

1 Im urologischen SPRECHzimmer

Schilderungen über die Interaktion mit medizinischem Personal haben einen großen Teil der Interviewgespräche eingenommen. Anhand zweier Schlaglichter verdichte ich die verschiedenen Gesprächsepisoden zunächst (1.1 und 1.2). Diese Beschreibungen werden im Unterkapitel 1.3 mit Debatten in der Männergesundheitsforschung verknüpft, wobei das urologische Sprechzimmer eine gesonderte Stellung einnimmt. Abschließend gehe ich der Figur des *unproblematic „normal“ male* nach. Mein Argument ist hier, dass in dieser Figur Erklärungsansätze sowohl für die *anforderungsbedingten Besprechbarkeitsgrenzen* im Arzt-Patienten-Verhältnis als auch für die häufigen Fehldiagnosen bei Hodenkrebs zu finden sind.

1.1 Schlaglicht 1: »Ich hab mich da nicht ernst genommen gefühlt.«

Die Beschreibungen meiner Interviewpartner über ihre Erfahrungen mit dem medizinischen Fachpersonal unterteile ich im Folgenden in drei Aspekte. Im ersten geht es um die Situationen, in denen meine Interviewpartner ihr Gegenüber als empathielos empfanden, im zweiten um Situationen, in denen sie konkret nicht in den Entscheidungsprozess ihrer Behandlung einbezogen wurden, und im dritten um meine Beobachtung, dass in den Erzählungen gleichzeitig immer betont wurde, wann sie sich *gut* behandelt fühlten.

Wie bereits beschrieben, waren für Patrick sowohl die Frustration über seine Arztbesuche als auch die Tatsache, dass er im Internet keine Hilfe gefunden hat, der Auslöser, sich überhaupt bei mir zu melden. Unmittelbar nach dem Penisbruch dachte er zunächst, »das wird schon irgendwie so heilen«. Da es am nächsten Tag nicht besser war und er sich gerade auf Reisen befand, rief er einen ärztlichen Telefondienst an. Deren Handlungsanweisung fasst Patrick mit sarkastischem Unterton so zusammen: »Zieh die engste Unterhose an, die du hast, und irgendwie kühl das.« Kurz darauf, an seinem Wohnort, sei er in mehrere urologische Praxen gegangen. Er beschreibt die Interaktion mit den verschiedenen Urologen als »völlig unempathisch«:

»Dann sagen die Leute eigentlich nur so Sachen, die alle relativ traumatisch sind erstmal, [...] irgendwie so: Mal gucken, ob es wieder funktioniert. [...] Nix davon ist in irgendeiner Art mental beruhigend, [...] ich hab mich da einfach nicht ernst genommen gefühlt in den Gesprächen. [...] Es ist immer so, wenn's nicht ab ist, ist es kein extremes Problem, und es ist auch kein Krebs, sondern es ist halt alles so ein bisschen, es ist halt unangenehm für den Betroffenen.«

Gleichzeitig formuliert er, was er stattdessen gebraucht hätte:

»...und es war kein Arzt, der mal gesagt hat: ›Dann kommen Sie in zwei Monaten wieder und wir schauen.‹ [...] Denen [fehlt] einfach das Verständnis für mensch/männliche Integrität, [...] wo dann jemand sagt: ›Ich verstehe aber, dass Ihnen das nahe geht.‹«

Er schildert auch mehrere konkrete Szenen, in denen er sich in seiner Sorge nicht ernst genommen gefühlt hat: Ein Arzt habe zum Beispiel mitten im Gespräch nebenbei etwas zu einem Kollegen herübergerufen: »Und ich so: Hallo? Wir reden gerade darüber, ob ich nochmal Sex haben werde oder nicht!«, so Patrick. Ein anderer Arzt habe ihm erzählt, dass er durch einen Sturz beim Fußball jetzt immer noch eine spürbare Narbe an der Lippe hätte und daher Patricks Bedenken über die bleibende, ertastbare und auch sichtbare Narbe nach dem Penisbruch verstehen könne. Patrick fühlt sich erneut nicht gesehen und denkt: »Ich halte gerade davon 'ne Rede, kann ich sexuell aktiv sein in der Zukunft und wie funktioniert das und: Ja! Ich hätte liebend gern 'ne Narbe, ich nehm zwei, in der Lippe, [...] das wär mir viel lieber!« In einer wiederum anderen Situation, einer Art offenen Sprechstunde in der Urologie-Station einer Klinik, habe sein Gegenüber am Ende des längeren und vertraulichen Gespräches lachend gesagt, dass ja eigentlich niemand diese Sprechstunden-Schichten machen wollen würde, aber letztlich würden ja dann doch manchmal »spannende Sachen« passieren, womit er Patricks Penisbruch meinte. »Und ich hab mir gedacht, naja, hätte er zwei Sätze vorher Schluss gemacht, wär es [das Gespräch, M.R.] viel besser gewesen«, resümiert Patrick frustriert.

Eine ähnliche Situation schildert auch Nathan: Nachdem er – nach einigen Fehldiagnosen – von einem Urologen schließlich erfuhr, dass er einen Hodentumor hat und ihm eine Amputation bevorsteht, wird er ins Krankenhaus überwiesen, wo nochmals ein Ultraschall gemacht wird. Dabei habe der behandelnde Arzt über das Ultraschallbild des Tumors immer wieder gesagt: »Oh, das kann man hier wunderschön sehen, so schön kann man das sehen!« Nathan beschreibt die Gleichzeitigkeit zwischen der Freude des Arztes über die deutliche Sichtbarkeit des Tumors auf dem Ultraschallbild und seiner eigenen, letztlich ja lebensbedrohlichen Lage in dem Moment als »einfach nur absurd«. Er lacht sarkastisch und sagt: »Ich werde diesen Satz nie vergessen (...): ›So schön kann man das sehen!‹«

Solch eine Lehrbuch-Situation in einem ganz anderen Ausmaß musste auch Alberto erleben, nachdem ihm wegen eines Peniskarzinoms der Penis amputiert wurde:

»Sie müssen sich vorstellen, kurz nach der OP liege ich im Bett und dann haben Sie hier überall Schläuche und alles. Dann kommt der Oberarzt mit sieben Schwestern oder sieben Arzthelfern, reißt die Decke auf (macht nach) und dann werden Sie da präsentiert wie so ein Versuchskaninchen.«

In diesem Moment hätten außerdem noch weitere Patient*innen im Zimmer gelegen. Ohne Vorwarnung und ohne eine Abschirmung durch einen Vorhang oder ähnliches sei der Arzt mit den ihm völlig unbekannten, vermutlich angehenden Mediziner*innen hereingekommen, »alle mit weißem Kittel und Stift«. Alberto vermutet, dass der Arzt die Gelegenheit nutzen wollte, weil eine Penisamputation recht selten ist:

»Und dann sagt er: ›Ja, gucken Sie da, da haben wir das gemacht, dies gemacht, das gemacht.‹ [...] Und dann wird noch da geguckt, dann kommt der nächste, dann fummelt der da rum, der guckt sich *das* an und der guckt sich *das* an: ›Ja, ich hätte das jetzt so gemacht, was würden Sie machen?‹.«

Alberto sei sich vorgekommen wie in einer »Fernsehsendung«.

»Ja, was fühlen Sie da? [...] Wo ist da die Intimität oder die Privatsphäre von einem Menschen, wenn das so ist? Ich weiß nicht, was der Oberarzt da gedacht hat in dem Moment. [...] Sowas will ich nicht. Ich bin ein Mensch, ich habe eine Privatsphäre und er hätte mich ja fragen können!«

Als wir zum Ende des Interviews nochmals auf diese Erfahrung im Krankenhaus zu sprechen kommen, vergleicht Alberto sie mit Albträumen, in denen »man denkt, man liegt/man läuft nackt auf die Straße und alle gucken einen an«. Er sagt nicht explizit, dass er diese Albträume tatsächlich hat, aber er versucht darüber sein Gefühl zu beschreiben: »Es nagt schon noch immer. [...] Das ist einfach, man muss sich vorstellen, man läuft durch die Fußgängerzone und man weiß, man ist anders wie alle hundert Männer hier.« Dadurch bringt er die schamvolle Erfahrung im Krankenhaus, das Gefühl, anders, beobachtet und ausgeliefert zu sein, mit dem Gefühl zusammen, das er aufgrund der Amputation auch jetzt im Alltag verspürt.

Wegen einer schweren depressiven Phase nach der Penisamputation ist Alberto schließlich auch zu einer Psychotherapeutin gegangen. Darüber berichtet er:

»Sie hat mir da wirklich nicht weiterhelfen können und, sie hat zwar immer gesagt: ›Ja, vergleichen Sie das mit 'nem Bild, hängen Sie es irgendwo an die Wand,

gucken Sie es sich an und dann ist gut.« Ähm, ja, es hat mir wirklich nicht weitergeholfen. [...] Es war in dem Moment vielleicht Hilfe, aber, ähm, das liegt ja alles viel tiefer verwurzelt.«

Letztlich hätte die Therapeutin nach sechs Monaten »resigniert«, denn »dieses Thema« sei auch für sie »Neuland« gewesen. Alberto erinnert sich, dass es mit dem Arzt in einer der Reha-Kliniken ähnlich war:

»Naja, dann hat man wieder Vorsprache gehabt beim Arzt, ja, wo es fehlt und was ich hab. Und der Arzt war in meinen Augen, muss ich sagen, genauso überfordert wie der in [Name einer Stadt]. Und, ja, die haben so einen Fall nicht gehabt und der hat mir nicht weiterhelfen können. Ja, und dann hat er gesagt: ›Machen Sie sich eine schöne Zeit! Machen Sie Anwendungen!‹«

Weitere Beispiele für Situationen, in denen die Interaktion mit ärztlichem Fachpersonal als unempathisch oder mindestens etwas verstörend wahrgenommen wurde, erzählt Jonas, der mit Anfang 20 an Hodenkrebs erkrankt war. Nach der – ebenfalls etwas verschleppten – Diagnose wurde er vor der dringenden Operation noch einmal für ein paar Tage nach Hause geschickt.

»Das ging alles furchtbar schnell. Was noch sehr seltsam war, war, dass [...] als sie mich nach Hause geschickt haben, haben sie noch gesagt: ›Ach, und bring bitte 'ne Spermaprobe mit!‹ Das ist natürlich was, was irgendwie (lacht), das ist schon, keine Ahnung, das macht man nicht gern (lacht).«

Durch diese Probe habe sich herausgestellt: »Da ist eigentlich nichts mehr in dem Sperma, was man irgendwie großartig verwenden könnte.« Die Erkenntnis über seine Infertilität wurde ihm »mehr oder weniger so nebenbei« mitgeteilt. Auch die Tatsache, dass es sich bei seinem Hodentumor um eine *nicht* lebensbedrohliche Art handelt, kam beiläufig:

»Das war so zwei Tage nach der Operation, ähm, hat mir der Arzt so abends auf'm Gang, so: ›Ach, Herr [Name], hab da noch was für Sie!‹ (lacht), ähm, tatsächlich, ähm, dann die Nachricht überbracht, dass das der weniger gefährlichere ist. [...] Aber bis dahin war das halt 'ne ganz große Frage. Und das ist dann ja auch entscheidend für die Chemotherapie, wie krass die wird, also nicht nur die, die unmittelbare Lebensgefahr, sondern auch tatsächlich dann die, einfach, wie krass ist der Weg, den man dann weitergehen muss.«

Als »eine total absurde Situation« beschreibt Jonas außerdem die Erfahrung, dass er als 20-jähriger von einer Pflegerin, die er als »sehr jung, blond, attraktiv, in Uni-

form« beschreibt, vor und nach der Operation versorgt wurde. Dies beinhaltete die Rasur seines Intimbereiches sowie das Versorgen der Wunden im Nachhinein.

»Und das musste sie allein machen mit mir zusammen im Raum. Also das fand ich schon erstaunlich und auch, ähm, eine ziemliche Challenge als Patient, der dann da so liegt und in so einer ganz komischen, auch ein bisschen entwürdigenden Situation daliegt. Also das hat ja dann doch immer irgendwie auch was Sexuelles an sich.«

Jonas erinnert sich an diese Situation rückblickend mit einem etwas belustigten Verständnis. Doch wird daraus, ebenso wie aus den vorangegangenen Beispielen, deutlich, dass das medizinische Fachpersonal Entscheidungen trifft und auf eine Weise kommuniziert, die der Situation der Patienten nicht angemessen sind.

Eine weitere sehr unangenehme Situation schildert Nathan, als ich ihn frage, ob es Angebote für eine psychologische Beratung nach der Hodenkrebsdiagnose gegeben habe. Er berichtet, dass es in der Onkologie im behandelnden Krankenhaus einen Psychologen gab, er aber in dieser frühen Phase »das nicht gebraucht«, »keine Energie« dafür gehabt hätte. Außerdem meint er: »Und als ich den Typ gesehen habe (lacht): ›Nee, nicht mit Ihnen!‹« Zusätzlich habe es eine Sexualberaterin gegeben, die Nathan »superschrecklich« gefunden hätte: »So eine Art Tante, 60 Jahre alt, kurze weiße Haare, so richtig so, hippiemäßig und so, bäh! Und sie ist zu den Leuten gekommen immer so: ›Darf ich mit Ihnen reden?‹« Nathan fand die gesamte Situation sehr unangebracht: Alle Chemotherapie-Patient*innen hätten wartend in einem großen Saal gesessen, während die Sexualberaterin herumgegangen sei.

»Und ich dachte: Oh Gott, bloß kommen Sie nicht auf mich zu! Und dann eines Tages kommt sie doch auf mich zu und ich bin da mit meiner Mutter [...] : ›Ich bin die Sexualpädagogin (er äfft die Beraterin nach) und ich wollte fragen, wie es Ihnen geht? Und ich so: ›Super. Richtig gut.‹ (lacht genervt) Und sie so: ›Und der Sexualität, wie geht's ihr?‹ Und ich so: (macht ein Kotzgeräusch, lacht, macht sie weiter nach:) ›Es ist sehr wichtig, Sex zu haben während der Chemotherapie, auch wenn man Schwierigkeiten hat, kann man sich berühren, man kann sich küssen.‹ Und ich so (laut): ›Ohgottohgottohgott!‹«

Er fände es gut, dass es Hilfe gibt, aber es sei doch eine Frage, wie man diese anbiete:

»Erstmal, dass es nicht in der Öffentlichkeit stattfindet, in so einem Saal, wo alle dasitzen und so. (...) Dann, ich hätte schon gern vielleicht lieber mit einem Mann geredet. Und nicht mit einer 60-jährigen Frau. Ganz einfach. Also, ich weiß nicht, wie wäre es so für eine junge Frau, wenn ein 60-jähriger Mann kommt und über Sexualität spr/? Also es ist (...) unmöglich.«

Hinzugekommen sei, dass »alles super heterosexuell orientiert« und sie »irgendwie das einzige schwule Paar« gewesen seien. Und obwohl sein Partner jede Woche einmal zu Besuch (angereist) war, sei Nathan angesprochen worden: »Und die Freundin? Wie geht's der Freundin?« (macht nach, lacht).«

Ein weiteres Muster, dass sich in mehreren der Interviews findet, ist die Erfahrung, in die konkreten Entscheidungen, die die Behandlung betreffen, nicht einbezogen oder schlecht informiert zu werden. Nathan ist vor seiner Hodenamputation nicht gefragt worden, ob er sich ein Hodenimplantat wünscht. In anderen Ländern, so berichtet er, sei es üblich, »sofort bei der Entfernung vom Hoden auch so ein Implantat reinzuschieben«. Alberto hingegen ist im Nachhinein unglücklich über die genaue Stelle seines neuen, künstlichen Harnausgangs: Dieser liegt recht weit unten, sodass es auch mithilfe einer Penisprothese nicht möglich ist, im Stehen zu urinieren: »Wenn sie den Ausgang oben gemacht hätten, dann hätte man ja irgendwie einen Schlauch machen können oder so.« Diese Vermutung wird schließlich auch von der Epithetikerin bestätigt: Unter den jetzigen anatomischen Umständen sei eine Prothese mit Urinierfunktion nicht möglich. Alberto leidet außerdem unter den Auswirkungen der vielen Lymphknotenentnahmen. Der Wassertransport innerhalb des Körpers funktioniert nicht mehr gut, es kommt immer wieder zu starken Wasserstauungen im Oberkörper oder in den Beinen, er kann nicht mehr lange Stehen oder in der Sonne liegen, hat Schmerzen und muss dauerhaft spezielle Kompressionsstrumpfhosen tragen.

»Es ist schon eine große Einschränkung, aber das wird mir auch immer nur Stück für Stück bewusst. [...] Da wird man ja auch nicht aufgeklärt, was das ist. Da heißt es: ›Ja, die Lymphknoten müssen raus, die sind befallen‹, dann macht man einen CT und MRT, und alles, was gelb leuchtet, muss wegoperiert werden. [...] Und dann fühlt man sich halt ein bisschen, ja, im Stich gelassen, muss ich sagen.«

Neben all diesen Schilderungen, in denen meine Interviewpartner sich nicht gut behandelt gefühlt haben, betonen sie aber meist auch, wenn das Gegenteil der Fall war. Patrick, der sich in der Sorge um seinen Penisbruch von den verschiedenen Ärzten »einfach nicht verstanden« gefühlt hat, betont, dass es eine Ärztin war, die als einzige verstanden hätte, was er braucht: das Gefühl, ernst genommen zu werden, und das Wissen, dass das Bestmögliche für die Heilung versucht wird. Auch später im Gespräch fasst er nochmals zusammen: »Und die empathischste Person war halt diese Frau.«

Obwohl Alberto die entwürdigende Lehrbuch-Situation nach der OP erleben musste und er sich teils auch vom medizinischen Fachpersonal »im Stich gelassen« fühlt, sei er insgesamt »sehr zufrieden« gewesen und betont dabei insbesondere die Arbeit der »Pfleger« und »Schwestern«. Auch der Urologe, zu dem er so lange nicht gegangen war, sei jetzt »ein Arzt meines Vertrauens geworden. Ich komme

mit dem gut klar, ich kann mit dem reden und er kümmert sich um mich, da gehe ich gerne hin.« Auch Jonas meint, dass

»die Pflegerinnen und Pfleger [...] sich da sehr, sehr bewusst [waren], in was für einer Lage die Leute stecken. [...] Im Vergleich zu wie ein Krankenhausbetrieb dann 20 Jahre später funktioniert, hatte ich schon auch das Gefühl, dass die ganz schön viel Zeit haben, sich um die Leute zu kümmern. Und auch da zu sein.«

1.2 Schlaglicht 2: »Und es ist einfach nicht weggegangen, ein paar Wochen lang.«

Im Schlaglicht II 2.1 ging es darum, dass es durch das Zögern der Betroffenen häufig zu sehr späten Diagnosen und Behandlungen kommt. In diesem Schlaglicht wird deutlich werden, dass verzögerte Diagnosen auch an Fehleinschätzungen des medizinischen Fachpersonals liegen können. Jonas war ungefähr 20, als er gemerkt hat, dass mit seinem Hoden »irgendetwas nicht in Ordnung ist, [...] der hat sich nicht normal angefühlt«. Dass auch er nicht sofort zum Arzt gegangen ist, erklärt er sich einerseits damit, dass er »in einer Familie groß geworden [ist], in der man jetzt nicht so übermäßig viel über seine gesundheitlichen Probleme spricht, und jetzt auch nicht immer sofort zum Arzt rennt und so«. Andererseits sei es »ein etwas unangenehmes Thema. [...] Und deswegen hab ich das halt weggeschoben, so, wie man das so macht.« Kurz darauf war er zur Musterung im Bundeswehrkrankenhaus, allerdings ist der Tumor auch dort

»nicht entdeckt worden, also es ist ertastet worden und es ist nicht entdeckt worden. [...] Und das ärgert mich natürlich im Nachhinein, aber auf der anderen Seite, wie gesagt, ich wusste ja selber, dass irgendwas nicht in Ordnung ist, insofern, da hätte man auch etwas tun können.«

Später hat Jonas erfahren, dass die Musterung eigentlich *die* Situation ist, in der Hodenkrebstumore am häufigsten diagnostiziert werden (bzw. wurden). Als sein Hoden dann merklich entzündet war, sei er doch zum Hausarzt gegangen, der ihn an einen Urologen überwiesen und dieser ihn wiederum sofort zu eben jenem Bundeswehrkrankenhaus geschickt hätte: »Eines der Krankenhäuser [...], die sich am besten damit auskennen, aus den genannten Gründen.«

Dass noch weitere Faktoren zu verspäteten Diagnosen führen, zeigen die Schilderungen von Nathan. Da er »immer ständig was im Körper« habe, sei auch er erst einige Wochen, nachdem sein Hoden geschwollen und schmerhaft gewesen sei, zum Arzt gegangen. Diesen Besuch schildert er so: »Und dann kommt ein junger schwuler Patient zum Arzt und, ähm, der Arzt ist auch schwul und der ganze Kon-

text ist schwul und er hat gesagt: »Ach, das ist eine Nebenwirkung von Chlamydi en.« Der Test auf Chlamydi en sei tatsächlich positiv gewesen und Nathan wurde ein Antibiotikum verschrieben. Da der Hoden weiterhin geschwollen blieb, ging er ein zweites Mal zu dem Arzt. Ein zweiter Test auf Chlamydi en war negativ:

»Und er hat gesagt: ›Ja, das ist wahrscheinlich noch eine Nebenwirkung, weil wahrscheinlich haben Sie noch eine Nebenhodenentzündung [...] und Sie müssen weiter Antibiotikum nehmen.‹ [...] Einen ganzen Monat lang hab ich Antibiotikum genommen. Und ich so: ›Ey, sollen wir nicht/soll ich nicht zum Urologen gehen?‹ Und der Arzt: ›Nein, Urologen sind‹, pass, pass auf (hebt den Finger): ›Idioten! Und sie können eh nichts tun.‹ Zitat!«

Nathan ist einige Wochen später doch zum Urologen gegangen, der ihn wiederum zum Radiologen überwies: »Und dann kam eine super, super abstrakte Beschreibung von dem, was ich habe: ›Man sieht da einen Prozess und gleichzeitig eine Entzündung.‹ Und dann kriegt das der Urologe und sagt: ›Ich verstehe das nicht, die Diagnose.‹ Der Urologe sagte allerdings, es fühle sich wie ein Tumor an und er solle den Ultraschall in einem Monat wiederholen. Schließlich suchte Nathan noch einen anderen Urologen auf:

»Er hat es angefasst, hat mir in die Augen geguckt, hat gesagt: ›Scheiße.‹ (...) Dann hat er sofort einen Ultraschall gemacht und nach 20 Sekunden hat er gesagt: ›Es tut mir leid, Herr [Name], Sie haben einen Tumor.‹ (...) So schnell ging es. Aber nach dieser ganzen, öh-äh, und dieser Idiot, ähm, Arzt aus [Ort], das war/(seufzt).«

Zwischen seinem ersten Arztbesuch und der Diagnose lagen letztlich zwei Monate. Nathan sei daraufhin direkt ins Krankenhaus gefahren, um einen Termin für eine Operation zu machen. In seiner weiteren Erzählung überspringt er zunächst die Operation und berichtet stattdessen, dass es bei der Bewertung der Biopsie, die zusammen mit der Amputation des von Krebszellen befallenen Hodens am Gewebe des anderen Hodens vorgenommen wurde, erneut zu Fehldiagnosen kam: Eine Metastase war von einem Radiologen übersehen und erst von einem weiteren entdeckt worden: »Das sind so Sachen, da denkt man, das kann doch nicht wahr sein!« Statt einer geplanten prophylaktischen Chemotherapie musste Nathan also doch drei Zyklen Chemotherapie machen. Der Radiologe habe sich später entschuldigt, aber »es ist crazy, was alles passieren kann«, sagt Nathan leise und klingt ernüchtert. An einer anderen Stelle frage ich, ob er etwas anders machen würde, wenn er noch einmal durch das Ganze durchmüsste, und Nathan meint ohne lange nachzudenken, dass er dann klarere und schnellere Antworten von den Ärztinnen und Ärzten verlangen würde.

1.3 Zusammenföhrung: *the unproblematic ›normal‹ male*

Diese beiden Schlaglichter stehen am Übergang zwischen den Teilen SCHWEIGEN UND REDEN und REDEN UND FÜHLEN. Auch im urologischen SPRECHzimmer geht es – das machen die Materialausschnitte deutlich – wieder um Besprechbarkeitsgrenzen, die sich an dieser Stelle hauptsächlich in unangemessener Kommunikation auszudrücken scheinen: Patricks Schilderungen der Reaktionen der Ärzte auf seinen Penisbruch wirken empathielos und nahezu unbeholfen; die Art und Weise, wie der Arzt die Sichtbarkeit von Nathans Hodentumor im Ultraschallbild kommentiert, kann bestenfalls als taktlos beschrieben werden; die Situation, in der sich Alberto direkt nach der Operation wiederfand, war entwürdigend und respektlos und Jonas bekam essenzielle (und für ihn existentielle) Informationen über seinen Hodentumor sowie über seine Infertilität »im Vorbeigehen« gesagt. Dies mag durchaus die persönlichen Erfahrungen vieler Menschen mit Ärztinnen und Ärzten widerspiegeln. Dass es im Falle meiner Interviewpartner aber nicht nur als Marotte abgeklärter Mediziner*innen abgetan werden kann, sondern auch als vergeschlechtlichte Arzt-Patient-Situation verstanden werden muss, lege ich im Folgenden dar. Unter der Zwischenüberschrift »Unwissen und Stereotype« ordne ich auch das zweite Schlaglicht ein. Für ein tieferes Verständnis ziehe ich abschließend die Figur des *unproblematic ›normal‹ male* heran.

1.3.1 Besprechbarkeitsgrenzen im Sprechzimmer: Das Arzt-Patienten-Verhältnis

Ähnlich wie die Interviewsituationen versteh ich auch das Gespräch zwischen medizinischem Fachpersonal und Patient*in als vergeschlechtlichte und vergeschlechtlichende Interaktion. Zu den Besonderheiten des Verhältnisses zwischen Arzt/Ärztin und Patient*in ist in der Gesundheitsforschung und der kritischen Medizinforschung viel publiziert worden. Bei Koch-Gromus und Kreß (2012: 1081) heißt es: »Reflexionen über das Arzt-Patient-Verhältnis sind vermutlich ebenso alt wie die Medizin selbst.« Dabei liegt der Fokus beispielsweise auf der Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte (Krones und Richter 2008), auf dem ökonomischen Druck im Gesundheitswesen (Büntzel et al. 2018), auf Bürokratie und Verwaltung, der Perspektivendifferenz, dem Sterben, schwierigen Gesprächssituationen, Vertrauen und auch auf Kooperation, Kommunikation, Macht- und Wissenshierarchien (Begenau et al. 2010). Bär (2009: 82) zitiert in ihrer Dissertation »Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Arztgesprächs in der hausärztlichen Praxis« verschiedene Studien, die zeigen, dass die Berichte der Patient*innen im Schnitt schon nach 19 Sekunden durch Fragen oder Diagnosevermutungen unterbrochen werden. So könne weder Vertrauen aufgebaut werden noch die für eine gute Behandlung nötige Anamnese stattfinden, weshalb es oft zu vorschnellen

(Fehl-)Diagnosen komme. In all diesen Studien, Debatten und Aushandlungen um das sogenannte Arzt-Patienten-Verhältnis, so meine Beobachtung, war und ist aber die Dimension Geschlecht wenig explizit fokussiert worden.

Dem gegenüber steht eine stetige Zunahme an Publikationen im Bereich der geschlechtersensiblen Medizin (auch Gendermedizin genannt), die sich historisch aus der internationalen Frauengesundheitsbewegung der 1960er und 70er Jahre entwickelt hat (Oertelt-Prigione und Hiltner 2019: 742). Daher lag der Fokus der geschlechtersensiblen Medizin ab den 1990er Jahren zunächst verstärkt auf der Frauengesundheit, wodurch sich »progressiv ein Gleichgewicht in der Beforschung beider Geschlechter etabliert hat« (ebd.). Diese neuen Erkenntnisse und Datenlagen führten dazu, dass umso mehr Vergleiche zwischen den (beiden) Geschlechtern erforscht wurden und werden – beispielsweise in Bezug auf Krankheitsbilder, Risikofaktoren oder Medikamentenwirkung.¹ Begriffe wie *Gender Health Gap* oder *Gender Data Gap* versuchen die Kluft zu beschreiben, die durch vor allem statistische Vergleiche sichtbar wird. So wird Männern und Frauen zum Beispiel ein unterschiedliches Gesundheits- und Vorsorgeverhalten attestiert, woraus wiederum eine Reihe an wissenschaftlicher und weniger wissenschaftlicher Literatur zum männlichen Patienten als »Vorsorgemuffel« entstanden ist. Dies und weitere Faktoren führten außerdem zu einer geringeren Lebenserwartung und höheren Übersterblichkeit von Männern (Wehner et al. 2015: 33f.) und Forderungen nach »männerspezifischer Gesundheitsforschung und -förderung« (ebd.: 35) werden laut.² Gleichzeitig wird eine Männergesundheitsforschung, die »den Mann als Problemfall im Visier« (Meuser 2009: 157) hat und einen »Defizitdiskurs« (ebd.: 159) über ihn produziert, auch kritisiert.

Wehner et al. (2015:35) meinen, das Gesundheitshandeln von Patient*innen stelle ein »doing health« als eine Form des Doing Gender dar, d.h. ein prozesshaftes Herstellen von Geschlecht durch ein bestimmtes Gesundheitshandeln. Es ist dabei aber zu einseitig gedacht, nur die Patient*innen in den Fokus zu nehmen. Sieverding und Kendel (2012: 1122) machen deutlich, dass sowohl das Verhalten von Patient*innen als auch das vom medizinischen Fachpersonal von »Geschlechtsrollenerwartungen und -stereotypen beeinflusst wird«, und sie fordern daher, Geschlechteraspekte in die medizinische Ausbildung fest zu implementieren. Die Historikerin Hall (1991: 5) bemerkte Anfang der 1990er Jahre, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patientin sowohl soziologisch als auch historisch bereits gut erforscht und diskutiert wurde, insbesondere in Bezug auf die Gynäkologie und die Psychiatrie. Demgegenüber fokussiere ich im folgenden Autor*innen und Studien, die explizit das bisher weniger besprochene Arzt(!)-Patienten(!)-Verhältnis in den Blick nehmen. Interessant sind

¹ Für eine Erörterung des dichotomen Verständnisses von *sex* und *gender* in der geschlechtersensiblen Medizin siehe: Oertelt-Prigione und Hiltner (2019).

² Siehe für einen differenzierten und kritischen Überblick auch: Dinges und Weigl (2011).

vor allem die Ausführungen, die dabei auf das urologische Sprechzimmer als *gendered situation* schauen.

Oliffe und Thorne (2007: 150f.) zählen im Rahmen ihrer Studie zur Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Prostatakrebspatienten auf, welche Anforderungen hegemonialer Männlichkeit quer zu einem verantwortungsvollen Gesundheitshandeln liegen, und verknüpfen dies direkt mit der Situation zwischen Arzt und Patient: »Asking for help, admitting weakness, and being vulnerable, fearful, and disoriented are all common patient experiences that dislocate many dominant ideals of masculinity, especially when visible to other men.« Dazu zitieren die Autoren Studien, die belegen, dass Patienten gegenüber männlichem Fachpersonal weniger reden und verschlossener sind als gegenüber weiblichem (ebd.: 150). Analysen des Verhaltens von Mediziner*innen wiederum ergaben korrespondierend dazu, dass männliches Fachpersonal weniger psychosoziale Fragen stellt, weniger emotionsfokussierte Gespräche führt und insgesamt kürzere Beratungszeiten als ihre weiblichen Kolleginnen aufweist (ebd.). In einem Sammelband zu psychosomatischer Urologie und Gynäkologie bringen Berberich und Rösing (2016: 199) die Situation so auf den Punkt:

»Im Sprech(!)zimmer sitzt auf der anderen Seite des Schreibtisches meistens ebenfalls ein männlicher Urologe (mit der gleichen Sozialisation wie sein Patient), der häufig ganz froh ist, wenn sein Patient keine Gefühlsthemen anspricht, weil auch er nur schwer damit umgehen kann.«

Das Schweigen werde umso größer, meint wiederum Hall (1991: 4), wenn es um Sexualität und mögliche Probleme gehe, zum Beispiel nach einer Prostatektomie oder durch die Nebenwirkungen von Medikamenten. Die Interaktion zwischen Arzt und Patient konkret in Bezug auf Erektionsschwankungen und deren medikamentöse Behandlung beschreibt die Sexualpsychologin Tiefer (in Friedman 2003: 295) – etwas lapidar – so:

»Urologists are men. They know men don't want to talk about their relationships, or make any embarrassing disclosures. So the urologist tells the patient: >You don't have to, because your sexual problem isn't your fault. You don't have a technique problem. You have a vascular problem in your penis. And I can fix that.«

Hall (1991: 5) sieht das Gespräch zwischen Arzt und Patient auch als eine Situation, in der »male power and medical power« aufeinanderprallten und sich dabei negativ aufeinander auswirkten (»[they] impinge upon one another«). Es handele sich um eine »dominance/submission dynamic« (ebd.: 6), weshalb Ärzte im Umgang mit

weiblichen/passiven/nicht dominanten Patient*innen souveräner seien.³ Oliffe und Thorne (2007: 150) meinen abschließend, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient sowohl einzigartig (»unique«) als auch atypisch in Bezug darauf sei, wie Männer normalerweise miteinander interagierten und kommunizierten.

Auch hier wird also deutlich, wie sich die Besprechbarkeitsgrenzen je nach Setting, Positionierung der Gesprächsteilnehmenden, Situation und Thema verschieben. Im urologischen Sprechzimmer kommen Faktoren zusammen, die die Hürden, die Schwellen der Besprechbarkeit so hoch werden lassen, dass wichtige Dinge nicht angesprochen werden, dass sich – von beiden Seiten – mit scherhaften Bemerkungen (unbeholfen) beholfen wird, dass sich die Betroffenen ggf. nicht ernst genommen fühlen.

1.3.2 Unwissen und Stereotype

Neben der besonderen Situation des Arzt-Patient-Gespräches ermöglicht mein empirisches Material noch weitere Verdichtungen: Es kam oft zu verspäteten und/oder Fehldiagnosen, die nicht (nur) in der Zögerlichkeit oder Scham meiner Interviewpartner bzw. im Nicht-zum-Arzt-Gehen der Patienten begründet liegen.

Nathan wurde von dem Urologen, der den Tumor letztlich diagnostizierte, auf das Projekt »Zweitmeinung Hodentumor« aufmerksam gemacht. Dieses Netzwerk soll im Falle einer Hodenkrebsdiagnose (bzw. einer Vermutung) das Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung vereinfachen. Das Projekt bezieht sich auf verschiedene Studien, deren Erkenntnisse die Erforderlichkeit eines Zweitmeinungsnetzwerks verdeutlichen: Zum einen bestehe »bei der Behandlung von Keimzelltumore [...] in Deutschland eine Differenz zwischen tatsächlicher Mortalität und der bei adäquater Umsetzung des Therapiestandards zu erwartenden Mortalität« (ZM Hodentumor o.J.). Zum anderen sei diese Rate im internationalen Vergleich in Deutschland signifikant höher. Als Grund wird vor allem die geringe Fallzahl von Hodenkrebs genannt, denn eine »ausreichende Behandlungserfahrung« der jeweiligen Mediziner*innen (das hieße mindestens 20 Patient*innen pro Jahr) sei einer der wichtigsten Prognosefaktoren bei Hodenkrebs (ebd.). Da es sich bei Hodenkrebs aber um eine vergleichsweise seltene Diagnose handelt, hätten viele Ärztinnen und Ärzte wenig Erfahrung und auch zu wenig Fachwissen.

Eindrücklich schildert dies auch Lukas Brock, der seine Erfahrungen mit einer Hodenkrebskrankung über den Blog *mindfulsurvivor* teilt. Aufgrund andauernder Erschöpfung war er zum Arzt gegangen, eine Routineuntersuchung inklusive der

3 Als ein zuverlässiger Indikator dafür, welche Räume und Begegnungen von Machtasymmetrien und Demütigung(spotential) durchzogen sind, können verbreitete SM-Phantasien bzw. -Rollen gesehen werden: der Polizist, Richter, Lehrer, Pfarrer, Zuhälter – und eben auch der Doktor bzw. dessen Sprechzimmer.

Tastuntersuchung seiner Hoden ergaben aber zunächst keine Befunde. Er wurde mit der Empfehlung, Vitaminpräparate zu nehmen, nach Hause geschickt. Erst als er Wochen später mit Leisten- und Rückenschmerzen erneut zum Arzt ging, erhielt er die Diagnose. Die Amputation des betroffenen Hodens musste direkt am nächsten Tag stattfinden und eine weitere Operation war nötig, weil der Krebs bereits stark gestreut hatte (Monning 2018).

Zur Verzögerung von Nathans Hodenkrebsdiagnose kam es aber nicht (nur) durch die medizinische Unwissenheit des zuerst aufgesuchten Arztes. Vielmehr ging dieser – Stereotype über schwulen Sex reproduzierend – sofort von sexuell übertragbaren Krankheiten aus und hielt auch bei Widersprüchlichkeiten an dieser Diagnose fest. Zusätzlich riet er Nathan sogar davon ab, zu einem urologischen Facharzt zu gehen.

Ich möchte abschließend zur Erklärung des Phänomens – Fehldiagnosen bei Hodenkrebs, unwissendes, unempathisches Fachpersonal, Besprechbarkeitsgrenzen in Bezug auf den kranken, leidenden Männerkörper – einen weiteren, in der Forschungsliteratur auch unabhängig davon diskutierten Aspekt heranziehen.

1.3.3 Cismännliche Körper als unterkomplexe Norm

Die Medizinhistorikerin Vienne (2006: 222) konstatiert: »[I]m Gegensatz zur ›Frau‹ ist ›der Mann‹ als Wissensobjekt in der Wissenschaftsgeschichte unsichtbar.« Im Bereich der (Reproduktions-)Medizin zeige sich dies daran, dass sich die Gynäkologie bereits im 19. Jahrhundert konstituierte, während sich die Andrologie, die den männlichen Körper als (Reproduktions-)Körper im Fokus hat, erst ab den 1960er Jahren zu etablieren begann. Wöllmann (2005: 140) bemerkt im Artikel »Die Neuerfindung des Männerkörpers«, dass diese frühe Etablierung der Gynäkologie gleichzeitig sowohl den Männerkörper als »unbenannte[s] Zentrum« als auch den Frauenkörper als »zu medikalisierende[s] Andere[s]« hervorbrachte: »Der Männerkörper war – und ist außerhalb der Andrologie – als biologischer Geschlechtskörper kein Thema der Medizin, sondern er ist ihr quasi geschlechtsloser Normkörper, der sich über die Konstitution der Körper ›Anderer‹ definiert(e).« Hier kann mit Meusser (2009: 155) eine wichtige Differenzierung gemacht werden, denn er bemerkt, dass ›die Anderen‹ eben auch ›andere Männer‹ umfassten. Damit verweist er auf Connells Unterscheidung zwischen hegemonialer und untergeordneter Männlichkeit, wobei die »(diskursive) Entkörperlichung des Mannes ein zentrales Element hegemonialer Männlichkeit« (ebd.: 156) sei.

Im Vorwort zum Sammelband *Mann und Medizin* bemerken Brähler und Kupfer (2001: 7), dass es sich bei der titelgebenden Thematik bis heute um einen »vernachlässigte[n] Bereich der medizinpsychologischen, der gesundheitspsychologischen und der medzinsoziologischen Forschung« handelt. Eine Suche nach den Schlagworten »Krankheit und Männer« ergebe in der Datenbank PSYNDEX (1977–1999)

dreimal weniger Ergebnisse als für »Krankheit und Frauen« (ebd.).⁴ Mit der Sexualitätshistorikerin Hall (1991: 1) lässt sich eine weitere Perspektive hinzufügen: Auch das Forschungsinteresse der meisten Historiker*innen in Bezug auf Geschlecht und Sexualitäten gelte eher den Frauen, den »deviant minorities« und Themen wie der ›Hysterie‹ oder der Bewegung zur Geburtenkontrolle. »Unexamined by this trend, and often assumed to be monolithic, unchanging, unproblematic, stands the ›normal male‹«, den Hall (1991: 1f.) daher als eine »unitary and transhistorical figure« bezeichnet.⁵

Hall kann des Weiteren so verstanden werden, dass mit der Konstruktion des männlichen (Geschlechts-)Körpers als Norm die Annahme – gerade in Bezug auf Sexualität – einhergehe, dass es keine Probleme, keine Brüchigkeiten gebe, weshalb diese oftmals ignoriert würden. Hall (1991: 7) führt dazu aus:

»The medical refusal to contemplate male sexual and reproductive disorder with anything like the fervour it brings to gynaecological and obstetric problems is an outstanding example of the general reluctance in society to make explicit the difficulties of the male, in particular when the problem is that of malfunction of specifically masculine attributes.«

Im Gegenzug würden Komplikationen und Probleme als intrinsisch für die sexuellen und reproduktiven Funktionen des weiblichen (bzw. des nicht cismännlichen) Körpers verstanden werden (ebd.: 114). Dass männliche Sexualorgane gemeinhin als weniger komplex und störanfällig gelten, führe zu einem größeren Unwissen (›ignorance‹) darüber, wie sie funktionierten; beispielsweise sei der Spermatogeneseprozess weniger gut erforscht als der Menstruationszyklus (ebd.).⁶

Brähler et al. (2001: 12) sehen einen möglichen Erklärungsansatz für diese *ignorance* im doppelten (deutschen) Sinne – Unwissen und Ignoranz – im Fehlen einer Männer(gesundheits)bewegung, »die quantitativ und qualitativ in ihrem

4 Im Sammelband selbst sollten daher Themen beleuchtet werden, die bisher eher wenig Beachtung bekommen hätten, wie zum Beispiel männliche Infertilität. Zu Penistumoren oder -amputationen findet sich aber auch in diesem Sammelband kein Text.

5 Die Figur des *unproblematic normal male* und »der Mann als Problemfall« der Gesundheitsforschung scheinen sich hier gegenüberzustehen. Vermutlich führt erstere aber in der Praxis zu zweiterem.

6 An dieser Stelle muss aber bemerkt werden, dass dieser ›gut erforschte Frauenkörper‹ vor allem ein gut erforschter Reproduktionskörper war/ist. Das Wissen, das im 18., 19. und 20. Jahrhundert über den ›Frauenkörper‹ produziert wurde, diente hauptsächlich der Konstruktion und der Kontrolle des Anderen; Honegger (1991: 169) spricht auch von einer »weiblichen Sonderanthropologie«. Es war die Errangenschaft der Frauenbewegung, ein eigenes Wissen über weibliche Körper, Sexualität und Lust zu erlangen. Solche feministischen Bestrebungen sind bis heute von Bedeutung, zum Beispiel wenn es um die (Wieder-)Entdeckung der Klitoris oder Forderungen nach einer wissenschaftlichen Erforschung von Endometriose geht.

emanzipatorischen Gehalt mit der Frauenbewegung mithalten könnte«. Die aus der feministischen Bewegung entstandene Frauengesundheitsforschung habe sich zu einem angesehenen wissenschaftlichen Bereich etabliert (ebd., siehe auch Kolip et al. 2004). Für »die Männerrolle« bedeute Krankheit jedoch eine »narzisstische Kränkung«, meinen Brähler und Kupfer (2001: 7). Dies führe auch dazu, dass die wissenschaftliche Beschäftigung damit von Männern, die ja den größeren Anteil der in der Forschung Tätigen darstellen, vermieden wird.

Der Figur des *unproblematic normal male* setzt Hall wiederum ihre eigene Studie *Hidden Anxieties: Male Sexuality 1900–1950* entgegen, auf die ich hier kurz eingehen möchte. Sie basiert auf einer Sammlung von Leser*innenbriefen an Marie Stopes. Diese veröffentlichte in London im Jahr 1918 – auf eigene Kosten, da sich kein Verlag gefunden hatte – das Buch *Married Love: A New Contribution to the Solution of Sex Difficulties*. Es wurde zum Bestseller und viele der Leser*innen wandten sich noch bis zu Stopes' Tod im Jahr 1958 in Form von Briefen mit ihren eigenen Geschichten und Problemen an die Autorin. Während die Reaktionen von Frauen auf das Buch gut erforscht sind,⁷ widmet Hall (1991: 12) sich in *Hidden Anxieties* den Briefen, die von Männern geschrieben wurden – immerhin über 40 Prozent der Einsendungen: »Given the construction of the male in so much of the literature of the period as insensitive, egoistical, clumsy, selfish, the letters constitute a remarkable revelation about the attitudes of men themselves to sexuality and its problems.« Die Männer gaben in ihren Briefen Dinge preis, die sie zuvor mit noch niemanden besprochen hatten, viele schrieben mehr als einmal an Stopes. Hall arbeitet auch sich wiederholende Muster in den Briefen heraus: Die meisten Männer berichten, dass sie mit ihren (sexuellen, partnerschaftlichen) Problemen noch keinen Arzt aufgesucht hätten (ebd.: 141). Viele nennen explizit die Gründe dafür, zum Beispiel konkrete Be- schämungserfahrungen, vom Arzt ausgelacht oder nicht ernst genommen worden zu sein (ebd.: 148ff.). Insgesamt fasst Hall (1991: 12) ihre Auswertung der Leserbriefe an Stopes so zusammen: »The stories they tell open up an undiscovered world of suffering and emotion.«

Ich will nicht behaupten, dass sich seit den von Hall analysierten Leserbriefen nichts geändert hat. Ihre Erkenntnisse lassen mich aber an einige Ausführungen von bell hooks (2005: 5f.) in *The Will to Change: Men, Masculinity and Love* denken; darin schreibt sie:

»The unhappiness of men in relationships, the grief men feel about the failure of love, often goes unnoticed in our society precisely because the patriarchal culture

7 Nicht zuletzt von Stopes selbst: In *Mother England: A Contemporary History; Self-written by Those who Have Had No Historian* (1918) veröffentlichte und besprach sie die Briefe, die sie von Arbeiterinnen erhalten hatte.

really does not care if men are unhappy. [...] We construct a culture where male pain can have no voice, where male hurt cannot be named or healed.«

Mein Argument ist, dass die Erkenntnisse aus meinem Material auch auf diese patriarchale Kultur zurückgeführt werden können. In dieser gilt der cismännliche Körper als unbrüchige Norm und er darf sich – sofern er den Anforderungen einer hegemonialen Männlichkeit entsprechen möchte – nicht als krank oder verletzlich zeigen und als solcher auch nicht besprochen werden. Daraus folgt in Bezug auf den Gegenstand dieses Kapitels ganz konkret auch, dass es keine Praxis, keine Routine gibt, sowohl den eigenen cismännlichen Körper auf Probleme, Abweichungen und Schmerzen zu erfahren und ernst zu nehmen als auch den männlichen Patienten(körper) zu hören, zu bereden und zu erfahren: »[D]octors do not routinely examine men's testicles in the way they do female breasts or cervixes«, so Hall (1991: 7).

Dazu noch einmal ein Blick in mein Material: Als es im Interview mit Nathan um die Brustkrebskrankung seiner Mutter geht und er die »Angelina Jolie OP« erwähnt, frage ich nicht nach, da ich weiß, was damit gemeint ist. Im selben Gespräch sagt Nathan bezüglich seiner Hodenkrebskrankung: »Ich habe mich nie selbst untersucht.« Und es sagt auch etwas über den individuellen, gesellschaftlichen sowie medizinischen Umgang mit dem cismännlichen Geschlechtskörper aus, wenn die Musterung zur allgemeinen Wehrpflicht – also das Nadelöhr, durch das alle cis Männer durchmussten – die Situation ist (bzw. war), in der die häufigsten Hodenkrebsdiagnosen erkannt wurden; weil dort eine Praxis stattfand, die *nur* dort stattfand: das (geschulte, nach Problemen suchende) Ertasten, das Erfühlen der Hoden. Ein Erfühlen aber auch, bei dem es nicht in erster Linie um Fürsorge, um das Wohlbefinden bzw. die persönliche Gesundheit der Männer ging, sondern um die Tauglichkeit und Nutzbarmachung ihrer Körper für den potentiellen Kriegsfall. Und letztlich war Jonas' Hodentumor aber auch dort zwar »ertastet, aber nicht entdeckt« worden. Hodenkrebs erfährt bis heute nicht die gleiche gesellschaftliche und auch mediale Aufmerksamkeit wie beispielsweise Brustkrebs, für den es schon viel länger verschiedene Awareness-Aktionen gibt wie Spendenläufe, die Rosa Schleife oder den Brustkrebsmonat Oktober. Karioris und Allan (2017: 251) illustrieren das eindrücklich an einem weiteren Beispiel: »Even the National Football League (NFL), a bastion of testosterone and macho masculinity wears pink in support of breast cancer awareness. [...] Testicular cancer, however, is far less often and deeply discussed in popular discourse.«

Dies beginnt sich für den deutschen Kontext durch Bemühungen neueren Datums wie der Kampagne #checkdichselbst – Gib Hodenkrebs keine Chance zu ändern (Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e.V.: o.J.). Auch durch die Etablierung der Andrologie wird deutlich, dass die Sichtbarkeit und das Bewusstsein für den cismännlichen Geschlechts- und Reproduktionskörper als potentiell kranken, Sorge

benötigenden Körper im gesellschaftlichen Diskurs zunimmt. Dennoch: Während zumindest in den meisten wissenschaftlichen Büchern zu Männergesundheitsthemen Hoden- und Prostatakrebs thematisiert werden, finden Peniskrebs und -amputationen in den meisten Abhandlungen überhaupt keine Erwähnung.⁸

Meine Interviewpartner waren – in unterschiedlichem Ausmaß – bereit, die Be- sprechbarkeitsgrenzen herabzusetzen, zu *reden* und dabei auch ihre Erfahrungen und Verluste zu *führen*.

8 Ein Beispiel: Im 430 Seiten starken *Praxishandbuch Männergesundheit* (Harth und Bayerl 2012) werden Themen wie beispielsweise Fertilitätsstörungen, Prostatakrebs, erektiler Dysfunktion und auch Hodenkrebs jeweils eigene kurze Unterkapitel gewidmet. Das Peniskarzinom wird im Unterkapitel zu »Dermatosen des männlichen Genitales« in einem sechszeiligen Absatz abgehandelt (siehe Köhn 2012: 213). Penisamputationen werden gar nicht erwähnt.

