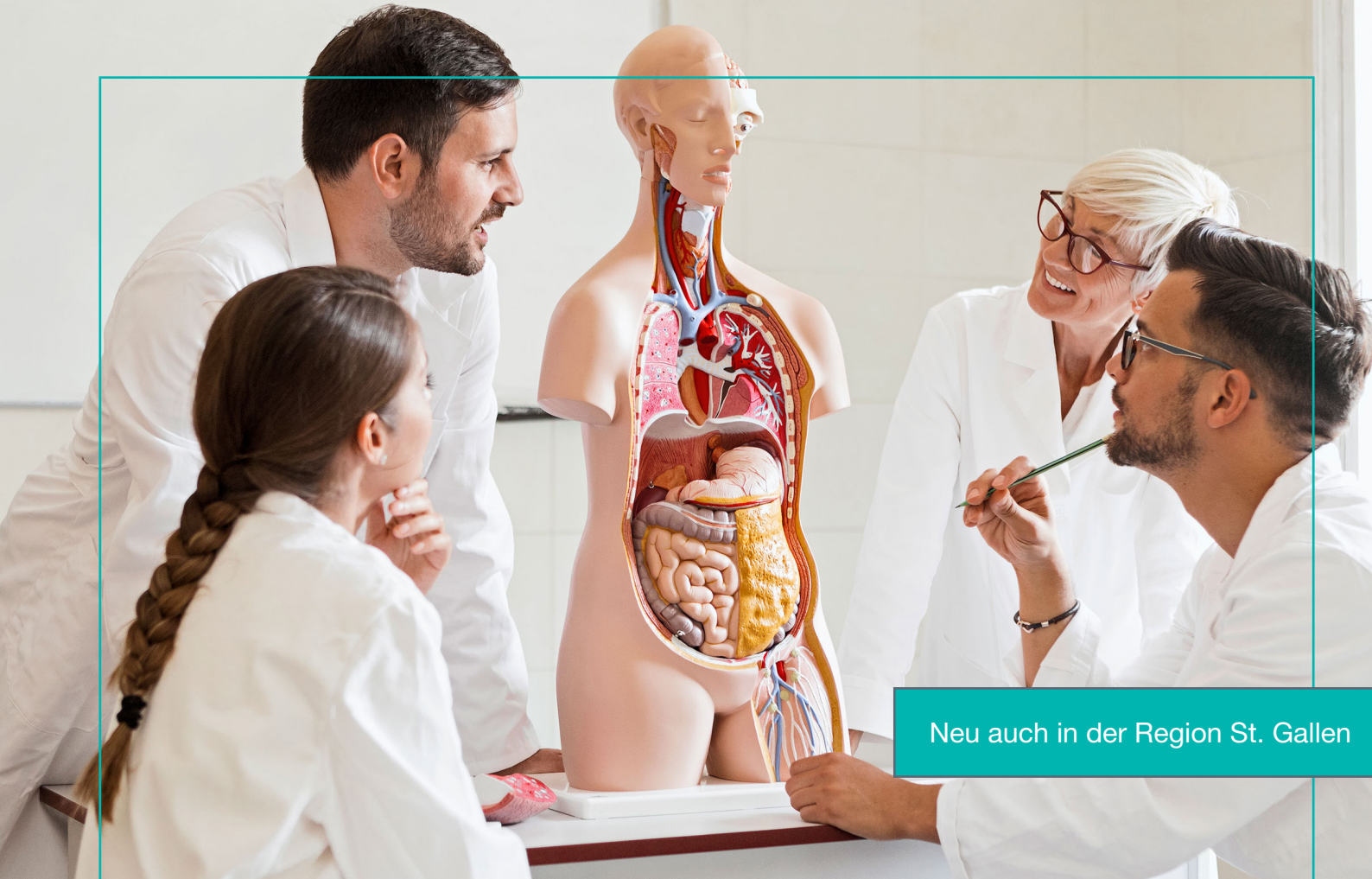
Besonders subtil ist der Benevolent Bias, der häufig im Zusammenhang mit Mutterschaft auftritt. Vorgesetzte treffen Entscheidungen «im Interesse» der Frau, indem sie ihr anspruchsvolle Projekte oder Beförderungen nicht anbieten. Was als Fürsorge erscheint, führt in der Praxis zu einem strukturellen Karriereknick. Elizabeth Blackwell kannte dieses Muster in anderer Form: Auch ihr wurde oft unterstellt, sie müsse vor sich selbst «geschützt» werden vor den Anforderungen der Medizin.

Schliesslich verstärkt der Similarity Bias bestehende Ungleichheiten. Führungskräfte fördern bevorzugt Personen, die ihnen ähnlich sind. Da medizinische Spitzenpositionen noch immer überwiegend männlich besetzt sind, profitieren Männer häufiger von informellen Netzwerken und Mentoring, während Frauen seltener Zugang zu diesen entscheidenden Ressourcen haben.

Der Lebensweg von Elizabeth Blackwell zeigt, dass der Kampf von Frauen in der Medizin nie nur um Zugang ging, sondern immer auch um Anerkennung, Sichtbarkeit und Machtstrukturen. Während sich die Formen der Diskriminierung verändert haben, bleibt ihr Kern erstaunlich konstant. Die Leaky Pipeline ist damit kein individuelles Versagen, sondern ein strukturelles Erbe, das

bis in die Gegenwart reicht. Blackwells Durchbruch war der erste Riss in einem geschlossenen System, und viele weitere sind ihr gefolgt. Trotzdem ist es ein anhaltender Kampf um eine wahre Gleichberechtigung, die sich auch ausserhalb des Hörsaals zeigen muss.

Aniya Raja



Neu auch in der Region St. Gallen

Hausarztmedizin begeistert?

Medizinstudenten und Assistenzärztinnen mit Ambitionen für die Allgemeine Innere Medizin und Interesse an einer späteren Tätigkeit in einer Hausarztpraxis profitieren von attraktiven Angeboten.

- ✕ PraxisSkills Workshops in Kleingruppen
- ✕ Hausarztmedizin Career Get-together
- ✕ Inputreferate
- ✕ Praxisassistentz-Matching
- ✕ weitere Vorteile und Verlosungen

Die Mitgliedschaft ist kostenlos.

Die Kosten für die Angebote übernimmt die mediX academy.

Die mediX academy ist eine Nachwuchsförderungsinitiative der mediX-Ärztetenetze.

medix-academy.ch

Mitglied werden





REZEPTE AUS EINEM ANDEREN JAHRHUNDERT

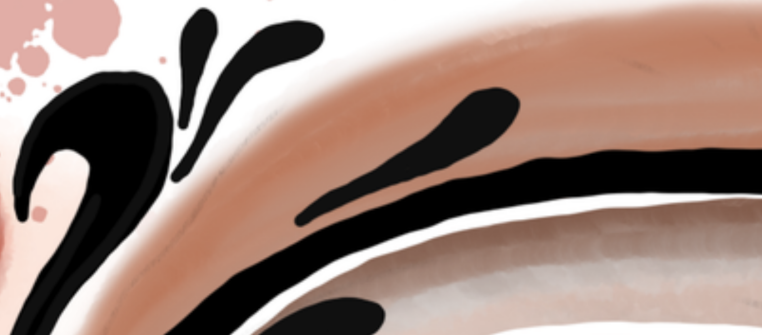
ZWEI ETWAS ANDERE REZEPTE AUS DEM BUCH BAKING YESTERYEAR VON B. DYLAN HOLLIS. WER HÄTTE GEDACHT, DASS SAUERKRAUT UND TOMATENSUPPE IN EINEM KUCHEN TATSÄCHLICH SCHMECKEN KÖNNTEN...

1950ER TOMATENSUPPE KUCHEN

Kuchenteig: 2 EL weiche Butter
200g Zucker
280g Mehl
je 1 TL Zimt, Nelke & Muskatnuss
Prise Salz
305g Tomatensuppe
1 TL Backpulver

Frosting: 85g Frischkäse
3 EL Milch
360g Puderzucker
30g Bitterschokolade
1 EL Vanille
Prise Salz

Butter und Zucker mischen. Trockene Zutaten hinzufügen. Suppe mit Natron verrühren. Alles kurz zusammenrühren. Bei 180 Grad Celsius in einer Kastenform 45-55 Minuten backen.
Für das Frosting Milch, Puderzucker, geschmolzene Schokolade, Vanille und Salz gut vermischen und dann damit den abgekühlten Kuchen bestreichen.



1940ER SAUERKRAUT KUCHEN

Kuchenteig: 200g Sauerkraut
265g Zucker
½ TL Vanille
235ml gekochte Milch leicht abgekühlt
170g weiche Butter
2 grosse Eier
315g Mehl
60g Kakaopulver
1 ½ TL Backpulver

Ganache: 113g Bitterschokolade
120ml Rahm

Butter und Zucker cremig verrühren. Eier und Vanille hinzufügen. Mehl, Kakao und Backpulver mit der warmen Milch abwechselnd unterrühren. in eine gefettete Bundform füllen und für 40-45 Minuten bei 180 Grad Celsius backen.

Für die Ganache Schokolade klein hacken und die heisse (nicht kochende) Sahne dazugeben. Für 3 Minuten stehen lassen und danach gut vermischen. Zum Schluss die Ganache über den abgekühlten Kuchen giessen.





FLIP PAGE: WUT

Die Flip Page ist die Arena für Debatten. In dieser Ausgabe, die sich mit dem Thema Mensch beschäftigt, wird eine Emotion aufgegriffen, um die ein grosses Stigma herrscht: die Wut. Aus diesem Grund wird hier eine Debatte zur folgenden These geführt: „Wut besitzt einen wichtigen und sinnvollen Bestandteil im menschlichen Erleben und ist daher essenziell.“ Und was wärst du – Pro oder Contra?

CONTRA



ist Wut wirklich ein essenzieller Bestandteil des menschlichen Erlebens und kann man ohne Wut nicht leben? Ärger oder Wut als Auslöser einer Reaktion kann durchaus produktiv sein. Wenn man über etwas wütend ist wie z.B. über einen Missstand an der Universität und sich daraus Engagement entwickelt, um diesen Missstand abzuschaffen, dann ist die initiale Wut in einen produktiven Prozess kanalisiert.

Leider gibt es - aus meiner Sicht - in der heutigen Zeit zu viel Wut, die einfach nur Wut bleibt oder sich in Hass verwandelt. Der „Wutbürger“ ist eine Wendung, die nicht nur zufällig immer wieder in den Medien erscheint. Wut wird von Populisten bewusst geschürt und am Köcheln gehalten, um in gesellschaftliche Prozesse manipulativ einzugreifen. Ein offensichtliches Beispiel hierfür mag die ständige Anstachelung von Wut auf den Wahlkampfveranstaltungen von Donald Trump sein. Diese unproduktive Wut führt zu einer Verrohung der Umgangsformen, zu «Hasskommentaren» in den sozialen Medien und letztlich zu Handlungen, die das Zusammenleben in einer Gesellschaft erschweren. Fortgesetzte Wut verhindert das Finden von Kompromissen, von Lösungen, mit denen alle leben können, und die Konsensbildung. Demokratische Gesellschaften und auch gesellschaftliche Konstrukte wie Universitäten sind aber gerade auf diese Konsensbildung angewiesen, um funktionieren zu können.

Wer wütend ist, sucht häufig nicht eine argumentative Auseinandersetzung im Diskurs-Raum, sondern eine «Abstimmung mit den Füßen». Wut ist eine häufig verständliche, menschliche Emotion, die aber durch die Kraft des Verstandes und der Vernunft überwunden werden muss, um zu Lösungen zu kommen, die am Ende befriedigend sind.

Sie kann am Beginn eines Prozesses stehen, darf aber nicht zum «Dauerzustand» werden. Wut als Dauerzustand führt zu einer Polarisierung und zu unüberwindbaren Gräben zwischen den Polen, die das Zusammenleben erschweren und gemeinsame Lösungen unmöglich machen.

Daher habe ich mich gegen eine «RagePage» im «Ziener» ausgesprochen, als ich angefragt wurde, hierfür einen Beitrag zu schreiben. Ich halte es darüber hinaus nicht für gut, Wut über bestimmte Aspekte oder Vorgänge in anonymisierter Form zu veröffentlichen. Mit seinem Namen für seine Meinung zu stehen, ist Voraussetzung für eine faire Auseinandersetzung und die Anerkennung des Umstandes,



Illustration: Morgane Lercher

dass auch andere Meinungen denkbar sind. Nur wer seinen Namen nennt, lässt eine wirkliche Auseinandersetzung mit der eigenen Meinung zu. Und nur wenn eine Auseinandersetzung möglich ist, kann ein produktiver Prozess in Gang gesetzt und können Lösungen gefunden werden. An Lösungen sollten wir alle interessiert sein, sonst wird Wut und Meinungsäußerung zum reinen Selbstzweck und ausschliesslich zur Selbstbestätigung eingesetzt. Das wäre dann aus meiner Sicht eine narzisstische Grundhaltung. Auch diese ist uns in diesen Tagen durchaus nicht fremd und wird uns täglich mit all ihren negativen Auswirkungen vor Augen geführt.

Prof. Dr. med. Dr. phil Gerhard Rogler

PRO

Wann warst du das letzte Mal von Wut erfüllt? Denke einen Moment nach. Woraus entstand sie, wohin richtete sie sich? Klar ist: Wut entsteht selten grundlos. Sie kann in Aggression kippen, Hass und Schrecken verbreiten. Doch Wut hat eine zweite Seite. Eine, die Veränderung ermöglicht. Eine Wut, die entsteht aus Frust über Ungerechtigkeit, über Belastung, über Systeme, die Menschen klein hielten und halten.

Viele politische Fortschritte entstanden, weil Menschen laut und beharrlich Missstände benannten – ob gegen Rassentrennung, für Abrüstung oder den Atomausstieg. Wut enthüllt, was uns wirklich bewegt und in unseren Grundfesten erschüttert. Sie bündelt Energie, verbindet Menschen und begünstigt kollektives Handeln. Wird eine ungerechte Lage sichtbar, wird Wut nicht zum zerstörerischen Feuer, sondern zum Funken, der Innovation entzündet.

Ein unscheinbares Pochen in der Brust, begleitet von einer leisen Stimme, die flüstert: Hier stimmt etwas nicht. Hier ist etwas unfair. Dann wird Wut zu einem Kompass, der zeigt, wo Grenzen überschritten wurden und wo Veränderung nötig ist. Erst wenn Wut verdrängt oder verzerrt wird, kippt sie in Aggression, von der es viel zu viel auf der Welt gibt.

Gerade heute, in Zeiten in denen Reformation die einzige Konstante ist und in der Perfektion glänzt, während Echtes verblasst, wirkt Wut oft fehl am Platz. KI produziert Inhalte, die makellos erscheinen, aber nichts fühlen. Dabei sind es gerade die ungeschönten Gefühle, die uns menschlich machen: Frust, Verwirrung, Wut. Kennst du das nicht, wenn du in die Welt blickst? Wenn du Ungerechtigkeit siehst und ihr Gewicht spürst? Das unangenehme Klopfen in der Brust, wenn etwas nicht stimmt. Diese Gefühle zeigen, dass etwas in uns lebt, das nicht funktionieren, sondern verstanden werden will. Der Ärger über Dinge, die wir nie kontrollieren werden. Die Wut über Vergangenes, das sich nicht mehr ändern lässt. All das gehört zu uns. Es ist Teil unseres Lebens.

Warum Wut ihren Platz braucht, wird zudem nirgends so deutlich wie bei Kindern. Kinder kommen nicht mit einem fertigen Vokabular zur Welt, sondern mit Gefühlen. Wut ist eines der ersten. Sie sagt ihnen: Ich bin jemand. Etwas ist mir wichtig. Hier ist meine Grenze. Aus dieser frühen Wut entsteht später Mut – Mut, für sich einzustehen, für andere hinzustehen, Ungerechtigkeit nicht einfach zu schlucken. Wut ist ein Baustein von Identität. Wer als Kind lernen darf, Wut zu fühlen, zu benennen und zu verstehen, lernt gleichzeitig, wer er ist.

Die Wut hat einen schlechten Ruf, doch in Wahrheit ist sie die kleine Justitia in uns – wachsam, unbeirrbar, auf Gerechtigkeit ausgerichtet. Ob anonym oder nicht: Es geht nicht um das Gefühl allein, sondern darum, was sie er möglicht, darum, was sie hinterlässt. Im Austausch mit anderen die Zeit zu vergessen, hitzige Debatten zu führen, sich uneinig zu sein, zu wachsen. Wer sich also gegen Stagnation ausspricht und Progression fordert – kann sich so jemand gegen Wut aussprechen?

Streiks, Aufstände und Bewegungen: Sie alle entstehen aus pulsierender Wut und Betroffenheit. Wut kann das und Wut hat das, die nötige Energie, die es für den Mut braucht, der die Welt bewegt.

Nina Bernardinis

WEISSE KITTEL, HOHE HÜRDEN

Viele Menschen haben ein festes Bild davon, wie Ärztinnen und Ärzte sein sollten. Menschen mit Behinderung finden oftmals keinen Platz in diesem Bild. Doch ist Disability wirklich eine Hürde für den Arztberuf?



In den Köpfen vieler Menschen existiert noch immer ein sehr starres Bild vom ärztlichen Berufsstand. Es ist die Erwartung an eine unermüdlige, körperlich makellose und stets abrufbereite Leistungsfähigkeit. Ärzt:innen sind diejenigen, die helfen und nicht jene, die auf Hilfe angewiesen sind. Doch diese Vorstellung, dass der ärztliche Beruf untrennbar mit uneingeschränkter körperlicher Fitness verbunden ist, bröckelt, und muss bröckeln, denn sie ignoriert nicht nur die Realität des Menschseins und unserer vielfältigen Gesellschaft, sondern schliesst auch wertvolle Talente aus, die die Medizin dringender braucht denn je.

Die Medizinische Fakultät der Universität Zürich ist keine hermetisch abgeriegelte Festung, sondern Teil eines gesellschaftlichen Wandels, der Inklusion nicht mehr als Gnadentat, sondern als Menschenrecht und als Qualitätsmerkmal versteht und verstehen muss. Doch wie studiert man Medizin und übt Medizin aus, wenn der eigene Körper nicht der Norm entspricht? Wie wird man Chirurg:in, Psychiater:in oder Hausarzt:in, wenn man im Rollstuhl sitzt, eine Sehbehinderung hat oder neurodivergent ist? Bevor wir uns der beeindruckenden Geschichte von Grace Spence Green widmen, lohnt sich ein Blick auf das Fundament, auf dem wir uns hier in Zürich bewegen: Was bietet die UZH, wo kommen wir her und warum ist Barrierefreiheit in der Medizin weit mehr als nur eine Rampe vor dem Hörsaal.

Um die aktuelle Situation zu verstehen und einzuordnen, lohnt sich ein Blick in die Vergangenheit. Lange Zeit galt in der medizinischen Ausbildung das Dogma der uneingeschränkten körperlichen «Tauglichkeit». Wer Medizin studieren wollte, musste «fit» sein. Das Narrativ war simpel: Der klinische Alltag ist hart, physisch fordernd und duldet keine Schwäche. Studierende mit Behinderungen wurden oft bereits vor der Immatrikulation ausgesiebt oder spätestens in den klinischen Kursen entmutigt, denn die Vor-

stellung, dass eine Ärztin im Rollstuhl eine Reanimation leiten oder ein blinder Arzt eine Auskultation durchführen könnte, lag leider ausserhalb der Vorstellungskraft vieler Fakultäten.

Der grosse Wendepunkt in der Schweiz, und damit auch vieler Hochschulen, war das Inkrafttreten des Behindertengleichstellungsgesetzes (BehiG) im Jahr 2004, das erstmals gesetzlich verankerte, dass niemand aufgrund einer Behinderung diskriminiert werden darf, auch nicht im Zugang zu Bildung. Für die Hochschulen bedeutete dies einen Paradigmenwechsel: Weg vom medizinischen Modell der Behinderung (der Mensch ist das Problem, das «repariert» werden muss) hin zum sozialen Modell (die Barrieren in der Umwelt sind das Problem, das beseitigt werden muss).

Die Universität Zürich hat auf diesen Wandel reagiert. Zwar ist die UZH mit ihren Gebäuden baulich oft eine Herausforderung, doch institutionell hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten Einiges getan. Die Gründung der Fachstelle Studium und Behinderung (FSB) war ein entscheidender Schritt. Diese Stelle fungiert heute als Dreh- und Angelpunkt für alle Fragen rund um Barrierefreiheit. Sie ist die zentrale Anlaufstelle für Studierende mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen und vermittelt zwischen den rechtlichen Ansprüchen der Studierenden und den akademischen Anforderungen der Fakultäten, klärt den Bedarf an Nachteilsausgleich ab und stellt weitere Unterstützungsangebote bereit.

Das zentrale Instrument der Inklusion ist der Nachteilsausgleich (NTA). Er soll behinderungsbedingte Nachteile ausgleichen, ohne die fachlichen Anforderungen zu senken. Klingt in der Theorie fair, führt in der Praxis jedoch zu hitzigen Debatten darüber, was eine «Kernkompetenz» im Arztberuf ist.

Wie drängend dieses Thema ist, zeigte erst kürzlich ein juristischer Fall in Bern, der die Schweizer Hochschullandschaft in Atem hielt und bis vor das Bundesgericht ging. Im Zen-

trum stand M.V., eine junge Frau mit Dyslexie und Dysorthographie (Lese- und Rechtschreibstörung), die Veterinärmedizin studieren wollte. Für den Eignungstest für das Medizinstudium (EMS), jenen Test, den wir alle kennen und fürchteten, beantragte sie 2021 eine Zeitverlängerung.

Die Universität Bern lehnte ab. Man bot ihr lediglich einen Randplatz an. Die Begründung, die später auch vom Verwaltungsgericht des Kantons Bern gestützt wurde, spiegelt eine weitverbreitete Haltung wider: Der EMS sei keine reine Wissensprüfung, sondern ein Stresstest. Er messe die Fähigkeit, unter Druck schnell zu arbeiten. Eine Zeitverlängerung würde den Charakter des Tests verfälschen und die Ergebnisse unvergleichbar machen, es drohe eine «Überkompensation», also eine Bevorzugung gegenüber gesunden Mitbewerbern.

M.V. fiel durch den Test. Doch sie gab nicht auf. Unterstützt von Inclusion Handicap, dem Dachverband der Schweizer Behindertenorganisationen, zog sie bis vor das Bundesgericht.

Im Mai 2024, nach einer hitzigen Debatte, fällte das Bundesgericht ein bedeutendes Urteil: Diese Form des Nachteilsausgleichs bedeute keine Überkompensation oder Überverteilung. Im Gegenteil: Die Fähigkeit, unter Zeitdruck und Stress schnell eine Lösung für eine Aufgabe zu finden, werde durch die Lese- und Schreibschwäche in keiner Weise eingeschränkt. Indem sich die Universität weigere, allein aus Angst vor einer Überkompensation gleiche Ausgangsbedingungen zu schaffen, würde es zu einer systematischen Ausgrenzung einer ganzen Bevölkerungsgruppe vom Medizinstudium führen. Dies sei inakzeptabel.

Dieses Urteil ist mehr als ein juristischer Sieg für M.V.; es ist ein Signal. Zum ersten Mal überhaupt wurde eine Urteilsberatung am Bundesgericht in Gebärdensprache übersetzt. Es zeigt, dass die Definition von «Leistung» im medizinischen Kontext neu verhandelt werden muss und dass behinderungsbedingte Benachteiligungen in

Aus- und Weiterbildung durch Medienberichte thematisiert werden müssen.

Die UZH investiert: Der Campus Irchel wird saniert, Neubauten am USZ folgen «Universal Design»-Prinzipien, und Dozierende werden zunehmend für «Unconscious Bias» sensibilisiert. Doch bauliche Massnahmen sind das eine, der kulturelle Wandel und Entstigmatisierung das andere.

Das Urteil des Bundesgerichts im Fall M.V. hat gezeigt, dass wir alte Glaubenssätze über «Eignung» hinterfragen müssen. Wir brauchen Beweise, dass es geht. Wir brauchen Geschichten, die zeigen, dass ein Rollstuhl kein Hindernis für eine brillante medizinische Karriere ist, sondern oft ein Beweisstück für mehr Perspektive, Expertise und sogar Empathie.

Illustration: Leon Odzini (nach einer Fotografie von Dolly Clew)



Einen Einblick dazu gibt uns Grace Spencer Green, denn wenn wir über Behinderung sprechen, dürfen wir nicht vergessen, die Personen zu Fragen, die es am besten wissen. Mit jenen, die Zahlen mit Worten begründen können und Antworten geben auf Fragen, die viele sich vielleicht nicht zu stellen trauen. Darum haben wir für euch mit Grace Spence Green gesprochen. Die junge Londonerin ist vieles: charmant, herzlich, offen – und Ärztin. Im Call begrüsst sie uns mit einem Lächeln, das eine Wärme vermittelt, die sofort spüren lässt, wie viel ihr das Thema «Behinderung & Einschränkung» bedeutet. Auf die Frage, was viele nicht von ihr erwarten würden, erzählt sie, dass sie in den Wintermonaten gerne Eisbadet. Während andere das dunkle Wasser meiden, schreckt sie vor der Kälte nicht zurück. Vielleicht gerade diese Konfrontationsbereitschaft und dieser Mut ermöglichen es Grace, die Resonanz zu erhalten, die das Thema benötigt. Doch beginnen wir am Anfang.

Wie viele von uns war auch Grace eine unter vielen MedizinstudentInnen. Sie entschied sich für das Studium wegen der Menschen, der Patientenkontakt war ihre grösste Motivation. Gerade darum fielen ihr die ersten Semester im Studium so schwer, da diese sehr naturwissenschaftslastig sind, wie sie uns lachend erzählt. Sie interessierte sich vielmehr für persönliche Begegnungen, für Geschichten. Doch ihr Studium verläuft anders als gedacht. Mit 22 Jahren, im vierten Studienjahr, wird sie querschnittgelähmt, nachdem ein Mann aus einem Einkaufszentrum springt und auf sie fällt. Der Übergang ist radikal: vom Behandeln zum Behandelten werden. Sie muss eine neue Welt kennenlernen, die sie zuvor nur aus professioneller Distanz kannte. Aus ihrer Zeit im Spital prägt Grace vor allem, wie wenig Kontrolle PatientInnen haben. Auch heute im Alltag hat sie ein besonderes Auge für die Wahrnehmung von PatientInnen und wie hilflos sie sich fühlen. Trotz allem lässt Grace sich nicht unterkriegen. Die neugewonnenen Erfahrungen nutzt sie, um mehr Sichtbarkeit für eine diverse Ärzteschaft zu schaffen.

Rund 15 bis 20 Prozent der Bevölkerung leben mit einer Behinderung, doch diese Realität spiegelt sich kaum in der Ärzteschaft wieder. Man fragt sich: warum eigentlich? Grace ist nun die eine unter vielen ohne Rollstuhl. Doch genau sie macht vor, dass es absolut möglich ist, Ärztin zu sein. Sie zeigt auf, dass ihr Lebensweg und ihre Einschränkungen Chancen bieten. Grace bringt eine Erfahrung mit, die in der Ausbildung oft fehlt: ein tiefes Verständnis für Barrieren, Abhängigkeiten und die feinen Nuancen von Macht und Ohnmacht im klinischen Alltag. Ihre Empathie entsteht nicht aus Lehrbüchern, sondern aus gelebter Erfahrung. Gleichzeitig erlebt sie, wie es ist, sich täglich an eine Welt anpassen zu müssen, die nicht für sie gebaut wurde. Wer wie sie ständig neue Wege finden muss, entwickelt ein besonderes Auge für Schwierigkeiten im Alltag. Je mehr Diversität herrscht, umso mehr Erfahrungen können nachvollzogen, Barrieren sichtbar, und Raum für Innovation eröffnet werden. Diese Sichtweise macht PatientInnen wieder zu einem Menschen, der tagtäglich das Leben erlebt und einen Arzt oder eine Ärztin, die ebenso das Leben mit all seinen Hürden kennt.

Grace betont, wie falsch die Grenze zwischen der «perfekten Medizinerin in Weiss» und dem «kranken Patienten» sei. Professionalität liegt nicht

im makellosen Körper, sondern in Wissen, Haltung und Beziehung. Verletzlichkeit und Kompetenz gehören zusammen. Vielleicht gerade darum sind viele PatientInnen erleichtert, wie Grace uns berichtet, wenn sie angerollt kommt. Sie spüren, dass ihre Ärztin eigene Erfahrungen mit Verletzlichkeit, Abhängigkeit und Kontrollverlust hat. Grace hört anders zu. Weniger distanziert. Mehr geteilt. Ihre Präsenz wirkt entstigmatisierend: Menschen vertrauen ihr Themen an, die sie sonst vielleicht verschweigen würden. Es gelingt ihr, eine Brücke zu schaffen – zwischen Körpern, Rollen, Erwartungen., zwischen dem, was Medizin sein will, und dem, was sie sein könnte.

Genau deshalb macht Grace deutlich, warum Ärztinnen und Ärzte mit Disabilities nicht nur willkommen sein sollten, sondern für die Medizin unverzichtbar sind. Ihre Präsenz schliesst eine Lücke, die oft unbemerkt bleibt. In der Ausbildung verlieren viele Studierende den Bezug zu den Menschen, die sie später behandeln sollen. Zwischen Formeln, Lernkarten und eng getakteten Kursen geht etwas verloren, das selbstverständlich sein sollte: Menschlichkeit. Auch Ärztinnen und Ärzte sind verletzlich, werden krank, altern, sterben. Trotzdem hält sich das Bild der unversehrten Medizinerin und des kranken Patienten hartnäckig. Diese künstliche Grenze verhindert Chancen und verstellt den Blick auf das Wesentliche.

Neben ihrem Alltag als Ärztin ist Grace auch Dozentin. Die Ausbildung und das Schaffen von Bewusstsein sollte bereits hier beginnen. Diese Haltung entstand aus der Erfahrung, dass viele Medizinstudierende erstmals bewusst mit Behinderung im Gesundheitswesen konfrontiert werden. Sie ist jedes Mal überrascht, wie wenig Bewusstsein und Wissen über Barrieren vorhanden ist und erdrückt davon, wie tief die ableistische Vorstellungen noch immer sitzen. Trotzdem begegnen sie ihr mit grosser Offenheit. Die Bereitschaft und das Interesse wäre da. Sie stellen Fragen und nutzen Grace' Perspektive, um ihre eigenen Vorstellungen von Professionalität zu hinterfragen. Der Begriff «Eignung» und die Definition davon kommt dann häufig auf. Er fordert eine ehrliche und präzise Differenzierung, die über formale Kriterien hinausgeht. Eine Ärztin darf Hilfe annehmen, ein Arzt darf sich verletzlich zeigen. Beides gehört zum Menschsein und zur Professionalität.

Zum Schluss bleibt die Frage, was junge Medizinstudierende tun können,

um andere stärker einzubinden. Vieles beginnt früher, als man denkt. Nicht erst im Praktikum oder am Krankbett, sondern im Hörsaal, im Seminar, im Alltag zwischen Menschen, die lernen, ÄrztInnen zu werden. Es beginnt damit, Barrieren zu sehen, bevor sie jemand benennen muss. Räume, Wege, Materialien, Prüfungsformen – nicht warten, bis Betroffene selbst darauf hinweisen und Verantwortung teilen. Es beginnt damit, Sprache zu hinterfragen. Worte formen Bilder und Bilder formen Erwartungen. Wer von «an den Rollstuhl gefesselt» spricht, fesselt vor allem das Denken. Wer präziser spricht, sieht präziser. Hilfe sollte nicht als Schwäche gesehen werden, weder bei sich selbst noch bei anderen. Menschlichkeit beginnt damit, zuzuhören. Nicht nur den Fällen, sondern den Menschen. Nicht nur den Symptomen, sondern den Erfahrungen.

Inklusion ist also kein Zusatzmodul oder Wahlfach. Es geht darum sich täglich zu Entscheiden. Zu beobachten, zuzuhören und anzusprechen. Hier können Studierende (und auch ÄrztInnen) mehr bewirken, als sie glauben – indem sie die Medizin nicht nur ausüben, sondern mitgestalten.

Nina Bernardinis und Leon Odzini

QUELLEN

Aeberhard, M. (2024, 27. November). *Inclusion handicap: Nachteilsausgleich auch beim Zugang zum Medizinstudium*. *humanrights.ch*. <https://www.humanrights.ch/de/anlaufstelle-strategische-prozessfuhrung/falldokumentation/nachteilsausgleich-auch-beim-zugang-zum-medizinstudium/>



WAS FÜR EIN*E ÄRZT*IN BIN ICH ?

Kommen wir zu den wirklich essenziellen Dingen im Leben: Welcher Grey's-Anatomy-Arzt oder welche Ärztin bin ich?

Nicht, weil es medizinisch relevant wäre, sondern weil man im Beruf auch mal um ganz andere Kompetenzen geht: Haltung. Chaosresistenz. Ego-Management. Die Fähigkeit, inmitten emotionalem Chaos aufrecht und seriös zu bleiben. Und natürlich die Frage, ob du eher der Fels in der Brandung bist – oder das Gewitter selbst.

Jede Antwort bringt dich einem der vier Charaktere näher: Weber, Christina, Derek oder Meredith. Ob du am Ende als stabile Leitfigur, ehrgeizige Maschine, charmantes Wunderkind oder emotionales Rätsel hervorgehst, zeigt sich erst, wenn du dich durch die kleinen Dramen, grossen Katastrophen und alltäglichen Absurditäten dieses Quizzes bewegst.

Hast du ein Zwischenjahr gemacht?

- A. Mehr als nur eines.
- B. Keine Zeit.
- C. «Zwischenjahr» wäre falsch ausgedrückt, ich musste mich optimal auf meine Karriere vorbereiten.
- D. Ich musste. Ich brauchte meine Ruhe.

In meinen Ferien:

- A. Ich mache Yoga, entspanne mich ein wenig.
- B. Lerneich, was denn sonst.
- C. Lass ich mich feiern (weil ich Arzt/Ärztin bin).
- D. Partyurlaub.

Wie kommst du bisher durchs Studium?

- A. Meine innere Mitte ist etwas aus dem Zengeraten, trotzdem gebe ich nicht auf und helfe anderen. Meine Passion.
- B. Bah, das Studium bremst mich aus. Ich kann sowie so mehr als die meisten hier.
- C. Theoretisch: Geradeschwierig.
- D. Ich leide, aber ich bleibe.

Ich bin seit vielen Jahren:

- A. In einer Beziehung.
- B. Nur für low performer. Ich muss an die Spitze...
- C. Single.
- D. Locker am Daten.

Würden deine Freunde dich als pünktlich bezeichnen?

- A. Ja.
- B. Was meint ihr mit Freunde? Was ist das?
- C. Nein.
- D. Als Arzt weiss man nie, was kommt. Deshalb: Ja, eigentlich schon, ausseres handelt sich gerade um einen Notfall.

Erster Tag als Assistenzärztin/Assistenzarzt:

- A. Früh da, Ruhe ausstrahlen, Team begrüßen.
- B. Ersten Fall schnappen, loslegen.
- C. Nervös, ehrlich, hoffend, dass niemand es merkt.
- D. Souverän, charmant, unnahbar.

Am ehesten trinke ich:

- A. Wasser
- B. Koffein
- C. Scotch
- D. Tequila

Wie reagierst du in diesen Situationen?

Der Patient ist im OP verstorben...

- A. Du nimmst dir viel Zeit, um mit den Angehörigen über ihren Verlust zu sprechen.
- B. Der Patient ist verstorben. Schade. Die OP ist gescheitert.
- C. Du schickst eine Assistenzärztin / einen Assistenzarzt.
- D. Du kommunizierst es sachlich, ehrlich und mitfühlend.

Eine Chefarztstelle wird frei...

- A. Du willst nicht, aber das Team drängt dich.
- B. Du nimmst die Stelle. Punkt.
- C. Du würdest alles dafür aufgeben.
- D. Klingt nach viel Arbeit – nein danke.

Was Flugzeug stürzt ab...

- A. Du rettetest alle, wenn möglich.
- B. Wo ist mein Schuh?
- C. Du bist verschollen.
- D. Panik – du suchst jemanden, der weiss, was zu tun ist.

Love interest sagt: «Wett ich nöd.»...

- A. Ich überzeuge sie, dass ich liebenswert bin.
- B. Ich brauche keine Liebe.
- C. Ich bin zwar vergeben, aber alle wollen mich.
- D. Pickme.

Schlechte Bewertung vom Oberarzt.

- A. Reflektieren, besser werden.
- B. «Er hat keine Ahnung.»
- C. Existenzkrise, dann fängst du dich.
- D. Kurz irritiert, dann wieder stabil.

Unangekündigte Visite.

- A. Immer vorbereitet.
- B. Improvisieren, wirken, als wäre alles geplant.
- C. Hoffen, dass niemand merkt, wie du innerlich rennst.
- D. Perfekte Frisur, beruhigendes Lächeln.

Eine Patientin bedankt sich überschwänglich.

- A. Würde voll annehmen, etwas Weises sagen.
- B. «Ich habe nur meinen Job gemacht.»
- C. Verlegen, zuehrlich.
- D. Charmantes Lächeln.

AUSWERTUNG

Zähle, wie oft du A, B, C oder D gewählt hast.

Der Buchstabe, der am häufigsten vorkommt, zeigt dir, welchem Charakter du am ähnlichsten bist. *(mehr dazu auf der nächsten Seite)*

A = WEBER

B = CHRISTINA

C = DEREK

D = MEREDITH

MEREDITH:

Dr. Meredith Grey ist ziemlich verwirrt. Eigentlich karrierefokussiert, ihr kommt aber irgendwie immer etwas dazwischen. Sie lässt sich von ihrem persönlichen Leben ablenken, will es aber nicht wirklich zugeben. Probleme werden verdrängt, bis sie in einem riesigen mental breakdown ausbrechen. Ihr grösstes Problem: Die Menschen um sie herum sterben wie die Fliegen. Ihr main coping mechanism: Sex und männliche Aufmerksamkeit. Schliesslich ist sie das originale „pick me“-Girl.



DEREK:

Dr. Derek Shepherd ist schön, erfolgreich, ja, einfach perfekt (50% der Einschaltquoten sind wahrscheinlich ihm zu verdanken). Als Neurochirurg hat er eine ruhige Art und ist natürlich sehr intelligent. Moralisch jedoch hakt es noch ein bisschen: Geht es um Frauen, ist er unentschlossen und verwirrt. Ethische Vorschriften und Regeln sind ihm relativ egal, solange er der Meinung ist, er mache das richtige. Kommunikation ist schwierig, ausser es geht darum, wie toll er ist. Und wenn ihn jemand auf seine Mackel hinweist, sind sie einfach zu kompliziert, um für andere nachvollziehbar zu sein. Er ist eben einmalig. Seine Haare sind aber schon ein grosser Pluspunkt und ein grosses Herz hat er eigentlich auch. Vor allem für Kinder und seine Familie.

DR. WEBER:

Dr. Richard Weber ist ein typischer „Mum friend“: Er hat immer ein offenes Ohr und bietet stets Unterstützung. Sein Fokus liegt darauf, das Team zusammenzuhalten und dass sich möglichst alle wohl fühlen. Durch seine Neugierde weiss er immer, was der neuste Tea ist. Manchmal übertreibt er es aber auch, gibt ungefragten Ratschlag oder mischt sich in Dinge ein, die ihn gar nichts angehen. Über seine eigenen Probleme spricht er ungerne im Moment, denn das könnte seine Integrität verletzen. Im Nachhinein jedoch bringt er sie teilweise ein bisschen zu oft auf.



CHRISTINA:

Dr. Christina Yang ist eine typische Karrierefrau written by men: kalt, ehrgeizig und eigentlich recht unsympathisch. Was sie denkt, sagt sie auch, egal wen es verletzen mag, sie ist "ja nur ehrlich". Beziehungen und Emotionen aller Art (ausser die zu Meredith) findet sie unnützlich und überflüssig – bis sie natürlich irgendwann merkt, dass auch sie Leute braucht. Um während der Ausbildung die besten OPs zu bekommen, geht sie über Leichen. Das geht aber nur solange sie ihre Schuhe hat, die verliert sie nämlich in den unpassendsten Momenten.





Die Jungs posieren stolz nach waghalsigen Sprüngen in den Fluss.

VOM HÖRSAAL INS LEBEN

DREI MEDIZINSTUDIERENDE ERZÄHLEN VON IHREM WAHLSTUDIENJAHR IN KAMBODSCHA

Bis zum Ende der Herrschaft der Khmer Rouge im Jahr 1979 fielen schätzungsweise zwei Millionen Menschen, rund ein Viertel der damaligen Bevölkerung, dem blutigen Genozid zum Opfer. Intellektuelle, Lehrende und medizinisches Fachpersonal wurden systematisch ermordet.

Die übrigen im Land verbliebenen Ärztinnen und Ärzte starben bis auf eine Handvoll an Krankheit, Erschöpfung und Hunger. Damit wurde das Gesundheitssystem fast vollständig ausgeradiert. Der Wiederaufbau begann langsam und blieb lange zerbrechlich. Er wurde von Einzelnen getragen, die im Land geblieben waren oder zurückgekehrt waren –

unter ihnen der Zürcher Kinderarzt Beat Richner. Nach seinem SRK-Einsatz in den 1970er-Jahren und der Flucht vor den Roten Khmer reiste er 1992 nach Kambodscha zurück und setzte sich unermüdlich für den Wiederaufbau der pädiatrischen Versorgung ein. Das Ergebnis sind die Kantha Bopha Spitäler, die heute rund 85% aller kambodschanischen Kinder kostenlos behandeln und den Menschen wieder Vertrauen in die Medizin geben.

Sechs Jahre nach seinem Tod öffnen sich in Siem Reap erstmals die Türen für Schweizer Medizinstudierende, die ihr Wahlstudienjahr in der charmannten Kleinstadt absolvieren dürfen. Das Wahlstudienjahr markiert einen besonderen Abschnitt im Medizinstudium. Es ist ein Jahr des Übergangs, des Innehaltens und des bewussten Lernens jenseits von Lehrbüchern und Hörsälen. Medizin wird hier nicht nur theoretisch erlernt, sondern auch praktisch erlebt: in langen Tagen, müden Nächten und in Momenten, die sich tief einprägen. Besonders im Ausland erhält dieses Jahr eine zusätzliche Note. Im Folgenden nehmen



Der Bloc der Herzchirurgie in Siem Reap.

drei Erfahrungsberichte von Medizinstudierenden die Lesenden mit auf einen Rundgang durch Kulturschock, Operationssäle und chaotischen Geburtsszenen. Medizin ist nicht nur Fachwissen, sondern auch ein Spiel mit Kultur, Körpersprache und improvisierter Verständigung. Zwischen Überforderung und leichter Verzweiflung wird aus Missverständnissen eine Art Tanz: Man lächelt, man nickt, man improvisiert – und am Ende lernt man mehr als nur Medizin.

LEHREN AUS DEM BLOC

Mit dem Geschmack von Zahnpasta und Kaffee im Mund machte ich mich in der frühen Morgenstunde hastig zu Fuss auf den Weg zum Morgenrapport. Manchmal steckte der Wohnungsschlüssel noch in der Tür, so schlaftrunken war ich. Doch der knappe Schlaf fiel kaum ins Gewicht, denn die Sonne strahlte bereits früh warm ins Gesicht und wirkte wie ein natürlicher Wecker. Ich habe mich entschieden, über den Bloc zu schreiben – eine Kurzform von *Bloc d'opérateur* –, wie Kambodschaner häufig den Operationsaal nennen. Kaum irgendwo sonst wurde mir Geschichte und Kultur Kambodschas so greifbar. Ein Operationsaal ist wie ein kleines Universum: vier Wände, ein eigener Rhythmus, eigene Regeln, eigene Sprache. In dem Moment, in dem man die Maske anlegt, scheint die Welt draussen für einen Augenblick zu verschwinden. Das sterile Einwaschen ist derselbe kleine Akt der Selbstberuhigung, das Instrumentieren läuft wie ein eingeübter Tanz und die Anatomie des Körperinneren bleibt, egal auf welchem Kontinent, dasselbe alte Wunderwerk.

Doch gerade in diesem Raum, der so vergleichbar ist, werden kulturelle Unterschiede plötzlich schärfer sichtbar. Die Sprache ist dafür das beste Beispiel: Im kambodschanischen bloc mischen sich Khmer, Französisch und Englisch zu einem bunten Lexikon. Viele Instrumente tragen französische Namen, von einer Zeit, in der die schulische Medizin noch im französischen Kolonialsystem gelehrt wurde. Ältere Chirurgen, die das Khmer Rouge Regime noch als Kinder miterlebt haben, sprechen oft besser Französisch als Englisch. Die jüngeren Generationen wiederum bevorzugen Englisch. Das Ganze vermischt sich zu einem lebhaften Fachjargon, bei dem ich mit Schulfranzösisch oft nur knapp hinterherkam. Mit meinem kleinen Wörterbuch lernte ich fleissig ein paar Khmer-Ausdrücke für den OP– zum Beispiel, um das Zählen der Tücher anzusagen. Wenn ich das dann, etwas stolpernd, aussprach,

entstand im Saal dieses kurze, herzliche Staunen. Ein paar Sekunden lang war alles still, dann brach das Lachen los und ich wurde gefeiert als hätte ich gerade ein Leben gerettet. So erappte ich mich dabei, abends lieber Vokabeln zu lernen als in dem wuchtigen Cardiothoracic Surgery-Lehrbuch zu lesen, das mir der Chefarzt der Herzchirurgie zum Repetieren in die Hand gedrückt hatte. Die Sprache hat mich den Menschen nähergebracht. Sie hat mir geholfen zu zeigen, dass ich mich für sie interessiere, und mir zugleich ermöglicht zu verstehen.

Als Medizinstudent bekommt man von den älteren Jahrgängen ohnehin schon reichlich Geschichten von alten Chirurgen und Eskapaden im OP geliefert. In der Schweiz ist man kon-

WENN DIE GEBURT NICHT VORWÄRTS GING, LEHNEN SICH GERNE MAL MEHRERE LEUTE MIT VOLLEM KÖRPERGEWICHT AUF DEN BAUCH DER FRAU.

Kru, egal ob sie Arzt, Pflegeperson oder Hebamme sind. Es ist ein Ausdruck der traditionellen Khmer-Medizin, die seit

Jahrhunderten in den Dörfern lebt. Hinter dem Wort steckt eine Haltung: Wir sind gemeinsam verantwortlich, wir arbeiten gemeinsam, wir sind Teil desselben Ganzen. So lernte ich

durch die Sprache, dass Kantha Bopha ein Ort ist, an dem die Rollen laufend an die Situationen angepasst werden, genauso wie der Wandel einer Sprache. Der Herzchirurg war einst Orthopäde und wurde umgeschult, weil das Land jemanden brauchte, der diese Lücke füllt. Und vielleicht ist es genau das, was den Bloc in Kambodscha so anders macht.

Jan Han



Allein im letzten Jahr wurden in Kantha Bopha 35 978 chirurgische Eingriffe durchgeführt.

zentriert, es wird schnell und direkt kommuniziert, die Stimmen sind klar und oft laut, bis die Suppe endlich richtig kocht. Als UHU merkt man dann schnell: Sobald es ernst wird, ist es besser, den Mund zu halten, zuzusehen und sich der Situation anzupassen. Reden ist Silber, Schweigen ist Gold, wie man so schön sagt. In Kambodscha beweist mir das Gegenteil. Über dem Saal liegt eine buddhistische Ruhe. Die hohen Fallzahlen machen die Hände sicher und die Bewegungen routiniert. Alles ist Teil eines Kreislaufs: Man arbeitet, macht weiter und bleibt im Fluss. Selbst die schwierigsten Momente sind nur ein Teil dieser Bewegung.

Im Krankenhaus von Siem Reap gibt es ein Wort, das alles zusammenhält: Kru. Heiler. Eltern nennen die Menschen, die ihre Kinder behandeln,

BLICK FÜR PRIORITÄTEN

Als Medizinstudierende aus der Schweiz kamen wir mit gewissen Vorstellungen nach Siem Reap. Wir rechneten mit grossen Unterschieden, ressourcenbedingt eingeschränkter Medizin und viel Improvisation. Auf der neonatologischen Intensivstation zeigte sich jedoch schnell ein anderes Bild: Die medizinischen Grundlagen sind dieselben wie bei uns in der Schweiz. Engmaschige Überwachungen, Infektprävention, stabile Ernährung und Atemunterstützung prägen den Alltag der kleinen Patient:innen. Ich realisierte mit der Zeit, dass der Unterschied weniger in der Qualität liegt als im Umgang mit den Ressourcen.

Material, Medikamente und Personal stehen nicht unbegrenzt zur Verfügung. Alle Entscheidungen müssen be-

wusst getroffen und gut geplant werden. Das verändert den Blick darauf, was „hochqualitative Medizin“ wirklich bedeutet. Nicht alles ist automatisch sinnvoll; entscheidend ist, was dem einzelnen Kind im Moment am meisten nützt – natürlich unter dem Vorbehalt, dass die entsprechenden Interventionen oder Medikamente vorhanden sind. Diese pragmatische, ruhige Herangehensweise wirkt weder resigniert noch improvisiert, sondern erstaunlich durchdacht. Zudem staunt man über die schlichte, klare Dokumentation des Wesentlichen. Dadurch, dass viele grundlegende Behandlungsmethoden definiert sind, erschliesst sich einem mit einem Blick auf die Patientenkurve, wo das Team bei Diagnose, Medikation, Therapie und Austrittsplanung steht. Das ist etwas, das wir zu Hause ganz anders angehen.

Der Austausch mit Dr. Bunthong, einem der wenigen Neonatologen ausserhalb der Hauptstadt Phnom Penh, ist dabei besonders eindrücklich. Zwischen Visiten und Stationsarbeit entstehen immer wieder entspannte, ehrliche Gespräche – teils sehr reflektiert, etwa über die Zukunft der Neonatologie in Kambodscha. Es geht um schrittweise Modernisierung, die Ausbildung des Nachwuchses und darum, Medizin nachhaltig weiterzuentwickeln, ohne lokale Strukturen zu übergehen. Zudem wird Humor ganz entspannt in den Alltag integriert; durch das familiäre Verhältnis im Team weiss man, wie man Spass und Freude teilt und sich auch mal gegenseitig aufzieht.

Auffällig ist auch der enge Einbezug der Eltern in die Pflege. Ihre konstante Präsenz und Mitarbeit gehören selbstverständlich zum Stationsalltag und zeigen, wie stark Medizin vom kulturellen Kontext geprägt ist.

Für uns als Schweizer Studierende war diese Zeit mehr als eine „gewöhnliche“ UA-Stelle. Dieser Einblick in das Erbe von Beat Richner und Peter Studer zeigte uns, was man mit hochqualitativer, ausbildender Medizin im Ausland erschaffen kann und wie Menschen mit Herzblut für ihre Patient:innen arbeiten. Diese Zeit schärfte meinen Blick für Prioritäten, relativierte Standards und erinnert daran, dass hochqualitative Medizin von Haltung, Teamarbeit und Eigenverantwortung lebt.

Eine einfache Idee, die diesen Alltag und die Patient:innen konkret unterstützt, ist eine Kaffeespenden-Aktion. Jeder gespendete Kaffee – egal ob aus

der Cafeteria für 1.70 Fr. oder ein ViCafe für 5 Fr. – trägt direkt zu Infusionen, Hygienehandschuhen, zusätzlichem Personal und einer besseren Patientenversorgung bei. Kleine Beträge, die sich summieren und genau dort ankommen, wo sie gebraucht werden. Zusammen könnten wir als Studierende somit bereits mit einer Kleinigkeit viel für die Patient:innen bewirken.

Devanshi Patel

ÜBER GEBURTEN UND GRENZEN SETZEN

Irgendwann gegen Ende meines Wahlstudienjahres war ich nur noch die Hülle eines zunehmend desillusionierten Unterhundes. Dann kam Kantha Bopha und hauchte diesem gebrochenen Uhu wieder Leben ein – überspitzt gesagt.

Kambodscha zeigte mir wieder all die schönen Seiten des Arztberufs auf. Zu sehen, wie ein einziges Spital so viele Leben verbessern und retten kann, und dies kostenlos, wie Familien dafür von den entferntesten Teilen

des Landes anreisen, sowie die Hingabe der Ärzte, die noch viel strengere Arbeitszeiten haben als bei uns, all dies hat mich zutiefst beeindruckt. Und alles funktionierte ohne den unendlichen Papierkram, der unserem Gesundheitspersonal so zu schaffen macht.

An dieser Stelle ist es mir aber wichtig anzumerken, dass ich das Thema Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern keineswegs romantisieren will. So beeindruckend es ist, zu sehen, wie im Kantha Bopha die Angehörigen der Kinder Tag und Nacht auf kleinen Plastikstühlen neben deren Betten sitzen, sie pflegen und verpflegen, wie

sich manchmal mehrere Kinder ruhig ein einzelnes Bett teilen oder nach einer OP tagelang mitsamt Infusion und Gips auf Teppichen am Boden liegen, weil die restlichen 80 Betten im Saal belegt sind, so dankbar sollten wir alle darüber sein, dass wir hier in der Schweiz andere Standards gewohnt sind.

Dennoch möchte ich hier von meinen Erfahrungen berichten, die mir besonders in Erinnerung geblieben sind. Da ich nicht unendlich viel Platz und Zeit zur Verfügung habe, konzentriere ich mich auf meine zwei Wochen auf der Geburtsstation.

Hier durften wir Schweizer Studierende besonders viel mithelfen: Im OP ganze Teilschritte der Sectios durchführen, Ballondilatationen machen, Fruchtblasen eröffnen, ganze Geburten begleiten – inklusive Babys zur Welt bringen und danach wie kleine Burritos in Tücher einwickeln – und Nähen, ganz, ganz viel Nähen. Geprägt und dezent traumatisiert von den typischen Uhu OP-Erfahrungen in der Schweiz habe ich mich das erste Mal, als ich nach der Sectio zunähen durfte, gefühlt zwanzig Mal im Voraus für mein langsames Tempo und meine fehlende Erfahrung entschuldigt. Mit der Zeit wurde mir aber klar, dass hier nicht der gleiche Zeitdruck herrschte, dass mir alle gerne etwas beibrachten und sich mit mir freuten, als meine Nähte von Tag zu Tag immer besser wurden. Fehler wurden geduldig korrigiert und Fortschritte absolut unverhältnismässig in den Himmel gelobt.

Besonders die Hebammenschülerinnen gaben ihr Bestes, mit ihren wenigen Englischkenntnissen mit mir zu plaudern. Eines Tages nahm ich einen Khmer Dictionary mit und versuchte mich in ihrer Landessprache. Ein Trauerspiel für mich. Brachte jedoch viel Freude und Gelächter, also doch

IRGENDWANN GEGEN ENDE MEINES WAHLSTUDIENJAHRES WAR ICH NUR NOCH DIE HÜLLE EINES ZUNEHMEND DESILLUSIONIERTEN UNTERHUNDES.



Professor Chantana in einem herzhaften Moment mit Mitarbeitenden bei Beat Richners Gedenkfeier.

Mission erfüllt.

Es gab aber auch viele Momente, die für uns Schweizer Studierende befremdlich waren. Geburten passierten gefühlt wie am Fließband. Schnell lernten wir, auf Khmer „Drücken! Drücken! Nochmal!“ zu rufen. Wenn die Geburt nicht vorwärts ging, lehnten sich gerne mal mehrere Leute mit vollem Körpergewicht auf den Bauch der Frau. Keine Angehörigen sind im Geburtssaal erlaubt, auch wenn die jüngsten Mütter gerade mal 14 Jahre alt waren. Kaum hat eine Frau ihr Kind geboren, meist ohne einen Laut von sich zu geben, wird ihr Kind sofort abgeputzt, eingepackt und vorerst auf einem Fenstersims zwischengelagert, während möglichst ohne Umschweife die Geburtsverletzungen der Frau genäht werden. Dann wird eine Pritsche neben das Bett geschoben, die Frau muss selbstständig herüberklettern, ihren Infusionsbeutel umhängen, das Baby wird neben sie gelegt, die beiden werden weggerollt und die nächste Frau liegt bereit. Trotz dieser Effizienz brachten an ausgelasteten Tagen manche Frauen ihr Kind schon auf dem Boden im Flur zur Welt.

Bei jedem dieser Prozesse durften wir mithelfen, wobei ich mich manchmal auch bestimmt wehren musste, wenn ich mich zum Beispiel einmal einen Dammriss nicht nähen wollte – weil die Wunde zu tief war oder die Frau zu grosse Schmerzen hatte, während ich mit der Sprachbarriere weder ein Wort zu ihr sagen noch die Ratschläge der Hebammen verstehen konnte. Die praktische Ausbildung der Studierenden hat in Kambodscha einen hohen Stellenwert. Sehr oft hörte ich die Worte „It's okay if she's in pain, you have to practice, you have to remember that you help her“. Das mag für die einheimischen Student*innen stimmen – doch meiner Meinung nach ist es für uns ausländischen Unterassistent*innen wichtig zu wissen, wo unsere Grenzen liegen.

Hier zeigt sich, weshalb für mich Kantha Bopha eine besonders gute Stelle war. Vor meinem WSJ habe ich viel von Praktika in Entwicklungsländern gehört, wo man als Schweizer*in „besonders viel selbst machen kann“. Oft hörten sich diese Erfahrungen aber nicht lehrreich, sondern überfordernd oder sogar gefährlich an. Ich wollte ins Ausland, um dort Erfahrungen zu sammeln und – so kitschig es klingt – meinen Horizont zu erweitern, nicht um möglichst viel zu üben. Dass wir in Kambodscha sehr viel selbst Hand anlegen durften war natürlich spannend, jedoch passierte dies immer unter ge-



Junge Mönche besuchen die historische Gedenkstätte der Killing Caves in Battambang.

nauer Aufsicht und Anleitung. Denn abgesehen von den kambodschanischen Student*innen waren wir die einzigen ausländischen Studierenden. Die Mitarbeitenden - vom Pflegepersonal über Chefärzt*innen bis zur Klinikleitung - kannten uns und wir kannten sie. So entstand ein besonders enger und persönlicher Austausch.

Auch das Leben ausserhalb der Klinik hatte viel zu bieten. Sport, Tanz, Kultur, Kulinarik, Sonnenaufgänge über Angkor Wat, herzliche Begegnungen mit Kindern und Jugendlichen in bunten Fischerdörfern, türkisblaues Wasser und weisser Sand auf Koh Rong, nicht-enden-wollende Tempelbesichtigungen mit einem viel zu engagierten Tourguide, halbbrüchliche Wanderausflüge im verregneten, verschlammten kambodschanischen Dschungel inklusive Elefanten und Blutegel, Reise zum inneren Zen auf einem Kanu irgendwo auf dem Mekong zwischen Reisfeldern in Südlas – ich brems mich hier.

Es bleibt mir also nur zu sagen: Bewirbt euch für eine Stelle am Kantha Bopha-Spital. Denn auch wenn ich jetzt nach meinem WSJ immer noch nicht weiss, was ich machen will, „wenn ich mal gross bin“ (häufigste Frage, die man sich als Uhu wohl anhören musste), so weiss ich jetzt zumindest wieder, wofür ich es mache.

Marah Ruepp

Die Zeit in Siem Reap hat uns gelehrt, dass Medizin weit über Landesgrenzen hinaus verbinden kann. Durch sie begegnet man Lebensgeschichten und intimsten Momenten, tritt fremden Kulturen nahe auf einzigartiger Weise, wie sie sonst kaum erfahrbar ist. Wir hoffen, dass diese Zeilen einen ehrlichen Einblick geben konnten und bestenfalls bei der einen oder dem anderen den Wunsch wecken, selbst Teil dieser Geschichte zu werden. Bis dahin kann auch eine kleine Spende Grosses bewirken: wohl heute der Betrag vom Kaffee, fünf Franken, die anderswo kaum ins Gewicht fallen. So lässt sich der Kaffee mit einer wohlthätigen Spende versüs-

IM KRANKENHAUS VON SIEM REAP GIBT ES EIN WORT, DAS ALLES ZUSAMMENHÄLT: KRÜ. HEILER.

sen, die dort ankommt, wo sie wirklich gebraucht wird. Unsere Erfahrungen haben uns gezeigt, dass es oft wenig braucht, um viel

zu verändern. Dass es auf den einzelnen Menschen ankommt. Als Medizinstudierende haben wir von den Menschen in Kambodscha so viel für das Leben mitbekommen, dass wir es heute zu unserer Aufgabe machen, ihre Geschichten weiterzuerzählen.

Text und Fotografien von Jan Han

QUELLEN

Lim S, Cheab S, Goldman LN, Ith P, Bounchan Y. The past, present and future of medical education in Cambodia. Med Teach. 2024

Versüsse dir heute deinen Kaffee mit einer wohlwollenden Note – und trinke gleich für zwei. Ganz einfach mit TWINT, und deine kleine Geste kann Wunder bewirken.

Vielleicht wirst du eines Tages selbst mit eigenen Augen in Kantha Bopha erleben, wie deine Spende aufblüht.







ICH BESTEHE DIE PRÜFUNGEN (OPTIONAL)



Ich stehe auf. Ich gehe schlafen.
Zwischen diesen zwei Pfeilern
meines Tagesrhythmus' sollte das dritte Semester
Medizin Platz haben.

Ich stehe auf. Ich gehe schlafen (optional).
Ein Pfeiler fiel um, als sich Freizeit und Studium
trafen.

Ich stehe auf (optional).
Dieser Text zeigt: mein Wille ist nicht aus Stahl.

Ich gehe in die Bibliothek. Ich lerne.
Interne Bänder, Muskeln und Knorpel des Larynx
muss ich können.

Ich gehe in die Bibliothek. Ich lerne (optional).
Bänder, Muskeln und Knorpel des Larynx sind
nach der Pause auch noch da.

Ich gehe in die Bibliothek (optional).
Bänder, Muskeln und Knorpel des Larynx können
mich mal.

Ich sehe Nerven, Faszien und Muskeln eines
Menschen. Sie faszinieren mich.
Im Sezierkittel untersuche ich, wie das Leben
aufgebaut ist.

Ich sehe Nerven, Faszien und Muskeln eines
Menschen. Sie faszinieren mich (optional).
Am Seziertisch, unter den Tüchern, sehen sie
weniger farbenfroh aus als in den Lehrbüchern.
Ich sehe die Nerven, Faszien und Muskeln eines
Menschen (optional).

Das Sezierbesteck habe ich. Die Fähigkeit damit
umzugehen leider nicht.

Ich gehe in die Vorlesung. Ich bearbeite sie
nach.
In kleinen Portionen, jeden Tag, verdaue ich das
Wissen nach und nach.

Ich gehe in die Vorlesung. Ich bearbeite sie nach
(optional).

Ich mache einen Mittagsschlaf; zum Verdauen -
und weg ist der Nachmittag.

Ich gehe in die Vorlesung (optional).

In der Lernphase bereue ich, dass ich unter dem
Semester gemütlich
verdaute und die Verdauung damit von meinem
Lernplan strich.

Ich lese das Biochemie Skript. Ich führe das Ex-
periment durch.

Mit guter Vorbereitung ist die Mündlichprüfung
kein Grund zur Furcht.

Ich lese das Biochemie Skript. Ich führe das Ex-
periment durch (optional).

Mein Gehirn ist nach einer Stunde im Bioche-
miesaal unbrauchbar und nicht mehr funktional.

Ich lese das Biochemie Skript (optional).

Noch sechs Tage bis zur Prüfung, shit. Zusammen-
fassungen und Gebete sind jetzt der richtige
Schritt.

Ich bestehe die Prüfungen. Die Lernphase rettet
mich.

Drei Wochen Disziplin sind möglich, auch wenn
mein Wille nicht aus Stahl ist.

Ich bestehe die Prüfungen. Die Lernphase rettet
mich (optional).

Wie schnell die Zeit verstrich; und ich kann den
Larynx immer noch nicht.

Ich bestehe die Prüfungen (optional).

Vielleicht geb' ich mir den ganzen Spass nächs-
tes Jahr einfach nochmal.

Naima Geiger



BÜCHER CLUB

MEDIZIN EDITION

Zwischen Präpkurs, Anki-Karten und der gefühlt nie endenden To-do-Liste bleibt selten Zeit und noch seltener die Energie, in der Freizeit noch mehr zu lesen. Falls ihr aber doch einmal eine freie Minute und die nötige Motivation findet, sind das 3 Vorschläge für eine spannende Lektüre, mit Bezug zur Medizin.

WHEN BREATH BECOMES AIR
PAUL KALANITHI

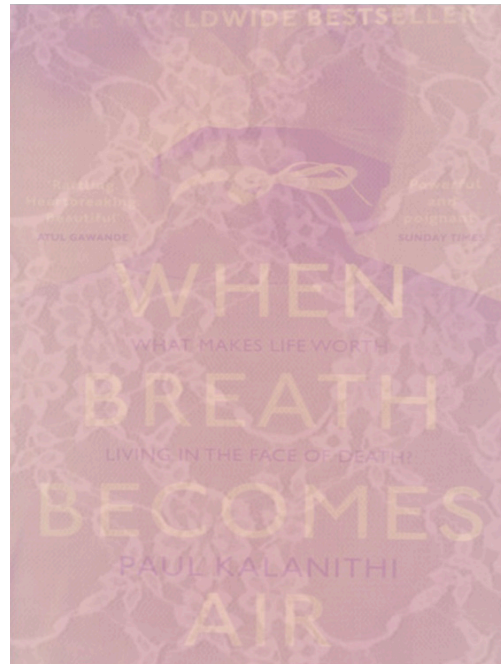
Wenn ihr euch manchmal nach dem «Warum» für eure Studienwahl fragt, sind diese Memoiren von Paul Kalanithi ein guter Ratgeber.

Paul ist kurz davor, seine Ausbildung als Neurochirurg an der Stanford University abzuschließen. Er steht vor einer vielversprechenden Karriere, bis er plötzlich vom Arzt zum Patienten wird. Die Diagnose: Lungenkrebs im Endstadium. Mit nur 36 Jahren muss er sich mit seinem baldigen Tod auseinandersetzen.

In seinem Buch setzt er sich auf präzise und gleichzeitig poetische Weise mit der Frage auseinander, was das Leben lebenswert macht, wenn man weiss, dass man bald sterben wird. Kalanithi beschreibt den Übergang vom behandelnden Mediziner, der über Leben und Tod entscheidet, hin zu jemandem, der selbst mit der eigenen Sterblichkeit ringt. Er schreibt über seine Liebe zur Literatur, die Herausforderungen in der Chirurgie und den Wunsch, trotz der Diagnose noch Vater zu werden.

Eine kleine Vorwarnung: Legt euch Taschentücher bereit, das Ende schreibt Pauls Frau Lucy, da er das Buch nicht mehr selbst vollenden konnte. Mir liefen durchaus ein, zwei Tränen herunter.

Extra-Tipp: Falls ihr nicht schon genug Angst vor der Assistenzzeit habt, oder nach «When Breath Becomes Air» ein Buch zum Lachen braucht, ist dieses Buch definitiv passend. Adam Kay schreibt in seinem Roman «This is Going to Hurt» mit sehr, sehr viel schwarzem Humor (als Medi vielleicht auch ein bisschen deprimierend) über seine Assistenzzeit im britischen Kliniksystem.



DER MEDICUS
NOAH GORDON



Falls ihr gerne historische Romane lest und euch schon einmal gefragt habt, auf welche Weise Augenkrankheiten, wie der Graue Star im 11. Jahrhundert behandelt wurden, könnte «Der Medicus» genau die richtige Lektüre für euch sein.

Noah Gordon erzählt die Geschichte des jungen Rob Cole, der früh seine Eltern verliert. Er wird von einem wandernden Bader und Barden aufgenommen, bei dem er erste medizinische Kenntnisse erlangt.

Als sein Freund, der Barde am Grauen Star zu erblinden droht, sucht er Hilfe beim jüdischen Medicus Benjamin Merlin. Dieser wendet die Technik des Starstichs an, einer frühen Methode zur Behandlung des Grauen Stars. Dadurch wird Rob bewusst, wie viel medizinisches Wissen im rückständigen England verborgen bleibt oder sogar als Ketzerei verfolgt wird. Getrieben von seinem unstillbaren Wissensdurst begibt er sich auf eine riskante Reise in den Orient, nach Persien. Sein Ziel ist das berühmte Isfahan, um an der Schule des legendären Arztes Ibn Sina (Avicenna) Medizin zu studieren. Dort vertieft er sein Verständnis des menschlichen Körpers – oft über die Grenzen dessen hinaus, was religiöse und gesellschaftliche Normen erlauben. Genau dieser Drang nach Erkenntnis bringt ihn und seine Freunde immer wieder in Gefahr.

Der Roman fesselt durch seine Detailtreue und schafft eine lebendige Welt, in die man beim Lesen sofort eintaucht.

Der Medicus verbindet medizinische Geschichte mit Abenteuer und stellt eindrücklich die Frage, wie viel Mut es braucht, um Wissen voranzubringen.

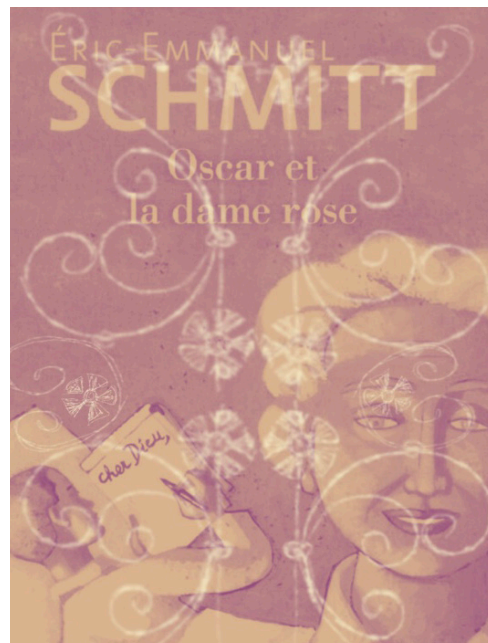
OSCAR ET LA DAME ROSE ÉRIC-EMMANUEL SCHMITT

Keine Angst, es handelt sich zwar um ein französisches Buch, aber es gibt den Klassiker von Éric-Emmanuel Schmitt auch auf Deutsch. Wobei ich empfehlen würde, das Buch in der Originalsprache zu lesen. Wenn ihr organische Chemie verstanden habt, dann sollten 105 Seiten Französisch nicht unmöglich sein.

Die berührende Geschichte handelt vom 10-jährigen Oscar, der unheilbar an Leukämie erkrankt ist. Er merkt, dass sich seine Lebenszeit dem Ende neigt. Oscar wird regelmässig von einer Dame besucht, welche er Rosa nennt. Die Damen in rosa Uniform besuchen ehrenamtlich Patient*innen im Spital. Um mit seinem Schicksal klarzukommen, fordert Rosa Oscar auf, seine Gefühle, Ängste und Gedanken mit Gott in Briefen zu teilen.

Oscar glaubt zwar nicht an Gott, lässt sich aber trotzdem auf das Experiment ein. In 14 Briefen erlebt er sein ganzes Leben. Er schildert mit Charme und Witz seine Pubertät, die erste Liebe, Ehe, Midlife-Crisis, das Alter und die Vorbereitung auf den Tod. Zum Zeitpunkt seines Todes ist er zwar 10 Jahre alt, fühlt sich aber 12-mal älter.

Illustration: Anya Raja



Gemeinsam für einen schönen Beruf!

Als Berufsverband der Zürcher Assistenz-, Oberärzt:innen und Medizinstudierenden setzt sich der VSAO Zürich für Deine Anliegen ein. Als Mitglied profitierst Du von folgenden Vorteilen:



Persönliche Beratung
rund um Lohn, Dienstplan,
Aus- und Weiterbildungssituation
und rechtliche Belange



**Deine Stimme für faire
Arbeitsbedingungen**
(auch 42+4h!), Vereinbarkeit
und Chancengleichheit



**Kostenlose Teilnahme an
Events, Workshops und
Seminaren** zu Themen wie
Laufbahn, Berufseinstieg,
Dienstplanung oder Finanzen



**Vernetzung und Austausch
mit Kolleg:innen & Role Models**

Dienstag, 17. März 2026
Med-Café an der ETH Zürich
für Medizinstudierende
Lerne unterschiedliche
Fachrichtungen kennen &
tausche Dich mit Ärzt:innen aus
Anmeldung: www.vsao-zh.ch



Werde jetzt Mitglied!
(für Studierende kostenlos)
www.vsao-zh.ch/mitgliedschaft

UNNÜTZES WISSEN IV

Die längste Operation der Welt dauerte laut dem Guinness Buch der Rekorde 96 Stunden, also vier Tage, und wurde 1951 in Chicago, Illinois, USA durchgeführt. Der Patientin Gertrude Levandowski wurde eine riesige Ovarialzyste entfernt.

Im Jahr 2001 wurde ebenfalls eine extrem lange Operation durchgeführt, zur Trennung zweier siamesischer Zwillinge, die am Kopf verbunden waren. Je nach Quelle dauerte sie entweder fast 90 oder 103 Stunden und würde damit die vorherige längste Operation schlagen.

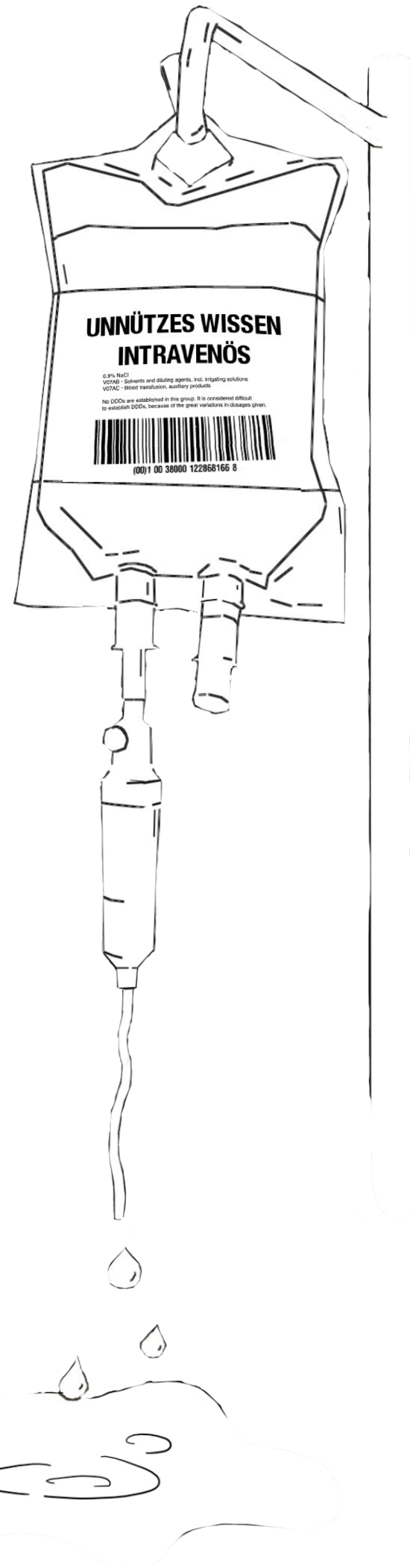
Der Titel des teuersten Medikaments der Welt wechselt häufig den Besitzer und wird in den letzten Jahren vor allem von hochspezifischen Gentherapien besetzt. Momentan hält ihn das Medikament Hemgenix, das als Einmaldosis bei Patienten mit mittlerer bis schwerer Hämophilie B eingesetzt werden kann und die Bildung von Gerinnungsfaktor IX ermöglichen soll. Eine Dosis kostet in den USA ca. 3.5 Millionen U.S. Dollar. In der Schweiz wurde das Medikament 2023 zugelassen und kostet 2.7 Millionen Franken pro Dosis.

Stand Frühjahr 2025 war Howard Tucker der älteste noch praktizierende Arzt mit einem Alter von 103 Jahren. Er arbeitete als Neurologe in den USA.

Der zweitälteste noch praktizierende Arzt und der älteste praktizierende Arzt Europas war István Köröndi mit 101 Jahren. Er arbeitete als Hausarzt in Budapest, Ungarn.

Die älteste Operation, für die wir Beweise haben, wurde vor 31'000 Jahren durchgeführt. Forscher und Forscherinnen fanden ein menschliches Skelett mit einem fehlenden Fuss auf der Insel Borneo. Das Geschlecht war nicht ermittelbar. Der Fuss war so sauber amputiert worden, dass es sich nicht um einen Unfall oder eine Verletzung durch ein Tier handeln konnte. Es musste ein medizinischer Eingriff gewesen sein und die behandelnde Person muss über ein grosses anatomisches Wissen bezüglich Knochen, Muskeln und Blutgefässen verfügt haben, sowie Mittel zur Infektprevention. Der behandelte Mensch lebte nach dem Eingriff noch mehrere Jahre. Das sagt auch etwas über die sozialen Beziehungen der Gruppe von Jägern und Sammlern aus, da die amputierte Person alleine wohl nicht überlebt hätte.

Anna S. Stöckli



WAS STECKT HINTER MEDI?



Du?

Schreiben und Gestalten sind dein Ding?
Dann ist der Ziner deine Möglichkeit, dich kreativ auszuleben!
Wir freuen uns über deine Nachricht: redaktion@derziner.ch

ZINER TEAM- EVENT :



Wenn nicht ausdrücklich ein Geschlecht genannt wird, beziehen wir uns im ganzen Magazin auf das grammatikalische Geschlecht und nicht auf das biologische.



Der Ziner wird auf Blauer Engel-zertifiziertem Recyclingpapier gedruckt. Online-printers produzieren und versenden alle Hefte möglichst klimaneutral. Emissionen werden intern möglichst gering gehalten und verbleibender CO₂-Ausstoss wird mit ClimatePartner-zertifizierten Klimaprojekten ausgeglichen.

Mit Unterstützung von

Verband der Studierenden **VSUZH**
der Universität Zürich

KREUZWORTPÄTZEL.ANTWORTEN:
1) Anki
2) Ozempic
3) Strickhof
4) Mate
5) Ziner
6) Aérobe
7) Addison
8) Formalin
9) Amygdala
10) Pospandial
CORTISOL

IMPRESSUM

DER ZINER

FEBRUAR 2026

Redaktionsleitung

Aniya Raja

Redaktion

Anna Sophia Stöckli

Aniya Raja

Noellie Pouget

Naima Geiger

Jan Han

Nina Bernardinis

Morgane Lercher

Layout

Kyra Wolynski

Aniya Raja

Lynn Jansen

Leon Odzini

Morgane Lercher

Illustrationen & Fotografie

Kyra Wolynski

Lynn Jansen

Morgane Lercher

Aniya Raja

Mia Hannah Thali

Ayleen Taing

Jan Han

Leon Odzini

Titelbildfotografie

Aniya Raja

Inserate

Anna Sophia Stöckli

Kontakt

www.derziner.com

redaktion@derziner.ch

Inserate & Werbung

Preis auf Anfrage

werbung@derziner.ch

Druck

Onlineprinters

www.de.onlineprinters.ch

