

# Kampnagel - Gender Medizin

## Geht ein Mann zum Arzt... Kritische und Künstlerische Stippvisiten in die Gender Medizin

---

29.01.2022

### Panel: Gender Medizin

Redigierte Live-Mitschrift erstellt durch:

Marie Weber

---

Der vorliegende Text ist die redigierte Version der Live-Mitschrift und ist als das Ergebnis einer flüchtigen mündlichen Darbietung zu verstehen, bei der die Schriftdolmetscherinnen nur stark eingeschränkte Möglichkeit der Korrektur haben. Für Vollständigkeit und Richtigkeit kann daher keine Garantie übernommen werden.

Trotz des Korrekturdurchlaufs können Mitschriften Fehler enthalten, sei es durch Fehler der Sprechenden oder durch Fehler der Dolmetschenden. Darüber hinaus können Passagen, die in der Live-Situation verständlich waren, in Schriftform ohne Kontext wie Prosodie, Mimik, Gestik oder Präsentationsfolien unverständlich werden.

Bemerkungen und Nebengeräusche, die sich nicht direkt auf den Inhalt der Veranstaltung beziehen, werden in der Live-Situation wiedergegeben, in der Mitschrift aber entfernt, außer der/die Sprecher:in bezieht sich auf diese.

Die vorliegende Mitschrift ist urheberrechtlich geschützt und als solche nur für den internen Gebrauch bestimmt.  
© 2022 Delfinterpret

**PANEL: GENDER MEDIZIN**

(Alina Buchberger) Hallo und herzlich willkommen auf Kampnagel beim Schwerpunkt „Geht ein Mann zum Arzt ... Kritische und künstlerische Stippvisiten in die Gendermedizin“. Ich bin Alina Buchberger und mit meinen Kolleg\*innen haben wir das Diskursprogramm für dieses Wochenende gestaltet.

Bevor wir beginnen noch einige Hinweise zum Thema Zugänglichkeit und Übersetzung. Wir haben ein Live-Publikum in der Halle. Und hallo ins Webinar, wo auch ein Publikum zuschaut.

Und ich begrüße erst mal alle Speaker\*innen, die hier sind, und unsere Moderation. Zum Thema Übersetzung: Es gibt eine Übersetzung der folgenden Diskussion, die in deutscher Lautsprache stattfinden wird, ins Englische. Dazu können Sie in der Halle einen Kopfhörer nehmen. Und wenn Sie im Webinar zuschauen, nutzen Sie das Dolmetscher-Symbol und wählen Sie eine Sprache aus.

There is an English translation. You can get headphones at the entry. In the webinar, click on the globe symbol.

Außerdem haben wir eine Schriftdolmetschung auf Deutsch. Dazu haben wir in der Halle QR-Codes verteilt. Die können Sie scannen und auf dem Mobiltelefon mitlesen. Oder Sie gehen auf unsere Webseite. Rechts, wo man die Tickets buchen konnte, ist der Link. Im Webinar postet Dani den Link zur Schriftdolmetschung in den Chat.

Ich gebe noch einen kurzen Überblick zum folgenden Programmpunkt. Wir machen erst das Panel zum Thema Gendermedizin. Dann gibt es eine Pause, dann gibt es ein Künstler\*innen-Gespräch. Und danach sehen wir einen Film. Und es gibt ein Q&A heute Abend.

Morgen gibt es eine Keynote von Loretta Ross, dann ein Panel zu feministischen Gesundheitsbewegungen. Und dann einen dreistündigen Open Space mit Initiativen aus ganz Deutschland, Österreich und der Schweiz, digital und analog. Es gibt auch drei künstlerische Arbeiten zu sehen auf Kampnagel. Und wir haben im Foyer einen Pop-up Sex-Shop aufgebaut.

Erst mal danke von Herzen an alle, die sich heute bereit erklärt haben, an der Diskussion teilzunehmen. Ich freue mich, dass ihr da seid. Bevor ihr vorgestellt werdet, werde ich Bilke Schnibbe vorstellen. Bilke übernimmt die Moderation.

Bilke ist Psycholog\*in und Journalist\*in, bereitet sich auf die Approbationsprüfung zur Verhaltenstherapeut\*in vor und ist Redaktionsmitglied bei meiner Lieblingszeitung analyse & kritik in Hamburg. Ich bin dir dankbar, dass du kurzfristig die Moderation übernommen hast. Ich freue mich jetzt auf euer Gespräch.

(Bilke Schnibbe) Cool, dass a&k deine Lieblingszeitung ist. Das höre ich gerne. Herzlich willkommen. Schön, dass ihr vor Ort da seid und auch online. Ich erkläre noch kurz was zum Thema Gendermedizin zur Einführung. Dann stelle ich euch vor und dann steigen wir ein in die Diskussion.

Es steht schon im Text der Ankündigung: Gendermedizin umfasst viele verschiedene Bereiche und die Wissenschaft und Forschung, die Versorgung von Menschen, Ausbildung. Es ging los mit dem eher binären Verständnis: Der Mann ist die Norm. Und die Frau ist irgendwie --- Keine Ahnung. Die gibt es irgendwie, aber der Mann ist die Norm.

Dann kam die Gendermedizin, wo man guckte, wie zum Beispiel Herzinfarkte bei Frauen aussehen. Und dann geht es auch darum, was mit den anderen Geschlechtern ist aktuell. Dazu haben wir euch alle eingeladen.

Im Bereich der medizinischen Wissenschaft geht es bei Gendermedizin darum, welche Krankheiten überhaupt erforscht werden und welche nicht, weil sie als Partikularproblem gelten, zum Beispiel die Endometriose, wo menstruierende Menschen starke Schmerzen haben und wenig Behandlungsmöglichkeiten bekannt sind. Das betrifft ziemlich viele Leute. Trotzdem ist es irgendwie wie eine exotische Krankheit gewesen oder auch gar nicht so definiert gewesen.

Dann ist die Frage, was überhaupt als Krankheit anerkannt wird. Was wird damit behandelt, wird das durch Bezahlung durch die Krankenkasse für die Menschen zugänglich gemacht? Und was wird als Krankheit definiert? Obwohl Menschen in diesem Zustand das vielleicht gar nicht wollen, dass es als Krankheit definiert wird. Damit beschäftigt sich auch Gendermedizin.

Dann gibt es die Frage: Wer ist eigentlich in der Behandlung, Pflege, Unterstützung von Menschen für was zuständig? Wer sind Ärzt\*innen? Wer ist Pflegepersonal? Wo kommen die Menschen her, wer ist das? Das ist auch gegendert und damit eine Frage der medizinischen Versorgung.

Dann gibt es noch Fragen: Welche Gesetze gibt es eigentlich? Was ist erlaubt und verboten an medizinischen Praktiken? Schwangerschaftsabbruch oder Abtreibung, warum ist das nicht als Leistung der Krankenkassen gelabelt? Es gibt viele Bereiche, wo man sich diese Frage stellen kann.

Wir haben uns überlegt, dass wir uns auf diesem Panel – weil es so weit greift – vor allem auf die Versorgung und den Einfluss von Geschlechtlichkeit auf die Versorgung von Menschen fokussieren, damit wir nicht vom Hölzchen aufs Stöckchen kommen. Daran werden wir uns orientieren in der Diskussion. Natürlich dürfen auch andere Aspekte auftauchen.

Ihr seht, ein weit spannendes Feld, auf dem sich gesellschaftliche Hierarchien spiegeln und neu entstehen. Medizin ist ein sehr anerkanntes Forschungsfeld, ein praktisches Feld. Das Ansehen, was Ärzt\*innen in der Gesellschaft haben, ist sehr hoch. Medizin gilt als auf Fakten basierende Wissenschaft. Wir gehen zu Ärzt\*innen, damit sie uns sagen, was los ist. Es hat ein hohes Ansehen und produziert damit auch Geschlecht.

Ihr dürft auch gleich gerne widersprechen zu allem, was ich gesagt habe. Ich stelle euch kurz vor.

Ich fange an mit Mine Pleasure Bouvar Wenzel. Du bist heute aus Hannover da. Du leitest das Projekt LSBTI\*Gesundheit im Andersraum Hannover. Eure Arbeit dreht sich um adäquate Gesundheitsversorgung für queere Menschen mit besonderem Fokus auf die Bedarfe von trans\*, inter\* und abinären Personen. Du gibst auch Fortbildungen für Behandler\*innen zu Diskriminierungssensibilität und Kompetenz im Umgang mit Marginalisierung. Schön, dass du da bist.

(Mine Pleasure Bouvar Wenzel) Hi.

(Bilke Schnibbe) Daneben sitzt Pune Ivaki. Du bist Gründungsmitfrau von Feministische Medizin e.V., femmed\*. Du arbeitest außerdem als Assistenzärztin in der Allgemeinchirurgie im evangelischen Elisabeth Krankenhaus in Berlin.

Und bei femmed\* setzt ihr euch für die Gleichberechtigung aller Geschlechter innerhalb der Medizin ein und des Gesundheitssystems. Dabei ist euch ein intersektionales Verständnis von Feminismus wichtig. Damit habt ihr euch auch zum Ziel gesetzt, medizinische Versorgung aller von Marginalisierung und Diskriminierung betroffenen Menschen zu verbessern. Dazu sagst du bestimmt gleich noch was.

(Pune Ivaki) Danke für die Einladung.

(Bilke Schnibbe) Links daneben auf der Bühne ist Professor Gertraud Stadler, genannt Turu, aus Berlin. Du bist Psychologin und aktuell Professorin an der Charité in Berlin im Bereich Gendermedizin. Und du machst geschlechtersensible Präventionsforschung zum Beispiel zur Frage, wie Einzelpersonen und Paare ihr Alltagsverhalten ändern können, um ein Leben lang gesund zu bleiben und einen besseren Umgang mit Krankheiten zu finden. Die Arbeit ist interdisziplinär. Das heißt, sie betrifft nicht nur Medizin, sondern auch Ernährungswissenschaften, Sportwissenschaften, Psychologie usw. Herzlich willkommen.

(Prof. Gertraud Stadler) Danke für die Einladung.

(Bilke Schnibbe) Jetzt mache ich schon Zettelwirtschaft. Oje.

Online zugeschaltet ist Kirsten Achtelik. Du bist Sozialwissenschaftlerin, freie Journalistin und Autorin mit Fokus auf den Themen Gender, Behinderung, Gesundheits-, Antidiskriminierungs- und Bevölkerungspolitik.

Du hast das Buch geschrieben „Selbstbestimmte Norm. Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung.“ Du beschäftigst dich unter anderem mit der Frage von fehlender Solidarität zwischen der feministischen Bewegung und anti-ableistischem Aktivismus. Du bist also hier Fachperson zu verschiedenen Themen. Einerseits im klassischen Verständnis, und dann sprichst du auch aus der Perspektive einer Patientin nach der Brustkrebs-Diagnose im Mai 2021. Du hast über gender-normative Aspekte der medizinischen Versorgung geschrieben in

Zeitungen, auch zu den Themen Chemotherapie, Libido und Kink. Also du berichtest aus der Betroffenenperspektive. Herzlich willkommen.

(Kirsten Achtelik) Danke für die Einladung. (Tonprobleme)

(Bilke Schnibbe) Ja, dann legen wir los. Eigentlich hattet ihr mich gebeten, eine Leichte-Kost-Frage zum Einstieg zu nehmen. Ich glaube, es ist mir nicht gut gelungen. Ich stelle sie trotzdem, da es mich auch interessiert.

Ihr blickt alle aus verschiedenen Perspektiven auf das Thema Geschlecht, Medizin und Gesundheit, als Behandler\*innen, Aktivist\*innen, Patient\*innen oder Forscher\*innen. Und darum möchte ich die Runde eröffnen mit der Frage: Wie gut werden verschiedene benachteiligte Geschlechter medizinisch versorgt, wo findet systematische Diskriminierung statt aus euren verschiedenen Perspektiven? Was würdet ihr aus eurer Sicht zur Grundfrage des Panels sagen?

(Mine Pleasure Bouvar Wenzel) Wo fängst du an? Es ist eine wahnsinnig große Frage. Vielleicht aus meiner Perspektive: Ich habe sehr viel mit queeren Personen zu tun und jenseits der Cis- und Endo-Geschlechtlichkeit, die abweichen von dem Geschlecht, dem sie bei der Geburt zugeordnet wurden --- Oder deren Körper nicht in die Norm medizinisch-biologisch definierter Geschlechtlichkeit reinpassen.

Da gibt es große Unterschiede und ich bin eine große Freund\*in zu sagen, dass man die Sachen, die sich unter dem Schirm „queer“ bewegen, nicht mit einer Bürste schrubben darf. Aber man ist weit entfernt von gleicher Versorgung, um es als Gesamtsituation auf den Punkt zu bringen.

(Pune Ivaki) Ich mache mal weiter. Ich denke natürlich primär an meine Erfahrung als Ärztin im Krankenhaus. Und da sehe ich, dass eigentlich die Formen von Diskriminierung sich nicht unterscheiden von denen, die sonst in der Gesellschaft vorherrschen oder passieren in allen anderen Bereichen. Und es sind neben Gender --- Wie wir schon gesagt haben, wir haben den Anspruch, auch über Intersektionalität zu sprechen. Und ich finde, das kann man einfach gar nicht trennen voneinander.

Überall da, wo Menschen abweichen von der gesellschaftlichen Norm, die wir in Deutschland haben, von irgendwie weiß, cisgeschlechtlich, christlich, davon abweichend fängt meiner Meinung nach Diskriminierung an und auch sozusagen Unter-Behandlung und Benachteiligung.

(Prof. Gertraud Stadler) Aus meiner Perspektive ist es so, dass wir in einigen Bereichen gesichertes Wissen haben. Bei Herzerkrankungen wissen wir, dass Frauen selbst zu wenig daran denken, dass es ein Herzinfarkt sein könnte. Sie werden zu wenig diagnostiziert und zu wenig behandelt und gehen weniger in die Rehabilitation und haben schlechtere Ergebnisse in der Lebensqualität und überleben weniger, sie sterben. Das ist sehr gesichert.

Und dann gibt es viele Bereiche, wo wir erste Evidenz haben, dass es große Probleme gibt. Interessanterweise betrifft es nicht nur die Frauen. Bei nicht-binären Menschen haben wir sehr große Datenlücken insgesamt im deutschsprachigen Raum, eine riesige Gender- und Diversitäts-Datenlücke. Und deshalb wissen wir zum Teil gar nicht, wo die größten Lücken in der Behandlung noch sind.

Meiner Meinung nach gibt es auch bei Männern in der Prävention große Lücken. Frauen gehen in die gynäkologische Fachpraxis, Männer haben kein Äquivalent. Nicht-binäre Menschen haben vor allen Dingen außerhalb der Städte keine Anlaufstellen. Bei Kinderwunsch ist der ganze Fokus auf den Frauen. Bei Männern haben wir kaum Daten, wie man ihnen mit dem Kinderwunsch helfen kann.

Unser Ansatz ist, die Fokus-Person, die ein Problem entdeckt, im sozialen Kontext zu behandeln. So kann man es angehen. Und was Pune schon angesprochen hat: Alle Menschen mit schlechter sozialer Lage in Intersektion mit Geschlecht, da haben wir eine Unterversorgung.

(Kirsten Achtelik) Aus dieser Brustkrebs-Perspektive gesprochen, wo ich an mir eine Fallstudie durchführen konnte: Es hat in der Gendermedizin und durch den Druck von Patient\*innen über die letzten Jahre eine Entwicklung gegeben, dass es eine Versorgung von Nebenwirkungen gibt, die man früher ignoriert hat. Früher wollte man nur die Lebenschancen der Menschen erhöhen. Wenn sie die ganze Zeit brechen mussten, dann war es so.

Mittlerweile ist die Versorgung besser geworden, sodass man das auch bekämpft. Das ist gut. Aber es hat immer Vor- und Nachteile und ist auch ein dialektischer Prozess, der in der Brustkrebsversorgung dazu geführt hat, dass es sehr gegendert und auf cis Frauen fokussiert ist, viele Ressourcen zur Verfügung gestellt wurden, um einen normalen und nicht kranken Eindruck zu machen.

Es gibt Versorgung mit Perücken. Und wenn die Brust operiert wird ist ein großer Fokus darauf, zu versuchen, sie zu erhalten. Und wenn sie abgenommen werden muss, das so zu operieren, dass es mit Silikon oder körpereigenen Materialien ersetzt wird. Oder die Möglichkeit, die medizinisch am schonendsten ist als Operation, die wegzulassen, das wird nicht erwähnt.

Es gibt Bewegungen, das bekannt zu machen und Vereine, die das bekannt machen wollen, sodass es nicht nur auf Abwehr und Erstaunen trifft bei Ärzt\*innen, wenn man das haben will, da aber trotzdem eine Lücke in der Kommunikation ist.

Und es gibt da die Norm, wie eine richtige Frau sein muss und wie die das selber wollen, was im Angebot ist und die anderen sich selber die Infos besorgen müssen. Ich glaube, das ist vielleicht ein bisschen kleinteilig, aber Krebs ist eine Art Massenerkrankung, an der man sehen kann, was die Kassen zahlen, wo die Versorgung ist.

Und in der mittlerweile sechsten Covid-Welle muss man auch Menschen zum Beispiel mit Behinderung erwähnen, die nicht den Zugang zur Versorgung haben. Wie zum Beispiel Gynäkolog\*innen mit entsprechenden Stühlen, die gibt es zu wenig und nur in den Großstädten.

Auch in der feministischen Bewegung haben Frauen mit Behinderung eine große Rolle gespielt, auch in der Frauengesundheitsbewegung. Auch aus der intersektionalen Perspektive und in der Pandemie, wo die Probleme offensichtlich werden, muss man den Finger in die Wunde legen.

(Bilke Schnibbe) Vielen Dank. Du hast auch einen Artikel geschrieben, wo du das Abnehmen der Brust mit einem Schwangerschaftsabbruch verglichen hast. Du hast gesagt, eine richtige Frau möchte unbedingt ein Kind und hat Schwierigkeiten, sich für den Abbruch zu entscheiden und man soll da keine Fehler machen, damit die Person das nicht bereut. Da taucht das Bild auch auf.



Ich habe meinen Stift verloren.

(Mine Pleasure Bouvar Wenzel) Ich überbrücke die Zeit mit einer Anekdote. Zum Beispiel beim Thema Abnahme der Brust bei der Brustkrebsbehandlung. Da hatte ich neulich erst in der Beratung eine Person, die sagte: „Wenn eine weg ist, kann die andere auch mit. Und dann spare ich mir den extra Gang, denn die sollen weg.“

Die Krankenkasse hat gesagt, das ist eine Extrabehandlung. Die Person hat vor vielen Jahren zum letzten Mal einen Psychologen gesehen, aber die Kasse hat gesagt, du musst noch mal zurück, denn du hast nicht den Mindestzeitraum der Psychotherapiestunden und darum können wir dir die zweite Brust nicht abnehmen. Bei der ersten war es aber kein Problem, weil da die Diagnose Brustkrebs war.

Die Person konnte zum Glück erstreiten, dass die Brust nicht erhalten werden musste. Aber das war, wie die Finanzierung durch die Kassen zum Nadelöhr wird, obwohl das für die Ärzt\*innen kein Problem gewesen wäre, gleich beides zu machen.

(Bilke Schnibbe) Das ist ein krasses Beispiel. Das meinte ich: Diese Vorstellungen beeinflussen, was ist eine Kassenleistung, was ist die rechtliche Grundlage, auf der bewilligt wird, und welche nicht.

(Kirsten Achtelik) Darf ich? Und es ist tatsächlich so, dass angleichende Operationen von der anderen, nicht betroffenen Brust, die werden normalerweise später gemacht. Und beide Brüste zu operieren ist stressig, und wenn es nicht sein muss, macht man es mit Abstand. Aber es gibt eine angleichende Operation, die sagt: In der linken Brust ist so viel Silikon und bei der anderen machen wir etwas, damit es ähnlich aussieht. Und die Kasse macht das.

Aber abnehmen als angleichen, das gibt es nicht. Ich kenne eine Person, die hat das durchgeföhnt und erstritten, auch mit dem Psychologen, aber das gibt es eigentlich nicht. Das ist ein großes Problem. Eine Person ohne zwei Brüste ist komisch, aber ganz ohne Brüste, das ist nicht vorgesehen, wenn man nicht offiziell trans\* ist und diesen beschwerlichen Weg auch gehen will.

(Mine Pleasure Bouvar Wenzel) Bei dieser Person war das sogar gegeben. Und die Sitzungen waren über zehn Jahre her und die Kasse hat sich gesperrt, weil sie gesagt haben, trans\* und Brustkrebs geht nicht zusammen, wir dürfen keinen Brustkrebs haben.

(Bilke Schnibbe) Die Diagnose wird dieses Jahr ersetzt durch den Diagnosekatalog der WHO. Das ist Voraussetzung, um mit den Krankenkassen in Verhandlung zu treten, was man darf und was nicht.

Ich stelle die Frage noch mal konkret. Was ist euer Blick darauf, wenn man Gendermedizin macht und sagt: Geschlecht hat diesen oder jenen Einfluss auf Versorgung.

Ihr nennt ganz viele verschiedene Dinge. Turu sagt, wir haben den sozialen Hintergrund mit der finanziellen Ausstattung, die Klasse beeinflusst das massiv. Du guckst aus einer queeren Perspektive. Kirsten hat angesprochen, dass Behinderung eine Rolle spielt.

Aber noch mal die Frage in die Runde: Schließt der Begriff Gendermedizin viel aus? Traditionell war er sehr binär. Ist das ein sinnvolles Werkzeug? Wie gehen wir damit um, dass Intersektionalität nicht heißt, dass Leute eine Frau sind und dann noch das und das und das obendrauf haben, und dann ist das Diskriminierungskonto schlecht. Sondern es beeinflusst sich gegenseitig. Was denkt ihr?

(Mine Pleasure Bouvar Wenzel) Ich finde den Begriff Gendermedizin fürchterlich. Es macht das Bild auf: Alles, was Norm ist, hat kein Geschlecht. Und alles was nicht cis oder endogeschlechtlich ist, ist Gender. Gender als Konzept beschreibt, wie Geschlecht als gesellschaftliche Ordnungskategorie hergestellt wird. Wie wir uns Geschlechter zuschreiben und wie wir uns anhand dieser Zuschreibung behandeln.

Das hat viel damit zu tun, welche Zugänge ich in der Medizin habe, welche Diagnosen auf mich zutreffen. Gleichzeitig werden --- Wir hatten gestern im Panel zu Rassismus in der Medizin häufig den Begriff „epistemische Gewalt“ genannt. Also die Frage: Inwieweit kommt Gewalt vor, um aktuelle Wissens- und Gesellschaftssysteme aufrechtzuerhalten?

In der Medizin ist das krass der Fall. Unsere Geschlechterkategorien sind durch die Medizin bestimmt, festgelegt, erforscht und beschrieben worden. Der Hintergrund ist teils im

biologischen Rassismus, wo Geschlechterunterschiede und Körperunterschiede festgeschrieben wurden. Und die haben sich dann in die medizinischen Disziplinen eingeschrieben.

Die komplette Medizin ist stark gegendert. Ein Blick auf die gegenderte Medizin ist ein Blick auf die gesamte Medizin. Und die Frage danach, welche Zugänge es gibt, welche Normen es gibt, wie wir am Anfang gesagt haben.

(Bilke Schnibbe) Ich gucke gleich in eure Ecke. Was denkt ihr?

(Prof. Gertraud Stadler) Ich stimme Mine zu. Wenn man über Geschlecht in der Medizin spricht, ist es immer gut, eine intersektionale Perspektive mitzubringen und Geschlechtervielfalt zuzulassen, nicht das einzuschränken nur auf das Binäre.

Wir haben gerade etwas erarbeitet. Es gibt keinen Konsens, wie man in der Medizin damit umgeht. Wir sammeln Daten und versuchen, die Lücken zu schließen, die Mine angesprochen hat.

Aber es gibt keinen Konsens, wie man das macht. Dadurch macht jeder ein bisschen vor sich hin. Wir können eigentlich, um die verschiedenen Erkenntnisse zu kombinieren --- Eine einzige Studie würde ja nie genügen, um eine Versorgung zu verändern. Außer, es ist eine große Population repräsentiert. Aber meist braucht man mehrere Studien, die kompatibel sein müssen.

Es ist ganz wichtig --- Mein Traum wäre, dass wir bei allen Studien Geschlecht in der Vielfalt erheben und die anderen Dimensionen mit dazu erheben. Also soziale Lage, Bildung, auch ganz wichtig, Sprache und kulturelle Wurzeln. Wenn wir das machen, haben wir bessere Erkenntnisse, um die Versorgung sicherzustellen, bestmöglich. Dann wäre es wirklich eine personalisierte Medizin, die auf die Person zugeschnitten ist.

Es ist so eine Einheit aus meiner Sicht von Forschung --- In der Lehre müssen wir es machen. Idealerweise würden wir in der Versorgung die Sachen selbst identifizieren lassen von den Leuten, die in die Versorgung gehen. Dann können wir es nach bestem Wissen und Gewissen zuschneiden.

(Bilke Schnibbe) Würde das nicht auch die Gefahr bergen, mit der Wissenschaft die Kategorien wieder zu stärken? Wenn wir gucken, was die Männer und Frauen machen und andere Geschlechter. Wie kategorisiert man da die Leute? Das bringt es ja auch wieder hervor. Man arbeitet mit dem, was historisch vorhanden ist.

(Prof. Gertraud Stadler) Ich stimme dir komplett zu. Man muss sehr gut gucken, wie man es so macht, dass es wirklich nützlich ist. Aus meiner Sicht ist immer wichtig, die Leute, die es betrifft, mit an Bord zu haben, damit die auch selbst ihre Identifizierung einbringen können und dass man es anpasst.

Andererseits finde ich es sehr wichtig, diese Sachen mitzuerheben. Denn diese Kategorien – ich nenne es auch eher Dimensionen oder Domänen. Es gibt viel Fließendes, aber auch nützliche Unterscheidungen, die wir brauchen und treffen müssen. Eine Ablehnung von Kategorien bringt uns nicht weiter. Es wirft uns zurück auf das Binäre, und selbst das haben wir für den deutschsprachigen Raum kaum erhoben.

(Bilke Schnibbe) Ja. Was denkst du darüber, Pune? Du bist ja im Feld, sozusagen. Und das Aktivistische, ihr betont ja extra, wie wichtig die intersektionale Perspektive ist. Was denkst du? Gendermedizin, ist das zu wenig, irreführend, der falsche Fokus, provokant gesagt?

(Pune Ivaki) Ich denke nach und höre euch zu. Ich weiß nicht, inwieweit wir gerade auch über Begrifflichkeiten reden. Ich habe den Eindruck, dass Gendermedizin in der breiten Öffentlichkeit und der Medienwelt missverstanden werden kann. Weil momentan sowieso schon alles, was "gender" mit im Wort hat, Gefahr läuft, angegriffen zu werden von allen Seiten.

Korrigiert mich, wenn ich gerade etwas außer Acht lasse. Aber für mich geht es darum, diese Kategorien aufzuweichen und aufzubrechen. Egal, wie wir es nennen, Gender ist erst mal ein neutraler Begriff. Die Färbung hat er nur durch uns. Weil wir mit diesem ganzen --- Weil wir aufwachsen in einer sexistischen, rassistischen, ableistischen Gesellschaft.

Und für mich ist es essenziell, überhaupt das Bewusstsein zu schärfen dafür, dass es ein Thema ist, dass es nicht nur zwei Kategorien gibt. Sondern dass es viel diverser ist, in allen Bereichen. Das sollte das Ziel sein, dass in allen medizinischen Bereichen das integriert wird.

(Prof. Gertraud Stadler) Ich wollte noch etwas ergänzen. Gendermedizin wird oft reduziert auf Frauenmedizin. Ich finde das ganz unglücklich. Es ist auf jeden Fall ein Teil davon und auch reproduktive Gesundheit und Frauengesundheit ist ein Teil davon.

Bei der Geschlechtervielfalt gibt es in vielen Fällen eine Unterversorgung von cis Männern. Und die starke Vertretung und Über-Repräsentation von cis Männern hat denen zum Teil nicht geholfen. Und diese Versorgungslücken müssen wir im Auge behalten.

Ich würde mich stark dagegen verwehren, zu sagen: Das ist nur eine Sache von Frauen und abinären Personen, die Gendermedizin. Es geht alle an. Wir müssen alle zusammen daran arbeiten und lernen, dass über die Disziplinen hinweg zu verbessern. Und toxische Männlichkeit hurts everyone.

(Mine Pleasure Bouvar Wenzel) Aber was ist denn Frauenmedizin? Geht dann ein trans\* Mann zur Frauenmedizin und sagt: Ich glaube, ich bin hier falsch, aber ich bin hier genau richtig.

Diese Kategorien sind schwierig, weil sie dazu gedacht sind, Anamnesegespräche abzukürzen. Und das kann total kritisch sein. Wenn ich als Person, die männlich gelesen wird, zum Arzt gehe, ist es super wichtig, dass Ärzt\*innen in jedem Fall – egal wie die Person vor mir aussieht oder wie ich sie einordne – je nachdem, was die Frage ist, dass grundsätzlich genau nachgefragt wird.

Sonst entstehen Behandlungsfehler und Fehldiagnosen. Dann entstehen Sachen, die lebensgefährlich sein können, weil ich aufgrund von Kategorien, in die ich eine Person stecke, Fehler mache. Weil ich sage: Das ist Frauenmedizin. Die Person, die ich männlich lese, kommt darin nicht vor, obwohl sie PCOS hat und sich in einem Trans-Prozess befindet. Diese Kategorien sind nicht hilfreich.

(Prof. Gertraud Stadler) Aber was wir jetzt erarbeitet haben, was wir erfassen könnten --- Wir haben maximal 10 Minuten Zeit in der Allgemeinarztpraxis. Durchschnittlich sind die Gespräche 4-6 Minuten lang. Eine Idee, die wir zu zementieren versuchen: Dass die Personen sich selbst im Wartezimmer identifizieren, sodass ich das als behandelnde Person einfach kriege. Aber nachfragen müssen sie trotzdem.

(Mine Pleasure Bouvar Wenzel) Oder den medizinischen Sektor besser anpassen, sodass es mehr Ärzt\*innen gibt.

(Bilke Schnibbe) Das wäre jetzt auch meine Frage. Turu, macht ihr nicht eigentlich in einem nicht so tollen System irgendwie Schadensbegrenzung? Es wäre besser, wenn die Gespräche länger werden, könnte man sagen. Ihr optimiert sozusagen im kapitalistischen System den Gesundheitssektor. Ganz provokant.

(Prof. Gertraud Stadler) Ich denke, was normalerweise passiert: Dass innerhalb des ganz engen Rahmens, der gesetzt ist bzw. mit dem wir arbeiten, dass wir natürlich versuchen, herauszuholen was geht. Das ist klar und alle in der Praxis versuchen das.

Es ist interessant zu sehen, dass viel guter Wille da ist. Da mehr Luft zu schaffen, das ist ein Weg. Aus meiner Sicht könnte man das einfach untersuchen. Wir wissen nicht, ob das allein reichen würde, um zu sagen: „Für diesen Patienten, für diese Patientin brauche ich mehr Zeit.“ Dass man sagt: „Hier haben wir jemanden, bei dieser Person muss ich wesentlich mehr nachgucken.“ Oder: „Das ist ein ganz einfacher Fall.“

Wir arbeiten natürlich innerhalb der Limits, die wir derzeit haben. Aber das wäre zum Beispiel eine sehr interessante Forschungsfrage. Bei wem brauche ich mehr Zeit? Dann müssen wir sie fordern. Und haben wir die Daten dazu, können wir es fordern und in die Behandlungsrichtlinien einbringen.

(Kirsten Achtelik) Ich glaube, wir sind uns alle einig, dass die Finanzierung des Gesundheitssystems über Fallpauschalen --- Die abzuschaffen, das wäre ein großer Schritt nach vorne. Und abgesehen von der Forschung und davon, was in jeder realen Arztpraxis passiert, gibt es auch eine Krankenhausbewegung, die von Pfleger\*innen und Krankenhauspersonal, hauptsächlich Krankenhaus, aber auch in der Privatpflege, die sich dafür einsetzen, dass das anders finanziert wird.

Was wie bezahlt wird und was wie angesehen wird, das kann man ja nicht trennen von dem, wie die einzelnen Leute angesprochen werden. So eine grundlegende Forderung ersetzen mit,

„dann kreuzen die Leute im Wartezimmer etwas an“, das wäre der falsche Weg. Man muss beides machen.

Und wie wir analog diskutieren, dass wir die Hetze gegen Gendersprache --- Wir gendern Sprache nicht, ihr gendert Sprache, indem ihr nur die maskuline Form benutzen möchtet. Das macht ihr seit Jahrhunderten. Wir versuchen, Sprache zu entgendern und alle mitzumeinen.

So würde ich es analog versuchen auch für die Medizin zu sagen: Wir versuchen, die medizinische Versorgung wegzukriegen von einem Typus, oder von einer Norm, die angeblich alle erfasst, das zu entgendern, entrassifizieren, entableisieren und es so zu machen, dass alle adäquat versorgt werden. Das ist der Ansatz.

(Bilke Schnibbe) Es müsste "Entgender-Medizin" heißen.

(Mine Pleasure Bouvar Wenzel) Darf ich auf Turu reagieren? Wir haben schon mal in einem Forschungsprojekt zusammengearbeitet und die Ergebnisse finde ich sinnvoll. Forschung ist wichtig, denn sie ist ein Tool, um Wissen in Forderungen bearbeiten zu können. Aber es gräbt auch bestehende Festlegungen ein. Das Wissen, das es bereits gibt, nennt sich situiertes Wissen. Communities wissen, was ihnen in den Arztpraxen passiert.

Da muss es noch mal in Forschung übersetzt werden und in den stark hierarchischen akademischen Betrieb hineingepresst werden. Es muss ein Paper veröffentlicht werden, eine Metastudie. Und daraus werden dann Forderungen, die die Bedarfe vielleicht nur teilweise decken, weil Kompromisse gefunden werden, usw.

Da ist die Frage, inwieweit die Forschung selbst Teil der Hierarchien ist, die uns die Beine stellen.

(Bilke Schnibbe) Was wäre deiner Meinung nach besser?

(Mine Pleasure Bouvar Wenzel) Die Anarchistin in mir sagt: „Auf die Straße.“

(Prof. Gertraud Stadler) Aber Mine hat recht. Wir sollten in unserer Forschung Gesellschaft widerspiegeln. Das haben wir im Moment gar nicht. Aus meiner Sicht ist der Wunsch da, dass

die Forschung widerspiegelt, wer in der Gesellschaft vorhanden ist. Wir haben eine starke Schiefelage. Wir wissen kaum, wer sich im akademischen Betrieb als nicht-binär versteht. Auf der Führungsebene sind Frauen total unterrepräsentiert. Das muss sich ändern und wir müssen an den Strukturen arbeiten.

Die Domänen müssen in der Forschung abgebildet sein. Das ist oft ein sehr langer Weg, aber mit Corona haben wir gesehen, dass es schneller gehen kann. Wir haben auch in anderen Ländern gesehen, dass es viel schneller gehen kann. Wenn wir in der Praxis die Daten erheben und mit Betroffenen zusammenarbeiten, dann können wir sehr schnell in die Praxis gehen.

Ich stimme Mine zu, wir brauchen mehr Repräsentation im System und ich hoffe, dass wir es in der nächsten Generation schaffen und gemeinsam voneinander lernen.

(Bilke Schnibbe) Ich habe oft an dich gedacht, vor allen Dingen in der Frage, mit den Leuten zu reden, und wenn die Zeit da wäre, die Systemfrage, was du darüber denkst.

Und zwei Fragen auf einmal sollte man nicht machen, aber ich mache es: Dass alle in der Wissenschaft sind und Communities die Forschung selbst machen, das könnte man sich auch in der Praxis vorstellen. Ist das in der Praxis der Medizin divers genug und würde das was ändern oder muss man Revolution machen?

(Pune Ivaki) Wir sind uns doch alle einig, behaupte ich, dass wir Revolution machen müssen. In Deutschland läuft vieles hier immer noch besser als in vielen anderen Ländern, aber es gibt sehr viel Luft nach oben. Ich höre raus, dass wir alle einen starken Wunsch nach großer Veränderung haben. Aber wir merken, dass wir im System gefangen sind und dass es Grenzen gibt.

Ich finde allein das Beispiel von Gendern in der Sprache ein gutes Beispiel, wie es sich über ein paar Jahre verändern kann, dass selbst Behörden den \* benutzen. Ich finde, das macht Hoffnung. Und auch die Gründung des Instituts, wo Turu auch arbeitet. Das mit kleinen Schritten Veränderung ---



Um Bewusstsein zu verändern, braucht es Zeit. Gerade in der Medizin, die so alt und hierarchisch und in verfestigten und verhärteten Strukturen seit Jahrzehnten und Jahrhunderten funktioniert. Ich glaube, da muss man sich gedulden.

(Prof. Gertraud Stadler) Dazu möchte ich etwas anmerken. Ich war lange weg aus Deutschland und habe in den USA gearbeitet und in Großbritannien. Als ich zurückkam, war ich entsetzt, wie wenig sich geändert hat. In anderen Ländern hat sich viel mehr geändert. Die Förderleistungen haben es verbindlich gemacht, dass es Repräsentation geben muss.

In Deutschland kommt das erst langsam. Es gibt positive Ansätze. Die europäische Forschungsgesellschaft hat neue Ansätze. Aber es ist enorm, wie stark der Rückstand ist, den ich in der deutschen Forschung erlebe. In anderen Ländern gibt es eine wesentlich stärkere Repräsentation von bisher in Deutschland unterrepräsentierten Gruppen. Ich will mich nicht gedulden, Pune, ich will das jetzt machen.

(Pune Ivaki) Ich auch. Ich stimme dir total zu.

(Prof. Gertraud Stadler) Wir haben Hoffnung, denn im neuen Koalitionsvertrag steht die Gendermedizin drin. Es soll einen Aktionsplan geben, wie man es in einem Jahr verbessern kann und wie man eine Beziehung erreichen kann. Wir sollten daran arbeiten, statt uns weiterhin schön zu gedulden. Ich bin auch in all den Zwängen drin, die du erwähnst, Pune. Aber aus meiner Sicht ist es: No more. Es muss sich was ändern.

(Bilke Schnibbe) Kirsten, was denkst du, du hast dich ja mit feministischer Gesundheitsbewegung beschäftigt. Wenn wir an Strategie denken und an Reform, was würdest du sagen, wenn wir jetzt die Veränderung wollen?

(Kirsten Achtelik) Ich hänge gerade sehr in Bezug auf das Gesundheitssystem in dieser COVID-Geschichte und bin etwas ratlos und verzweifelt, wie diese Durchseuchung hingenommen wird und man anfänglich so getan hat, als würde man die vulnerablen Gruppen schützen. Und jetzt heißt es, wer sich nicht selber schützen kann, hat eben Pech gehabt. Darauf läuft es hinaus.

Ich habe den Eindruck, dass da, wo es nicht teuer ist oder nichts kostet, dass man da Reformen oder Veränderungen durchaus relativ schnell erreichen kann. Ampelkoalition und Diversität und Repräsentation von unterrepräsentierten Gruppen, das sind ja auch keine Pfui-Wörter für die aktuelle Regierung, sage ich mal. Auf einer bestimmten Ebene kann man damit ja auch Pink-waschen oder Green-waschen oder whatever.

Das sind ja Mechanismen, die auch politisch gewollt sind. Wir kämpfen ja jetzt nicht gegen eine Koalition von CDU und AfD auf Regierungsebene, sondern gegen Leute, die es ja eigentlich – in Führungszeichen – auch so sehen auf eine Art.

Das ist ein Punkt, wo es teuer wird und man grundsätzliche Einschnitte machen kann und Leute Privilegien abgeben können und man Geld in das System pumpen muss und nicht nur Pflegekräfte-Brain-Drain und Hand-Drain aus anderen Ländern machen muss, sondern schauen, wie wir die Versorgung von Patient\*innen in der Pandemie überhaupt gewährleisten können, was derzeit nicht gewährleistet ist.

Wir tun alle ein bisschen so, als wäre gerade alles okay. Aber es ist gar nicht okay, gerade im Gesundheitssystem. Da sehe ich gerade überhaupt nicht, dass da etwas Grundlegendes passiert, und dass es auch zu wenig Druck gibt.

Ich fand es auch in Berlin tatsächlich ein bisschen erschütternd, dass es eine starke Krankenhaus-Bewegung gab an der Charité, die sich nicht nur für den eigenen Lohn eingesetzt haben, sondern gesagt haben: Es geht um die Patient\*innen. Was sie tun ist eigentlich lebensgefährlich und wir können es nicht verantworten. Wir brauchen eine andere Pflegestruktur und mehr Leute. Und wenn wir es nicht gewährleisten können, müssen Schritte unternommen werden.

Aber dass die Zivilgesellschaft, die irgendwann auch mal alle in diesen Betten liegt --- Die sagen: „Tüddü, ist da was? Sollte ich mal auf eine Demo gehen?“ Und auch bei den Linken gab es eine Care-Bewegung und Kongresse dazu. Aber waren die auf diesen Demonstrationen? Das waren ein paar 100 oder 1000 Leute, aber nur die Leute, die da gearbeitet haben.

Ich war da auch nicht, aber ich bin auch Risikogruppe und habe online getwittert. Es gab durchaus Leute, die mit Maske auf eine Demo hätten gehen können. Das finde ich nötig und

sinnvoll, aber wenn man sagt, das bringt alles nix, das sind Reformen und in ein paar Jahren, Mine, wird es kleingeredet und wir müssen auf die Straße.

Aber das ist auch etwas, was wir erreichen können. Es ist nicht so, dass die Leute besonders wütend sind. Wer wütend ist, das sind diese Querdenker, die nicht schnallen oder nicht wissen wollen, wie das System funktioniert. Und die, die es verstehen können, haben vielleicht zu viel mit den Kindern zu tun oder wollen es verdrängen oder so.

Ich habe gerade nicht so viele strategische Vorschläge zu machen, außer: Es braucht auf allen Ebenen viel mehr Druck.

(Bilke Schnibbe) Du siehst also auch, dass das, was es an politischem Kampf gab, was in Berlin auch als Arbeitskampf wahrgenommen wurde, die auch viel Druck gemacht haben und auch die Systemfrage gestellt haben, das wurde nicht aufgenommen. Da hätten Aktivisten-Menschen oder die Linke ---

Was ein Argument ist, über das ich auch öfters nachdenke, auch beim Thema Altenpflege, wo die Leute denken, das betrifft mich nicht, das stimmt nicht. Leute, wir werden alle alt und werden alle sterben! Jetzt wird es dark.

(Prof. Gertraud Stadler) Die Pflege und die Sorgearbeit, das passiert unsichtbar. Alter wird an den Rand gedrängt. Alle sind jung und frisch bis in die Ewigkeit. Das ist ein großes Problem. Das wird durch Online-Aktivismus --- Das ist zu wenig attraktiv. Die properen 100-Jährigen, über die wird berichtet. Aber wenn man mit Behinderung und Beeinträchtigung leben muss am Ende des Lebens, darüber nicht.

Sie haben eine Studie gemacht über Leute, die nach einer Krebserkrankung eine Transplantation erhalten haben. Viele von denen haben eine Lebenserwartung von zwei Jahren. Wir konnten zeigen, dass diejenigen, die jemanden haben, der sich um sie kümmert, die haben eine Wahrscheinlichkeit von 87 %, nach drei Monaten nach der Transplantation noch zu leben. Wer alleine war, die haben nur zu 70 % überlebt. Sorgearbeit hat einen Prozentsatz von 17 % Überleben ausgemacht.

Wir müssen uns noch mal etwas überlegen, wie man damit umgehen kann. Auch die ständige Überlastung in der Pflege, der professionellen und privaten Pflege, und der Sorgearbeit, das wird immer als normal, gegeben und natürlich erlebt. Daran müssen wir arbeiten. Das gehört aus meiner Sicht wirklich dazu. Wir können nicht Gendermedizin denken ohne die Dimension Sorgearbeit.

(Bilke Schnibbe) Die ja auch sehr gegendert ist, absolut.

Ich will eigentlich unbedingt noch meine provokante Männer-Frage stellen. Es wird immer weniger Zeit. Vielleicht, weil wir gerade an einem so spannenden Punkt sind. Wie siehst du das als Ärztin, Pune, mit dieser Frage von Pflege und --- Also wären andere Themen nicht mehr so richtig relevant? Wenn man das System total luxuriös ausstatten würde, wäre dann der Drops gelutscht und alles schick?

Oder die Gegenfrage: Fehlt dir als Ärztin dann auch die Forschung zu Themen? Und dann weißt du nicht genau, was du machen sollst. Weißt du, was ich meine?

(Pune Ivaki) Nicht so ganz.

(Bilke Schnibbe) Wenn wir über Forschung reden, da gibt es zum Beispiel noch nicht genug Wissen über nicht-binäre Personen. Wie erlebst du das in der Praxis? Was ist der Punkt, der für dich am relevantesten ist? Was fehlt dir am meisten, um auf Leute eingehen zu können, so wie sie sind, auf die Person, die vor dir sitzt? Fehlt Zeit, fehlt Wissen, was fehlt eigentlich?

(Pune Ivaki) Alles tatsächlich. Auf allen Ebenen ist Bedarf. Ich finde es auch nicht sinnvoll, darum zu kämpfen, was wichtiger ist als das andere. Es muss eine Gleichzeitigkeit geben all dieser Themen, und von irgendwie Wachstum und Erweiterung des Wissens und Aufweichung von Macht. Das Überthema ist ja Macht, Unterdrückung und Hierarchien. Das ist meiner Meinung nach Ursache all dieser Probleme. Ja, und ---

(Prof. Gertraud Stadler) Ich stimme Pune komplett zu. Wir können natürlich ganz große Baustellen, die wir gut beschreiben können und kennen, nennen. Aber im deutschsprachigen Raum fehlt es an allen Ecken und Enden. Wir haben sowohl bei klassischen cis Frauen riesige

Baustellen. Wir haben keine guten Ansätze dafür. Wir können natürlich einige rausgreifen, aber  
---

(Bilke Schnibbe) Mine, was denkst du darüber? Du bist ja sehr engagiert für die Community für alle "nicht klassischen cis Frauen" (lacht). Schöner Begriff. Da bist du sozusagen in verschiedenen Bereichen. Du berätst nicht klassische cis Frauen. Ich mache jetzt keinen Witz. Du versuchst, verschiedene Bedarfe zu adressieren. Was denkst du über das, was gerade gesagt wurde? „Es gibt überall Mangel.“ Wie erlebst du das?

(Mine Pleasure Bouvar Wenzel) Du hast gesagt, ich bin mehrschienig unterwegs. Es gibt die klassische Beratung von Klient\*innen, die eine Behandlung suchen. Diese klassische Trans-Gesundheit umfasst häufig trans\* Personen spezifische Gesundheitsmaßnahmen. Aber das hört dort nicht auf.

Es geht auch darum, dass Personen wegen einer Grippe zum Arzt gehen und gefragt werden: „Wie sehen Ihre Genitalien gerade aus?“ Das ist die klassische Anekdote, die jede Person von uns mindestens einmal erlebt hat. Es geht tatsächlich auch um die wahnsinnig schlechte Regelversorgung. Menschen können mit uns nichts anfangen oder stellen die falschen Fragen.

Ich habe die Erfahrung gemacht: Meine Beratungen finden zur Zeit größtenteils online statt, per E-Mail, Telefon. Aber was ich auf keinen Fall digitalisieren werde während der Pandemie, weil ich das nicht erlauben kann, ist die Begleitung von queeren Personen mit einer Fluchtgeschichte. Die stecken in dem Asylbewerber-Leistungsgesetz. Das schleppen wir immer noch mit uns rum. Das steht in keinem Koalitionspaket. Das bleibt weiterhin bestehen.

Schon in der Beratung ist man damit beschäftigt, überall Löcher zu stopfen. Das Bild von Unterwasser und hier und dort spritzt es raus, irgendwann hast du keine Gliedmaßen mehr dafür. Und ganz viele Behandler\*innen sind in der Situation, dass sie Angst haben und überfordert sind. Sie haben Angst, etwas falsch zu machen. Sie behandeln es nicht, weil sie nicht spezialisiert sind. Aber für manche Dinge muss man nicht spezialisiert sein. Man muss sich nur trauen, zuzuhören.

Ich verstehe es aber total aus der Sicht der Behandler\*innen. Die haben Angst, dass sie belangt werden oder etwas falsch machen. Die sind besorgt, ihre Arbeit gut leisten zu können. Ich will

denen helfen, die Arbeit gut zu machen. Denn ihr Interesse ist das Patient\*innen-Wohl. Es sind viel zu wenige, die sensibilisiert sind. Die sind total überlaufen.

Dann haben wir die Transitionsmedizin. Die denken, Transitionsmedizin ist alles, die Behandler\*innen, und sind überfordert, wenn eine Person zum Beispiel ein Trauma in der Therapie verarbeiten möchte. Oder eine Person hat einen ganz anderen Bedarf, zum Beispiel eine Therapie.

Die Leute haben keine Plätze mehr frei. Und sie können auch nur soundso viele Menschen behandeln. Dann geht es in die Akquise von neuen --- Letztlich beschreibe ich das, was wir die ganze Zeit diskutieren: Es gibt zu wenig Plätze und zu viel Bedarf für die wenigen Plätze. Die Leute haben zu wenig Zeit, die Sitzungen sind zu kurz, bei der Anamnese hapert es. Man muss es immer gleichzeitig denken. Es gehört zusammen.

(Pune Ivaki) Darf ich da anknüpfen, warum es eine Unterversorgung von trans- und intergeschlechtlichen Menschen gibt: Ich könnte mir vorstellen, das hat viel damit zu tun, dass es in der Medizin einen Trend gibt zur Spezialisierung. Die Fachbereiche sind strikt voneinander getrennt. Jedes Krankheitsbild ist einer Fachdisziplin zugeordnet. Dadurch wird die Verantwortung abgegeben für Themen, die nicht primär abgedeckt sind von einem dieser Fachbereiche.

Deswegen ist es so wichtig, dass schon im Studium und in der Ausbildung "Gender" als neutraler Überbegriff thematisiert wird. Es muss sich dafür viel mehr Verständnis entwickeln.

Und dazu noch ein Gedanke zu der Angst, etwas falsch zu machen: Die ist riesig in der gesamten Gesellschaft, nicht nur in der Medizin. Die Angst, etwas falsch zu machen und dafür kritisiert zu werden. Ich kriege schon Puls, wenn ich darüber rede, jetzt selbst etwas Falsches zu sagen.

Ich glaube, das ist auch ein riesiger Punkt. Ich finde es sehr wichtig, dass wir gemeinsam ein Klima schaffen, in dem offen über alles geredet werden kann und in dem wir alle bereit sind, aus unseren Fehlern zu lernen und uns gegenseitig zu kritisieren. Aber ohne uns mundtot zu machen und darin wieder Hierarchien aufzubauen.

(alle reden durcheinander)

(Mine Pleasure Bouvar Wenzel) Sorry.

(Bilke Schnibbe) Kurz Kirsten.

(Kirsten Achtelik) Mir liegt das schon ein bisschen länger auf der Zunge. Ich finde, das Bedürfnis, dass man keine Angst haben muss, irgendwas zu sagen, das finde ich total richtig. Ich glaube aber, dass man schon sagen muss, wenn Sachen falsch sind.

Ich habe eben diese Schwurbler, Querdenker usw. erwähnt. Man muss im medizinischen Bereich sagen: Manche Ressourcen sind falsch allokiert. Dass homöopathische Mittel finanziert werden, ist falsch. Dass Menschen Möhrensuppe essen statt Chemotherapie zu machen, ist falsch. Das bringt Menschen um.

Wir haben die ganze Zeit über die Fehler der klassischen Medizin geredet und der Normen. Aber es gibt tatsächlich wissenschaftliche Erkenntnisse, die richtig und wichtig sind und die man nicht durch Befindlichkeit wegdiskutieren kann.

Mit den Leuten sollte man weiterreden und versuchen, sie zu einer Chemotherapie zu überzeugen oder etwas Sinnvolles gegen die Erkältung zu nehmen statt Homöopathie. Und wir sollten gesellschaftlich darüber reden, wie Krankenkassen sich finanzieren. Das ist ja mittlerweile auch ein privatisiertes System. Die IGeL-Leistungen sind ja auch ein Problem.

Dass es da eine Fehlentwicklung gibt und dass Fehlanreize gemacht werden und dass wir Ressourcen in Sachen geben, die nicht finanziert werden sollten. Und dass Leute, die das fordern, auch schlechte Sachen fordern und das in eine falsche Richtung drücken wollen.

Ich bin total bei dir: Wir sollten uns nicht anfeinden für einen falschen Halbsatz oder dass wir nicht auf dem letzten Stand der Covid-Wissenschaft sind und die Wellen falsch gezählt haben oder so was. Oder einer findet Impfpflicht richtig, die andere Person findet es fragwürdig. Dann sollte man sich nicht die Schädel einschlagen. Man sollte im Gespräch bleiben, auch gesamtgesellschaftlich.

Aber man sollte bestimmte Sachen auch in der Frauen-Gesundheitsbewegung, die einen großen Turn zur Eso gemacht hat historisch in den 80ern --- Da muss man sagen, das war nicht hilfreich.

(Bilke Schnibbe) Das ist, glaube ich, auch schon unser Schlusswort. Ein sehr schönes Schlusswort. Ich hätte gerne noch meine provokante cis Männer-Frage gestellt. Ob die eine Lobby brauchen, weil sie früh sterben. Aber damit muss ich euch entlassen als Cliffhanger.

Danke für die angeregte Diskussion. Ich fand es gut. Vielen Dank, dass ihr alle da wart und zugehört habt. Ich gebe wieder ab an Alina.

(Alina Buchberger) Es ist nicht viel abzugeben. Ich kündige nur für die Personen im Saal an, dass wir eine halbe Stunde Pause haben. Wir lüften kurz.

Für die Leute im Webinar: Wenn ihr beim nächsten Programmpunkt dabei sein wollt, dann klickt auf den Webinar-Link für die nächste Veranstaltung. Dani hat ihn im Chat gepostet. Dann sehen wir uns gleich wieder. Vielen Dank an euch.