

KOMPASS

für kritische Medizin

6. Semester



Liebe Studis des 6. 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.

KARDIOVASKULÄRE MEDIZIN

Dass Frauen bei einem Herzinfarkt andere Symptome verspüren als Männer, ist wohl das bekannteste Beispiel der Gendermedizin. Sie klagen über Übelkeit, Schmerzen in Schulter und Armen oder Müdigkeit. Es sind die Geschlechtshormone und der genderspezifische Glukose- und Lipidstoffwechsel, die das Krankheitsbild und den Verlauf beeinflussen. [Link](#) In Forschung und auch Praxis orientiert sich die Medizin jedoch meist an Männern. Da nicht nur Symptome zwischen den Geschlechtern variieren, sondern auch Präventionsmaßnahmen und Therapien dem Geschlecht angepasst werden müssen, haben sich einige Institute und Fachgesellschaften gebildet, die dieses Thema in den Alltag der Medizin integrieren wollen. Zum Beispiel [Gender in Medicin](#), [Charité Berlin](#) und [DGesGM](#). Das Wissen über die Unterschiede der einzelnen Patient*innengruppen kann uns Krankheiten besser erkennen lassen und die Behandlung und Versorgung effizienter gestalten.

PNEUMOLOGIE

Asthma bronchiale ist eine chronisch-entzündliche Atemwegserkrankung, die mit Bronchospasmen, Hypertrophie der glatten Bronchialmuskulatur, Schleimhautödem und der Produktion zähen Schleims einhergeht, woraus eine Beeinträchtigung der Atmung resultiert. [Eine Publikation in „The Lancet“](#) zeigt anschaulich auf, dass ein Zusammenhang zwischen der Luftverschmutzung und dem Beginn sowie der Exazerbation des Asthma bronchiale besteht. [Ein aktueller Review](#) bestätigt diesen Zusammenhang vor allem bei Kindern und älteren Personen und stellt heraus, dass das Problem nur durch globale Maßnahmen zur Reduktion der Luftverschmutzung gelöst werden kann.

+ [Kurze Zusammenfassung im Videoformat](#)

INFEKTILOGIE

Das West-Nil-Virus ist ein Erreger, der in tropischen bis gemäßigten Gebieten vorkommt. Er wird von Mücken übertragen und zirkuliert vor allem in Vogelpopulationen. In besonders warmen Sommern kann es zu vermehrten Ausbrüchen und zur Übertragung auf den Menschen kommen. Die Erkrankung ist das West-Nil-Fieber. Durch unseren CO₂-Ausstoß und dem daraus folgenden Klimawandel waren die letzten Sommer deutlich wärmer als der Durchschnitt. Es kam 2020 auch hier in Deutschland, in Sachsen zu neun West-Nil-Fieber-Fällen. [Das Universitätsklinikum Leipzig hat darüber berichtet.](#)

„Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“ und soll im Fach Infektiologie thematisiert werden. Wenn die Erderwärmung gebremst wird, kann die Ausbreitung von vielen Infektionskrankheiten verhindert werden.

IMMUNOLOGIE

Heuschnupfen ist häufig in Deutschland und die Verbreitung in der Bevölkerung nimmt in den letzten Jahrzehnten stetig zu. Die Erderwärmung trägt zu dieser Problematik erheblich bei. Mit dem Anstieg der Durchschnittstemperaturen werden die Winter immer milder und die pollenfreie Zeit vermindert sich teilweise so weit, dass Allergiker*innen keine "Pause zum Durchatmen" mehr haben. Aber auch andere Faktoren wie die Luftverschmutzung in verkehrsreichen Städten, die Verbreitung von neuen Pflanzenarten im Zuge der Globalisierung oder eine höhere Pollenfreisetzung verschlechtern die Situation. **Weiterlesen?** Die Einhaltung des 1,5-Grad-Ziels könnte die Lebensqualität von einigen Mio. Menschen in Deutschland verbessern.

SCHMERZMEDIZIN

Content warning: Rassistische Sprache

Struktureller Rassismus betrifft auch das Gesundheitssystem und führt zu einer schlechteren Gesundheitsversorgung von BIPoC [1] in Deutschland. So auch beispielsweise bei der Art und Weise wie Schmerzen von Patient*innen bewertet werden: es ist eine unter Gesundheitspersonal weit verbreitete rassistische Annahme, dass migrantisch gelesene Patient*innen eine geringere Schmerztoleranz haben und sich demnach unverhältnismäßig stark beklagen würden. Oft als "Morbus mediterraneus" oder "Morbus Südländer" bezeichnet, werden so tagtäglich die Schmerzen von Patient*innen nicht ernst genommen und unzureichend behandelt.

Obwohl uns solche Aussagen ständig im klinischen Alltag begegnen, trauen wir uns als Studierende oft nicht diese Rassismen als solche anzusprechen. Wir möchten euch ermutigen, genau dies zu tun, auch wenn es schwer fällt! Schließlich sind gerade wir oftmals in der komfortablen Position, nicht von dem Arbeitsverhältnis abhängig zu sein. Vor Allem diejenigen von uns, die aufgrund ihrer weißen Hautfarbe unzählige Privilegien genießen, sollten diese nutzen, um Rassismen anzusprechen und zu problematisieren.

Empfehlungen bei Interesse:

- + „Kranke Realität“ ein Artikel von Ria vom Medi Netz Jena über Rassismus im Gesundheitssystem.
- + "Warum ich nicht länger mit Weißen über Hautfarbe spreche" von Reni Eddo- Lodge
- + "Exit Racism" von Tupoka Ogette

[1] BIPoC ist eine politische Selbstbezeichnung und bedeutet Black, Indigenous and People of Colour

PRÄVENTION

Da ist er wieder. Der Risikofaktor „Niedriger sozio-ökonomischer Status“. Es muss wohl an dieser Stelle nicht mehr erwähnt werden, dass die Bedeutung von sozialen Unterschieden in der Gesellschaft sich auf Lebensqualität niederschlägt, die Entwicklung von chronischen Erkrankungen begünstigt und somit mit einem erhöhten vorzeitigen Sterberisiko einhergeht. Was aber sind die Gründe für die Entwicklung dieser sozialen Unterschiede? Ist nicht jeder Mensch selbst für die eigene Gesundheitsvorsorge verantwortlich?

Schon vor der Geburt werden die Weichen für die eigene Gesundheit gestellt. Beispielsweise stellt das Rauchen in der Schwangerschaft ein erhebliches Risiko für das Kind dar, später chronische Erkrankungen zu erleiden. Suchterkrankungen wie Nikotinabhängigkeit zeigen sich am häufigsten bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Aber auch die Teilnahme an U-Untersuchungen und das Stillen haben Auswirkungen auf die Gesundheit und Entwicklung von Kindern. Die Auswirkungen lassen sich bereits im Vorschulalter vergleichen. So treten beispielsweise Sehstörungen, Sprachstörungen, Konzentrationsstörungen, sowie psychisch auffällige Verhaltensweisen vermehrt bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialem Status auf.

Des Weiteren hat die Manifestation von Krankheiten aufgrund dieser Risikofaktoren wiederum Auswirkungen auf die berufliche Laufbahn: lange Krankheitsperioden, Einschränkungen bei bestimmten Tätigkeiten oder auch der Verlust des Arbeitsplatzes führen zu prekären finanziellen Verhältnissen. Die oftmals vereinfachte Darstellung „Armut macht krank“ stimmt zwar oberflächlich betrachtet, greift jedoch wie wir versucht haben darzustellen schlicht zu kurz.

Diese Zusammenhänge werden als „Modell gesundheitsbedingter sozialer Mobilität“ bezeichnet. Das Wissen um diese Verbindungen zwischen Risikofaktoren und -verhalten, zwischen Angehörigkeit zu einer niedrigen gesellschaftlichen Schicht und der Ausprägung chronischer Erkrankungen ist gerade für uns als behandelnde Ärzt*innen elementar, um Primär- und Sekundärprävention zu leisten.

Empfehlungen bei Interesse:

- + „Soziale Ungleichheit“ Artikel von Thomas Lampert

EPIDEMIOLOGIE

Evidenzbasierte Medizin stellt die Grundlage wissenschaftlich begründeter medizinischer Entscheidungen dar. Betrachtet man die Datenlage klinischer Studien, wird recht schnell offensichtlich, dass Frauen in der medizinischen Wissenschaft (immer noch) weitgehend außer Acht gelassen werden. Dadurch entsteht eine immense Datenlücke – die sogenannte „Gender Data Gap“. Diese Datenlücke ist dabei alles andere als ein neu auftretendes Problem: seit den Anfängen der Medizin gilt der männliche Körper als „Prototyp“ des Menschen, während die Frau lediglich eine „Abweichung“ dieser Norm darstellt. Diese Betrachtungsweise hat weitreichende Auswirkungen auf die Einbeziehung von Frauen in klinische Studien. Häufig genannte Ausschlussgründe sind die Komplexität und Variabilität von Frauen aufgrund der fluktuierenden Hormonspiegel, der Mangel an historischen Vergleichsdaten oder die schwerere Rekrutierung von Frauen aufgrund ihrer Care-Verpflichtungen.

Aber ist es nicht die Pflicht und Aufgabe der Forschung, diese Probleme zu lösen und die Durchführung der Studien an Frauen anzupassen? Der systematische Ausschluss von Frauen aus der medizinischen Forschung hat weitreichende Folgen. Medikamente können durch geschlechtsunabhängige Dosierungen in falschen Konzentrationen verabreicht werden, was zu gefährlichen Überdosierungen, aber auch zur schlichten Unwirksamkeit von Arzneimitteln bei Frauen führen kann. Es ist also von höchster Notwendigkeit und Dringlichkeit, Frauen in die medizinische Forschung einzubeziehen und geschlechtsspezifische Daten zu erheben, um Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern zu erfassen und diese in der Medizin zu beachten.

Empfehlungen bei Interesse:

+ Neo Magazin Royal

+ „Unsichtbare Frauen“ von Caroline Criado-Perez

UMWELTMEDIZIN

1) Der Klimawandel ist real und in vollem Gange.

[Link](#)

2) Wir alle sind mit daran beteiligt, da der Gesundheitssektor ca. 5% der CO₂-Emissionen verursacht. [Link](#)

3) Ärzt*innen und Expert*innen warnen davor, dass der Klimawandel bei Business-as-usual die größte Bedrohung für die Gesundheit der Menschen ist. [Link](#)

4) Der Klimawandel kann gestoppt werden, wenn Vereinbarungen wie das Parisabkommen eingehalten werden. [Link](#)

5) Meist ergeben sich Win-Win Lösungen, die gleichzeitig umweltfreundlich, sozial gerecht und Gesundheitsfördernd sind. [Link](#)

Also? Schon während des Studiums sollten wir uns mit dem Thema befassen, um die Tragweite für das spätere Berufsleben zu begreifen und dagegen Maßnahmen ergreifen zu können. Um unsere zukünftigen Patient*innen zu schützen und präventiv tätig zu sein.

Der Kompass für kritische Medizin ist eine Initiative von drei AGs der **Fachschaft Medizin in Jena**. Mitgearbeitet haben: Jan, Rosa und Katharina von **Health for Future Jena**; Martin, Lea, Janka und Clara von **IPPNW/KritMed Jena** und Robert vom **MediNetz 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:



MediNetz Jena
kontakt@medinetz-jena.de



Health for Future Jena
jena@healthforfuture.de



KritMed Jena

IPPNW/KritMed Jena
studisjena@ippnw.de