

KOMPASS

für kritische Medizin

9. Semester



Liebe Studierende des 9. Semesters,

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 Ihr dieses Semester haben werdet, ein paar typische Themen der Kritischen Mediziner*innen vor.

GYNÄKOLOGIE

In den USA kippt der Supreme Court die seit fast 50 Jahren bundesweit bestehende Regelung des Abtreibungsrechts; die Entscheidung über das Abtreibungsrecht liegt nun wieder bei den Bundesstaaten selbst - mit Idaho, Tennessee und Texas kamen drei weitere Staaten zu zehn konservativen Staaten hinzu, die seit dem Urteil das Abtreibungsrecht stark eingeschränkt haben. In Ungarn müssen sich Frauen seit September 2022 die Herztöne des Embryos anhören, welche frühestens ab der 6. Woche hörbar sind, ehe sie die Schwangerschaft abbrechen dürfen. Im Gegensatz dazu wird in Deutschland mit der Streichung des Paragraphen 219a, „Werbeverbot“ für einen Schwangerschaftsabbruch (SAB), ein längst überfälliger „Schritt“ gemacht. Paragraph 218, die Rechtswidrigkeit des SAB, besteht weiterhin. Nur mit einer Ausnahmeregelung, die eine Beratungspflicht, drei Tage Bedenkzeit

und eine Frist bis zur 12. Schwangerschaftswoche beinhaltet, kann der Paragraph 218 umgangen werden.

Paragraph 219a hat zur jetzigen Unterversorgung der Durchführung von SABs in Deutschland beigetragen. Gab es 2003 laut statistischem Bundesamt noch 2050 Stellen, die einen SAB durchführten, so sind es im Jahr 2022 nur noch 1092 – das entspricht einem Rückgang von 47%. 2003 kamen mit 130.000 durchgeführten SABs ca. 65 SABs pro Ärzt*in/Jahr – 2021 waren es mit rund 95.000 SABs 87 SABs pro Ärzt*in/Jahr.

„Die jetzigen Defizite sind dabei auf die andauernde Kriminalisierung, Stigmatisierung und Tabuisierung des Schwangerschaftsabbruchs über §§ 218 ff. StGB zurückzuführen.“ sagt Valentina Chiofalo von **Doctors for Choice Germany e. V.**

Weiterhin ist der SAB kein verpflichtender Teil der Ausbildung, im Studium werden häufig eher ethische Belange gelehrt, als das Wissen zur praktischen Durchführung vermittelt. Durch die zunehmend schlechte Versorgung haben Betroffene keine Wahl welche Methode, welche Narkose und welche Ärzt*in sie bevorzugen würden. Der SAB stellt keinen regulären Teil der Gesundheitsversorgung und keine Leistung der Krankenkassen dar. Die Kosten für den SAB müssen in erster Linie von den Frauen selbst bezahlt werden, doch es gibt **Ausnahmeregelungen** für Menschen mit geringem Einkommen.

Nicht zuletzt muss auch über neue Methoden diskutiert werden, wie etwa den **medikamentösen SAB** per Telemedizin. Dieser wird bisher in Deutschland als Pilotprojekt durch einen Zusammenschluss aus dem Familienplanungszentrum BALANCE in Berlin gemeinsam mit Doctors for Choice Germany durchgeführt, wird bei steigenden Versorgungsengpässen aber an Wichtigkeit zunehmen.

GEBURTSMEDIZIN

Jährlich am 25. November werden rosafarbene Rosen und Briefe von Menschen vor Kliniken und Geburtshäusern abgelegt. Doch warum?

Der sogenannte Roses Revolution Day soll Betroffenen, die Gewalt in der Geburtshilfe erfahren haben, eine Stimme geben. Er symbolisiert Würde und Protest und erhöht die öffentliche Aufmerksamkeit für die Problematik, welche seit 2014 Schwerpunktthema der WHO ist. Unter dem Stichwort Gewalt in der Geburtshilfe fallen sowohl physische, psychische, als auch strukturelle Gewalt. Die Soziologin und Autorin Dr. Christine Mundlos definiert in ihrem Buch „Gewalt unter der Geburt“ genau, was zu diesen Formen der Gewalt zählt: dies reicht von Anschreien, Beleidigungen und Demütigungen bis zu dem Fixieren in bestimmten Geburtspositionen. Auch die Anwendung des sogenannten Kristeller-Handgriffes, um das Kind schneller auszutreiben, unangekündigte oder nicht indizierte vaginale Untersuchungen oder Dammschnitte, sowie der sogenannte „Husband stitch“ gehören dazu - um nur einige Beispiele zu nennen. Eines haben diese aber alle gemeinsam: es entsteht ein nachhaltiger psychischer Schaden für Mutter und Kind. Laut der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft handelt es sich dabei nicht um Einzelfälle, auch wenn bisher repräsentative Statistiken zu diesem Thema für Deutschland fehlen. Doch warum kommt es zu solchen Vorfällen?

Ein Erklärungsansatz ist das Wirken struktureller Ursachen, wie dem Hebammenmangel, einer allgemeinen Überlastung des Klinikpersonals oder Schichtwechsel während einer Geburt. Des Weiteren spielt unsensible Kommunikation eine Rolle, was sich auch auf gesamtgesellschaftliche geschlechterspezifische Diskriminierung zurückführen lässt. Zudem befindet sich die gebärende Person in einer absoluten Ausnahmesituation und es entsteht schnell ein Machtgefälle zwischen dem Klinikpersonal und den werdenden Eltern.

Damit die Geburt für die Gebärenden eine positive Erfahrung sein kann, ist das kritische Hinterfragen des eigenen Handelns als medizinisches Fachpersonal unabdingbar. Eine weitere Möglichkeit der Verbesserung der Situation wäre die Einführung von Supervision des Teams und das Schaffen einer Anlaufstelle für Betroffene. Bis dahin können sich Eltern an unterschiedliche Initiativen, wie Motherhood e.V.

+ Weiterlesen

+ Ein Beitrag des SWR

UROLOGIE

„Ist es ein Mädchen oder ein Junge?“- schon direkt nach der Geburt wird ein jede*r mit dem Binärisierungszwang unserer Gesellschaft konfrontiert. Dabei bietet uns die Natur eine ganze Palette an Geschlechtern. In Deutschland leben schätzungsweise 160.000 intergeschlechtliche Menschen, welche mit uneindeutigen Geschlechtsmerkmalen auf die Welt gekommen sind. Doch dies wird von der Medizin oft nicht akzeptiert. Jahrzehntlang wurde versucht wehrlose, intergeschlechtliche Babys in das binäre Geschlechterschema zu pressen und sie wurden zahlreichen Operationen und Hormonbehandlungen unterzogen. Dies geschah aus der Annahme, ein intergeschlechtliches Aufwachsen sei mit viel Leid verbunden, jedoch ohne medizinischen Nutzen. Hier fehlt der Blick über den Tellerrand, das sich öffnen für Geschlechtsidentitäten jenseits der Stereotypen.

„Wenn ich doch gesund war, wieso musste ich so stark beschädigt werden?“, sagt Lynn D., eine intergeschlechtliche Person, welche im Säuglingsalter Opfer mehrerer geschlechtsbestimmender Operationen im Genitalbereich wurde. Über den Kopf der Betroffenen hinweg und oft ohne hinreichende Aufklärung der Eltern, wurden bis 2021 ca. 20% der intergeschlechtlichen Neugeborenen in ein Geschlecht hinein operiert, obwohl dies seit 2005 nicht mehr der aktuellen Leitlinie entsprach. Seit Mai 2021 ist diese Praktik verboten und eine geschlechtsangleichende Operation nur ab einem Alter von 14 Jahren und mit Zustimmung der inter* Person möglich.

Nicht selbst über die Geschlechtsidentität entscheiden haben zu können, führt bei vielen Betroffenen zu einer starken psychischen Belastung, zudem müssen sie sich teils lebenslang einer Hormontherapie unterziehen. Das verletzt die Menschenrechte, ist Körperverletzung und widerspricht dem ärztlichen Gedanken, Leid zu lindern.

+ Weiterlesen beim

Intergeschlechtliche Menschen e.V.

+ Ein Beitrag von Quarks

PÄDIATRIE

Pädiatriestationen gehören zu den am schlechtesten finanzierten Stationen im Krankenhaus. Ein Grund dafür ist die schlechte Planbarkeit von pädiatrischen Krankenhausaufenthalten. Es gibt kaum terminierte Eingriffe und ein Großteil der Betten wird durch Notfälle belegt. Notfälle führen jedoch durch ihre Unplanbarkeit schnell zu einer Über- oder Unterbelegung der Betten und gerade eine Unterbelegung ist in einem System, welches auf maximale Auslastung und Gewinne ausgelegt ist, nicht gerne gesehen.

Ein nächstes Problem ist, dass sich die Fallpauschalen zur Abrechnung auf Erwachsene beziehen und den erhöhten Aufwand, den eine pädiatrische Versorgung sowohl personell als auch zeitlich mit sich bringt, übersehen. Pädiatrische Stationen haben Personalkosten von 85% ihres Gesamtbudgets. Im Vergleich dazu sind es nur 60% auf Erwachsenenstationen. Durch diese Umstände entstehen auf pädiatrischen Stationen weniger Gewinne und die Kinderklinik schreibt zwangsläufig rote Zahlen. Um dem entgegenzuwirken, wird häufig an den Personalkosten eingespart, was zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgungslage führt.

Eine **Petition** mit dem Titel "Patientenrechte – Beendigung der Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Versorgung" befindet sich aktuell in der Prüfung durch den Petitionsausschuss. Dort wird eine bedarfsgerechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen gefordert, die den **UN-Kinderrechtskonventionen** gerecht wird. Sowie eine Förderung der Ausbildung im pädiatrischen Bereich.

ONKOLOGIE

Im Jahr 2015 hat die International Agency for Research on Cancer den Fleischkonsum unter die Lupe genommen. 22 Expert*innen haben ca. 800 Studien zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Fleisch ausgewertet. Das Ergebnis: Es gibt genügend Evidenz, dass verarbeitetes, rotes Fleisch das kolorektale Karzinom verursacht. Dementsprechend wird es als **karzinogen für den Menschen eingestuft** und steht seitdem in der gleichen Gruppe wie Tabakrauch und Asbest. Schädlich sind vor allem die einzelnen konservierenden oder geschmacksverstärkenden

Methoden, wie Salzen, Pökeln, Kochen, Räuchern und Braten. Oder alle zusammen, wie im Jägerschnitzel.

Eine für den Körper und die Umwelt gesunde, vorwiegend pflanzliche Ernährung ist ein wichtiger Präventionsfaktor für Non Communicable Diseases und **sollte im Krankenhaus vorgelebt werden**. Denn wie sollen Patient*innen die Tipps aus der Ernährungsberatung verinnerlichen, wenn auf Station drei von vier Gerichten mit verarbeitetem Fleisch zubereitet sind?

NOTFALLMEDIZIN

Der starke Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit ist ein bereits bekanntes Phänomen. Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher ist das Risiko für kardiovaskuläre, onkologische, degenerative und psychiatrische Erkrankungen sowie Stoffwechselstörungen. Dies wird auch in Notfallsituationen deutlich.

Eine Promotionsarbeit zeigt dieses Problem spezifisch für Jena: "Der insgesamt schlechtere gesundheitliche Zustand spiegelt sich schließlich in einem erhöhten Bedarf an präklinischer medizinischer Versorgung wider. [...] Es] können in den Jenaer Fördergebieten Neulobeda und Winzerla höhere notärztliche Einsatzraten beobachtet werden als in den restlichen Stadtteilen."

Ein **Lösungsansatz**, den die Stadt Jena verfolgt, „das Bund-Land-Programm „Soziale Stadt“. [Es] stellt Städtebaufördermittel für Gebiete mit besonderem Entwicklungsbedarf zur Verfügung [...] und ermöglicht mit einer engen Verknüpfung von baulichen und sozialen Maßnahmen städtebauliche Investitionen in das Wohnumfeld, in Infrastrukturausstattung und in die Qualität des Wohnens."

Die Defizite in der ambulanten medizinischen Versorgung sind hierbei ebenso problematisch wie die arbeitsbedingten gesundheitlichen Belastungen. Es sind Maßnahmen zur Verminderung der sozialen Ungleichheit angezeigt und eine Ergreifung politischer, städtebaulicher und sozialer Veränderungen ist notwendig.

+ Weiterlesen

RECHTSMEDIZIN

„Nach Artikel 25 der Istanbul-Konvention ist der Staat verpflichtet, medizinische, rechtsmedizinische und psychosoziale Versorgung nach sexualisierter Gewalt diskriminierungsfrei vorzuhalten“, schreibt das Deutsche Institut für Menschenrechte. Diese Konvention ist bereits 2018 in Kraft getreten. 4 Jahre später sieht die Realität in Deutschland und vor allem in Thüringen aber immer noch ganz anders aus. Die Organisation **Menschenrechte für die Frau e.V.** sammelt Informationen zur anonymen Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt: in Thüringen gibt es bisher als einzigem Bundesland keine offizielle Anlaufstelle. Und auch die Website des Instituts für Rechtsmedizin am UKJ bietet keine ausführlichen Informationen für Betroffene.

Eine gute niedrigschwellige Versorgung nach Erfahrungen sexualisierter Gewalt ist aber wichtig. Die Betroffenen sind durch das Erlebte psychisch stark belastet und oft nicht mehr in der Lage mehrere Anlaufstellen für eine akute, rechtsmedizinische und psychosoziale Versorgung aufzusuchen. Eine anonyme Spurensicherung durch die Rechtsmedizin kann viele Betroffene entlasten, weil sie nicht sofort Anzeige erstatten müssen. Außerdem kann so verhindert werden, dass später in Gerichtsverfahren Beweise fehlen. Seit 2020 ist die **anonyme Spurensicherung** zwar auch im SGB V verankert, aber trotzdem nicht flächendeckend umgesetzt oder die Angebote sind nicht zu allen Zeitpunkten verfügbar.

Ein weiteres Problem ist, dass sich diese Gesetze und oft auch die vorhandenen Hilfsangebote auf Frauen konzentrieren. Menschen anderer Geschlechtsidentitäten, aber auch Menschen mit Behinderung werden nicht explizit angesprochen, wodurch der Zugang zusätzlich erschwert wird. Eine ausführliche Analyse zur Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention in Deutschland bietet das **Deutsche Institut für Menschenrechte**.

PALLIATIVMEDIZIN

Das Thema Sterbehilfe ist sowohl aus rechtlicher als auch aus ethischer Sicht kontrovers. Zurzeit ist in Deutschland passive Sterbehilfe, als Behandlungsabbruch oder -verzicht, erlaubt. Auch indirekte Sterbehilfe, wo lebensverkürzende Maßnahmen in Kauf genommen werden, um z.B. Schmerzlinderung zu bewirken, ist seit 1996 zulässig. Tötung auf Verlangen ist jedoch strafbar. In der aktuellen Debatte wird das Thema Beihilfe zum Suizid kontrovers diskutiert.

In einem Urteil vom 26. Februar 2020 beschloss das Bundesverfassungsgericht, dass die Selbsttötung Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts ist. Mit eingeschlossen ist hierbei auch die Hilfe von Dritten zu suchen, jedoch nicht eine Verpflichtung für Beihilfe zum Suizid. Auch die Bundesärztekammer hat 2021 ihr Verbot der **ärztlichen Begleitung von Suizid** gestrichen. Sie verbietet in ihren Richtlinien immer noch das aktive Töten von Patient*innen. Konsequenz aus diesem Urteil ist, dass der Bundestag ein neues Gesetz zur Regelung der Suizidbeihilfe beschließen muss.

Rechtlich wird zwischen der Selbstbestimmung der Personen und der Schutzpflicht des Lebens diskutiert. Im Bundestag fand am 24. Juni 2022 die 1. Lesung verschiedener **Gesetzesentwürfe** zu diesem Thema statt. Diese Entwürfe sind jedoch nicht kritiklos. Unter anderem kritisiert die Deutsche Gesellschaft für Patientenschutz, dass die Pflege- und Psychotherapieangebote nicht ausreichen, um ein würdevolles Altern zu ermöglichen. So ist es fraglich, ob unter den aktuellen, sozialen Bedingungen eine autonome Entscheidung gefällt werden kann.

Der Kompass für kritische Medizin ist eine Initiative der AGs der **Fachschaft Medizin in Jena**. Literatur bei den Verfasser*innen. Mitgearbeitet haben: Jan von **Health for Future Jena**; Clara, Janka, Juliane und Sophie von **IPPNW/KritMed Jena**; Anne, Friedi, und Mayde von der **Medical Students for Choice Jena**. 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:



msfc@fsrmed-jena.de



jena@healthforfuture.de



studisjena@ippnw.de