

KOMPASS

für kritische Medizin

5. Semester



Liebe Studierende des 5. Semesters,

endlich ist es geschafft! Die erste Hürde des Medizinstudiums habt Ihr gemeistert und Euch erfolgreich durch die Vorklinik mit ihren theoretischen Fächern gekämpft. Ab jetzt wird alles praktischer: Untersuchungskurs, Patient*innenkontakt, Stationspraktika... Doch läuft wirklich alles rund in der Klinik?

Woher weiß ich, welches Wissen im Studium zu hinterfragen ist? An welchen Stellen des UKJ und der FSU sollten wir über die Geschichte der Medizin Bescheid wissen und wo sind die falschen Namen in Stein gemeißelt? Inwiefern spielt Rassismus, Sexismus und überhaupt der Zugang zum Gesundheitssystem in den einzelnen Fächern eine Rolle? Und was hat das alles mit dem Klimawandel zu tun?

Wir möchten Euch motivieren, über den Tellerrand zu schauen und stellen Euch anhand der Fächer, die Euch dieses Semester erwarten, ein paar typische Themen der Kritischen Mediziner*innen vor.

GEWERKSCHAFTEN

Warum sind Gewerkschaften im Gesundheitswesen wichtig?

Stell Dir vor, Du hast Dein Medizinstudium beendet und möchtest jetzt in Deinem Beruf durchstarten. Stell Dir weiter vor, Du würdest voll arbeiten, die ersten 18 Monate jedoch kaum eine Vergütung dafür bekommen. Durchhalten wäre angesagt! Genau das mussten Ärzt*innen zwischen 1988 und 2004 als sogenannter Arzt im Praktikum (AiP). „Billige Assistenzärzte!“ dachten sich viele Kliniken und ersetzten viele Assistenzärzt*innen-Stellen durch AiP-Stellen.

Der Bundestag entschied, diese Praktik abzuschaffen. Dieser und weitere Erfolge, wie z.B. die Vergütung von Bereitschaftsdiensten, sind u.a. durch politischen Druck der Gewerkschaft **„Marburger Bund“** und anderer Akteur*innen zustande gekommen.

Doch wie kann man seinen Forderungen im Krankenhaus den erforderlichen Nachdruck verleihen?

Man kann ja schließlich Patient*innen nicht allein lassen... das stimmt! Im Falle eines Streiks an einem Klinikum tritt eine Notversorgung in Kraft, die die wichtigsten Bereiche funktionstüchtig hält. Alle aufschiebbaren Behandlungen müssen verschoben werden. Betten werden nicht belegt, wodurch ein finanzieller Druck für den Arbeitgeber entsteht, so geschehen im Tarifstreit zwischen ver.di und dem Uniklinikum Jena 2020. Hier erkämpften sich die Pflegenden **neue Regelungen**, die personelle Entlastungen und einen Mindestpflegeschlüssel vorsehen. Bei Nicht-Einhalten bekommen die Betroffenen Freizeitausgleich und Sonderzahlungen.

Dann ist ja jetzt alles gut, oder? Noch lange nicht: Du wirst vielleicht während Famulaturen in der Inneren auf Assistenzärzt*innen treffen, die lange nach dem eigentlichen Dienstschluss die liegengebliebene Dokumentationsarbeit des Tages abarbeiten. Jedoch werden die so entstandenen Überstunden oft nicht verbucht. Die transparente digitale Arbeitszeiterfassung für Ärzt*innen ist tarifvertraglich vorgeschrieben, doch leider nur in wenigen Kliniken umgesetzt. Es gibt also noch viel zu tun!

+ ein Bündnis, das sich auch dafür einsetzt, ist Krankenhaus statt Fabrik.

GESCHICHTE DER MEDIZIN

In der Medizin sind viele Methoden oder Krankheiten nach deren Erfinder*innen oder Entdecker*innen benannt - sogenannte Eponyme. Häufig benutzen wir im klinischen Alltag diese Eponyme, ohne weiter darüber nachzudenken. Viele Begriffe stammen jedoch von Medizinern, die zur Zeit des Nationalsozialismus antisemitisch, rassistisch und ableistisch gearbeitet haben und sollten von uns kritisch hinterfragt werden. Auch auf internationaler Ebene findet diese wichtige kritische Auseinandersetzung mit Eponymen statt. Am 8. Juni 2015 wurde zum Beispiel an der Universität "La Sapienza" in Rom ein Symposium veranstaltet, das sich den Eponymen nationalsozialistischer Ärzt*innen zuwandte und deren Umbenennung und Ersetzung forderte. Zwei Beispiele sind im Folgenden aufgelistet:

Morbus Reiter (Reaktive Arthritis) nach Hans Reiter:

Während der Zeit des Nationalsozialismus war Hans Reiter Präsident des Reichsgesundheitsamts und sorgte für die Umsetzung nationalsozialistischer Politik in der Medizin und im öffentlichen Gesundheitsdienst. Nach dem Krieg wurde Reiter inhaftiert und als Zeuge in den Nürnberger Prozessen angehört. Hans Reiter wurde selbst nie für seine Verbrechen verurteilt und arbeitete bis zu seinem Ruhestand als Arzt in der Königin- Elena-Klinik in Kassel.

Asperger-Syndrom nach Hans Asperger:

Hans Asperger gehörte einer siebenköpfigen Kommission des Hauptgesundheitsamts in Wien an, die 200 behinderte Kinder nach ihrer „Bildungsfähigkeit“ kategorisieren sollte. 35 Kinder wurden im Rahmen dessen als „aussichtslose Fälle“ eingestuft und auf den Spiegelgrund (eine NS-Erziehungsanstalt) geschickt, wo sie umkamen. In einer politischen Beurteilung vom 1. November 1940 heißt es: „In Fragen der Rassen- und Sterilisierungsgesetzgebung geht er mit den nat[ional]soz[ialistischen] Ideen konform. In charakterlicher sowie politischer Hinsicht gilt er als einwandfrei.“ Astrid Viciano schrieb über H. Asperger: „Asperger war weder ein überzeugter Gegner noch ein fanatischer Anhänger der Nazis. Er war ein gläubiger Katholik und trat der NSDAP nie bei. Sein Verhalten aber sei exemplarisch für das Abdriften etlicher Menschen in die Mittäterschaft.“

Auch in Jena hat der Nationalsozialismus bis heute seine Spuren in der Medizin hinterlassen. So wurde erst letztes Jahr an der medizinischen Fakultät eine **Gedenktafel für den Hämatologen Ludwig Heilmeyer entfernt**. Auch wenn in dieser Zeit wichtige medizinische Erkenntnisse gewonnen wurden, dürfen wir nie vergessen unter welchen menschenverachtenden Umständen diese entstanden – und dass den Mediziner*innen dafür keine Anerkennung in Form von Eponymen gebührt.

KLINISCHE CHEMIE

Ein wichtiger Aspekt in der Beurteilung von Laborergebnissen ist die Betrachtung unveränderlicher Einflussgrößen. Dass es dabei auch zu Fehlannahmen kommen kann, zeigen die Formeln zur Berechnung der eGFR (estimated glomerular filtration rate) als ein Beispiel für strukturellen Rassismus in der Medizin.

Die GFR ist ein Maß für die Filtrationsleistung der Nieren und der wichtigste Parameter in der Stadieneinteilung der chronischen Niereninsuffizienz. Da die genaue Beurteilung mittels Clearance-Untersuchungen aufwendig ist, wird häufig das Serum-Kreatinin zur Abschätzung herangezogen. Die verwendeten Formeln (sowohl CKD-EPI als auch MDRD) beinhalten den Faktor „race“, der bei „African-American“ die GFR zum Besseren korrigiert. Hintergrund sind Studienergebnisse, die bei Schwarzen Menschen durchschnittlich höhere Kreatinin-Konzentrationen feststellen konnten. Als Erklärung dient meist die rassistische und falsche Annahme, Schwarze Menschen hätten generell eine höhere Muskelmasse, wobei außer Acht gelassen wird, dass „race“ ein soziales Konstrukt ist, das biologisch sehr heterogene Gruppen zusammenfasst. Dies kann dazu führen, dass als Schwarz gelesene Menschen falsch therapiert oder auf Wartelisten für ein Nierentransplantat benachteiligt werden. Als alternativer und weniger störanfälliger Biomarker steht Cystatin C zur Verfügung, dessen Bestimmung aber noch sehr teuer ist.

+ mehr Beispiele für „race correction“ in einem Paper des NEJM

+ weitere Hintergründe von Rassismus in der Medizin in der Zeitschrift „Gesundheit braucht Politik“

ETHIK IN DER MEDIZIN

Körperliche sowie seelische Gesundheit und damit auch der Zugang zu medizinischer Versorgung sind Grundvoraussetzungen für gesellschaftliche Teilhabe. Schätzungen zufolge leben in Thüringen mehrere Tausend Menschen, die keinen oder nur unzureichenden Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Die Gründe dafür sind vielfältig: Betroffen sind z.B. Menschen ohne Papiere, Bürger*innen anderer EU-Länder, sowie deutsche Staatsbürger*innen mit Beitragsschulden, Wohnungslosigkeit oder Problemen mit privaten Krankenversicherungen. Zusätzlich wird der Zugang zum Gesundheitssystem durch strukturelle Hürden wie Diskriminierung und Rassismus erschwert und führt im schlimmsten Fall dazu, dass Behandlungen nicht oder viel zu spät wahrgenommen werden. Durch dieses Verschleppen von Krankheiten kommt es zu einer höheren Chronifizierungsrate und folglich auch zu höheren Gesundheitskosten.

In Thüringen existiert mit dem **Anonymen Krankenschein Thüringen (AKST)** schon ein erstes Angebot, die oben beschriebenen Lücken in der Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung zu reduzieren. Ziel ist aber eine deutschlandweit flächendeckende Einrichtung von Anonymen Behandlungsscheinen (ABS, gleichbedeutend mit AKS, siehe **anonymer-behandlungsschein.de**) und Clearingstellen (spezialisierte Beratungsstellen zur nachhaltigen Krankenversicherungs- und Kostenübernahmeklärung) zu schaffen. Darüber hinaus sollen niedrigschwellige, kultursensible, diskriminierungsfreie Beratungsangebote ausgeweitet werden.

Gleichzeitig gilt es, Missstände im Asyl- und Aufenthaltsrecht zu beheben, wie z.B. Probleme von in Illegalität geborenen Kindern. Sie haben neben fehlender medizinischer Versorgung und Prävention (U-Untersuchungen) auch keine Geburtsurkunden und stoßen somit auf zusätzliche enorme Hürden in der gesellschaftlichen Teilhabe.

Vereine wie das MediNetz Jena sind **deutschlandweit** seit vielen Jahren auf Basis von ehrenamtlichem Engagement und Spendengeldern aktiv. Jedoch kann Ehrenamt allein nicht die Lösung sein, sondern es gilt, juristische Hürden abzubauen.

Wenn du uns unterstützen möchtest, melde dich gern beim **MediNetz Jena**.

PHARMAKOLOGIE

Die COVID-19-Pandemie wirft abermals ein Schlaglicht auf die extrem ungleiche Verteilung von Gütern in der Welt: Während wir in Europa das Privileg genießen, uns bereits um die Drittimpfung bemühen zu können, ist in weiten Teilen der Welt die Aussicht auf eine Erstimpfung weiterhin schlecht.

Man produziere bereits "genug Impfstoff, um die ganze Welt zu impfen", so Han Steutel, Präsident des Verbands der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa). De facto jedoch werden derzeit hauptsächlich Menschen in den reicheren Industriestaaten geimpft.

Da die Patente auf Impfstoffe Teil des **Verteilungsproblems** sind, setzen sich viele Initiativen für die Freigabe der Patente ein. Dies könnte Unternehmen auf der gesamten Welt die eigene Produktion ermöglichen und so Millionen von Menschenleben retten. Ganz so einfach ist es natürlich nicht: viele Staaten benötigen Hilfe, um selbst Impfstoff zu produzieren; es müsste ein Technologietransfer stattfinden. Dass dies nicht von heute auf morgen geschieht, ist klar, jedoch wäre es eine weitsichtige Unternehmung: Pandemien wie diese werden in Zukunft aufgrund der Klimakrise häufiger, es wäre somit im Sinne aller, wenn auf der gesamten Welt die Ressourcen und das Wissen für die Produktion von Impfstoffen gleich verteilt wären.

Warum werden die Patente überhaupt zurückgehalten? Ein Argument ist das der Qualitätssicherung: Es bestehen Bedenken, dass minderwertige Impfstoffe produziert werden und in Umlauf gelangen, da nicht überall die gleichen Voraussetzungen für die Impfstoffproduktion bestünden.

Ein weiterer Aspekt ist ein rein marktwirtschaftlicher: Die Freigabe der Patente reduziere die Profite der Unternehmen und mindere so den Anreiz, neue Wirkstoffe zu erforschen. Dieses Argument lässt sich insbesondere in Bezug auf COVID-19-Impfstoffe widerlegen, da die Forschungsprojekte staatlich gefördert wurden. Damit entstand kein großes finanzielles Risiko für die Unternehmen.

Die Entscheidung zur Freigabe der Patente müsste einstimmig in der Welthandelsorganisation (WTO) gefällt werden, in der Deutschland und andere Staaten dies derzeit blockieren.

+ dazu ein Artikel im Ärzteblatt

MIKROBIOLOGIE

Antibiotikaresistenzen sind ein großes Problem für die Behandlung und Eindämmung von bakteriellen Infektionskrankheiten und eine große Herausforderung für die Zukunft.

Einen besonderen Einfluss hat die Massentierhaltung. Die Erreger treffen hier auf optimale Bedingungen zur Resistenzbildung. Die großen Tierbestände und die engen Lebensverhältnisse in den Ställen erleichtern die Ausbreitung und Übertragung von Bakterien. Gleichzeitig werden in der Nutztierhaltung große Mengen Antibiotika gegeben. Wie der **Fleischatlas des BUND** berichtet, kommen weltweit 73% der verkauften Antibiotika in der Tierhaltung zum Einsatz. In Deutschland sind das durchschnittlich 89 mg pro Kilogramm Nutztier.

Und weil es jetzt schon multiresistente Bakterien in der Nutztierhaltung gibt, werden auch dort Reserveantibiotika eingesetzt. Die **WHO fordert** eine Minimierung der missbräuchlichen Gaben, also prophylaktische oder solche zur Wachstumssteigerung der Tiere. Und die Reserveantibiotika sollen Menschen vorbehalten bleiben.

Mit der politischen Durchsetzung dieser Forderungen könnte der Resistenzbildung Einhalt geboten werden. Andererseits kann auch mit einer gesunden Ernährung, wie sie die **EAT Lancet Commission** empfiehlt, auf der individuellen Ebene ein Beitrag geleistet werden. Eine Ernährung mit 1-2 Portionen Fleisch pro Woche pro Person ist im Rahmen einer nachhaltigen Landwirtschaft realisierbar. Eine Entscheidung für eine solche Ernährung ist gut für die Umwelt und würde die Gesundheitsrisiken unserer zukünftigen Patient*innen reduzieren.

PATHOLOGIE

In der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO) hat sich 2020 der **Arbeitskreis Diversitätsmedizin und Individualtherapie** gebildet. Dieser beschäftigt sich mit den Einfluss von biologischen, wie auch sozialen Faktoren, auf Outcome, Verträglichkeit und Steuerung von speziell onkologischen Therapien.

Ein Beispiel dafür ist das medulläre Nierenzellkarzinom (RMC). Dabei handelt es sich um ein aggressives Karzinom mit einer 3-Jahresüberlebensrate unter 5%. Chemotherapeutika, die gegen andere Nierenkarzinome wirken, zeigen bei nur 29% der RMC-Fälle einen Effekt. "Es ist gleichmäßig assoziiert mit Sichelzellanämie und tritt am häufigsten bei jungen Männern afrikanischer Abstammung mit einem medianen Alter von 28 Jahren auf." (**Msaouel et al., 2021**)

Diese spezielle Konstellation erhöht die Gefahr von Unterdiagnostik und ist nur ein Beispiel aus dem Bereich Pathologie/Onkologie für Diversitätsmedizin. Es gibt noch viele weitere Krankheiten, auch in anderen Fachbereichen, bei denen Patient*innen von einer diversifizierten Betrachtung ihrer individuellen Situation profitieren würden.

+ bei Interesse eine Fallvorstellung auf Youtube

Der Kompass für kritische Medizin ist eine Initiative von drei AGs der **Fachschaft Medizin in Jena**. Mitgearbeitet haben: Jan von **Health for Future Jena**; Clara, Juliane, Lea, Martin und Michael von **IPPNW/KritMed Jena** und Robert vom **MediNetz Jena**. Literatur bei den Verfasser*innen. Design von Lea – **Linia-Design**. Wenn euch die Themen ansprechen, interessieren, ärgern oder nerven, dann seid ihr bei uns herzlich willkommen. Schreibt uns einfach an:



MediNetz Jena
kontakt@medinetz-jena.de



Health for Future Jena
jena@healthforfuture.de



IPPNW/KritMed Jena
studisjena@ippnw.de