

KOMPASS

für kritische Medizin

10. Semester



Liebe Studierende des 10. 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.

PFLEGE

Schon im Pflegepraktikum konnten es die meisten von uns zum ersten Mal beobachten: Verhärtete Fronten zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften. Thematisiert wird interprofessionelles Handeln im Studium quasi nie. Dabei ist es das Ziel aller Gesundheitsberufe, gemeinsam das Wohl und die Sicherheit der PatientInnen zu fördern.

ÄrztInnen halten sich nicht an vereinbarte Visitenzeiten, die Pflege fühlt sich durch rein schriftliche Anordnungen herumkommandiert: das Konfliktpotential ist vielfältig. Schuld sind oft Zeit- und Leistungsdruck, existierende Hierarchien, mangelndes Personal. Doch Zusammenarbeit kann Fehler abwenden und doppelte Arbeit ersparen. Hierfür bedarf es **Wertschätzung und Kommunikation** zwischen den Fachkräften und den Willen, aus festgefahrenen Strukturen ausbrechen.

Ein positives Beispiel ist das **Regensburger Modell**. Durch die Synchronisierung des Arbeitsalltags aller Berufsgruppen, Fall- und Teambesprechungen und ein Leitungsteam aus Pflege und ärztlichem Personal werden wertvolle Synergieeffekte erzielt. Hier gilt: miteinander statt nebeneinander.

PatientInnen profitieren von besseren Behandlungen und verkürzten Liegezeiten. Anordnungen der verschiedenen Berufsgruppen ergänzen sich, Ressourcen werden sinnvoll genutzt und klare Absprachen unter ÄrztInnen und TherapeutInnen sind Ergebnis verbesserter interner Kommunikation. Dies steigert nicht nur das Wohl der PatientInnen, sondern auch die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften, MedizinerInnen, PhysiotherapeutInnen usw.

BEHINDERUNG

Was ist überhaupt: Behinderung? In den **Disability Studies**, einer Disziplin mit vielen Forscher*innen mit Behinderung, haben sich verschiedene Modelle zum Behinderungsverständnis entwickelt.

Das medizinische bzw. individualistische Modell wurde entwickelt, um die gängige Auffassung über Behinderung zu verstehen, die in westlichen Kulturen im 20. Jahrhundert prägend war und bis heute ist. Hier wird Behinderung als biologisches, körperliches Defizit betrachtet. Institutionen, wie auch die Wissenschaften, befassen sich mit der Prävention, Therapie und Rehabilitation dieses angenommenen Defizits. Diagnosen werden aus einer professionellen Außenperspektive gestellt, mit weitreichenden Folgen. So sind Diagnosen fast immer ausschlaggebend für den Zugang zu Leistungen (medizinisch, finanziell usw.). Genauso manifestieren sie die gesellschaftliche Ausgrenzung

behinderter Menschen und ihre Unterbringung in Parallelsystemen wie Förderschulen, Werkstätten für behinderte Menschen und sog. Wohnheimen.

Die Selbstwahrnehmung des Individuums ist der professionellen Expertise stark untergeordnet, und ein Ausbruch aus diesen Parallelsystemen extrem schwierig. Auch nähren sich viele ableistische Stigmata aus diesem Modell, bspw. dass Menschen aufgrund ihrer Behinderung leiden, bevormundet werden müssen, als asexuell wahrgenommen werden usw.

Gegen diese Umstände richteten sich die Behindertenbewegungen ab den 70er Jahren, die in den USA, UK und Deutschland und weiteren Ländern stattfanden. Aus deren Kritik entwickelte sich das „soziale Modell“. Kern ist die Trennung von Beeinträchtigung (eng. impairment) als neutrale körperliche Differenz und Behinderung (eng. disability) als gesellschaftliches Problem, das sich in physischen Barrieren, Stigmata, systemischer Ausgrenzung und, damit verbunden, in mangelnder politischer und sozialer Partizipation zeigt.

Ein neueres Paradigma beschreibt das kulturelle Modell von Behinderung. Hier wird sich von der Problemlösung distanziert und stattdessen untersucht, wie und warum Grenzen zwischen Behinderung und der Norm gezogen werden. Zugleich werden auch Differenzen des Körpers und Verhaltens nicht mehr als natürlich und objektiv, sondern historisch und kulturell bedingt angesehen. Dazu werden Literatur, Bilder und Filme, Gesetze und Institutionen, Objekte, Architektur und vieles mehr untersucht.

Zuletzt sollte noch das menschenrechtliche Modell genannt werden, das Schnittmengen mit dem sozialen Modell aufweist. Es basiert auf der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die 2006 verabschiedet wurde, in der die Menschenrechte konkret für behinderte Menschen ausformuliert und zugesichert werden. Es lässt sich in der Argumentation gegenüber Staaten nutzen, die die Konvention unterschrieben und sich für den Abbau von Diskriminierung behinderter Menschen verpflichtet haben.

[+ Weiterlesen](#)

AUGENHEILKUNDE

Kataraktoperationen sind eine der am häufigsten durchgeführten Operationen in Deutschland. Sie sind billig, dauern gerade einmal zehn Minuten und können ambulant durchgeführt werden. Auch die Erfolgsrate ist hoch und Komplikationen treten bei weniger als 5% der Fälle auf. Trotzdem ist der Graue Star weltweit die häufigste Ursache für Blindheit. Durch diese Krankheit sind mehr als 19 Millionen Menschen erblindet und 60 Millionen mehr sehbehindert. Den meisten dieser Menschen könnte durch eine Operation geholfen werden.

Der Katarakt ist aber nicht die einzige vermeidbare Ursache für Blindheit. Auch Glaukom, Trachom, Flussblindheit, Vitamin-A-Mangel, diabetische Retinopathie und Refraktionsfehler sind häufige **behandelbare Ursachen von Blindheit und Sehbehinderung**. 90% der von Blindheit Betroffenen leben in Entwicklungsländern. Ein schlechter Zugang zum Gesundheitssystem, mangelnde Hygiene, kaum vorhandene Vorsorgemaßnahmen und der Mangel an AugenärztInnen sorgen dafür, dass viele Menschen blind sind, obwohl ihnen hätte geholfen werden können. Häufig sind auch schon Kinder betroffen.

Für die Betroffenen resultieren daraus massive Einschränkungen im Alltag. Kinder können nicht zur Schule gehen, ältere Menschen haben ein erhöhtes Sturzrisiko, Demenz und Depression treten häufiger auf. Die allgemeine Mortalität steigt.

Besonders der Fachkräftemangel stellt ein großes Problem bei der Behandlung von Sehbehinderungen dar. Während in Deutschland eine AugenärztIn für die Behandlung von ca. 12.000 Menschen zur Verfügung steht, muss sich in Äthiopien eine AugenärztIn um eine Million Menschen kümmern. Es gibt zwar einige NGOs und WHO-Initiativen, die sich der Bekämpfung vermeidbarer Blindheit widmen, trotzdem muss noch einiges getan werden, bis einfache augenärztliche Hilfe, wie eine Kataraktoperation, allen Personen, die sie brauchen, zugänglich ist.

[+ Weiterlesen](#)

HNO

Wie ist es, taub zu sein? Alltägliche Kommunikation, Gespräche oder Musik: Hören ermöglicht Teilhabe in einer Welt, die auf Lautsprache ausgerichtet ist. Bei gehörlosen Kindern scheint es somit naheliegend, auf eine Hörprothese, das Cochlea-Implantat (CI), zurückzugreifen und ihnen so einen Weg zum Hören zu ermöglichen.

Doch ist eine Hörstörung tatsächlich ein Makel, der behoben werden muss? Menschen im Aufwachsen brauchen eine Kommunikationsebene mit ihren Bezugspersonen, diese kann allerdings Lautsprache oder auch Gebärdensprache sein. Sprechen beide Eltern Gebärdensprache, können sie den Lautspracherwerb des Kindes nicht fördern. Dieser ist bei der Implantation eines CIs nämlich aufwendig und bedarf einer starken Unterstützung des Umfelds. Logopädie, Frühförderung, Arzttermine: das vormals gesunde Kind wird zur DauerpatientIn. Zumal eine Implantation nicht automatisch einen Hörgewinn oder erfolgreicher Spracherwerb bedeutet und operative Risiken mit sich bringt.

Dieser Umstand führte vor wenigen Jahren zu einer Gerichtsverhandlung in Deutschland. Gehörlose Eltern wollten ihrem Kind kein CI implantieren lassen, worin MedizinerInnen eine Gefährdung des Kindeswohls sahen und sich an das Jugendamt wandten. Basierend auf der UN-Behindertenrechtskonvention gab das Gericht der **elterlichen Entscheidungsfreiheit** recht. Die Gehörlosengemeinschaft warnte damals wie heute vor Diskriminierung und Ableismus, vorschnellem Urteilen über die Behandlung mit einem CI und somit vermeintlicher Unterstützung Gehörloser.

Für viele CI-TrägerInnen bedeutet das Implantat eine **große Unterstützung in Alltag, Schule oder Beruf**. Allerdings ist es nicht für jede Lebenssituation passend und hörende MedizinerInnen sollten es sich nicht herausnehmen, die Lebensqualität gehörloser Menschen und ihren Bedarf an nicht lebensnotwendigen Behandlungen paternalistisch beurteilen zu können.

+ Ein Spielfilm zeigt den Konflikt

+ Weitere Positionen innerhalb der Gehörlosengemeinschaft

ANÄSTHESIE

Das Fachgebiet Anästhesie ist bekannt für eine Mischung aus Adrenalin bei Notfällen und dem entspannten Überwachen der Narkose während einer OP. Doch die aktuelle Studienlage zeigt, dass besonders die Berufsgruppe der AnästhesistInnen mit hohen Suizidraten belastet ist.

Allgemein gelten MedizinerInnen als **suizidgefährdete Berufsgruppe**. Eine Metaanalyse an der Universität Birmingham ergab, dass dabei Suizide unter AnästhesistInnen häufiger als in jeder anderen Fachdisziplin waren. Die vorliegenden Daten ergaben, dass zwischen 3% und 25% der AnästhesistInnen Suizidgedanken haben und ca. 1% über Suizidversuche berichteten. Unter AnästhesistInnen stirbt ca. jede 10. Person an Suizid. Damit liegen sie deutlich über der übrigen Bevölkerung.

Ursache für die erhöhte Suizidrate kann die berufliche Belastung, eine höhere Rate psychiatrischer Diagnosen wie Burnout oder Depressionen, Substanzmissbrauch und der Widerwille, sich medizinische oder psychologische Hilfe zu holen, sein. Eine Rolle scheint zudem das Geschlechtergefälle in der Profession, das Dasein als Single und häufige Kinderlosigkeit zu spielen.

Der einfachere Zugang zu Medikamenten, die in suicidalen Absicht eingenommen werden, und das Wissen um die Methoden, v. a. unter AnästhesistInnen, spielt sicherlich auch eine Rolle. Rund 86% der Suizide bei ÄrztInnen gehen auf Vergiftungen zurück.

Es sollte also vor allem in Fachgebieten wie der Anästhesie, aber auch unter MedizinerInnen allgemein, ein besseres Bewusstsein für die eigene psychische Gesundheit geschaffen werden. Dabei können Präventionsprogramme und die Enttabuisierung der Thematik Depression, Substanzmissbrauch und Suizidalität helfen, die Rate an Suiziden unter ÄrztInnen zu reduzieren.

GERIATRIE

Eine Hitzewelle macht älteren Menschen ganz schön zu schaffen – und das kann viele Ursachen haben. Meist trinken sie weniger, haben eine eingeschränkte Nierenfunktion, eine veränderte Thermoregulation oder andere chronische Erkrankungen. Dies macht sie vulnerabel und führt dazu, dass während Hitzewellen das Gesundheitssystem stärker in Anspruch genommen wird, die Produktivität und das Wohlbefinden der Menschen sinkt. Die Spitze davon bilden die Sterbefälle durch Hitze, die das RKI für den Sommer 2022 auf 4.500 in Deutschland schätzt.

Doch solche Gesundheitsschäden ließen sich weitgehend vermeiden. Vulnerable Patient*innen sollten darüber aufgeklärt werden, wie sie ihre Wohnung und ihren Körper kühl halten können, dass sie ausreichend trinken sollten und mit welchen Medikamentenwechselwirkungen sie zu rechnen haben. Mit frühen Warnungen können sich Betroffene rechtzeitig auf Hitze einstellen. Und auch in der Wohnungs- und Stadtplanung sollten Hitzeinseln und Anstauungen von heißer Luft vermieden werden.

Die deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) setzt sich für **Hitzeschutz in Deutschland** ein. Es braucht flächendeckend Hitzeschutzpläne und geschultes gesundheitliches Personal, um präventiv diesen Folgen des Klimawandels entgegen zu können. Alle konkreten **Informationen und Maßnahmen** hat die WHO in ihren Gesundheitshinweisen zusammengestellt.

ARBEITSMEDIZIN

Eine wichtige Aufgabe der Arbeitsmedizin ist es, Arbeitsplätze gesundheitsfördernd und -erhaltend einzurichten. Das trifft auch auf Arbeitsplätze von Menschen mit Behinderung zu. Für ArbeitgeberInnen besteht die Pflicht, bei mehr als 20 Beschäftigten mindestens 5% Menschen mit bescheinigter Schwerbehinderung zu beschäftigen. Wird diese Quote nicht erfüllt, müssen die Betriebe pro nicht besetzte Stelle einer Person mit Behinderung pro Monat bis zu 360 € zahlen. Mit diesem Geld finanziert sich das Integrationsamt mit, das dann die Betreuung und auch die technische Einrichtung von Arbeitsplätzen für Beschäftigte mit Behinderung übernimmt.

Menschen mit Behinderung können und wollen je nach individueller Situation arbeiten. Es existieren viele Vorurteile gegenüber ArbeitnehmerInnen mit Behinderung, z.B. dass diese ständig krank, faul und nicht kündbar seien. Auch ist das Bild eines „behinderten Menschen“, dass dieser entweder Rollstuhl abhängig ist oder eine geistige Behinderung hat. Diese Vorurteile stimmen aber laut Erfahrung des **Thüringer Integrationsamts** nicht. Die meisten Behinderungen betreffen die inneren Organe mit ca. 28%.

Rund 60% der Betriebe erfüllen die Quote nicht. Viele von ihnen stellen keine einzige Person mit Schwerbehinderung ein. Das führt dazu, dass Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen diese bei der Jobsuche unterschlagen. Wenn dies nicht möglich ist, brauchen Menschen mit Behinderung im Schnitt bis zu 100 Tage länger bei der Jobsuche als Menschen ohne Behinderung.

Alle Menschen haben das Recht, am öffentlichen Leben gleichberechtigt teilzunehmen. Es gibt viele gute Ansätze, Arbeitsplätze barrierefrei zu gestalten. Jedoch müssen Betriebe vermehrt in die Pflicht genommen werden und Vorurteile gegenüber Beschäftigten und Arbeitssuchenden mit Behinderung abgebaut werden.

+ Ein Radiobeitrag

SOZIALMEDIZIN

Wie beeinflusst die Privatisierung des Gesundheitswesens unser späteres ärztliches Handeln? In Deutschland werden seit 1972 **Krankenhäuser dual finanziert**: Die Bundesländer sind für Investitionsmittel zuständig, Krankenkassen zahlen Betriebs- und Behandlungskosten, letztere umfassen ca. 90% des Klinikbudgets.

Seit 2004 ist die Abrechnung über die Krankenkassen durch Fallpauschalen geregelt. Behandlungskosten werden dabei in sog. Diagnosis related groups (DRG) eingeteilt und pauschal abgerechnet. Der Grund für die Einführung: Liegezeiten zu minimieren. Bis dato galt: je länger PatientInnen im Krankenhaus verbringen, desto höher die Erstattungssumme.

Nun sollte Anreiz für Effizienz geschaffen werden: folglich ist die durchschnittliche Liegezeit bis 2019 um ein Drittel gesunken. Damit einhergehend ist eine Überversorgung z.B. durch die Steigerung an planbaren OPs. Gleichzeitig sorgt der Abbau von Stellen in der Pflege zu einer gravierenden Unterversorgung. Dies führt in unserem ärztlichen Handeln zu einem weniger patientInnenzentrierten Vorgehen und einem verstärkten Fokus auf Wirtschaftlichkeit.

Seit Einführung der Fallpauschalen steigt der Anteil von privaten Investoren im Gesundheitswesen. Diese Träger verstärken den Druck auf Finanzen, da dort auch über 15 % Rendite an private Träger ausgezahlt wird. Zum finanziellen Druck hinzukommend ist, dass die Länder immer weniger bereit sind, in Krankenhäuser zu investieren.

Es ist fragwürdig, mit der Gesundheitsversorgung von Menschen Gewinne zu maximieren. Auch bei öffentlichen oder gemeinnützigen Trägern setzt das **DRG-System falsche Anreize** und hat zu strukturellen Problemen im Gesundheitssystem geführt. Der demographische Wandel verschärft das Problem zusätzlich und erfordert in Zukunft Investitionen – z.B. in die Digitalisierung sowie die gemeinsame Nutzung einer Infrastruktur, und nicht zuletzt ein Gesundheitssystem, das mit unserem ärztlich gebildeten Gewissen vertretbar ist.

+ Fehlende Investitionen in Thüringen

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



msfc@fsrmed-jena.de



jena@healthforfuture.de



studisjena@ippnw.de



SOZIALHELD*INNEN

<https://sozialhelden.de/>