



DIVERSITÄT
in der
Medizin

27.05.2025

deutscher Tag der
Diversität

Dimensionen von Vielfalt in der Medizin

Erläuterungen zu Plakaten

In Alltagssprache und leichter Sprache

bvmd



Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
German Medical Students' Association

Dimensionen von Vielfalt in der Medizin

Disclaimer

Wir sind keine ausgesprochenen Expertinnen im Fachgebiet der Diversität und können, trotz großer Mühe, keine Perfektion oder fachliche Fehlerfreiheit garantieren. Uns ist Diversität und Gleichstellung eine Herzensangelegenheit und wir möchten auf die aktuelle Ungerechtigkeit in der modernen Medizin aufmerksam machen. Gleichzeitig sind wir über jegliche Hinweise und Kritik froh. Sollten Ihnen also Fehler auffallen, sprechen Sie uns gerne darauf an. (per Mail an dim@bvmd.de)



Dieses Symbol kennzeichnet die Artikel zu Plakaten in leichter Sprache. Jedes Plakat hat einen Text in leichter Sprache.



DIVERSITÄT in der Medizin

RELIGION &
WELT-
ANSCHAUUNG

KÖRPERLICHE
& GEISTIGE
FÄHIGKEITEN

SEXUELLE
ORIENTIERUNG

SOZIALE
HERKUNFT

PERSÖNLICHKEIT

ALTER

GESCHLECHT &
GESCHLECHTLICHE
IDENTITÄT

ETHNISCHE
HERKUNFT &
NATIONALITÄT

Die Dimensionen von Vielfalt

@charta-der-vielfalt



BVMD_DIM



BVMD.DE/DIM

bvmd



Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
German Medical Students' Association

Impuls

Tag der Diversität

Doch warum ist dieser Wichtig?

Mein Name ist Carina Herrmann und ich bin Teil des Projekts Diversität in der Medizin der BVMD.

Divers bedeutet übersetzt aus dem lateinischen verschieden.

Die Medizin arbeitet oft nach dem Standardpatienten. Dieser ist nach im Überwiegenden Teil des Medizinstudiums 1,75 Männlich, weiß und wiegt ca. 80 kg.

Doch unsere Gesellschaft hat keinen "Standard Menschen" somit kann es auch keinen Standardpatienten geben. Die Unterschiede, egal ob in Alter oder Hautfarbe führen zu verschiedenen Herausforderungen, denen man sich in der Behandlung bewusst sein sollte.

Herausforderungen können nur Patient*innen persönlich in Ihrem Alltag betreffen, beim Zugang zu medizinischen Informationen, bei der Ernährung aber auch beim Zugang zu Kliniken oder Praxen.

Andererseits können diese Herausforderungen aber auch der Grund unterschiedlicher Symptomausprägungen, anderer Physiologischer Merkmale und der Medikamentenwirkung sein.

Die Folgen spüren Patient*innen, meist durch eine falsche Behandlung oder einer langen Odyssee bis zur richtigen Diagnose.

In den letzten Jahren finden immer mehr Geschichten und Berichte den Weg in die Öffentlichkeit und das breite Bewusstsein. Betroffene Sprechen über ihre Erfahrungen und den Krankheitsverlauf.

Immer mehr Studien werden publiziert, welche zeigen, wie wichtig es ist diese Unterschiede anzuerkennen und auch auf diese einzugehen.

Das wohl bekannteste aus den Bereichen der Diversitätsmedizin, die Gendermedizin.

Der Herzinfarkt und seine unterschiedlichen Symptomausprägungen bei Männern und Frauen, hat Einzug in die Lehre gefunden.

Doch Gendermedizin ist nicht nur Medizin für Männer und Frauen. Gender aus dem englischen übersetzt beschreibt das soziale Geschlecht, also in seiner Ausprägung im Gefüge unserer Gesellschaft.

Das biologische Geschlecht, dem auch Mann und Frau zugeordnet werden, beschreibt der englische Begriff "Sex". Doch dies hat nicht nur 2 Dimensionen, sondern ist auch mehrdimensional. Diese Menschen werden als intergeschlechtlich bezeichnet. Auch diese Aspekte fallen unter den Begriff Gender Medizin.

Geschlecht

und Geschlechtliche Identität ist eine von 7 Dimensionen der Diversität, welche Die Charta der Vielfalt benannt hat.

Ethnische Herkunft, Alter, Sexuelle Orientierung, Körperliche und Geistige Fähigkeit, Religion, Weltanschauung und Soziale Herkunft.

Impuls

All diese Aspekte haben Einfluss auf die besonderen Anforderungen oder Unterschiede bei Patient*innen, aber auch auf die behandelnde Person.

Wenn dieses Wissen aber fehlt, kann es zu Diskriminierung kommen – sogar ohne, dass behandelnde Personen es aktiv ausüben. Hier reicht der sprichwörtliche „blinde Fleck“.

Besonders betroffen von diskriminierungs Erfahrungen sind dabei Patient*innen welche sich mehr als nur einer dieser Dimensionen Zugehörig fühlen. Man spricht dann von mehrfacher Marginalisierung. Diese Erfahrungen führen soweit, das Patient*innen Ärzt*innen meiden oder gar nicht mehr zu diesen gehen.

Doch was muss getan werden, um dies zu ändern.

Wissen muss geschaffen werden, es muss weiter geforscht werden und diese Aspekte müssen durch angemessene Lehre ins Bewusstsein von medizinischem Personal gelangen.

Im neuen Lernzielkatalog für medizinstudierende dem NKLM 2.0 sind Genderaspekte fest verankert. Zudem sollen auch Diversitätsaspekte in Querschnittbereichen angesprochen und gelehrt werden.

Dies ist ein großer Fortschritt, doch es gilt weiterhin diese Aspekte als Grundbaustein in der Lehre zu verankern.

Dies alles mit dem Ziel, eine möglichst gute Behandlung für alle Patient*innen zu erzielen.

Unsere Plakat Aktion am Tag der Diversität soll diesen Aspekten Aufmerksamkeit schenken. Wir berichten über Tatsachen und über Lücken im System, aus dem Alltag von Patient*innen.

Aufmerksamkeit wecken und über et was Berichten ist in unseren Augen, der erste Schritt um et was ändern zu können.

Wir als Studierenden Vereinigung der BVMD möchten gemeinsam mit den Lehrenden und Verantwortlichen die Lehre verändern hin zu einer Lehre welche die Diversität unserer Gesellschaft mitdenkt. Denn eine gute Medizin ist eine die gerecht ist, Chancengerecht für Alle.

Dies ist die erste Aktion, welche wir als das Projekt Diversität in der Medizin, kurz Dim, national ausrichten. Insgesamt werden die Plakate an 6 Unis in ganz Deutschland ausgestellt.

Und wir hoffen, dass unser Projekt noch weiter wächst, wir mehr Menschen dafür begeistern können. Denn umso mehr wir sind, um so mehr Menschen können wir auch erreichen. Habt ihr auch Interesse euch zu beteiligen, dann kommt doch am 17.06. zum Info Call.

Alle Infos findet ihr auf Insta.

Wir wünschen uns, dass auch in Zukunft Diversität einen festen Bestandteil in der Lehre findet. Vor allem aber auch, dass das theoretische Wissen in der klinischen Praxis geübt wird.

Wir stehen heute hier, weil es uns wichtig ist, für unsere zukünftigen Patient*innen.

Impuls

Wir wissen, dass es viel Arbeit mit sich bringt eine Veränderung zu schaffen. Wir finden es den Patient*innen nur gerecht gegenüber, dafür einzustehen, dass Alle die bestmögliche Behandlung bekommen.

Wir träumen von einem Gesundheitssystem, in dem keine Person Angst vor diskriminierenden Erfahrung haben muss, niemand sich nicht gesehen oder abgelehnt fühlt.

Ein System, was für alle gemacht ist und vor allem auch mit allen.

Enden möchte ich nicht eine Zitat aus dem Buch „ungleich behandelt“ von Sabine Schwachenwalde.

Sie Zitiert Edwin Greeve. Dieser ist mehrfach marginalisiert, Politiker und Aktivist.

„Zugang darf nicht vom Glück oder vom persönlichen Umfeld abhängig sein. Damit wir das, was wir haben solidarisch teilen und das was uns fehlt, gemeinsam erschaffen und für alle zugänglich machen!“

Wer sind wir?

Wir sind das bundesweite Studierendenprojekt „Diversität in der Medizin“ (kurz DiM) der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) und setzen uns für eine diversitätssensible und diskriminierungskritische medizinische Ausbildung ein.

Eine Gruppe von Studierenden aus ganz Deutschland, welche für mehr Gerechtigkeit in der Medizin einsteht.

Die Lokalgruppen sind an folgenden verschiedenen

Unsere Aktion:

Kommenden Dienstag am 27.05. findet der 13. deutsche Tag der Diversität statt.

Hierzu möchten wir von der Organisation Diversität in der Medizin durch eine Plakataktion auf Diversitätsaspekte in der Medizin

Die Charta der Vielfalt hat 7 Dimensionen der Diversität aufgestellt.

Jeder Dimension haben wir ein Plakat gewidmet, auf dem wir aufzeigen welche Problematik, beziehungsweise Herausforderung, Patient*innen

Wir zeigen auf, wie fatal es ist Diversitätsaspekte zu ignorieren und auch in Zukunft nicht einheitlich zu Lehren.

Durch eine Aktion Aufklärung zu schaffen und zu informieren ist der erste Schritt zu einer vielfältigen Medizin.

Unser Projekt steht ein für eine gerechte Medizin, welche für alle Menschen einsteht und die Stimme erhebt für marginalisierte Patient*innen.

In den folgenden Städten haben Lokalgruppen dieses Jahr an der Plakataktion teilgenommen.

Wir würden uns freuen, falls sich noch mehr Lokalgruppen bilden und wir in Zukunft noch mehr Menschen mit unserer Aktion erreichen können!



ethnische Herkunft Nationalität

Mamma Mia! Here we don't go again!

Denn Mamma Mia ist nicht nur ein Film sondern bezeichnet als „Mamma Mia Syndrom“, auch „Morbus Mediterraneus“ genannt, eine „vermeintlich übersteigerte Schmerz Wahrnehmung ohne medizinischen Grund bei Menschen mit Migrationshintergrund. Folge: unzureichende Schmerzbehandlung bis hin zu Fehldiagnosen, besonders bei Menschen mit schwarzer Hautfarbe oder asiatischem Aussehen [1]

[1] Rassismusmonitor 2023. Rassismus und seine Symptome

Thema gibts hier:



ethnische Herkunft & Nationalität



Manche Menschen erleben Vorurteile wegen ihrer Herkunft oder Nationalität.

Im Krankenhaus gibt es Begriffe wie „Morbus Mediterraneus“ oder „Mamma-Mia-Syndrom“. Diese Begriffe bedeuten, dass manche Menschen als besonders empfindlich oder wehleidig angesehen werden. Besonders Frauen mit Migrationsgeschichte sind davon betroffen.

Schmerzen von schwarzen, asiatischen oder muslimischen Frauen werden oft nicht ernst genommen. Je stärker die Person von Rassismus betroffen ist, desto größer sind die Vorurteile.

Das Deutsche Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung hat 21.000 Menschen befragt. Jede dritte Person hat schon die Arztpraxis oder Klinik gewechselt. Der Grund war, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden. Manche Menschen gehen aus Angst vor Diskriminierung gar nicht mehr zum Arzt.

Das führt zu Problemen wie falschen Diagnosen oder zu wenig Schmerzmitteln. Eine Sprachbarriere kann das Problem verstärken. Symptome und Schmerzen können dann nicht gut erklärt werden.

Eine gute Gesundheitsversorgung sollte für alle Menschen gleich sein. Herkunft oder Nationalität dürfen keine Rolle spielen.

Dolmetscher*innen könnten helfen, Sprachprobleme zu lösen. Vorurteile müssen erkannt und hinterfragt werden.

Es gibt auch andere Probleme. Schwarze Frauen werden oft hypersexualisiert. Muslimischen Frauen wird ihre Sexualität abgesprochen.

In der Medizin gibt es oft zu wenig Wissen über andere ethnische Gruppen. Zum Beispiel ist es schwer, Hautkrankheiten auf schwarzer Haut zu erkennen.

Fortbildungen und die Einbindung in die ärztliche Ausbildung können helfen. Eine Medizin ohne Diskriminierung ist wichtig und notwendig.

Das Gesundheitssystem muss seine Schwächen erkennen. Es muss gegen rassistische Vorurteile handeln.

Das geht durch:

- Ausbildung,
- Aufklärung,
- echte Vielfalt in der Praxis.

Jeder Mensch hat das Recht, gehört und ernst genommen zu werden. Das gilt für alle, egal welche Sprache, Herkunft oder Hautfarbe sie haben.

men zu werden. Das gilt für alle, egal welche Sprache, Herkunft oder Hautfarbe sie haben.

ethnische Herkunft & Nationalität



Ethnische Herkun. und Na2onalität

„Morbus Mediterraneus“ oder „Mamma-Mia-Syndrom“

„Die jammert nur.“ „Jetzt sein Sie mal nicht so empfindlich!“ „Das ist ein Ausländer, bei dem darf man das nicht so ernst nehmen.“ Alles Sätze, die so oder so ähnlich im Krankenhaus aufgeschnappt werden können und die alle auf einem pseudomedizinischen Krankheitsbild beruhen: „Morbus Mediterraneus“ oder auch „Mamma-Mia-Syndrom“ genannt.

Tatsächlich **diagnos2ziert** wird diese vermeintlich „Krankheit“ zwar nicht mehr, die daraus hervorgegangenen Vorurteile existieren allerdings immer noch. Diese Vorurteile umfassen besonders die Annahme, Menschen mit Migra2onsgeschichte häRen eine übersteigerte Schmerzwahrnehmung, seien also besonders wehleidig. Schmerzäu2ßerungen werden also nicht ernst genommen, besonders bei schwarzen, asia2schen und muslimischen Frauen. Das liegt daran, dass das Phänomen alle rassis2sch markierten Bevölkerungsgruppen betriX – und dabei insbesondere auch Frauen. Je stärker rassis2sch markiert, desto ausgeprägter die rassis2schen Vorurteile.

Die Folgen sind weitreichender als man zunächst vermuten könnte. Das Deutsche Zentrum für Integra2ons- und Migra2onsforschung hat zu dem Thema 21.000 Menschen mit Migra2onsgeschichte befragt. Laut dem **„NaDiRa Monitoringbericht 2023: Rassismus und seine Symptome“** vom November 2023 hat etwa jede driRe befragte Person bereits eine Arztpraxis oder Klinik gewechselt, weil sie sich mit ihren Beschwerden nicht ernst genommen fühlte. Viel zu o., wird aus Angst vor Diskriminierung gar keine ärztliche Hilfe mehr aufgesucht. Und wenn doch, dann kann es immer noch zu unzureichender SchmerzmiRelmedika2on bis hin zu Fehldiagnosen kommen.

Eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielt hierbei auch o.mals die Sprachbarriere, durch die Symptome und Schmerzen nicht ausreichend geäu2bert werden können. Auch hier besteht noch großer Verbesserungsbedarf, denn eine gute Gesundheitsversorgung sollte unabhängig von ethnischer Herkun. und Na2onalität gewährleistet sein.

Möglich wäre das beispielsweise durch den Einsatz von Dolmetscher*innen, vor allem jedoch über das Thema2sieren von Vorurteilen, sodass diese als solche erkannt und hinterfragt werden können. Hier geht es auch nicht nur um die hohe Schmerzempfindlichkeit, besonders schwarze Frauen werden o. hypersexualisiert, während muslimischen Frauen ihre Sexualität abgesprochen wird.

Au2erdem gibt es nach wie vor in der Medizin zu viel Unwissen andere ethnische Gruppen betreffend, zum Beispiel was die Erkennung von Hautkrankheiten auf schwarzer Haut angeht. Hier wären Fortbildungen und besonders das Einbeziehen in die ärztliche Ausbildung mögliche Lösungsansätze.



Religion und Weltanschauung

Derzeit sind **ca. 67.000 Frauen in Deutschland von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM)** akut betroffen. Weltweit geht man von **230 Millionen Frauen und Mädchen** aus.

Die Betroffenen leiden an chronischen Schmerzen im Bereich der Vulva, wiederkehrende Vagina- und Harnwegsinfektionen, einem erhöhten Risiko für HIV-Infektionen und schweren psychischen Traumata. In Deutschland kann das Unwissen von medizinischem Fachpersonal über FGM zu Geburtskomplikationen wie Notkaiserschnitten oder schweren Geburtsverletzungen führen. Derzeit ist FGM kein verpflichtender Bestandteil der medizinischen Ausbildung, dadurch sind Mediziner*innen, Hebammen und Pflegekräfte weder dafür sensibilisiert noch in der Lage die Formen der FGM zu erkennen. [1], [2]

[1] <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schuetzen/weibliche-genitalverstuemmung-80720>

[2] https://www.universimed.com/de/article/gynaekologie-geburtshilfe/fgm-female-genital-mutilation-eine-interdisziplaere-herausforderung-2119107?utm_source=chatgpt.com

Thema gibts hier:



BVMD_DIM



BVMD.DE/DIM



DIVERSITÄT
in der
Medizin

bvmd



Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
German Medical Students' Association

Religion & Weltanschauung

Dimensionen von Vielfalt in der Medizin

Religion und Weltanschauung

Derzeit sind **ca. 67.000 Frauen in Deutschland von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM)** akut betroffen. Weltweit geht man von **230 Millionen Frauen und Mädchen** aus.

Die Betroffenen leiden an chronischen Schmerzen im Bereich der Vulva, wiederkehrende Vagina- und Harnwegsinfektionen, einem erhöhten Risiko für HIV-Infektionen und schweren psychischen Traumata. In Deutschland kann das Unwissen von medizinischem Fachpersonal über FGM zu Geburtskomplikationen wie Notkaiserschnitten oder schweren Geburtsverletzungen führen. Derzeit ist FGM kein verpflichtender Bestandteil der medizinischen Ausbildung, dadurch sind Mediziner*innen, Hebammen und Pflegekräfte weder dafür sensibilisiert noch in der Lage die Formen der FGM zu erkennen. [1] [2]

[1] <https://www.bmfjs.de/bmfjs/themen/gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schutz/weibliche-genitalverstuemmelung-80720>
[2] <https://www.univmed.com/de/aktuelle-ereignisse/geburtshilfe/female-genital-mutilation-wie-entdeckt-man-herausfindung-210677>

Thema gibts hier:
Mehr Infos zum



DIVERSITÄT
in der
Medizin

bvmd

BVMD_DIM BVMD/DE/DIM

Die Weibliche Genitalverstümmelung (englisch: female genital mutilation, kurz: FGM) wurde jahrelang euphemistisch als weibliche Bescheidung bezeichnet. Weltweit sind 200 Millionen Mädchen und Frauen betroffen. In Deutschland leben ungefähr 67.000 Opfer von FGM, im Vergleich zu 2017 ist das ein Anstieg von 40 Prozent.

Der Vorgang der FGM beschreibt die teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren weiblichen Genitalien oder andere Verletzungen der weiblichen Genitalien ohne jegliche medizinische Indikation. Die betroffenen Mädchen sind meist unter 15 Jahre alt. [1]

In Somalia sind 98 Prozent der Frauen und Mädchen im Alter von 15 – 49 Jahren Opfer von FGM. Besonders verbreitet ist die Praxis in Nordafrika, aber auch in südostasiatischen Ländern und dem Mittleren Osten. Begründet wird FGM durch soziale Normen und Traditionen. Zusätzlich werden medizinische Mythen herangezogen, beispielsweise, dass „beschnittene“ Vulven hygienischer seien. [4]

In Deutschland gilt die Bedrohung durch Genitalverstümmelung als geschlechterspezifische Verfolgung und wird somit als Fluchtgrund im Asylverfahren anerkannt.

Man unterscheidet dabei unter folgenden vier Formen der weiblichen Genitalverstümmelung:

1. Klitoridektomie: Entfernung der Vorhaut mit der ganzen oder einem Teil der Klitoris.
2. Exzision: Entfernung der Klitoris mit teilweiser oder totaler Entfernung der kleinen Schamlippen.
3. Infibulation: Entfernung der ganzen oder eines Teils der äußeren Genitalien und Verengung oder Verschließung der vaginalen Öffnung
4. andere Formen von medizinisch nicht erforderlicher Verletzung der äußeren und/oder inneren weiblichen Geschlechtsorgane wie zum Beispiel Piercing, Einschnitt oder Einriss der Klitoris. [2]

Die Verstümmelung kann bei Betroffenen zu schwersten körperlichen und Seelischen Schäden führen. Mögliche Kurz- und Langzeitfolgen sind heftige Schmerzen, starker Blutverlust, Schwierigkeiten beim Urinieren, Infektionen, Unfruchtbarkeit, Verlust des Sexuellen Empfindens und erhöhtes Risiko für Totgeburten. [3]

Derzeit ist das Thema der FGM weder Inhalt des Medizinstudiums noch Inhalt für die Ausbildung von Pflegekräften. Das führt dazu, dass medizinisches Personal nicht in der Lage ist die Formen von FGM zu erkennen oder adäquat mit der Thematik umzugehen. Seit 2005 hat die Bundesärztekammer Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach Verstümmelung herausgegeben, diese wurde 2016 aktualisiert. [2]

[1] Weibliche Genitalverstümmelung: Hintergrund und Folgen | Themen | Europäisches Parlament

[2] Weibliche Genitalverstümmelung – BMFSFJ

[3] Weibliche Genitalverstümmelung – DocCheck Flexikon

[4] Beweggründe | frauenrechte.de

Religion & Weltanschauung



Die Genitalverstümmelung bei Frauen (englisch: female genital mutilation, kurz: FGM) nannte man früher oft Beschneidung. Auf der ganzen Welt sind 200 Millionen Mädchen und Frauen betroffen. In Deutschland leben ungefähr 67.000 Opfer von FGM, im Vergleich zu 2017 ist das ein Anstieg von 40 Prozent.

FGM bedeutet, dass Teile oder alle Teile der äußeren Teile des Körpers einer Frau entfernt werden. Es kann auch sein, dass diese Teile verletzt werden. Es gibt keinen Grund für Ärzte, das zu machen. Die Mädchen sind oft jünger als 15 Jahre. [1]

In Somalia sind 98 Prozent der Frauen und Mädchen im Alter von 15 – 49 Jahren Opfer von FGM. Das passiert oft in Nordafrika, aber auch in Ländern in Südostasien und im Nahen Osten. Menschen machen FGM wegen Regeln und alten Gewohnheiten. Auch wird gesagt, dass operierte Körperteile bei Frauen sauberer sind. [4]

In Deutschland sehen Menschen Genitalverstümmelung als Gefahr. Es ist ein Grund, warum Menschen Asyl bekommen können.

Es gibt vier Arten von Eingriffen an den weiblichen Geschlechtsorganen:

1. Klitoridektomie: Die Vorhaut und die Klitoris werden ganz oder teilweise entfernt.
2. Exzision: Die Klitoris und die kleinen Schamlippen werden ganz oder teilweise entfernt.
3. Infibulation: Teile der äußeren Geschlechtsorgane werden entfernt, und die Scheidenöffnung wird enger gemacht oder geschlossen.
4. Andere Eingriffe: Zum Beispiel Piercing, Einschnitt oder Einriss der Klitoris. Diese Eingriffe sind nicht nötig für die Gesundheit. [2]

Die Verstümmelung kann bei Betroffenen zu großen körperlichen und seelischen Schäden führen. Es gibt Folgen für kurze und lange Zeit. Dazu gehören starke Schmerzen, viel Blutverlust, Probleme beim Wasserlassen, Krankheiten, keine Kinder bekommen können, kein Gefühl beim Sex und mehr Risiko für tote Babys. [3]

Jetzt lernen Ärzte und Pflegekräfte nichts über FGM. Das bedeutet, dass Ärzte und Krankenschwestern oft nicht wissen, wie sie FGM erkennen oder damit umgehen sollen. Seit 2005 gibt die Bundesärztekammer Tipps, wie man Patientinnen nach Verstümmelung helfen kann. Im Jahr 2016 hat die Bundesärztekammer die Tipps neu gemacht. [2]

- [1] Weibliche Genitalverstümmelung: Hintergrund und Folgen | Themen | Europäisches Parlament
- [2] Weibliche Genitalverstümmelung – BMFSFJ
- [3] Weibliche Genitalverstümmelung – DocCheck Flexikon
- [4] Beweggründe | frauenrechte.de



Geschlecht und geschlechtliche Identität

Frauen sind doch keine Männer!

In der medizinischen Forschung schon. Cis-Frauen erleben fast doppelt so häufig negative Nebenwirkungen wie cis-Männer, da ein Großteil der Medikamente nie an ihnen getestet worden ist — ungeachtet der physiologischen Unterschiede. [1]

[1] Zucker, I. Prendergast, B.J. Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women. *Biol Sex Differ* 11, 32 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00308-5>

Thema gibts hier:



bvmd

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
German Medical Students' Association



Geschlecht & geschlechtliche Identität



In der medizinischen Forschung schon. Cis-Frauen erleben fast doppelt so häufig negative Nebenwirkungen wie cis-Männer, da ein Großteil der Medikamente nie an ihnen getestet worden ist — ungeachtet der physiologischen Unterschiede wie Gewicht, Muskelmasse, Körperfettanteil, metabolische Enzyme und Plasmaproteine. [1][2] Erst seit 1993 ist es in den USA (seit 2004 in Deutschland) verpflichtend, dass Studien zu Medikamenten Geschlechterunterschiede berücksichtigen und untersuchen — dennoch werden cis-Frauen weiterhin kategorisch benachteiligt, da sie, unter anderem aus Sorgen um ihre Fertilität, oft exkludiert werden. [3][4] Doch selbst wenn cis-Frauen in Studien inkludiert werden, werden die Resultate nicht unbedingt nach Geschlechtern getrennt analysiert, verlieren also ihre Aussagekraft. [5]

Des Weiteren wird die Forschung in Gebieten, die überwiegend spezifisch für cis-Frauen sind, weniger gefördert als die cis-Männer betreffende. So gab eine der größten Einrichtungen zur Forschungsförderung weltweit, die NIH, von 2013 bis 2023 nur 8,8% ihres Gesamtbudgets für Forschung in der Frauengesundheit aus. [6]

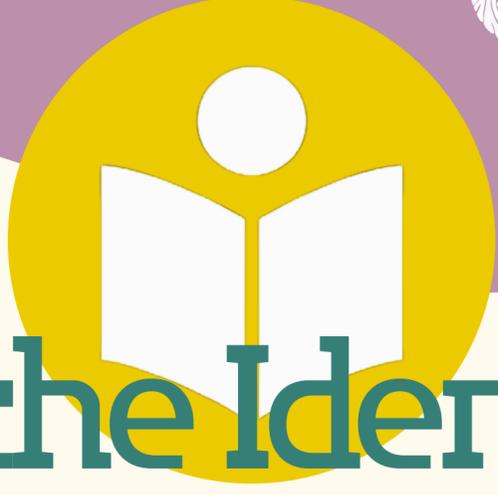
Auch Menschen, die sich auf dem nonbinären/transgender-Spektrum befinden, werden chronisch in klinischen Studien unterrepräsentiert. Im Zeitraum von 2018 bis 2022 enthielten von 141661 publizierten Artikeln, die der FDA (US Food and Drug Administration) gemeldet wurden, nur 0,08% Daten von Teilnehmenden, deren Geschlechtsidentität (gender) sich von deren biologischen Geschlecht/bei Geburt zugewiesenen Geschlecht (sex) unterscheidet. Vor allem, da geschlechtsangleichende Hormontherapie die Absorption, den Metabolismus sowie die Ausscheidung von Medikamenten beeinflussen kann, ist es essentiell, dass trans*- sowie nonbinäre Menschen an diesen Studien teilnehmen können. [7]

Wir sind eine vielfältige Gesellschaft — es ist Zeit, dass sich das in der Medizin und Forschung widerspiegelt.

Quellen:

- [1] Zucker, I., Prendergast, B.J. Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women. *Biol Sex Differ* 11, 32 (2020).
- [2] Liu KA, DiPietro Mager NA. Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications. *Pharmacy Practice* 2016 Jan-Mar;14(1):708.
- [3] Landschek, I. Nur ein kleiner Unterschied?. *Heilberufe* 66, 38-40 (2014).
- [4] Marci D Cottingham, Jill A Fisher. Gendered Logics of Biomedical Research: Women in U.S. Phase I Clinical Trials. *Social Problems*, Volume 69, Issue 2, May 2022, Pages 492-509.
- [5] Annaliese K. Beery, Irving Zucker. Sex bias in neuroscience and biomedical research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Volume 35, Issue 3, 2011, Pages 565-572, ISSN 0149-7634.
- [6] Burke, S. P., Baker Donelson and John F. Kennedy School of Government, Harvard University, Salganicoff, A., et al (2024). A new vision for women's health research: Transformative Change at the National Institutes of Health. https://orwh.od.nih.gov/sites/orwh/files/docs/03-NASEM_508c.pdf
- [7] Walker, L. E., Stackpoole, M., Hodge, D., & FitzGerald, R. Incorporating transgender and nonbinary participants in phase 1 clinical drug trials: Current knowledge gaps and considerations. *British Journal of Clinical Pharmacology* (2024).

Geschlecht & geschlechtliche Identität



Frauen und Männer sind unterschiedlich.

In der medizinischen Forschung wird das oft nicht beachtet.

Cis-Frauen haben fast doppelt so oft Nebenwirkungen wie cis-Männer.

Cis-Frauen sind Frauen, die sich mit ihrem Geburts-geschlecht identifizieren.

Viele Medikamente wurden nicht an Frauen getestet.

Frauen und Männer haben unterschiedliche Körper.

Zum Beispiel Gewicht, Muskelmasse, Körperfett, Enzyme und Proteine.

Seit 1993 müssen Studien in den USA Geschlechterunterschiede beachten.

In Deutschland gilt das seit 2004.

Quellen:

[1] Zucker, I. Prendergast, B.J. Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women. *Biol Sex Differ* 11, 32 (2020).

[2] Liu K.A. DiPietro Mager NA. Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications. *Pharmacy Practice* 2016 Jan-Mar;14(1):708.

[3] Landschek, I. Nur ein kleiner Unterschied?. *Heilberufe* 66, 38_40 (2014).

[4] Marci D Cottingham, Jill A Fisher. Gendered Logics of Biomedical Research: Women in U.S. Phase I Clinical Trials. *Social Problems*. Volume 69, Issue 2, May 2022. Pages 492_509.

[5] Annaliese K. Beery, Irving Zucker. Sex bias in neuroscience and biomedical research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.

Volume 35, Issue 3, 2011, Pages 565–572. ISSN 0149–7634.

[6] Burke, S. P., Baker Donelson and John F. Kennedy School of Government, Harvard University, Salganicoff, A. et al (2024). A new vision for women's health research: Transformative Change at the National Institutes of Health.

https://orwh.od.nih.gov/sites/orwh/files/docs/03-NASEM_508c.pdf

[7] Walker, L. E., Stackpoole, M., Hodge, D., & FitzGerald, R. Incorporating transgender #and nonbinary participants in phase 1 clinical drug trials: Current knowledge gaps and considerations. *British Journal of Clinical Pharmacology* (2024).



soziale Herkunft

Heute Arm, morgen tot

Arme Frauen sterben mehr als vier,
arme Männer mehr als 6 Jahre früher als Menschen,
die mehr Geld zur Verfügung haben

Definition Armut:

"Absolut arm": Grundbedürfnisse können nicht befriedigt werden

"Relativ arm": keine Teilhabe an sozialem, kulturellem und politischem
Leben möglich – weniger als 60% des mittleren Einkommens zum
Leben. [1], [2]

[1] <https://www.diakonie.de/informieren/infothek/wissen-kompakt-armut#:~:text=Wer%20weniger%20als%2060%20Prozent,Armut%20oder%20sozialer%20Ausgrenzung%E2%80%9C%20betroffen.>

[2] <https://www.quarks.de/podcast/arm-oder-reich-was-das-fuer-deine-gesundheit-bedeutet-quarks-daily-spezial/>

Thema gibts hier:



soziale Herkunft



Arme Frauen sterben mehr als vier, arme Männer mehr als sechs Jahre früher, als Menschen, die mehr Geld zur Verfügung haben. Dabei muss unterschieden werden, ob von „absoluter Armut“ oder „relativer Armut“ die Rede ist. Absolute Armut“ bezeichnet dabei die Unfähigkeit die eigenen Grundbedürfnisse zur Lebenserhaltung, wie ausreichend Nahrung, Kleidung, Wohnmöglichkeiten oder gesundheitlicher Versorgung abdecken zu können, wo hingegen „relative Armut“ als weniger als 60% des durchschnittlichen Nettoeinkommens eines Landes definiert ist.

Hier zu Lande ist absolute Armut eher selten, dennoch sind gut 5,5 Millionen Menschen von erheblicher materieller Entbehrung betroffen und das wirkt sich negativ auf den Gesundheitszustand und die Lebensdauer aus, wie eine Studie des RKI von 2021 feststellt.

Erschreckend ist dabei, dass diese vorzeitige Sterblichkeit armer Menschen nicht etwa rückläufig ist, sondern seit 2003 stark gestiegen ist. Auch chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauferkrankungen oder Krebs sind bei Menschen mit niedrigem oder gar keinem Einkommen deutlich häufiger zu beobachten.

Und auch der psychische Allgemeinzustand ärmerer Menschen ist schlechter, ihr Risiko an Infektionskrankheiten wie Tuberkulose oder HIV zu erkranken ist höher und die WHO nennt Magengeschwüre und Bluthochdruck sogar direkte durch Armut verursachte Krankheiten. Die Ursachen dieser gesundheitlichen Ungleichheit sind vielfältig und bedingen sich oft gegenseitig. Wer arm ist, scheint einen ungesünderen Lebensstil zu führen, raucht öfter, bewegt sich weniger und ernährt sich weniger gesund. Grund hierfür könnte mangelnde Aufklärung über einen gesunden Lebensstil sein. Aber auch der Stresspegel durch Lärmbelästigung, ist bei finanziell weniger gut gestellten Menschen höher, da günstigere Wohnungen öfter an viel befahrenen, lauten Straßen liegen. Andererseits scheint schlechte Gesundheit aber auch zu Armut oder noch größerer Armut führen zu können – die WHO spricht hierbei von einem „Teufelskreis aus Armut und schlechter Gesundheit“ [1]. Dabei sind nicht nur Erwachsene von den sozioökonomischen Einflüssen auf unsere Gesundheit betroffen. Schon im Kindesalter ist eine Differenz im Gesundheitszustand von Kindern, die in Armut leben und finanziell besser gestellten Kindern deutlich erkennbar. Erwähnenswert ist dabei, dass jedes siebte Kind in Deutschland von Armut betroffen ist. Auch ihr Gesundheitsverhalten ist im Schnitt schlechter, als das gleichaltriger, besser gestellter Kinder. 44% der Kinder von arbeitslosen Eltern haben Karies, während es bei den Kindern berufstätiger Eltern lediglich 20% sind. Auch nehmen arbeitslose Eltern die Vorsorgeuntersuchungen für ihren Nachwuchs um bis zu 30% weniger wahr, als berufstätige Eltern.

Der sozioökonomische Status hat also einen großen Einfluss auf unsere Gesundheit. Wir wünschen uns ein Gesundheitssystem, das für alle da ist. Wir wünschen uns ein Gesundheitssystem, das hilft, dass wir alle ungeachtet unseres sozialen und finanziellen Status ein möglichst gesundes, glückliches und langes Leben führen können.

Quellen (zuletzt aufgerufen am 24.05.2025):

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/sozialmedizin-armut-bedroht-die-gesundheit-63a9d945-21dc-4212-8af3-0874fd0ad741>

[https://link.springer.com/epdf/10.1007/s00103-024-03862-0?](https://link.springer.com/epdf/10.1007/s00103-024-03862-0?sharing_token=ATsx608FhEKs6gtZjivSw_e4RwIQNchNByi7wbcMAY78j7pl6zG3Xigk3Piy3K)

[sharing_token=ATsx608FhEKs6gtZjivSw_e4RwIQNchNByi7wbcMAY78j7pl6zG3Xigk3Piy3K
mz5meoMISL1GNxKGir1ROjsX7QZbqENMRDpuVWhTBW1FN7ykn7oBcknFNudqN9weHFYkn6Qr
ZQIE7plQytTpcklafBJ5tX6FnPyvYufh4fBo=](https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Sozialer-Status/2025-03-17-Armut-und-Gesundheit.html)

<https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Sozialer-Status/2025-03-17-Armut-und-Gesundheit.html>

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/sozialmedizin-armut-bedroht-die-gesundheit-63a9d945-21dc-4212-8af3-0874fd0ad741>

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/07/PD24_N033_63.html

<https://www.diakonie.de/informieren/infothek/wissen-kompakt-armut#c802>

soziale Herkunft



Arme Frauen sterben mehr als 4 Jahre früher.
 Arme Männer sterben mehr als 6 Jahre früher.
 Das gilt im Vergleich zu Menschen mit mehr Geld.
 Es gibt zwei Arten von Armut.
 Absolute Armut bedeutet, dass Menschen nicht genug Nahrung, Kleidung oder eine Wohnung haben.
 Relative Armut bedeutet, dass Menschen weniger als 60% des durchschnittlichen Einkommens verdienen.
 In Deutschland ist absolute Armut selten.
 Aber 5,5 Millionen Menschen haben große materielle Probleme.
 Das wirkt sich negativ auf die Gesundheit und Lebensdauer aus.
 Eine Studie des RKI von 2021 zeigt das.
 Die Sterblichkeit armer Menschen steigt seit 2003.
 Chronische Krankheiten sind bei Menschen mit wenig oder keinem Einkommen häufiger.
 Das sind zum Beispiel Herz-Kreislauferkrankungen oder Krebs.
 Der psychische Zustand armer Menschen ist schlechter.
 Sie haben ein höheres Risiko für Infektionskrankheiten wie Tuberkulose oder HIV.
 Die WHO nennt Magengeschwüre und Bluthochdruck Krankheiten, die durch Armut entstehen.
 Die Gründe für diese gesundheitlichen Unterschiede sind vielfältig.
 Arme Menschen leben oft ungesünder.
 Sie rauchen mehr, bewegen sich weniger und essen ungesund.
 Das kann an mangelnder Aufklärung über gesunde Lebensweise liegen.
 Stress durch Lärm ist bei armen Menschen höher.
 Günstige Wohnungen liegen oft an lauten Straßen.
 Schlechte Gesundheit kann auch zu Armut führen.
 Die WHO nennt das einen "Teufelskreis aus Armut und schlechter Gesundheit".
 Nicht nur Erwachsene sind betroffen.
 Auch Kinder in Armut haben schlechtere Gesundheitszustände.
 Jedes 7. Kind in Deutschland lebt in Armut.
 Ihr Gesundheitsverhalten ist schlechter als bei wohlhabenden Kindern.
 44% der Kinder von arbeitslosen Eltern haben Karies.
 Bei Kindern von berufstätigen Eltern sind es nur 20%.
 Arbeitslose Eltern nehmen Vorsorgeuntersuchungen für ihre Kinder 30% seltener wahr.
 Der sozioökonomische Status beeinflusst unsere Gesundheit stark.
 Wir wünschen uns ein Gesundheitssystem für alle.
 Es soll helfen, dass alle Menschen gesund und glücklich leben können.

Quellen (zuletzt aufgerufen am 24.05.2025):

[1]: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/sozialmedizin-armut-bedroht-die-gesundheit-63a9d945-21dc-4212-8af3-0874fd0ad741>

[https://link.springer.com/epdf/10.1007/s00103-024-03862-0?](https://link.springer.com/epdf/10.1007/s00103-024-03862-0?sharing_token=ATsx608FnEKs6gtZjivSw_e4RwlQNchNByi7wbcMAY78j7pl6zG3Xigk3Piy3Kzmz5meoMISL1GNxK)

[sharing_token=ATsx608FnEKs6gtZjivSw_e4RwlQNchNByi7wbcMAY78j7pl6zG3Xigk3Piy3Kzmz5meoMISL1GNxK](https://link.springer.com/epdf/10.1007/s00103-024-03862-0?sharing_token=ATsx608FnEKs6gtZjivSw_e4RwlQNchNByi7wbcMAY78j7pl6zG3Xigk3Piy3Kzmz5meoMISL1GNxK)

<https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Sozialer-Status/2025-03-17-Armut-und-Gesundheit.html>

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/sozialmedizin-armut-bedroht-die-gesundheit-63a9d945-21dc-4212-8af3-0874fd0ad741>

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/07/PD24_N033_63.html

<https://www.diakonie.de/informieren/infothek/wissen-kompakt-armut#c802>

Dimensionen von Vielfalt in der Medizin

soziale Herkunft

Heute Arm, morgen tot

Arme Frauen sterben mehr als vier, arme Männer mehr als 6 Jahre früher als Menschen, die mehr Geld zur Verfügung haben

Definition Armut:
 "Absolut arm": Grundbedürfnisse können nicht befriedigt werden
 "Relativ arm": Keine Teilhabe an sozialem, kulturellem und politischem Leben möglich - weniger als 60% des mittleren Einkommens zum Leben [1] [2]

Thema gibt's hier:
 Mehr Infos zum

QR Code

BVMD_DM | BVMD/DE/DM | bvmd

DIVERSITÄT in der Medizin

Sexuelle Orientierung

Warum lässt du dich auf AIDS testen? Bist du etwa schwul?

Die Angst durch Teilnahme an einem HIV Test, Diskriminierung und Stigmatisierung in Bezug auf ihre Homosexualität zu erfahren, führt bei vielen Mitgliedern der queeren Szene nicht nur zu psychischen Belastungszuständen, sondern auch zu einer geringeren Test-Bereitschaft und somit zu einem erhöhten gesundheitlichem Risiko! [1], [2]

[1] Gibson LP, Blair IV, Bryan AD. The Impact of Ingroup and Outgroup Exclusion on HIV-Risk Cognitions in Sexual Minority Men. *Ann Behav Med.* 2023 Feb 4;57(2):185–191. doi: 10.1093/abm/kaac040. PMID: 35815754. Aus <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35815754/>>

[2] <https://www.aidshilfe.de/de/meldung/studie-diskriminierung-schwuler-maenner-erhoeht-hiv-risiko>

Thema gibts hier:



sexuelle Orientierung



Warum lässt du dich auf Aids testen, bist du etwa schwul? Neben psychischem Stress führt die Angst vor Diskriminierung bei Mitgliedern der queeren Community auch dazu, dass sie sich weniger auf HIV testen lassen und somit ein riskanteres „HIV-Verhalten“ zeigen, was eine Studie von 2022 der „Society of Behavioral Medicine“ belegt. Wer ausgeschlossen wurde beim „Cyberball“-Spielen mit heterosexuellen Männern, zeigte also ein „deutlich negativeres Test-Verhalten – was belegt, dass sich Ausgrenzung negativ auf die HIV-Prävention auswirkt. AIDS und Schwulsein scheinen also untrennbar miteinander verbunden zu sein.

So muss beim Blutspenden noch immer angegeben werden, ob man in den letzten vier Monaten „als Mann mit einem neuen männlichen Partner oder mehr als einem männlichen Partner [Sexualverkehr] hatte“ [1]. Zugegebenermaßen war die Zahl der Neuinfektionen 2023 bei Männern (2236) deutlich höher als bei Frauen (997) [2], aber ungeschützter Geschlechtsverkehr mit neuen Bekanntschaften ist für alle potentiell gefährlich, nicht nur für schwule oder bisexuelle Männer.

Auch lesbische oder bisexuelle Frauen erleben dabei in unserer Gesellschaft regelmäßig Diskriminierung. Auch im Gesundheitswesen.

Es passiert zum Beispiel, dass Ärzt*innen nur unzureichendes Wissen aufweisen, wenn es um Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten zwischen Frauen geht. Auch beim Thema Kinderwunsch von nicht heterosexuellen Paaren weist das im Medizinstudium vermittelte Wissen Lücken auf.

Nicht heterosexuelle Personen sind öfter von Nikotin- oder anderen Substanzen abhängig [3] und leiden öfter an psychischen Erkrankungen, was häufig auch auf Ausgrenzungs- und Diskriminierungserlebnissen zu basieren scheint.

Zu oft müssen nicht heterosexuelle Personen dabei allerdings erleben, dass ihr Gesundheitszustand von Therapeut*innen oder Ärzt*innen mit ihrer sexuellen Orientierung abgetan wird.

Erst seit 1990 definiert die WHO Homosexualität nicht mehr als psychische Erkrankung und auch heute, rund 35 Jahre später, wo Homosexualität in der deutschen Gesellschaft weitestgehend „akzeptiert“ ist, hat das Gesundheitssystem noch einiges zu lernen. Denn es reicht nicht aus, einfach alle gleich zu behandeln.

Wie so oft gilt auch hier der Grundsatz: der gleiche Respekt für alle, aber mit anforderungsspezifischer Behandlung. Dabei sollten wir schon im Medizinstudium die Grundlagen lernen, um später in der Behandlung auch auf die Bedürfnisse von nicht-heterosexuellen Personen adäquat eingehen zu können.

Quellen [zuletzt aufgerufen am 24.05.2025]:

[1] <https://www.blutspendedienst-west.de/magazin/blutspende/richtlinien-zur-spenderzulassung-homosexuelle-maenner-koennen-deutlich-leichter>

[2] <https://de.statista.com/infografik/19977/hiv-neuinfektionen-in-deutschland/>

[3] https://www.queer.de/detail.php?article_id=17471

Weitere: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35815754/>
<https://www.lsvd.de/de/ct/654-Gesundheitliche-Ungleichheiten-sind-Folgen-sozialer-Ungleichheiten>
<https://www.lsvd.de/de/ct/1102-LSBTIQ-im-Gesundheitssystem-und-der-Gesundheitsversorgung>

sexuelle Orientierung

Warum lässt du dich auf Aids testen?

Bist du schwul?

Die Angst vor Diskriminierung macht es schwer.

Das betrifft viele Menschen aus der queeren Community.

Sie lassen sich weniger auf HIV testen.

Das zeigt eine Studie von 2022.

Die Studie ist von der Society of Behavioral Medicine.

Die Menschen zeigen ein riskanteres Verhalten.

Das hat negative Folgen für die HIV-Prävention.

Aids und Schwulsein sind oft verbunden.

Beim Blutspenden muss man Angaben machen.

Man muss sagen, ob man in den letzten vier Monaten Sex mit einem neuen männlichen Partner hatte.

Das gilt für Männer.

Die Zahl der Neuinfektionen ist 2023 bei Männern höher.

Es gab 2236 Neuinfektionen bei Männern.

Bei Frauen waren es 997.

Das zeigt eine Statistik.

Ungeschützter Geschlechtsverkehr ist für alle gefährlich.

Das gilt nicht nur für schwule oder bisexuelle Männer.

Lesbische oder bisexuelle Frauen erleben auch Diskriminierung.

Das passiert oft in der Gesellschaft.

Im Gesundheitswesen gibt es auch Probleme.

Ärzt*innen haben oft zu wenig Wissen.

Das betrifft die Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten zwischen Frauen.

Es gibt auch Lücken beim Thema Kinderwunsch.

Das betrifft nicht heterosexuelle Paare.

Nicht heterosexuelle Personen sind öfter abhängig von Nikotin oder anderen Substanzen.

Sie leiden auch öfter an psychischen Erkrankungen.

Das hängt oft mit Diskriminierung zusammen.

Zu oft wird der Gesundheitszustand von Ärzt*innen abgetan.

Das passiert wegen der sexuellen Orientierung.

Die WHO hat Homosexualität 1990 nicht mehr als psychische Erkrankung definiert.

Heute, 35 Jahre später, gibt es noch viel zu lernen.

Das Gesundheitssystem muss sich verbessern.

Es reicht nicht, alle gleich zu behandeln.

Wir brauchen respektvolle und spezifische Behandlungen.

Im Medizinstudium sollten wir die Grundlagen lernen.

So können wir besser auf die Bedürfnisse von nicht-heterosexuellen Personen eingehen.

Quellen [zuletzt aufgerufen am 24.05.2025]:

[1] <https://www.blutspendedienst-west.de/magazin/blutspende/richtlinien-zur-spenderzulassung-homosexuelle-maenner-koennen-deutlich-leichter>

[2] <https://de.statista.com/infografik/19977/hiv-neuinfektionen-in-deutschland/>

[3] https://www.queer.de/detail.php?article_id=17471

Weitere: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35815754/>
<https://www.isv.de/de/ct/654-Gesundheitliche-Ungleichheiten-sind-Folgen-sozialer-Ungleichheiten>

<https://www.isv.de/de/ct/1102-LSBTIQ-im-Gesundheitssystem-und-der-Gesundheitsversorgung>



Körperliche und geistige Fähigkeiten

“Die Triage war ein sozialdarwinistischer Schlag ins Gesicht von behinderten Personen”

–Steven Solbrig, Künstler*in

Während der Pandemie war die Überlegung, Beatmungsplätze nach einem Punktesystem zu vergeben, Medizin nach dem Prinzip “Survival of the fittest.” Ein Kriterium: Lebensqualität vor der Covid Erkrankung, mit der Frage –können Menschen ohne Hilfe im Alltag Leben? Nach diesem System würde eine Person mit Behinderung, welche auf Hilfe angewiesen ist, weniger Punkte erhalten. Die Annahme dahinter, ein Leben von einem Menschen, welcher auf Hilfe angewiesen ist, sei weniger Lebenswert.

[1] Schwachenwalde, Sabine (2024). UNGLEICH BEHANDELT (1. Auflage). Goldmann.

Thema gibts hier:



Körperliche & geistige Fähigkeiten



Die Triage: Triage bedeutet aus dem Französischen übersetzt "Sichtung und Auswahl".

Das Prinzip der Triage dient dazu, in dringlichen Situationen die Reihenfolge der Behandlung von Patient*innen festzulegen – mit dem Ziel, dass alle die bestmögliche Behandlung erhalten.

Diese erste Einordnung bezeichnet man als Triage. In Notaufnahmen gehört dieses Vorgehen zum Alltag. Patient*innen werden dabei anderen in der Behandlung vorgezogen, wenn deren Behandlung dringlicher ist und die anderen dadurch keinen medizinischen Nachteil erfahren. Anders als bei einem Massenansturm an Verletzten beruht das Konzept hierbei darauf, dass alle behandelt werden können. Wenn die Behandlungsressourcen knapp werden kann dieses Konzept auch dafür genutzt werden, vorhandene Ressourcen zu verteilen.

Während der Corona-Pandemie wurde eine Beschwerde gegen die Verfassung erhoben. Sie sahen die Gefahr, dass Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungen und Vorerkrankungen im Falle einer Triage benachteiligt seien und sahen ihr Recht auf Leben verletzt [1]. Nach den Empfehlungen zur Triage bei intensivmedizinischer Ressourcenknappheit im Katastrophenfall¹ werden Menschen, welche auf Hilfe im Alltag angewiesen sind, einem schlechteren Score und einer schlechteren Prognose zugewiesen. [2] Nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes hat der Staat den Auftrag, Menschen vor einer Benachteiligung aufgrund ihrer Behinderung zu schützen – diese Handlungspflicht sahen die Beschwerde Erhebenden in Gefahr. Im Fall der Triage würden Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen bei der Zuteilung überlebenswichtiger intensivmedizinischer Ressourcen benachteiligt. Der Senat des Bundesverfassungsgerichts hat die Beschwerde als begründet erachtet. Der Staat ist also verpflichtet, Vorkehrungen zu treffen, um Menschen mit Behinderung in einer solchen Situation zu schützen. [3] Das Infektionsschutzgesetz wurde daraufhin im November 2022 geändert. [4]

[1] <https://www.deutschlandfunk.de/intensivmedizin-triage-bundesverfassungsgericht-menschen-mit-behinderung-100.html>. (zuletzt besucht: 26.05.2025, 14:33)

[2] https://www.uk-augsburg.de/fileadmin/Daten/Zentrale-Einrichtungen/UKA_2020_KEK_Triage_Stand_201118_Hinweis_Gesetzneu_221205_final.pdf. (zuletzt besucht: 26.05.2025, 14:37)

[3] <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2021/bvg21-109.html>. (zuletzt besucht: 26.05.2025, 14:37)

[4] <https://www.deutschlandfunk.de/intensivmedizin-triage-bundesverfassungsgericht-menschen-mit-behinderung-100.html>. (zuletzt besucht: 26.05.2025, 14:56)

Körperliche & geistige Fähigkeiten



Die Triage ist ein Verfahren.

Das Wort Triage kommt aus dem Französischen.

Es bedeutet Sichtung und Auswahl.

Die Triage hilft in dringenden Situationen.

Sie legt die Reihenfolge der Behandlung von Patient*innen fest.

Das Ziel ist, dass alle die beste Behandlung bekommen.

Diese erste Einordnung nennt man Triage.

In Notaufnahmen ist dieses Vorgehen normal.

Patient*innen bekommen Vorrang, wenn ihre Behandlung dringender ist.

Die anderen Patient*innen haben dadurch keinen Nachteil.

Das Konzept geht davon aus, dass alle behandelt werden können.

Wenn die Behandlungsmittel knapp werden, verteilt man die vorhandenen Mittel.

Während der Corona-Pandemie gab es eine Beschwerde gegen die Verfassung.

Die Beschwerdeführer sahen eine Gefahr für Menschen mit Behinderungen.

Sie glaubten, dass diese Menschen im Falle einer Triage benachteiligt werden.

Sie sahen ihr Recht auf Leben verletzt.

Nach den Empfehlungen zur Triage bei Ressourcenknappheit bekommen Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, einen schlechteren Score.

Sie haben eine schlechtere Prognose.

Nach dem Grundgesetz hat der Staat den Auftrag, Menschen mit Behinderungen zu schützen.

Die Beschwerdeführer sahen diese Pflicht in Gefahr.

Im Fall der Triage würden Menschen mit Behinderungen benachteiligt.

Der Senat des Bundesverfassungsgerichts hat die Beschwerde für begründet gehalten.

Der Staat muss Vorkehrungen treffen, um Menschen mit Behinderungen zu schützen.

Das Infektionsschutzgesetz wurde daraufhin im November 2022 geändert.

[1] <https://www.deutschlandfunk.de/intensivmedizin-triage-bundesverfassungsgericht-menschen-mit-behinderung-100.html>. (zuletzt besucht: 26.05.2025, 14:33)

[2] https://www.uk-augsburg.de/fileadmin/Daten/Zentrale-Einrichtungen/UKA_2020_KEK_Triage_Stand_201118_Hinweis_Gesetzneu_221205_final.pdf. (zuletzt besucht: 26.05.2025, 14:37)

[3] <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2021/bvg21-109.html>. (zuletzt besucht:

[4] <https://www.deutschlandfunk.de/intensivmedizin-triage-bundesverfassungsgericht-menschen-mit-behinderung-100.html>. (zuletzt besucht: 26.05.2025, 14:56)

<https://barrierefreies.design/werkzeuge/ki-uebersetzer-in-leichte-sprache>



Alter

Altersrationierung – Wer älter wird muss leiden?

Abwinken statt Empathie,
Medikamente statt Therapie –
im Jahr 2022 war mehr als jeder zweite Suizid in Deutschland ein
Suizid eines Menschen ab 60 Jahren.
Spätestens zur Zeit des demografischen Wandels muss ein
solidarisches, vielfältiges und vorurteilsfreies Altersbild etabliert
werden – besonders im Gesundheitswesen. [1]

[1] Neunter Altersbericht, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2025)

Thema gibts hier:



BVMD_DIM



BVMD.DE/DIM



DIVERSITÄT
in der
Medizin

bvmd



Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
German Medical Students' Association

Alter



Altersdiskriminierung ist die Abwertung einer Person aufgrund ihres chronologischen Alters, wobei dies jüngere sowie ältere Menschen einbezieht. "Ageismus" bezeichnet hierbei die "ungerechtfertigte [...] Beurteilung und Behandlung älterer Menschen aufgrund ihres fortgeschrittenen [...] Alters" [1] und umfasst laut WHO Stereotype, Vorurteile und diskriminierendes Verhalten gegenüber anderen oder sich selbst. Man unterscheidet zwischen verschiedenen Formen des Ageismus: interpersonal, individuell, gesellschaftlich als auch institutionalisiert. [2]

Nicht nur vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird es zunehmend wichtiger, sich dem Thema des Ageismus anzunehmen: da die meisten Studierenden junge Erwachsene sind, möchten wir angehende Ärzt*innen so früh wie möglich sensibilisieren und für Solidarität mit anderen Altersgruppen werben. Ein Anzeichen von strukturellem Ageismus ist die Rationierung von Gesundheitsleistungen, also die Einschränkung von medizinischen Maßnahmen ab einem bestimmten Alter. Auch wenn diese in Deutschland nicht im großen Stil in offiziellen Leitlinien vorgeschrieben wird, existiert dennoch beispielsweise eine medizinisch unbegründete Altersgrenze von 75 Jahren bei Mammographie-Screenings. [3]

Ageismus zeigt sich jedoch auch auf andere Weisen im Gesundheitswesen. Besonders verbreitet sind "ageistische Interaktions- und Kommunikationspraktiken" [4] wie Behandlungspessimismus der Ärzt*innen, fehlendes gerontologisches Fachwissen und paternalistische, nicht Patient*innen-gerechte Kommunikation. Diese Faktoren vergrößern das Risiko für eine medizinisch inkorrekte und menschlich unsensible Behandlung [5]. Es ist bewiesen, dass fehlende Inklusion, geringe Teilhabe oder Kontrolle sich negativ auf die Gesundheit auswirken. [6]

Ageistische Missstände zeigen sich besonders deutlich im psychotherapeutischen Sektor: Psychische Symptome älterer Patient*innen werden häufiger fehldiagnostiziert. Therapeut*innen sind unsicher in der Behandlung und greifen vermehrt zu einer medikamentösen Therapie. 2016 waren "weniger als 5 Prozent der als depressiv diagnostizierten Versicherten [...] über 65 Jahren in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung" [7] – zum Vergleich: bei jungen Erwachsenen waren es 2018 ca. 25–30 Prozent. [8]

Um älteren Menschen die gleichen Behandlungschancen zu ermöglichen und ihnen auf Augenhöhe zu begegnen, müssen internalisierte negative Altersbilder reflektiert und strukturelle Benachteiligung im Gesundheitswesen aufgedeckt werden.

Geht unvoreingenommen auf ältere Patient*innen zu und legt Wert auf ihre individuellen Bedürfnisse. Ermächtigt und unterstützt sie in ihren eigenen Entscheidungen. Ein Mensch ist so viel mehr als sein Alter!

Quelle: Neunter Altersbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2025)

[1]: S. 150; [2]: S. 150f; [3]: S. 163; [4]: S. 163; [5]: S. 163; [6]: S. 148; [7]: S. 163; [8]: S. 163f

Alter



Altersdiskriminierung ist die Abwertung einer Person wegen ihres Alters.
Das betrifft junge und alte Menschen.
Ageismus bedeutet, dass man ältere Menschen ungerecht beurteilt und behandelt.
Das passiert wegen ihres Alters.
Die WHO sagt, dass Ageismus Stereotype, Vorurteile und diskriminierendes Verhalten umfasst.
Es gibt verschiedene Formen von Ageismus.
Man unterscheidet zwischen zwischenmenschlichem, individuellem, gesellschaftlichem und institutionalisiertem Ageismus.
Der demografische Wandel macht das Thema Ageismus wichtiger.
Die meisten Studierenden sind junge Erwachsene.
Wir möchten angehende Ärzt*innen früh sensibilisieren.
Wir wollen Solidarität mit anderen Altersgruppen fördern.
Ein Zeichen von strukturellem Ageismus ist die Rationierung von Gesundheitsleistungen.
Das bedeutet, dass man medizinische Maßnahmen ab einem bestimmten Alter einschränkt.
In Deutschland gibt es keine offiziellen Leitlinien dafür.
Es gibt aber eine unbegründete Altersgrenze von 75 Jahren bei Mammographie-Screenings.
Ageismus zeigt sich im Gesundheitswesen.
Es gibt viele ageistische Praktiken.
Ärzt*innen sind oft pessimistisch bei der Behandlung.
Sie haben oft kein Fachwissen über ältere Menschen.
Die Kommunikation ist oft nicht gut für Patient*innen.

Diese Faktoren erhöhen das Risiko für falsche Behandlungen.
Sie führen auch zu unsensibler Behandlung.
Fehlende Inklusion schadet der Gesundheit.
Geringe Teilhabe und Kontrolle schaden ebenfalls.

Ageistische Probleme sind im psychotherapeutischen Bereich besonders sichtbar.
Ältere Patient*innen bekommen oft falsche Diagnosen.
Therapeut*innen sind unsicher bei der Behandlung.
Sie nutzen häufiger Medikamente.
2016 waren weniger als 5 Prozent der über 65-Jährigen in Therapie.
Bei jungen Erwachsenen waren es 2018 etwa 25–30 Prozent.
Ältere Menschen brauchen die gleichen Chancen bei der Behandlung.
Wir müssen negative Bilder über das Alter überdenken.
Wir müssen die Benachteiligung im Gesundheitswesen erkennen.

Geht offen auf ältere Patient*innen zu.
Fragt nach ihren Bedürfnissen.
Unterstützt sie bei ihren Entscheidungen.
Ein Mensch ist mehr als sein Alter.

Quelle: Neunter Altersbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2025)

[1]: S. 150; [2]: S. 150f; [3]: S. 163; [4]: S. 163; [5]: S. 163; [6]: S. 148; [7]: S. 163; [8]: S. 163f



Mitwirkende

Irma Ederer

Lydia Gaukel

Miriam Hagedorn

Carina Herrmann

Rian Kugler

Svea Weger

Lea Wenke

Mitglieder von Diversität in der Medizin + Medizin

Studierende der Universität Würzburg

Ein Großes Dankeschön an die Koordinierungsstelle Diversität, der Julius Maximilians Universität in Würzburg und dem Koordinierungsstelle Diversität welche uns finanzielle bei Druck und Versenden der Plakate unterstützt hat. Sowie auch deren Leiterin Frau Dr. Isabella Fraas, welche uns bei Fragen wie auch organisatorischem Unterstützt hat.