

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.

Pressemitteilung

Rassismuskritik gehört ins Kerncurriculum – bvmd veröffentlicht rassismuskritische Analyse des NKLM 2.0

Berlin, 15.09.2022

Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin 2.0 (NKLM) soll mit Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung 2025 bundesweit die Inhalte des Kerncurriculums des Medizinstudiums definieren und wird aktuell einem partizipativen Revisionsprozess unterzogen. Das Projekt Medical Students für Antiracist Action (MAA) der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd e.V.), die sich bundesweit zu Rassismus in der medizinischen Praxis und Ausbildung vernetzt, kommt in ihrer heute veröffentlichten Analyse zu dem Schluss, dass der NKLM 2.0 nur unzureichend die Vermittlung von Kompetenzen zum Erkennen und Verhindern von Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung vorsieht. Die unter dem Titel „Rassismuskritik in der humanmedizinischen Ausbildung: Kommentierung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs (NKLM) und Empfehlungen für den Revisionsprozess“ veröffentlichte Arbeit kommentiert den NKLM in Bezug auf die Auseinandersetzung mit Rassismus und Diskriminierung und weist auf Ungenauigkeiten und Leerstellen hin. Ausführliche Argumentationen und wissenschaftliche Referenzen stützen die Schlussfolgerungen und begründen konkreten Vorschläge zur rassismuskritischen Überarbeitung des NKLM.

Der bisherige NKLM 2.0 beinhaltet ein Lernziel, welches vorsieht, dass Medizinstudierende lernen rassistische Diskriminierung zu erkennen und zu beseitigen (Lernziel VIII.6-04.4.13). Die Analyse des NKLM 2.0 zeigt jedoch, dass der Lernzielkatalog selbst durch sprachliche und begriffliche Ungenauigkeit diskriminierende Tendenzen in der Lehre verstärken könnte und wichtige rassismuskritische Kompetenzen und Inhalte an den entsprechenden Stellen im NKLMs noch nicht berücksichtigt werden. Die nun vorgestellte Analyse schlägt die Berücksichtigung von Rassismuskritik im NKLM in Bezug auf neun Themenbereiche vor:

- Historisch geprägtes rassistisches Pseudowissen in der Humanmedizin,
- Entstehung des Rassismus in der Wissenschaft sowie koloniale Verbrechen der Ärzt*innenschaft,
- Relevanz von und Kritik an Diversitätskonzepten in der Medizin
- *Race-conscious medicine*, in Abgrenzung zur vorherrschenden *race-based medicine*,
- Dermatologisches Wissen zu dunklen Hauttypen,
- Rassismus in der Schmerzbehandlung,

Europäische Integration

Famulaturaustausch

Forschungsaustausch

Gesundheitspolitik

Projektwesen

Medizin und Menschenrechte

Medizinische Ausbildung

Training

Public Health

Sexualität und Prävention

Die bvmd ist auf internationaler Ebene Teil der IFMSA- und EMSA-Netzwerke

Medical Students for Antiracist Action (MAA)

E-Mail maa@bvmd.de

bvmd-Geschäftsstelle

Robert-Koch-Platz 7

10115 Berlin

Phone +49 (30) 95590585

Fax +49 (30) 9560020-6

Home bvmd.de

E-Mail verwaltung@bvmd.de

Für die Presse

Emily Troche

E-Mail pr@bvmd.de

Vorstand

Miriam Wawra (Präsidentin)

Melissa Seitz (Externes)

Fabian Landsberg (Internes)

Emily Troche (PR)

Marcel Legler (IT)

Nadja Moser (Internationales)

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in

Deutschland ist ein eingetragener Verein (Vereinsregister Aachen VR 4336). Sitz und Gerichtsstand sind Aachen.

- Ärztliche Macht- und Vorbildfunktionen und ihre Bedeutungen für Rassismuskritik,
- Hierarchien und rassismuskritisches Fehlermanagement,
- Reflexion von implicit bias.

Die konkreten Überarbeitungsvorschläge zu diesen Themenfeldern sollen eine Diskussionseinladung an alle Beteiligten an der laufenden NKLM-Bewertung darstellen. Gerne stehen die bvmd und MAA für einen weiteren Austausch und Rückfragen bereit: pr@bvmd.de / maa@bvmd.de.

Emily Troche

Vizepräsidentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Rassismuskritik in der medizinischen Ausbildung: Kommentierung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs (NKLM) und Empfehlungen für den Revisionsprozess

Ronja Finke, Simon Gerhards, Lena Honerkamp

Kontakt: maa@bvmd.de

**Medical Students for Antiracist
 Action (MAA)**

Autor*innen: Ronja Finke, Simon
 Gerhards, Lena Honerkamp
 E-Mail maa@bvmd.de

bvmd-Geschäftsstelle

Robert-Koch-Platz 7
 10115 Berlin

Phone +49 (30) 95590585
 Fax +49 (30) 9560020-6
 Home bvmd.de
 E-Mail verwaltung@bvmd.de

Für die Presse

Emily Troche
 E-Mail pr@bvmd.de

Vorstand

Miriam Wawra	(Präsidentin)
Melissa Seitz	(Externes)
Fabian Landsberg	(Internes)
Emily Troche	(PR)
Marcel Legler	(IT)
Nadja Moser	(Internationales)

Die Bundesvertretung der
 Medizinstudierenden in
 Deutschland ist ein eingetragener
 Verein (Vereinsregister Aachen
 VR 4336). Sitz und Gerichtsstand
 sind Aachen.

Inhalt

.....

Credits	2
Einleitung	2
1..... Sprache und Begriffswahl im NKLM in Bezug auf Rassismus, Diskriminierung, Diversität.....	3
Gruppenbezeichnungen und Rassismuskritik in der Humanmedizin.....	4
Beispiel 1: VIII.2-03.2.17	6
Beispiel 2: VII.3-03.1.18.....	7
Beispiel 3: VII.3-01.1.10.....	8
Beispiel 4: VIII.4-03.1.3	9
Beispiel 5: VIII.2-05.1.1	10
2.....Inhaltliche Ergänzungen und Überarbeitungen ausgewählter Lernziele des NKLM 2.0	10
2.1. Historisch geprägtes rassistisches Pseudowissen	10
2.2. Medizingeschichte: Sklaverei und Kolonialismus	11
2.3. Wissen über Diversität.....	13
2.4. Unterscheidung von Risikofaktor und Risikomarker	14
2.5. Dermatologisches Wissen über dunkle Hauttypen	15
2.6. Reflexion von Rassismus in der Schmerzbehandlung	16
2.7. Reflexion der eigenen Machtposition	17
2.8. Hierarchische Strukturen und Rassismuskritik	19
2.9. Reflexion von implicit bias	20
Schluss.....	21
Literaturverzeichnis	23

.....

Credits

Diese Arbeit ist im Kontext der Zusammenarbeit der Medical Students for antiracist action (MAA), einem Projekt der bvmd, entstanden. Wir danken unseren Mitstreiter*innen von den MAA (für ihr Lektorat insbesondere Hannah Bender und Imogen Ullrich) und der bvmd für unsere gemeinsamen Lernerfahrungen, kontroverse Diskussionen, kritisches Feedback sowie organisatorische Unterstützung, ohne die diese Arbeit nicht existieren würde. Außerdem möchten wir hervorheben, dass unser Wissen als *weiße* Autor*innen maßgeblich auf der Arbeit von antirassistisch aktiven und marginalisierten Strukturen, Aktivist*innen, Autor*innen und uns inspirierenden Menschen beruht. Ihre Vorträge, Fortbildungen, Publikationen, antirassistischen Irritationen und ermutigende Unterstützung haben den Großteil unserer rassismuskritischen Bildungsarbeit geleistet. Durch sie ist es uns möglich die folgenden Gedanken darzulegen. Ganz besonders möchten wir deshalb dem Bundesfachnetz Gesundheit und Rassismus, Black in medicine, sowie den prägenden Menschen Amani Al-Addous, Amma Yeboah, Anya Leonhard, Caroline Okoli, Houda Hallal, Johannes Tété Séna Davi, Layla F. Saad, Nurcan Akbulut, Salmina Guivala, Saskia Dédé Davi und Shreyasi Bhattacharya danken. Unsere Arbeit wäre ohne ihr Wirken undenkbar.

Einleitung

Laut Lernziel VIII.6-04.4.13 des NKLM 2.0. soll das Medizinstudium die Studierenden in die Lage versetzen selbstständig „Benachteiligungen, Stigmatisierung und Diskriminierung aus rassistischen Gründen oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechtes, der Religion oder Weltanschauung [...] erkennen und das Handeln im Sinne der Verhinderung oder Beseitigung dieser Benachteiligungen ausrichten“ zu können. Somit ist Rassismuskritik als Professionskompetenz im Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) 2.0 festgeschrieben. Vor diesem Hintergrund sind wir *weißen* Autor*innen im Kontext unseres Engagements für die Medical Students for Antiracist Action der Frage nachgegangen, an welchen Stellen im NKLM diese Kompetenz vermittelt wird, und wo diesbezüglich noch Lücken oder Mängel festzustellen sind.

Dieser Text stellt eine Zusammenstellung der Ergebnisse der Auseinandersetzungen mit dem NKLM in seiner Version 2.0, Stand 03/2022, dar. Im ersten Teil erfolgt eine Untersuchung der Sprache und Begriffswahl des NKLM aus rassismuskritischer Perspektive. Der zweite Teil widmet sich inhaltlichen Leerstellen des NKLMs in Bezug auf Rassismus in der Medizin, für die Vorschläge für ergänzende Lernziele oder -aspekte formuliert werden. Für beide Teile werden begründende Argumentationen und wissenschaftliche Referenzen geliefert. Uns ist bewusst, dass die inhaltliche Dichte des Medizinstudiums bereits sehr hoch ist und zusätzliche Lernziele sowohl den Forderungen von Medizinstudierenden zur Fokussierung des Studiums als auch der Idee der Lernziel-Reduktion im Rahmen der NKLM-Überarbeitung widersprechen. Der Wichtigkeit und Multidimensionalität des Themas Rassismus in der Medizin sollte jedoch an ausgewählten Stellen durch die Formulierung expliziter Lernziele oder Ergänzungen Rechnung getragen werden.

Ziel ist es, mit dieser Arbeit einen Beitrag zum kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess des NKLMs in Bezug auf einen wichtigen Themenbereich zu leisten, dem in Deutschland von der medizinischen Ausbildungsforschung und Curriculumsentwicklung bislang wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde (Aikins et al., 2021, S. 144–145). Damit Absolvent*innen des Medizinstudiums fähig sind, der im NKLM (aber auch in grundlegenden Kodizes wie dem Genfer Gelöbnis) festgehaltenen ärztlichen Pflicht zur Verhinderung von rassistischer Diskriminierung in der medizinischen Versorgung nachzukommen, bedarf es einer grundlegend rassismuskritischen Ausrichtung des Medizinstudiums über alle Fachbereiche hinweg. Dazu gehört die Vermittlung rassismuskritischer Denk- und Handlungskompetenzen als Professionskompetenzen im Studium. Die folgenden Vorschläge sollen beispielhaft Wege aufzuzeigen, wie in diesem Sinne Rassismuskritik im Medizinstudium implementiert werden kann und eine Diskus-

sionseinladung darstellen. Gerne stehen MAA und die bvmd für weiteren Austausch mit Verantwortlichen der Curriculumsentwicklung, dem MFT, NKLM-Beauftragten der Fakultäten und Verantwortlichen der jeweiligen Fachbereiche an den Fakultäten zu diesem Thema bereit. An dieser Stelle verweisen wir auch auf das Positionspapier „Interkulturelle Kompetenzen und rassismuskritisches Denken im Medizinstudium“ der bvmd (bvmd, 2019). Wir hoffen, dass wir durch unsere Empfehlungen einen Teil dazu beitragen können, rassismuskritische Veränderungsprozesse in der medizinischen Lehre voranzubringen und würden uns freuen, die Leser*innen als Unterstützer*innen für dieses Vorhaben gewinnen zu können.

1. Sprache und Begriffswahl im NKLM in Bezug auf Rassismus, Diskriminierung, Diversität

Im März 2021 fassten Amutah et al in einer Übersichtsarbeit im New England Journal of Medicine die Einflüsse der medizinischen Lehre auf die Weitergabe von ärztlichen Biases (siehe Kapitel 2.9) zusammen. Einer der Kernaspekte der Publikation ist die Sprache und Begriffswahl in Bezug auf diskriminierungsrelevante Differenzkategorien. Durch inkonsistente und unkritische Begriffsverwendung komme es zu problematischen Assoziationen und diskriminierenden Denkmustern bei Studierenden und ärztlichem Personal. Eine der Empfehlungen für die medizinische Lehre, Wissenschaft und klinische Praxis sei ein kritischer und transparenter Umgang mit Begriffen in Bezug auf die Differenzkategorien *race* und Ethnie, die ungenaue Begriffsverwendungen durch präzisere Konzepte und Definitionen ersetzt (Amutah et al., 2021, S. 876).

Der NKLM in seiner aktuellen Version wird dieser Empfehlung aus unserer Perspektive nicht gerecht. Die im NKLM in Bezug auf Diskriminierung und Diversität meist angeführten Begriffe wie "Migration", "Migrationshintergrund", "Ethnie" oder "Kultur" werden uneinheitlich verwendet und dahinterstehende Differenzkonzepte nicht ausreichend deutlich gemacht. Insbesondere um rassifizierende Zuschreibungen und rassistische Diskriminierung präzise zu beschreiben, sind die bislang gewählten Formulierungen häufig nicht ausreichend.

So geht der NKLM 2.0 an einigen Stellen auf die Einflüsse von Diversität, Interkulturalität und Migration im Gesundheitssystem ein, jedoch ohne die spezifischen Auswirkungen von Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung zu benennen und differenziert in Bezug auf Migration und Interkulturalität darzustellen: Nicht jeder Mensch mit Migrationsgeschichte ist beispielsweise gleichermaßen von Rassismus betroffen und nicht alle von Rassismus betroffenen Menschen haben eine Migrationsgeschichte.

Auch der im NKLM häufig verwendete Begriff *soziokulturelle Diversität* scheint an verschiedenen Stellen auf Problematiken rassistischer Diskriminierung hinweisen zu wollen. Allerdings gibt es weder eine präzise Begriffsdefinition, noch wird an entsprechenden Stellen die Auswirkungen von Diskriminierung auf Gesundheit erwähnt. Soziokulturelle Diversität wird so als ursächliches Problem für ungerechte Gesundheitsversorgung dargestellt, anstatt beispielsweise ungleich verteilte Zugangsbarrieren zu Gesundheitsleistungen sowie die unzureichende Berücksichtigung von Menschen mit rassistischer Diskriminierungserfahrung in der medizinischen Forschung und Praxis als Ursachen von gesundheitlicher Ungleichheit zu betonen.

Auch stellt sich an verschiedenen Stellen die Frage, warum und mit welcher begrifflichen Abgrenzung "sozial", "kulturell", "soziokulturell" und "sozioökonomisch" verwendet werden. Es entsteht auch hier der Eindruck einer uneinheitlichen Begriffsverwendung. Eine konsequentere Verwendung des Konzepts der Social Determinants of Health (SDH) verspricht hierbei größere Eindeutigkeit. Da das Konzept vielfältige soziale Einflussfaktoren berücksichtigt, aber auch die spezifischen Einflüsse von Diskriminierung auf die Gesundheit einschließt, verwendet auch die WHO die SDH der Public-Health-Forschung (Wilkinson & Marmot, 2004). So wird Rassismus zunehmend als soziale Determinante von Gesundheit begriffen (Bailey et al., 2017; Bluthenthal, 2021; Cobbinah & Lewis, 2018; Gee, 2016; Yearby, 2020). Positiv ist hervorzuheben, dass die Kenntnisse um SDHs bereits im Lernziel NKLM 2.0 VII.1a-20.2 benannt werden. Da im NKLM jedoch noch viele verschiedene z.T. partikuläre Konzepte für Diskrimi-

nierung und Zugangshürden im Gesundheitswesen verwendet werden, ist eine Überarbeitung des NKLMs hin zu einer konsequenteren und einheitlicheren Verwendung der SDH – auch in anderen Kapiteln als VII.1a – angezeigt.

Es lässt sich festhalten: Um im Medizinstudium gesellschaftliche Phänomene von struktureller Diskriminierung - beispielsweise aufgrund von Rassismus - begreifbar machen zu können, bedarf es sowohl in der Lehre als auch in den Lernzielen einer exakten Verwendung der Begriffe und einer genauen Prüfung, welche Zusammenhänge und damit Begriffe für welchen inhaltlichen Kontext von Relevanz sind. Vor dem Hintergrund eines in den Anfängen begriffenen wissenschaftlichen Diskurses über Rassismus im deutschen Gesundheitssystem und den häufigen Schwierigkeiten einer Thematisierung im Alltag ist es nachvollziehbar, dass sich eine uneinheitliche Semantik im aktuellen NKLM wiederfindet. Migrationshintergrund, Ethnie, kultureller Hintergrund, Rasse, *race*, genetische Abstammung, Herkunft etc. bezeichnen völlig unterschiedliche Aspekte, wie wir im Folgenden schlaglichtartig weiter ausführen werden. Die Bedeutung der Begriffe muss bei der Wahl für die Lernzielformulierungen berücksichtigt werden, damit der NKLM keine rassistischen Stereotype reproduziert und damit zur Vermittlung von Biases und diskriminierenden Denkschemata in der medizinischen Lehre führt. Nachdem wir zunächst einige zentrale Begriffe, die in Bezug auf Rassismus im medizinischen Kontext verwendet werden, erläutern und voneinander abgrenzen, möchten wir anhand exemplarisch ausgewählter Lernziele verdeutlichen, wie Rassismuskritik im Studium bereits bei der sprachlich präzisen Formulierung von Lernzielen ansetzen kann.

Gruppenbezeichnungen und Rassismuskritik in der Humanmedizin

Der Begriff **Ethnie** wird in Deutschland oftmals als einfacher Ersatz für den Rassebegriff verwendet, ohne dass die mit ihm verbundenen, verschiedenen Bedeutungen beachtet werden. Auf der einen Seite versteht der primordialistische Ethnizitätsbegriff ethnische Gruppen als räumlich abgegrenzte, aus einer je gemeinsamen Tradition schöpfende Gruppen (Chandra, 2012, S. 1). In diesem Sinne werden bei der Bezeichnung von ethnischen Gruppen klare gemeinsame Merkmale der Gruppe herausgestellt, wie etwa gemeinsame Sprachen oder kulturelle Praktiken (Hahn, 2013, 48). Ein konstruktivistisches Verständnis von Ethnizität weist andererseits das Verständnis von Ethnien als starre Gruppen zurück und nimmt die gesellschaftlichen Prozesse, die zur Ausbildung ethnischer Gruppen führen, in den Fokus (Hahn, 2013, 54ff.). Im alltäglichen Sprachgebrauch wird sich jedoch häufig auf das primordialistische Verständnis des Begriffs bezogen (Chandra, 2012; Sökefeld, 2007). Die primordialistische Verwendung des Begriffs *Ethnie* kann zu einer Essentialisierung führen. Dabei werden die Eigenschaften einer Gruppe als wirkliche, substantielle und allgemein geteilte Gemeinsamkeit verstanden (Hahn, 2013, 44 ff.). Dies kann zur Folge haben, dass an sich diverse Gruppen durch den Blick der Bezeichnenden auf homogene Eindrücke reduziert werden – ein Prozess, der in Verbindung mit Hierarchisierungen zwischen ethnischen Gruppen zu Rassismus führen kann (Hahn, 2013).

Wir beobachten im medizinischen Kontext in Deutschland, dass der Begriff *Ethnie* häufig als einfacher Ersatz für den Rassebegriff verwendet wird. Dies könnte unter anderem daran liegen, dass vielen die genaue Begriffsbedeutung von Ethnie nicht klar ist und diesen gleichzeitig nicht so sehr mit negativen Aspekten wie Rassismus assoziieren. Im Kontext der Medizin kann Ethnizität kulturelle und biologische Abstammungslinien grob widerspiegeln, ist aber kein hinreichender Prädiktor für tatsächliche Abstammung und spezifische Genetik (Amutah et al., 2021; Kaplan & Bennett, 2003). Ethnizität ist deshalb nicht geeignet, um beispielsweise pharmakologische Unterschiede zu begründen. Vor diesem Hintergrund empfehlen wir die Verwendung einer Kategorisierung nach Ethnizität für den medizinischen Kontext (und damit für den NKLM) vor allem, wenn diese dazu dient die Auswirkungen der gesellschaftlichen Konstruktion ethnischer Gruppen und der damit häufig verbundenen Diskriminierung abzubilden. Dies ist zum Beispiel relevant zur Sichtbarmachung von rassistischer Diskriminierung, wenn ein kulturalisierendes Rassismusverständnis zugrunde gelegt wird (Balibar & Wallerstein, 2014). Insbesondere sollte bei der Begriffsverwendung der spezifische gesellschaftliche und historische

Kontext berücksichtigt werden, was beispielsweise die Übertragung der *race*/ethnicity Klassifikation des US-Zensus in den deutschen Kontext in Frage stellt. Ein grundsätzliches Ersetzen des Begriffs *Rasse* durch *Ethnie* verkennt in unserer Einschätzung die unterschiedlichen Begriffsbedeutungen und führt zur weiteren Verklärung der zugrundeliegenden Konzepte.

Der Begriff **Rasse** kategorisiert Menschen nach vermeintlich biologischen und physischen Merkmalen, die als Determinanten für psychische und soziale Eigenschaften und Fähigkeiten betrachtet werden und die, da als genetisch festgelegt verstanden, als vorrangig vererbbar und unveränderlich gelten (Sökefeld, 2007, S. 43). Da in humangenetischer Forschung gezeigt werden konnte, dass eine Unterscheidung nach Rassen biologischer Fundierung entbehrt (Borrell et al., 2021; Fischer et al., 2019; Yudell et al., 2016), diese gesellschaftlich konstruierte Unterscheidung aber in Form von Diskriminierung weiterhin Realität ist, bedarf es einer begrifflichen Differenzierung. In der Philosophie und den Sozialwissenschaften wird mit der Begriffsverwendung des englischen Wortes *race* vermehrt die Eigenschaft des Rassekonzepts als Produkt rassistischer Ideologie betont (Lepold & Mateo, 2021, S. 7). Um uns sprachlich von den biologistischen Konnotationen des Rassebegriffs zu distanzieren, werden wir im Folgenden deshalb vorrangig den englischen Begriff *race* benutzen. Nur in Fällen, in denen wir Bezug nehmen auf das historisch begründete Verständnis von Rassen als biologisch differenzierbare Gruppen, verwenden wir den Begriff *Rasse*.

In der Humanmedizin in Deutschland wird der Rassebegriff meist im biologischen Sinne verwendet. Dabei liegt es auf Grund der Begriffsgeschichte im deutschen Kontext nahe, dass der Gebrauch des Begriffs *Rasse* oder assoziierter Gruppenbezeichnungen wie zum Beispiel *Kaukasier*, zu weiteren Verbreitung der fälschlichen Vorstellung von biologisch existenten Unterschieden beiträgt. Die verbreitete Verwendung von *race* als biologisch relevante Unterscheidungskategorie in Vorlesungsfolien konnten Amutah und Kolleg*innen in ihrer Forschung für den US-Kontext zeigen (2021). Uns vorliegende anekdotische Berichte von Medizinstudierenden weisen auf eine vergleichbare Problematik im deutschen Kontext hin.

Nichtsdestotrotz kann die bewusste Verwendung von *race* im medizinischen Kontext durchaus sinnvoll sein, wenn *race* als soziales Konstrukt angesehen wird. So dient die Erhebung von *race*-Kategorien in wissenschaftlichen Studien als Werkzeug zur Sichtbarmachung von rassistischer Diskriminierungserfahrung im Gesundheitswesen (Cerdeña et al., 2020). Auch gibt es Hinweise darauf, dass *race* in einem kausalen Zusammenhang mit der Entstehung mancher Erkrankungen steht, wobei beispielsweise die psychischen und physischen Belastungen durch rassistischen Diskriminierungserfahrungen als zentrale Faktoren angesehen werden (Williams & Mohammed, 2013). Die Zusammenhänge von Rassismus und Gesundheit sind vielfältig und nicht abschließend verstanden. In diesem Sinne sollte *race* als Risikomarker, nicht als Risikofaktor verstanden und entsprechend kontextualisiert werden (Kaplan & Bennett, 2003) (vgl. Kapitel 2.4).

Der Begriff **Migrationshintergrund** wird vom statistischen Bundesamt definiert als anzuwenden auf eine Person, die selbst oder von der mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt (Bundeszentrale für politische Bildung, 2021; Statistisches Bundesamt, 2020). Der Begriff findet aufgrund seines offiziell-administrativen Charakters sehr verbreitete Verwendung. Jedoch geht er mit einigen Problemen einher, aufgrund derer eine Verwendung im medizinischen Kontext reflektiert werden muss. Der Begriff Migrationshintergrund führt einerseits zu einer selektiven Sichtbarmachung von Migrationserfahrung. So wird einem Kind, das im Ausland von zwei von Geburt an den deutschen Pass besitzenden Elternteilen geboren wurde, trotz einer Migrationserfahrung bei Migration nach Deutschland kein Migrationshintergrund zugewiesen. Gleichzeitig führt eine ausländische Staatsangehörigkeit auf jeden Fall zur Zuweisung eines Migrationshintergrundes, selbst, wenn die Person in Deutschland geboren wurde. So werden nicht-deutsche Herkunft durch die Begriffsdefinition markiert und auch in Deutschland geborene oder aufgewachsene Menschen werden zu vermeintlichen Fremden gemacht. Für die meisten Bereiche, in denen der Begriff Verwendung findet, hat er daher wenig Aussagekraft. Für die Ableitung von Integrations-

bedarfen ist die Kategorisierung nach Migrationshintergrund nicht geeignet, denn unterschiedliche sozial-strukturelle Positionierungen, Diskriminierungserfahrungen und -risiken, die sich auch nach Herkunft und Milieu unterscheiden können, werden nicht beachtet (El-Mafaalani, 2017). Auch hat die Kategorisierung nach Migrationshintergrund keine ausreichende Aussagekraft über die Betroffenheit von rassistischer Diskriminierung. Ob eine Person Rassismus erfährt oder nicht, hängt nicht vom Migrationsstatus, und auch nicht spezifisch vom Herkunftsland ab. Zudem werden weitere Aspekte rassistischer Diskriminierung unsichtbar gemacht. Solche, die sich auf das Aussehen, den Namen oder beispielsweise einen Akzent beziehen, können mit dieser Kategorisierung nicht erfasst werden. Daher kritisiert auch das UN-Comitee on the Elimination of Racial Discrimination die Verwendung der Kategorie Migrationshintergrund durch die Bundesregierung (UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination [CERD], 2015).

In der Medizin ist die Verwendung des Begriffs Migrationshintergrund daher wenig geeignet, Diskriminierungserfahrungen sichtbar zu machen oder in kausalem Sinne bestimmte Krankheitsrisiken ableiten zu können. Die Heterogenität innerhalb der Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund ist zu groß und die Migrationserfahrungen der Einzelnen zu verschieden.

Abstammung ist ein Begriff, der sich auf Verwandtschaft bezieht und in der Biologie verbreitet ist. Er bezieht sich primär auf die Weitergabe von Genen über Generationen hinweg und beschreibt so die biologische bzw. unmittelbar genetische Herkunft eines Individuums. Alice Popejoy definiert den Begriff Abstammung folgendermaßen: "In genomics, ancestry is often used to account for clusters of individuals in a sample population who are more closely related to one another, and their shared genomic background could impact the results of a genetic-association study" (Popejoy, 2022). Da sich Abstammung in diesem Sinne auf die mögliche Weitergabe von Genen bezieht, ist dieser Begriff für die Medizin von praktischer Relevanz. Familiäre Prädisposition können biologisch nachweisbar sein und haben therapeutische Relevanz. Genetische Abstammung kann beispielsweise als Basis für individualisierte Medizin herangezogen werden, wie auch beispielsweise für die Risikoabschätzung in Bezug auf onkologische Erkrankungen.

Im medizinischen Kontext ist der Unterschied zwischen Abstammung/Ancestry und "Rasse"/*race* häufig nicht klar. Das Konzept der Abstammung bezieht sich auf die real existierende Genetik, die sich aufgrund ihrer komplexen Zusammensetzung nicht zur klaren Grenzziehung zwischen Bevölkerungsgruppen anhand einzelner genetischer Aspekte eignet (Krieger, 2005). Im Gegensatz dazu erfolgt im *race*-Konzept eine kategoriale, unveränderliche Einteilung anhand von willkürlichen Merkmalen und damit eine soziale Konstruktion ohne Zusammenhang zur genetischen Realität.

Die Klärung und Unterscheidung dieser Begriffe ist hochrelevant für eine korrekte Verwendung im medizinischen Kontext, die Abstand nimmt von der Vorstellung biologisch distinkter Rassen. Dabei gilt hervorzuheben, dass nicht das Ziel ist, andere Begriffe für die Benennung des gleichen Rassekonzepts einzuführen, sondern die Vorstellung genetisch distinkter Rassen mit biologisch determinierten Eigenschaften grundlegend durch zutreffende Konzepte zu ersetzen. Im Folgenden gehen wir beispielhaft anhand einiger Lernziele auf die im NKLM verwendete Sprache und Begriffswahl in Bezug auf rassismuserrelevante Themen im NKLM ein.

Beispiel 1: [VIII.2-03.2.17](#)¹

"Sie können geschlechtsspezifische, altersspezifische und kulturelle Konflikte angemessen ansprechen".

Präzisierungen u.a. „Rassismus“

¹ Hinweis: Die Verweise auf existierende Lernziele sind mit Hyperlinks hinterlegt, die zur entsprechenden NKLM-Website führen.

Hier kommt Rassismus als relevantes Thema für die Ausbildung von Mediziner*innen bereits im bestehenden NKLM zur Sprache. Im Folgenden wollen wir ausgehend von diesem Lernziel darlegen, wie durch die bestehende Formulierung rassistische Denkmuster reproduziert werden und wie das an dieser Stelle vermieden werden kann.

Geschlecht, Alter und Kultur sind einige der vielen Differenzkategorien, die für Diskriminierungserfahrungen relevant sind (diese werden ebenfalls als Präzisierung genannt). *Race* ist eine weitere Differenzkategorie, die als Produkt der genannten Diskriminierungsform Rassismus entstanden ist und durch entsprechende soziale Prozesse aufrechterhalten wird. Somit bezieht sich der Großteil des Lernziels auf ein Überthema, das mit *Auswirkungen von Differenzkategorien auf soziale Konflikte* beschrieben werden kann. Da sich in diesem Lernziel auf die Nennung von "kulturellen Konflikten" beschränkt wird, läuft das Lernziel jedoch Gefahr ein begrenztes und dadurch unzureichendes Verständnis von Rassismus zu reproduzieren. In Deutschland herrscht in vielen Fällen die Annahme, Rassismus wäre die Diskriminierung allein aufgrund kultureller Unterschiede. Tatsächlich lässt sich eine ersatzweise Verwendung des Kulturbegriffes zur Äußerung rassistischer Vorstellungen beobachten (Balibar & Wallerstein, 2014; Hall, 1989). Menschen mit rassistischer Diskriminierungserfahrung haben aber nicht unbedingt eine als anders angesehene Kultur, und nicht alle Menschen mit einer als anders angesehenen Kultur sind von Rassismus betroffen. Vielmehr wird Menschen mit rassistischer Diskriminierungserfahrung die Zugehörigkeit zu einer anderen Kultur gesellschaftlich zugeschrieben. Dieser soziale Prozess der Anders- oder Fremdmachung, der sich als Praxis der Abgrenzung in Sprachgebrauch und Verhalten realisiert und einen Prozess des Vergleichens, Unterscheidens und Klassifizierens darstellt, wird als *Othering* bezeichnet (Akbulut & Razum, 2021). Zur Vermeidung von *Othering* schlagen wir deshalb vor, das Lernziel beispielsweise folgendermaßen umzuformulieren:

"Konflikte in den Kontext struktureller Diskriminierung einordnen und angemessen ansprechen, z.B. in Bezug auf Alter, Geschlecht, kultureller Identität, oder zugeschriebener *race*, Ethnie oder Kultur".

So können sowohl kulturelle Konflikte als auch Rassismus thematisiert werden, ohne die verschiedenen Aspekte zu vermischen.

Beispiel 2: VII.3-03.1.18

"Sie können die Berücksichtigung ethnischer Hintergründe bei der Therapieauswahl erklären"

Dieses Lernziel aus dem Kapitel Pharmakologie und Toxikologie stellt dar, welche grundlegenden Aspekte der Arzneimitteltherapie Medizinstudierende beherrschen sollten (vgl. Lernziel VII.3-03). Es stellen sich uns verschiedene Fragen zur Verwendung des Begriffs „ethnische Hintergründe“ in diesem Lernziel. Beispiele oder Präzisierungen werden in der aktuellen Version des NKLM 2.0 zu diesem Lernziel nicht aufgeführt.

Zum einen ist nicht klar, was genau mit „ethnische Hintergründe“ gemeint ist und auf welche Differenzkategorie sich dieses Lernziel bezieht. Es könnte angenommen werden, dass hier Bezug genommen wird auf das Konzept *race*-based medicine, welches tendenziell von biologischen Unterschieden zwischen *rac*es ausgeht, die es zu berücksichtigen gilt. Ein Beispiel ist die Verschreibung von Medikamenten in Abhängigkeit von der *race*-Zuschreibung (Cerdeña et al., 2020). Ob so ein *race*-based Vorgehen sinnvoll ist, und vor allem, wie dieses in der Praxis umgesetzt werden soll, ist weiterhin ein offenes Forschungsfeld ohne abschließende Ergebnisse (Amutah et al., 2021; Cerdeña et al., 2020; Vyas et al., 2020). Daher erscheint es für Universitäten aktuell nicht möglich, evidenzbasierte und wissenschaftlich unstrittige Empfehlungen zur Berücksichtigung ethnischer Hintergründe in der Pharmakotherapie zu lehren. Allenfalls können in der Lehre aktuelle Fragen und Hypothesen zur Relevanz von gesellschaftlichen Kategorien wie *race* in Bezug auf die Medikamentenverschreibung besprochen werden.

In Abgrenzung zu einer *race*-based medicine schlagen Cerdeña et al. (2020) das Gegenkonzept der *race*-conscious medicine vor. Hier liegt der Fokus auf der Berücksichtigung der gesellschaftlich wirksamen Kategorie *race* in Form von Diskriminierung und dessen Auswirkungen

auf die Gesundheitsversorgung. Falls Bezug zu diesem Konzept genommen werden soll, muss dies deutlicher werden, da das Lernziel im Hinblick auf den aktuellen gesellschaftlichen Diskurs falsche Annahmen von biologisch existenten Unterschieden zwischen ethnischen Gruppen reproduzieren könnte, wenn allein von „ethnischen Hintergründen“ die Rede ist.

Zum anderen ist nicht klar, warum hier der Begriff Ethnie verwendet wird. Wenn sich hier auf *race*-based medicine bezogen wird, dann kann Ethnie nicht als Äquivalent zu *race* verwendet werden (vgl. „Ethnie“ in Kapitel 1). Wird Ethnie als kulturelles Identitätskonstrukt verstanden, würde das Lernziel die Erklärung nahelegen, dass konstituierende Merkmale einer Ethnie wie Sprache, Geschichte und Tradition einen Einfluss auf die Wirkung von Medikamenten haben. Soll ein Bezug zur Heterogenität in der Verstoffwechslung und Wirkung von Medikamenten hergestellt werden, geht es um genetische und biologische Vielfalt, worüber sowohl *race* als auch Ethnie keinen Aufschluss geben können (Amutah et al., 2021; Fischer et al., 2019; Kaplan & Bennett, 2003). Sollen beispielsweise die unterschiedlichen Empfehlungen für Schwarze und weiße Patient*innen für ACE-Hemmer aus Großbritannien thematisiert werden (James et al., 2014; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2019), dann kann *race* auch hier nicht einfach durch Ethnie ersetzt werden, da es nicht um Ethnien geht, sondern um *race*-Gruppen. Zudem handelt es sich um ein Beispiel für *race-based medicine*, das in der Literatur kontrovers diskutiert wird (Amutah et al., 2021; Cerdeña et al., 2020; Holt et al., 2022; Smart & Weiner, 2018).

Prinzipiell kann die thematische Stoßrichtung des Lernziels als sinnvoller Teil des Curriculums erachtet werden, sofern es als Möglichkeit angesehen wird, Studierende für die unterschiedlichen Bedeutungen von verbreiteten Konzepten wie *race*, Migrationshintergrund und Ethnie oder Genetik zu sensibilisieren. Um dies zu erreichen und nicht Rassismus zu reproduzieren und zu verstärken, bedarf das Lernziel aber einer grundlegenden Überarbeitung und einer Klarstellung seines Bezuges.

Beispiel 3: VII.3-01.1.10

„Sie können die Begriffe Compliance bzw. Adhärenz erklären, deren Bedeutung erläutern sowie Faktoren, die zu deren Verschlechterung, und Maßnahmen, die zu deren Verbesserung führen, beschreiben und bei der Therapieplanung berücksichtigen“.

Präzisierung: u.a. „Einflüsse durch [...] Migrationsfaktoren [...]“

An diesem Lernziel kritisieren wir beispielhaft die Nennung der Präzisierung "Migrationsfaktoren". Statt einer klaren Benennung tatsächlicher Ursachen von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung von Personen mit Migrationserfahrungen, kommt es durch diese Wortwahl zu Othering im Sinne einer Darstellung von Patient*innen mit Migrationshintergrund als schwierige Patient*innen mit mangelnder Adhärenz (Akbulut & Razum, 2021; Coors & Neitzke, 2018; Hallal, 2015; Karger et al., 2017; van Wieringen et al., 2002).

Migration per se ist nicht das, was zu einer verminderten Compliance führt. Es sind Sprachverständnisprobleme (Karger et al., 2017; Razum et al., 2017; Schu, 2021), fehlende Berücksichtigung kultureller Verständnisse von Krankheiten und Therapieformen durch Behandelnde (Brzoska et al., 2016; Brzoska & Razum, 2015; Karger et al., 2017; van Wieringen et al., 2002), ein tendenziell niedrigerer Bildungsstatus in der Gruppe der sogenannten Gastarbeiter*innen und ihren Nachfahren (Schacht & Matzing, 2018), fehlendes Vertrauen aufgrund von implicit bias des Personals oder direkter rassistischer Diskriminierung (Aikins et al., 2021; Alpers, 2018; Bermejo et al., 2012; Cooper et al., 2012; DeAngelis, 2019; van Wieringen et al., 2002). Eine Migrationserfahrung erhöht die Wahrscheinlichkeit für beispielsweise Sprachprobleme, aber ist damit nicht gleichzusetzen. Eine ungenaue Verwendung der Begriffe *Migration* und *Migrationshintergrund* verstärkt rassistische Vorstellungen über Menschen mit Migrationserfahrungen und dadurch auch rassistische Diskriminierung gegenüber als migrantisch *gelesenen* Patient*innen. Die Betonung liegt dabei auf als migrantisch *gelesenen* und nicht auf *migrantischen* Patient*innen. In der Praxis wird eine niedrige Compliance vor allem migran-

tisch gelesenen Patient*innen zugeschrieben, unabhängig davon, ob diese tatsächlich Migrationserfahrungen haben oder nicht (Hallal, 2015). *Weiß*e Patient*innen mit Migrationshintergrund z.B. aus Schweden oder Frankreich wird dies eher nicht zugeschrieben. Die Präzisierung "Einflussfaktor Migrationsfaktoren" ist somit zum einen faktisch falsch, zum anderen reproduziert er Othering in Bezug auf migrantisch gelesene Patient*innen.

Ein weiteres Beispiel für die inkorrekte Wortwahl in diesem Sinne ist im Lernziel VIII.2.-05.2.2. zu finden. Hier wird unter der Präzisierung zu Stigmatisierungsprozessen "Migrantengesundheit" aufgeführt. Von Stigmatisierung betroffen sind primär als migrantisch gelesene Personen inklusive Menschen mit rassistischer Diskriminierungserfahrung ohne Migrationshintergrund, und nicht alle tatsächlich migrantischen Menschen. Somit ist auch hier eine Präzisierung der Wortwahl angezeigt.

Beispiel 4: VIII.4-03.1.3

"Sie können fördernde Faktoren und Barrieren im Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung auf Ebene der Bevölkerung und des Gesundheitssystems benennen und erläutern."

Präzisierung: u.a. *"Versorgung von Migrant*innen, Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung; Zugangsbarrieren z.B. soziokultureller Hintergrund, Gesundheitskompetenz"*

Das Lernziel bezieht sich in seiner Präzisierung einerseits auf die Versorgung von Migrant*innen und andererseits auf Zugangsbarrieren, die hier als mit dem soziokulturellen Hintergrund verbunden angesehen werden. Wir sehen ein Problem darin, den soziokulturellen Hintergrund von Patient*innen als eine Zugangsbarriere zu bezeichnen. Im Folgenden möchten wir den Fokus auf die Strukturen richten, die einen bestimmten soziokulturellen Hintergrund zu einer Zugangsbarriere im übertragenen Sinne werden lassen können.

Im Gesundheitswesen ist ein defizitärer Blick im Hinblick auf Diversität von Patient*innen etabliert (Vgl. Krüger-Potratz, 2005), der Ärzt*innen die soziokulturelle Diversität ihrer Patient*innen als Herausforderung oder gar als Problem ansehen lässt (Akbulut & Razum, 2021; Coors & Neitzke, 2018; Hallal, 2015; Karger et al., 2017; van Wieringen et al., 2002). Durch diesen Blick werden kollektive Vorstellungen von Problempatient*innen etabliert: aufgrund der fehlenden strukturellen Ausrichtung des Gesundheitssystems auf ein diverses Patient*innenkollektiv (z.B. unzureichender Zugang zu Sprachmittler*innen), werden alle Patient*innen, die nicht dem *weißen*, cis-männlichen, heterosexuellen, able-bodied, schlanken Normpatienten entsprechen, als anstrengend oder zusätzliche Belastung angesehen und Diversität zur Barriere konstruiert (Aikins et al., 2021; Hallal, 2015, S. 28). Einer der zentralen Mechanismen dabei ist der kollektive und oft unbewusste Prozess der Abgrenzung, des Vergleichens, Unterscheidens und Klassifizierens im Sinne von Othering (Akbulut & Razum, 2021; Johnson et al., 2004).

Es lässt sich postulieren: unterschiedliche soziokulturellen Hintergründe sind an sich kein Problem und sie stellen auch an sich keine Barrieren dar. Sie sind Teil der Realität eines Einwanderungslandes, an die sich Systeme und Strukturen anpassen müssen (Schu, 2021). Die Barrieren liegen auf Seiten der Strukturen des Gesundheitssystems, in der fehlenden Berücksichtigung von Diversität, in der tendenziellen Ausrichtung des Handelns und Denkens im Gesundheitswesen auf einen Normpatienten. Das Problem ist nicht, dass Menschen unterschiedliche Sprachen sprechen, das ist normal in einer globalisierten Welt. Das Problem sind die fehlenden Strukturen für Übersetzungen. Das Problem ist nicht, dass Menschen unterschiedlich kulturell geprägt sind, denn auch das ist normal in einer globalisierten Welt. Das Problem ist, dass es fehlende Kompetenzen seitens des Personals gibt, auf Unterschiede einzugehen. Das heißt, die Zugangsbarriere - die sehr wichtig zu erwähnen ist und in jedem Fall im NKLM thematisiert werden sollte - ist *Diskriminierung aufgrund soziokultureller Hintergründe*, nicht die soziokulturellen Hintergründe an sich. Die semantische Klarheit darin, was Barrieren im Zugang tatsächlich sind, ist ein wichtiges Detail. Andernfalls trägt der NKLM zu

einer Problemkonstruktion bei, die selbst zu Diskriminierung und damit Ungleichheiten im Gesundheitszustand führt.

Beispiel 5: VIII.2-05.1.1

„Sie können sich an das Sprachverständnis von Patientinnen und Patienten anpassen.“

Präzisierung: u.a. "Migrationshintergrund"

Dieses Lernziel reproduziert ein Vorurteil gegenüber Menschen, die als migrantisch gelesen werden. Unter Berücksichtigung der Definition des statistischen Bundesamtes ergibt die Verwendung von "Migrationshintergrund" an dieser Stelle keinen Sinn, da Migrationshintergrund keineswegs mit Sprachverständnis gleichzusetzen ist. Auch Menschen mit einem Elternteil, welches nicht in Deutschland geboren ist, haben per Definition einen Migrationshintergrund, sprechen aber in der Regel fließend Deutsch (El-Mafaalani, 2017). Die Verwendung des Begriffes *Migrationshintergrund* in Deutschland steht in der Kritik ungenau zu sein und relevante Diskriminierungserfahrungen nicht erfassen zu können (CERD, 2015). Abgesehen von einer unscharfen Verwendung des Begriffs werden durch die Verwendung Vorurteile gegenüber als migrantisch gelesenen Menschen reproduziert. Es entsteht das Bild, alle Menschen mit Migrationshintergrund hätten Probleme Deutsch zu verstehen. Der Etablierung des Bilds des*r Problempatient*in mit Migrationshintergrund in den Vorstellungen von Medizinstudierenden wird mit diesem Lernziel Vorschub geleistet.

2. Inhaltliche Ergänzungen und Überarbeitungen ausgewählter Lernziele des NKLM 2.0

Nachdem wir anhand einiger Beispiele illustriert haben, an welchen Stellen auf eine genauere Begriffsverwendung zu achten ist, damit der NKLM Lehrenden und Lernenden präzise Vorgaben für die Entwicklung rassismuskritischer Kompetenzen an die Hand gibt, wenden wir uns nun den inhaltlichen Aspekten einiger Lernziele des NKLM 2.0 zu. Dabei geht es uns einerseits darum Leerstellen aufzuzeigen, die paradigmatisch für die Vernachlässigung rassismuskritischen Wissens im Medizinstudium stehen. Andererseits ist es uns wichtig hervorzuheben, dass der NKLM 2.0 bereits Rassismuskritik – beispielsweise mit dem Lernziel VIII.6-04.4.13 – als Professionskompetenz benennt. Die vielen unterschiedlichen Bereiche des NKLMs, für die wir im Folgenden Ergänzungs- und Überarbeitungsvorschläge machen, weisen darauf hin, dass das bestehende Lernziel zur Rassismuskritik vom NKLM zutreffend in Kapitel VIII als „Übergeordnete Kompetenz“ eingeordnet wird. Somit wirkt Rassismuskritik jedoch in alle Fachbereiche hinein und sollte auch dort im NKLM in konkreter Weise berücksichtigt werden.

2.1. Historisch geprägtes rassistisches Pseudowissen

Ziel der Überarbeitung:

Inhaltliche Ergänzung um den Aspekt „historisch geprägtes, rassistisches Pseudowissen“

Vorschlag für Lokalisation im NKLM:

Lernziel VIII.1.-01.2.1: „Sie wenden Grundlagen der Wissenschaftstheorie und Wissenschaftsforschung im Kontext der Medizin an. Sie können wissenschaftliches Wissen von anderen Wissensformen unterscheiden" *Präzisierung: "Dogmen, Glaube, Mythen, tradiertes Wissen, Verschwörungstheorien"*

Vorschlag für Änderung:

Aufzählung eines weiteren Punktes unter Präzisierung, z.B. *"historisch geprägtes Pseudowissen mit diskriminierenden Auswirkungen wie rassistische Falschannahmen" oder "historisch geprägtes rassistisches Wissen" oder "rassistisches Pseudowissen"*

Vorschlag für Verlinkung:

Neues Lernziel zu Rassismus in der Schmerzbehandlung (2.6).

Argumentation:

Nach wie vor sind sowohl unter Studierenden als unter medizinischem Fachpersonal falsche Annahmen bezüglich *race* verbreitet, werden unterrichtet und beeinflussen die medizinische Praxis (Hobermann, 2012). So konnte gezeigt werden, dass falsche Annahmen zu angeblichen biologischen Unterschieden von *weißen* und Schwarzen Menschen z.B. bei Studierenden in den USA weiterhin verbreitet sind (Hoffman et al., 2016; Hollingshead et al., 2016). Außerdem wird die "correction for *race*" in Formeln und Algorithmen nach wie vor ohne kritische Betrachtung gelehrt und angewandt. Die Begründung für die Einführung von *race*-Korrekturen liegt dabei teilweise in pseudowissenschaftlichen Arbeiten aus der Kolonialzeit (Braun, 2021; Cerdeña et al., 2020; Eneanya et al., 2019; Lujan & DiCarlo, 2018; Vyas et al., 2020). Auch konnte der Effekt von "racial bias" auf die Schmerzeinschätzung und -medikation nachgewiesen werden (Hoffman et al., 2016; Hollingshead et al., 2016). Eine problematische Verwendung des Begriffes *race* in Vorlesungsfolien (Tsai et al., 2016) oder anderen Lehrmaterialien (z.B. bei Jastrow, 2022) trägt zur Biologisierung des *race*-Begriffes bei. Eine so ausgeprägte Erforschung der Problematik wie in den USA ist für Deutschland in dieser Form nicht vorhanden, aber historisches Pseudowissen wird auch in Deutschland weiterhin unterrichtet. So liegen uns u.a. aktuelle Vorlesungsfolien aus deutschen Universitäten vor, in denen vermeintliche Unterschiede der Dicke der Haut, sowie angebliche Unterschiede in der Schmerzwahrnehmung (verbreitetes Beispiel ist der sogenannte Morbus Mediterraneus) in Bezug auf verschiedene rassifizierte Gruppen gelehrt werden.

Um eine gleichberechtigte Versorgung aller Menschen zu gewährleisten ist es von zentraler Bedeutung, dass in der medizinischen Lehre eine klare Abgrenzung zu historischen und widerlegten rassistischen Annahmen stattfindet. Dazu zählt unter anderem rassistisches Pseudowissen aus Zeiten der Sklaverei. Aber auch in Bezug auf andere Diskriminierungsformen sind problematische Annahmen in der medizinischen Praxis verbreitet (Thema Hysterie; die anstrengende, hysterische Patientin). Studierenden sollte bewusst gemacht werden, dass diese Form von Pseudowissen auch heutzutage weit verbreitet ist, sie vermutlich in der Praxis damit konfrontiert werden und sie einen persönlichen, reflektierten Umgang damit finden müssen. Die Lehre sollte sie in die Lage versetzen, verdächtige Inhalte zu erkennen, kritisch zu reflektieren und sich inhaltlich davon zu distanzieren.

2.2. Medizingeschichte: Sklaverei und Kolonialismus

Ziel der Überarbeitung:

Ergänzung eines neuen Lernziels zu medizinischen Verbrechen im Rahmen rassistischer Politik und Sklaverei

Vorschlag zur Positionierung im NKLM:

Erstellung eines neuen Lernziels in Kapitel VIII, z.B. als VIII.6-01.1.7 (das aktuell bestehende Lernziel VIII.6-01.1.7 würde der Logik folgend dann eine Position runter auf VIII.6-01.1.8 rutschen, es soll nicht durch unseren Vorschlag ersetzt werden)

Vorschlag für Formulierung:

"Sie können medizinischen Verbrechen zu Zeiten des Kolonialismus, der Sklaverei und Apartheid erläutern, kennen die Rolle der Medizin in der Konstruktion und Legitimierung von Rasetheorien sowie deren Bedeutung im Kontext von rassistischen Verbrechen. Sie setzen sich kritisch mit der Aufrechterhaltung von kolonialen und rassistischen Denkmustern in der Medizin bis heute auseinander. Sie sind sich der bisher eingeschränkten gesellschaftlichen Aufarbeitung bewusst."

Argumentation:

Ein "historisch fundiertes Verständnis der kulturell-gesellschaftlichen Einbettung der ärztlichen Profession und des ärztlichen Handelns" (NKLM 2.0, VIII.6-01.1) kann nur dann wirklich fundiert sein, wenn sich nicht auf eine singuläre Epoche der Geschichte fokussiert wird. Die Zeit des Nationalsozialismus hat einen besonderen Stellenwert in der deutschen Geschichte und Bedarf dessen daher auch in der humanmedizinischen Lehre. Nichtsdestotrotz sind auch die medizinischen Verbrechen während der Kolonialzeit und im Kontext von Sklaverei von historischer Bedeutung, um aktuelle globale Diskriminierungsverhältnisse zu verstehen (wie z.B. Medikamentenstudien in Ländern des Globalen Südens oder globale Verteilung der Covid-Impfstoffe). Auch die Einflüsse auf das eigene ärztliche Handeln (z.B. unterschiedliche Interpretation von Beschwerden und insbesondere das nicht Ernstnehmen der Beschwerden von Patient*innen mit rassistischer Diskriminierungserfahrung (Aikins et al., 2021) sind vor dem Hintergrund der Medizingeschichte besser zu verstehen. Studierenden sollte außerdem bewusst gemacht werden, wie viel des heute verbreiteten Wissens durch menschenrechtsverletzende Praktiken und Untersuchungen entstanden ist, und dies sollte nicht nur auf die NS-Zeit limitiert sein. (Vgl. Grosse, 2000; Haas, 2008; Hobermann, 2012; Lujan & DiCarlo, 2018; Turshen, 1977)

Historische Beispiele für menschenrechtsverachtende und rassistische Praktiken der Medizin:

- Soemmerring, Samuel Thomas (1784): Über die körperliche Verschiedenheit des Mohren vom Europäer. Mainz. S. 3-8. Online verfügbar unter: <http://resolver.sub.uni-goettingen.de/purl?PPN50562964X>
 - These: Afrikaner seien den *weißen* Menschen unterlegen. Der Mediziner Soemmerring versucht in dieser Abhandlung, diesem eine wissenschaftliche Grundlage zu geben.
- Moseley, Benjamin (1788): A Treatise on Tropical Diseases; and on The Climate of the West-Indies. London. T. Cadell, in the Strand.
 - Moseley behauptet, dass Schwarze Menschen Schmerzen und damit Operationen besser aushalten könnten als *weiße* Menschen.
- Chamerovzow, Louis Alexis (1855): Slave life in Georgia: a narrative of the life, sufferings, and escape of John Brown, a fugitive slave, now in England / edited by L.A. Chamerovzow. University of North Carolina at Chapel Hill. Library. <http://docsouth.unc.edu/neh/jbrown/menu.html>.
 - Thomas Hamilton führte an dem versklavten John Brown im Zeitraum von 1820-1830 Experimente durch, um seine These zu beweisen, dass die Haut Schwarzer Menschen dicker sei als die *weißer* Menschen.
- Sims, J Marion (1884): The story of my life. New York, D. Appleton and company
 - Berichte in seiner Autobiographie über das Training von Operationen ohne Anästhesie an versklavten Frauen in Montgomery in der Zeit von 1845-1849, um seine chirurgische Technik zur operativen Versorgung vesiko-vaginaler Fisteln zu verbessern
- Samuel Cartwright (1851): Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race. The New Orleans Medical and Surgical Journal. New Orleans.
 - Katalogisierung der angeblichen physischen Unterschiede zwischen *weißen* und Schwarzen Menschen, inklusive der Behauptung Schwarze Menschen hätten eine geringere Lungenkapazität
- Die sogenannte "Tuskegee-Syphilis-Studie"
 - Rockwell, Donald H., Yobs, Ann R., Moore, M. Brittain (2008): *Die Untersuchung unbehandelter Syphilis von Tuskegee – nach 30 Jahren Beobachtung*. In: Nicolas Perthes et al. (Hg.): *Menschenversuche. Eine Anthologie 1750–2000*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

- James H., Jones (1981). *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment*. New York: Free Press.
- Durchgeführt in den USA von 1932 bis 1972, menschenrechtsverachtende Untersuchungen der Folgen unbehandelter Syphilis-Infektionen an afro-amerikanischen Menschen

Beispiele zu Persönlichkeiten aus der Medizin, die nach wie vor wenig kritisch und hoch angesehen werden, aber rassistische Praktiken durchführten:

- Robert Koch
 - Durchführung von menschenrechtsverachtenden Versuchen im heutigen Tansania im Dienst der deutschen und britischen Kolonialverwaltung zur Schlafkrankheit mit Folge der Erblindung und Tod von "Studienteilnehmenden".
 - Welty, U (27.05.2020): Man muss das RKI umbenennen. Historiker Jürgen Zimmerer über Robert Koch. <https://www.deutschlandfunkkultur.de/historiker-juergen-zimmerer-ueber-robert-koch-man-muss-das-100.html>. Zugriff am 24.02.2022.
- Rudolf Virchow
 - Beteiligung an der Erstellung medizinischer Schädelansammlungen, Völkerschauen und der Konzeption rassenanthropologischer Paradigmen
 - Grosse, P: Kolonialismus, Eugenik und bürgerliche Gesellschaft in Deutschland 1850-1918. *Frankfurt am Main 2000*, In: H-Soz-Kult, 06.03.2001
 - Osten, P (2021): Virchow und die Rassenkunde. Pathologe mit fragwürdigen Vorstellungen. <https://taz.de/Pathologe-mit-fragwuerdigen-Vorstellungen/!5763270/>. Zugriff 28.05.2022

2.3. Wissen über Diversität

Ziel der Überarbeitung:

Ergänzung eines neuen Lernziels zu Diversität und Diskriminierung

Vorschlag zur Positionierung im NKLM:

Kapitel VIII

Vorschlag für die Formulierung eines neuen Lernziels

„Sie kennen die Bedeutung von Diversität für Medizin und Gesundheitsversorgung, können den Diversitätsbegriff und Kritik an diesem einordnen und ihn in ein Verhältnis zu Diskriminierung und dem Konzept der Intersektionalität setzen.“

Verlinkung:

VIII.2-05.2.3: "sich Wissen über soziokulturelle Diversität aneignen und dabei kritisch gegenüber Vereinfachungen bleiben"

VIII.6-04.1.2: "Studierende sollen diversitätsbezogene Aspekte der Patientinnen und Patienten berücksichtigen"

Außerdem: z.B. VIII.3-01.2, VIII.4-03.1.1, VIII.4-03.1.3

Argumentation:

Der NKLM 2.0 benennt Diversität in verschiedenen Lernzielen. So zum Beispiel in den Lernzielen VIII.2-05.2.3 und VIII.6-04.1.2 (s.o.). In beiden Fällen wird Diversität als eine Eigenschaft der Patient*innen aufgefasst, über die Studierende etwas lernen sollen. Während wir die Auseinandersetzung des NKLMs mit diversitätsbezogenen Aspekten prinzipiell befürworten, erachten wir eine Überarbeitung dieser Lernziele und die Ergänzung eines neuen Lernziels als notwendig, dass sich kritisch mit dem Diversitätsbegriff auseinandersetzt.

Das Konzept der Diversität findet in verschiedenen Kontexten vielfältige Verwendung mit unterschiedlichen, zum Teil gegensätzlichen Bedeutungen. Ähnliches scheint für die Verwendung des Begriffs im NKLM zu gelten. In Diskussionen zu Diversität werden in der Literatur zwei unterschiedliche Verwendungsweisen identifiziert: Eine, die davon ausgeht, dass es natürliche oder essentiell bestehende, kulturelle Unterschiede zwischen bestimmten Personengruppen gibt und eine andere, die sich der Begründung von Diversität in sozialen Zuschreibungsprozessen bewusst ist (Mecheril, 2010). Letztere Verwendung bietet die Möglichkeit, sich kritisch gegenüber Diskriminierung zu positionieren (Fereidooni & Zeoli, 2016a). Erstere birgt gerade im Kontext der Gesundheitsversorgung die Gefahr, dass auf Basis von zugeschriebenen essenziellen Eigenschaften bestimmte Patient*innengruppen anders oder schlechter behandelt werden. Damit die bestehenden Lernziele zur Berücksichtigung diversitätsbezogener Aspekte nicht im Sinne der ersten Begriffsverwendung zur Reproduktion stereotypisierender Ansichten und möglicherweise zu Qualitätseinbußen in der individuellen Patient*innenversorgung beitragen, halten wir es für essentiell, dass im NKLM das zugrundeliegende Diversitätsverständnis deutlich gemacht wird und Abstand von Essentialisierungen genommen wird. Selbstverständlich gilt es dabei anzuerkennen, dass es Diversitätsmerkmale gibt, die besondere Handlungen in der medizinischen Praxis erfordern (z.B. das Lernen über Dermatosen auf dunkler Haut). Eine weitere Kritik am Diversitätsbegriff bezieht sich darauf, dass er in seiner positiven Konnotation als sogenannte „Anerkennung der Vielfalt“ (Fereidooni & Zeoli, 2016b, S. 9) in den Hintergrund treten lässt, dass die zugrundeliegenden Vorstellungen von Vielfalt mit sozialen Zuschreibungen und Abgrenzungen – Othering (Coors & Neitzke, 2018; Said, 1978; Spivak, 1985) – verbunden sind (Fereidooni & Zeoli, 2016b, S. 10). Zudem beziehen sich Diversitätsannahmen nicht immer auf die persönlichen Eigenschaften einzelner Individuen, sondern fassen diese quasi als „Stellvertreter*innen ihrer Kultur, Religion, Sprache, Herkunft [...] etc.“ (Fereidooni & Zeoli, 2016b, S. 10) auf. Im Kontext von Diversität ist Diskriminierung deshalb immer mitzudenken. Diskriminierung kann verstanden werden als ungerechtfertigte Unterscheidungen zwischen wirkmächtigen sozialen Gruppenzuordnungen: so z.B. im Kontext von Klassismus, Rassismus, Sexismus, Ableismus usw. (Hädicke & Wiesemann, 2021). Aufgrund der Verbundenheit von Diskriminierung und Diversität sollten beide Konzepte im Studium gemeinsam behandelt werden. Eine Möglichkeit, diese Aspekte miteinander zu verbinden und dabei der komplexen Interaktion sozialer Diversitätskategorien gerecht zu werden, bietet das Konzept der Intersektionalität (Crenshaw, 2016, 2021). Dieses Konzept wird mittlerweile auch in der Medizinethik mit Bezug auf die klinische Praxis verwendet und sollte deshalb auch in die Lehre zu Diskriminierung und Diversität im Medizinstudium einbezogen werden (Wilson et al., 2019).

2.4. Unterscheidung von Risikofaktor und Risikomarker

Ziel:

Ergänzung eines neuen Lernziels zur Unterscheidung von Risikofaktor und Risikomarker

Vorschlag für Positionierung im NKLM:

Unter VIII.4. Gesundheitsberatung, -förderung, Prävention und Rehabilitation VIII.4-03.1: "Sie erläutern, reflektieren und beraten zu gesundheitsbezogenen Schutz- und Risikofaktoren. Sie können ..."

Vorschlag für Formulierung:

Neues Lernziel VIII.4-03.1.4: "...den Unterschied von Risikofaktoren und Risikomarkern erläutern und dieses Wissen in ihre Analyse der Einflüsse auf Gesundheit und daraus resultierender Barrieren sowie in die Beratung miteinbeziehen"

Mit Präzisierung:

„In Bezug auf Kategorien wie race/Ethnie (race-conscious statt race-based Medizin), Gender, sozialer Klasse, Behinderung und Gewicht“

Verlinkung:

Neues Lernziel zu Diversität (Kap. 2.3)

Argumentation:

Wenn zu *race*, Ethnie oder Herkunft unterrichtet wird, dann werden diese häufig als unabhängige Risikofaktoren für Krankheit genannt und Disparitäten in Gesundheit (health disparities) ohne Kontext unterrichtet (Amutah et al., 2021). Tatsächlich handelt es sich bei diesen Kategorien aber nicht um Risikofaktoren. Es ist nach wie vor Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen, wie genau die statistische Korrelation von *race*/Ethnie mit bestimmten gesundheitlichen Outcomes zu interpretieren ist. Solche statistischen Ergebnisse können auf Kausalitäten hinweisen. Nur kommt es fälschlicherweise häufig zur Schlussfolgerung, es handle sich um biologische Kausalitäten, oder sogar um Beweise für die Existenz von Rassen. In diesem Sinne wird *race* / Ethnie als Risikofaktor für bestimmte Erkrankungen genannt. Soziale Mechanismen werden dabei nicht mitgedacht. Wenn aber Differenzkategorien wie *race* oder Ethnie als Prädiktoren oder Marker für strukturelle Ungleichheit gedacht werden, können die Auswirkungen von Rassismus und damit die sozialen Kausalitäten aufgezeigt werden. Unterschiede z.B. in Outcomes oder Therapieansprechen sind dann Folge eines komplexen Zusammenspiels der sozial konstruierten Kategorien *race*/Ethnie mit Rassismus, Diskriminierung, sozioökonomischem Status, sozialer Klasse und Genetik. Die Kategorien sind daher primär als Risikomarker zu bezeichnen (Kaplan & Bennett, 2003; Osborne & Feit, 1992). Die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe kann damit einen Risikomarker für eine bestimmte Erkrankung darstellen, wenn die Inzidenz oder Prävalenz in dieser spezifischen Gruppe höher ist. Die Zugehörigkeit an sich ist aber nicht unbedingt ein Risikofaktor für die Erkrankung. Findet diese Differenzierung von Risikofaktor und Risikomarker nicht statt, führt dies zu einer verstärkten Ausbildung von problematischen Stereotypen und einer Aufrechterhaltung eines biologischen Verständnisses der sozial konstruierten Kategorie *race*.

Daher ist eine semantisch korrekte Verwendung gemeinsam mit einer inhaltlich differenzierten Kontextualisierung von Kategorien wie *race* oder Ethnie von großer Bedeutung, um rassistische Stereotypen und biologisierende Vorstellungen nicht weiter aufrechtzuerhalten. Stattdessen sollten Studierende dazu befähigt werden, eine *race-conscious* Medizin zu praktizieren, also eine Medizin, die strukturelle Diskriminierung als Ursache von Ungleichheiten in der Gesundheit anerkennt und nicht scheinbiologische Erklärungsmodelle für diese Ungleichheiten heranzieht (Cerdeña et al., 2020).

2.5. Dermatologisches Wissen über dunkle Hauttypen

Ziel:

Ergänzung eines neuen Lernziels um den Aspekt der dunklen Hauttypen

Vorschlag für Positionierung in NKLM:

VIII.7-02.1: Basis-Ganzkörper-Untersuchung

VIII.7-02.1.15: "Sie können im Rahmen der Basisganzkörperuntersuchung eine klinische Untersuchung der Haut und Hautanhangsgebilde durchführen."

Vorschlag für neues Lernziel VIII.7-02.1.16:

"Sie können im Rahmen der Basisganzkörperuntersuchung eine klinische Untersuchung der Haut und Hautanhangsgebilde durchführen. Sie können ... alle Hauttypen auf gleichem Kompetenzniveau beurteilen, sind sich der unterschiedlichen Präsentation auf hellen und dunklen Hauttypen bewusst und können diagnostische Verfahren entsprechend auswählen und anpassen."

Verlinkung:

Zu unserem Vorschlag für ein Diversitätswlernziel (2.3)

Argumentation:

Eine vulnerable Gruppe, die im Hinblick auf dermatologische Erkrankungen durch Studien identifiziert wurde, sind Patient*innen mit dunklen Hauttypen (Color bar 3 bis 6 bei Ho & Robinson, 2015; Fitzpatrick Typ IV, V, VI). Sie sind von späten Diagnosezeitpunkten, schwierigeren Krankheitsverläufen und schlechteren Outcomes betroffen (Agbai et al., 2014; Gloster & Neal, 2006; Jothishankar & Stein, 2019). Da diese Unterschiede auch bei Korrektur der Daten auf sozioökonomische Faktoren wie Einkommen, Bildungsstand oder Wohnort fortbestehen, stellt sich auf der Suche nach Lösungen die Frage nach den Ursachen (Agbai et al., 2014; Kaufman et al., 2018).

Eine mögliche Ursache für die Disparitäten in klinischen Prognosen ist die Unterrepräsentation von dunklen Hauttypen in der medizinischen Lehre (Agbai et al., 2014; Lester et al., 2019). Dies beeinflusst die Fähigkeit der Mediziner*innen, klassische Dermatosen auf dunklen Hauttypen zu erkennen und verzögert somit die Diagnosestellung (Fenton et al., 2020; Rodrigues et al., 2018). Dermatolog*innen schätzen ihre Fähigkeiten in Bezug auf dunkle Haut als schlecht ein: eine US-amerikanische Umfrage im Jahr 2018 ergab, dass sich ca. 47% der Dermatolog*innen durch ihr Studium nur unzureichend auf die Behandlung von Patient*innen mit dunkler Haut vorbereitet fühlen (Lester et al., 2019). Als Reaktion auf die fehlende Repräsentation hat der Medizinstudent Malone Mukwende in Großbritannien das Handbuch "Mind the Gap" (Mukwende et al., 2020) entwickelt, welches gemeinsam mit dem Projekt "Dark skin matters" (*Brown Skin Matters*, 2021) eine der wenigen Quellen für eine diversitätssensible Lehre zu dunklen Hauttypen in der Dermatologie ist.

Entsprechende Studien zum deutschen Kontext gibt es aktuell nicht. Allerdings kann festgehalten werden, dass die dermatologische Lehre auch in Deutschland fast keine Lehre zu Diagnostik bei dunklen Hauttypen beinhaltet und es keine entsprechende deutschsprachige Literatur zu dermatologischen Krankheitsbildern auf dunklen Hauttypen gibt. Um eine gleichberechtigte Versorgung aller Menschen zu gewährleisten ist es von großer Relevanz die dermatologische Lehre auch in Deutschland in diesem Bereich zu erweitern.

2.6. Reflexion von Rassismus in der Schmerzbehandlung

Ziel:

Ergänzung eines Lernziels im Bereich Schmerztherapie

Vorschlag zur Positionierung im NKLM:

Unter VII.3-14.1 "Sie bewerten Arzneimittel und deren Anwendung kritisch und können in Abhängigkeit von Situation und Patient*in eine adäquate Arzneimitteltherapie in der Anästhesie und Intensivmedizin vorschlagen beziehungsweise durchführen. Sie können..."

Verlinkung:

Verlinken zum neuen Lernziel zur Reflexion von implicit bias (2.9)

Vorschlag zur Formulierung:

"...rassistische Stereotypen gegenüber Patienten*innengruppen in der Schmerzbehandlung erkennen und diese in ihrer Auswirkung auf ihr Handeln kritisch reflektieren und sich in der klinischen Entscheidungsfindung von diesen frei machen."

Argumentation:

Besonders wenn es um die Behandlung von Schmerzen geht, wird sich in der medizinischen Praxis oftmals auf stereotype Vorstellungen unterschiedlichen Schmerzempfindens bezogen mit der Gefahr, dass rassistische Zuschreibungen zu einer inadäquaten Schmerzbehandlung

führen (Akbulut & Razum, 2021; Hoffman et al., 2016; Mende-Siedlecki et al., 2019). Dies zeigt sich unter anderem in der Verwendung von "Morbus Mediterraneus" oder "Morbus Bosphorus" o.ä. (Aikins et al., 2021, S. 56–63; Deutsches Ärzteblatt, 2021). Die Vorstellung, Menschen bestimmter Herkünfte würden ihre Schmerzen auf besondere Weise ausdrücken, könnte ein Grund für die unzureichende Schmerzbehandlung von Menschen mit rassistischer Diskriminierungserfahrung sein. Außerdem weisen Studien darauf hin, dass das Schmerzempfinden bestimmter Patient*innengruppen – wie zum Beispiel Schwarzer Menschen – von Ärzt*innen als herabgesetzt eingeschätzt wird, was ebenfalls zu unzureichender Schmerzbehandlung führen kann (Fiscella et al., 2021; Hoffman et al., 2016). Rassistische Vorstellungen können so bestehende Unterschiede in der Schmerzbehandlung erklären, die beispielsweise in der Geburtshilfe (Mende-Siedlecki et al., 2019; Razum et al., 2017; Tait & Chibnall, 2014), in der Onkologie (Cleeland et al., 1997) und in der pädiatrischen Behandlung der Appendizitis (Goyal et al., 2015) beschrieben wurden. Neben unmittelbaren medizinischen Folgen, die durch eine häufiger inadäquate Schmerzbehandlung bei Menschen mit rassistischer Diskriminierungserfahrung zu erwarten sind, sollten auch die Auswirkungen auf das Verhältnis von Betroffenen gegenüber dem Gesundheitssystem beachtet werden. Die Erfahrung, dass Schmerzen nicht ernst genommen werden, kann zu einem Vermeidungsverhalten Betroffener gegenüber dem Gesundheitssystem führen und dadurch langfristig gesundheitliche Schäden nach sich ziehen (Aikins et al., 2021).

Aufgrund der schwerwiegenden Folgen, die in diesem Kontext der Einfluss von bewusstem oder unbewusstem Denken in rassistischen Stereotypen auf die Qualität der Patient*innenversorgung hat, sollte dieses Thema Teil der universitären Lehre zur Schmerzbehandlung sein. Ziel sollte sein, dass die Verwendung von rassistischen Stereotypen in der Schmerzbehandlung als fehlgeleitet und den evidenzbasierten Leitlinien zur Schmerztherapie widersprechend erkannt wird.

2.7. Reflexion der eigenen Machtposition

Ziel:

Lernziel zum Rollenverständnis von Ärzt*innen um das Thema Macht ergänzen

Vorschlag für Positionierung im NKLM:

VIII.5-01.1.1.: "Sie reflektieren die eigene Rolle als Verantwortungsträgerin und Managerin bzw. Verantwortungsträger und Manager im Gesundheitssystem. Sie können ... ihre eigene künftige Rolle als Ärztin / Arzt in der Gesellschaft sowie als Führungskraft einschätzen, reflektieren und entwickeln. "

Präzisierung:

„CanMedRollen-Modell, differenziertes Verhalten gegenüber Anreizstrukturen, Interprofessionelle Zusammenarbeit. Abgrenzung ärztlicher Rolle / Entscheidungen von ökonomischen Aspekten, Rolle in Arzt-Patienten-Beziehungen, Schutz des Lebens, Selbstreflexion und –wahrnehmung, Source Credibility (eine ärztliche Aussage wird in der Öffentlichkeit mit besonderer Gewichtung wahrgenommen)“

Vorschlag für Formulierung:

Ergänzung des Lernziels VIII.5-01.1.1. um folgende Formulierungen:

„Sie reflektieren die eigene Rolle als Verantwortungsträger*in und Manager*in im Gesundheitssystem. Sie können ... ihre eigene künftige Rolle als Ärzt*in in der Gesellschaft **und als Führungskraft sowie die mit beiden Rollen verbundene** Machtverhältnisse einschätzen, reflektieren und entwickeln.“

Präzisierung:

„CanMedRollen-Modell, differenziertes Verhalten gegenüber Anreizstrukturen, Interprofessionelle

*nelle Zusammenarbeit. Abgrenzung ärztlicher Rolle / Entscheidungen von ökonomischen Aspekten, Rolle in Arzt*innen-Patient*innen-Beziehungen, Schutz des Lebens, Selbstreflexion und –wahrnehmung, Source Credibility (eine ärztliche Aussage wird in der Öffentlichkeit mit besonderer Gewichtung wahrgenommen), Reflexion über den Einfluss von sozialen Kategorien, insbesondere Diskriminierung wie Rassismus, auf Machtverhältnisse und Privilegien"*

Verlinkung:

Verlinken zum neuen Lernziel zur Reflexion von implicit bias (Kap. 2.9) und zum neuen Lernziel zu hierarchischen Strukturen und Rassismuskritik (2.8)

Argumentation:

Es ist wichtig, dass die Studierenden ihre ärztliche Rolle und damit verbundene Machtposition in einer intersektionaler Perspektive reflektieren, da sich diese sowohl auf die Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung als auch auf die Beziehung zu Kolleg*innen und Mitarbeiter*innen auswirkt. Zudem sollten Studierende befähigt werden, ihre damit verbundenen Privilegien zu erkennen. Privilegien sind zu verstehen als ein Produkt gesellschaftlicher Machtverhältnisse im Sinne von unverdienten Vorteilen bestimmter Gruppen in der Gesellschaft. Privilegierten Menschen ist dies häufig nicht bewusst, im Kontext von Rassismus nehmen *weiße* Menschen ihre Privilegien als Normalzustand wahr.

Sichtbar wird diese Problematik zum Beispiel darin, dass *weißen* Menschen im Gegensatz zu Menschen mit rassistischer Diskriminierungserfahrung ein Vertrauensvorschuss gewährt wird. Im Umkehrschluss wird Patient*innen mit rassistischer Diskriminierungserfahrung eher kein Glauben geschenkt, im Gesundheitssystem zum Beispiel bezüglich der Schwere ihrer Symptomatik und ihrer Adhärenz (Aikins et al., 2021; Hamed et al., 2020) (Vgl. auch Kap. 2.6). Bei *weißen* Patient*innen wird im Gegensatz zu Patient*innen mit Rassismuserfahrung eher eine objektive Schilderung von Symptomen angenommen. Dies kann zu Unterschieden in der Versorgung führen. Dieser Vertrauensvorschuss, der *weißen* Menschen gewährt wird, ist bei Ärzt*innen besonders relevant. Da gesellschaftlich insbesondere ihnen, Feuerwehreinsatzkräften und Pflegepersonal das meiste Vertrauen entgegengebracht wird (Müller et al., 2016), resultiert daraus eine besondere gesellschaftliche Machtposition. Dies kann dazu führen, dass Ärzt*innen seltener auf problematisches Verhalten hingewiesen werden, wodurch sie Gefahr laufen, ohne eigene Reflexionsprozesse diskriminierendes Verhalten zu wiederholen und unwissend zu reproduzieren. In einem Vertrauens- und Abhängigkeitsverhältnis, wie in einem Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis, können rassistische Äußerungen oder Verhaltensweisen einen noch schwereren Effekt und letztendlich einen Bruch in zwischenmenschlichen Beziehungen zur Folge haben. Deshalb ist ein Bewusstsein für die eigene Machtposition und Sensibilität im Umgang mit Patient*innen, insbesondere mit Patient*innen mit rassistischer Diskriminierungserfahrung von großer Relevanz.

Andersherum kann die Interaktion zwischen der sozialen Kategorie race und der ärztlichen Rolle bei einer*m Ärzt*in mit rassistischer Diskriminierungserfahrung gegenüber einer*m *weißen* Patient*in dazu führen, dass dem ärztlichen Personal trotz der gesellschaftlichen Position Vertrauen entzogen wird. Fehlendes Vertrauen in das Personal kann wiederum zu mangelnder Adhärenz und gesundheitlichen Folgen führen (Aikins et al., 2021).

Nicht nur in der Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung, sondern auch in der Rolle als Angestellte*r oder Leitende*r beeinflusst Rassismus bestehende Machtverhältnisse, denn Ärzt*innen mit rassistischer Diskriminierungserfahrung erhalten tendenziell weniger Anerkennung, Beförderungen und Auszeichnungen im Vergleich zu ihren weißen Kolleg*innen (Abelson et al., 2018; Bennett et al., 2020; Fang et al., 2000; Ginther et al., 2011). Dieses Problem wird weiter negativ beeinflusst durch das Imposter-Phänomen, welches die ausgeprägte Tendenz mancher Menschen bezeichnet, ihre eigenen Fähigkeiten zu unterschätzen. Dies ist bei Men-

schen mit rassistischer Diskriminierungserfahrung häufig zu beobachten (Bernard et al., 2017; Bernard et al., 2018).

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Positionierung innerhalb von Machtverhältnissen hilft Studierenden, sich produktiv mit Rassismus auseinandersetzen zu können, dessen Reproduktion zu erkennen, die eigene Rolle zu begreifen und ihr Verhalten rassismuskritisch auszurichten (vgl. Lernziel NKLM VIII.6-04.4.13). Dies gilt sowohl für die Rolle als Ärzt*in als auch als Mitarbeitende*r. Universitäten kommt dabei die besondere Rolle zu, Studierende in diesem anspruchsvollen Prozess zu begleiten und zu unterstützen.

2.8. Hierarchische Strukturen und Rassismuskritik

Ziel:

Lernziel zu Patient*innensicherheit und hierarchischen Organisationsstrukturen um Kommunikation in Lehrsituationen und Praxiseinsätzen bezüglich Rassismus und Diskriminierung ergänzen

Vorschlag für Positionierung im NKLM:

VIII 5.-10.2.4.: "Sie kennen typische Fehler und Risiken, die Einfluss auf die Patientensicherheit haben. Sie können, den Einfluss hierarchischer Organisationsstrukturen auf die Patientensicherheit erläutern."

Präzisierung:

„Aufmerksam machen bei Seitenverwechslung; Die Absolventen wissen, dass das Äußern von Bedenken gegenüber allen Hierarchiestufen zur Vermeidung von Fehlern beitragen kann. Korean Air Cargo Flight 8509; WHO Surgical Safety Checklist“

„zu Sem. 7-10: *Starre Hierarchien können zu einer unzureichenden Fehler- und Risikokommunikation führen* [Hervorhebung durch uns Autor*innen]. In der Luftfahrt wird dies als ‚Human Factors‘ explizit ausgebildet. Ziel im Medizinstudium ist ein Verständnis für diese Risikorolle, insbesondere im Hinblick auf die hierarchische Stellung der Ärzte im Gesundheitswesen.“

Vorschlag für Formulierung:

Ergänzung der Präzisierung von VIII 5.-10.2.4. um folgende Formulierung:

„Starre Hierarchien können zu einer unzureichenden Fehler- und Risikokommunikation führen. In Bezug auf Fehlerkommunikation sollte auf das Ansprechen von Rassismus, Sexismus, Ableismus, Klassismus, Queerfeindlichkeit, Gewichts- und weiteren Diskriminierungen eingegangen werden.“

Vorschlag für Verlinkung:

Kapitel 2.9

Argumentation:

In diesem Text fokussieren wir uns auf das Thema Rassismus. Aus intersektionaler Perspektive erachten wir es jedoch durchaus als sinnvoll in der Lernzielformulierung verschiedene Diskriminierungsformen zu berücksichtigen. In der folgenden Argumentation beschränken wir uns jedoch auf die Begründung, weshalb Rassismus im Lernziel zur Fehler- und Risikokommunikation berücksichtigt werden sollte.

Nur durch ausreichende Fehler- und Risikokommunikation kann die Patient*innensicherheit sichergestellt werden. Insbesondere durch die im Gesundheitssystem vorliegenden hierarchischen Strukturen wird jedoch eine offene Kommunikation häufig erschwert. Große Auswirkungen haben diese Hierarchien auf tabuisierte und sensible Themen wie Rassismus. Vor dem Hintergrund tendenzieller Dethematisierung, fehlendem Bewusstsein und häufiger Leugnung des Themas Rassismus im deutschen Gesundheitswesen (Aikins et al., 2021) sollte offene Fehlerkommunikation in diesem Zusammenhang umso mehr gefördert und hierarchische

Strukturen reduziert werden. Deshalb halten wir es für sinnvoll, Rassismus explizit in das Lernziel aufzunehmen.

Ist eine Fehlerkommunikation zu Rassismus nicht möglich, gefährdet dies die Patient*innensicherheit (Suurmond et al., 2010). Patient*innen mit rassistischer Diskriminierungserfahrung haben ein deutlich reduziertes Vertrauen zu Ärzt*innen (Hamed et al., 2020; Penner et al., 2017), suchen verspätet medizinische Hilfe auf und zeigen deshalb schwere Krankheitsverläufe/-stadien (Aikins et al., 2021; Smedley et al., 2003). So entsteht ein Circulus vitiosus: Negative Erfahrungen führen zu mangelndem Vertrauen, die Adhärenz sinkt und es kommt zu weiteren gesundheitlichen Gefährdungen.

Besonders hierarchische Strukturen führen dazu, dass rassistische und diskriminierende Äußerungen in Lehr- und Kliniksituationen nicht angesprochen werden (Ahmed, 2021; Wanger et al., 2020). Besonders die von direkter Diskriminierung betroffenen Personen sehen sich gehemmt, ihre Erlebnisse anzusprechen und sich zu beschweren, auch weil sie die Erfahrung machen, dass ihnen die Schuld für die Situation zugeschrieben wird (Ahmed, 2021; Hamed et al., 2020). Gerade um mehr Bewusstsein für Rassismus und Antidiskriminierung zu schaffen, ist es wichtig, dass Studierende sich bestärkt fühlen diese Themen ansprechen zu können. Demnach sollten entsprechende Lehrinhalte in das Medizinstudium integriert und darüber hinaus eine Feedbackkultur zu Diskriminierungserfahrungen institutionalisiert werden.

2.9. Reflexion von implicit bias

Ziel:

Lernziel zur Reflexion um *implicit bias* ergänzen sowie Vermeidung des Begriffes sozio-kulturell im Lernziel

Vorschlag für Positionierung im NKLM:

VIII.6-03.1.1.: "Sie sind zur Selbsterkenntnis, Selbstreflexion, Selbstkritik und Selbstentwicklung fähig. Sie können... sich selbst und ihr Handeln beobachten und kritisch reflektieren."

Präzisierung:

„eigener sozio-kultureller Hintergrund, Emotionalität, Geschlechterrolle, historische, gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Medizin, kulturelle Werte, Lebensalter, personale Würde, typische Bewertungsmuster“

Vorschlag für Formulierung:

Anpassung der *Präzisierung* von VIII.6-03.1.1. auf folgende Formulierung:

*„eigene gesellschaftliche Positionierung aus intersektionaler Perspektive, Emotionalität, Geschlechterrolle, historische, gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Medizin, kulturelle Werte, Lebensalter, personale Würde, typische Bewertungsmuster, **implicit bias**“*

Verlinkung:

Zu den neuen Lernzielen aus Kapitel 2.3, 2.5, 2.7, 2.8 mit unseren Veränderungsvorschlägen, sowie zum Lernziel VIII.2-03.2.17, VII.3-01.1.10

Argumentation:

Im NKLM wird im Lernziel VIII.6-03.1.1. auf "Selbsterkenntnis, Selbstreflexion, Selbstkritik und Selbstentwicklung" eingegangen, aber es Bedarf in der Präzisierung aus unserer Sicht noch einer Ergänzung. Die Relevanz der Reflexion der eigenen gesellschaftlichen Positionierung haben wir in Kapitel 2.7 ausgeführt und halten ihre Erwähnung an dieser Stelle für sinnvoll. Es geht in der Selbstreflexion allerdings nicht nur um den eigenen „sozio-kulturellen Hintergrund“, sondern vor allem um die Positionierung innerhalb gesellschaftlicher Machtverhältnisse und wie diese das Denken und Handeln in der zwischenmenschlichen Interaktion beeinflussen.

Demnach halten wir es für sinnvoll "soziokulturell" durch *gesellschaftliche Positionierung aus intersektionaler Perspektive* zu ersetzen (vgl. Kapitel 1). Die Verwendung eines möglichst weit gefassten Begriffes ermöglicht den Einbezug aller intersektionalen Aspekte der Sozialisation, die Menschen in ihrem Handeln und Denken beeinflussen.

Daran anschließend plädieren wir für die explizite Nennung von *implicit bias* in der Präzisierung dieses Lernzieles. Gesundheitliche Ungleichheiten beruhen nicht nur auf strukturellem und institutionellem Rassismus, sondern auch auf individueller Ebene auf dem *implicit bias* der Ärzt*innen selbst (Ansell & McDonald, 2015; Chapman et al., 2013). *Implicit bias* bezieht sich auf unbewusste, implizite kognitive Verzerrungen oder Neigungen, die die Wahrnehmung, Handlungen und das Verhalten einer Person beeinflussen. Dabei werden unbewusst Vorannahmen, Einstellungen und Stereotype auf das Gegenüber reproduziert (GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, 2022).

Implicit bias wirkt sich auf vielen unterschiedlichen Ebenen aus. So kann *implicit bias* beispielsweise die Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation, das Redeverhalten damit das Macht- und Vertrauensverhältnis beeinflussen (Cooper et al., 2012; Hagiwara et al., 2013; Hagiwara et al., 2017). Studien zeigen, dass Ärzt*innen mit ausgeprägtem *bias weiße* Patient*innen gegenüber Schwarzen Patient*innen bevorteilen (Cooper et al., 2012; Penner et al., 2017), was direkte negative Auswirkungen auf den Umgang mit Symptomäußerungen (Aikins et al., 2021; Hamed et al., 2020), Therapiebeginn (Green et al., 2007) und damit die Gesundheit hat (Smedley et al., 2003). Gleichzeitig nehmen sich Ärzt*innen in Diskrepanz zu ihrem beobachtbaren Handeln eher als unvoreingenommen wahr (Green et al., 2007). Dem entgegen wirkt eine diversere Ärzt*innenschaft. Sie zeigt weniger *implicit bias* in der Patient*innenversorgung, (Sabin et al., 2008; Sabin et al., 2009) was die Behandlungsqualität erhöht (Chapman et al., 2013).

Implicit bias, wie im Kapitel 2.7 erwähnt, hat auch Auswirkungen auf die Karriere von Ärzt*innen mit rassistischer Diskriminierungserfahrung (Abelson et al., 2018; Bennett et al., 2020; Fang et al., 2000; Ginther et al., 2011). Auf anderen Ebenen kann *implicit bias* in der Lehre durch eine diversere Ärzt*innenschaft reduziert werden, was zum einen zur Gesamtreduktion von *implicit bias* im Gesundheitswesen (van Ryn et al., 2015) sowie zum anderen zu einer diverseren Studierendenschaft beiträgt (Guiton et al., 2007).

Gegenteilig können diese durch das Vorleben von rassistischen Verhaltensweisen und Aussagen von Dozierenden zu stärkerem *implicit bias* gegenüber Afroamerikaner*innen führen (Burke et al., 2017; van Ryn et al., 2015).

Um zu verhindern, dass *implicit bias* sich weiterhin auf die Morbidität und Sterblichkeit in der Patient*innenversorgung auswirken, ist es sinnvoll ein Bewusstsein für *implicit bias* zu schaffen, Perspektivwechsel zu trainieren und Individualmedizin mehr zu fördern (Chapman et al., 2013). Aufgrund der Wirkmächtigkeit unbewusster Neigungen in Bezug auf diskriminierendes Verhalten, sollte *implicit bias* nicht nur in Bezug auf Rassismus thematisiert, sondern auch allgemein in der Auseinandersetzung mit Diversität und Diskriminierung berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 2.3). Daher erachten wir es als ausgesprochen wichtig, dass *implicit bias* im NKLM Erwähnung findet.

Schluss

Diese Analyse des NKLM 2.0 aus rassistuskritischer Perspektive hat zusammenfassend ergeben, dass der NKLM beispielsweise mit dem Lernziel (z.B. VIII.6-04.4.13) die Vermittlung rassistuskritischer Kompetenzen an Medizinstudierende vorsieht. Jedoch fehlt im NKLM bislang die Übertragung der dort vorgesehenen Kompetenzen des Erkennens und Verhinderns von Rassismus in den verschiedenen Kapiteln. Darüber hinaus sind im NKLM ungenaue und falsche Begriffsverwendungen im Kontext von Diversität und Diskriminierung und Rassismus

zu finden, wodurch die Definitionen verwendeter Konzepte häufig unklar bleiben. Dadurch kommt es an zahlreichen Stellen zur Reproduktion diskriminierender und rassistischer Auffassungen. Stattdessen sollten in den Lernzielen des NKLM eine kritische Reflexion der Verwendung von Differenzkategorien wie *race*/Rasse, Ethnie, Migrationshintergrund usw. verankert sein.

Über die sprachlich-begriffliche Überarbeitung hinaus muss zur umfassenden Umsetzung des Lernziels VIII.6-04.4.13 Rassismuskritik inhaltlich in allen einzelnen Fachbereichen des Medizinstudiums berücksichtigt werden. Konkret sehen wir den Bedarf zur inhaltlichen Ergänzung des NKLM in Bezug auf mindestens folgende neun Kompetenzen:

- Erkennen und Entkräften von pseudowissenschaftlichen Ansichten in der Humanmedizin, insbesondere in Bezug auf akademisierten wissenschaftlichen Rassismus
- Kenntnis und kritische Reflexion der historischen Verantwortung der Medizin in der Etablierung des wissenschaftlichen Rassismus und der durch Ärzt*innen verübten kolonialen Verbrechen
- Kenntnis der Relevanz von und Kritik an Diversitätskonzepten in der Medizin
- Anwendung von *race-conscious medicine*, die in Abgrenzung zur verbreiteten *race-based medicine* *race* als Risikomarker begreift und rassistische Diskriminierung in ihrer Auswirkung auf die Gesundheit berücksichtigt
- Klinisch-praktische Kompetenzen zur Identifikation und Behandlung von dermatologischen Erkrankungen auf dunklen Hauttypen
- Erkennen und Vermeiden von Rassismus in der Schmerzbehandlung
- Rassismuskritische Reflexion der Macht- und Vorbildfunktion von Ärzt*innen in der Gesellschaft
- Problembewusster Umgang mit Hierarchien in Bezug auf rassismuskritisches Fehlermanagement in der ärztlichen Praxis
- Erkennen und rassismuskritische Reflexion von implicit bias

Diese neun Aspekte sind eine Auswahl der aus rassismuskritischer Perspektive notwendigen Überarbeitungen des NKLM und sollen den Anstoß zu einer grundsätzlicheren Auseinandersetzung mit diesem Thema in der medizinischen Ausbildung geben. Keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben wir nicht zuletzt aufgrund unserer *weißen* Positionierung. Nur eine stetige, selbstkritische Auseinandersetzung mit Rassismus in der Studierenden-, Ärzt*innen- und Dozierendenschaft kann langfristig zu einer Verhinderung und Beseitigung von Rassismus in der medizinischen Gesundheitsversorgung und Lehre führen. Diese Auseinandersetzung sollte stets die Interaktion verschiedener Diskriminierungsformen berücksichtigen. Auf entsprechende umfassende schriftliche Ausführungen der intersektionalen Perspektiven wurde im Hinblick auf den Textumfang verzichtet. In den weiteren theoretischen Auseinandersetzungen und der curricularen Umsetzung ist eine intersektionale Perspektive jedoch unverzichtbar.

Schließlich reißen wir uns ein in die Forderungen von Medizinstudierenden und Fachnetzen in ganz Deutschland: Wir fordern die Verantwortlichen der Curriculumentwicklung auf lokaler und nationaler Ebene, wie den Medizinischen Fakultäten Tag (MFT), Dekanate, Professor*innen und Dozierende, auf, den ethischen Grundsätzen der ärztlichen Profession folgend das Medizinstudium rassismuskritisch auszurichten. Es ist überfällig, Rassismuskritik im Medizinstudium flächendeckend zu institutionalisieren und mit dem NKLM im Kerncurriculum fest zu verankern. Auf die Entwicklung einer rassismuskritischen medizinischen Ausbildungsforschung in Deutschland muss hingewirkt werden.

Literaturverzeichnis

- Abelson, J. S., Wong, N. Z., Symer, M., Eckenrode, G., Watkins, A. & Yeo, H. L. (2018). Racial and Ethnic Disparities in Promotion and Retention of Academic Surgeons. *American journal of surgery*, 216(4), 678–682. <https://doi.org/10.1016/j.amisurg.2018.07.020>
- Agbai, O. N., Buster, K., Sanchez, M., Hernandez, C., Kundu, R. V., Chiu, M., Roberts, W. E., Draelos, Z. D., Bhushan, R., Taylor, S. C. & Lim, H. W. (2014). Skin Cancer and Photoprotection in People of Color: A Review and Recommendations for Physicians and the Public. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 70(4), 748–762. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.11.038>
- Ahmed, S. (2021). *Complaint!* Duke University Press; De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9781478022336>
- Aikins, M. A., Bremberger, T., Aikins, J. K., Gyamerah, D. & Yildirim-Caliman, D. (2021). *Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland*. Berlin. www.afrozensus.de
- Akbulut, N. & Razum, O. (2021). Considerations on the Relationship Between Othering and Public Health. *Social Epidemiology Discussion Papers (SEDiP)*, 1. <https://doi.org/10.4119/UNIBI/2950920>
- Alpers, L.-M. (2018). Distrust and Patients in Intercultural Healthcare: A Qualitative Interview Study. *Nursing ethics*, 25(3), 313–323. <https://doi.org/10.1177/0969733016652449>
- Amutah, C., Greenidge, K., Mante, A., Munyikwa, M., Surya, S. L., Higginbotham, E., Jones, D. S., Lavizzo-Mourey, R., Roberts, D., Tsai, J. & Aysola, J. (2021). Misrepresenting Race - The Role of Medical Schools in Propagating Physician Bias. *The New England Journal of Medicine*, 384(9), 872–878. <https://doi.org/10.1056/NEJMms2025768>
- Ansell, D. A. & McDonald, E. K. (2015). Bias, Black Lives, and Academic Medicine. *The New England Journal of Medicine*, 372(12), 1087–1089. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1500832>
- Bailey, Z. D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N. & Bassett, M. T. (2017). Structural Racism and Health Inequities in the USA: Evidence and Interventions. *The Lancet*, 389(10077), 1453–1463. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30569-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30569-X)
- Balibar, É. & Wallerstein, I. (2014). *Rasse, Klasse, Nation: Ambivalente Identitäten* (3. Aufl.). Argument-Verlag.
- Bennett, C. L., Salinas, R. Y., Locascio, J. J. & Boyer, E. W. (2020). Two Decades of Little Change: An Analysis of U.S. Medical School Basic Science Faculty by Sex, Race/Ethnicity, and Academic Rank. *Plos One*, 15(7), e0235190. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235190>
- Bermejo, I., Hölzel, L. P., Kriston, L. & Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(8), 944–953. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1511-6>
- Bernard, D. L., Hoggard, L. S. & Neblett, E. W. (2018). Racial Discrimination, Racial Identity, and Impostor Phenomenon: A Profile Approach. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 24(1), 51–61. <https://doi.org/10.1037/cdp0000161>
- Bernard, D. L., Lige, Q. M., Willis, H. A., Sosoo, E. E. & Neblett, E. W. (2017). Impostor Phenomenon and Mental Health: The Influence of Racial Discrimination and Gender. *Journal of Counseling Psychology*, 64(2), 155–166. <https://doi.org/10.1037/cou0000197>
- Bluthenthal, R. N. (2021). Structural Racism and Violence as Social Determinants of Health: Conceptual, Methodological and Intervention Challenges. *Drug and Alcohol Dependence*, 222, 108681. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108681>
- Borrell, L. N., Elhawary, J. R., Fuentes-Afflick, E., Witonsky, J., Bhakta, N., Wu, A. H. B., Bibbins-Domingo, K., Rodríguez-Santana, J. R., Lenoir, M. A., Gavin, J. R., Kittles, R. A., Zaitlen, N. A., Wilkes, D. S., Powe, N. R., Ziv, E. & Burchard, E. G. (2021). Race and Genetic Ancestry in Medicine - A Time for Reckoning with Racism. *The New England Journal of Medicine*, 384(5), 474–480. <https://doi.org/10.1056/NEJMms2029562>
- Braun, L. (2021). *Breathing Race into the Machine. The Surprising Career of the Spirometer from Plantation to Genetics*. University of Minnesota Press.
- Brown Skin Matters*. (2021). <https://brownskinmatters.com/>

- Brzoska, P. & Razum, O. (2015). Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 58(6), 553–559. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2144-3>
- Brzoska, P., Sauzet, O., Yilmaz-Aslan, Y., Widera, T. & Razum, O. (2016). Self-rated Treatment Outcomes in Medical Rehabilitation Among German and Non-German Nationals Residing in Germany: An Exploratory Cross-Sectional Study. *BMC Health Services Research*, 16, 105. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1348-z>
- Bundeszentrale für politische Bildung. (2021, 23. Juni). *Migrationshintergrund*. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/glossar-migration-integration/270615/migrationshintergrund/>
- Burke, S. E., Dovidio, J. F., Perry, S. P., Burgess, D. J., Hardeman, R. R., Phelan, S. M., Cunningham, B. A., Yeazel, M. W., Przedworski, J. M. & van Ryn, M. (2017). Informal Training Experiences and Explicit Bias Against African Americans among Medical Students. *Social Psychology Quarterly*, 80(1), 65–84. <https://doi.org/10.1177/0190272516668166>
- bvmd. (2019). Positionspapier. Interkulturelle Kompetenzen und rassismuskritisches Denken im Medizinstudium. https://www.bvmd.de/wp-content/uploads/2021/04/Grundsatzentscheidung_2019-05_Interkulturalita%CC%88t_und_Rassismuskritik.pdf
- Cerdeña, J. P., Plaisime, M. V. & Tsai, J. (2020). From Race-based to Race-conscious Medicine: How Anti-racist Uprisings Call Us to Act. *The Lancet*, 396(10257), 1125–1128. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32076-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32076-6)
- Chandra, K. (2012). Introduction. In K. Chandra (Hrsg.), *Constructivist Theories of Ethnic Politics* (S. 1–50). Oxford University Press.
- Chapman, E. N., Kaatz, A. & Carnes, M. (2013). Physicians and Implicit Bias: How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities. *Journal of General Internal Medicine*, 28(11), 1504–1510. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2441-1>
- Cleeland, C. S., Gonin, R., Baez, L., Loehrer, P. & Pandya, K. J. (1997). Pain and Treatment of Pain in Minority Patients With Cancer. The Eastern Cooperative Oncology Group Minority Outpatient Pain Study. *Annals of Internal Medicine*, 127(9), 813–816. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-127-9-199711010-00006>
- Cobbinah, S. S. & Lewis, J. (2018). Racism & Health: A Public Health Perspective on Racial Discrimination. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(5), 995–998. <https://doi.org/10.1111/jep.12894>
- UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination. (2015, 15. Mai). *Concluding Observations on the Combined Nineteenth to Twenty-second Periodic Reports of Germany* (CERD/C/DEU/CO/19-22). https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CERD/Shared%20Documents/DEU/INT_CERD_COC_DEU_20483_E.pdf
- Cooper, L. A., Roter, D. L., Carson, K. A., Beach, M. C., Sabin, J. A., Greenwald, A. G. & Inui, T. S. (2012). The Associations of Clinicians' Implicit Attitudes About Race With Medical Visit Communication and Patient Ratings of Interpersonal Care. *American Journal of Public Health*, 102(5), 979–987. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300558>
- Coors, M. & Neitzke, G. (2018). „Othering“: Die Konstruktion des Anderen im Gesundheitswesen. *Ethik in der Medizin*, 30(3), 191–204. <https://doi.org/10.1007/s00481-018-0489-5>
- Crenshaw, K. (2016). *The Urgency of Intersectionality: Ted Talk*. <https://www.youtube.com/watch?v=akOe5-UsQ2o&t=1s>
- Crenshaw, K. (2021). Die Intersektion von race und Geschlecht vom Rand ins Zentrum bringen: eine Schwarze feministische Kritik der Antidiskriminierungsdoktrin, feministischer Theorie und antirassistischer Politik. In K. Lepold & M. M. Mateo (Hrsg.), *Critical Philosophy of Race: Ein Reader* (S. 304–327). Suhrkamp.
- DeAngelis, T. (2019). How Does Implicit Bias by Physicians Affect Patients' Health Care? *American Psychological Association*, 50(3), 22. <https://www.apa.org/monitor/2019/03/ce-corner>
- Deutsches Ärzteblatt (18. November 2021). Peer-Netzwerke für Kliniker beseitigen rassistische und geschlechts-spezifische Vorurteile. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/129068/Peer-Netzwerke-fuer-Kliniker-beseitigen-rassistische-und-geschlechtsspezifische-Vorurteile>

- El-Mafaalani, A. (2017). Diskriminierung von Menschen mit Migrationshintergrund. In A. Scherr, A. El-Mafaalani & G. Yüksel (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung* (S. 465–478). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-10976-9_26
- Eneanya, N. D., Yang, W. & Reese, P. P. (2019). Reconsidering the Consequences of Using Race to Estimate Kidney Function. *JAMA*, *322*(2), 113–114. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.5774>
- Fang, D., Moy, E., Colburn, L. & Hurley, J. (2000). Racial and Ethnic Disparities in Faculty Promotion in Academic Medicine. *JAMA*, *284*(9), 1085–1092. <https://doi.org/10.1001/jama.284.9.1085>
- Fenton, A., Elliott, E., Shahbandi, A., Ezenwa, E., Morris, C., McLawhorn, J., Jackson, J. G., Allen, P. & Murina, A. (2020). Medical Students' Ability to Diagnose Common Dermatologic Conditions in Skin of Color. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *83*(3), 957–958.
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.12.078>
- Fereidooni, K. & Zeoli, A. P. (Hrsg.). (2016a). *Managing Diversity*. Springer VS.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-14047-2>
- Fereidooni, K. & Zeoli, A. P. (2016b). Managing Diversity – Einleitung. In K. Fereidooni & A. P. Zeoli (Hrsg.), *Managing Diversity* (S. 9–15). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-14047-2_1
- Fiscella, K., Epstein, R. M., Griggs, J. J., Marshall, M. M. & Shields, C. G. (2021). Is Physician Implicit Bias Associated With Differences in Care by Patient Race for Metastatic Cancer-Related Pain? *Plos One*, *16*(10), e0257794. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257794>
- Fischer, M. S., Hoßfeld, U., Krause, J. & Richter, S. (2019). *Jenaer Erklärung. Das Konzept der Rasse ist das Ergebnis von Rassismus und nicht dessen Voraussetzung*. Institut für Zoologie und Evolutionsforschung der Friedrich-Schiller-Universität Jena Universität Jena. <https://www.uni-jena.de/190910-jenaererklaerung>
- Gee, G. C. (2016). *Racism as a Social Determinant of Health Inequities*.
<https://healthequity.globalpolicysolutions.org/wp-content/uploads/2016/12/RacismasSDOH.pdf>
- GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. (2022, 13. März). *Was ist Bias? Einführung und grundlegende Literaturverweise*. <https://www.gesis.org/cews/themen/gender-bias/informationen>
- Ginther, D. K., Schaffer, W. T., Schnell, J., Masimore, B., Liu, F., Haak, L. L. & Kington, R. (2011). Race, Ethnicity, and NIH Research Awards. *Science*, *333*(6045), 1015–1019.
<https://doi.org/10.1126/science.1196783>
- Gloster, H. M. & Neal, K. (2006). Skin Cancer in Skin of Color. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *55*(5), 741-60; quiz 761-4. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.08.063>
- Goyal, M. K., Kuppermann, N., Cleary, S. D., Teach, S. J. & Chamberlain, J. M. (2015). Racial Disparities in Pain Management of Children With Appendicitis in Emergency Departments. *JAMA Pediatrics*, *169*(11), 996–1002. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.1915>
- Green, A. R., Carney, D. R., Pallin, D. J., Ngo, L. H., Raymond, K. L., Tezzoni, L. I. & Banaji, M. R. (2007). Implicit Bias Among Physicians and Its Prediction of Thrombolysis Decisions for Black and White Patients. *Journal of General Internal Medicine*, *22*(9), 1231–1238.
<https://doi.org/10.1007/s11606-007-0258-5>
- Grosse, P. (2000). *Kolonialismus, Eugenik und bürgerliche Gesellschaft in Deutschland 1850-1918*. Campus.
- Guiton, G., Chang, M. J. & Wilkerson, L. (2007). Student Body Diversity: Relationship to Medical Students' Experiences and Attitudes. *Academic Medicine*, *82*(10 Suppl), S85-S88.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31813ffe1e>
- Haas, F. (2008). German Science and Black Racism—Roots of the Nazi Holocaust. *FASEB journal : official publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology*, *22*(2), 332–337. <https://doi.org/10.1096/fj.08-0202ufm>
- Hädicke, M. & Wiesemann, C. (2021). Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? – Eine Analyse. *Ethik in der Medizin*, *33*(3), 369–386. <https://doi.org/10.1007/s00481-021-00631-4>
- Hagiwara, N., Penner, L. A., Gonzalez, R., Eggly, S., Dovidio, J. F., Gaertner, S. L., West, T. & Albrecht, T. L. (2013). Racial Attitudes, Physician-Patient Talk Time Ratio, and Adherence in Racially Discordant Medical Interactions. *Social Science & Medicine*, *87*, 123–131.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.016>

- Hagiwara, N., Slatcher, R. B., Eggly, S. & Penner, L. A. (2017). Physician Racial Bias and Word Use during Racially Discordant Medical Interactions. *Health Communication, 32*(4), 401–408.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1138389>
- Hahn, H. P. (2013). *Ethnologie: Eine Einführung*. Suhrkamp.
- Hall, S. (1989). Rassismus als ideologischer Diskurs. *Das Argument. Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften*(178), 913–992.
- Hallal, H. (2015). *Diversität in der humanmedizinischen Ausbildung: Eine empirische Rekonstruktion kollektiver Orientierungen in den institutionellen Erfahrungsräumen des Medizinstudiums. Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag, Reihe: Sozialwissenschaften: Bd. 67*. Tectum.
- Hamed, S., Thapar-Björkert, S., Bradby, H. & Ahlberg, B. M. (2020). Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *Qualitative Health Research, 30*(11), 1662–1673.
<https://doi.org/10.1177/1049732320931430>
- Ho, B. K. & Robinson, J. K. (2015). Color Bar Tool for Skin Type Self-Identification: A Cross-Sectional Study. *Journal of the American Academy of Dermatology, 73*(2), 312-3.e1.
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.05.024>
- Hobermann, J. (2012). *Black and Blue. The Origins and Consequences of Medical Racism*. University of California Press.
- Hoffman, K. M., Trawalter, S., Axt, J. R. & Oliver, M. N. (2016). Racial Bias in Pain Assessment and Treatment Recommendations, and False Beliefs About Biological Differences Between Blacks and Whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 113*(16), 4296.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113>
- Hollingshead, N. A., Meints, S. M., Miller, M. M., Robinson, M. E. & Hirsh, A. T. (2016). A Comparison of Race-Related Pain Stereotypes Held by White and Black Individuals. *Journal of Applied Social Psychology, 46*(12), 718–723. <https://doi.org/10.1111/jasp.12415>
- Holt, H. K., Gildengorin, G., Karliner, L., Fontil, V., Pramanik, R. & Potter, M. B. (2022). Differences in Hypertension Medication Prescribing for Black Americans and Their Association with Hypertension Outcomes. *Journal of the American Board of Family Medicine, 35*(1), 26–34.
<https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.01.210276>
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland, D. T., LeFevre, M. L., MacKenzie, T. D., Ogedegbe, O., Smith, S. C., Svetkey, L. P., Taler, S. J., Townsend, R. R., Wright, J. T., Narva, A. S. & Ortiz, E. (2014). 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA, 311*(5), 507–520.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.284427>
- Jastrow, H. *Skin. Electron Microscopic Atlas of Cells, Tissues and Organs in the Internet: Aufbau der Schichten*. <http://www.drjastrow.de/WAI/EM/EMHautE.html>
- Johnson, J. L., Bottorff, J. L., Browne, A. J., Grewal, S., Hilton, B. A. & Clarke, H. (2004). Othering and Being Othered in the Context of Health Care Services. *Health Communication, 16*(2), 255–271. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1602_7
- Jothishankar, B. & Stein, S. L. (2019). Impact of Skin Color and Ethnicity. *Clinics in Dermatology, 37*(5), 418–429. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2019.07.009>
- Kaplan, J. B. & Bennett, T. (2003). Use of Race and Ethnicity in Biomedical Publication. *JAMA, 289*(20), 2709–2716. <https://doi.org/10.1001/jama.289.20.2709>
- Karger, A., Lindtner-Rudolph, H., Mroczynski, R., Ziem, A. & Joksimovic, L. (2017). „Wie fremd ist mir der Patient?": Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 63*(3), 280–296.
<https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.3.280>
- Kaufman, B. P., Guttman-Yassky, E. & Alexis, A. F. (2018). Atopic Dermatitis in Diverse Racial and Ethnic Groups-Variations in epidemiology, genetics, clinical presentation and treatment. *Experimental dermatology, 27*(4), 340–357. <https://doi.org/10.1111/exd.13514>
- Krieger, N. (2005). Stormy Weather: Race, Gene Expression, and the Science of Health Disparities. *American Journal of Public Health, 95*(12), 2155–2160.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.067108>

- Krüger-Potratz, M. (2005). *Interkulturelle Bildung: Eine Einführung. Lernen für Europa: Bd. 10*. Waxmann. <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.31244/9783830964841>
- Lepold, K. & Mateo, M. M. (Hrsg.). (2021). *Critical Philosophy of Race: Ein Reader*. Suhrkamp. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6828503>
- Lester, J. C., Taylor, S. C. & Chren, M.-M. (2019). Under-Representation of Skin of Colour in Dermatology Images: Not Just an Educational Issue. *The British journal of dermatology*, 180(6), 1521–1522. <https://doi.org/10.1111/bjd.17608>
- Lujan, H. L. & DiCarlo, S. E. (2018). Science Reflects History as Society Influences Science: Brief History of „Race“, „Race Correction,“ and the Spirometer. *Advances in Physiology Education*, 42(2), 163–165. <https://doi.org/10.1152/advan.00196.2017>
- Mecheril, P. (2010). Migrationspädagogik. Hinführung zu einer Perspektive. In P. Mecheril, M. do Mar Castro Varela, I. Dirim, A. Kalpaka & C. Melter (Hrsg.), *Migrationspädagogik* (S. 7–22). Beltz.
- Mende-Siedlecki, P., Qu-Lee, J., Backer, R. & van Bavel, J. J. (2019). Perceptual Contributions to Racial Bias in Pain Recognition. *Journal of Experimental Psychology: General*, 148(5), 863–889. <https://doi.org/10.1037/xge0000600>
- Mukwende, M., Tamony, P. & Turner, M. (2020). *Mind the Gap: A handbook of clinical signs on black and brown skin* (1. Aufl.). <https://www.blackandbrownskin.co.uk/>
- Müller, B., Bärthlein, Katja, Siegert, S. & Frank, R. (2016). *Trust in Professions 2016 - a GfK Verein study: From firefighters to politicians*. https://www.nim.org/sites/default/files/medien/135/dokumente/trust_in_professions_2016.pdf
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2019). *Hypertension in Adults: Diagnosis and Management: NICE guideline (NG136)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>
- Osborne, N. G. & Feit, M. D. (1992). The Use of Race in Medical Research. *JAMA*, 267(2), 275–279.
- Penner, L. A., Harper, F. W. K., Dovidio, J. F., Albrecht, T. L., Hamel, L. M., Senft, N. & Egly, S. (2017). The Impact of Black Cancer Patients' Race-Related Beliefs and Attitudes on Racially-Discordant Oncology Interactions: A Field Study. *Social Science & Medicine*, 191, 99–108. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.08.034>
- Popejoy, A. (2022, 11. August). *5 Questions: Alice Popejoy on race, ethnicity and ancestry in science*. <https://www.med.stanford.edu/content/sm/news/all-news/2020/08/alice-popejoy-on-race-ethnicity-and-ancestry-in-science.html>
- Razum, O., Reiss, K., Breckenkamp, J., Kaufner, L., Brenne, S., Bozorgmehr, K., Borde, T. & David, M. (2017). Comparing Provision and Appropriateness of Health Care Between Immigrants and Non-Immigrants in Germany Using the Example of Neuraxial Anaesthesia During Labour: Cross-Sectional Study. *BMJ open*, 7(8), e015913. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015913>
- Rodrigues, M. A., Ross, A. L., Gilmore, S. & Daniel, B. S. (2018). Australian Dermatologists' Perspective on Skin of Colour: Results of a National Survey. *The Australasian journal of dermatology*, 59(1), e23-e30. <https://doi.org/10.1111/ajd.12556>
- Said, E. W. (1978). *Orientalism*. Routledge & Kegan Paul.
- Schacht, D. & Matzing, M. (2018). Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten und deren Nachkommen. In Statistisches Bundesamt & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.), *Zeitbilder. Datenreport 2018: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland* (S. 272–279).
- Schu, C. (2021). *Jahresgutachten 2021. Normalfall Diversität? Wie das Einwanderungsland Deutschland mit Vielfalt umgeht*. Berlin. https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2021/05/SVR_Jahresgutachten_2021_barrierefrei-1.pdf
- Smart, A. & Weiner, K. (2018). Racialised Prescribing: Enacting Race/Ethnicity in Clinical Practice Guidelines and in Accounts of Clinical Practice. *Sociology of Health & Illness*, 40(5), 843–858. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12727>
- Smedley, B. D., Stith, A. Y. & Nelson, A. R. (Hrsg.). (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. National Academies Press. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25032386/> <https://doi.org/10.17226/12875>
- Sökefeld, M. (2007). Problematische Begriffe: „Ethnizität“, „Rasse“, „Kultur“, „Minderheit“. In B. Schmidt-Lauber (Hrsg.), *Reimer Kulturwissenschaften. Ethnizität und Migration. Einführung in Wissenschaft und Arbeitsfelder* (S. 31–50). Reimer. <https://doi.org/10.5282/ubm/epub.29311>

- Spivak, G. C. (1985). The Rani of Sirmur: An Essay in Reading the Archives. *History and Theory*, 24(3), 247. <https://doi.org/10.2307/2505169>
- Statistisches Bundesamt. (2020, 26. Februar). *Migrationshintergrund: Definition*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html#:~:text=Eine%20Person%20hat%20einen%20Migrationshintergrund,mit%20deutscher%20Staatsangeh%C3%B6rigkeit%20geboren%20wurde>.
- Suurmond, J., Uiters, E., Bruijne, M. C. de, Stronks, K. & Essink-Bot, M.-L. (2010). Explaining Ethnic Disparities in Patient Safety: A Qualitative Analysis. *American Journal of Public Health*, 100(Suppl 1), S113-S117. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.167064>
- Tait, R. C. & Chibnall, J. T. (2014). Racial/ethnic Disparities in the Assessment and Treatment of Pain: Psychosocial Perspectives. *The American Psychologist*, 69(2), 131–141. <https://doi.org/10.1037/a0035204>
- Tsai, J., Ucik, L., Baldwin, N., Hasslinger, C. & George, P. (2016). Race Matters? Examining and Rethinking Race Portrayal in Preclinical Medical Education. *Academic Medicine*, 91(7), 916–920.
- Turshen, M. (1977). The Impact of Colonialism on Health and Health Services in Tanzania. *International Journal of Health Services*, 7(1), 7–35. <https://doi.org/10.2190/L9G4-KJVK-AW7A-Q9JD>
- van Ryn, M., Hardeman, R., Phelan, S. M., Burgess, D. J., Dovidio, J. F., Herrin, J., Burke, S. E., Nelson, D. B., Perry, S., Yeazel, M. & Przedworski, J. M. (2015). Medical School Experiences Associated with Change in Implicit Racial Bias Among 3547 Students: A Medical Student CHANGES Study Report. *Journal of General Internal Medicine*, 30(12), 1748–1756. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3447-7>
- van Wieringen, J. C. M., Harmsen, J. A. M. & Bruijnzeels, M. A. (2002). Intercultural Communication in General Practice. *European Journal of Public Health*, 12(1), 63–68. <https://doi.org/10.1093/eurpub/12.1.63>
- Vyas, D. A., Eisenstein, L. G. & Jones, D. S. (2020). Hidden in Plain Sight - Reconsidering the Use of Race Correction in Clinical Algorithms. *The New England Journal of Medicine*, 383(9), 874–882. <https://doi.org/10.1056/NEJMms2004740>
- Wanger, L., Klilgenstein, H. & Poppel, J. (2020). *Über Rassismus in der Medizin. Ein Essay der Kritischen Medizin München*. <https://kritischemedizinmuennen.de/ueber-rassismus-in-der-medizin/>
- Wilkinson, R. G. & Marmot, M. G. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit : die Fakten. Gesunde Städte im 21. Jh.* WHO.
- Williams, D. R. & Mohammed, S. A. (2013). Racism and Health I: Pathways and Scientific Evidence. *American Behavioral Scientist*, 57(8), 1152–1173. <https://doi.org/10.1177/0002764213487340>
- Wilson, Y., White, A., Jefferson, A. & Danis, M. (2019). Intersectionality in Clinical Medicine: The Need for a Conceptual Framework. *The American journal of bioethics : AJOB*, 19(2), 8–19. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557275>
- Yearby, R. (2020). Structural Racism and Health Disparities: Reconfiguring the Social Determinants of Health Framework to Include the Root Cause. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 48(3), 518–526. <https://doi.org/10.1177/1073110520958876>
- Yudell, M., Roberts, D., DeSalle, R. & Tishkoff, S. (2016). Taking Race Out of Human Genetics. *Science*, 351(6273), 564–565. <https://doi.org/10.1126/science.aac4951>