



44 SEITEN PURE LESELUST



ARBEITSKAMPF
AN DER UMG

DIE LEIDEN DES JUNGEN PJ

FÜR EINE FAIRE AUSBILDUNG UND GESICHERTE BEHANDLUNG
SEITE 30



GENDER X MEDIZIN

KREUZWORTRÄTSEL

VORKLINIK
SURVIVALGUIDE

MENTAL HEALTH

**INTERVIEW
PERSONALRAT**

LET'S TALK ABOUT IT - ARBEITSKÄMPFE AN DER UMG - FEATURING TV-STUD



medinfo
Ausgabe WS 24/25

Herausgeberin:
Basisgruppe Medizin Göttingen
Goßlerstraße 16a
37073 Göttingen

info@bgmed.org
bgmed.org

Die Basisgruppe Medizin ist Teil der Fachschaft Medizin an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG).

Inhalt

Selbstverständnis.....	4
Mit Tarifvertrag ist alles besser.....	7
Kreuzworträtsel.....	14
Vorklinik - Frust? Ein Survivalguide.....	15
Geschlechtsspezifische Medizin.....	18
Let's talk about it - Arbeitskämpfe an der UMG.....	20
Fotostory: Die Leiden des jungen PJ.....	30
Einladung KritiTreffen 2024.....	33
Gastartikel: Mentale Gesundheit im Studium - Ein Erfahrungsbericht.....	35
Rückblick medinfo WS 80/81.....	39
Gastartikel: Endometriose - von E-herden und Chamälcons.....	40
Lösung Kreuzworträtsel.....	47

Unser Selbstverständnis

Vision und Aktion

Medizin in größeren Zusammenhängen denken

Wir – die Basisgruppe Medizin – sind eine aktive Gruppe in der Fachschaft Medizin. Wir setzen uns aus Studierenden verschiedenster Semester zusammen, stehen aber auch allen anderen interessierten Menschen offen! Basisgruppen haben eine lange Tradition und entstanden im Zuge der Unirevolten der 60er Jahre. Diese waren erste erfolgreiche Versuche, die starren und sehr autoritär hierarchisierten Strukturen an den deutschen Hochschulen aufzubrechen, den Bedürfnissen der Studierenden Gehör zu verschaffen und aktiv politischen Einfluss auf unser Leben und Lernen in der Universität zu nehmen. Zu diesen Idealen und der basisdemokratischen Organisation stehen wir auch heute noch. Wir richten uns unter anderem nach antifaschistischen und feministischen, also auch antikapitalistischen Grundsätzen – im Studium und darüber hinaus!

Erweitere deinen Horizont

Gesellschaftliches, soziales Verständnis und ethisches Bewusstsein kommen im Studium oft zu kurz. Es geht uns darum, uns nicht einfach nur eine Sparte in einem verkorksten System zu suchen. Wir akzeptieren vorherrschende Missstände nicht, denn als Basisgruppe Medizin reicht es uns nicht, heiße Tipps zum Bestehen der Prüfungen zu vermitteln und Partys zu organisieren. Als angehende Ärzt*innen sollten wir uns schon jetzt und auch im Hinblick auf unser zukünftiges Arbeitsleben für bessere Bedingungen an Kliniken und im Gesundheitssystem einsetzen.

Gesundheit statt Profite

Eine verstärkt gewinnorientierte Politik sorgt für die stetige Zunahme von Privatisierungen im Gesundheitsbereich und insbesondere von Krankenhäusern. Geschäftsführer:innen von Kliniken rühmen sich damit, die schwarze Null

eingehalten zu haben und ignorieren dabei, auf wessen Kosten das geschieht – oft ganz bewusst. Denn es ist vor allem das Personal des Gesundheitssystems, das diese Last tragen muss:

Das Pflegepersonal wird weggekürzt, so dass kaum mehr Zeit für die Versorgung der Patient:innen bleibt – von einer guten und menschenwürdigen Zuwendung ganz zu schweigen. Auch den Ärzt*innen wird die gute und individuelle Behandlung ihrer Patient*innen erschwert. Beispielsweise bietet das bestehende DRG-System Anreize, benötigte Therapien zu verkürzen oder aber nicht indizierte und sogar riskantere Therapien durchzuführen. Des weiteren finanzieren sich niedergelassene Ärzt*innen zunehmend durch Zusatzleistungen, die von Patient*innen selbst getragen werden müssen. Insgesamt fördert das aktuelle Abrechnungssystem eine Mehr-Klassen-Medizin und widerspricht solidarischen Prinzipien. Wenn aber die Gesundheitsförderung nicht mehr im Fokus steht, sondern nur Nebenprodukt wirtschaftlicher Interessen ist, widerspricht das unseren ethischen Grundsätzen. Deswegen fordern wir, dass das Gesundheitssystem dem Wettbewerbsmarkt entzogen wird, damit Patient*innen nicht mehr Mittel für Profit sind, sondern wieder im Mittelpunkt der Behandlung stehen.

Medizin muss geschlechtergerecht sein

Auch die moderne Medizin orientiert sich beispielsweise in der Forschung noch immer am cis-männlichen, weißen, nichtbehinderten und schlanken Körper als Norm. Was unweigerlich dazu führt, dass Menschen die dieser fragwürdigen Norm nicht entsprechen, schlechtere Behandlung durch zum Beispiel unangemessene Medikamentendosierungen erfahren. Auch bedeuten Schwangerschaft und Elternzeit häufig eine Behinderung der beruflichen Weiterbildung und Karriere. Wir fordern:

Weder Familienplanung noch Geschlecht dürfen jemandem zum Nachteil gemacht werden. Ebenso finden Schwangerschaftsabbrüche in der Lehre kaum Beachtung, obwohl alle Ärzt*innen diese durchführen dürfen und die Versorgungslage aktuell katastrophal ist. Intergeschlechtliche Menschen werden teils schon im Kindesalter Operationen unterzogen, um sie um jeden Preis einer vermeintlichen Norm anzupassen. Trans* Menschen sehen sich immer noch großen Hürden gegenüber, um eine angemessene Gesundheitsversorgung zu erhalten. Die heutige Medizin hat noch einen weiten Weg vor sich, um allen Menschen in ihrer Individualität gerecht zu werden. Wir versuchen, die herrschenden Missstände zu erkennen und an Veränderung mitzuwirken, die unweigerlich auch bei uns beginnt. Denn all das ist keine notwendige Situation, sondern gesellschaftlich gewachsen und veränderbar!

(FLINTA* ist ein Akronym und steht für Frauen, Lesben, intergeschlechtliche, nichtbinäre, trans und agender Personen. Der angehängte Asterisk dient dabei als Platzhalter für alle Personen, die sich in keinem der Buchstaben wiederfinden, aber dennoch von Marginalisierung betroffen sind.)

Respektvolles Miteinander

Jeder Mensch hat einen Anspruch auf adäquate medizinische Versorgung. Egal aus welchem Kontext heraus, Menschen in Not muss geholfen werden. Stereotypen und diskriminierende Denkmuster in der Medizin müssen reflektiert und kritisch hinterfragt werden. Das gilt sowohl für die Arbeit mit Patient*innen als auch für die Arbeit miteinander. Medizin ist Teil der Gesellschaft und als solche kann sie nicht losgelöst betrachtet werden, sondern ist auch immer

sozialpolitisch. Deswegen gilt es gesellschaftliche Missstände, die im Gesundheitssystem reproduziert werden, zu bekämpfen.

Medizin ist Politik im Kleinen

Viele vergessen neben Fachwissen und Spezialisierung immer wieder, dass medizinisches Personal eine hohe soziale Verantwortung innehat. Für Hilfesuchende ist nicht nur entscheidend, dass ihnen die richtige Pille verschrieben wird, sondern sie müssen Ansprechpartner:innen finden, die sie in ihren Problemen ernst nehmen. Viele gesundheitliche Probleme entstehen durch Armut, Ungleichheit und gesellschaftliche Ausgrenzung. Um Menschen wirklich zu helfen, dürfen die gesellschaftlichen und sozialen Aspekte nicht vernachlässigt werden. Dies bedeutet für Ärzt*innen, sich nicht in ihr Fachgebiet zurückzuziehen und sich nicht durch ein berufliches Statusgefühl von komplexen Behandlungsansätzen abhalten zu lassen.

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Sie wird durch biologische, aber auch maßgeblich durch soziale und psychologische Faktoren beeinflusst. Denn nicht nur Bakterien und Viren sondern auch prekäre Lebens- und Arbeitsbedingungen können Menschen krank machen. Vor diesem Hintergrund setzen wir als Basisgruppe uns beispielsweise auch mit der Klimakrise als Gefahr für die Gesundheit auseinander.

Nur gemeinsam sind wir stark

Von der gegenwärtigen schlechten Arbeitssituation ist die psychische und physische Verfassung der Beschäftigten stark betroffen, was direkten Einfluss auf die Patient*innenversorgung nimmt. Mit dem gemeinsamen Arbeitsziel der Gesundheitsversorgung ist es unserer Meinung

nach essentiell, sich solidarisch zusammenzuschließen und gemeinsam für eine Verbesserung der bestehenden Arbeitsbedingungen zu kämpfen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit darf nicht an konstruierten hierarchischen Grenzen halt machen. In diesem Zusammenhang sind Bereiche wie Pflege, Reinigung und Wäscherei zu nennen, die für die Klinikabläufe unabdingbar sind. Es sind meist Berufe, die gesellschaftlich wenig anerkannt und deswegen schlecht bis gar nicht vergütet werden. Auch das ist keine notwendige Situation, sondern gesellschaftlich gewachsen und veränderbar! Wir setzen uns dafür ein, dass diese strukturell wichtigen Tätigkeiten gesehen, gewürdigt und angemessen entlohnt werden. Wir fordern bessere Tariflöhne und Personalbesetzungen, die eine sichere Versorgung aller Patient*innen ermöglichen. Denn schlechte Arbeitsbedingungen im Krankenhaus können wie viele andere Missstände tödlich für Patient*innen sein. Wir wollen solidarisch mit allen im Krankenhaus arbeitenden Kolleg*innen sein, denn nur gemeinsam sind wir stark!

Medizin ist immer auch politisch und gute Behandlung ist nur möglich, wenn diese Realität anerkannt wird! Unpolitische Medizin ist bestenfalls Symptomkontrolle. Gute medizinische Behandlung braucht Politik.

Mit Tarifvertrag ist alles besser

Ein Kommentar zur Tarifrunde der Länder und was studentische Hilfskräfte damit zu tun haben

Überstunden, schlechte Arbeitsbedingungen, niedrige Löhne – die Situation vieler Arbeiter*innen ist prekär. Kritik stößt bei Arbeitgeber*innen oft auf taube Ohren. Machtlos sind wir jedoch nicht - mit Tarifverträgen können wir das Machtgefälle ausgleichen.

Tarifverträge regeln die Rechte und Pflichten von Arbeiter*innen und Arbeitgeber*innen. Dazu gehören Arbeitsbedingungen, Löhne, Sonderzahlungen, Arbeitszeit und Urlaubsansprüche. Diese Tarifregelungen stehen über den gesetzlichen Vorgaben und sind bindend für die Mitglieder in den beteiligten Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden.

2023 fand eine Tarifrunde statt, bei der **ver.di** die zuständige Gewerkschaft war. Es ging um dringende Änderungen im Tarifvertrag der Länder (**TV-L**), welcher unter anderem auch unser Studierendenwerk und die Pflegekräfte an der UMG abdeckt. Für ebenda

Studierende ist es nur fair, über den Arbeitskampf informiert zu sein. Nur gemeinsam können wir Veränderungen in einem heruntergewirtschafteten System bewirken!

Kurz und Knapp - Tarifverträge

Mit einem Tarifvertrag verdienen Beschäftigte im Durchschnitt **11 %** mehr und haben eine kürzere Arbeitswoche. Tarifverträge bieten Schutz vor willkürlichen Änderungen durch Arbeitgebende und gewährleisten faire Bezahlung unabhängig von Geschlecht, Sympathie oder Verhandlungsgeschick. Sie machen Zukunftspläne sicherer und sind rechtlich bindend. Die Tarifautonomie ermöglicht es den Tarifparteien, unabhängig von staatlicher Einflussnahme zu verhandeln und Streiks als legitimes Mittel zur Durchsetzung von Forderungen einzusetzen.

<http://www.verdi.de/themen/geld-tarif>

TV-STUD - Hintergrund

Rund **90%** befragter Studis finanzieren ihr Studium durch Arbeit. Die Vertragslaufzeit studentischer Hilfskräfte beträgt

jedoch oft weniger als ein halbes Jahr, und Kettenverträge sind üblich. Auch gibt es nicht selten Lücken bei der Einhaltung gesetzlicher Arbeitnehmerrechte. Es ist dringend an der Zeit, die Arbeitsbedingungen tarifvertraglich und gesetzlich abzusichern!

Bisher hat nur Berlin einen Tarifvertrag für studentische Beschäftigte eingeführt. Seit 2019 haben sich schätzungsweise 200.000 studentische Beschäftigte bundesweit organisiert, um einen flächendeckenden **TV-STUD** zu erreichen. Der TV-STUD regelt Arbeitsbedingungen und Vergütungen für studentische Hilfskräfte an deutschen Hochschulen.

Anfang November 2023 demonstrierten Beschäftigte an über 100 Hochschulen und Studierendenwerken in ganz Deutschland für bessere Arbeitsbedingungen und höhere Gehälter. Auch eure BGmed war am Streiktag in Göttingen auf der Straße. Studis solidarisierten sich mit verschiedenen für einen neuen Tarifvertrag der Länder

streikenden Bereichen, darunter **Bibliotheken, Kitas und Mensen** der Hochschulen. Alle an Unis arbeitenden Menschen halten gemeinsam Lehr- und Forschungsbetrieb aufrecht und sollten dafür angemessen bezahlt werden!

(<https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/themen/studium>)

Für gerechte Bezahlung und bessere Arbeitsbedingungen!

Gleichzeitig rief ver.di im November 2023 zu Warnstreiks in Gesundheitseinrichtungen der Länder auf. Grund war Empörung der in Unikliniken und Landeskrankenhäusern Beschäftigten, da sie dauerhaft weniger verdienen als Kolleg*innen in kommunalen Einrichtungen.

„Mehr von uns ist besser für alle“ – die bundesweite Bewegung für mehr Personal und Entlastung in Krankenhäusern fordert auf politischer, betrieblicher und tariflicher Ebene eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Die prekäre Ungleichbehandlung begünstigt den Abzug von Arbeitskräften zu privaten Trägern. Zudem besteht

Kritik an der Weigerung der Länder, Verbesserungen für den Sozial- und Erziehungsdienst aus dem kommunalen Tarifvertrag **TVöD** zu übernehmen.

(<https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/tarfbereiche/oeffentliche-r-dienst>)

Neue Tarifabschlüsse und was sie bedeuten

In der folgenden Tarifrunde wurde Ende des Jahres ein Tarifabschluss erzielt, der neben einer einmaligen steuer- und abgabenfreien Inflationsausgleichszahlung für die Länderbeschäftigten auch eine Erhöhung der Einkommen ab November 2024 beinhaltet. Die Laufzeit des Tarifvertrags beträgt 25 Monate, im Durchschnitt steigen die Gehälter der Länderbeschäftigten während dieser Zeit um mehr als elf Prozent.

Darüber hinaus erhalten Dual Studierende, Auszubildende und Praktikant*innen Inflationsausgleichsgelder sowie Erhöhungen ihrer Ausbildungsentgelte. Eine unbefristete Übernahme von Auszubildenden mit guten

Abschlussnoten wurde ebenfalls vereinbart. Weitere Regelungen umfassen die Ausweitung von Pflegezulagen, Zulagen für den Gesundheitsdienst und Sozial- und Erziehungsdienste.

(<https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/tarfbereiche/oeffentliche-r-dienst>)

Und die studentischen Hilfskräfte?

Es wurde ein Ergebnis erzielt, das den Weg für einen TV-STUD ebnet und erste Verbesserungen beinhaltet. Die Vereinbarung umfasst Mindestvertragslaufzeiten, Mindeststundenentgelte und die **Integration in die nächste Tarifrunde**. Die Einführung von Vertragslaufzeiten von einem Jahr ist eine deutliche Verbesserung. Der neue Tarifabschluss beinhaltet auch klarere Regelungen für Arbeitszeiten und Pausen.

Für studentische Hilfskräfte lagen die Höchstlöhne in den letzten Jahren knapp über dem Mindestlohniveau. Als Ergebnis der Tarifverhandlungen wurden die Stundenlöhne für studentische Beschäftigte angehoben, um eine

angemessene Bezahlung sicherzustellen, die den steigenden Lebenshaltungskosten Rechnung trägt. Mindeststundenentgelt für studentische Beschäftigte (ohne Abschluss): ab

Sommersemester 2025:
mindestens **13,98 €**.

Die Verbesserungen sind das Ergebnis des langjährigen Kampfes seit 2019 und der Streikbewegung der letzten Monate. Eine Verletzung der Regelungen stellt einen Vertragsbruch dar, und die Einhaltung dieser Vereinbarung kann durch die Gewerkschaften eingeklagt werden. Mit dem Verhandlungsergebnis ist sichergestellt, dass ver.di in der nächsten Tarifrunde wieder um unsere Arbeitsbedingungen verhandeln kann.

Wie wir Tarifflicht von Hochschulen und Ländern begegnen können

Immer wieder versuchen Arbeitgebende, Tarifverträge zu umgehen – ein Phänomen, das als **Tarifflicht** bekannt ist. Das hat erhebliche wirtschaftliche

und soziale Folgen. Studien des DGB zeigen, dass Tarifflicht zu einem **jährlichen Verlust von 130 Milliarden Euro** an Steuereinnahmen, Sozialversicherungsbeiträgen und Kaufkraft führt. Dies geschieht durch niedrigere Gehälter für Arbeitnehmende ohne Tarifvertrag, was zu geringeren Einzahlungen in die Sozialversicherungen und geringeren Steuereinnahmen führt.

Neue Formen der Arbeitsorganisation wie Leiharbeit, Werkverträge und Plattformarbeit haben weiter dazu beigetragen, dass Arbeitgebende die Tarifbindung umgehen.

Tarifflicht an der UMG

Die UMG lagert verschiedene Dienstleistungen wie Gebäudereinigung, Wäscherei und Krankentransport an ihre Tochterfirma **UMG Klinikservice GmbH** aus. Dies ist ein klarer Fall von Tarifflicht, bei dem Beschäftigte durch schlechtere Arbeitsbedingungen und niedrigere Löhne benachteiligt werden!

Lösungen zur Bekämpfung der Tariffucht

Wir müssen die Gewerkschaften stärken und Arbeitskampfmaßnahmen nutzen, um Tariffucht effektiv zu bekämpfen. Je mehr Mitglieder, desto stärker sind Verhandlungen und desto erfolgreicher können Forderungen durchgesetzt werden. **Nur gemeinsam können zentrale Fragen der Verteilung und Gerechtigkeit angegangen werden!**

(<https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/tariffbereiche/oeffentlicher-dienst>)

Wie geht es weiter?

Die Verbesserungen sind ein Ergebnis der beeindruckenden Streikbewegung der letzten Monate. Klar ist: Es geht weiter! Nun gilt es gemeinsam mit Personalvertretungen und Gewerkschaften auf die Umsetzung und Einhaltung zu pochen. Wir müssen uns jetzt für unsere Forderungen nach studentischen Personalvertretungen stark machen und die Personalratsarbeit in unseren lokalen Initiativen aktiv

mitgestalten.

„Wir haben in dieser Tarifrunde bewiesen, dass wir kämpfen können. Her mit dem Tarifvertrag!“

(<https://tvstud.de/2023/12/12/tvstud-tarifinfo-5-zum-abschluss-der-tarifrunde/>)



Wie ihr euch informieren und aktiv werden könnt

Um mehr über die genauen Details des neuen Tarifabschlusses zu erfahren und/oder selbst aktiv zu werden, wendet euch an

TVStud Göttingen:

„Wir, TVStud Göttingen, sind eine studentische Basisinitiative, die sich für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von studentischen Hilfskräften einsetzt. Das wollen wir jedoch nicht vom Spielfeldrand aus angehen, sondern gemeinsam und organisiert: Deswegen wollen wir vor allem mit dir und allen anderen studentischen Hilfskräften in Göttingen zusammen für unsere Interessen eintreten! Wenn du auch eine SHK bist und Lust hast, dich für deine Interessen zu organisieren, erfährst du hier und auf unseren Veranstaltungen, wie du aktiv werden kannst. Wir freuen uns auf dich!“

<https://tvstudgoettingen.de>



EXTRA - Legende zu verwirrenden Fachbegriffen ;-)

Gewerkschaft: Organisation, die die Interessen von Arbeitnehmer*innen vertritt. Gewerkschaften setzen sich für bessere Arbeitsbedingungen, höhere Löhne und soziale Sicherheit ein.

Tarifvertrag: Vertrag zwischen Gewerkschaften und Arbeitgeber*innen, der Arbeitsbedingungen wie Löhne, Arbeitszeiten und Urlaub regelt. Vereinbarungen sind verbindlich und gelten für alle Mitglieder der beteiligten Gewerkschaften.

TV-L (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder): Tarifvertrag, der Arbeitsbedingungen und Löhne für Beschäftigte der Länder regelt. Dazu gehören z.B. Lehrkräfte, Verwaltungsangestellte und Pflegekräfte an Universitätskliniken.

TV-STUD: Angestrebter Tarifvertrag für studentische Hilfskräfte an Hochschulen. Dieser soll faire Arbeitsbedingungen und angemessene Vergütung sichern.

Arbeitskampf: Aktionen von Arbeitnehmer*innen, wie Streiks, um bessere Arbeitsbedingungen oder Löhne durchzusetzen. Ziel ist es, Druck auf die Arbeitgeberseite auszuüben.

Streik: Eine Form des Arbeitskampfes, bei der Arbeitnehmer*innen die Arbeit niederlegen, um Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen oder Löhnen durchzusetzen.

Warnstreik: Ein kurzer, vorübergehender Streik, der vor allem als Warnsignal an die Arbeitgeber*innen dient. Es soll gezeigt werden, dass die Beschäftigten zu weitergehenden Arbeitskampfmaßnahmen bereit sind.

Tarifautonomie: Das Recht von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden, ohne staatliche Einmischung Tarifverträge auszuhandeln.

Tarifflicht: Wenn Arbeitgebende versuchen, die Bindung an Tarifverträge zu umgehen, etwa durch Auslagerung von Arbeitsbereichen oder den Einsatz von Leiharbeiter*innen. Das Ziel ist oft, Löhne zu senken oder Arbeitsbedingungen zu verschlechtern.

TVöD (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst): Ein Tarifvertrag, der die Arbeitsbedingungen für Beschäftigte im öffentlichen Dienst regelt. Dieser gilt für Bund, Länder und Gemeinden, jedoch mit unterschiedlichen Regelungen je nach Bereich.

ver.di: Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, eine der größten Gewerkschaften Deutschlands. Sie vertritt die Interessen von Beschäftigten in vielen Bereichen, darunter im öffentlichen Dienst, im Gesundheitswesen und im Bildungssektor.

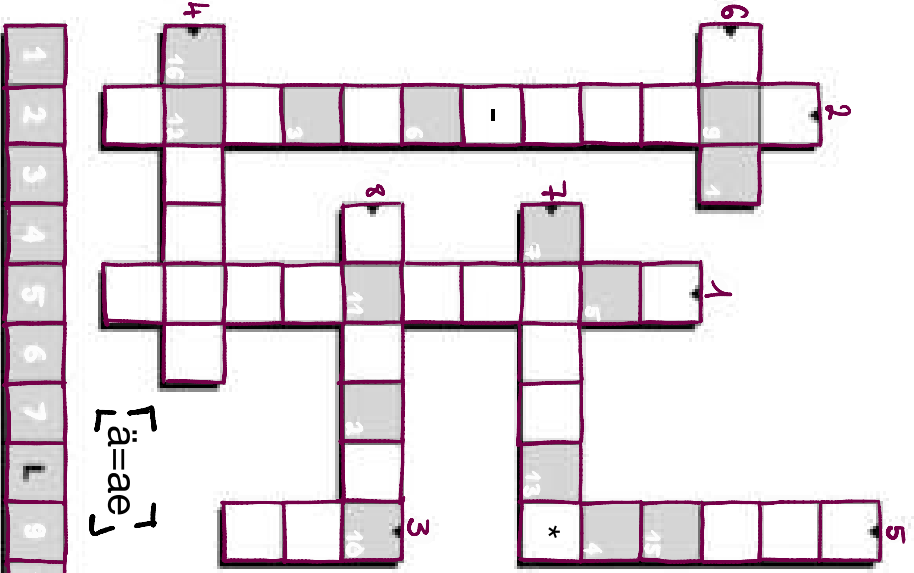
GeNI (Gewerkschaft für das Gesundheitswesen): Eine Gewerkschaft, die speziell die Interessen der Beschäftigten im Gesundheitswesen vertritt. GeNI setzt sich für bessere Arbeitsbedingungen, faire Bezahlung und eine Verbesserung der Arbeitsumstände im medizinischen und pflegerischen Bereich ein.

Inflationsausgleichszahlung: Eine Einmalzahlung, die dazu dient, die Kaufkraft der Beschäftigten in Zeiten hoher Inflation zu sichern, indem sie die steigenden Lebenshaltungskosten teilweise ausgleicht.

Kettenverträge: Arbeitsverträge, die immer wieder befristet verlängert werden, statt den Arbeitnehmer*innen eine unbefristete Anstellung anzubieten. Dies schafft Unsicherheit und erschwert die langfristige Lebensplanung der Beschäftigten.



Kreuzworträtsel



L ä = ae J



1, Bedeutet zunächst ‚zweitellig‘. In Bezug auf das Geschlecht, das Konstrukt es gäbe nur ‚Mann‘ und ‚Frau‘.

2, Menschen, die sich als definieren, haben eine Geschlechtsidentität, die nicht immer/ weder (nur) als ‚Mann‘ oder als ‚Frau‘ zählt, sondern auch ganz außerhalb dieser Kategorien liegen kann

3, Das biologische Geschlecht

4, Das soziokulturelle Geschlecht

5, Menschen, denen ein Geschlecht zugewiesen wurde/wird, welches nicht deren Identität entspricht

6, Menschen, denen ein Geschlecht zugewiesen wird, welches deren Identität entspricht

7, Bedeutet wortwörtlich ‚zwischen‘, *-geschlechtliche Menschen haben Körpermerkmale, die nicht den medizinischen Normen von ‚männlich‘ und ‚weiblich‘ entspricht.

8, Weder eine Zuordnung zu der Norm ‚männlich‘ oder ‚weiblich‘

Vorklinik - Frust?



ein SURVIVALGUIDE

Wozu muss mensch denn alle verdammten Muskeln lernen? Macht die detaillierte Kenntnis von Zell-Zell-Verbindungen uns später zu besseren Ärzt*innen? Wird der auswendig gelernte Zitratzyklus Leben retten?

Die berühmte Vorklinik, eigentlich genügend Arbeit. Aber gleichzeitig muss man ja auch noch herausfinden, wie das Leben in einer anderen Stadt funktioniert. Oder wie viele Nudeln die richtige Menge für eine Mahlzeit sind (das ist mir im übrigen immer noch nicht klar). Oder wo man die Menschen findet, die einem gut tun und mit denen man gern Zeit verbringt. Und dann sind da ja noch die drei Monate Pflegepraktikum, damit es nicht langweilig wird. Eigentlich ist das alles viel zu viel, so ging es mir zumindest. Rückblickend ist die Lage zwar ernst, aber nicht aussichtslos. Eine scheinbar sehr kluge Ärztin hat mal zu mir gesagt, dass man die Vorklinik vor allem überleben muss. Ich glaube, sie hatte damit durchaus Recht. Also wie soll das gehen?



Ein- und Ausatmen, sich klar machen wozu man sich die Mühe gemacht hat diesen Studienplatz zu bekommen: klingt billig, aber verhindert zumindest dass man sich vorschnell exmatrikuliert



Tutorien: immer hilfreich, besonders wenn deine Prioritäten mal weniger in der Uni waren (soll ja vorkommen) und anschließend kreuzen, kreuzen, kreuzen. Noten sind am Ende egal. Bestanden ist erstmal bestanden.



So entspannt bleiben, wie es eben geht & immer dran denken: es wird tatsächlich besser in der Klinik (nicht perfekt aber wirklich viel weniger scheiße)



Zusammen ist es besser: such dir Menschen mit denen du gerne Zeit verbringst, du brauchst schließlich auch jemanden mit dem du dich ausführlich in der Mensa verquatschen kannst oder



Hobbys: such dir irgendwas was dir einen Ausgleich verschafft, völlig egal was es ist, Hauptsache du hast nach der ganzen Arbeit noch etwas Schönes vor (Essen/Schlafen/Trinken/ Einkaufen gehen zählt im übrigen nicht)

Ob wirklich alle Dinge die du in der Vorklinik für die Uni lernen musst, später hilfreich sind? Das weiß wohl niemand so genau, aber wohl eher nicht. Und einerseits eine gute Nachricht, denn man kann Dinge auch einfach wieder vergessen. Aber andererseits natürlich auch frustrierend, denn einmal muss man sie ja dann doch lernen für die Prüfungen. Aber ein oder zwei Dinge kannst du aus den ersten Semestern so oder so mitnehmen: Du kannst rausfinden, wie du Dinge am besten Lernen kannst.

Und das Wichtigste: Du kannst lernen, wie du auf dich selber aufpasst. Wo deine Grenzen sind und wie du sie respektierst. Kein Mensch kann auf die Dauer zehn Stunden oder mehr pro Tag lernen. Pass gut auf dich auf. Denn das wird später auch bei der Arbeit im Krankenhaus umso wichtiger. Für dich und deine Patient*innen. Niemand kann ohne ausreichend gegessen und getrunken zu haben stundenlang durcharbeiten. Jedenfalls nicht konzentriert und ohne vermeidbare Fehler zu machen. Gute Ärzt*innen kennen und achten ihre eigenen Grenzen, machen Pausen und kümmern sich auch mal um sich selber. Großartige Ärzt*innen trinken dabei sogar genügend Wasser (& Kaffee). Das ist im Krankenhaus nie leicht, gerade bei dem hohen Druck von allen Seiten. Sei es finanziell oder zeitlich.

Aber genau deswegen ist es so wichtig, wenn du den Job eine Weile machen willst. Und ein kleines bisschen Revolution ist es auch, sich von alledem nicht unterkriegen zu lassen. Sich einen Riegel Merci aus dem Stationszimmer zu nehmen, nachdem man sich Zeit für ein Mittagessen genommen hat. Sich kurz sammeln und eine Pause machen, bevor der ganze Wahnsinn weitergeht. Biochemie auch mal Biochemie sein zu lassen, wenn es mit dem Lernen für heute nicht mehr klappt. Und dann an den Baggersee fahren und das Leben leben. Du schaffst das, pass gut auf dich auf und lass dich möglichst wenig ärgern!



ES WIRD BESSER!

Geschlechtsspezifische Medizin

Welche Faktoren sind wichtig für das Verstehen von Gesundheit und Krankheit?

Sobald Medizinstudent*innen in den klinischen Abschnitt des Studiums kommen, ist eines der ersten praktischen skills, die einem beigebracht werden, das Erlernen davon vollständige Erstanamnesen zu machen.

Vor allem lernen lernen wir dort nach dem Alter zu fragen, physischen und psychischen Merkmalen, der Krankheitsgeschichte, um nur einige wenige Aspekte zu nennen....trotzdem wird ein sehr wichtiger Punkt vergessen.....

Denn so wirklich nach dem Geschlecht zu fragen, war zumindest in meinem Semester, leider kein großes Thema.

Aber wieso sollte das nicht vergessen werden?

Das in einem kurzen Text zu beschreiben, ist kaum möglich, aber ich werde versuchen wenigstens hoffentlich ansatzweise erklären zu können wieso das Geschlecht eine wichtigere Rolle in der Medizin spielen sollte.

Zuallerst hat das Geschlecht mehrere Dimensionen. Es gibt das biologische Geschlecht (,sex') und es gibt das soziokulturelle Geschlecht (,gender').

Die Entstehung von Krankheit und der Erhalt der Gesundheit sind super vielschichtige Themen.

Menschen wachsen unter den unterschiedlichsten Bedingungen auf und werden unterschiedlich sozialisiert. Diese Sozialisierung, je nachdem wie Menschen von Anderen wahrgenommen werden und je nachdem wie sie sich selbst wahrnehmen nimmt Einfluss darauf wie Personen sich in bestimmten Situationen verhalten.

(Dabei gibt es leider immer noch bestimmte Verhaltensweisen, die als typisch ,männlich' oder ,weiblich' gelten, was auch immer dies zu heißen mag.)

Das hat weitergehend dann auch Einfluss darauf, wie der Lebensstil bestimmter Personen ist und auch die Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit.

Themen wie z.B. Krankheitsentstehung sind schwierig auf wenige Faktoren runterzubrechen, mir ist es aber wichtig Menschen und in dem Fall vor allem Medizinstudierende darauf aufmerksam zu machen, das Krankheitsbilder bei verschiedenen Menschen unterschiedlich aussehen können und das Geschlecht, dabei sowohl sex als auch gender, eine wirklich ernstzunehmende Rolle spielen.

Biologisches Geschlecht ,sex'

Es gibt biologische Dimensionen, die ein Geschlecht definieren könnten, z.B. Chromosomen, Hormone, äußere und innere Geschlechtsorgane.

(Thema Inter*= Oft werden die äußeren Geschlechtsorgane von inter* Menschen im Säuglingsalter operativ entfernt, um diese in gesellschaftlich konstruierte Kategorien zuordnen zu können.)

Soziokulturelles Geschlecht ‚gender‘

Das gender ist stark kulturell geprägt. Das soziale Konstrukt ‚gender‘ ist sehr binär geprägt, von Verhaltensweisen und Äußerlichkeiten, die als ‚weiblich‘ oder ‚männlich‘ definiert werden.

Fazit:

Das soziale gender und das biologische sex sind kein Naturgesetz, sondern stark kulturell und gesellschaftlich geprägt.

Diese Binarität zu hinterfragen, aufzulockern und hoffentlich irgendwann aufzubrechen, nicht direkt von einem gewissen Geschlecht auszugehen, sondern nachzufragen, kann eine große Erleichterung vieler Menschen (auch vieler stigmatisierter Menschen) mit sich bringen und auch das Verständnis und die Behandlung von Erkrankungen nach vorne bringen.



Let's talk about it

Arbeitskämpfe an der UMG

Fakt ist, dass die UMG Schwierigkeiten hat, offene Stellen zu besetzen, da oft nicht einmal Bewerbungen eingehen. Ein Grund dafür ist das im Vergleich zum Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD) schlechtere Gehaltsniveau. Die Gehaltsunterschiede können am Ende des Monats mehrere hundert Euro ausmachen. Hoffnung lag in der letzten Tarifrunde des TV-L, in der eine Angleichung angestrebt wurde, um Fachkräfte zu gewinnen und zu halten. Die Bewertung der aktuellen Tarifeinigung ist komplex. Neben einer gesplitteten, abgabenfreie Einmalzahlung, dem Inflationsausgleich, wird darauf hingewiesen, dass der Abstand beim Tabellenentgelt zwischen TV-L und TVöD bis Oktober 2024 bestehen bleibt und sich sogar vergrößern könnte. Der **Personalrat der UMG** betont solidarisch, dass alle Beschäftigten nach Tarifvertrag vergütet werden sollten. Daher **unterstützen** sie auch die Forderungen der studentischen Initiative für einen "TVStud".

personalrat.umg.eu//PR-Info_Dezember_2023

BGmed meets Personalrat

Interview vom 7. März 2024

BGmed

Wer seid ihr, was macht der Personalrat, wen vertrittet ihr?

PR

Der Personalrat vertritt erstmal eigentlich alle hier. Ausnahme Studierende. Also grundsätzlich alle Beschäftigten, da gibt es auch wieder Ausnahmen für Leitungskräfte etc.

BGmed

Ausnahme auch von den Töchtern?

PR

Ja. Die UMG hat 3 Töchter. Zwei von denen, die **Gastro GMBH** und die **KSG - Reinigung, Krankentransport etc.**, haben Betriebsräte. Es war ein langer Prozess, die wurden ja ausgegliedert. Dann Fluktuationsprinzip, also unsere alten Beschäftigten behalten ihren grundsätzlichen Arbeitsvertrag weiter. Wenn Neue kommen, werden sie direkt bei der Tochter angestellt. Zu schlechten Konditionen, denn **der einzige Unterschied im**

Gegensatz zu früher ist der, dass die Leute weniger Geld kriegen. Das finden wir grundsätzlich nicht gut. Es gibt eine dritte Tochter. Die **UMG Facilities** ist ursprünglich gestartet als Sicherheitsdienst. Mittlerweile sind die auch in weiten Teilen des Handwerks vertreten. Tendenz auch da; Auslaufen der alten Beschäftigten, die noch normale TVL-Verträge haben und langsam dann Übergang in die Töchter. [...] Also, für die Töchter sind wir nicht zuständig. Das war ein langer Prozess, bis die Betriebsräte gegründet haben, dann haben sie Haustarifverträge erstreikt, in den beiden großen Töchtern Gastro und KSG. Das war ein harter Kampf letztes Jahr, **das sind halt so richtige Grabenkämpfe, damit die ein bisschen mehr Geld kriegen.** Der Wunsch ist natürlich; wieder ran an den TV-L, noch besser wieder zurück in den TV-L. **Das müsste politisch gewollt sein. Solange wie die Politik in Hannover aber sagt, ihr müsst weiter auslagern und Geld sparen auf diese Art und Weise, wird da nichts passieren.** Da kann man nur

versuchen, es ein bisschen besser zu machen für die Leute.

BGmed

Es hieß im Frühjahr, es gäbe jetzt noch mal KSG-Verhandlungen. Wird das auch stattfinden?

PR

Gastro wäre auch dieses Jahr dran. Die müsste die Tarifverträge kündigen, um dann in eine Tarifaueinandersetzung mit dem Arbeitgeber einzusteigen. Ich glaube, in der KSG haben die Kolleg*innen beim letzten Mal ordentlich Federn gelassen und jetzt muss man gucken, wie sehr man die motivieren kann. Also erstmal ist der Organisationsgrad ein bisschen die Frage und dann auch die Bereitschaft noch mal in Streik zu gehen. Die haben geringe Gehälter, die halten das auch nicht so lange durch. **Letztes Mal hatten die 22 Streiktage, das war hart.** Die UMG ist auch immer noch irgendwo eine öffentliche Institution und auch das Land wird sicherlich Signale setzen; ihr müsst da ein besseres Tarifergebnis machen. Zurück zum Personalrat, wir sind zuständig für Alle und alle Themen, die den grundständigen

Arbeitsvertrag angehen. Alle Beschäftigten, abgesehen von Studierenden und Töchtern und irgendwelchen Externen, die hier noch tätig sind. Wahlberechtigt sind etwas über 8000 Personen.

Viele interessiert es nicht. Es gibt eine schlechte Wahlbeteiligung, diesmal schlechter denn je. Also ich würde sagen, ein **Teil des Problems ist, dass wir keine Wissenschaftler*innen und Ärzt*innen mehr im Personalrat haben**, auch nicht auf den Personalratslisten. **Auch der Marburger Bund hat traditionell nie eine Liste gehabt.** Das ist ein riesiges Manko. **Es wäre wichtig, dass sich auch die Mediziner*innen mehr dafür interessieren würden.** Denn immer, wenn die ein individuelles Problem haben, kommen sie natürlich schon hierher, die wissen ja, dass wir ansprechbar sind. Aber so bei den Wahlen habe ich immer den Eindruck, dass sie das nicht so wirklich interessiert, weil sie sich nicht wirklich repräsentiert fühlen von ver.di vielleicht.

(Update: der Tarifvertrag der KSG wurde wegen zu geringer Beteiligung an der Beschäftigtenbefragung nicht gekündigt)

BGmed

Wie lange seid ihr im Amt?

PR

Vier Jahre.

BGmed

Macht ihr das dann in Vollzeit?

PR

23 Personalratsmitglieder werden gewählt. Wir haben jetzt eine erdrückende Mehrheit mit 18 von 23 sitzen, die andere Liste ist sehr nah dran an GeNi, das ist die Gesundheits-Gewerkschaft Niedersachsen, eine DGB-Tochter und kommt aus den alten Landeskrankenhäusern, das waren ja Beamte. Asklepios und so dahinten, das war ja Landeskrankenhaus und da sind die auch immer noch relativ stark und die sind dann hier mal reingekommen. Wir sind die ver.di-Liste und natürlich sind alle Kandidatinnen auf unseren Listen ver.di Mitglieder. Ein paar von uns sind auch noch nebenbei in der Gewerkschaft aktiv, manche aber einfach nur aus Überzeugung Mitglied und es gibt diese Anbindung zur Gewerkschaft und zur Betriebsgruppe hier. Wir haben 11 Freistellungen. Die Anzahl richtet sich ebenso wie die

Anzahl der Sitze nach der Anzahl der Beschäftigten. 11 Leute sitzen nur in ihrem doofen Büro rum und machen ihren normalen Job nicht mehr. Dafür aber eine ganze Menge andere Sachen. Und da niemand Personalrat gelernt hat, gibt es für uns luxuriös ganz viele Fortbildungen. Brauchen wir aber auch, weil es ist in großen Teilen auch wie eine Art Verwaltungsjob. Es gibt viele Mitbestimmungsgeschichten, da schickt uns die Dienststelle einen Antrag. Wir bearbeiten den, äußern uns dazu. **Und natürlich hat man eine bestimmte politische Haltung dazu und versucht, die da einfließen zu lassen.**

Das niedersächsische Personalvertretungsgesetz ist unsere Bibel. Und wie man sich vorstellen kann, ist das nicht besonders großzügig. Beim Betriebsverfassungsgesetz hat man mehr Macht. **Betriebsräte sind Privatwirtschaft und Personalräte öffentlicher Dienst.**

BGmed

Wir würden gern über die letzte Tarifrunde reden. Und zwar für Menschen, für die das Thema völliges Neuland ist. Um welchen

Tarifvertrag ging es da und was wurde verhandelt?

PR

Also es ging primär um den Tarifvertrag der Länder. Das betrifft alle Angestellten der Universitätsmedizin, exklusive der Ärzteschaft. Die hat ihren eigenen Tarifvertrag im Bereich der Universitätskliniken, Tarifvertrag der Ärzte. **Beim Tarifvertrag der Länder verhandelt ver.di mit der Arbeitgebervertretung, das ist in diesem Fall die Tarifgemeinschaft der Länder für etwa knapp 2 Millionen Beschäftigte den Tarifvertrag aus.** Unsere Ziele waren es, eine deutliche Lohnsteigerung hervorzubekommen und auch eine Anpassung an den Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes des Bundes und der Kommunen zu erreichen. Das ist teilweise gelungen, teilweise nicht gelungen. Denn man geht mit Maximalforderungen rein und wenn man nicht die GDL ist, dann hat man halt doch hin und wieder mal die Situation, dass man mit einem Kompromiss da rausgeht. Bei uns sah der Kompromiss so aus, dass gewerkschaftlich organisierte

Kolleg*innen, die sich an den Streikmaßnahme beteiligt haben, erreichen konnten, dass ein Inflationsausgleichszahlung in Höhe von 3000€ für alle Kolleg*innen gezahlt wird. 1800€ sind hier in Göttingen zumindest mit der Januarauszahlung überwiesen worden. Danach gibt es monatlich 120€ bis Oktober. Von da an werden auf das normale Grundgehalt 200€ Aufschlag entfallen. **Das Problem mit Einmalzahlungen ist ja, dass die abgaben- und steuerfrei sind.** So, wie Schwarzarbeit. Kann man eigentlich nicht gut finden, aber viele Kolleg*innen wollen das. Wir haben keine tabellenwirksame Gelderhöhung für dieses erste Jahr. Das ist blöd. **Da wir alle so ein bisschen rot bis rosa infiziert sind, ist traditionell das Votum unserer ver.di Leute hier im Haus immer, dass wir, dass wir am liebsten einen Festbetrag, aber zumindest guten Sockelbetrag haben wollen, um die niedrigen Gehälter mehr zu fördern als die Hohen.** Das hat nur gering funktioniert in dieser Tarifverhandlung. Funktioniert nicht so richtig, weil die Arbeitgebenden immer

sagen, sie haben eher ein Problem, die richtig guten, qualifizierten Leute zu finden. Das ist aber für uns als Gewerkschaft nicht das Problem, da müssen die Arbeitgebenden für sorgen. Wir müssen dafür sorgen, dass die Leute, die geringe Gehälter haben, gerade in der aktuellen Situation noch ihre Rechnungen bezahlen können.

BGmed

Aber am Personalschlüssel ist nichts passiert, oder?

PR

Das ist nichts passiert. Der Personalschlüssel wird auch im Moment nicht über den Tarifvertrag in Niedersachsen geregelt.

BGmed

Seid ihr zufrieden mit dem Ausgang?

PR

Das ist sehr ambivalent. Es gibt Leute, die sind zufrieden, die sagen, OK, ich habe das jetzt. Lieber der Spatz in der Hand als die Taube auf dem Dach. Es gibt aber auch Leute, die sagen, eine durchaus längere Streikphase wäre durchaus wünschenswert gewesen. Damit hätte man

sicherlich eine größere Durchsetzungsmacht gewonnen, wenn die Streiks noch weiter ausgeweitet worden wären.

BGmed

Wann läuft der Tarifvertrag aus?

PR

25 Monate haben wir insgesamt. Also **Dezember 2025**. Also das heißt, beim Streik haben wir wieder ordentlich zu frieren. Wir wollen ja immer nicht bis zum Sommer warten.

BGmed

Wie sieht's mit flexiblen Arbeitszeitregelungen und Urlaubszeiten aus?

PR

Das ist ein Ding, wo man die einzelnen Bereiche genau angucken muss. Da gibt es unterschiedliche Meinungen bei den Kolleg*innen. Eine absolute Flexibilisierung der Arbeitszeiten ist für viele Kolleginnen aus dem nicht akademischen Bereich eher nicht wünschenswert. Über die Hälfte der Unikliniken in Deutschland haben einen **Entlastungstarifvertrag** oder irgendwelche anderen Regelungen abgeschlossen, das

steht bei uns heftig auf der Agenda. Aber das ist natürlich ein großer Angang.

BGmed

Bundesweit wird momentan ein Anstieg der Gewerkschaftsmitglieder verzeichnet. Merkt ihr den Trend auch hier?

PR

Das merken wir zum Beispiel an der Teilnahme an den Betriebsgruppen, und auch Engagement bei den Leuten, die sich jetzt gewerkschaftlich organisieren. Das scheint subjektiv wieder stärker zu werden. Aber was man dazu wissen muss, ist, dass es auch immer in Wellenbewegungen funktioniert. Es gibt so Spikes, wo schon mal größere gewerkschaftliche Aktivitäten da gewesen sind, die Aufgabe von uns ist es, diese Spikes möglich auf hohem Niveau zu behalten oder beziehungsweise noch zu steigern, wenn möglich.

BGmed

Was wünschen sich die Leute, die jetzt eintreten?

PR

Jeder was anderes. Jeder hat andere Erwartungen an die Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft. Etwa die **soziale Sicherheit einer größeren Gruppe, um Halt tatsächlich auch im Arbeitskontext zu finden - um sich besser gegen Repressalien durchsetzen zu können**. Andere wiederum haben den Wunsch, sich einer Organisation anzuschließen, die dann schlussendlich auch ihre Tarifverträge aushandelt. Wenn diese Arbeitsverdichtung und dieser Druck auf die Leute sehr hoch ist, dann steigt die Bereitschaft, zu gucken, welche Wege es gibt, um das zu verbessern. Leute, die ein bisschen darüber nachdenken, werden nicht viel was anderes finden, als sich in der Gewerkschaft zu organisieren und dann gemeinsam dagegen anzugehen. **Das ist aber kein gesellschaftlicher Mainstream.**

BGmed

Besteht die Gefahr der Abwanderung vom Personal in private Klinikbetriebe?

PR

Ja, Tatsache ist, dass bei der Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und Nichtangleichen der

Tarifverträge, **private Krankenhauskonzerne wie Helios oder Rhön zum Teil bessere Konditionen für die Kolleg*innen haben**. Und dass die die Vorteile, die wir im öffentlichen Dienst haben, mittlerweile angleichen, zum Beispiel unsere Zusatzversorgung für die Rentenversicherung. Da sind die auch dran, um Personal zu gewinnen. **Der Kampf ums Fachpersonal ist in den nächsten 10 bis 15 Jahren genau das, was alle beschäftigen wird**. Sowohl uns als auch die Privaten. Und da ist es aus gewerkschaftlicher und aus Sicht des Personalrats erforderlich, eine attraktive und vernünftige Bezahlstruktur zu haben. Aber darüber hinaus auch Arbeitsbedingungen. Es geht nicht nur um den monetären Effekt, es geht auch um die Freizeitgestaltung, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, wo auch der Personalrat stark für einsteht. Da sind wir also tatsächlich in allen Bereichen gefordert, den Arbeitgeber, Universitätsklinikum bzw. den Arbeitgeber öffentlicher Dienst tatsächlich so attraktiv zu

machen, dass wir mit den Privaten mithalten können, denn sonst wandern diese Kolleg*innen ab und die kriegt man dann auch in der Regel nicht wieder.

BGmed

Also müssen Unikliniken da echt was machen, um nicht nur für ärztliches Personal attraktiv zu bleiben?

PR

Ja. Wenn die Privaten OP-Personal brauchen und wissen, die müssen da eine Schippe drauflegen, dann machen die das einfach. Wir haben hier den Tarifvertrag und sind da so ein bisschen eingeschränkt und das ist auch gut so. Denn **wir müssen auch immer die Leute mitdenken, die möglicherweise nicht so qualifiziert sind, aber trotzdem ihre Rechnungen bezahlen sollen.**

BGmed

Nach welchen Tarifverträgen bezahlen denn die Privaten?

PR

Die sind angeglichen, aber die haben wieder eigene Tarifverträge und auch unterschiedliche. Bei Helios z.B.

gibt es einen Konzerntarifvertrag.

BGmed

Haben die anderen Krankenhäuser in Göttingen, also z.B. Weende und Mariahilf dann den TVÖD?

PR

Nee, denn es gibt ja auch noch die **kirchlichen Häuser**. Das ist der dritte Weg. Wir haben die kirchlichen Häuser, **die haben gar keine richtigen Tarifverträge**. Die haben auch keine Betriebs- oder Personalräte, sondern Mitarbeitervertretungen: **MAV'n**. **Die Kirche geht einen eigenen Weg und das ärgert uns alle sehr**. Wir haben in Niedersachsen aber etwas erreicht, was sich leider nicht bundesweit ausgebreitet hat. Wir haben in Niedersachsen einen **Tarifvertrag Diakonie: TVDN**. Weende hat den. Und natürlich sind die alle angeglichen an den TVÖD. **Und für uns gab es ganz lange Jahre das Problem, dass bei uns zum Beispiel die Intensivpflegekraft ein paar 100€ weniger kriegte als in einem Kreiskrankenhaus, die den ÖD hatten als kommunale Einrichtung früher noch**. **Obwohl wir hier eigentlich ein anderes Patientenklientel**

**haben als im
Kreiskrankenhaus.**

BGmed

*Gibt es Dinge, wo ihr sagt, da würdet
ihr euch wünschen, dass das von
Medizinstudierenden mehr gesehen
oder mitgedacht wird?*

PR

**Engagiert euch, das ist alles,
engagiert euch
gesellschaftspolitisch,
engagiert euch
betriebspolitisch, engagiert
euch in Gewerkschaften, egal
wie das Kind auch heißt und
wehrt euch vor allen Dingen
dagegen, dass es ein "immer
weiter" gibt, weil das "immer
weiter" hat uns in diese
Situation geführt, in der wir
jetzt stecken.** Da ist einfach der
Appell an Mediziner*innen, dass
ihr tatsächlich schaut, wo kann
ich mich einbringen, um die
Situation aller in dieser
„Healthcare-Landschaft“ zu
verbessern. **Wir haben viel zu
viele Leute hier, die sich
aufgrund ihrer Absicht,
Karriere zu machen, ich
möchte es korrumpieren
nennen, aber das Wort ist
eigentlich noch viel zu
schwach dafür.** Und halt
versuchen, ihren eigenen Ehrgeiz

allen anderen überzustülpen. Ich
glaube tatsächlich, dieses
Problem ist eines der größten,
die wir haben und das führt auch
zu den meisten
Konfliktsituationen. **Dass wir die
Patientenversorgung
aufrechterhalten müssen, das
ist ganz klar. Aber das können
wir nur mit Engagement, mit
Rücksichtnahme auf andere
Berufsgruppen.** Wir sind alle
nicht neu, wir machen das alle
schon ein paar Tage. **Der Appell,
den ich habe: engagiert euch
und bleibt wachsam und
achtet darauf, dass ihr auch
die anderen Berufsgruppen
achtet, denn
dementsprechend beachtet.
Und nicht verachtet. Das gibt
es nämlich auch häufig.** Das
war eine unglückliche
Entwicklung der letzten
Jahrzehnte. Als wir angefangen
haben, ist man mehr noch eine
Familie gewesen. Klar, war der
Chefarzt ganz weit oben aber die
anderen fühlten sich noch mehr
als Team. Interprofessionelle
Zusammenarbeit nötig ist und
man muss sich auf Augenhöhe
begegnen.

Was ich gut finde ist, wenn wir gerade bei Aktionen wie Streiks oder Aufrufen zu Streiks, die Solidarität und auch die Teilhabe der Studierenden im Bereich Medizin auch offen darstellen können, das heißt also, wenn die Basisgruppe so wie das jetzt bei einigen Streikaktionen gewesen ist, mit einem Transpi aufläuft und dann mit uns zusammen dort steht und unsere Forderungen unterstützt.

Das ist sehr, sehr hilfreich, denn tatsächlich ist ganz wichtig; spricht mit euren Kommiliton*innen darüber, dass es diese Streiks gibt. Und dass das möglicherweise auch zu Einschränkungen führt, die manchmal auch für die Studierenden zum Problem werden könnten. Wenn wir tatsächlich mal einen längeren Streik haben sollten, so wie 2006; da sind dann auch relativ viele Vorlesungen und ähnliche Dinge ausgefallen, weil einfach die Hörsäle nicht gewartet worden sind oder nicht verteilt worden, dann müssen wir auch bei den Studierenden Verständnis erzeugen. Und da die Basisgruppe ja bekanntermaßen auch sehr

solidarisch mit solchen Dingen umgeht, wäre das aus meiner Sicht der Wunsch an die Basisgruppe, dann bei den Studierenden für Verständnis zu werben.

Nur über dieses Verständnis und dann auch das spätere Verstehen als Ärzt*innen ist aus meiner Sicht eine fruchtbare Verbesserung der Gesamtsituation möglich.





Die Leiden des jungen PJ



Das ist PJ.
PJ macht gerade das praktische Jahr. Um sich die Fehltage für die Examensvorbereitung zu sparen, ist PJ krank bei der Arbeit.





WIR FORDERN

1. Trennung von Krankheits- und Fehltagen
2. Qualitativ angemessene Ausbildung
3. Einheitliche existenzsichernde Aufwandsentschädigung
4. Mindestens 4 Wochen zwischen Ende des PJs und dem dritten Staatsexamen



Für eine faire Ausbildung und gesicherte Behandlung

Medizin ist mehr als Uni

Letztes Jahr war in Münster das Vernetzungstreffen der
Kritischen

Mediziner*innen. Ganz erfahrene MedInfo-Lesende erinnern
sich, dass die Anreise Dank der Bahn nicht unkompliziert war.

Alle anderen können es sich sicher vorstellen.

**Und es gibt gute Nachrichten für alle: Das diesjährige
Treffen findet in Göttingen statt!**

Doch kurz zurück zum Anfang: Die kurz auch Kritmeds oder Kritis genannten Gruppen gibt es an vielen Unis in Deutschland. Auch bei uns in Göttingen, aber wir heißen eben Basisgruppe Medizin. Aber am Ende geht es uns allen um eine kritische, politische und über den Tellerrand blickende Perspektive auf unser Studium. Und darum treffen wir uns auch jährlich zu einem Vernetzungstreffen. Das bedeutet coole Menschen kennenzulernen und wieder zu treffen, sich untereinander austauschen und gemeinsam Vorträge, Filme und Workshops hören. Denn Medizin kann und sollte so viel mehr als Kreuzen, Lernpläne und Noten sein. Denn Medizin ist eine soziale Wissenschaft, alles Fachwissen hilft wenig wenn wir das ignorieren.

Das Vernetzungstreffen ist selbst organisiert und darum überlegen wir schon seit einiger Zeit, wie viel Kaffee, Cola und Mate wir wohl einkaufen müssen. Und wie wir am besten für etwa hundert Menschen kochen... Viel Planung also. Für alle Göttinger*innen wird es Tagestickets geben, mit denen ihr euch genau den Tag oder die Tage rauspicken könnt, die ihr am interessantesten findet.

So wird es unter anderem einen kolonialkritischen Stadtrundgang, einen Workshop zu reproduktiver Selbstbestimmung, Diskriminierung im Gesundheitswesen, einen Beitrag des neu gegründeten Gesundheitskollektivs Göttingen, einen Vortrag zu Gesundheit von Sexarbeiter*innen und noch ganz viele andere interessante Veranstaltungen geben. Und eine Projektmesse, bei der verschiedene Initiativen sich und ihre Arbeit vorstellen werden.

Und natürlich haben wir auch schon einen Plan, wie wir alle Teilnehmenden lecker satt bekommen. Und genügend Koffein auf Vorrat haben, damit auch nach den abendlich geplanten Partys noch ein wenig geworkshopt werden kann. Und falls ihr euch noch nicht so richtig vorstellen könnt, wie das alles so ist, hier noch ein kleiner Bericht vom letzten Jahr: Ein Beitrag war besonders bewegend. Es war in einem Workshop zu FGM - female genital mutilation. Eine Betroffene war da und hat uns ihre erschütternde Geschichte erzählt. Die Genitalverstümmelung ist in anderen Teilen der Welt selbstverständlich, gewachsen auf Jahrhunderten voller Mythen und uralten Traditionen. Es ist wichtig zu betonen, dass die Genitalverstümmelung keine religiösen Hintergründe hat, sondern seine Ursprünge im Patriarchat und Irrglauben von wegen „Reinheit der Frau“ findet. In Somalia, dem Herkunftsland der Betroffenen, sind rund 98% der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren verstümmelt, das Alter der Verstümmelung sinkt (u.a. durch die stärkere gesetzliche Verfolgung) immer mehr in das (Klein-) Kindesalter. Aktuell sind in Deutschland ca. 67 000 Fälle von FGM erfasst. Es ist somit wahrscheinlich, dass Ärzt*innen in Deutschland mit Patient*innen in Kontakt kommen, deren Vulven verstümmelt sind. So viel Spaß wir auch hatten auf dem Vernetzungstreffen, so oft gab es auch Gänsehaut-Momente, Tränen im Augenwinkel und das dringende Gefühl, aufzustehen und etwas gegen das Unrecht zu unternehmen.

Und zwischendrin ist es einfach schön zu sehen wie aktiv und motiviert viele andere Menschen im Gesundheitssystem auch sind. Denn wir sind nicht allein, wir sind viele! Und das ist gut. Das macht Mut für den Umgang mit einem kaputt gesparten Gesundheitssystem. Gemeinsam können wir es schaffen und Dinge ändern. Abends finden wir aber zusammen erstmal heraus, dass Glühwein auch schon im Spätsommer schmeckt.

Wir können noch nicht versprechen, dass es auch dieses Jahr Glühwein gibt, allerdings können wir für wichtige und interessante Vorträge garantieren! Und wir würden uns sehr freuen wenn viele Göttinger*innen auch mit dabei sind! Wie gesagt wird es auch vergünstigte Tagestickets geben. Details zur Anmeldung findet ihr bald auf unserer Instagram-Seite!

@bgmedgoe


MENTALE GESUNDHEIT IM STUDIUM: EIN ERFAHRUNGSBERICHT

Content note: Panikstörung, Angststörung, Depression, Suizidalität

Ich bin 24 Jahre alt und studiere seit 2020 Medizin, gerade im 8. Semester. Es wird immer wieder betont, wie wichtig „mental health im Studium“ und „Stress abbauen“ sind. Universitäten versuchen mit Workshops und Achtsamkeitsseminaren Studierenden beizubringen, auf sich selbst zu achten. Um psychischen Erkrankungen vorzubeugen bzw. diese zu kontrollieren. Wichtig ist es, dass weiter studiert werden kann. Gleichzeitig gilt als schwach, wer die Anforderungen des Studiums nicht einfach wegsteckt. Wie schlecht es Menschen damit gehen kann, findet keinen Platz. Und wenn man bereits psychisch erkrankt ist und dies noch nicht bemerkt hat? Was du neben der Uni gar nicht merkst, wie schlecht es dir geht? Weil du ja „funktionierst“? Wenn du übermäßige Ängste nicht als solche identifizierst und dich zurückziehst? Was wenn der Rückzug das Problem ist?

Mein Weg in die Angst war schleichend. Es beginnt alles mit einem Gefühl, leichtes Unbehagen. Irgendwas ist nicht, wie es sein soll. Aber was ist das in dieser Welt denn schon? Im Nachhinein ist klar, was passiert ist:

Erste Symptome, Vermeidung, weiteres Zurückziehen, mehr Symptome und schließlich die Angst. Bleibende, alles verschlingende Angst. Angst, die einnimmt und nicht mehr loslässt. Angst, die einen Großteil des Tages da ist und mich beschäftigt. Sodass sich das Leben nur noch darum dreht, diese Angst nicht mehr



zu verspüren. Nur noch die eine Frage im Kopf: Wie komme ich aus dieser Angst heraus?

Vor einer mündlichen Prüfung hatte ich meinen ersten Panikanfall, der auch mit der Angst vor einer Corona-Infektion verbunden war. Während der Großdemonstrationen in Lützerath hatte ich das erste Mal ein Engegefühl in der Brust, erstes Symptom meiner Somatisierungsstörung. Nach einer stressigen Prüfung verspürte ich zum ersten Mal ein Brennen in der Brust, teils hinter dem Sternum, teils im Brustkorb. Dort, wo das Herz liegen muss. Manchmal im Hals, aber immer auf der linken Seite. Mir war klar, dass das alles zusammenhing, ich konnte dies aber nicht meinen Hausärzt*innen berichten. Ich wurde also wegen Herzklopfen vorgestellt. Ein EKG war unauffällig, bei jungen Menschen wäre sowas „normal“. Mir kam es trotzdem komisch vor. Es kam zu zahlreichen Terminen mit körperlich unauffälligen Befund.







In einer Kinderhausarzt-Famulatur verschleppte ich eine Bronchitis. Nach der antibiotischen Behandlung erlebte ich immer abends zur gleichen Zeit Fieberschübe. Die sich im Nachhinein als Hitzewallungen herausstellten und immer mit Angst verbunden waren. Ich erlebte die Angst und damit verbundenen Symptome in eigentlich entspannten Momenten. Wenn ich gedanklich gefordert werde oder fokussiert bin, bin ich absolut symptomfrei. Aber wer erkennt Angst als krankhaften Zustand und nicht als Symptom bzw. gerechtfertigte Angst vor dem Krankwerden?

Schließlich ging es mir so schlecht, dass ich einen psychogen ausgelösten epilepsie-ähnlichen Anfall hatte, tagelang stark beeinträchtigt war und mich zunehmend auch aus sozialen Kontexten zurückzog. Mein Körpergefühl ging verloren. Antriebslosigkeit, Trauer und Verzweiflung folgten. Ich beendete Beziehungen in denen ich mich eingeengt fühlte. Panikattacken raubten mir den Schlaf und schränkten mich zusätzlich ein.

Dann ging es nicht mehr und ich wurde zum ersten Mal notfallmäßig in einem psychiatrischen Zentrum vorgestellt. Das endete mit dem Hinweis auf eine

„Anpassungsstörung“ und 6 Tabletten Melperon für den Schlaf. Der Rest würde sich mit Zeit so wieder einrenken. Ich erfuhr selbst, dass Psychopharmaka heftige Nebenwirkungen haben: Das Medikament machte mich in der dritten schlaflosen Nacht noch panischer und ich ging in die psychiatrische Notfallambulanz meiner Uniklinik. Dort wurde ich endlich ernst genommen. Ich merkte schließlich, dass die Panik und Angst mein Ursprungsproblem waren. Laut Amboss erfüllte ich nicht nur das eine benötigte Symptom einer generalisierten Angststörung, sondern fünf. So stellte ich mich in der psychosomatischen Ambulanz vor, welche meinen Wunsch auf dringliche stationäre Behandlung teilte. Die Diagnosen lauteten Depression und Somatisierungsstörung. Allerdings konnte ich nicht dort behandelt werden, da pauschal keine Medizinstudierenden aufgenommen werden. Ich solle mich selbstverantwortlich woanders melden und stand wieder alleine da.

Wartezeiten sind lang, auch in Akutphasen. Und für ambulante Betreuung muss mensch sehr viel telefonieren und Absagen einstecken. Das fordert bekannterweise viel Energie. Es ist aber auch schwierig, sich Informationen zu notfallmäßiger Betreuung zu holen. Besonders wenn mensch sie gerade braucht. Was muss sich ändern?

-  mehr Psychotherapieplätze schaffen, besser organisieren & mehr Menschen ausbilden
-  bessere Informationen über Therapieangebote & niedrigere Hürden
-  Aufklärung über psychische Gesundheit, Warnsignale/Notfälle und Symptome
-  Resilienzförderung und Ängste nehmen, bevor sie krank machen
-  Prävention (Lebensumstände, soziale/gesellschaftliche/ökonomische Aspekte: wer hat überhaupt Zugang zu ohnehin knapper Versorgung?!)
-  Sensibilisieren von Personal, um psychische Erkrankungen früh zu erkennen und nicht zu bagatellisieren, sondern fachärztlich weiterzuleiten

Zurzeit bin ich in teilstationärer Behandlung, auf die ich 2 Monate gewartet habe. Als ich intensive psychotherapeutische Betreuung gebraucht hätte, habe ich diese nicht bekommen. Trotzdem: Gerade werden die Ängste wieder weniger, ich habe keine Panikanfälle in der Mensa mehr. Ich kann wieder das Haus verlassen. Jetzt ist mein Hauptproblem die Depression und Emotionsregulation. Gleichzeitig geht es mir jeden Tag etwas besser, trotz Medikamentennebenwirkungen und allem anderen.

Viele psychiatrische Erkrankungen sind an Vermeidung von negativen Reizen gekoppelt, paradoxerweise macht das mehr Angst, da Angsterfahrungen nicht mit positiven Erfahrungen ersetzt werden können. Es gibt depressive Symptome, die Demenz bzw. ADHS stark ähneln: verringerte kognitive Leistung und Aufmerksamkeitsstörungen. Es ist also auch krankheitsbedingt nicht leicht, Hilfe zu bekommen. Es ist hart und kann weh tun, aber eben auch schnell schlimmer werden. Psychische und psychosomatische Erkrankungen schränken massiv die Lebensqualität ein, also sucht euch Hilfe. Vertraut eurem Gefühl und geht in die Notaufnahme oder zu anderen Ärzt*innen. Stellt euch in einer psychosomatischen Ambulanz vor. Ihr seid nicht allein und habt die Hilfe verdient, die ihr braucht!

WICHTIG



UNTERSUCHUNGSKURS CHIRURGIE : SCHLIMMER DENN JE!

Gerade das Physikum hinter uns gebracht, befinden wir uns nun in Untersuchungskurs den sogenannten "klinischen" Semesters. Schon von höheren Semestern vorgewarnt, hatten wir seine großen Illusionen. Was uns allerdings in den ersten sechs Wochen passiert ist, übertraf aus Teil die schlimmsten Befürchtungen.

- Wir stellten fest, das
1. eine Gruppe zur Station (Neurochirurgie) geschickt wurde, ohne das weder Ärzte noch Pflegepersonal und selbst gar nicht die Patienten informiert waren. Nach einer halben Stunde wurden wir von dem entsprechend launigen, unvorbereiteten Stationsarzt zu den gerade informierten Patienten geschickt, die wir ohne Anleitung untersuchen sollten, was natürlich unbefriedigend ablief.
 2. die Chirurgen den Untersuchungskurs an ihrem freien Tag absolvieren müssen, was natürlich ihre Lernauffassung begründet.
 3. in dem Abschnitt Traumatologie des chirurgischen Untersuchungskurses uns eine Horror-Diäthese vorgespielt wurde, was absolut nichts mit einem Praktikum zu tun hat. Außerdem bekamen wir aus der Distanz einen Patienten vorgestellt, an dem dann auch gleich versucht wurde, alle die Traumatologie betreffenden Untersuchungsverfahren darzustellen, was ebenso ineffektiv wie störend für den Patienten war, da der Patient immerhin 2 Stunden im Hüftguss verbrachte. 10 Minuten vor Schluss klopfen zwei weitere Patienten an die Tür, die die ganze Zeit gewartet hatten, und erkundigten sich, ob sie noch noch dran können.



- Unsere Vorstellungen und jetzige Forderungen :
1. Bessere Organisation, d.h. informiertes Personal und Patienten.
 2. Verlegung des Kurses auf möglichst mehrere Tage.
 3. Statt nicht praxisbezogenen Vorlesern - wie wir das bereits aus der Vorlesung kennen - chirurgische Übungen z.B. an uns selbst:

4. Einleitet in den Lehrinhalt, der uns während des Untersuchungskurses vermittelt werden soll.

Über diese Forderungen wollten wir gern mit Herrn Prof. Stankovic sprechen, Allerdings vergebens. Er war eine Woche lang nicht zu erreichen.

Leisten Mittwoch erließen wir dann den absoluten Höhepunkt des bisherigen Untersuchungskurses. Als wir auf Station kamen, waren schon 30 weitere Kommilitonen da, die von zwei Ärzten begleitet werden sollten. Mit jeweils 12 Mann und ohne Arzt "brechen" wir in die Patientenstation ein, um dort die ziemlich verstreuten Patienten zu untersuchen. Nachdem wir durch unser Auftreten schon die Besucher vertrieben hatten, sagten wir es vor, das immer zu verlassen, da auch die ganze Zeit kein zuständiger Arzt zu sehen war.



Angesichts solcher Zustände brachen wir den Kurs ab und suchten stattdessen Prof. Dr. Stankovic. Und diesmal glückte es uns. Er wies alle Verantwortlichen von sich mit der Begründung, das dafür Herr Prof. Dr. Becker zuständig sei, der zur Zeit jedoch im Urlaub sei. Herr Prof. Dr. Stankovic wies uns darauf hin, in unserer Freizeit die Poliklinik besuchen zu dürfen, da der Untersuchungskurs unzureichend sei und bot uns an, den ausgefallenen Untersuchungstag an einem anderen Termin zu wiederholen, was uns allerdings nicht gefällt ist.

Wir geben nicht auf, in unserer Freizeit das lernen zu wollen, was eigentlich Inhalt des Untersuchungskurses sein sollte, und die Zeit während des Untersuchungskurses zu verpassen!



med info

7.11.87

Fachschaft Medizin
Kochbergweg 22
D-7000 Göttingen
Tel: 39 41 37

ENDOMETRIOSE – von E-Herden und Chamäleons

CN: Depressionen, Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, Details über OPs, Trans*feindlichkeit.

„Ich würde sagen, es ist längst dran, dass Sie eine Endometriose Diagnostik machen.“, sagte sie. Hatte ich das richtig gehört? Dabei hatte ich gerade erst meine Symptome beschrieben. Ich war so gut vorbereitet, sie zu überzeugen, dass ich unbedingt eine Bauchspiegelung machen wollte, um zu klären, ob ich Endometriose hatte. Und jetzt sagte sie so einfach diesen Satz.

Seit Jahren musste ich mir beim Gynäkolog:innenbesuch die absurdesten Kommentare zu meinem Beschwerdebild anhören. Das wurde noch schlimmer, seitdem ich offen sagte, dass ich mich nicht als Frau, sondern als nicht-binäre Person verstand. Schmerzen während der Menstruation seien „normal“. „Das haben sehr viele Frauen“ – verstehe... „Ach ja... sie nehmen ja auch nicht die Pille...“. Die Pille hatte ich lange genommen und dann gemerkt, dass sie sich schlecht mit Depressionen und meiner (damaligen) Vorliebe zum Rauchen vertragen. Beides interessierte keine Ärzt:in.

Nun ging ich also mit einer Krankenhaus-einweisung für eine Bauchspiegelung aus der Praxis und freute mich. Das war vielleicht etwas absurd, ich hatte immerhin auch Einwände, gehört („Das ist doch auch kein leichter Eingriff - wie jede OP, wenn es nicht unbedingt notwendig ist, würde ich Ihnen davon abraten“). Klar, eine OP birgt

Risiken, auch wenn es sich bei einer Bauchspiegelung um einen minimalinvasiven Eingriff handelt. Um eine Endometriose eindeutig festzustellen, war nun eben dies die einzige Option¹. Über die Notwendigkeit blieb zu diskutieren. Was für mich nicht von Relevanz ist, aber eine Notwendigkeit ggf. für andere möglicherweise Betroffene unterstreicht, ist der Umstand, dass (unentdeckte) Endometriose die Fruchtbarkeit schädigen kann. Und die Fruchtbarkeit ist doch in der Gynäkologie das A und O!

Mit der Überweisung und Empfehlung für eine bestimmte Klinik bekam ich dort in 4 Monaten einen Termin zur OP. Bis dahin würde ich noch 4 bis 5 mal menstruieren müssen.

Dass Menstruieren unabhängig von den „ganz normalen“ Schmerzen eine große Herausforderung darstellt und es sich bei mir mit jedem Mal verschlechterte, dafür konnte ich wenig Empathie bei Ärzt:innen gewinnen. „Das gehört nunmal zum Fraus-ein dazu.“ So oder so ein beschissener Kommentar. Mich quälte ein stabiles PMS, das anwachsen konnte bis zur unerträglichen Endzeitstimmung, teilweise mit Suizidalität. Kam dann die Mens, ebte das beklemmende Unbehagen ab. Allerdings kamen nun die Schmerzen, ausstrahlend bis in die Beine, der kugelrunde schmerzende Bauch, die Krämpfe und mit ihnen der

¹ Anm. d. Autor:in: Nach Fertigstellung des Textes fand ich während meiner weiteren Recherche heraus, dass E. auch mittels Ultraschall und Darstellung des Beschwerdebildes durch geschultes Personal diagnostiziert werden kann. Am besten sind Ärzt:innen in Endometriosezentren und –kliniken geschult. Es lohnt sich, sich vor einer OP dort vorzustellen, auch wenn die Wartezeiten sehr (!) lang sind.

Ekel, das verzerrte Spiegelbild, der Schwermet. Ich musste in diesem Körper gefangen die nächsten Tage überstehen und wusste nicht wie. Nicht selten stellte ich mir vor, wie es wäre, ein großes Messer zu nehmen und damit in den Unterleib zu schneiden, in der Hoffnung den Uterus zu erwischen oder was da noch in meinem Bauch diese Schmerzen verursachte.

Mögliche Beschwerden

Endometriose wird auch als „Chamäleon der Gynäkologie“ bezeichnet [EVD], weil sie so unterschiedlich aufgeprägt sein kann wie es betroffene Personen gibt. Manche leben ohne jegliche Beschwerden mit Endometriose[SEF]. Die Bandbreite an möglichen Beschwerden und deren Ausprägung variiert sehr stark.

Mögliche Symptome sind

- *krampfartige Schmerzen sowie oft chronische Bauch- und Rückenschmerzen, vor allem bei der Menstruation [SEF]*
- *Schmerzausstrahlung in die Beine und den Rücken[Mechsner]*
- *Schmerzen im Uterus kurz vor und/oder während der Menstruation[SEF]*
- *Schmerzen bei Penetration oder gynäkologischen Untersuchungen*
- *Ovarienzysten, Unfruchtbarkeit*
- *unklare Allgemeinbeschwerden*
- *Darmschmerzen, -blutungen, Reizblase, Blut im Urin [SEF]*
- *Schmerzen beim Pinkeln [Mechsner]*
- *Darmprobleme z.B zyklischer Blähbauch („Endobelly“), Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Reizdarm, Durchfall, Verstopfung*
- *starke Blutung*
- *zyklische Übelkeit, Erbrechen*
- *Kreislaufprobleme*
- *Kopfschmerzen*
- *Erschöpfung, Müdigkeit [Mechsner]*

Einer Hysterektomie war ich schon lange nicht mehr abgeneigt. Die Reaktion von Ärzt:innen war Unverständnis und Ableh-

nung, um dann irgendwas vom „besten gebärfähigen Alter“ hinterher zu murmeln. Das Beste was ich dazu je gehört habe (nicht!), in Verbindung mit der Frage, wie menstruieren für mich als trans*Person sei, war: „Es gibt Menschen, die Probleme mit einem Bein oder Arm haben, und die können sich das auch nicht einfach entfernen lassen, nur weil es sie stört.“ Danke, sehr empathisch. Was wollten Sie nochmal genau wissen und warum?

Bei der Voruntersuchung wurde mir der Ablauf der OP erklärt. Die Ärztin sagte mir, im besten Fall, wenn sie Nichts fänden, würden sie einfach wieder zunähen. „Das ist für mich nicht der beste Fall.“, sagte ich, was sie zu irritieren schien. „Wenn sie keine Endometriose bei mir finden, wäre ich in Bezug auf meine Beschwerden schon ziemlich verzweifelt.“

endometriose facts

Endometriose ist eine gutartige chronische Erkrankung bei der uterus-schleimhautartiges Gewebe nicht nur in der Uterushöhle, sondern auch außerhalb davon vorkommt. Die Uterusschleimhaut ist im Bauch- und Beckenraum „versprengt“ und kann an benachbarten Organen und Geweben, wie den Ovarien, den Eileitern, der Uteruswand oder der Blase, dem Darm oder dem Bauchfell des kleinen Beckens wachsen. Ein Befall ist an jeder Stelle im Körper möglich, z.B. auch in der Lunge, Leber, Haut oder im Gehirn. [sef]

Die gutartigen Wucherungen werden als Endometrioseherde bezeichnet [Mechsner]. Sie verhalten sich in ihrem Wachstum - wie die Uterusschleimhaut - zyklisch und bluten während der Menstruation. Auch ist die Bildung von Blutzysten, vor allem an den Ovarien, möglich. Es kann zu Verklebungen von Gewebe kommen, z.B. von Eileitern aber auch zwischen Organen/Geweben wie Uterus und Eileitern/Ovarien, Harnblase, Darm. Oft ruft das verirrte Gewebe Entzündungsreaktionen im Körper hervor und kann von diesem aber nicht abgebaut werden. Der Befall

der Uteruswand wird Adenomyose genannt und ist eine Sonderform, die sehr schwer diagnostizierbar ist [Mechsner].

Bei der OP wurde Endometriose gefunden! Ich wurde auf ein Zimmer gebracht und durfte dort von der Narkose auskatern. Ärzt:innen kamen, klärten mich über Verlauf und Diagnose auf und waren dabei sehr mitleidig, vor allem, wenn es um das Thema Unfruchtbarkeit ging. Als Therapie kämen Hormone infrage, regelmäßige Bauchspiegelung mit Entfernung der Endometrioseherde (E-Herde) oder Hysterektomie. Darüber hatte ich ja auch schon mit meiner Gynäkologin sprechen können. Diese wirkte da recht offen. Die Ärztinnen im Krankenhaus schien der Gedanke an Hysterektomie viel mehr zu bedrücken als mich. Im OP-Bericht konnte ich dann später lesen, dass bei Therapieempfehlungen die Hysterektomie noch einen Zusatz hatte: aufgrund von Transsexualität.

Mögliche Therapie

70% der Endometrioseherde unterliegen einer hormonellen Beeinflussung[SEF]. Durch medikamentöse Behandlung mit Hormonen wird das Wachstum der E-Herde gehemmt und eine Rückbildung bewirkt. Das Medikament, das für die Behandlung von Endometriose zugelassen ist, ist Dienogest z.B. Visanne oder Zafrilla.

Außerdem können E-Herde operativ bei einer Bauchspiegelung entfernt werden. Dieser Eingriff erfolgt laparoskopisch und ist ein minimalinvasiver Eingriff. Durch kleine Schnitte in der Bauchdecke werden Instrumente in den Bauchraum eingeführt. Zur besseren Sichtbarkeit wird der Bauch mit CO2 aufgeblasen. Die E-Herde werden dann je nach Größe herausgeschnitten und/oder verödet. Die Bauchspiegelung wird auch zur Diagnostik von Endometriose herangezogen.

„Zur langfristigen Unterdrückung der Endometriose stehen diese operativen und medikamentösen Therapiekombination im Vordergrund, wobei es eine echte Prophylaxe nicht gibt, da die Ursache der Erkrankung immer noch unbekannt ist“[SEF]

„Dieses Krankheitsbild darf nicht isoliert körperlich betrachtet werden, denn auch psychische Konflikte und Stressfaktoren sind zu beachten.“[SEF]

Bei der Nachbesprechung mit meiner Gyn ließ ich mich dann doch ein, sogenannte weibliche Hormone einzunehmen. Gestagen war zur Endometriosebehandlung das Mittel der Wahl, vor allem nach einer Entfernung der E-Herde bei der Bauchspiegelung. Entgegen all meiner Bedenken und negativen Erfahrungen mit Gestagenpräparaten willigte ich ein, um meinem Magen eine Pause von Schmerzen und Schmerzmitteln zu verschaffen. Mittlerweile musste ich während der Mens so viel Schmerzmittel nehmen, dass mein Magen sich immer wieder unangenehm ziepend und drückend meldete und ich mit Übelkeit und Sodbrennen in den blutungs- und PMS-freien Zeiten zu kämpfen hatte.

Gänsefingerkrautkapseln, Frauenmantel- und Schafgarbentee in der 2. Zyklushälfte, „heiße 7“ in der 2. Zyklushälfte, CBD-Öl, Homöopathie, Physiotherapie, Osteopathie, Agnus Castus mehrmals über mehrere Monate, Yoga, besonders Dehnübungen in der 2. Zyklushälfte, verschiedenste Versuche die Ernährung anzupassen und damit was zu erreichen... hatte für mich alles leider nicht funktioniert, höchstens meinen Geldbeutel sehr strapaziert. Wärmflaschen, 2000mg Relifex und 4-6 Buscopan am Tag linderten die Schmerzen gerade dem Maß, dass ich Anderes tun konnte als nur liegen. Auf einer subjektiven Skala, auf der "0" kein Schmerz und "10" der stärkste vorstellbare Schmerz war, lag ich locker bei 7 bis 8.

no-fun facts

Endometriose ist die zweithäufigste gynäkologische Erkrankung und fand – ÜBERASCHUNG – bisher wenig Beachtung und ist kaum erforscht

[SEF]! Schätzungsweise sind 7-15 % der Menschen mit Uterus betroffen. Jährlich werden 40.000 neue positive Diagnosen gestellt [SEF; EVD]. Nach auftreten der ersten Symptome dauert es bis zu 10 Jahre bis Endometriose diagnostiziert wird. Bei Menschen mit unerfülltem Schwangerschaftswunsch dauert es 3 Jahre [SEF]. Sterilität bei Menschen mit Uterus ist in 50% der Fälle auf (unentdeckte) Endometriose zurückzuführen [EVD]. Fehldiagnosen, wie Adnexitis, psychogene Beschwerden, PMS oder Pelviopathie werden häufiger gestellt, als die richtige Diagnose [SEF]! Die Ursache der Endometriose ist immer noch unerforscht. Es gibt ein paar Theorien zu Entstehung, diese sind aber nicht belegt [SEF].

Der Einnahme von Gestagen (Zafrilla Dienogest 2000) zuzustimmen, stellte sich als sehr schlechte Idee heraus. Nach 2 Wochen begannen Blutungen und starke Schmerzen. Mir wurde gesagt, dass Blutungen am Anfang auftreten könnten, die sich wieder normalisieren würden. Ich bekam Brustschmerzen und meine Brüste fingen an größer zu werden. Ich fand die eh schon riesig genug, um sie jeden Tag in einen Binder zu zwängen. Aus der gewünschten Pause von Schmerzmitteln wurde eine tägliche Pillenroutine. Ibu600 und Buscopan. Nach 4 Wochen konnte ich nicht mehr und ging nochmal zum Gyn. Mir wurde empfohlen, auf eine „kombinierte Pille“ umzusteigen. Es ging allerdings genauso weiter mit Blutung und Schmerzen. Dazu bekam ich Beinschmerzen. Da ich den Versuch mit einer dritten Pille ablehnte, sollte ich mich nochmal dort vorstellen, wo ich operiert wurde.

Dort nahm sich der Chefarzt persönlich Zeit für mich! Mal wieder war ich vorbereitet und wollte nicht gehen, bis ich hilfreiche Infos zur Hysterektomie hatte. Ich ließ nicht locker. Vielleicht fand er mich hysterisch, aber das war mir egal. Hysterie

würde ich doch sicher mit dem Uterus auch los. Gequält wirkend sagte er, dass es eventuell mit einem ausführlichen Vorgespräch gehen würde und wirklich die allerletzte Möglichkeit wäre, wenn nichts anderes mehr ginge. Es gibt offenbar nur die Therapie mit Gestagen, die ich nicht vertrage. Wann ist dann die ‚letzte Möglichkeit‘ anzunehmen? Am Ende des Gesprächs empfahl er mir, es nach ein paar Monaten Pause nochmal mit Gestagen und den anderen kombinierten Pillen zu versuchen. Ich fragte ihn noch, ob es Sinn mache, mich in einem Endometriose-Zentrum vorzustellen. „Die wissen da wahrscheinlich auch nicht mehr als ich,“ und weg war er. Ich sollte im Flur noch auf den Ärzt:innenbrief warten. Ich ließ mich in den Korbstuhl fallen und weinte. Die Person, die den Brief tippte, gab mir Papierhandtücher. Ich bekam den Brief und ging. Schöne Scheiße.

Hysterektomie [Mechsner]

bezeichnet die (teilweise) Entfernung des Uterus (auch Uterusexstirpation). Es gibt verschiedene Operationsmethoden und Varianten (nicht vollständig):

- *subtotale Hysterektomie: Gebärmutterhals bleibt stehen, Korpus wird entfernt*
- *totale Hysterektomie: Entfernung von Hals und Korpus*

Unterschiedliche Methoden:

- *- laparoskopisch assistiert (minimalinvasiv): Gewebe wird zerkleinert und durch kleine Schnitte in der Bauchdecke herausgeholt,*
- *bei Entfernung des Halses ist das Herausziehen von Gewebe durch die Vagina möglich.*

Bei Menschen unter 45 Jahren werden die Ovarien belassen, der Hormonzyklus bleibt bestehen, d. h. etwaige Reste von Endometrioseherden können weiterwachsen.

Bei Entfernung von Ovarien tritt Menopause vorzeitig ein; birgt u.a. Risiken für Knochen (Osteoporose), Gehirn (verfrühte Demenz). Um

entsprechende Risiken abzupuffern, müssen dauerhaft Östrogene substituiert werden.

Ich hatte dann noch sehr große Hoffnung in eine Endometriose-Sprechstunde an einem Klinikum an meinem Wohnort gesetzt. Während der letzten Monate hatte ich alles dokumentiert: Stärke der Schmerzen, Einnahme der Medikamente, weitere Beschwerden, wann ich welche Pille genommen hatte, wann ich geblutet hatte und wieviel...

Das Gespräch mit der Ärztin war kurz. Sie sagte mir, wenn ich schon die Bauchspiegelung gehabt hätte und die Hormone nicht vertrage, dann könne sie hier leider nichts weiter für mich tun.

Die Tür flog auf. Die Person, die reinkam, stellte sich als Oberärztin vor, bei der ich den Termin gehabt haben sollte, sie wäre aber bei einer OP gewesen. Sie sprach dann nicht wirklich mit mir, sondern mit der anderen Ärztin. Sie tauschten sich über meine OP und Schwierigkeiten mit Gestagen aus. Ich berichtete von meiner PMS und Angst, dass sich Depressionen auf Hormonen verschlechtern. Fachliche Informationen konnte ich leider nicht bekommen. Ich wurde gefragt, ob ich denn wegen der psychischen Schwierigkeiten schon in Behandlung sei. „Wenn Sie Endometriose haben, dürfen Sie auf keinen Fall mehr menstruieren, sonst breitet die Endometriose sich immer weiter aus.“, sagte sie immer wieder. Ich wies nochmal drauf hin, dass ich keine Hormone vertrage, was sie mir vorschlagen würde. Die Hormonspirale sei was ganz anderes als Hormone, meinte sie. Sie wollte mir erklären, was Endometriose eigentlich ist, und erzählte sie von ein paar Einzelfällen. Von Einer, die Endometriose in der Lunge hatte oder Einer, die früher, als Endometriose noch mit Testosteron-De-

privaten (Danazol) behandelt wurde, „wiederkam mit tiefer Stimme und Haaren an Stellen, die man gar nicht haben möchte“. Ich fragte, ob sie Erfahrungen mit Endometriose bei trans Personen hätten. Sie verneinten. Ich bat um Informationen zu Hysterektomie. „Nein, das machen wir nicht!“. Ich fragte, ob sie es nur nicht machten, weil sie mich für zu jung hielten. „Nein, das bringt gar nichts bei Endometriose.“ Ich wollte wissen, warum, mehr Informationen. „Nun müssen Sie leider gehen.“, sagte sie. Für mehr Informationen müsse ich mich im nächsten Jahr bei einem anderen Arzt vorstellen, das sei nämlich der, "der hier eigentlich die Sprechstunde macht". Haha. Und wenn ich mich den Hormonen verweigere, dann sei das ja meine eigene Schuld. Ich sagte gar nichts mehr. Die Wut wurde von Ungläubigkeit und Verzweiflung zurückgedrängt. Diese Szene kam mir so absurd vor, dass ich mich manchmal frage, ob das wirklich passiert war.

Nach diesem Besuch bin ich ernüchtert und immer noch verzweifelt. Die Schmerzen währen der Mens sind mittlerweile so stark, dass ich sie auf Tagesdosis bis zu 3000 mg Novaminsulfon auf eine "9" einstufen würde, mit krampfartigen 11ern dazwischen. Zwischendurch wusste ich nicht, ob das jetzt schon schlimm genug sei, um einen Krankenwagen zu rufen, entschied mich dagegen. Irgendwie bringe ich diese paar Tage rum und weiß kaum wie. Danach fange ich wieder von vorne an. Ich versuche mich aufzurappeln, zu stärken fürs nächste Mal, bis dann nach 15 bis 18 Tagen das PMS einschlägt und alles von vorn beginnt. Ich kann mich nicht mehr erholen von den Schmerzen und der Angst vor den Schmerzen.

Meine Hoffnung war, mich doch nochmal bei dem Arzt, "der hier eigentlich die [Endometriose-]Sprechstunde macht", vorzustellen. Ich bekam schon in drei Monaten einen Termin! Eine Woche vor dem Termin kam ein Anruf, dass der Termin auf unbestimmte Zeit verschoben sei.

Ich weiß nicht, wie ich auf diesem Weg weiterkommen soll. Ich bin damit überfordert, zu entscheiden, welcher Schritt als nächstes sinnvoll und hilfreich für mich sein könnte und ich habe keine Ahnung, wer mich dazu beraten kann. Außerdem habe ich Angst vor der nächsten Mens, Angst vor den Schmerzen, Angst vor meinen Gedanken. Und ich habe keine Kraft mehr, wieder schlechte Erfahrungen mit Ärzt:innen machen zu müssen, die keine Zeit haben, die nicht zuhören, die mir Informationen verweigern, die kein Verständnis für meine Situation aufbringen (können/wollen), die mich misgönnen und falsch anreden, die heterosexistisch sind, die unverschämt, respektlos und/oder unsachlich reagieren.

Quellen:

MECHSNER - In der Sprechstunde: Endometriose. Erkennen, verstehen, behandeln. Sylvia Mechsner.

SEF - Stiftung Endometriose-Forschung
www.endometriose-sef.de

EVD - Endometriose Vereinigung Deutschland e.V. www.endometriose-vereinigung.de

Weiterführende Informationen, die für mich hilfreich waren/sind:

Ist das noch gesund? Der Gesundheitspodcast der Techniker Krankenkasse. Folge: Endometriose: Wenn Schmerzen zur Regel werden – mit Dr. Sylvia Mechsner, vom 20.11.23

Sowie weitere Vorträge, Interviews, Texte von Prof. Dr. med. Sylvia Mechsner, Fachärztin für Gynäkologie, Professorin für Endometrioseforschung und Leiterin des Endometriose-Zentrums an der Charité Berlin.

Lösungen Kreuzworträtsel

1. Binarität
2. Nicht-binär
3. Sex
4. Gender
5. Trans*
6. Cis
7. Inter*
8. Divers

Lösungswort: Sensibilisierung

Basisgruppe Online:



@bgmedgoe

bgmedgoe



bgmed.org



BASISGRUPPE MEDIZIN
GÖTTINGEN